

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

**CENTRO DE CIENCIAS SOCIALES Y HUMANIDADES
MAESTRIA EN CIENCIAS SOCIALES
AREA: PSICOLOGIA CLINICA HUMANISTA**

**T
E
S
I
S**



**UNIVERSIDAD AUTONOMA
DE AGUASCALIENTES**

**“ACTITUDES FACILITADORAS DEL FAMILIAR EN LA REHABILITACION
DE LA PERSONA CON EXPERIENCIA DE ENFERMEDAD MENTAL”.**

Ma. De los Dolores Hermsillo Muñoz

Tutor: Dr. Nelson Valencia Ceballos

Aguascalientes, Ags., noviembre de 2008

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA
DE AGUASCALIENTES

DR. DANIEL GUTIERREZ CASTORENA
DECANO DEL CENTRO DE CIENCIAS SOCIALES Y HUMANIDADES
PRESENTE

Por medio de la presente hacemos de su conocimiento que la LIC. MA. DE LOS DOLORES HERMOSILLO MUÑOZ egresada de la MAESTRIA EN CIENCIAS SOCIALES Y HUMANIDADES Área: Psicología Clínica Humanista, ha presentado la integración final de su Proyecto Terminal titulado "ACTITUDES FACILITADORAS DEL FAMILIAR EN LA REHABILITACION DE LA PERSONA CON EXPERIENCIA DE ENFERMEDAD MENTAL".

El Proyecto Terminal en su función de trabajo recepcional, incorpora los elementos teóricos y metodológicos requeridos para su construcción y su aplicación práctica, así como la presentación formal de acuerdo con lo establecido en la "normatividad para entrega de tesis" institucional, cumpliendo con los criterios que le permiten ser defendido en el examen de grado reglamentario, dando paso al procedimiento de los trámites correspondientes.

ATENTAMENTE
"SE LUMEN PROFERRE"

Aguascalientes, Ags., a 19 de noviembre de 2008

Dr. Nelson Valencia Ceballos

[Signature]

Dra. Ma. Enriqueta Vega Ponce

[Signature]

Dra. Ma. Guadalupe Córdova Madrigal

c.c.p. Archivo Maestría en Ciencias Sociales y Humanidades

RESUMEN

Las personas nos humanizamos en la interacción. *La persona con experiencia de enfermedad mental* (PEEM) vive privada de interacciones, tanto por la naturaleza del padecimiento como por el ancestral estigma. El desconocimiento y el estrés familiar generan actitudes obstaculizadoras hacia la PEEM (OMS, 1996) además de un mayor índice de recaídas y más estrés, empeorando la calidad de sus escasas interacciones. El proceso de rehabilitación requiere del familiar, que concientemente facilite interacciones sanas, mediante actitudes humanizantes, reconsiderando la tendencia natural al desarrollo que todo ser humano posee.

Este proyecto tuvo como objetivo: Optimizar la participación del familiar en la rehabilitación integral de la PEEM, a partir del *diseño, implementación y evaluación* de una propuesta de intervención psicológica para el desarrollo conciente de *actitudes facilitadoras*. La metodología se llevó a cabo mediante la obtención de información empírica, para delimitar el planteamiento de la situación, utilizando procedimientos tales como: entrevistas a informantes clave del hospital, análisis de expedientes, sondeos y aplicación de un cuestionario de preguntas abiertas autoaplicado dirigido al grupo de familiares de las PEEM.

El Humanismo (Rogers, Carkhuff y otros), sustentó la trascendencia de las actitudes en la interacción como fuente de potencial terapéutico. Desde este enfoque se diseñó una intervención terapéutica grupal de 45 horas, dirigida a familiares de las PEEM, cuyo objetivo general fue que los participantes inscritos se habilitaran en el ejercicio de actitudes facilitadoras en las interacciones, a través de experiencias vivenciales, que les permitieran optimizar la rehabilitación de la PEEM.

Como resultados, los familiares participantes realizaron bitácoras individuales, donde reflejaron su ampliación de conciencia, propósitos y logros en la interacción, evidenciando cambios sustanciales en sus actitudes hacia sí mismos, la PEEM, la familia y el grupo terapéutico. El análisis cualitativo confirma el poder las actitudes en las interacciones entre el familiar y la PEEM, recuperando su dignidad y derecho a rehabilitarse.

INDICE DE CONTENIDO

	<i>Pág.</i>
INTRODUCCION.	1
I. DESCRIPCION DE LA SITUACION.	
Actitudes facilitadoras del Familiar en la Rehabilitación de <i>la Persona con Experiencia de Enfermedad Mental (PEEM).</i>	5
Antecedentes: <i>La familia y la rehabilitación de la PEEM.</i>	5
Contexto.	13
<i>Selección de la muestra</i>	13
<i>Características del grupo donde se delimitó la situación</i>	14
Justificación.	15
Planteamiento de la situación del grupo de familiares de las PEEM.	18
Objetivo General del proyecto.	20
II. METODOLOGIA	
Metodología previa de atención a familias en el hospital de psiquiatría “Dr. Gustavo León Mojica García”.	22
Fase diagnóstica	24
<i>Metodología para la investigación empírica.</i>	25

	<i>Pág.</i>
Fase de diseño de la propuesta de intervención.	29
<i>Procedimientos generales.</i>	29
<i>Adaptaciones técnicas y metodológicas.</i>	30
Fase de implementación	31
Fase de evaluación	33
<i>Evaluación de efectividad de la propuesta terapéutica (pre y post):</i>	33
<i>Evaluación del proceso terapéutico.</i>	34
<i>Evaluación del impacto terapéutico.</i>	34
<i>Procedimientos para el análisis de las bitácoras.</i>	36
<i>Significados personales de las principales categorías para los familiares participantes.</i>	38
 III. MARCO TEORICO.	
Introducción	40
Teorías sobre las actitudes en la interacción.	41
<i>Las actitudes en las interacciones.</i>	42
<i>Estudios sobre las actitudes familiares hacia la PEEM.</i>	43
Investigaciones sobre Importancia de las actitudes en la interacción para la rehabilitación psicosocial de la PEEM.	44

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

Aportaciones de la corriente humanista a las interacciones de la PEEM. 48

Las actitudes desde la Psicología Humanista. 49

Cualidades de la psicología humanista. 49

Las actitudes y la promoción del desarrollo. 50

Supuestos básicos. 50

Conceptos propuestos por Rogers. 52

Actitudes de la Familia en el desarrollo y adaptación de la persona. 54

Visión rogeriana de las Actitudes del familiar hacia la PEEM. 55

El Familiar y la PEEM: las actitudes en el sistema de interacción. 56

Estrategias humanistas ante las necesidades del familiar y de la PEEM. 57

Coincidencias entre Rogers y otros autores. 57

Estrategias sugeridas por las investigaciones. 58

Lo que pide el familiar de la PEEM. 58

La propuesta metodológica de Rogers. 58

Terapia grupal con familiares de las PEEM. 59

Aportaciones de Carkhuff a la propuesta rogeriana. 60

Recapitulación: Las actitudes del familiar de la PEEM y su influencia en la rehabilitación. 63

Alternativa de intervención terapéutica. 65

Hipótesis de la intervención terapéutica. 67

IV. PROPUESTA DE INTERVENCION TERAPEUTICA.

“Actitudes facilitadoras del familiar en la rehabilitación de la PEEM”	69
Objetivos Terapéuticos.	70
<i>Objetivo general de la propuesta terapéutica.</i>	70
<i>Objetivos particulares de la propuesta terapéutica.</i>	70
<i>Metas terapéuticas derivadas de los objetivos.</i>	71
Módulo I.	72
Módulo II.	74
Módulo III.	75
Metodología específica para la intervención	76
Evaluación	77
Cronograma	79
V. RESULTADOS	
Resultados cuantitativos	81
Resultados cualitativos.	83
<i>Resultados de la efectividad de la propuesta</i>	87
<i>Resultados del proceso grupal</i>	94
<i>Resultados del impacto de la intervención</i>	99
DISCUSION	101
CONCLUSIONES.	103
FUENTES DE INFORMACION.	106
APÉNDICES.	112

INDICE DE CUADROS

CUADRO	TÍTULO	Pág.
1.	Metodología para la Atención a Familias: “Hospital de Psiquiatría “Dr. Gustavo León Mojica García”.	23
2.	Metodología para la obtención de información de fuentes del hospital.	27
3.	Detección de necesidades en el grupo de familiares de las PEEM.	28
4.	Propuesta de evaluación de la intervención.	78
5.	Cronograma.	79
6.	Evaluación de efectividad I.	88
7.	Evaluación de efectividad II.	89
8.	Evaluación de efectividad III.	91
9.	Evaluación del proceso terapéutico I.	95
10.	Evaluación del proceso terapéutico II.	97
11.	Evaluación del proceso terapéutico III.	98
12.	Comparación entre resultados de la intervención y aspectos teóricos.	102

INDICE DE FIGURAS

<i>FIGURA</i>	<i>TÍTULO</i>	<i>Pág.</i>
1.	Comparación reingresos - asistencia de los Familiares a sesiones de psicoeducación.	13
2	Gráfica de resultados de la evaluación diagnóstica de actitudes del grupo de familiares hacia PEEM.	82
3.	Gráfica de resultados de la evaluación final de actitudes del grupo de familiares hacia las PEEM.	82
4.	Diagrama de categorías detectadas en el proceso de clasificación de códigos asignados durante el análisis de las bitácoras de los nueve familiares participantes en el taller.	87
5.	Gráfica que muestra la efectividad del taller de “Actitudes facilitadoras hacia PEEM.	183
6.	Gráfica que muestra la dirección de las actitudes reportadas en las bitácoras de los familiares participantes en el taller.	183
7.	Gráfica que muestra de manera comparativa los avances de cada familiar en el proceso grupal, según los objetivos del taller.	184
8.	Gráfica que muestra la presencia de actitudes obstaculizadoras y facilitadoras en las bitácoras de cada uno de los familiares participantes.	184

Aunado al tratamiento farmacológico, uno de los medios para la rehabilitación integral, es el familiar de la persona con experiencia de enfermedad mental (PEEM), ya que es él quien convive durante todo el proceso de vida de la persona, en todos los momentos. Por lo que su manera de pensar, sentir y actuar determina sus actitudes frente a la enfermedad mental las cuales son una fuente inagotable de recursos terapéuticos en potencia, de los que sólo requiere sensibilizarse, comprometerse y entrenarse, para tener mayores posibilidades de reducir el índice de recaídas, favoreciendo la calidad de vida de la PEEM y de sí mismo.

Es por eso que con este proyecto, se pretende proporcionar una serie de estrategias para la optimización de la participación del familiar en la rehabilitación integral de la PEEM a través del desarrollo de sus actitudes “facilitadoras”, tomando como punto de partida las condiciones de la situación del grupo de distintos familiares de las PEEM, quienes son usuarios del Hospital de Psiquiatría “Dr. Gustavo León Mojica García” de Aguascalientes.

Para efectos de esta propuesta metodológica de intervención en el área de la psicología clínica humanista, la caracterización de dichas condiciones se tituló *Descripción de la Situación a Atender*, ubicada en el *capítulo I*.

En este apartado se muestra que en investigaciones previas, a nivel internacional, la influencia de las *actitudes* del familiar hacia la PEEM ha sido objeto de estudio desde 1950 a la fecha, lográndose comprobar de una o de otra manera:

El papel de la familia en la rehabilitación, a través de varios estudios que comprueban: la influencia de las actitudes en el índice de recaídas; así como el efecto positivo si el familiar participa en procesos de información, psicoeducación, terapia individual, grupal y familiar, siendo recomendable un ambiente que genere la sensación de comprensión en el familiar por parte del equipo médico.

Además se explica cómo de este modo se reducen los índices de emoción expresada, estrés, miedo, creencias del familiar y problemas de salud, garantizándose mejoras proporcionales a la capacidad de empatía de los familiares.

Posteriormente se describe el problema que se detectó en el grupo evaluado de familiares usuarios del hospital de psiquiatría de Aguascalientes, que consistía en la presencia de actitudes obstaculizadoras para la rehabilitación de las PEEM atendidas, relacionadas en parte a la poca asistencia a los servicios de atención a familias.

Una de las posibles consecuencias fue que de 913 hospitalizaciones presentadas entre enero y diciembre de 2006, 233 fueron por recaídas, ocasionándose en promedio un 26% del total de ingresos mensual en el mismo año (ver: apéndice 1). Ante esta situación se planteó como objetivo del presente proyecto:

Optimizar la participación del familiar en la rehabilitación integral de la PEEM, a partir del diseño, implementación y evaluación de una propuesta de intervención psicológica para el desarrollo de actitudes facilitadoras.

En el *capítulo II* se describe la *Metodología* empleada para: a) el diagnóstico de la situación del grupo de familiares de las PEEM; b) la planeación, integrando las necesidades detectadas con las pautas que ofrecían las investigaciones y las alternativas desde la perspectiva rogeriana; c) la implementación, d) la evaluación, de efectividad, de procesos e impacto; e) el análisis de los resultados: a partir del modelo cualitativo apoyado en la Teoría Fundamentada, la cual pone más énfasis en la calidad de los resultados que en la cobertura de las acciones.

Para sustentar este proyecto de intervención, en el *Marco Teórico* (ver: *capítulo III*) se define a la persona desde su esencia como un *ser de relaciones*, característica estudiada y comprobada con *investigaciones* a nivel biológico, psicológico y social. Sin embargo, la PEEM vive privada de interacciones, tanto por la naturaleza orgánica de su enfermedad, como por el

ancestral estigma e incluso por los tratamientos médicos, los cuales siguen el mandato social de marginación.

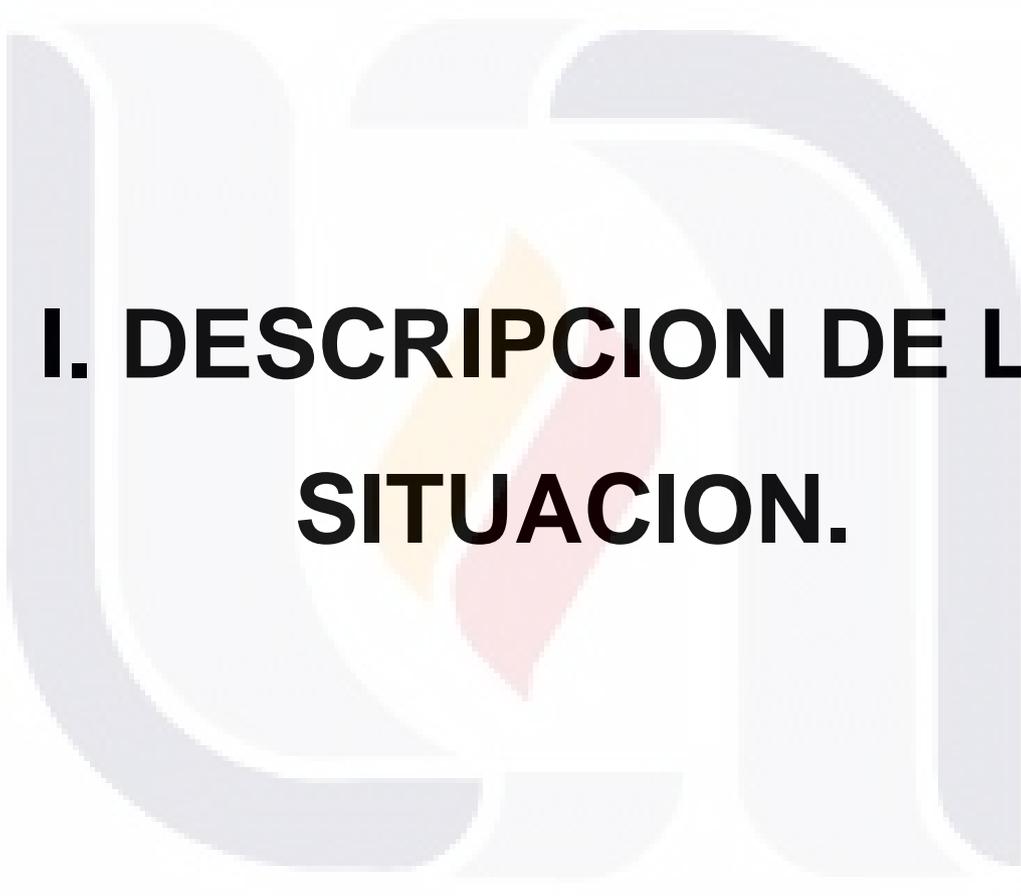
Desde la *perspectiva de Rogers* (1981,1982) se interpreta la situación detectada, describiendo cómo el familiar tiene conciencia vaga acerca de la enfermedad mental y del potencial de ayuda de sus interacciones; y cómo afronta el impacto de la enfermedad mental de la PEEM guiado por mandatos sociales (condiciones de valor), negando las partes amenazantes de su experiencia, por lo que confunde sus sentimientos, se percibe incomprendido, y se vuelve incongruente, perdiendo de vista situaciones de riesgo o descuidando los tratamientos farmacológicos, además de generar más estrés. Estas son manifestaciones de las actitudes obstaculizadoras que generan recaídas en la PEEM y envuelven al familiar y a la PEEM en un círculo vicioso que mantiene socialmente el estigma.

A partir de esta perspectiva se propone como alternativa de solución el desarrollo de las *actitudes facilitadoras en la interacción* por ser éstas *fuentes de potencial terapéutico*, de acuerdo con Rogers y sus seguidores.

En el *capítulo IV*, se describe la *Propuesta de intervención terapéutica*, con la cual se pretendió que los familiares participantes se habilitaran en el ejercicio de actitudes facilitadoras en las interacciones, a partir del proceso metodológico propuesto por Rogers y Carkhuff (ver: Giordani,1997), cuyas fases son: autoexploración, comprensión, toma de decisiones y acción (en este, el ejercicio vivencial de las actitudes facilitadoras hacia la PEEM).

En los *Resultados* (ver: capítulo IV), se describen las evidencias de la efectividad, el proceso y el impacto de la implementación, detectados en las actitudes de cada uno de los familiares participantes hacia sí mismos, su familia, el grupo terapéutico, pero en especial hacia las PEEM. Como parte relevante de la evaluación de impacto se describen aportaciones personales de la PEEM de FP1 sobre los efectos en su familiar y en sí mismo, que percibió a raíz de la participación en este taller.

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS



I. DESCRIPCION DE LA SITUACION.

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

I. DESCRIPCION DE LA SITUACION.

Actitudes facilitadoras del familiar en la rehabilitación de la *Persona con Experiencia de Enfermedad Mental* (PEEM).

En éste capítulo se describe la situación del grupo de *familiares de las PEEM*¹ que se pretendió modificar con este proyecto. Para lograrlo, a continuación se detallan: *los antecedentes* de estudios y estrategias relacionados con la *actitud del familiar hacia la PEEM* y su repercusión en la *rehabilitación*; el *contexto*; la *justificación*; el *planteamiento del problema* y el *objetivo general del proyecto*.

Antecedentes: La familia y la rehabilitación de la PEEM

A simple vista, la importancia de la relación entre “familia” y “rehabilitación de la PEEM” parece obvia, sin embargo el proceso histórico que la cristaliza ha sido demasiado lento en comparación con otras dimensiones del desarrollo de la civilización, por eso es necesario destacar algunos de los antecedentes más significativos que se consideran como cimientos de la presente propuesta.

La familia como objeto de estudio. A nivel internacional, el papel de la familia en los padecimientos mentales, empezó a ser objeto de estudio entre los años 50`s y 70`s, con Bateson, Haley, Minuchin, Whitaker, Satir, Brown y muchos autores más, en torno a la comunicación y las *actitudes* de la familia de la persona con esquizofrenia. Así surgió la psicoterapia familiar como una ciencia clínica, cuya evolución fue “contemporánea de profundos cambios en las perspectivas de las Ciencias Naturales y de otras ciencias del comportamiento”. (Hoffman, 1987, p.11)

¹ Hacer referencia al *familiar de la PEEM*, en esta propuesta significa hablar del conjunto de personas que colaboran en la rehabilitación, participando en programas psicoeducativos y terapéuticos del hospital de psiquiatría “Dr. Gustavo León Mojica García”, quienes pertenecen a diferentes familias de las PEEM que reciben atención, sin considerarse como objetivo de trabajo a cada familia de manera particular.

Estos avances, aunados a los de la medicina, aunque generaron mayores esperanzas en la rehabilitación integral de la PEEM, no han sido suficientes, ya que en la actualidad las *actitudes* negativas hacia estas personas son una realidad innegable, estudiada por muchos investigadores (Ver: Benítez, Chávez & Ontiveros 2005, pp. 61-64, 68-71; OMS, 1996, p.5; Perlick, Rosenheck, Chessick, Wolff, Kaczynsky, Ostacher, Patel, Desai & STEP-BD Family Experiencie Collaborative Study Group, 2008, pp. 134-145; Varela, 1999, pp. 3-10). Quienes afirman que ante la aparición de una enfermedad mental en un miembro de la familia, las manifestaciones del familiar en torno a este evento, tales como: la falta de conocimiento, el estrés y la falta de tratamiento a la enfermedad, generan *actitudes* negativas hacia la PEEM y éstas a su vez propician un mayor índice de recaídas.

Además, aún con tratamiento farmacológico, un ambiente estresante produce recaídas hasta en un 64%. Pero si se agrega la atención a patrones de crianza, relaciones familiares, psicoterapia y psicoeducación, el índice de recaídas se reduce a un 19%. (Benítez, 2005).

A partir de las explicaciones anteriores, se desprenden algunas hipótesis relacionadas con la importancia de ampliar la perspectiva para facilitar las *actitudes* del familiar en beneficio de la rehabilitación de la PEEM, de entre las cuales destacan las siguientes: a). La información hacia el familiar influye en la disminución de recaídas de la PEEM y de los índices de *emoción expresada*²; reducción de estrés, miedo, creencias del familiar; reducción de problemas de salud. (Ver Smith & Birchwood, 1987; Falloon & Pederson, 1985; Terrier, Barrowclough, citados en: Varela, 1999). b). “Se ha encontrado una correlación negativa entre la capacidad de *empatía* de los familiares de los pacientes y las recaídas de éstos” (Benítez, 2005, p.62).

² *emoción expresada*: De acuerdo con Kuipers, Leff & Lam (2004, p. 20), no es un sentimiento sino que es un constructo cuyos componentes son términos técnicos, tales como comentarios críticos, hostilidad y sobreinvolucración considerados para el estudio de la actitud del familiar hacia la PEEM.

Éstas y otras “investigaciones han demostrado la importancia de los conocimientos, no sólo la adquisición de información (...) para el desempeño de habilidades y competencias de cuidado en los familiares de los pacientes y sus efectos sobre las recaídas de éstos” (Varela, 1999, p 3).

La familia como actora en el proceso de rehabilitación. Antiguamente, el papel social de la familia en la atención a la PEEM era mantenerlo al margen de la sociedad por no cubrir los parámetros socialmente establecidos. La evolución en los modelos de atención psiquiátrica repercutió en las condiciones de vida de la PEEM y en el rol del familiar, hasta llegar al grado de considerarse imprescindible su participación activa, como uno de los engranes principales para la rehabilitación integral:

a). *Modelo Manicomial.* Con características deplorables, sobresaliendo el hacinamiento y la marginación de la PEEM; b). *Modelo de Hospital Psiquiátrico,* sin dejar las características de aislamiento social, el cual añade a los síntomas típicos de la enfermedad, el llamado “*síndrome de hospitalismo*”³; c). *Modelo de atención integral médico-psiquiátrica para el logro de la rehabilitación.* El cual aboga por respetar la dignidad humana de la persona con enfermedad mental, buscando el desarrollo y optimización de sus recursos y potenciales personales, en beneficio de sí mismo, de *su familia* y de la sociedad.

De este modo, hasta la actualidad se pugna cada vez más por rescatar y garantizar los derechos humanos y el respeto a la dignidad de las personas. En este caso, de todas aquéllas que requieran y obtengan servicios de atención médico-psiquiátrica, con la finalidad de impulsar su rehabilitación integral.

³ *síndrome de hospitalismo:* Es el deterioro provocado en la PEEM al hospitalizarle por tiempo prolongado, debido a la privación de interacciones, a excepción del mínimo contacto social con las demás PEEM o el equipo médico. Este fenómeno se agrega al deterioro propio de la enfermedad y genera más desadaptación.

En *Europa*, el abordaje con las familias ha sido un aspecto importante en el proceso de rehabilitación de la PEEM desde que inició la tendencia a la reinserción social, laboral y familiar.

Como ejemplos⁴ significativos se pueden citar Quebec, Gran Bretaña, Alemania, y particularmente Ginebra, en donde:

“... los servicios psiquiátricos, institucionales y privados están muy bien desarrollados; un importante número de psicólogos trabajan a la vez en los servicios (...) públicos y (...) privados; (...) el uso de terapia médica, psiquiátrica o psicológica es particularmente importante, (*por lo que, socialmente*) (...) las actitudes hacia los pacientes psiquiátricos son tolerantes, no se culpa a los pacientes ni a sus familias y el uso de los fármacos no es censurado”. (Goerg, Fischer, Zbinden, & Guimón, p. 12, 2005).

Otros ejemplos específicos son: el Instituto de Psiquiatría del King's College de Londres y el Hospital Clínic de Barcelona, cuyo enfoque terapéutico del trabajo con familias ayuda a prevenir recaídas (ver: Leff & otros, 1982,1985,1989, 1990; Tarrier y otros, 1988, citados en Kuipers, Leff & Lam, 2004, p. 24). El que integra elementos psicoeducativos y estructurales, apoyado en técnicas cognitivo conductuales, además de los “*principios rogerianos* (...), los cuales se consideran cruciales para un trabajo eficaz con las familias” (Kuipers, 2004, p. 25).

⁴ Se hace referencia a estos países en el estudio denominado. Actitudes públicas hacia situaciones desviadas de la vida diaria. (ver: Goerg, & otros, 2005).

En *Estados Unidos*, además del trabajo en unidades de atención psiquiátrica, existe un auge muy importante en la constitución de asociaciones de autoayuda a nivel nacional, como la Alianza Nacional para los Enfermos Mentales (NAMI)⁵, dedicada al mejoramiento de la vida de las PEEM y la de sus familias, “luchando contra la discriminación, realizando investigación sobre causas, síntomas y tratamientos, y a educar” (ver: Burland, 2002, p. 1.15).

Burland (2002) menciona que la atención a las familias de las PEEM en unidades de salud mental, en los Estados Unidos se ha apoyado en varios estudios de experiencias que reportan lo siguiente: a) entre el 45 y 75% de las familias están insatisfechas con los servicios de salud mental; b) el 56% sienten que los profesionales no los ayudan a comprender la enfermedad; c) entre el 40 y 80% de las PEEM y familiares suspenden su tratamiento en las clínicas; d) el 82% de las personas que trabajan en el campo de la salud mental ‘no ven a las familias como las familias se ven a sí mismas’ (Spaniol, et al, 1987, citado en: Burland, 2002, p. 5).

En *México*, con grandes esfuerzos se intenta una evolución en los servicios de psiquiatría y salud mental, ya que el Sistema Nacional de Salud, a través de la Dirección de Normas de Salud Mental, Rehabilitación y Asistencia Social, se ha dado a la tarea de retomar las tendencias actuales para el tratamiento de PEEM, con la finalidad de ser acorde a la Norma Internacional denominada “*Principios para la Protección de Personas que padecen Enfermedades Mentales y para el Mejoramiento de la Atención a la Salud Mental*”, la cual se publicó por el Consejo Económico y Social de Naciones Unidas, en febrero de 1991.

De la antes citada se deriva la Norma Oficial Mexicana para la Prestación de Servicios de Salud en Unidades de Atención Integral Hospitalaria Médico-Psiquiátrica [NOM-025-SSA-1994], (Diario Oficial de la Federación [DOF], 16 de noviembre de 1995). En ésta se hace referencia a la necesidad de considerar el rol de la familia en todo el proceso de rehabilitación, desde su

⁵ NAMI cuenta con más de 220, 000 miembros, más de 1,200 afiliadas estatales y locales en los 50 estados además en el Distrito de Columbia, Puerto Rico y Canadá, además de México.

detección, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y reinserción social de PEEM (ver: apartados 4.6.9, 5.3.5, 7.1: 7.1.1.2, 7.1.3.1 y 8.17).

De acuerdo a estas condiciones, actualmente se promueve a nivel nacional la psicoeducación a familiares, tanto en unidades de atención psiquiátrica, como en grupos de autoayuda y asociaciones civiles. De éstas últimas, se pueden resaltar las siguientes: INGENIUM⁶, Red “Voz Pro Salud Mental”⁷, “Asociación de Familiares y Amigos de Personas con Esquizofrenia” (AFAPE) y “Asociación Mexicana de Trastorno Bipolar” (AMATE).

Evolución de la Atención a familiares de las PEEM en Aguascalientes. La forma peculiar en que ancestralmente la civilización estereotipó a la PEEM, influyó también en Aguascalientes para que todavía en los años 50's se llegara a hacer uso de estrategias de aislamiento, tanto por parte de la sociedad en general, como de las mismas familias, mediante sujeciones con grilletes y cadenas a quienes consideraban peligrosos.

Entre 1968 y 1984, las PEEM comenzaron apenas a recibir de manera esporádica algún tipo de atención psiquiátrica, tanto las recluidas en la calle del Tesoro, como las que se mantenían ocultas, aisladas y encerradas en sus propios domicilios. Todo esto debido a los esfuerzos de la Trabajadora Social Ma. Elena Sandoval de Navarrete⁸, empleada de la “Secretaría de Salubridad y Asistencia”, quien inició la atención a familiares, dándose a la tarea de

⁶ INGENIUM, es una Junta de Beneficencia Privada del Estado de Nuevo León, fundada en el año 2000, (...) para apoyar [a todas las PEEM](...); su misión y acción concreta es reforzar el núcleo familiar a través de (...) *entrenamiento para el mejor soporte al ser querido afectado*, así como *autocuidado de toda la familia*; ha firmado contrato con NAMI y traduce algunos de sus programas de trabajo con familias, los cuales se difunden en todo Estados Unidos, y en México: en los estados de Morelos, Chihuahua, Nuevo León, Jalisco y Aguascalientes. (ver: Burland, 2002, p. 1.17)

⁷ Red “Voz Pro Salud Mental, es un grupo de Organismos no Gubernamentales sin fines de lucro, de autoayuda, apoyo, defensa y promoción, que luchan por los derechos de las personas que viven una enfermedad mental y de sus familias, a través de acciones relacionadas con *rehabilitación y educación, estigma y la discriminación* entre otras; trabajan en Chihuahua, Cuernavaca, Guadalajara y Monterrey. (ver: Burland, 2002, clase: 1, folleto: 1).

⁸ Ma. Elena Sandoval de Navarrete narra esta historia, que atestiguan tanto empleados al cuidado de las PEEM, como familiares. Ella recibió en diciembre de 2007 un reconocimiento como mujer destacada por el “Instituto Aguascalentense de las Mujeres”.

detectarlos y convencerlos para que le permitieran llevar a las PEEM a recibir tratamiento médico en Guadalajara por el Dr. Mojica García.⁹ A partir de 1984, las personas recluidas fueron trasladadas a la “Granja para Enfermos Mentales San Francisco de Asís”, construcción con características más dignas que los lugares anteriores.¹⁰

Desde entonces, se inició una serie de programas de rehabilitación, sin contemplar de manera sistemática la *Atención a Familiares* de PEEM, aunque el equipo médico interdisciplinario y personal de servicio social ofrecía orientación, apoyo y, eventualmente terapia familiar. Lo que sucedió por espacio de quince años (ver: programas 1988 - 2000).

En agosto de 2000 llegó al Hospital de Psiquiatría de Aguascalientes, a través de la Coordinación de Salud Mental y la Fundación para la Rehabilitación del Enfermo Mental, la propuesta Nacional del Tercer Modelo de Atención en Salud Mental, en cuyo programa se hace referencia el papel de la familia al recibir información, educación y participar en el programa de tratamiento y rehabilitación de la PEEM tendiendo a la reinserción familiar, social y laboral. (Ver: Secretaría de Salud, 2000).

Fue hasta el 2 de agosto de 2001, cuando se estableció la *Atención a Familias*, como un programa oficial, con miras a lograr una mejor calidad de vida en la PEEM y en consecuencia, en su familia, cuyos resultados entre 2001 y 2003, consistieron sólo en una asistencia promedio semanal de quince personas, familiares de las PEEM atendidas, de las cuales sólo dos personas por semana concluían el 100% del proceso de atención (Ver: Hospital de Psiquiatría, 2003).

⁹ Este médico después optó por viajar con regularidad a Aguascalientes para ofrecer sus servicios hasta que se quedó a radicar en esta misma ciudad.

¹⁰ Esta institución, a partir de 1989 pasó a denominarse “Centro de Neuropsiquiatría” y desde 2003: “Hospital de Psiquiatría Dr. Gustavo León Mojica García”, según consta en el Diario Oficial de la Federación del 15 de diciembre de 1989 y del 1 de octubre del 2003.

En éste último período, se abrieron nuevas alternativas para los familiares y PEEM, ya que surgieron en Aguascalientes, las nuevas sedes de asociaciones civiles como AFAPE y AMATE, las cuales se encargan, entre otras funciones, de ofrecer apoyo, comprensión, información y educación,¹¹

A pesar de los avances internacionales en la rehabilitación, al menos en Aguascalientes todavía en el año 2006 no se había logrado realizar los reajustes necesarios en el sistema estatal de salud para implementar totalmente la NOM-0025-SSA2-1994, acordes la propuesta del Tercer Modelo de Atención en Salud Mental.

Además, de todas las opciones para los familiares de las PEEM de Aguascalientes, en el hospital de psiquiatría y en las asociaciones de familiares, se ofrecía orientación e información, pretendiendo concientizar acerca de la enfermedad y de “*qué*” hacer teórica y técnicamente; pero como personas, los familiares en su mayoría no recibían ningún tipo de terapia ni se habilitaban en el “*cómo*” afrontar sus experiencias a partir del significado personal con la PEEM de una manera autónoma y saludable para todos, además de reportarse un bajo índice de asistencia (ver: *figura 1*).

Por lo anterior, aún se requerían estrategias de sensibilización acerca del beneficio en la calidad de vida de la PEEM y del familiar, al involucrarse en programas de apoyo psicoeducativos y terapéuticos que además de favorecer la reinserción de la PEEM, repercutieran en la paulatina desestigmatización de la enfermedad mental por parte de la sociedad (ver: OMS, 1996, p. 5; Benítez, Chávez, & Ontiveros, 2005, pp 59-71; Goerg, Fischer, Zbinden, & Guimón, 2005, pp. 1-14).

¹¹ En éstos grupos, los familiares de las PEEM participantes, dialogan entre sí de sus experiencias, invitan expertos, retoman programas Nacionales e Internacionales (como los de NAMI, a través INGENIUM, además de las propuestas de “Voz Pro salud Mental”).

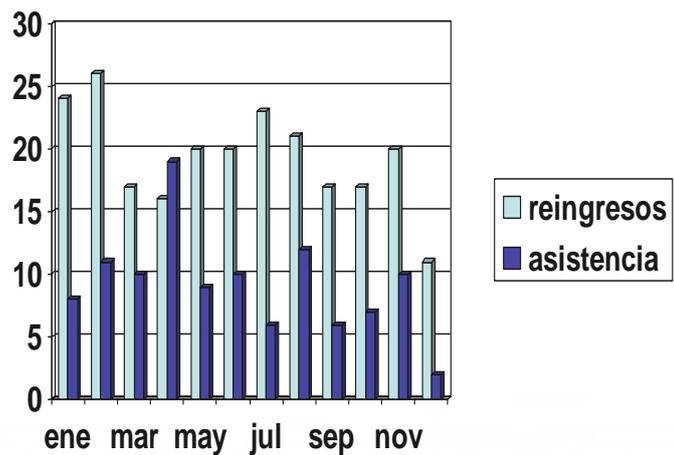


Figura 1. Comparación entre el número de reingresos y el total de familiares participantes a sesiones psicoeducativas (incluyendo en ocasiones varios familiares por usuario y familiares de usuarios de primera vez). Fuente: cálculos propios a partir del análisis de información recabada en el archivo clínico del Hospital de Psiquiatría “Dr. Gustavo León Mojica García” y listas de asistencia a psicoeducación (enero-diciembre 2006).

Contexto.

“Todo fenómeno estudiado fuera de su contexto, pierde sentido, tiene una apariencia limitada, hasta cierto punto irreal” (Bertalanffy, 1989, p.55). Los acontecimientos que favorecen o dificultan la rehabilitación integral de la PEEM, se convierten en fenómenos cuyo contexto permanente de base es la familia. Por lo que toda estrategia propuesta por el equipo interdisciplinario que pretendiera ser integral, debería considerar a la familia (ver: NOM-0025-SSA2-1994).

Selección de la muestra. La elección de los participantes fue voluntaria, convocándose a los familiares de las PEEM de toda la población abierta que acudieran al hospital de psiquiatría “Dr. Gustavo León Mojica García” y proveniente cualquiera de las tres jurisdicciones sanitarias del estado de

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

Aguascalientes¹² organizadas a nivel operativo y zonas circunvecinas (Jalisco, Zacatecas, Guanajuato), y San José de Gracia; c) Calvillo: comprende el municipio de Calvillo. La convocatoria fue para obtener información más precisa de la situación de las recaídas de las PEEM en función de las actitudes del familiar, para posteriormente hacer una propuesta de intervención psicológica. La condición para su inclusión fue que las PEEM hubiesen sido hospitalizadas al menos una vez.

Características del grupo donde se delimitó la situación a atender. La muestra consistió en un grupo de 20 familiares de las PEEM usuarias de los servicios de: consulta externa, urgencias y hospitalización, del Hospital de Psiquiatría “Dr. Gustavo León Mojica García” ubicado en la ciudad de Aguascalientes.

Este grupo se caracterizó por ser: a) no cautivo sino de tipo abierto, con afluencia permanente, oscilando entre 15 y 25 personas; b) heterogéneo, ya que lo componían personas de ambos sexos, con edades entre 15 y 65 años de edad, cuyo nivel socioeconómico, escolaridad, religión y ocupación eran variables; c) proveniente de zonas urbanas, suburbanas y rurales, de diversas partes del estado y regiones circunvecinas (León, Zacatecas, Jalisco y San Luis Potosí).

Las características que se consideraron comunes en el grupo de personas evaluadas fueron: a) convivir en sus familias con una o varias PEEM, con antecedente de ingresos al hospital, b) acudir de manera individual o familiar a recibir información, psicoeducación o participar en talleres de entrenamiento y apoyo terapéutico.

¹² Las jurisdicciones sanitarias son. a) Aguascalientes: que comprende los municipios de El Llano, San Francisco de los Romo, Aguascalientes y Jesús María; b) Rincón de Romos: comprende Rincón de Romos, Pabellón de Arteaga, Tepezalá, Asientos y Cosío.

Una de las necesidades básicas de la sociedad y consecuencias más evidentes del desarrollo actual de Aguascalientes, son las cuestiones de salud mental. Por lo que aunado al crecimiento de la población, la dinámica de las interacciones y las condiciones socioeconómicas actuales van determinando y matizando el tipo de alteraciones mentales propias de este contexto.

Relacionado a lo anterior, en la actualidad, las principales causas de internamiento en el Hospital de Psiquiatría “Dr. Gustavo León Mojica García” de la ciudad de Aguascalientes son los trastornos: mental y del comportamiento debido al uso de sustancias, del humor (depresión y bipolar), de ansiedad, esquizofrenia y debidos a condición médica (ver: Hospital de psiquiatría, 2008).

De acuerdo con la NOM-025-SSA-1994, una característica fundamental de los cambios en el tratamiento de la PEEM es la tendencia hacia la reinserción social al medio a que pertenece, iniciando por la reintegración a la vida familiar, social y laboral. Por lo que es de vital importancia considerar en este proceso el papel trascendente del familiar.

Sin embargo, la OMS afirma que a pesar de que los “distintos trastornos se pueden diagnosticar con fiabilidad y tratar con métodos efectivos. *(Se sigue comprobando que)* este tratamiento no está, (...) al alcance de los médicos y enfermos y desencadena una actitud negativa frente a las personas que sufren los trastornos mentales” (1996, p. 5).

Lo anterior se ve reflejado en el estado de Aguascalientes, porque aún existiendo estrategias como la atención a familias de las PEEM, con sedes estatales de asociaciones y otras instancias nacionales que apoyan con entrenamiento y psicoeducación, los coordinadores de tales grupos se quejan de la poca respuesta a sus convocatorias.

Además, de que sus propuestas se centran principalmente en proporcionar sólo alguna información acerca de dos o tres trastornos, a pesar de que en la actualidad la gama de diagnósticos detectados es mucho más amplia¹³.

En el servicio de atención a familias del hospital de psiquiatría de Aguascalientes, también la asistencia es escasa. Por ejemplo, en 2006, de 913 familiares de usuarios hospitalizados (de primera vez y reingresos) la participación en las sesiones de psicoeducación, apenas alcanzó en promedio un 45% (ver: *figura1*). Pronosticándose¹⁴ para el otro 55% una mayor probabilidad de recaídas en las PEEM de esos familiares (ver: Benítez, 2005).

De ese 45% que acuden a las sesiones, los participantes afirman que adquieren información y sensibilización tanto acerca de los trastornos como de la importancia de colaborar en la rehabilitación de la PEEM, sin embargo, no se habilitan en “cómo” afrontar sus experiencias con ella a partir del significado personal, de una manera autónoma y saludable para sí mismos y su familiar. Situación por la cual también se pronostican recaídas (ver: Benítez, 2005).

Como consecuencia de lo anterior, en el hospital de psiquiatría, de 913 ingresos acontecidos entre enero y diciembre de 2006, 233 fueron por recaídas, ocasionándose en promedio un 26% del total de ingresos mensual en el mismo año (ver: apéndice 1).

Toda esta situación es el reflejo social de cómo el ancestral estigma relacionado con la enfermedad, el incremento en cantidad y tipos de

¹³ Los trastornos más socorridos con información para el familiar son: la esquizofrenia, trastorno bipolar y depresión, mientras que los que solicitan atención son principalmente: 1º trastorno mental y del comportamiento debido al consumo de sustancias, 2º trastornos del humor (depresión y trastorno bipolar), 3º trastornos de ansiedad y 4º esquizofrenia. (ver: informe estadístico del hospital de psiquiatría 2006-2007).

¹⁴ De acuerdo con las investigaciones que reporta Benítez (2005), aún con tratamiento farmacológico, un ambiente estresante produce recaídas hasta en un 64%, pero si se agrega la atención a patrones de crianza, relaciones familiares, psicoterapia y psicoeducación, el índice de recaídas se reduce a un 19%. Lo cual indica que es peor el pronóstico cuando se descuida el tratamiento farmacológico o cualquiera de los otros tipos de atención.

trastornos, el desconocimiento, el estrés del familiar de la PEEM generado por las crisis propias del padecimiento y el descuido o abandono de los tratamientos, son algunas de las situaciones que generan actitudes negativas, en este caso en el familiar, las cuales a su vez propician un ambiente estresante que lleva a más recaídas a la PEEM, convirtiéndose este fenómeno en un círculo vicioso (ver: Burland, 2002; Calderón, 1997; Ceberio & Linares, 2000; Goerg, & otros, 2005; Perlick & otros, 2008; Varela, 1999).

Por lo anterior, es necesario proponer estrategias sistematizadas de intervención terapéutica para la optimización de las actitudes del familiar de la PEEM.

Fue así que ante la situación particular del hospital de psiquiatría “Dr. Gustavo León Mojica García”, se consideró prioritario emprender acciones que integraran: las necesidades manifestadas por el equipo médico acerca de la participación del familiar en la rehabilitación de las PEEM, las necesidades personales sentidas por el grupo de familiares evaluados en su relación con la PEEM, que permitieran ofrecer estrategias de apoyo terapéutico a su medida: ampliación de conciencia, información necesaria, comprensión del significado personal de su experiencia, y el entrenamiento que le habilitara de manera vivencial en sus actitudes elementales, que potencialmente son facilitadoras del propio desarrollo humano y en consecuencia de la rehabilitación.

Planteamiento de la situación del grupo de familiares de las PEEM.

Partiendo por un lado de la hipótesis diagnóstica acerca de que las *actitudes del familiar hacia la persona con experiencia de enfermedad mental (PEEM)* son uno de los múltiples factores que influyen para el logro de la rehabilitación integral¹⁵, y por otro de la detección de necesidades del grupo de familiares evaluados para optimizar la rehabilitación de las PEEM, mediante la investigación empírica¹⁶, se logró delimitar de manera más precisa la situación que se pretendía modificar planteándose de la siguiente manera:

Este proyecto está dirigido al grupo de familiares de usuarios del Hospital de Psiquiatría “Dr. Gustavo León Mojica García”, de la ciudad de Aguascalientes. Grupo que se distingue por ser de tipo abierto, heterogéneo, con afluencia permanente, oscilando entre 15 y 25 personas de ambos sexos, con edades entre los 14 y los 65 años de edad, de nivel socioeconómico, escolaridad, religión y ocupación variables; provenientes de diversas partes del estado y regiones circunvecinas (León, Zacatecas, Jalisco, San Luis Potosí).

Las características que se consideraron comunes en el grupo evaluado son: convivir en su familia con una o varias PEEM, que han requerido hospitalización; acudir al hospital a recibir atención y orientación para un adecuado tratamiento a la PEEM.

Ante el análisis de los factores relevantes relacionados con las *actitudes del familiar* que se enfrenta: a) por un lado, a una situación: “enfermedad mental de un miembro de la familia” y b) por otro, a sus propias “*formas de pensar, sentir y actuar*” frente a tal evento. Mediante las técnicas e instrumentos aplicados, se detectó en el *grupo voluntario de familiares de las*

¹⁵ De acuerdo con la definición de la NOM-025-SSA-1994, el objetivo de la rehabilitación integral pretende: “promover en el paciente, el re-aprendizaje de sus habilidades para la vida cotidiana cuando las ha perdido, y la obtención y conservación de un *ambiente de vida satisfactorio*, así como la participación en actividades productivas y en la vida sociocultural”. (SSA, 1994: 8).

¹⁶ Ver detalles de las fases de obtención e integración de información en el cap II Metodología, apartado de *Metodología para la investigación empírica*

PEEM: la presencia de *Actitudes obstaculizadoras para el logro de la rehabilitación integral*.

*Las actitudes obstaculizadoras se manifiestan de la siguiente manera*¹⁷:

Componente cognoscitivo:

a). Considerar que la PEEM no está enferma o que es peligrosa, manipula, está embrujada, enyerbada, o es retrasada mentalmente; b). Considerar que la enfermedad mental se trata de algún daño en el cerebro, que es una manifestación de una impresión o un susto o del uso de drogas; c). Mencionar sólo algún rasgo general en relación a la enfermedad, pero no las características específicas de ningún trastorno.

Componente afectivo:

a). Manifestar sensación de impotencia, mucho dolor, sobrecarga, enojo, compasión, culpa, frustración, intranquilidad, distracción, miedo, explosiones de ira en contextos diferentes; b). Manifestar sensación de tensión por observar o imaginar situaciones en la PEEM, tales como: conductas no adaptadas socialmente, crisis agudas del padecimiento, riesgos en su integridad física y/o la integridad de quienes le rodean, incumplimiento de reglas, el deterioro del trastorno; c). Expresar miedos hacia la probabilidad de: el fallecimiento del cuidador o que éste último sea atacado por la PEEM; que la PEEM se suicide; que huya, peligrando en la calle y que recaiga.

¹⁷ Este planteamiento se hizo a partir de la información obtenida de las diferentes técnicas e instrumentos aplicados, integrándose según la operacionalización de los componentes de las actitudes.

Componente relativo a la conducta:

a). Manejo inadecuado o abandono del tratamiento médico; b). Desacuerdos familiares para la forma de interactuar con la PEEM; c). Evasión de apoyo entre los miembros de la familia; d). Quejas de acontecimientos en torno a la PEEM; e). Evasión de acciones y de expresión libre de sentimientos; f). Indecisiones; g). Juegos de manipulación, manifestados en: evitarlo, regañarlo, dejarlo que haga su voluntad.

Todo lo anterior ha traído como consecuencia: un mayor índice de recaídas en las PEEM, manifestándose en promedio un 26% del total de ingresos mensuales al hospital de psiquiatría en 2006.

Objetivo General del Proyecto

Para dar respuesta a la situación del grupo de familiares de las PEEM usuarias del hospital, se estableció como objetivo de este proyecto el siguiente:

Optimizar la participación del familiar en la rehabilitación integral de la PEEM, a partir del diseño, implementación y evaluación de una propuesta de intervención psicológica, para el desarrollo conciente de sus actitudes facilitadoras.

Este objetivo sirvió de guía para elegir el sustento teórico y metodológico desde la visión humanista de Rogers y Carkhuff.

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS



II. METODOLOGIA

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

II. METODOLOGIA

Metodología previa de atención a familias en el hospital de psiquiatría
“Dr. Gustavo León Mojica García”.

Desde el año 2001, la atención a los familiares de las PEEM, se había sistematizado y reajustado a partir de: a) expresión de inquietudes y dudas de familiares de las PEEM en sesiones grupales; b) evaluación periódica de sus necesidades específicas y los resultados de las intervenciones reportados por el equipo interdisciplinario; así como c) ajuste a las normas vigentes¹⁸.

El programa de atención a familias¹⁹ se había integrado por dos modalidades de intervención: grupal y familiar (tal como se observa en el *cuadro: 1*), las cuales se ofrecían de manera gradual, paralela e integrada en diferentes tipos de sesiones: a) *específicas*, con información acerca del estado y evolución de la PEEM para cada familia, b) *psicoeducativas grupales*, c) de compromiso y acuerdos terapéuticos *para cada familia*, d) de entrenamiento y apoyo terapéutico, dirigido a *grupos de familiares* de las PEEM atendidas en el hospital (ver: Hospital de Psiquiatría “Dr. Gustavo L. Mojica G., 2005).

¹⁸ Las normas vigentes son: Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos (art. 4º), Reglamento de la Ley General de Salud, en materia de prestación de servicios en atención médica; NOM-0025-SSA2-1994, fracciones 4.6.9, 5.3.5, 7.1: 7.1.1.2, 7.1.3.1, 8.17; Ley del Hospital de Psiquiatría “Dr. Gustavo León Mojica García”.

¹⁹ Se hace referencia al programa tal como se llevó a cabo entre 2005 y 2006.

Metodología para la Atención a Familias: 2006.
Hospital de Psiquiatría “Dr. Gustavo León Mojica García”.

TIPO DE INTERVENCIÓN: (RESPONSABLE)	FASES	MODALIDAD	OBJETIVO	FRECUENCIA	DURACION
Información específica relacionada con el tratamiento (PSIQUIATRA)	- internamiento. - egreso - seguimiento	FAMILIAR (obligatoria)	Seguimiento del familiar de las indicaciones terapéuticas para el tratamiento de PEEM	-Permanente -única vez -cada mes	-15 minutos, c/semana. -15 minutos, una vez. -15 minutos en c/consulta externa
Psicoeducación (responsable del programa de Atención a Familias y Departamento de Rehabilitación)	I. Inducción II. Sensibilización III. Reconocimiento IV. Valoración y compromiso.	GRUPAL (obligatoria) FAMILIAR	Valoración del familiar acerca de la importancia de su participación en todo el Proceso de rehabilitación de la PEEM	2 horas semanales	8 horas:
Acuerdos terapéuticos. (responsable de atención a familias y terapeuta asignado)	IV. Valoración y compromiso	FAMILIAR (obligatoria)	Compromiso a través de la valoración y participación familiar en los acuerdos terapéuticos.	variable	Variable, según necesidades de cada caso, puede ser de: 1 a 3 veces, de 15 a 60 minutos.
Talleres de Entrenamiento y apoyo terapéutico (responsable de Atención a familias y Departamento de Rehabilitación)	VARIABLES (según las características de cada taller).	GRUPAL (voluntaria)	Desarrollo de conocimientos, actitudes y/o habilidades del familiar para favorecer la rehabilitación de PEEM y el mejoramiento de la calidad de vida familiar.	2 o 3 horas semanales	Variable: de 10 a 40 horas, según las características de cada taller.

Características del grupo donde se delimitó la situación a atender. Se trató de un grupo de 20 familiares de las PEEM usuarias de los servicios de: consulta externa, urgencias y hospitalización, del Hospital de Psiquiatría “Dr. Gustavo León Mojica García” ubicado en la ciudad de Aguascalientes.

Este grupo se caracterizó por ser: a) no cautivo sino de tipo abierto, con afluencia permanente, oscilando entre 15 y 25 personas; b) heterogéneo, ya que lo componían personas de ambos sexos, con edades entre los 13 y los 65 años de edad, de nivel socioeconómico, escolaridad, religión y ocupación variables; c) proveniente de zonas urbanas, suburbanas y rurales, de diversas partes del estado y regiones circunvecinas (León, Zacatecas, Jalisco y San Luis Potosí).

Las características que se consideraron comunes en el grupo de personas evaluadas fueron: a) convivir en sus familias con una o varias PEEM, con antecedente de ingresos al hospital, b) acudir de manera individual o familiar a recibir información, psicoeducación o talleres de entrenamiento y apoyo terapéutico.

Debido a que en cada sesión de “Atención a Familias” había cambios en los miembros del grupo, se convocó para que participaran de manera voluntaria.

Se analizaron las listas de asistencia a las sesiones de psicoeducación para familiares de las PEEM (entre agosto de 2001 y agosto de 2007), así como la información aportada por los familiares participantes entre agosto y diciembre de 2006 (ver: *cuadro 3*).

El propósito inicial fue delimitar la situación por modificar, para después diseñar, aplicar y evaluar una propuesta de intervención acorde a las necesidades del grupo de familiares de las PEEM, con al menos un reingreso, sin considerar su diagnóstico.

En consecuencia, se convocó a quienes acudieron al servicio de “Atención a Familias” del hospital durante el año 2006 (para establecer el diagnóstico de necesidades) y durante los primeros seis meses del 2007 (para participar de manera voluntaria en la implementación de la propuesta).

Metodología para la investigación empírica.

Partiendo de las investigaciones y estrategias de intervención previas que reportaban la trascendencia de la participación del familiar en la rehabilitación, al señalar la influencia del conocimiento y actitudes del familiar en la disminución de las recaídas de las PEEM. Además de la asistencia escasa ó irregular de los diferentes familiares a las sesiones psicoeducativas del hospital,²⁰ se procedió a jerarquizar las necesidades específicas de los familiares de las PEEM usuarias y delimitar la situación que se pretendía modificar a partir de las siguientes acciones:

Procedimientos generales. Solicitud de permiso a las autoridades del hospital de psiquiatría para *detectar necesidades específicas* en el programa de atención a familias y en los *familiares* que acudían a psicoeducación, *diseñar* y *aplicar* la presente propuesta.

Investigación empírica. a). En la primera fase se señalaron: los datos acerca de la situación (obstáculos para la rehabilitación de la PEEM y su relación con las actitudes del familiar) manifestados por informantes clave y diversas fuentes del hospital, así como los procedimientos realizados para su obtención, los cuales consistieron en: entrevistas y análisis de los expedientes de usuarios (PEEM) para corroborar el índice de recaídas de enero a diciembre de 2006; análisis de listas de asistencia de familiares de las PEEM a sesiones de psicoeducación (ver metodología general en: *cuadro 2*; proceso desglosado en:

²⁰ Hospital de psiquiatría “Dr. Gustavo León Mojica García” de la ciudad de Aguascalientes.

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

apéndices 1 y 2). b). En la segunda fase, derivada de los datos relevantes de la fase anterior, se convocó a los familiares de las PEEM para su participación voluntaria; se evaluaron directamente las actitudes del grupo de los familiares de las PEEM, precisando la visión del problema a través de: la operacionalización de los componentes de las actitudes para ubicar de manera organizada los datos encontrados; se aplicaron los siguientes instrumentos: un cuestionario, dos sondeos y una escala estandarizada, cuya metodología²¹ se integra en el *cuadro 3*.

Integración de resultados obtenidos. A partir de estos procedimientos se logró recabar la información requerida para: a) plantear la situación del grupo de familiares de las PEEM; b) identificar explicaciones teóricas que sustentaran tal situación y las probables estrategias de intervención, propuestas por el enfoque humanista, afines a Carl Rogers, las cuales serían factibles de guiar en estos casos²²; y c) integrar los aspectos anteriores en el diseño del programa de intervención que serviría para que el grupo de familiares activara sus *actitudes facilitadoras* en la rehabilitación de la PEEM

²¹ Para observar con más detalle la metodología usada y los resultados, se sugiere ver el Apéndice: 1

²² Para más detalles acerca de propuestas afines a Carl Rogers, ver: Giordani, 1997; Rogers, 1981; Egan, 1975; Macías, 1982; Troncoso, 1997; Kuipers, 2004.

Metodología para la obtención de información de fuentes del hospital.

TECNICA	OBJETIVO	RESULTADOS
Entrevistas a: • Director del hospital.	Detectar cuál es la prioridad o necesidad de atender a los familiares de usuarios	- índice alarmante de <u>recaídas</u> en las personas tratadas, debido a: la suspensión del tratamiento farmacológico, la inconstancia para acudir a las citas de control del padecimiento o a las situaciones de estrés familiar. -que las familias desarrollen conocimientos y habilidades para que colaboren en la rehabilitación de su familiar.
* Trabajadora social.		-Las familias cumplen por compromiso; - falta apoyo de otros miembros de la familia; -tendencia a abandonar al paciente - RECAIDAS
*Encargado de archivo		-RECAIDAS
*Entrevista a los psiquiatras de consulta externa y urgencias		-Condiciones propias del padecimiento; -estrés o conflictos familiares; -Abandono del tratamiento
Sondeo con las familias que acudan al hospital.	Detectar motivo de su asistencia (toman o no toman en cuenta la necesidad de conocer más acerca de la enfermedad)	De 20 personas sondeadas, 16, o sea 80% acuden para: - recibir informes acerca de su familiar hospitalizado, -cubrir el requisito de asistir cuando se les solicite; 6% acuden sólo a recibir informes 14% por mero interés en las sesiones.
Revisión de : expedientes y datos del archivo clínico.	Detectar índice de reingresos de enero a diciembre del 2006 (reingresos/ ingresos: %)	ene:24/ 75: 32% jul: 23/ 78: 29% feb: 26/ 82: 32% ago:21/70: 30% mar:17/ 65: 26% sep:17/75: 23% abr: 16 / 77: 21% oct: 17/87: 20% may:20/ 90: 22% nov:20/ 78:26% jun: 20/76: 26% dic: 12/60: 20%
		Promedio: 26% anual (2006) (ver: <i>datos desglosados en apéndice 1</i>)
Análisis de las listas de asistencia de las familias a las sesiones de orientación del Hospital de Psiquiatría (julio 2001-agosto 2006)	Detectar del grupo de familiares que acuden al hospital, el tipo de parentesco con la persona que padece la enfermedad mental.	MADRE-PADRE, HERMANA/O ESPOSA/O, HIJA/O: 81.6% de familiares directos. ABUELOS, PADRASTROS, TIA/O, OTROS: 18.4% de familiares indirectos.

CUADRO 3

Detección de necesidades en el grupo de familiares de las PEEM

METODO	TECNICA	INSTRUMENTO	OBJETIVO	FACTOR
Muestreo selectivo de informantes clave	Análisis de reportes de sondeo con familiares.	Reportes de sesiones de sondeo a familiares (hospital de psiquiatría).	Identificar indicadores de cada componente de actitudes en torno a la enfermedad mental.	*conocimientos *ideas de la sociedad con las que hay conformidad por parte del familiar.
Muestreo de la población	Encuesta Dirigida a familiares	Cuestionario De preguntas abiertas autoaplicado	Identificar nivel mínimo de conocimientos y reacciones emocionales específicas frente a la Enfermedad Mental.	*reacciones emocionales que se presentan en el familiar *Afirmaciones verbales o escritas (del familiar) indicativas de afecto positivo o negativo hacia los tratamientos ó medidas de control. (Cómo se siente frente a...)
Muestreo de la población	Evaluación psicométrica dirigida a familiares	Escala de Clima Social Familiar (estandarizada)	Identificar efectos de las acciones familiares en el clima social familiar	*Afirmaciones relativas a acciones del familiar y efectos de las mismas.

Procedimientos generales.

Una vez delimitada la situación del grupo de familiares de las PEEM, los datos aportados por las investigaciones e intervenciones previas, así como la perspectiva teórica Humanista y estrategias terapéuticas propuestas por Rogers, Carkhuff y autores afines que sustentaran las acciones a implementar²³, se procedió a integrar:

1. *Las necesidades particulares* de los familiares de las PEEM, que consistían principalmente en optimizar sus actitudes ante la persona y la situación que la acompaña.
2. *Los contenidos* requeridos referentes al conocimiento y comprensión del familiar acerca de su propia experiencia en relación con la PEEM, significado personal de la enfermedad a partir del análisis de los factores del logro terapéutico, compromisos propios y ejercicio de actitudes facilitadoras.
3. *La estructura* de la intervención de acuerdo a las fases del modelo de Carkhuff: autoexploración, autocomprensión, compromisos y acción, organizándolas en tres objetivos de intervención.
4. *La dinámica de la intervención* desde la perspectiva humanista de Carl Rogers y otros autores afines²⁴, considerando todas las técnicas clínicas humanistas necesarias para reforzar las fases antes señaladas, priorizando la vivencia del ambiente de confianza a partir de la aceptación, empatía y congruencia.

²³ Este enfoque propone darle más importancia al sentido y significado personal de las cuestiones que al procedimiento metódico.

²⁴ Se hace referencia a los autores que ofrecen ejercicios terapéuticos que promuevan: a) la *sabiduría organísmica*: sensibilización corporal; b) *simbolización de la experiencia*: fantasía dirigida, c) *empatía, aceptación y congruencia*: actitudes facilitadoras, d) *refuerzo de acciones y autoevaluación* ver: Brites & Müller, 1990; Bornas, 1998; Egan, 1982; Kepner, 2000; Le Boulch, 1991; Troncoso, 1997; Moreno, 1979).

Adaptaciones técnicas y metodológicas.

“El verdadero instrumento terapéutico es siempre el propio terapeuta y la relación interpersonal que se establece”. (Scola, 1999, p. 210)

Para optimizar las actitudes del familiar hacia la PEEM, además de considerar a Rogers y respetar las fases de trabajo aportadas por Carkhuff (ver: Giordani, 1997), se enriqueció la ejecución de la propuesta hecha en el presente proyecto, haciendo uso de aportaciones de otros autores relacionados con Rogers (Brites & Müller, 1990; Egan, 1982; Troncoso, 1997), realizándose algunas adaptaciones:

Técnicas útiles en la autoexploración: la sensibilización corporal y la fantasía dirigida, se consideraron útiles a fin de favorecer la ampliación de conciencia sobre la experiencia de los familiares participantes, partiendo de que además del diálogo, Rogers dice que la madurez se refleja al “utilizar todo el equipo orgánico para sentir, tan exactamente como sea posible, la situación existencial dentro y fuera” (Lafarga, & Gómez del Campo, 1990 pp. 93). De este modo Le Boulch (1991), Kepner(2000) y Brites (1991) proponen formas muy precisas en el proceso de sensibilización y significado personal a partir de la experiencia corporal y de la fantasía.

Técnicas útiles en la fase de comprensión. Se pretendió que el familiar comprendiera el nivel en el que se encontrara en comparación con el que quisiera tener; viera hasta dónde estaba comprometido en la situación; identificara la responsabilidad personal en el problema; se sensibilizara y comprendiera los sentimientos hacia él mismo y hacia la PEEM; aceptara su responsabilidad y su papel personal; además mostrara deseos de alcanzar la meta.

El terapeuta ayudaría a buscar la meta y cómo ayudar, promoviendo en el familiar participante la percepción diferenciada del campo de su experiencia, además de ofrecerle como elementos por conocer, todo aquello que

percebera como vinculado con su propio desarrollo. Esto mediante la expresión libre del significado personal que el familiar le diera a las “necesidades y experiencias significativas en torno a la PEEM”, plasmadas en los juegos de mesa tradicionales²⁵ (adaptados de acuerdo al objetivo de la presente intervención).

Técnicas útiles en la fase de acción: Además de estimular la acción a través de la meta propuesta y los pasos a seguir, con el apoyo del autorreforzamiento propuesto por Carkhuff (ver: Giordani, 1997) y Bornas (1998), se pretendió apoyar el ejercicio conciente de actitudes facilitadoras en la interacción, además de aprovechar todas las interacciones grupales. Para esto se adaptaron algunas actividades de entrenamiento sobre las actitudes facilitadoras (ver: Egan, 1982).

Fase de implementación

Procedimientos generales. Considerando que al momento de plantear la situación, el grupo evaluado se había caracterizado por ser de tipo abierto, con afluencia permanente, en la fase posterior al diseño, se procedió a la aplicación de la propuesta de intervención, a partir de las siguientes acciones:

1. Convocatoria dirigida al grupo de familiares de las PEEM usuarias del hospital (activas en este periodo), para participar de manera voluntaria en la implementación del taller de actitudes facilitadoras.
2. Presentación del programa al grupo de familiares que respondieron a la convocatoria.

²⁵ Se hace referencia a los juegos de mesa tradicionales adaptados con temas alusivos a la gran gama de factores que influyen en el logro terapéutico. Tales juegos son: “oca de experiencias significativas en torno a la enfermedad mental”, “perinola de actitudes terapéuticas”, “lotería de factores del logro terapéutico”, “memoria de acciones preventivas y de seguridad”, “dominó de principios de rehabilitación”, “ruleta del clima emocional”, “tiro a los trastornos mentales más comunes”.

3. Aplicación del cuestionario tipo escala de actitudes hacia la PEEM, dirigido al grupo de familiares voluntarios inscritos en el taller, para realizar la evaluación diagnóstica y posteriormente confrontar los resultados con la evaluación final, utilizando el mismo instrumento.

4. Ejecución del programa de intervención. A partir de estos procedimientos se logró la ejecución de la propuesta que serviría para que el familiar activara sus *actitudes facilitadoras* en la rehabilitación de la PEEM.

5. Evaluación de la efectividad del taller (pre-post), de los procesos de la intervención y del impacto generado, lográndose evidencias para realizar la evaluación de tipo cuantitativo y cualitativo.

Características de la intervención terapéutica. La presente propuesta se implementó en las instalaciones del hospital de psiquiatría “Dr. Gustavo León Mojica García, de la ciudad de Aguascalientes, en el período comprendido entre el 2 de octubre del 2007 y el 7 de febrero del 2008, con sesiones de tres horas semanales, cubriéndose un total de 45 horas; con el grupo de participantes voluntarios, integrado por familiares de nueve diferentes PEEM.

Características principales del grupo: se formó de manera voluntaria por un total de nueve participantes, de los cuales fueron ocho mujeres y un hombre; el rango de edad fue entre los 42 y los 56 años; todos de estado civil casados; su nivel de escolaridad fue: 2: primaria, 2: secundaria, 1: técnica; 4: profesionistas (1: psicoterapeuta, 1: estomatóloga, 1: docente normalista, 1: área administrativa); sus parentescos con las PEEM fueron: tres madres, tres hermanas, una esposa, un padre y una hija.

El proceso de evaluación de la presente intervención fue de tipo cualitativo y cuantitativo, comprendiendo las evaluaciones de efectividad (pre-post), de procesos y de impacto. Sin embargo, teniendo en cuenta que el humanismo no va contra el empleo de métodos estadísticos y de test sino que piden que se subordinen estas al criterio de la experiencia humana, buscando más bien las validaciones humanas que las no humanas, se le dio prioridad a la evaluación cualitativa.

Evaluación de efectividad de la propuesta terapéutica (pre y post):

Aspectos cuantitativos: Para verificar la efectividad de esta intervención, se diseñó un cuestionario tipo escala (ver: *Apéndice 6*), cuyo proceso comprendió desde la operacionalización de variables, dimensiones, subdimensiones, indicadores e ítems hasta el diseño del cuestionario. Los objetivos del diseño fueron: detectar las actitudes del familiar hacia la PEEM; detectar en el familiar la presencia o ausencia de actitudes facilitadoras para la rehabilitación de la PEEM: aceptación, empatía, autenticidad. Este cuestionario sería aplicado como evaluación diagnóstica y final del presente taller a los familiares de las PEEM, participantes del grupo.

Aspectos cualitativos: otro elemento muy importante de la efectividad del presente taller, fue considerado a partir de la confrontación entre los *criterios personales de logro y la ampliación de conciencia, propósitos y los cambios logrados*, que cada uno de los familiares de la PEEM participantes habría de identificar y plasmar en su manual de participante (ver: *cuadros 6, 7 y 8; Apéndice 12*).

Evaluación del proceso terapéutico:

Aspectos cuantitativos: Como parte de la evaluación de cada sesión, se diseñó una hoja de verificación para registrar los productos obtenidos de las acciones de cada participante durante todo el proceso del taller (ver: *Apéndice 10*), de los cuales quedaría algún registro en el manual diseñado para este mismo fin.

Aspectos cualitativos: Se planeó el uso de la metodología cualitativa, considerando como marco la teoría Fundamentada y la teoría humanista de Rogers, para hacer el análisis, interpretación y resultados de los datos aportados por cada familiar participante en su manual (donde se llevaría la bitácora personal), poniendo mayor énfasis en la calidad de los resultados que en la cobertura de las acciones.

Evaluación del impacto terapéutico:

Aspectos cuantitativos: Se planeó que a cada uno de los familiares participantes, se les solicitarían los datos de identificación personal de cada una de las PEEM, con el fin de identificar variaciones en el índice de recaídas seis meses antes y seis meses después de la aplicación del presente taller, a partir de un análisis de sus expedientes como usuarios del hospital de psiquiatría. Esta evaluación sería útil para verificar la relación entre las variables²⁶: actitudes del familiar hacia PEEM e índice de recaídas de PEEM, indicadas al inicio del presente proyecto.

Aspectos cualitativos: Se planeó usar como evidencias del impacto de esta intervención psicológica todos aquellos reportes acerca de cambios extras a los planeados de manera explícita en el presente programa de intervención, por ejemplo, cambios en la familia o en la PEEM. Se obtuvo además la grabación en audio de una entrevista con la PEEM de FP1 reportando su experiencia a partir de que FP1 participó en este taller.

31. Para recordar la relación entre las variables actitudes e índice de recaídas, volver al capítulo uno: Descripción de la situación de los familiares de las PEEM

1. Procedimientos para la evaluación cuantitativa.

A partir de los cuadros de verificación o gráficas de distribución de frecuencias se evidenciaron los resultados de las evaluaciones a).de efectividad: con el cuestionario tipo escala, b) de procesos: con la hoja de verificación para registrar los productos obtenidos de las acciones de cada participante durante todo el proceso del taller, y c) de impacto: mediante el análisis de expedientes de las PEEM que corroborara el índice de recaídas seis meses antes y seis meses después de llevado a cabo el taller, además de la autoevaluación tipo escala donde cada participante mide su propio proceso y resultado del taller.

2. Procedimientos para la evaluación cualitativa.

De acuerdo al objetivo de este proyecto, y en particular de esta propuesta de intervención, se consideró como prioritario poner el énfasis en la calidad de los resultados antes que en la cobertura de las acciones, por lo que se optó por la metodología cualitativa basada en la teoría fundamentada, con un marco teórico humanista, la cual consistió en el análisis, interpretación e informe de los resultados.

Mediante el uso del programa Atlas Ti, el procedimiento específico fue el siguiente: a). selección de los documentos primarios, que en este caso fueron los reportes hechos en las bitácoras personales de cada uno de los nueve familiares participantes; b). captura de todos los datos de las bitácoras a un documento Word; c). análisis de los documentos, seleccionando segmentos significativos en función del objetivo de la intervención propuesta en este proyecto de investigación aplicada ; d). definición de la clave de identificación de cada reporte; e). identificación de citas; f). codificación; g). interpretación; h). establecimiento de categorías y relaciones.

Codificación. Después de la selección de documentos y captura de cincuenta cuartillas de los datos plasmados en todas las bitácoras, mediante el análisis y selección de segmentos significativos, se procedió a la codificación, respondiendo de acuerdo a los hallazgos, a las siguientes preguntas: a) ¿Quién? Cuya respuesta en todo momento hacía referencia a algún familiar participante, por lo que se nombró a la bitácora de cada uno de ellos como: FP1, FP2, FP3, FP4, FP5, FP6, FP7, FP8 y FP9, con el fin de identificarlas; b) ¿Qué? Respondiendo si la cita se trataba de actitudes concientes facilitadoras (+) u obstaculizadoras (x), mencionadas de ese modo por cada participante; c) ¿En qué dimensión? cuya respuesta podría ser cognoscitiva (CG), afectiva (AF) o relativa a la conducta (RC); d) ¿A quién? Se respondía identificando si las actitudes estaban dirigidas a sí mismos (ASIM), a la PEEM (PEEM), a la familia (FAM) o al grupo de trabajo en este taller (GPO); e) ¿Cuándo? Cuya respuesta se daba señalando la fase de trabajo previamente programada de acuerdo a los objetivos:

1. Autoexploración (AUT),
2. Exploración de otros factores (HET),
3. Actitudes Facilitadoras, nombradas en la codificación como Habilidades de Interacción (HAI).

Dado que estas fases programadas podrían tener efectos diferentes en cada participante según su proceso personal, se agregaron además las fases más relacionadas con el propio proceso, tales como: Auto-evaluación diagnóstica o Criterios personales de Logro (CPL), propósitos (pro) y cambios logrados (cl).

Categorización. El proceso de análisis mediante codificación y categorización de las nueve bitácoras, dio origen a la siguiente clasificación (ver: diagrama en *figura 4, cap. V: Resultados, p. 85*): En primer lugar se detectó en los reportes de los familiares participantes la presencia de *actitudes facilitadoras* y *actitudes obstaculizadoras*. Éstas a su vez, se subdividen en las siguientes categorías:

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

a). *dimensiones*: cognoscitiva, afectiva o relativa a la conducta; b). *direcciones*: hacia sí mismos, hacia la PEEM, hacia la familia o hacia el grupo de familiares participantes en este taller; c). *fases de trabajo*²⁷: *criterios personales de logro*, autoexploración, *ampliación de conciencia*, exploración de otros factores, *propósitos*, habilidades de interacción y *cambios logrados*.

Descripción de categorías. Una de las evidencias del proceso personal de cada familiar participante (FP) durante el desarrollo de este taller, fue sin duda el registro realizado en las bitácoras individuales. Por lo tanto, se consideró conveniente clarificar la descripción de cada categoría asignada a partir de la codificación:

1. Actitudes. Son afirmaciones escritas en la bitácora por el familiar de la PEEM acerca de conocimientos, ideas o creencias con las que hay conformidad (dimensión cognoscitiva: CG), reacciones emocionales, afirmaciones indicativas de afecto (dimensión afectiva: AF) y acciones manifestadas o afirmaciones relativas a tales acciones (dimensión relativa a la conducta: RC). Las cuales pueden estar dirigidas hacia sí mismo (ASIM), a PEEM (PEEM), a la familia (FAM) o al clima del grupo de trabajo en el presente taller vivencial (GPO). Estas pueden ser plasmadas: durante la fase diagnóstica como criterios personales de logro (CPL), en la primera fase del taller vivencial: autoexploración (AUT), en la segunda fase: de exploración de otros factores (HET), en la tercera fase: de entrenamiento de actitudes facilitadoras como habilidades de interacción (HAI), los propósitos hechos de manera personal en cualquier fase, según el proceso personal (PRO), ó de igual modo, los cambios logrados en sí mismos, reportados en cualquier fase (cl).

2. Tipos de actitudes. Estas pueden ser *facilitadoras (+)*, es decir, que son congruentes consigo mismos, pues promueven el desarrollo óptimo propio y de

²⁷ Las fases de trabajo se refieren: a) por un lado a las programadas de acuerdo a los objetivos (autoexploración, exploración de otros factores y habilidades de interacción) y b) puntos de referencia específicos que dan cuenta de los procesos individuales en la modificación de las actitudes (resaltados con letra cursiva).

los demás, en especial de la PEEM, u *obstaculizadoras (x)*, o sea que se caracterizan por ser afirmaciones negativas o pesimistas, es decir, incongruentes, que bloquean el desarrollo óptimo de sí mismo y de los demás, en especial de la PEEM.

Significados personales de las principales categorías para los familiares participantes.

En este apartado se hicieron descripciones de cada categoría, dándole énfasis a las fases del trabajo programadas para este taller, haciendo mención de manera implícita a las demás categorías, pues en todas las fases fue posible encontrar expresión conciente de actitudes obstaculizadoras o facilitadoras, en todas sus dimensiones, así como dirigidas hacia sí mismos, hacia la PEEM, hacia la familia o hacia el grupo.

Todos los procesos requeridos para el diagnóstico, diseño, implementación y evaluación estuvieron enlazados, teniendo siempre de manera implícita o explícita como hilo conductor el enfoque humanista, principalmente la perspectiva de Carl Rogers, en la cual se sustentó la presente propuesta metodológica.

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS



III. MARCO TEORICO

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

III. MARCO TEORICO.

Introducción

Ante largos siglos de trato injusto e inhumano hacia la persona que sufre enfermedad mental “desde la prehistoria hasta la actualidad, desde el descubrimiento del fuego hasta las computadoras” (Calderón, 1997, p. 9): las aportaciones de los grandes descubrimientos farmacológicos, que permiten resurgir a la PEEM, no son suficientes, pues este “...tratamiento no está, en varios países al alcance de los médicos y enfermos y desencadena una actitud negativa frente a las personas que sufren los trastornos mentales”. (OMS, 1996, p. 5).

A pesar de esto, existen fuentes esperanzadoras latentes: por un lado, los avances en la medicina y por otro, las explicaciones teóricas acerca de la posibilidad de revalorización de la tendencia natural en el ser humano al desarrollo, a hacer actual lo potencial, a dar fruto si se le ofrece en las interacciones un clima de confianza con las actitudes facilitadoras.

Para lograrlo, se requiere retomar algunas consideraciones de aportaciones teóricas, científicas y metodológicas en relación a los protagonistas de esta escena: los humanos que tienen la experiencia de la enfermedad mental y los que conviven con quienes la experimentan, que comúnmente son miembros de la familia.

También es preciso reiterar que desde el humanismo, las personas nos hacemos más humanas en la interacción, por lo tanto, las actitudes forman un papel humanizante o deshumanizante.

Entonces, es necesario resaltar el poder de *las actitudes* del familiar en las interacciones con la PEEM, es decir, cómo sustentan los autores y las investigaciones recientes la importancia de este tema.

El organismo humano en interacción con el medio ha sido objeto de estudio de una gran variedad de disciplinas, entre ellas las de tipo biológico, *psicológico* y social.

Las *teorías de corte psicológico*, desde diversos enfoques: *psicoanálisis*, *conductismo*, *psico-genética*, *humanismo*, entre otras, se han encargado de dar explicación a todos los mecanismos de adaptación y transformación del medio a partir de la dinámica de procesos como la percepción, los pensamientos, sentimientos e interacciones, dándole énfasis desde cada perspectiva a unos u otros aspectos.

En este sentido, las interacciones con el medio, específicamente con el medio social, iniciado en la familia, se han considerado de vital importancia en el desarrollo de fenómenos como el aprendizaje, la personalidad y las actitudes²⁸.

De entre la diversidad de enfoques psicológicos, el *centrado en la persona de Carl Rogers (1981)*, explica el desarrollo de la personalidad a partir de la diferenciación entre interacciones matizadas de *actitudes de aceptación condicional ó incondicional*, que favorecen o entorpecen el logro pleno de la tendencia actualizante.

Así es como el estudio de las interacciones con el medio, de acuerdo con los diversos enfoques han contribuido para el desarrollo de la psicología de las interacciones, la psicología de las actitudes.

Las actitudes en las interacciones.

²⁸Otros ejemplos del estudio del organismo en interacción son: el papel de la interacción de la madre en el desarrollo psico-sexual de los hijos; el logro de las tareas de desarrollo, de acuerdo al tipo de interacciones en las ocho etapas psicosociales propuestas por Erickson; “la importancia de la mediación comunicativa y semiótica del adulto en la adquisición de los símbolos por los niños” (Palacios & Rodríguez, 2006, p. 1); el conductismo habla de la importancia de utilizar las interacciones para moldear el ambiente ofreciendo estímulos inmediatamente después de la conducta que se pretende incrementar; el enfoque sistémico, al resaltar la importancia de la utilización de patrones de interacción (patológicos o no) que mantienen el equilibrio del sistema familiar.

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

Las *actitudes*²⁹, tradicionalmente se definen desde la psicología social, como:

La “asociación que se establece entre un determinado objeto y una evaluación que hacemos del mismo, donde el objeto puede ser una situación social determinada, un conjunto de personas o algún problema que, por separado o en unidad despierta una evaluación, esto es, un afecto, una emoción, un recuerdo o una creencia dentro de los individuos que forman parte de algún grupo o colectivo social (Reboloso & Moya, 1994, p. 497).

Sin embargo, todas las corrientes psicológicas de manera explícita o implícita han abordado el tema, sin dejar de tomar en cuenta, como dice Quiroz (2004), que las características actitudinales se integran por varios elementos en interrelación: cognitivo, afectivo y conductual, de tal manera que cualquier cambio en uno de ellos repercute en todos los demás. De este modo, los diversos enfoques abordan dichos elementos dándole mayor o menor énfasis a cada uno de ellos desde su perspectiva.

Rogers (1981,1985), consideraba las actitudes en las interacciones como el punto crucial que detona o impide el desarrollo del potencial humano. Es decir, que las actitudes de *aceptación, empatía y congruencia* son la condición fundamental para que toda persona sea lo que realmente es desde el fondo de su ser.

Las actitudes le dan tono a las interacciones, por lo que su capacidad de influencia tiene un potencial invaluable para facilitar el desarrollo pleno de todo ser humano.

²⁹ El estudio de las actitudes en las interacciones, se ha detonado a partir del florecimiento de la psicología social después de la 2ª guerra mundial, al generarse fenómenos para la investigación, tales como el “prejuicio y la discriminación” (Quiroz, 2004, p.18).

Es así como se debe considerar la trascendencia de las actitudes del familiar en la interacción con la PEEM como punto de partida de todo proceso de rehabilitación.

Estudios sobre las actitudes familiares hacia la PEEM.

Las actitudes familiares como unidad de interacción y objeto de estudio tomaron un énfasis importante a mediados del siglo XX, gracias al surgimiento de la Teoría General de Sistemas, a partir de la cual, Hoffman (1987), resalta entre los autores dedicados a analizar el sistema familiar, a Bateson, Haley, Minuchin, Whitaker, Satir, Brown entre otros.

A partir de entonces, existe un sinnúmero de ejemplos de investigaciones acerca de la influencia de las actitudes en las interacciones. Por citar algunos:

En 1954 Bowen “define la familia como un sistema que incorpora una combinación de *variables emocionales y relacionales*., (...) las primeras son fuerzas que subyacen al funcionamiento del sistema y las segundas determinan el modo en que se expresan las emociones”. Idea en la que cinco o seis años más tarde coinciden Bateson, Jackson, Riskin y Satir, al considerar que los problemas psiquiátricos dependen de los modos en que la gente interactúa (ver: Ochoa, 1995: p 16; pp. 15-17).

“En el decenio de 1970, George Brown introduce el constructo de *Emoción Expresada* para referirse a las *actitudes de los familiares* hacia el paciente, como comentarios críticos, hostilidad y sobre-involucramiento emocional” (Varela, 1999, p. 2).

Surgieron así las terapias familiares del MRI de Palo Alto, del Grupo de Milán y la Estructural entre otras, que aún entre los años ochenta y noventa siguieron consolidándose y tomando cada vez mayor auge que la teoría psicoanalítica.

Investigaciones sobre la importancia de las actitudes en la interacción
para la rehabilitación psicosocial de la PEEM.

La necesidad de fomentar las interacciones de la PEEM, se ha ido descubriendo, desarrollando y revalorando a través de la historia, al comprobarse que:

1. *La PEEM es un ser de relaciones.* Desde la Antropología filosófica, Leenhardt, Scheller, Buber y Jaspers, entre muchos otros autores, coincidían en que por naturaleza, el ser humano es un *ser de relaciones* (ver: Berger, 1979; Bubber, 1994; Ginger, 1993, pp. 35-45; Microsoft, 2008).
2. *La PEEM y el familiar pueden darle significado personal a su experiencia.* A nivel biológico se ha comprobado que, el cerebro está dotado de funciones motoras, sensoriales, cognitivas, que interrelacionadas a través de los actos, van dando cuerpo a la experiencia del *entorno*, donde las cosas van revistiendo un *significado personal* (Ver: Rizzolatti & Corrado, 2006, pp11-13).
3. *La PEEM y el familiar están dotados para interactuar.* A nivel biológico, se sabe que el sistema nervioso central está dotado para interactuar, ya que posee las “neuronas espejo, [las cuales] permiten a nuestro cerebro correlacionar los movimientos *observados* con los *nuestros* y reconocer así su *significado*, [identificando] realmente qué están haciendo los demás”.

Esta es una manifestación de la *capacidad del ser humano de actuar en el plano social e individual*, reflejado no sólo en las *acciones* sino también en las *emociones*, por lo que a estos procesos, se les ha denominado mecanismos de “*empatía emocional*”. (Ver: Rizzolatti & Corrado, 2006, pp. 11-14).

4. *La enfermedad mental limita a la PEEM para interactuar.* La enfermedad mental es manifestación de diferentes tipos de alteraciones en el cerebro: ya sea químicas, funcionales o estructurales, que limitan en la persona el ejercicio de sus interacciones. Por ejemplo: la esquizofrenia es una manifestación de alteraciones en los circuitos y vías de comunicación entre corteza cerebral y

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

sistema límbico. La depresión es una manifestación de un desequilibrio químico en el cerebro.

5. *La interacción del familiar puede modificar el curso de la enfermedad.* Desde el punto de vista biológico, cada vez se comprueba con mayor especificidad el origen orgánico de los trastornos psiquiátricos y puede darse en personas cuyas “familias funcionan a la perfección”, y aunque las familias no ejerzan una influencia causal, pueden modificar el curso de la enfermedad (ver: Kuipers et al, 2004, pp. 25-26).

6. *Los tratamientos médicos marginan las interacciones de la PEEM.* Socialmente, Ceberio & Linares³⁰, afirmaron que “la historia de la locura es la historia de la marginación” (2000, p. 38), desde la antigua Grecia hasta la actualidad, desde la forma inicial de concebirla hasta los tratamientos médicos actuales propuestos (categorizaciones diagnósticas, historia clínica pesimista y notas clínicas tendenciosas, dejando casi excluida la integración social, como respuesta a un mandato social marginador (ver: pp. 19-167).

7. *Los tratamientos médicos tradicionales aíslan a la PEEM.* El gran deterioro de la PEEM no sólo se debe a la *sintomatología* propia del padecimiento que limita sus interacciones y ha requerido hospitalización, sino además el *aislamiento extremo* en que se mantiene a estas personas, privadas de todo contacto social, incluyendo la atención psiquiátrica tradicional en los hospitales, donde comúnmente la PEEM mantiene el mínimo contacto requerido con el personal médico, generándose así el llamado “*síndrome de hospitalismo*”³¹.

³⁰ *Ceberio*: es psicólogo y psicoterapeuta, doctorado en España y Argentina, y es Master en Terapia Familiar; *Linares*: es Médico Psiquiatra y Terapeuta Familiar, ambos investigaron “la nosología” y la “historia clínica” corroborando que se usan como medios de marginación de la PEEM.

³¹ *Síndrome de hospitalismo*. Es el deterioro provocado en la PEEM al hospitalizarle por tiempo prolongado, debido a la privación de todo tipo de interacciones, a excepción del mínimo contacto social con las demás PEEM o el equipo médico. Este fenómeno se agrega al deterioro propio de la enfermedad y genera más desadaptación.

8. *El potencial de rehabilitación mediante la interacción de la PEEM está desaprovechado.* Debido a la limitación en las interacciones y en consecuencia en la estimulación física, social y afectiva, se desaprovecha el potencial de la plasticidad cerebral³², la cual, según las investigaciones permite que las áreas de la corteza cerebral más estimuladas sean las que tengan asignado mayor tejido en el espacio del cerebro. Esta capacidad adaptativa representa un enorme potencial, pues permite la recuperación del cerebro lesionado, aunque también hay ejemplos constantes de plasticidad en la vida cotidiana (ver: Aguilar, pp. 95-96, 2003).

9. *El potencial terapéutico de las interacciones está desaprovechado.* Lo anterior indica que la riqueza natural de la interacción presente en todo ser humano, es esencial para promover un desarrollo pleno a través del medio *familiar*, social y laboral, pero se ha mantenido limitada y aún en la actualidad no se ha logrado aprovechar al máximo todo su potencial en las acciones para la rehabilitación de la PEEM.

10. *Los prejuicios limitan la rehabilitación de la PEEM.* A pesar de que han surgido movimientos tales como: los anti-psiquiátricos, tendientes a la des-hospitalización, el tercer modelo de atención psiquiátrica³³, además de normas internacionales³⁴ que promueven la dignificación de la PEEM y su integración a la sociedad de la misma manera que todo ser humano. “En la opinión pública, la peligrosidad (*sigue*) considerada como una característica de las enfermedades mentales (...), debido a una *desconfianza preconcebida* respecto al enfermo y a la tendencia a excluirlo de la vida social” (Scola, 1999, p 215).

11. *Las actitudes del familiar hacia la PEEM son esenciales en la rehabilitación.* Está comprobada la necesidad de que el familiar reciba

³² Plasticidad cerebral: función que consiste en un “ajuste del Sistema Nervioso a cambios tanto en el medio interno como externo” al organismo. (ver: Aguilar, pp. 95-96, 2003).

³³ Éste modelo coincide con lo expuesto en la NOM-025 al procurar redignificar a la PEEM.

³⁴ Por ejemplo: la Norma denominada: “Principios para la Protección de Personas que padecen Enfermedades Mentales y para el Mejoramiento de la Atención a la SALUD Mental”, publicada por el Consejo Económico y Social de Naciones Unidas (febrero de 1991).

información, atención a patrones de crianza, relaciones familiares, psicoterapia y psicoeducación, para reducir los índices de recaídas de la PEEM (de 64 a 19%) y de *emoción expresada*, estrés, miedo, creencias y problemas de salud. (Ver: Benítez et al, 2005; Smith & Birchwood, 1987, Falloon & Pederson, 1985, Terrier, Barrowclough, citados en: Varela, 1999; Perlick et al, 2008, pp. 134-145).

12. *El familiar requiere apoyo para dejar los mandatos sociales estigmatizantes.* En la transición de los tratamientos a la PEEM, la familia queda atrapada entre los prejuicios y el estigma por un lado, y las nuevas exigencias a la reinserción familiar por el otro, generándose un fuerte riesgo para la salud mental de todas las personas involucradas, de no existir los recursos ambientales adecuados, pues se tenderá a “sustituir la violencia sobre [la PEEM], por una violencia sobre la familia” (ver: Scola, 1999, p 216).

13. *El familiar se aleja porque se siente incomprendido.* Las investigaciones de Burland (2002) reportan que los familiares de la PEEM tienen poca participación en los procesos de atención que se les brindan, pues se quejan del trato hostil de los profesionales de salud mental: “Existe una diferencia importante entre la percepción de los profesionales de la salud mental sobre su efectividad con las familias y la gran falta de satisfacción de los familiares”.

Ellos sienten que los profesionales actúan *culpándolos* de saboteadores, estigmatizándolos, haciéndolos sentir avergonzados, sienten una enorme angustia cuando les dicen que son parte del problema; perciben a algunos profesionales como “ciegos a su dolor”, *se sienten ignorados* y rechazados por los profesionales; y *no les hablan en su idioma*.

14. *La PEEM y el familiar son personas.* Ambos poseen: a) tendencia natural al desarrollo de su potencial; b) necesidad de sentirse queridos, aceptados; c) experiencias de ser culpados, criticados, etiquetados, marginados, desde diferentes perspectivas a causa de la enfermedad mental.

15. *Las actitudes positivas del equipo interdisciplinario hacia la PEEM y el familiar, favorecen las actitudes de éste hacia la PEEM.* Benítez et al (2005), Goerg et al (2005) y Perlick et al (2008) coincidieron al comprobar que *las actitudes del familiar son imprescindibles*, señalando la importancia de que el familiar no culpe a la PEEM y sepa mostrarle *empatía*.

Goerg detectó que la calidad de los servicios psiquiátricos en Ginebra, radicaba de algún modo en no culpar a las PEEM ni a sus familiares; Burland (2002) encontró que los familiares solicitan comprensión; por su parte Kuipers et al, retomaron e integraron los “*principios rogerianos (...)*, los cuales (*valoraron como*) cruciales para un trabajo eficaz con las familias” (2004, p. 24).

16. *La solución a las actitudes facilitadoras en la interacción es la propuesta humanista.* Ante estas consideraciones, las estrategias humanistas mediante un ambiente cálido en la interacción, sin marginación, sin etiquetas, da respuesta a la necesidad humana apremiante de la PEEM y su familiar, con el desarrollo de actitudes facilitadoras que optimicen sus dimensiones bio-psico-socio-trascendentes, favoreciendo la rehabilitación y una mejor calidad de vida para todos.

Aportaciones de la corriente humanista a las interacciones de la PEEM.

Los antecesores de los humanistas fueron los sofistas, quienes consideraban que: “todas las personas son iguales”. Posteriormente en la época del Renacimiento, Tomas Moro señalaba: “volvamos al hombre”.

Aquellas consideraciones fueron dando pauta para que posteriormente, a pesar de los maltratos recibidos a lo largo de la historia, las PEEM, también llegaron a ser objeto de grandes esfuerzos para ser comprendidas y curadas.

Como en el caso de la aparición de los primeros humanistas, entre finales del siglo XV y principios del XVI: Juan Luis Vives, Cornelius Agrippa y Weyer. Este último tuvo una gran aportación a la psicoterapia, recomendando que “las

monjas de los conventos con síntomas mentales, *fuera remitidas a sus familiares*, considerando que las necesidades del individuo estaban por encima de las reglas de las instituciones” (Calderón, 1997, p. 101).

Las actitudes desde la psicología humanista.

Cualidades de la psicología humanista:

La corriente psicológica humanista³⁵, aborda “...la creatividad, *el amor*, el *self*, el crecimiento personal, el organismo, la satisfacción de necesidades fundamentales, la realización de sí mismo, los grandes valores, la trascendencia del yo, la objetividad, la autonomía, la identidad, la responsabilidad, la salud mental, etc.”(Ginger, 1993, p. 107).

Con el humanismo se pretende devolverle al hombre toda su dignidad, su derecho con respecto a todas sus dimensiones: cuerpo, sensaciones, necesidades, valores individuales, sociales y espirituales. Se cambia el tener por el ser, lo racional por lo relacional. (Ginger, 1993)

Según la psicología humanista de Rogers, el ser humano es como una planta: desde que es una semilla, ya lleva en su esencia la potencialidad de lo máximo que va a llegar a ser. Lo único que necesita son las condiciones³⁶ para desarrollarse al máximo, alguien que cultive esa planta con sus actitudes.

³⁵ Denominada también la “Tercera Fuerza” que surge en la década de 1950, después de la Segunda Guerra Mundial, en los Estados Unidos, alrededor de Abraham Maslow, Rollo May, Rogers, Allport y otros, se apoya principalmente en la filosofía existencial-fenomenológica, y su interés principal se centra en las capacidades y potencialidades humanas, a diferencia del psicoanálisis y el conductismo” (Ginger, 1993, p. 107).

³⁶ Al hablar de las condiciones humanas para que la persona se desarrolle al máximo, Rogers hace referencia a las actitudes de confianza, autenticidad y empatía en la interacción.

Las actitudes y la promoción del desarrollo:

Desde este enfoque, principalmente Rogers, le da el mayor énfasis a las *actitudes*, señalando que en la relación el que ayuda “hace surgir una mejor apreciación y expresión de recursos latentes en el *otro* y un uso más funcional de éstos” (1985, p. 47), afirmando que mediante *actitudes* de autenticidad, aceptación y empatía, es posible que el otro individuo (por su propia tendencia natural al desarrollo) logre hacer actual lo que en él es potencial, teniendo mayor integración como persona.

De este modo, si toda persona tiene una tendencia natural hacia el bien, hacia el desarrollo sano, entonces la PEEM sólo requiere las condiciones mínimas para promoverlo: conocimiento de la enfermedad y un tratamiento adecuado³⁷, tener otra u otras personas con quienes interactuar, en un ambiente libre de amenazas, de prejuicios, de etiquetas, donde haya confianza, manifestándose en la autenticidad, aceptación y empatía. Estas condiciones son requisitos basados en los conceptos y supuestos básicos, a partir de la visión de la persona (ver: Rogers, 1985).

Supuestos básicos.

Tendencia actualizante. Todo organismo, por el hecho de ser vivo tiene la tendencia innata a desarrollar todas sus potencialidades para conservarlo o mejorarlo, lo único que requiere son las condiciones apropiadas para florecer (Rogers, 2002).

Todo ser humano necesita sentirse querido y aceptado por los demás y por sí mismo. A este fenómeno se le denomina “*necesidad de atención positiva*”. “Esta necesidad es universal por cuanto existe en todo ser humano y se hace sentir de manera continua y penetrante” (Rogers, 1982, p. 65).

³⁷ Al hablar de conocimiento y un tratamiento adecuado, se pretende aclarar que del mismo modo en que las actitudes facilitadoras no se sustituyen por ningún medicamento, tampoco el conocimiento de la enfermedad, los tratamientos farmacológicos, ni otras estrategias terapéuticas pueden ser sustituidos por las actitudes del familiar. Más bien se complementan.

Para Rogers (2002), el ser humano posee la capacidad de darse cuenta de todo lo que interfiere en el logro de una *congruente* relación entre lo que percibe de sí mismo y la totalidad de su experiencia.

Rogers afirma que la *relación humana óptima*, es decir, con *actitudes de autenticidad, aceptación y empatía*, tiene un *poder facilitador* del desarrollo, un poder terapéutico, ya que favorece en la otra persona su tendencia natural a la reorganización de lo que percibe y piensa de sí misma, para adaptarse de una manera congruente con la totalidad de su experiencia, logrando mayor integración.

La persona se desarrolla al máximo cuando: a) Funciona libremente; b) está abierta a toda su experiencia, es balanceada y real, apropiada para la supervivencia y mejoramiento; c) participa en actividades autorreguladoras de su organismo ampliamente complejas para vivir en armonía consigo misma y con los demás, apoyadas en un control interno y natural de sus impulsos; d) vive totalmente en y con todos sus sentimientos y reacciones, utilizando todo su equipo orgánico para sentir, tan exactamente como sea posible, la situación existencial dentro y fuera; e) utiliza en la conciencia los datos de su sistema nervioso y reconoce que su organismo es más sabio que su conciencia, logrando seleccionar la respuesta que en ese momento sea la más satisfactoria, creativa, realista, impredecible, en desarrollo (ver: Lafarga, & Gómez del Campo, 1990 pp. 93-111).

La persona bloquea su desarrollo cuando no es libre, pues su comportamiento, está determinado por factores externos, volviéndose predecible, limitado y defensivo. Por ejemplo el estigma social acerca de la enfermedad mental, es un factor externo poderoso que limita y vuelve defensiva la conducta del familiar.

Conceptos propuestos por Rogers (2002):

Debido a que Rogers considera la interacción como un recurso terapéutico esencial, y que las actitudes se dan en las interacciones, los conceptos que propone muestran de una u otra manera la relevancia y puntos de intersección con las actitudes. Como se describe a continuación.

Actitudes. Rogers hace referencia a las actitudes en sus explicaciones teóricas, dejando ver de diversas formas cómo la asociación dinámica que se establece entre las *percepciones individuales* en torno a un objeto, situación o persona, a partir de la propia *experiencia* (sentimientos, pensamientos, deseos) y su *conducta*, constituyen las *actitudes* (ver: 1981, 1985).

Las actitudes son en el motor del pleno desarrollo propio y de los demás, *facilitándolo* cuando existe correspondencia entre la amplitud de la *conciencia de la persona* y su *experiencia* real (sin deformarla).

El desarrollo de las *actitudes facilitadoras* se da cuando la persona va estableciendo *congruencia* entre sus *percepciones* subjetivas acerca de los acontecimientos y la totalidad de su *experiencia*, lográndose así un cambio en su percepción que puede favorecer la modificación positiva de sus *actitudes*.

Esto se logra si se le ofrece un ambiente propicio, donde el contenido del diálogo le sea significativo, es decir, que tenga relación con su propia experiencia.

Experiencia. Se refiere a la totalidad de acontecimientos dados en el interior del organismo, de los cuales la persona puede llegar a estar parcial o plenamente conciente. Dichos acontecimientos son importantes en la medida que afectan la conciencia.

En el caso del familiar, se considera necesario tomar conciencia de su experiencia en la interacción con la PEEM, como un cimiento en el proceso de desarrollo de las actitudes facilitadoras.

Concepto de sí mismo. Habla de la imagen que la persona tiene de sí misma, la cual está fundada en el conjunto de sus percepciones en relación a sí mismo, a los demás y a los objetos.

Durante la interacción, están constantemente en juego las percepciones del familiar en relación a sí mismo y a la PEEM.

Conciencia. Son los aspectos de la experiencia de los cuales la persona se da cuenta. En la medida en que los va simbolizando, el grado de conciencia va incrementando.

El familiar, está en posibilidad de ampliar la simbolización de la experiencia estresante y de sus actitudes asumidas frente a la PEEM.

Congruencia. Se refiere al momento en el cual los rasgos percibidos de sí mismo coinciden con lo que la persona posee de manera objetiva (es decir, con la totalidad de su experiencia).

Consideración positiva incondicional (actitud facilitadora). Si todas las opiniones y actitudes íntimas de la otra persona son percibidas como igualmente dignas, mostrándolo en un cálido respeto hacia cada uno de los aspectos de la otra persona como individuo valioso independientemente de su condición, conducta o sentimientos.

Empatía (actitud facilitadora). Consiste en sentir las experiencias de la otra persona, pero sin dejarse absorber por ellas. Esta actitud es importante para que el familiar la ejercite, pues es saludable tanto para él como para PEEM.

Valoración condicional (actitud obstaculizadora). Cuando las personas significativas para la persona seleccionan sólo algunos elementos de su comportamiento para valorarlos, mientras que los otros no, es decir, le ponen condiciones para aceptarlo. Esta actitud puede ser muy común y recíproca entre el familiar y la PEEM.

En un ambiente libre de amenazas, dado por las actitudes *facilitadoras* dentro de la interacción: *aceptación, empatía y congruencia*, la persona se

estimula para ser plenamente humana, ser lo que realmente es desde el fondo de su ser.

De este modo se ha resaltado una y otra vez el papel de las interacciones como humanizantes. Es por ello que las actitudes manifestadas en todas las interacciones con la PEEM se consideran potencialmente terapéuticas (ver: Solomon, 1976, p. 88).

Actitudes de la Familia en el desarrollo y adaptación de la persona.

De acuerdo con Rogers (1982), por su necesidad inherente de realizarse, la persona desde que nace va ejerciendo los mecanismos para satisfacer sus necesidades de manera espontánea, siguiendo su tendencia natural al desarrollo.

Debido a su necesidad de sentirse querida, en sus procesos de interacción, se dan ocasiones en que la experiencia de sentimientos y otros acontecimientos generados en el interior del organismo, que culturalmente han sido prohibidos, en el ambiente social y familiar, le limitan su libertad experiencial, y debido a que las exigencias externas le generan tensión, impide el acceso en su conciencia a tales sentimientos y acontecimientos, por considerarlos amenazantes.

La persona busca proteger el concepto de sí misma centrando su atención cada vez más en las exigencias externas, buscando agradar a la los padres, a la familia, a la sociedad, para ser aceptado (*aceptación condicional*) y en consecuencia las señales del organismo poco a poco van perdiendo fuerza, generándose una incongruencia entre la experiencia y la simbolización que se hace de ella.

Así va surgiendo la *valoración condicional*³⁸ y del mismo modo que la persona busca la aceptación de la familia, la familia también busca la aceptación de la sociedad, hasta que se vuelve un hábito el acto de ignorar al organismo, volviéndose incongruente.

Visión rogeriana de las Actitudes del familiar hacia la PEEM

De acuerdo con este modelo terapéutico, cada miembro de la familia, tan sólo por ser humano:

1. Tiene un potencial de ayuda en sus actitudes al interactuar, por lo que juega un papel muy importante, que no puede ser sustituido con ningún tratamiento técnicamente “profesional” (psiquiátrico, médico, psicológico).
2. Para promover la rehabilitación de la PEEM, cada miembro de la familia requiere tomar conciencia de: a) la totalidad de su experiencia en torno a la enfermedad mental y los factores de logro terapéutico, a partir de su conocimiento b) sus propias capacidades humanas, además de c) su potencial de ayuda, sólo así facilitará con sus actitudes una relación interpersonal óptima.
3. Sin embargo, en realidad el familiar no tiene plena conciencia de sus propias necesidades y tendencias naturales al desarrollo, por lo que tampoco le es posible considerar las necesidades de la PEEM³⁹.
4. La conciencia parcializada, además de las experiencias vividas como estresantes e incluso a veces amenazantes en la interacción con la PEEM, limitan en el familiar su interpretación de la realidad y las propiedades objetivas

³⁸ *Valoración Condicional*. para Rogers y Standal este constructo ha reemplazado el de “valor introyectado”, y consiste en vivir de acuerdo a aquellos valores, creencias o conductas “ajenas al sí mismo” como si fueran propias, lo cual genera incongruencia con la totalidad de la experiencia (ver: Rogers, 1982, p. 43)

³⁹ Esta falta de conciencia es un factor agregado al desconocimiento objetivo de las características de la enfermedad mental y de los tratamientos requeridos.

de ésta, y en consecuencia también afectan su conducta y actitud hacia la realidad de la PEEM, generando tensión, desconfianza, miedo y hasta restricciones sociales, actitudes que además de antiterapéuticas, son manifestaciones de incongruencia, al grado de querer demostrar frente a la PEEM y la sociedad, sentimientos e ideas que quizá estén alejados de su experiencia real, porque ésta es simbolizada de manera parcializada.

El Familiar y la PEEM: las actitudes en el sistema de interacción

La aparición de la enfermedad mental en algún miembro de la familia, propicia que las pautas anteriores de acción, reacción e interacción que mantenían al sistema familiar en equilibrio, se afecten, surgiendo así la necesidad de redefinir las relaciones familiares. Este hecho afecta a todos los miembros de la familia de forma distinta, en diferentes momentos.

Ante la situación de la PEEM, las familias atraviesan por períodos de crisis inesperados que generan angustia, enfrentándose al “temor de que el salto a la adaptación pueda dañar a algún miembro (...) o a amenazar la supervivencia de la familia misma” (Hoffman, 1987, p. 159).

De este modo, es muy probable que cualquier miembro, aún sin darse cuenta, pueda estar *distorsionando su propio crecimiento*, como resultado de sus intentos de aliviar y absorber el dolor de la familia. Esto también puede traer como consecuencia el vivir en la *incongruencia*.

Así como son importantes las propiedades objetivas *del ambiente* [familiar ante la enfermedad mental], del mismo modo es relevante el *significado personal* que tienen los procesos de dicho ambiente para cada uno de los miembros de la familia de PEEM, ya que son los que interfieren con mayor fuerza en el desarrollo psicológico (ver: Bonfenbrenner, 1987, p.41).

En ese significado dado por el familiar, influyen las correspondencias de forma y contenido de todos los entornos: por un lado, la cultura, con su ideología y creencias estigmatizadas en torno a la enfermedad mental y por

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

otro, la participación activa en los entornos familiar y hospitalario. Tales entornos pueden estar plagados de valoraciones condicionales.

En el caso de la cultura, el ancestral estigma, según Rogers ha generado pautas y demandas sociales (valoraciones condicionales), a un grado tal, que al enfrentarse con la presencia de una PEEM, se reactiva la percepción de la situación de acuerdo a aquellos valores, creencias o conductas “ajenas a su sí mismo” como si fueran propias.

La interrelación entre el familiar, la PEEM y el hospital, depende de la naturaleza del *conocimiento y las actitudes* que existen en los miembros de la familia con respecto a la enfermedad mental y al hospital (Ver: Brofenbrenner, 1987).

La familia se puede involucrar en entornos que no incluyan a la PEEM, pero que produzcan hechos que la benefician, por ejemplo un grupo terapéutico que ayude a optimizar sus actitudes a partir de la actualización de su potencial: La propuesta humanista de actitudes para actualizar el potencial del familiar y la PEEM.

Estrategias humanistas ante las necesidades del familiar y de la PEEM

Coincidencias entre Rogers y otros autores.

Como se dijo antes, desde las ciencias biológicas, psicológicas y sociales, los autores consideran a las *interacciones* como: a) necesidad inherente en el desarrollo biopsicosocial, b) potencial de desarrollo mutuo entre las personas mediante actitudes facilitadoras; c) dimensión lesionada a nivel biopsicosocial en la PEEM, debido a las manifestaciones orgánicas del padecimiento que le acompaña y a la privación social de la que es y ha sido víctima ancestralmente; d) posibilidad de rehabilitación a través de la función de las actitudes facilitadoras cuyo desarrollo se encuentra por naturaleza en las *neuronas*

espejo o de la empatía emocional, las cuales tienen un potencial para favorecer la plasticidad cerebral a través de las interacciones.⁴⁰

Estrategias sugeridas por las investigaciones.

Acerca del trabajo con familias, se concluyó que para optimizar la rehabilitación era necesario ofrecer información, agregando a la atención patrones de crianza, relaciones familiares, psicoterapia y psicoeducación, para disminuir el índice de recaídas de un 60 a un 19% (ver: Benítez et al, 2005; Varela, 1999; Kuipers et al, 2004). En cuanto a la forma de ofrecer dicha atención por los profesionales de la salud, Hatfield (1983) comprobó que “la deserción familiar está directamente ligada a la incongruencia entre lo que las familias desean y lo que se les brinda” (Burland, 2002, p. 6).

Lo que pide el familiar de la PEEM.

Con la transición entre los tratamientos tradicionales y la tendencia a la des-hospitalización, se comprobó que los familiares solicitan: “comprensión, compasión y trabajo en equipo y la exigen de una profesión aún *entrenada* en la búsqueda de una patología familiar y en la exclusión de los familiares (...) del cuidado de su ser querido” (Burland, 2002, p. 1).

La propuesta metodológica de Rogers.

El explicó, confió y propuso facilitar el desarrollo de todas las personas a través de las actitudes en la interacción, y en este caso se retomó entre la PEEM y su familiar, detectándose que su modelo responde a los requerimientos que se sugerían a partir de las investigaciones y las demandas familiares.

⁴⁰ Para recordar estas afirmaciones volver a las páginas 31-34 de este documento.

Se encontró con que esta propuesta integraba "...todos los campos de la experiencia y la conducta humana que impliquen: a) Relaciones interpersonales y b) El objetivo o potencialidad de desarrollo o de cambio de la personalidad y de la conducta" (Rogers, 1982, p. 20).

Actitudes como estrategia. Se consideró que el modelo rogeriano se aplica óptimamente con actitudes que promueven la fluidez natural del desarrollo del potencial humano en todas sus dimensiones. Esto se da sólo a través de un clima propicio, en una experiencia terapéutica significativa, con *actitudes facilitadoras* (aceptación, empatía y congruencia), donde se espera que se favorezcan la *toma de conciencia* y a su vez, el cambio de actitud que desarrolle su propio potencial, así como las actitudes facilitadoras que promuevan el desarrollo de las potencialidades de la PEEM.

Otras acciones terapéuticas sugeridas: Para Rogers, "La mejor relación terapéutica puede estar relacionada con las buenas relaciones interpersonales en general" (1981, p.59); el cambio de actitud del familiar, primero hacia sí mismo y enseguida hacia la PEEM, se facilitaría en un ambiente donde se sintiera libre, sin amenazas a su autoconcepto, "... se facilite la percepción diferenciada del campo de *su* experiencia y se le ofrezcan como elementos por conocer todas aquellas cosas que perciba como vinculadas con su propio desarrollo (Moreno, 1979, pp. 41-43).

Terapia grupal con familiares de las PEEM.

Principios comunes de la terapia centrada en la persona. Se encontró cómo Rogers argumenta que en la psicoterapia de tipo individual y la grupal es común el propósito, la concepción de la naturaleza humana y las maneras en que cambia, las mismas actitudes del terapeuta funcionan en cada una de las modalidades de terapia, aunque cada tipo tenga sus particularidades (ver: Rogers, 1981, pp. 242-274).

Aportaciones de la terapia grupal centrada en la persona. En este caso, de entre las aportaciones, se pudieron resaltar las siguientes características: Una hora fija, que le pertenece al familiar, donde nadie lo ataca por lo que dice o

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

hace; con libertad para hacer o no hacer; en un proceso terapéutico que capacita en las interacciones; en una experiencia cualitativamente diferente, donde se siente comprendido y aceptado por varias personas que comparten sus sentimientos, en una búsqueda común: una vida más satisfactoria; el proceso comienza con incertidumbre; al inicio se puede dar retraimiento, nerviosidad, luego mucha participación; surgen los temas significativos y cada vez hay más participantes en el diálogo; los cambios en cualquier parte del grupo tienen efecto en la totalidad (ver: Rogers, 1981, pp. 242-274).

Ventajas del trabajo con grupos de familiares de las PEEM. Kuipers, et al (2004, p. 171), afirmaron que algunas de las ventajas de trabajar sesiones con grupos de familiares de las PEEM son: a) una oportunidad para “expresar, procesar y normalizar las emociones, en especial las negativas”; b) “los participantes pueden ser totalmente francos entre sí, sin llegar a ofenderse”; c) se puede ampliar la gama de soluciones a problemas difíciles; d) se favorece la expansión de las redes sociales de los familiares, aliviando la soledad, los sentimientos de culpa y el estigma.

El terapeuta. Desde este enfoque se detectó que el terapeuta requiere: a) creer en la capacidad del individuo para crecer y autodirigirse, eliminando discrepancias entre lo que es y lo que desea ser; b) construir, comunicando el tipo de clima, atmósfera o sentimientos (confianza, respeto, aceptación) que van emergiendo gradualmente; c) hacer que los miembros del grupo perciban la situación como dependiente de sus personalidades.

Aportaciones de Carkhuff a la propuesta rogeriana.

De acuerdo con Giordani (1997, pp. 213-270), Carkhuff logró la afinación y operacionalización de la propuesta de Rogers, confirmando que éste modelo consiste en *facilitar el proceso natural de crecimiento*, a través de la secuencia de intervenciones, dándole realce a las disposiciones interiores del terapeuta o al *clima de la relación*, además de la propia *experiencia del terapeuta* en el continuo movimiento para adaptarse a la fluida situación de *la relación*, no

reducible sólo a una técnica sino que va de por medio toda *la reflexión y experiencia* verificada y ponderada, siendo muy importante además *la intuición*.

El terapeuta invierte su ser persona en la interacción para ponerla al servicio de cada familiar participante. De ahí que sean imprescindibles sus dotes personales y disposiciones humanas hacia la persona que pide ayuda, así como el conocimiento y la asimilación personal del método. Además, éste tiene que empeñarse en hacer por el cliente “todo lo que haría por sí mismo si se encontrase en la misma situación” (Giordani, 1997, p. 143) justificando así el uso del eclecticismo.

Modalidades de intervención según el orden de evolución en el diálogo. En el proceso de ayuda, Carkhuff (ver: Giordani, 1997, pp. 213-272), logró identificar las siguientes fases:

1. *Prestar atención:* acoger con bondad, escuchar con atención e interés, respeto sincero, implica las destrezas de: atención física, observación del comportamiento (atención psicológica) y escucha. Esta se debe dar en todas las sesiones.
2. *Intervención de respuesta:* Después de que el cliente se involucra en su proceso de recuperación, se requiere una pre-ayuda para implicarlo en la exploración. En esta fase el terapeuta devuelve al cliente lo que le parece haber recibido del mensaje verbal y no verbal, favoreciendo la toma de conciencia del problema. Las destrezas que implica son responder al contenido (reflejo).
3. *Personalización:* Se pretende profundizar más de lo que el cliente comunica; filtrar la comprensión a través de nuestra experiencia, hacer que el cliente comprenda el nivel en el que se encuentra en comparación con el que quiere tener. Las destrezas son : a) *personalizar el significado*, que el cliente sea ayudado a ver hasta dónde está comprometido en la situación; b) *personalizar el problema:* ayudar a que el cliente vea la responsabilidad personal en el problema, que lo vea

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

como propio, c) *personalizar el nuevo sentimiento*: sensibilizar la conciencia y comprensión de los sentimientos que está sintiendo hacia él mismo, d) *personalizar la meta*: cuando el cliente acepta su responsabilidad y su papel personal, se muestra deseoso de alcanzar la meta, para lo cual el terapeuta busca cuál es la meta y cómo ayudar.

4. *Intervención del iniciar*: después de la autoexploración y el autoconocimiento, se pretende estimular a la acción. Destrezas: a) *definición de la meta*: proponer al cliente un objetivo concreto y constructivo; considerando las variables situacionales: quién, qué cosa, dónde, cuando, cómo y por qué; b) *programar los pasos a seguir para lograr el objetivo*: lo que desea y lo que lo lleva a la meta; c) *uso de refuerzos*: promover una elección de premios que la persona se dará a sí misma, considerando las propias tendencias normales a justificar las debilidades e infidelidades.

Recapitulación: El enfoque centrado en la persona:

Las actitudes del familiar de la PEEM y su influencia en la rehabilitación.

A estas alturas del proceso se pudo hacer una reconsideración de a) los elementos precisos de la situación real por resolver: ¿Cómo optimizar la participación del familiar en la rehabilitación de la PEEM a través de sus actitudes? y b) las aportaciones teóricas viables para interpretar y modificar tal situación: ¿Qué dice la psicología humanista y qué solución propone?

La integración derivada quedó de la siguiente manera, generándose además una hipótesis de intervención que guiaría el diseño de la propuesta.

El grupo de familiares de las PEEM usuarias del hospital de psiquiatría, presentan *actitudes obstaculizadoras* para la rehabilitación integral, manifestadas en *desconocimiento* de la enfermedad y creencias erróneas; *sentimientos* contradictorios (dolor, frustración, enojo, culpa, miedos), manejo inadecuado de normas, interacciones e indicaciones médicas, falta de apoyo entre los miembros de la familia, dificultades para la expresión libre de sentimientos; juegos de manipulación, manifestados en que a la PEEM le evitan, regañan o le permiten que haga su voluntad.

A pesar de que a nivel biopsicosocial se sabe que “las personas nos humanizamos en la interacción”, la PEEM vive privada de interacciones, tanto por la naturaleza del padecimiento como por el ancestral estigma y los tratamientos médicos que responden a un mandato social marginador.

Siendo el estigma generador de un significado de enfermedad mental que de acuerdo con Rogers el familiar de la PEEM ya trae *como una condición de valor*, al enfrentarse con la aparición de la enfermedad mental en algún miembro de la familia, se *reactiva* la percepción de la situación de acuerdo a aquellos valores, creencias o conductas “ajenas a su sí mismo” como si fueran propias.

El desconocimiento y el estrés familiar generan actitudes obstaculizadoras hacia la PEEM. Además, “estos prejuicios, creencias erróneas y

desconocimiento de la información” están relacionados con el índice de recaídas de la PEEM [ver: OMS, 1996; Frank & cols.,1985 y Maarrbjerg & cols.,1988 (citados por Colom & cols., 2002)].

Esta experiencia genera angustia y cada familiar de la PEEM “se enfrenta al temor de que el salto al cambio pueda dañar a algún miembro o subsistema o amenazar la supervivencia de la Familia misma”. (Hoffman, 1987, p.159). Ya que de ser así, es muy probable que cualquier miembro, pueda estar *distorsionando* su propio crecimiento, como resultado de sus intentos de aliviar y absorber el dolor de la familia, volviéndose *incongruente* en sus actitudes.

El significado dado a tal evento, aunado a las situaciones reales de riesgo para la integridad tanto de la PEEM, como la de los demás miembros, la convierte, en una realidad muy amenazante, al grado de generar en todo el sistema familiar una crisis. Las pautas de acción, reacción e interacción ya no resultan eficientes, generando estrés en todos y cada uno de los miembros de la familia, por la necesidad de un reajuste mediante nuevas estrategias de afrontamiento.

Esta realidad amenazante en el familiar, no es tan fácilmente digerible y asimilable en la conciencia, por lo que su percepción se vuelve parcializada, con uso de defensas, dándose manifestaciones de *actitudes obstaculizadoras* tales como: un estilo afectivo negativo y una emocionalidad altamente expresada⁴¹ (ver: Benítez, 2005).

Agregado a la experiencia desagradable de la enfermedad en un familiar, está el temor a ser etiquetado, criticado, culpado o rechazado socialmente, incluyendo actitudes de este tipo por el equipo de salud mental, pues acusan a los familiares de “saboteadores”, estigmatizándolos, haciéndolos sentir avergonzados y con angustia, además de hacerlos sentir ignorados y rechazados, sin hablarles en su idioma (Burland, 2002).

⁴¹ Emocionalidad altamente expresada: son los comentarios críticos, hostilidad y sobre-involucración: ansiedad y culpa.

Estas situaciones propician que las condiciones de valor aprendidas, el desconocimiento y la búsqueda de aceptación social, dificulten la plena simbolización de la experiencia, generándose conductas contradictorias.

De acuerdo con Rogers, estas manifestaciones hacen referencia a la *incongruencia*, es decir, una serie de actitudes que no reflejan un contacto directo con la realidad interior, además de bloquear la propia tendencia al desarrollo y en consecuencia la de la PEEM, generando más estrés, recaídas, marginación y bloqueo de la mutua posibilidad de interacción sana, es decir de actitudes facilitadoras (potencial terapéutico o de ayuda) de la tendencia natural al desarrollo que toda persona por ser organismo vivo posee, *potencial terapéutico* del que los miembros de la familia también poseen conciencia parcializada.

Esta condición impide la presencia de actitudes facilitadoras por parte del familiar, de modo que se va empeorando la calidad de las escasas interacciones hacia la PEEM.

Alternativa de intervención terapéutica.

Debido a que el familiar posee un potencial de ayuda, su constante interacción y sus actitudes no pueden ser sustituidas con ningún tratamiento, puesto que ese recurso tan poderoso le devolverá su dignidad humana a la PEEM, se requiere posibilitar la optimización de las interacciones mediante actitudes facilitadoras.

El proceso de rehabilitación requiere del familiar, que concientemente facilite interacciones sanas, mediante actitudes humanizantes, reconsiderando la tendencia natural al desarrollo.

En este caso, la propuesta metodológica del humanismo está basada en el modelo de Rogers, el cual se aplica óptimamente en actitudes que promuevan la fluidez natural del desarrollo del potencial humano en todas sus dimensiones. Esto se da sólo a través de una interacción impregnada de un

clima propicio, donde "... Los terapeutas han de ser cálidos, empáticos y francos (...) para un trabajo eficaz con las familias" (Kuipers, 2004, p.27).

Se trata de propiciar una experiencia terapéutica significativa, basada en el enfoque centrado en la persona, con actitudes facilitadoras (aceptación, empatía y congruencia), que favorecerá la toma de conciencia y a su vez el cambio de actitud que promueva la actualización de su propio potencial, así como el de la PEEM.

El cambio de actitud del familiar, primero hacia sí mismo y enseguida hacia la PEEM, se lograría con un ambiente libre de amenazas a su autoconcepto, "donde se facilitara la percepción diferenciada del campo de la experiencia y se le ofrecieran como elementos por conocer todas aquellas cosas que percibiera como vinculadas con su propio desarrollo". (Moreno, 1979, pp. 41-43).

Para adecuar esta propuesta de intervención, se retomó la estructura del modelo de los 80s de Carkhuff (ver: Giordani, 1997), que consiste en una secuencia de intervenciones, donde el terapeuta facilita el proceso natural de crecimiento, haciendo uso de estrategias como: *atención psicológica, escucha, reflejo, personalizar: el significado, el problema, el nuevo sentimiento y la meta; definir, programar los pasos e implementar refuerzos para la acción.*

Del mismo modo, fueron útiles algunas precisiones basadas en otras estrategias afines acerca de: a) *sabiduría orgánica*: sensibilización corporal; b) *simbolización de la experiencia*: fantasía dirigida, c) *empatía, aceptación y congruencia*: actitudes facilitadoras, d) *refuerzo de acciones y autoevaluación* (ver: Brites & Müller, 1990; Bornas, 1998; Egan, 1982; Kepner, 2000; Le Boulch, 1991; Troncoso, 1997; Moreno, 1979).

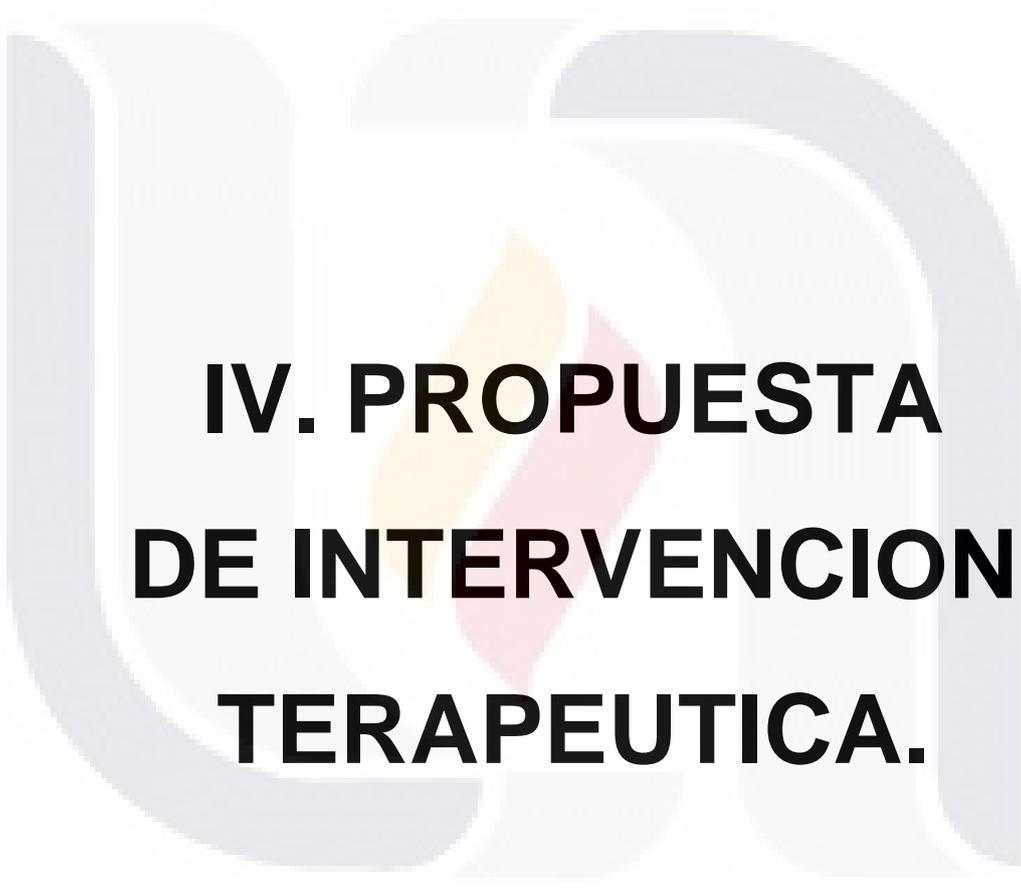
Se pretendió que el familiar realizara el ejercicio conciente de sus actitudes facilitadoras en la interacción, aprovechando todas las vivencias en el grupo. Para esto se adaptaron algunas actividades de entrenamiento en cuanto al desarrollo de las actitudes facilitadoras.

Se consideró que si durante el proceso de intervención los familiares participantes valoraban la importancia de establecer con la PEEM una interacción donde hubiese observación, actividad conjunta, reciprocidad, y relación afectiva, estas estructuras de interacción producirían "...un impacto de desarrollo más fuerte..." (Ver: Bonfenbrenner, 1987, p.77-80).

Cada miembro de la familia, por tener la experiencia directa de convivir con la PEEM, presenta acciones, reacciones e interacciones (actitudes) que cambian constantemente; funcionando como un accionador para todos los demás miembros. Por lo que se pretendió que el familiar participante en este taller optimizara los recursos personales que le ayudaran a promover con sus actitudes una nueva manera de interactuar en su familia y así lograr el salto a la transformación de las interacciones con la PEEM.

Hipótesis de la intervención terapéutica.

Si el familiar de la PEEM se encauza hacia la actualización de sí mismo y de su potencial de ayuda mediante una relación interpersonal óptima, con conocimientos básicos y actitudes facilitadoras, entonces se descubrirá a sí mismo y valorará su propia capacidad terapéutica para establecer relaciones interpersonales de la misma calidad, de manera específica con sus actitudes hacia la PEEM, con quien estará en condiciones de ejercitar interacciones que propicien un impacto de desarrollo más fuerte, en beneficio de la rehabilitación integral, convirtiéndose así, en accionador actualizado para dar el salto a la transformación y prevenir o en su defecto, superar las crisis familiares generadas por la enfermedad mental. Lográndose un impacto en la disminución del índice de recaídas de la PEEM.



**IV. PROPUESTA
DE INTERVENCION
TERAPEUTICA.**

IV. PROPUESTA DE INTERVENCION TERAPEUTICA

“Actitudes facilitadoras del familiar en la rehabilitación de la PEEM”

Este taller está dirigido a todos los familiares de personas con experiencia de enfermedad mental, que al menos una vez hayan requerido hospitalización.

Es decir, interesados en promover actitudes terapéuticas hacia la PEEM, sin importar su condición diagnóstica (depresión, esquizofrenia, trastorno bipolar, trastornos mentales debidos a condición médica y otros), sino su condición de personas, para que al mismo tiempo se estimule la desestigmatización y una mejor calidad de vida en la sociedad, tendiendo hacia una verdadera salud mental para todos.

La presente propuesta de intervención psicológica surge de la necesidad de reconsiderar que aunado a los procedimientos de atención integral médico psiquiátrica, todo miembro de la sociedad, independientemente del nivel socioeconómico, académico, cultural, laboral, etc., tan solo por su “*ser*” y “*hacer*” como “*persona*” dentro del intercambio social cotidiano, constituye una fuente enriquecedora de recursos terapéuticos en potencia, basada en sus procesos de influencia, es decir, en la interacción y la “*actitud*” mostrada hacia la enfermedad mental y a la persona que vive esa experiencia.

El desarrollo de este taller se centra principalmente en aclarar el marco concreto de acción *personal* del familiar en torno a la PEEM, considerando aspectos como el potencial de ayuda a través de procesos que lo habiliten en interacciones emocionalmente sanas por medio de actitudes facilitadoras.

Se pretende dar respuesta a la necesidad de optimizar la participación del familiar en la rehabilitación integral, no sólo a través de información acerca de la enfermedad mental y los tratamientos, sino además de la comprensión sobre la propia experiencia que vive el familiar acerca de la existencia de ese fenómeno en un miembro de su familia.

Además se espera que esta experiencia sea significativa, ya que a través de la ampliación de conciencia acerca de sí mismo y del significado personal brindado a los factores del logro terapéutico, aunados al ejercicio de actitudes facilitadoras en las interacciones, establecerá pautas saludables de interacción en otros ámbitos.

De esta manera, al ser tomada en cuenta la situación del familiar, aumentará su interés y disminuirán las ausencias tanto a los tratamientos como a los servicios de atención a familias.

La intención es favorecer en los participantes, la sensibilización para promover el trato digno y al mismo tiempo, el interés y entrenamiento en las actitudes concretas que favorezcan el desarrollo del propio potencial terapéutico y con ello las potencialidades de quienes tienen la experiencia de la enfermedad mental, optimizando de esta manera sus interacciones al participar en la rehabilitación integral.

Objetivos Terapéuticos

Objetivo general de la propuesta terapéutica.

Durante el presente taller, los familiares participantes se habilitarán en actitudes facilitadoras de las relaciones interpersonales con la PEEM a través de experiencias vivenciales que permitan optimizar su participación en la rehabilitación.

Objetivos particulares de la propuesta terapéutica:

Durante el presente proceso vivencial, los familiares participantes:

1. Demostrarán la auto-comprensión de sus actitudes a partir de la autoexploración, en un ambiente de confianza.

- TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS
2. Establecerán los pasos específicos a seguir para optimizar sus actitudes facilitadoras hacia la PEEM, a partir del análisis del significado personal brindado a los factores del logro terapéutico.
 3. Manifestarán actitudes facilitadoras hacia la PEEM como proceso de ayuda, partiendo del conocimiento de la Enfermedad Mental y el ejercicio terapéutico de sus interacciones en experiencias vivenciales.

Metas terapéuticas derivadas de los objetivos particulares:

Se pretende que los participantes logren:

1. Ampliación de la conciencia y comprensión del *significado personal* que cada uno tiene de sí mismo y de la enfermedad mental en su familiar.
2. Comprensión entre el nivel real y el deseado, a partir del significado personal acerca del compromiso y responsabilidad frente a los factores del logro terapéutico, así como de los sentimientos hacia sí mismo y los propósitos o metas, los cuales repercuten en la enfermedad mental del familiar.
3. Definición de la meta consigo mismo y con la PEEM, los pasos a seguir y los refuerzos propios para cumplir.
4. Desarrollo conciente de actitudes facilitadoras, siendo partícipes en la generación de un clima de confianza.

MÓDULO I	
<i>Contenidos:</i>	<i>Técnicas clínicas específicas:</i>
Presentación Eval. Diagnóstica Contrato terapéutico Criterios personales de logro.	Rapport Atención física y psicológica Responder al contenido y a los sentimientos
Medidas preventivas frente a la enfermedad mental. Autoexploración de la experiencia corporal: relajación.	contacto corporal, Analogía. sensibilización de la experiencia corporal: relajación y simbolización de la experiencia, atención física, atención psicológica: escuchar, responder y personalizar; autoevaluación de logros.
Autoexploración de la experiencia corporal: Diferenciación segmentaria de sensaciones corporales, ritmos y movimiento.	Rapport, sensibilización de la experiencia corporal: diferenciación segmentaria de las sensaciones corporales, ritmos y movimiento, simbolización de la experiencia, atención psicológica: escuchar, responder y personalizar; autoevaluación de logros.
Autoexploración de la experiencia corporal: Movimiento voluntario Movimiento involuntario Visualización mutua	Rapport, sensibilización de la experiencia corporal de: movimiento voluntario e involuntario, visualización mutua, simbolización de la experiencia, atención psicológica: escuchar, responder y personalizar; autoevaluación de logros.

<i>CONTENIDOS:</i>	<i>TÉCNICAS CLÍNICAS ESPECÍFICAS.</i>
<p>Autoexploración de la experiencia corporal: Mi silueta</p>	<p>Rapport, sensibilización de la experiencia corporal: de la propia silueta, simbolización de la experiencia, atención psicológica, escuchar, responder y personalizar; autoevaluación de logros.</p>
<p>Autoexploración de la experiencia corporal: Comunicación corporal: no verbal (de manera consciente y voluntaria), Integración de sensaciones corporales.</p>	<p>Rapport, sensibilización de la experiencia corporal: expresión corporal, comunicación no verbal, simbolización de la experiencia, atención psicológica, escuchar, responder y personalizar; autoevaluación.</p>
<p>Autoexploración del mundo perceptual y el total de la experiencia: Áreas de vida. Experiencia personal de la enfermedad mental en la fantasía.</p>	<p>Rapport, autoexploración del mundo perceptual y de la experiencia a través del dibujo y fantasía dirigida; simbolización de la experiencia; atención psicológica: escuchar, responder y personalizar; autoevaluación.</p>
<p>Autoexploración: Integración de aprendizajes. Mi experiencia en las Fases de aceptación de la enfermedad mental.</p>	<p>Rapport, autoexploración, atención psicológica: escuchar, responder y personalizar (el significado, el problema, el nuevo sentimiento y la meta), definir y programar pasos para la acción; autoevaluación de logros.</p>

MÓDULO II	
<i>Contenidos:</i>	<i>Técnicas clínicas específicas:</i>
<p>Características y necesidades propias de la Enfermedad Mental:</p> <p>Trastornos mentales más comunes</p> <p>Proceso del familiar para la aceptación de la enfermedad.</p> <p>Factores del logro terapéutico.</p> <p>Medidas preventivas y de seguridad.</p> <p>Actitudes terapéuticas y antiterapéuticas.</p> <p>Principios de la rehabilitación psicosocial de la PEEM.</p>	<p>Simbolización e integración del significado personal de las experiencias en la interacción con la PEEM mediante técnicas lúdicas, de autorrevelación, de atención física y psicológica: escuchar, responder y personalizar (el significado, el problema, el nuevo sentimiento y la meta), definir y programar pasos para la acción; autoevaluación de logros.</p>
<p>Ventajas y desventajas de las estrategias personales planteadas.</p> <p>Línea de acción específica.</p> <p>Pasos y compromiso.</p>	<p>Simbolización e integración del significado personal de experiencias con la PEEM mediante técnicas de: autorrevelación, atención física y psicológica: escuchar, responder y personalizar (el significado, el problema, el nuevo sentimiento y la meta), definir y programar pasos para la acción; autoevaluación de logros personales.</p>

MÓDULO III	
<i>Contenidos:</i>	<i>Técnicas clínicas específicas:</i>
<p>Habilidades actitudinales, facilitadoras de la interacción:</p> <p>Pre-ayuda: atención física, observación y escucha.</p> <p>Responder al entorno de la persona (contenidos y sentimientos de su lenguaje).</p> <p>Estimular en varias alternativas del entorno: significados, problemas, nuevos sentimientos y metas.</p> <p>Ayudar a actuar, (iniciar definir, programar pasos e implementar refuerzos).</p>	<p>Simbolización de la experiencia personal acerca del ejercicio de:</p> <p>la atención física, observación y escucha, de responder al entorno de la persona (contenidos y sentimientos de su lenguaje), de estimular en varias alternativas del entorno: significados, problemas, nuevos sentimientos y metas; de ayudar a actuar iniciar definir, programar pasos e implementar refuerzos);</p> <p>Autoevaluación.</p>

AUTOEVALUACIÓN FINAL	
<i>Contenidos:</i>	<i>Técnicas clínicas específicas:</i>
<p>Logros personales en las actitudes:</p> <p>Como encuentro, como diálogo, como participación en los significados del <<Tú>>.</p>	<p>Integración de las simbolizaciones de las experiencias de cada miembro del grupo, compromisos y logros en este taller, mediante la autoevaluación.</p>

Las acciones se realizarán en la modalidad grupal⁴², en base a la estructura del modelo humanista de Rogers y su seguidor Carkhuff, el cual se compone de las fases señaladas en los objetivos y la evaluación de esta propuesta.

Se da relevancia a la calidad de la relación interpersonal, por lo que está centrado en la persona: el rol del terapeuta tiende a ser no directivo, considerando experiencias significativas de los participantes, además de tener cualidades de taller vivencial, donde los ejercicios terapéuticos se integran con procesos psicoeducativos en la segunda fase de esta propuesta de intervención, y con el ejercicio de las actitudes facilitadoras en la tercera fase.

Se hará uso de métodos inductivos, a través de ejercicios de autoexploración, tales como sensibilización corporal, fantasía dirigida, dibujo; otras técnicas lúdicas, formulación personal de criterios de logro, análisis del significado personal del tema en cuestión, de sus estrategias, propósitos y práctica de interacciones con actitudes terapéuticas⁴³.

Durante el proceso de este taller, la persona facilitadora:

1. Aclarará al grupo de los familiares participantes el tipo de experiencia que se realizará, procurando con sus propias actitudes un ambiente grupal favorecedor de confianza, de tal modo que éstos se sientan libres y co-responsables; facilitará la identificación de “las experiencias, expectativas y finalidades individuales y grupales, aceptando diversidades...” (Moreno, 1979, p. 63).

⁴² Las acciones específicas detalladas se encuentran en la cronodificación de la intervención, ubicada en el *APENDICE 6*.

⁴³ Se hace referencia a las actitudes en la interacción propuestas por autores humanistas, como Rogers (1985) y seguidores: Carkhuff (en Giordani, 1997), Egan (1995) y Troncoso (1997).

2. Confiará en la propia tendencia natural que cada familiar participante tiene hacia la autorrealización; organizará y hará disponibles y accesibles los recursos que los participantes pueden utilizar para este proceso vivencial (incluyéndose también la facilitadora como un recurso más, mientras sea congruente consigo misma).

3. Aceptará y tendrá en cuenta a la totalidad de la persona, es decir, los aspectos afectivos, cognoscitivos e interpersonales de sus actitudes, surgidos durante las experiencias; será una participante más del grupo, compartiendo sentimientos, ideas y opiniones, pero sin imponerse; ayudará a los participantes a concretar sus auto-descubrimientos y la auto-evaluación.

Durante las actividades del taller, cada uno de los participantes:

1. Se comprometerá libremente a participar en los ejercicios, así como a tomar nota en la bitácora de sus descubrimientos, propósitos y cambios logrados.

2. Definirá sus criterios personales de logro, seleccionará los temas, problemas y situaciones reales y significativas en relación a su experiencia personal con PEEM; utilizará a su criterio los recursos disponibles y buscará otros y de todo el proceso llevado a cabo se autoevaluará. (Ver: cronograma, cuadro: 5)

Evaluación

El proceso de evaluación de la presente intervención será de tipo cualitativo y cuantitativo, comprendiendo la evaluación de efectividad (pre-post), de procesos, como en la de impacto, (tal como se muestra en el cuadro: 4)

CUADRO: 4

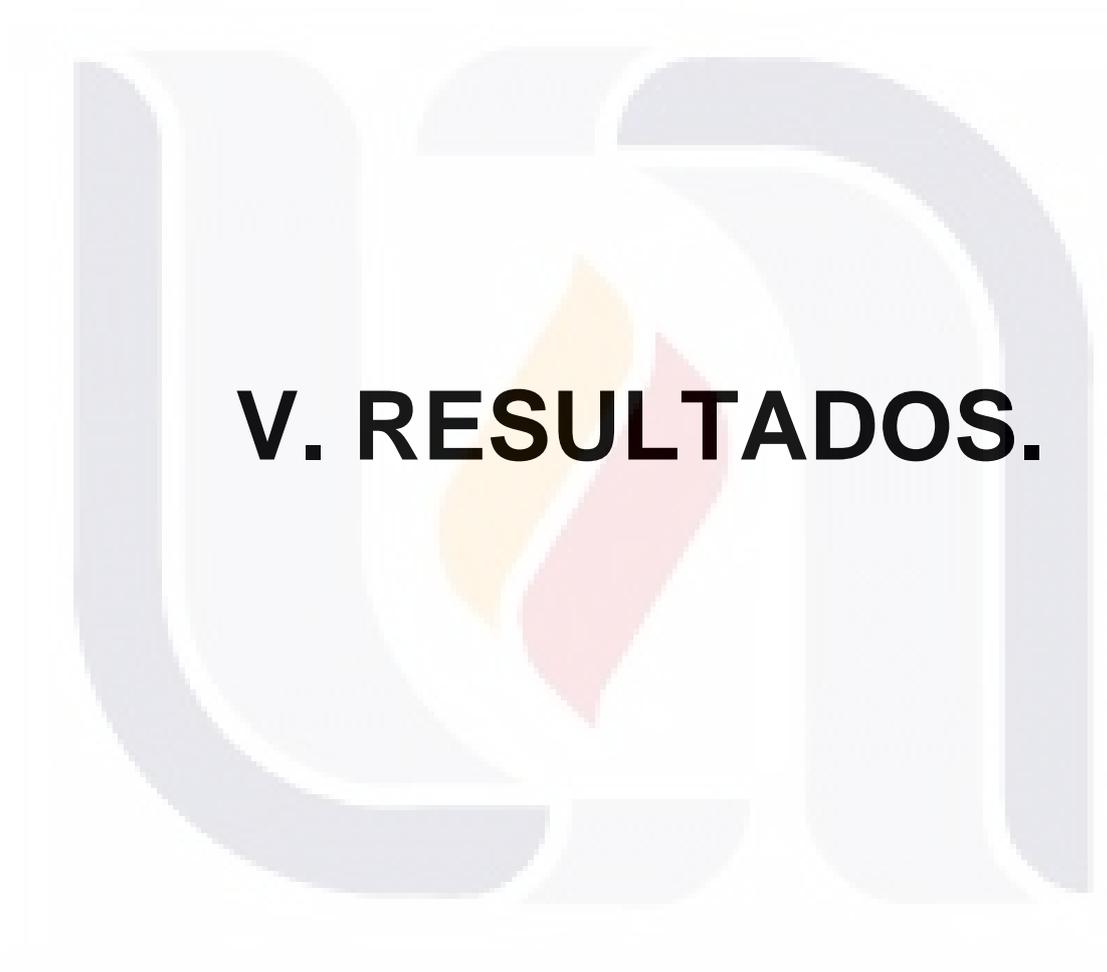
Propuesta de evaluación de intervención

TIPO DE EVALUACION De:	PRODUCTOS ESPERADOS: Datos Cuantitativos	PRODUCTOS ESPERADOS: Datos cualitativos
Efectividad	Cuestionario tipo escala Ver: Apéndice: 7 p. 140	*Criterios personales de logro (ver: cuadro:6 y Apéndice: 12) *Auto-evaluación final: ver Apéndice 9
Proceso	Hoja de verificación de productos (ver: Apéndice 10, p. 181)	*Bitácora personal: Manual (ver: apéndice 8, p. 145)
Impacto	Análisis de Expedientes: (índice de recaídas de las PEEM)	*Cambios reportados: Familiar, PEEM, Familia (ver: cuadros: 6,7,8 y apéndice: 12)

CUADRO: 5

Cronograma

OCTUBRE 2007	OCTUBRE-NOVIEMBRE	NOVIEMBRE-DICIEMBRE	DICIEMBRE-ENERO	ENERO 2008
3 horas	21 horas	9 horas	12 horas	2 horas
PRESENTACION Y EVALUACIÓN DIAGNÓSTICA	OBJETIVO I	OBJETIVO II	OBJETIVO III	INTEGRACION, EVALUACION FINAL, AUTO-EVALUACION Y CIERRE
	FASE DE AUTOEXPLORACION COMPRESION	FASE DE EXPLORACION DE LOS FACTORES DE LOGRO TERAPEUTICO	FASE DE ACTITUDES FACILITADORAS	
	Trabajo con el cuerpo Y con la imaginación.	Trabajo con los significados personales acerca de la enfermedad mental	Entrenamiento vivencial en las habilidades de interacción	
	ESTABLECIMIENTO DE LINEAS DE ACCION, PASOS Y COMPROMISO (PROPÓSITOS).			
EJERCICIO DE HABILIDADES DE INTERACCION				
<p>TIEMPO:</p> <p>15 sesiones de tres horas cada una, además de práctica en el hogar a partir de tareas auto-impuestas, con el objeto de empezar a poner en práctica los propósitos.</p>				



V. RESULTADOS.

Para verificar los avances en las actitudes del grupo de nueve familiares participantes, la intervención terapéutica dio inicio con la evaluación diagnóstica, concluyendo con la aplicación del mismo instrumento al final del taller para comprobar la *efectividad* de esta propuesta. Del mismo modo se midieron los cambios durante los procesos, así como el impacto de esta intervención en el índice de recaídas de las PEEM con vínculos de parentesco hacia los familiares participantes en el taller. Todas estas evaluaciones se realizaron mediante técnicas e instrumentos que arrojaron datos cuantitativos y cualitativos.

Resultados cuantitativos.

Se obtuvieron las siguientes evidencias cuantitativas, de las cuales se mencionan datos más adelante: a) cuestionario tipo escala contestado al inicio y al final de la intervención (ver: *apéndice 7; figuras 2 y 3*), la cual sirvió para medir la efectividad de la intervención; b) lista de verificación donde se describen objetivamente los productos esperados y logrados como evidencias personales en cada una de las sesiones tanto individualmente como en grupo (ver: *apéndice 10, p. 177*), la cuál fue útil para evaluar la participación en los procesos terapéuticos ; c) resultado del análisis de expedientes de cada una de las PEEM para verificar el índice de re-hospitalizaciones (recaídas) seis meses antes y seis meses después de la presente intervención, con la finalidad de evaluar el impacto de la presente intervención.

Resultados de la efectividad. Se realizó la aplicación antes y después de la intervención: del cuestionario tipo escala de actitudes del familiar hacia la PEEM, diseñado para este fin, que consta de 33 ítems correspondientes a la dimensión cognoscitiva, 15 a la afectiva y 15 a la conductual (ver: *Apéndice 6*). Se encontraron cambios en los resultados arrojados por el instrumento acerca de las actitudes, mejorando ligeramente los valores porcentuales de las dimensiones cognoscitiva, afectiva y relativa a la conducta (ver: *figuras: 2 y 3*).

EVALUACION DIAGNOSTICA DE LAS ACTITUDES FACILITADORAS DEL FAMILIAR

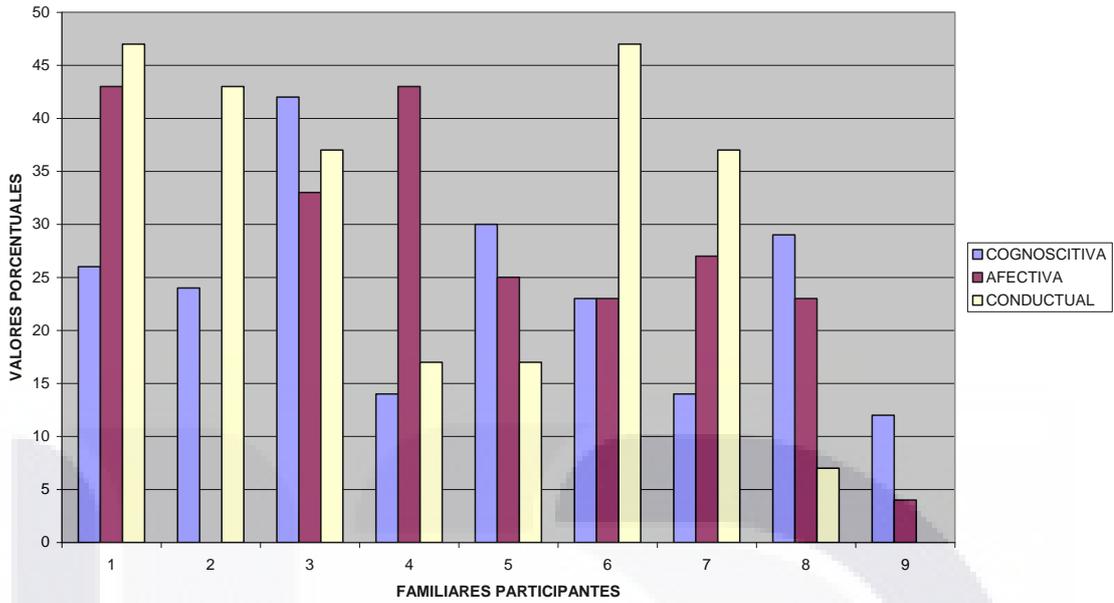


Figura 2. Fuente: cálculos propios a partir del análisis cuantitativo de los resultados de la aplicación del cuestionario tipo escala en la evaluación diagnóstica para la implementación del taller; octubre, 2007.

EVALUACION FINAL DE LAS ACTITUDES FACILITADORAS DEL FAMILIAR

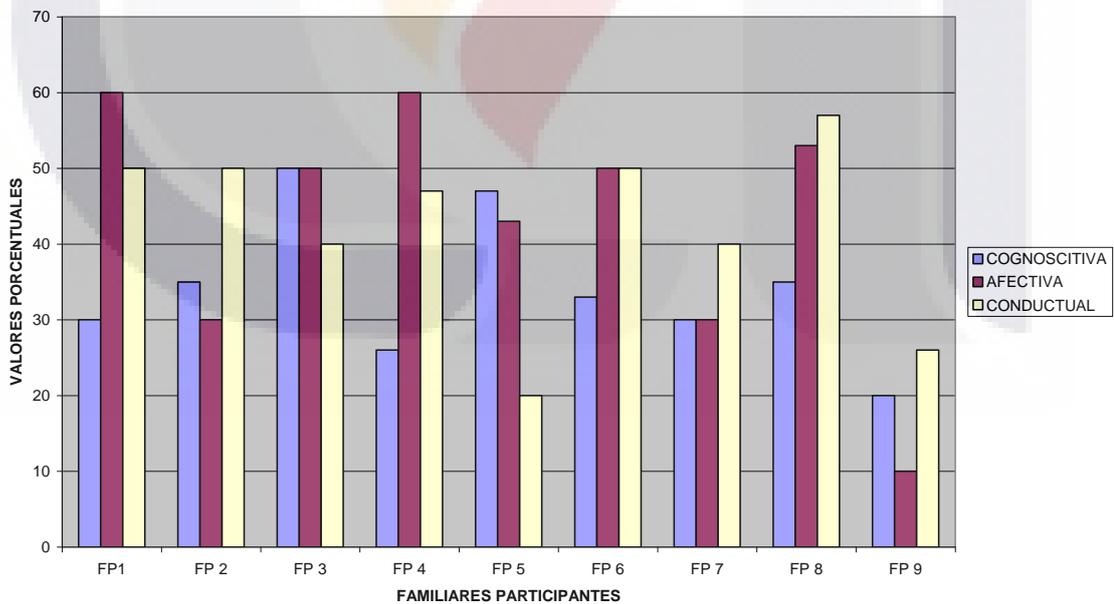


Figura 3. Fuente: cálculos propios a partir del análisis cuantitativo de los resultados de la aplicación del cuestionario tipo escala en la evaluación final del taller; febrero, 2008.

Resultados del proceso grupal: Se elaboró para este fin la lista de verificación de los productos esperados por sesión, sumando 43 evidencias en total (ver: apéndice 10), cuyos resultados manifestaron que, de los 9 familiares participantes: 6, lograron el 100%; 1, obtuvo el 93%, 1 más, logró el 84% y la última 81% de los productos esperados.

Acerca del proceso y efectividad de las actitudes se adaptó una *autoevaluación final tipo escala* (ver *Apéndices: 9 y 11*), donde los participantes se guiaban por cada fase de trabajo, considerando el puntaje más bajo de la escala (1) si no se sentían identificados con la leyenda de lo esperable para cada fase y el más alto (4) si estaban plenamente identificados. Los resultados en promedio fueron 3 de 4 puntos, lo que significa que en general, los 9 participantes se sintieron identificados con lo esperable en cada una de las diferentes fases del taller: autoexploración, comprensión, contratos o compromisos, comunicación y avances en las actitudes facilitadoras.

En cuanto a los avances grupales en el desarrollo de las actitudes facilitadoras, el grupo se autoevalúa describiendo avances en las actitudes que demuestran respeto, interacción, resistencia a “etiquetar”, interés, comprensión empática, acciones en conjunto, aceptación y apoyo familiar (ver: *apéndice 13*).

Resultados de impacto. Resultados del Análisis de expedientes registrados en el hospital de psiquiatría de las PEEM de FP2, FP3, FP4, FP5, FP6, FP7 y FP8. En general, estas personas no presentaron recaídas, a excepción de la PEEM de FP1, quien presentó 1 recaída y la PEEM de FP9: quien presentó 3 recaídas.

Resultados cualitativos.

Se obtuvieron las siguientes evidencias cualitativas: Cada participante de manera personal estableció al inicio sus a) *criterios personales de logro* registrados en la primera sesión, los cuales fueron comparados al final con los *logros personales* reportados por cada familiar participante. Además se analizaron los escritos acerca de las experiencias significativas de cada uno de

los familiares participantes, codificando y categorizando cada cita de manera textual. Todas estas evidencias se obtuvieron de los manuales de los familiares participantes, los cuales fueron usados como bitácoras, expresando el significado y cambios personales a partir de las actividades realizadas durante todo el proceso de intervención.

Criterios personales de logro (CPL). La primera descripción hecha de manera individual en la bitácora fueron los criterios personales de logro, tomados como *autoevaluación diagnóstica*. En esta categoría, los familiares de las PEEM plasmaron su manera de percibir las necesidades que esperaban resolver con su participación en este taller, las cuales se categorizaron de acuerdo a lo reportado en: *cambios positivos en sus actitudes*, esperados en cuanto a las dimensiones *cognoscitiva, afectiva y relativa a la conducta*, estos iban dirigidos tanto *hacia sí mismos* como *hacia la PEEM* e incluso haciendo algunas menciones *hacia la familia*, como se puede notar a continuación:

a) La mayoría esperaban adquirir conocimientos acerca de la enfermedad mental, las crisis y los tratamientos; tomar conciencia acerca de sí mismos, de enojos y culpas.

b) expresaban la necesidad de ser ellos mismos (ver: bitácora de FP2); hacerse indiferentes a la aprobación o desaprobación de los demás, de quitar culpas y miedos, encontrar tranquilidad, sentirse bien, en paz y armonía, “sentir amor por sí mismos, por las personas y por la vida” (ver: bitácora de FP5), tener auto-aceptación, ver a la PEEM con serenidad;

c) deseaban “comportarse con soltura al hablar y caminar” (ver: bitácora de FP5), exponían la necesidad de saber cómo protegerse ante las crisis de la PEEM y cómo ser asertivos; de encontrar formas de tratar a la PEEM, frenando con amor su manipulación (ver: bitácoras de FP1, FP2, FP3, FP5), además de ayudar a que se volviera cada vez más responsable de sí mismo; mejorar la relación familiar y dejar responsabilidades ajenas (ver: *cuadro: 6*).

Resultados de la fase de autoexploración (AUT). En los registros de las bitácoras, las citas textuales evidencian que algunos de los familiares

participantes se sorprendieron al encontrar en un taller relacionado con el trato a la PEEM, la realización de ejercicios relacionados con la exploración de sí mismos, incluso hubo una persona (FP5) que refiere haberse sentido “egoísta” al darse cuenta del tipo de trabajo, pero que durante el proceso del taller descubrió que al sentirse bien ella misma, de igual manera ayudaría mejor a la PEEM. Poco a poco los familiares participantes fueron expresando que la fase de autoexploración la sentían como su espacio de encuentro consigo mismos, de expresión, relajación, autodescubrimiento y de compromiso consigo mismos.

Resultados de la fase de exploración de otros factores (HET). De acuerdo con las citas encontradas en las bitácoras, ésta fase significó para los familiares la oportunidad de recrearse mediante actividades lúdicas y al mismo tiempo compartir a cada momento reflexiones en grupo, al exponer libremente sus experiencias personales significativas en torno a la interacción con la PEEM, teniendo como puntos de referencia todos los juegos de mesa tradicionales, que incluían como contenido: “los factores que influyen en el logro terapéutico”.

Algunos participantes hicieron analogías entre los juegos y sus experiencias, sus aprendizajes o propósitos, como FP1, cuando menciona en relación a la experiencia del trastorno bipolar de PEEM: “el propósito con mi PEEM es que aprenda a jugar y que hay que saber que sus emociones son así como las serpientes y escaleras arriba y abajo”.

Comprendieron la enfermedad, desculpabilizando y comprendiendo a la PEEM, como se nota en las siguientes citas: “... mi familiar no es responsable de lo que le pasa y a pesar de su problema trata de hacer las cosas que tiene que hacer, es muy responsable” (FP1).

Además se reconoció a la familia como un sistema: “cuando se da una crisis, en la familia es una desestabilización en todos: perdemos la calma, no sabemos reaccionar adecuadamente” (FP1).

FP4 identificó su sentir en el proceso de aceptación de la enfermedad: “... repaso días felices, imagino la vida mejor si mi enferma estuviera *normal*, (...)

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

nos sentimos mal y (...) podemos renegar de nuestra situación. De mi actitud depende mucho la respuesta y comportamiento de otras personas”.

De igual manera hubo participantes que tuvieron la oportunidad de tomar conciencia de los logros en la familia, así como carencias, como en el caso de FP5, al expresar en su bitácora “Veo claramente las carencias para que no esté bien la PEEM, en el caso de mi familia son: la negación, la manipulación, la ignorancia, la falta de apoyo. Es un trabajo de toda la vida...”

Otros percibieron la ocasión para hacer confesiones muy fuertes, como FP6, al hablar de la importancia de algunos factores en el logro terapéutico y mencionar: “Aprendí que todo lo que decían es cierto, todo estaba relacionado. Por ejemplo: la nutrición (...) y la genética, porque a mi me pasa: yo le heredé a mi hijo la enfermedad”.

Resultados de la fase de acción con Actitudes Facilitadoras (HAI). Esta fase que consistió en el entrenamiento en actitudes facilitadoras y habilidades mínimas de interacción como la atención, la observación, la escucha, la expresión de comprensión, etc., significó para los familiares participantes la oportunidad de reconocer la importancia de la atención y la observación en las interacciones, sobre todo tratándose de seres humanos como la PEEM, como lo hace notar FP3 al expresar que es importante “no perder de vista al ser humano y lo que hay (...) de la persona”; consideraron útil hacerse propósitos en sus actitudes personales en las interacciones no sólo con la PEEM, sino además con los demás miembros de la familia, “escuchando más allá de las palabras y viendo más allá del comportamiento y expresiones corporales”(FP5), comentando en relación a PEEM que “como muchas veces no dicen realmente lo que sienten o quieren, es necesario observar el lenguaje corporal, ahí se ve todo”(FP5).

Presencia de cada categoría. De acuerdo con el proceso de clasificación de categorías, (descrita con detalle en el cap. II), se fueron identificando las que tenían mayor presencia en las bitácoras de cada uno de los familiares participantes, de acuerdo al esquema mostrado en la *figura 4* (p. 85).

Con el fin de realizar las evaluaciones de efectividad, de proceso y de impacto, se describieron las categorías y su presencia de acuerdo a las necesidades de cada tipo de evaluación.

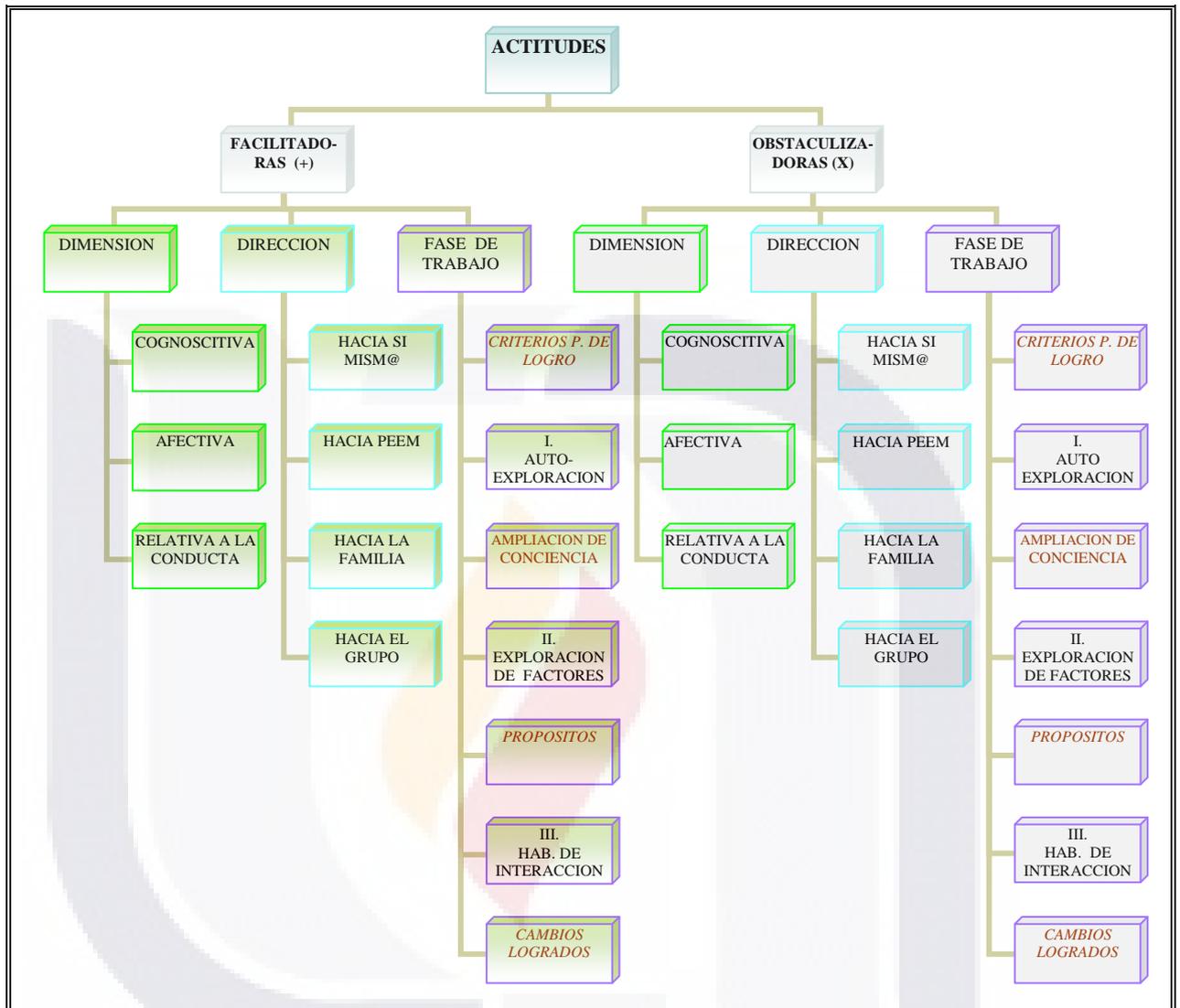


FIGURA 4. DIAGRAMA DE CATEGORÍAS DETECTADAS EN EL PROCESO DE CLASIFICACIÓN DE CÓDIGOS ASIGNADOS DURANTE EL ANÁLISIS DE LAS BITÁCORAS DE LOS NUEVE FAMILIARES PARTICIPANTES EN EL TALLER.

Resultados de la efectividad de la propuesta.

La medición comparativa entre la fase diagnóstica y final de la intervención, fue útil para confrontar la presencia de citas en las bitácoras entre los “Criterios personales de logro” (CPL) y las citas de los cambios reportados a partir de las categorías denominadas “Ampliación de conciencia” (tc), “Propósitos” (pro) y

“Cambios Logrados” (cl), las cuales evidenciaban las modificaciones percibidas en las actitudes por cada participante. (Ver: cuadros 6, 7 y 8; apéndice: 12)

CUADRO: 6

RESULTADOS DE LA EVALUACION DE EFECTIVIDAD I			
AUTOEVALUACION DIAGNOSTICA (PRE)			
DIMENSION DE LA ACTITUD POSITIVA	CATEGORIAS		SUBCATEGORIAS E INDICADORES
Cognoscitiva	FASE DEL CAMBIO	DIRECCION DE LA ACTITUD	CAMBIOS ESPERADOS EN:
	CRITERIOS PERSONALES DE LOGRO (CPL).	A SI MISM@	<u>SIGNIFICADO PERSONAL:</u> -Conciencia de sí mism@ -ser asertivos - percepción de la PEEM
A LA PEEM		<u>CONOCIMIENTOS:</u> - sobre la enfermedad mental -cómo protegerse ante las crisis	
A SI MISM@		<u>REACCIONES:</u> -Indiferencia a la aprobación o desaprobación. -Disminución de culpas y miedo -Tranquilidad: sentirse bien, en paz y armonía. -Autoaceptación	
A LA PEEM		-Amor: por sí mism@ por las personas por la vida - serenidad al ver a la PEEM	
A SI MISM@		-soltura al hablar y caminar.	
A LA PEEM		<u>INTERACCIÓN:</u> -frenar con amor la manipulación -ayudar a que sea responsable.	
Relativa a la Conducta	A LA PEEM	-mejorar la relación familiar -dejar responsabilidades ajenas.	
	A OTROS		

Fuente: datos propios a partir del análisis de la información recabada de las bitácoras en los distintos procesos de la implementación de la propuesta, mayo, 2008.

1. Cambios en actitudes hacia sí mismos. Se detectó gran presencia de citas en las bitácoras acerca de cambios en la actitud de los familiares participantes hacia sí mismos, ya que:

a) En los criterios personales de logro la mayoría esperaban: aprender a conocerse, a aceptarse, a no desear la aprobación de los demás, sentirse más tranquilos y seguros, sin que les afecten los cambios de PEEM y sin culpa, como refiere FP5: “quiero ver un cambio en mi rostro” (...), tener más soltura al hablar y caminar”;

b) En la ampliación de conciencia, la mayoría expresó que logró conocerse más, descubrir necesidades físicas (como descanso, cuidados, ejercicio, relajación) y emocionales (como necesidad de ser optimista y superar emociones relacionadas con el proceso de aceptación de la enfermedad de PEEM: culpa, coraje, miedo).

Por ejemplo, así lo evidencian algunos participantes, como FP1, quien hace uso de una metáfora, al señalar su ampliación de conciencia: “*me doy cuenta que tengo que dejar que las cosas fluyan (...), creo que estoy empezando a aterrizar, un aterrizaje forzoso pero así tiene que ser, poner los pies en la tierra*” (sic).

FP8, quien al tomar conciencia de la importancia de la comunicación no verbal, comenta en su bitácora: “para darnos cuenta qué pasa, la caricia amable de una persona ayuda a sanar nuestra tristeza, un abrazo cariñoso, una palmadita en la espalda o una mano acariciadora alivia el dolor y nos recuerda que no estamos solos” (sic).

c). En los propósitos, la mayoría se dispuso a mejorar los cuidados de sí mismos, tener más esparcimiento, mejorar sus habilidades de interacción, no sólo con PEEM, sino en general, desde la observación hasta la empatía d). En los cambios logrados descritos, la mayoría hace referencia a cambios sustanciales en la auto-percepción en general, la resignificación de la percepción corporal y la aceptación de sí mismos, desarrollo de habilidades de

observación, y otras habilidades de interacción, Algunas muestras que integran los cambios logrados son las señaladas acerca del taller por algunos participantes: (ver: cuadros 6,7 y 8)

CUADRO: 8

RESULTADOS DE LA EVALUACION DE EFECTIVIDAD III			
DIMENSION DE LA ACTITUD POSITIVA	SUBCATEGORIA		INDICADORES
COGNOSCITIVA	FASE DEL CAMBIO	DIRECCION DE LA ACTITUD	ACERCA DE: <u>INFORMACIÓN:</u> -la persona, -la enfermedad, -factores del logro terapéutico, -tratamientos, <u>ACTITUDES</u> - obstaculizadoras y facilitadoras en la interacción, - importancia de hacer uso de la observación, -de la escucha sin etiquetas -de los propios sentimientos encontrados en torno a la PEEM. <u>COMUNICACIÓN</u> <i>El sufrimiento disminuye con:</i> Expresiones corporales de afecto Acompañamiento
	AMPLIACION DE CONCIENCIA	HACIA SI MISM@ A LA PEEM	
RELATIVA A LA CONDUCTA	PROPOSITOS	HACIA SI MISM@ A LA PEEM	<u>MEJORAR:</u> - autocuidado - esparcimiento - <i>habilidades de interacción:</i> observación escucha empatía - <i>actitud hacia el tratamiento.</i>

- “Me ayudó a encontrarme, fue una lucha conmigo misma haciendo un viaje a mi interior y de ello surgió el perdonarme porque me sentía culpable y el regalo más hermoso es el perdón y encontré tranquilidad, alegría y con el cambio de actitud me siento

más segura (...) yo me siento más tranquila y puedo decir que el día más bello es hoy” (FP8).

2. Cambios en actitudes hacia la PEEM. La presencia de ésta categoría tuvo un segundo lugar en los registros de las bitácoras de cada participante, dirigiéndose principalmente a cuestiones relacionadas con mayor conocimiento, comprensión y habilidades de interacción saludables para todos:

a) *en los criterios personales de logro*, la mayoría esperaban cambiar su percepción de la PEEM y su interacción con él, que disminuyeran la culpa y el temor y se incrementara el amor y la armonía;

b) *en la ampliación de conciencia*, la mayoría descubrió o reconoció cambios: ya que incrementaron su visión acerca de la persona, de la enfermedad, de los factores que influyen en el logro terapéutico, de los tratamientos, de las actitudes obstaculizadoras y facilitadoras en la interacción, de la importancia de hacer uso de la observación, de la escucha sin etiquetas, de los propios sentimientos encontrados en torno a la PEEM;

c) *en los propósitos*: después de darse cuenta de algunas cuestiones en torno a sus actitudes, la mayoría se propuso: mejorar la actitud hacia el tratamiento, optimizar sus habilidades de observación y demás habilidades de interacción;

d) *cambios logrados*: la mayoría mencionan cambios en conocimientos, conducta y afecto, mejoras en habilidades de observación e interacción, por ejemplo FP5, quien señala: “ya no lucho, estoy dejando la culpa, también siento amor, los resentimientos están cediendo, PEEM está dejando de hostigarme, lo veo más tranquilo a pesar de que su medicación es baja, (...) voy ganando mi lugar y cede su manipulación” (sic); o FP8, quien habla de sus cambios en la interacción con PEEM: “Nos comunicamos más, estamos adquiriendo más responsabilidad, asociándonos; somos tolerantes(...)” (sic), FP1 “por su parte señala: he aprendido a aceptarme y a aceptar a mi familiar tal como es”.

3. Cambios en actitudes hacia la familia. La mayoría de familiares participantes expresaron cambios en la toma de conciencia, en los propósitos y en sus relaciones con la familia, haciendo referencia a mayor convivencia e integración, comunicación (más observación, escuchar sin aconsejar, comprensión, expresión de sentimientos) mejor trato, establecimiento de límites. Sólo FP9 no hace ningún comentario en este sentido y FP8 habla de que en su familia existe poca aceptación de la enfermedad mental.

4. Actitudes hacia el grupo del taller. Aunque ningún participante se lo propuso como criterio de logro, todos hacen referencia al desarrollo de identificación, respeto, confianza, comunicación, en las actividades del grupo, además de considerar importantes todos estos elementos para su propio proceso de aceptación de la enfermedad, como de manera especial lo hace notar FP9: "... estoy conviviendo con mis compañeros, con más ánimos de decir, lo que antes no hacía (...), no expresaba lo que sentía, no encontraba salida, pero ahora, con la ayuda de todos he expresado más mis angustias, me siento mejor..."

5. Resultados de efectividad y la dirección de las actitudes. Como se pudo notar en los cuatro puntos anteriores, los cambios reportados tuvieron diferente presencia según a quién iban dirigidas las actitudes (ver: cuadros 6, 7 y 8; Apéndice 12, figura 6). De esta manera, es importante considerar que la categoría "dirección" que más se reportó fue la dirigida hacia sí mismos, en segundo lugar la dirigida a la PEEM, en tercer lugar la referida a la familia y en cuarto las actitudes manifestadas hacia el grupo.

6. Relaciones entre categorías: Existe coherencia entre los "criterios personales de logro", "la ampliación de conciencia", los "propósitos" y los "cambios logrados", teniendo todas estas categorías mayor presencia en las actitudes dirigidas "hacia sí mismos", en la fase de "autoexploración".

Estas presencias significativas de tales categorías tienen relación con las propias necesidades del familiar resurgidas a partir de estos ejercicios, ante la falta de atención a sí mismo pretendiendo atender a la PEEM.

El espacio para estar en contacto consigo mismos, permitió a los familiares participantes sobre todo el ampliar la conciencia de su organismo a partir de sus sensaciones físicas, emocionales, conductas e interacciones, pues este es el primer paso para desarrollar actitudes facilitadoras.

Resultados del proceso grupal.

Se consideró el orden de los reportes de cambios de los familiares participantes de acuerdo al plan de intervención desde sus fases diseñadas previamente, es decir, desde sus objetivos parciales o particulares (ver: Cuadros 9, 10 y 11; apéndice 12, *figura 6*).

1. Fase de autoexploración. La mayoría de los familiares participantes en esta fase hicieron algún tipo de catarsis, además con frecuencia referían sentir bastante agrado por los ejercicios de autoexploración, sobre todo al tratarse de ejercicios de sensibilización corporal, pues en los de fantasía dirigida para tratar de empatizar con la PEEM, hubo personas como FP5, quien refirió que no sintió agrado de realizarlo, además de que le costó mucho trabajo.

También en esta fase se encontraron reportes de cambios en las tres dimensiones de las actitudes⁴⁴, aunque en el área afectiva es donde se presentan menos reportes. Sin embargo, en la presentación gráfica, la misma FP5 es quien tiene más presencia en esta y todas las fases: en sus reportes se nota muy comprometida, haciendo contacto con las sensaciones de su organismo y expresa que pretende ser muy honesta consigo misma, fue la que hizo punta en la catarsis al enfrentarse consigo misma, a quien siguieron FP3,

⁴⁴ Dimensiones de las actitudes: afectiva, cognoscitiva y referente a la conducta.

FP1, FP2 y FP6, al hacer contacto y liberarse principalmente de su coraje contenido.

Por su parte, FP9 tuvo expresión de llanto, en distintos momentos, sin embargo no llegó a tomar conciencia de su duelo no resuelto en el proceso de aceptación de la enfermedad, permaneciendo en la queja.

CUADRO: 9

RESULTADOS DE LA EVALUACION DEL PROCESO TERAPÉUTICO I			
DIMENSION DE LA ACTITUD POSITIVA	CATEGORIAS		SUBCATEGORIAS E INDICADORES
COGNOSCITIVA	FASE DEL PROCESO	DIRECCION DE LA ACTITUD	<u>PERCIBIRSE:</u> egoísta
	OBJETIVO I		<u>PERCIBIR:</u> un espacio de encuentro consigo mismos, de expresión, relajación, autodescubrimiento y compromiso. <u>HACER CONTACTO:</u> sensaciones del organismo
AFFECTIVA	autoexploración (AUT).	A Sí MISM@	<u>SORPRESA</u> - contenido del taller para sí mismos. <u>AGRADO por</u> ejercicios de sensibilización corporal <u>DESAGRADO por</u> ejercicio de fantasía dirigida
RELATIVA A LA CONDUCTA			<u>CATARSIS</u> Expresión de enojo, llanto <u>CONGRUENCIA:</u> ser honesta consigo misma
EXPRESION DE ACTITUD NEGATIVA			-Dificultad para ponerse en el lugar de la PEEM. -permanencia en la queja. (sólo un FP lo expresó)

Fuente: datos propios a partir del análisis de la información recabada de las bitácoras en los distintos procesos de la implementación de la propuesta, mayo, 2008.

2. *Resultados de la fase de exploración de otros factores.* Esta fase se caracterizó más por momentos de diálogo y reflexión grupal, en medio de la diversión. Esta fue una actividad autodirigida, la cual fue denominada: “Feria de Salud Mental”. En ella, se realizaron juegos de mesa como: lotería, oca, serpientes y escaleras, perinola, tiro al blanco, dominó, memoria, caracterizándose todos estos juegos por sus contenidos, a partir de dibujos y leyendas relacionados con los “factores del logro terapéutico”.

Lo importante de este ejercicio consistió en que cada participante al enfrentarse en el juego con una imagen o leyenda determinada, facilitaba su expresión del significado personal en la Interacción con la PEEM.

Así fue como algunos participantes por ejemplo FP1 hicieron analogías entre los juegos de mesa y lo que necesitaban hacer con la PEEM y su familia, FP3 reconoció la necesidad de incrementar la convivencia con la PEEM; FP7 confesó que también es una PEEM desde hace más de 10 años.

FP8 reconoció situaciones de dificultad en la familia para interactuar con la PEEM, proponiéndose realizar estos juegos en su casa.

Por su parte, FP9 seguía en la queja, pues refiere que desde que su hijo se enfermó, se ha enfrascado tanto en él que se ha olvidado de sí misma, al grado de aislarse: dejó de manejar, de salir a hacer ejercicio, de convivir con familiares, amigos y vecinos, dedicándose sólo a satisfacer necesidades y caprichos de la PEEM, incluyendo deseos delirantes de objetos extraños, situación que en este taller la orilla a tener: más inasistencias, menos ampliación de conciencia y más quejas y llantos que los demás familiares participantes.

CUADRO: 10

EVALUACION DEL PROCESO TERAPÉUTICO II			
DIMENSION DE LA ACTITUD POSITIVA	CATEGORIAS		SUBCATEGORIAS E INDICADORES
COGNOSCITIVA	FASE DEL PROCESO	DIRECCION DE LA ACTITUD	<u>SIGNIFICADO PERSONAL DE ESTA FASE:</u> analogías entre juego y experiencias Recrearse
	OBJETIVO II exploración de otros factores (HET)	A SÍ MISMO	<u>AMPLIACION DE CONCIENCIA:</u> Carencias emocionales afectan a la PEEM: negación, manipulación, ignorancia, falta de apoyo. necesidad de incrementar la convivencia con la PEEM Es un trabajo para toda la vida
AFECTIVA			
RELATIVA A LA CONDUCTA			<u>EXPRESIÓN LIBRE</u> de significado personal en la Interacción con la PEEM reflexiones confesiones <u>CONVIVENCIA</u> con la PEEM difícil aislamiento
Fuente: datos propios a partir del análisis de la información recabada de las bitácoras en los distintos procesos de la implementación de la propuesta, mayo, 2008.			

3. Resultados de la fase de habilidades en la interacción, Esta etapa fue esencialmente práctica, sin embargo dio pie para la ampliación de conciencia en los familiares participantes acerca de la importancia de las actitudes en las interacciones. La ampliación de conciencia se manifestó más que la misma práctica en esta fase. La mayoría de familiares participantes reportaron sorpresa o agrado al ejercitar la observación y la empatía partiendo de la comunicación no verbal con las PEEM usuarias del hospital ajenas a su familia, haciéndose propósitos de realizar un diálogo así con su familiar. FP2 verbalizó

que la desconcertó la retroalimentación de sus compañeros, pues ella se percibía diferente, sin embargo en sus reportes, refiere cambios en su interacción con la PEEM, del mismo modo que FP1, FP8, FP7 y FP5.

CUADRO: 11

EVALUACION DE PROCESOS III			
DIMENSION DE LA ACTITUD POSITIVA	CATEGORIAS		SUBCATEGORIAS E INDICADORES
COGNOSCITIVA	FASE DEL PROCESO	DIRECCION DE LA ACTITUD	<p><u>A LA PEEM:</u></p> <p><i>escuchar</i> más allá de las palabras</p> <p><i>observar</i> el lenguaje corporal más allá del comportamiento y expresiones corporales</p> <p><u>IMPORTANCIA EN INTERACCIONES</u></p> <p><i>atención</i> <i>observación</i> <i>comprensión</i> <i>empatía</i></p> <p><u>PROPÓSITOS</u> diálogo facilitador con la PEEM</p>
	<p>OBJETIVO III</p> <p><i>Acción con Actitudes Facilitadoras (HAI).</i></p>		
AFFECTIVA			<p><u>DESCONCIERTO</u></p> <p>Ante:</p> <p>retroalimentación del grupo acerca de sus habilidades de interacción por autoperibirse diferente.</p>
RELATIVA A LA CONDUCTA			<p><u>CAMBIOS</u></p> <p>en la interacción con la PEEM,</p>
<p><i>Fuente: datos propios a partir del análisis de la información recabada de las bitácoras en los distintos procesos de la implementación de la propuesta, mayo, 2008.</i></p>			

4. *Resultados del ambiente del grupo:* la interacción entre los participantes del grupo, incluida la facilitadora, fue tendiente a la confianza, libertad, respeto,

espontaneidad, donde todos los participantes participaron con todo su organismo: a nivel cognitivo, motriz, emocional; verbalizaron sus experiencias, comprensión, observaciones y sugerencias. Vivenciaron la confianza a tal grado, que así lo expresaron en el reporte grupal:

“Hemos aprendido que más que amigos, somos una familia, ya que tenemos mucho en común; ya no nos cuesta trabajo expresar lo que sentimos, debido a la confianza que nos tenemos; en los ejercicios, hubo quienes quisimos cambiar lo que en la realidad no podemos y ahora nos damos cuenta que necesitamos empezar por dentro” (ver: *apéndice 13*).

Resultados del impacto de la intervención.

Dado que este tipo de evaluación considera los efectos más allá del objetivo de la presente intervención, se consideraron como estrategias: por un lado el análisis de los expedientes de cada una de las PEEM, con el fin de detectar si hubo variaciones en el índice de recaídas en un período de seis meses antes y seis meses después de la aplicación de este taller, encontrándose solamente recaídas en el familiar de FP1 y de FP9, el primero tuvo una recaída debido al estrés que le ocasionó un conflicto con la familia extensa, (no la nuclear con quien vive) además de que sufrió un accidente; y de FP9 es el hijo que la manipula y ella se siente atrapada, con culpa miedo y coraje, encontrándose tres reingresos por intento suicida.

En relación a los cambios reportados, existe un diario y una entrevista grabada de la PEEM familiar de FP1, donde reporta ella misma que la armonía familiar apareció cuando su esposa empezó a asistir a este curso, además refiere que se siente más querido y comprendido que nunca; en el video de cierre final del curso, FP2 refiere que a partir de este taller, su PEEM, le dio una bolsa de bombones en navidad, detalle que nunca antes había tenido; FP5 en diciembre perdió a su PEEM a causa de un infarto, sin embargo siguió

asistiendo al curso, pues considera que su actitud frente a este acontecimiento le facilitó enfrentarlo con entereza; FP1 refiere que cuando su PEEM se accidentó adquiriendo quemaduras de segundo grado, su “actitud fue diferente a todas las veces anteriores gracias a este taller” (sic) y pregunta cuando habrá otro.

Al final del taller, se pudo hacer un análisis comparativo de la presencia total en las bitácoras de actitudes obstaculizadoras y facilitadoras (ver: *Apéndice 12, figura 8*).



Tomando en consideración el objetivo general de este proyecto de investigación aplicada, se pudo confirmar que:

1. los familiares de PEEM participantes presentaron en mayor o menor grado actitudes obstaculizadoras, aún teniendo conocimientos acerca de la enfermedad, lo que indica que aunque existan conocimientos, éstos no necesariamente se convertirán en un pleno trato humano, aunque sí constituyen un aspecto elemental en todo proceso de cambio.
2. la optimización de las interacciones con PEEM sí reporta mejoría en su padecimiento, en la armonía familiar y en la manera de percibirse y actuar (según lo reporta PEEM de FP1).
3. La modificación más reportada fue la ampliación de conciencia, la cual ayudó a los familiares participantes a enfrentarse consigo mismos y a realizar algunos ajustes en la autopercepción, la percepción de PEEM e incluso de la familia.
4. La ampliación de la conciencia acerca de la experiencia del familiar con PEEM, le facilita la congruencia consigo mismo, teniendo así mayores posibilidades de mostrar actitudes facilitadoras hacia PEEM.
5. La autoexploración iniciada a partir del propio organismo, facilita la ampliación de la conciencia de sí mismo, la sabiduría orgánica y la comunicación no verbal, procesos vitales en toda interacción, pero de manera especial en la interacción con la PEEM, donde la observación y la intuición, además del conocimiento, se convierten en las herramientas cotidianas que se reflejan en actitudes facilitadoras para la rehabilitación de la PEEM.

6. Hubo bastantes propósitos, planes a futuro, sin embargo, hace falta hacer seguimiento y continuar con el entrenamiento permanente en las actitudes facilitadoras para la interacción.

Se pudo confirmar que los procesos propuestos por Rogers para desarrollar actitudes facilitadoras, tales como: observación, atención, escucha, responder y personalizar, iniciados con la experiencia de autoexploración, comprensión, contratos y acción, han sido identificados por los familiares participantes, pero lo más importante ha sido que ya existen bases en estas personas para seguir actualizando la conciencia de su experiencia y practicando éstas habilidades actitudinales en sus interacciones, ya que es una tarea de por vida, la cual que requiere una autoevaluación constante para detectar si sus actitudes son congruentes o incongruentes, si obedecen al organismo y su tendencia natural al desarrollo o a los mandatos sociales dirigidos por la valoración condicional, que auto-limitan y anclan al estigma social acerca de la enfermedad mental, deshumanizando al familiar.

Lo procesos que se dieron coinciden con los propuestos en la teoría, como se puede ver en el *cuadro 13*.

CUADRO: 13

Comparación entre resultados de la intervención y aspectos teóricos

FAMILIARES PARTICIPANTES	TEORIA
Ampliaron conciencia de sí mismos	organismo: tendencia a coincidir entre total experiencia y conciencia
Establecieron en grupo el respeto y confianza	Ambiente propicio: confianza facilita la congruencia entre: Contenidos-experiencia
Reconocieron aspectos negativos y positivos de su interacción con PEEM	Congruencia: Percepciones subjetivas de todo tipo y totalidad de la experiencia

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS



CONCLUSIONES

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

La persona con experiencia de enfermedad mental y su familiar se encuentran atrapados entre los mandatos sociales de marginación y la reacción natural de su organismo, a las tendencias naturales para el desarrollo de sus potencialidades.

Una vez realizada la presente propuesta de intervención psicológica desde el enfoque humanista, se puede concluir que independientemente del enfoque empleado, la verdad es que la familia de la PEEM se enfrenta no sólo a una simple enfermedad, sino a una situación compleja desde el punto de vista psicológico, social, en la que a pesar de los siglos sigue manifestándose el estigma que obstaculiza el desarrollo pleno de la PEEM y de su familia.

Este proyecto fue una alternativa para devolverle a la PEEM su dignidad tan negada históricamente, reconsiderando su necesidad y derecho a la interacción. Se hizo a través del desarrollo de las actitudes facilitadoras del familiar en las relaciones interpersonales con la PEEM, en un proceso que comprendió la autoexploración, comprensión y análisis de significados personales, planteamiento de metas y ejercicio de las actitudes facilitadoras en la interacción, rodeado de un clima de confianza. Todo esto para impactar en la disminución de recaídas y la calidad de vida de la PEEM y el mismo familiar.

Durante la intervención, se reprodujeron procesos similares a los descritos en la teoría: los criterios personales de logro presentaron en varios casos quejas relacionadas con las formas rígidas en las que se habituaron a interactuar desde que apareció la enfermedad en su familiar, la ampliación de la conciencia fue dando pié para que la experiencia se asimilara. La comprensión de los factores del logro terapéutico por medio del análisis a través del juego ayudaron a resignificar la experiencia, disminuyendo sensaciones de culpa y reformulando su compromiso de interactuar de una manera específica y concreta, considerando sus propios recursos y los de la PEEM (Ver: reportes de las bitácoras).

Los procesos antes mencionados repercutieron en cambios de actitudes del familiar hacia sí mismo, hacia la PEEM, mejora en la convivencia familiar, así como en las actitudes y aparición de nuevas conductas de la PEEM.

En la evaluación de impacto, se registró un 22 % de las PEEM con una o dos recaídas, sin embargo los familiares participantes involucrados en estos casos, refieren haber enfrentado de manera más positiva la situación a raíz de su participación en el taller.

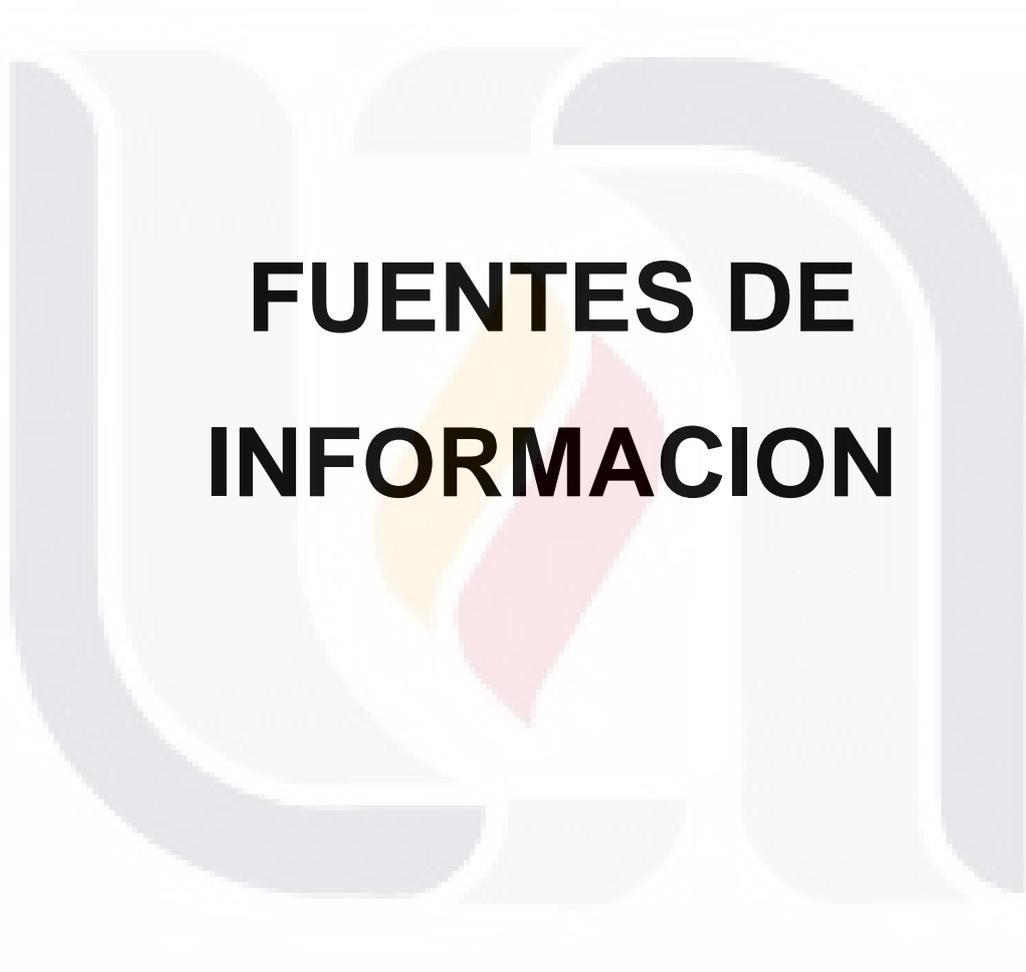
Todo lo anterior teóricamente indica que de acuerdo con el humanismo, las actitudes tienen un poder natural en las relaciones interpersonales, pues son potencialmente humanizantes, rehabilitadoras a nivel orgánico y emocional.

Pero existe un requisito previo: de acuerdo con Rogers y las reafirmaciones de Carkhuff, se requiere pasar por un proceso de Autoexploración, comprensión, ampliación de conciencia tendiente a la simbolización de la totalidad de la experiencia, lo que significa mayor congruencia, atender a la sabiduría natural del organismo. De este modo el familiar tendrá más facilidad para habilitarse en el ejercicio de observación, empatía, consideración positiva.

Por lo anterior, el familiar dispuesto a ejercer sus actitudes facilitadoras requiere una autoevaluación constante en el aquí y el ahora para detectar si en sus interacciones las actitudes son congruentes o incongruentes, si obedecen a mandatos sociales dirigidos por la valoración condicional (que auto-limitan y anclan al estigma social acerca de la enfermedad mental) o a su organismo y la tendencia natural al desarrollo.

Solo así le devolveremos al familiar su derecho a vivir de una manera congruente, y a la PEEM su dignidad y derecho a relacionarse para el desarrollo de sus potencialidades.

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS



TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

FUENTES DE INFORMACION

- Aguilar, F. (2003). El cerebro fue construido para cambiar. En *Plasticidad y Restauración Neurológica*, julio-diciembre pp. 95-96.
- Benítez, E., Chávez, E. & Ontiveros, M. (2005). Crianza y Esquizofrenia. En *Salud Mental (México)*, 28, 2, pp. 59-71.
- Berger, M. (1979). *Cómo trabajar con pacientes. Guía para tratar a las personas que llamamos enfermos mentales*. México: Concepto.
- Bertalanffy, L. (1989). *Teoría general de los sistemas. Fundamentos, desarrollo, aplicaciones*. 1ª Ed., 7ª reimp. México: FCE.
- Bonfenbrenner, U. (1987). *La ecología del desarrollo humano*. España: Paidós.
- Bornas, X. (1998). *La autonomía personal en la infancia. Estrategias cognitivas y pautas para su desarrollo*. México: Siglo XXI editores.
- Brites, M. & Müller, M. (1990). *Un lugar para jugar. El espacio imaginario*. Buenos Aires: Editorial Bonum.
- Buber, M. (1949). *¿Qué es el hombre?* México: Breviarios FCE.
- Burland, J. (2002). *“De familia a familia” programa educativo*. (5ª edición). Estados Unidos: National Alliance for the Mentally III.
- Burland, J. (2002). *Lo que duele / lo que ayuda. Apoyos que las familias necesitan recibir de los profesionales de la salud mental*. (5ª edición). Estados Unidos: National Alliance for the Mentally III.
- Calderón, G. (1997). *Esa agonía llamada locura. Historia de la psiquiatría*. (3ª edición). México: Edamex.
- Ceberio, M. & Linares J. (2000). *Locura, marginación y libertad. Un análisis crítico del enfermo mental y el manicomio, su segregación social y la posibilidad de cambio*. Argentina: ecua (ediciones universitarias argentinas).

Colom, F. Comes F. (2002). *“Grupos psicoeducativos” Programa de trastornos bipolares*. España IDIBASPS.

Coreth, E. (1982). *¿Qué es el Hombre?* Barcelona: Herder.

Díaz, C. (2006). *Diez palabras clave para educar en valores*. España: Sinergia.

Egan, G. (1995). *El orientador experto: un modelo para la ayuda sistemática y la relación interpersonal. Manual de entrenamiento*. México: Grupo Editorial Iberoamérica.

Frankl, V. (2003). *Psicoterapia y Humanismo*. México: FCE.

Fromm, E. (1976). *Psicoanálisis de la sociedad contemporánea*. México: FCE.

García, M. (2008). *Antes de todos los partidos*. México: Icela M. Mejía López (editora).

Garnica, R. (1998). *Esquizofrenia. Guía para los familiares del paciente*. México: Editorial Piensa, S. A. de C. V.

Ginger, S. (2005). *Gestalt. El arte del contacto*. España: Océano.

Giordani, B. (1997). *La relación de ayuda: de Rogers a Carkhuff*. Bilbao. Desclée de Brouwer.

Goerg, D., Fischer, W., Zbinden, E. & Guimón, J. (2005). Actitudes públicas hacia situaciones desviadas de la vida diaria. *En ASMR Revista Internacional On-Line (Bilbao, España)*, 1, 4, pp. 1-14.

Hoffman, L. (1987). *Fundamentos de Terapia Familiar. Un marco conceptual para el cambio de sistemas*. México, D. F.: Fondo de Cultura Económica.

Hospital de Psiquiatría “Dr. Gustavo León Mojica García” (2003). *Atención a familias: reporte anual de actividades*: Instituto de Salud de Aguascalientes.

Hospital de Psiquiatría “Dr. Gustavo León Mojica García” (2005). *Programa de atención a familias*: Instituto de Salud de Aguascalientes.

Hospital de Psiquiatría “Dr. Gustavo León Mojica García” (2008). *Reporte estadístico 2006-2007*: Instituto de Salud de Aguascalientes.

Kepner, J. (2000). *Proceso corporal. Un enfoque Gestalt para el trabajo corporal en psicoterapia*. 1ª. Ed., reimp. México: El Manual Moderno.

Kuipers, E., Leff, J. & Lam, D. (2004). *Esquizofrenia. Guía práctica de trabajo con las familias*. España: Paidós

Lafarga, C.J. & Gómez del Campo. J. (1990). *Desarrollo del potencial humano: aportaciones de una psicología humanista*. México: Trillas

Le Boulch, J. (1991). *La educación psicomotriz en la escuela primaria. La psicokinética en la edad escolar*. España: Paidós.

Macías, L. (1982). *La depresión nerviosa no psicótica y su relación con el autoritarismo*. México: Universidad Autónoma de Aguascalientes.

Microsoft® Student 2008 [DVD]. Microsoft Corporation, 2007. Microsoft® Encarta® 2008. © 1993-2007 Microsoft Corporation.

Moreno, S. (1979). *La educación centrada en la persona*. México: El Manual Moderno.

Moos, H, Moss, b & Trickett, E. (1995). *Escala de clima social familiar*. 4ª Ed. Madrid: TEA. Publicaciones de psicología aplicada.

Norma Oficial Mexicana Para la Prestación de Servicios de Salud en Unidades de Atención Integral Médico-Psiquiátrica, NOM-0025-SSA2-1994.

Ochoa, I. (1995). *Enfoques en terapia familiar sistémica*. Barcelona: Herder.

Organización Mundial de la Salud. Ginebra. (1996). *Décima revisión de la clasificación internacional de las enfermedades, Capítulo V. Pautas diagnósticas y de actuación ante los trastornos mentales en Atención Primaria (CIE-10-AP)*. Madrid: Meditor.

- Palacios, P & Rodríguez, C. (2006, septiembre). *I. Procesos de desarrollo psicológico en la niñez y la adolescencia. Los símbolos en los contextos de interacción triádica*. Ponencia presentada en el Primer Congreso Internacional de Psicología del Desarrollo. Primer encuentro de egresados de la Universidad Autónoma de Aguascalientes, Aguascalientes, México.
- Perlick, D., Rosenheck, R., Miklowitz, D., Chessick, Ch., Wolff, N., Kaczynski, R., Ostacher, M., Patel, J., Desai, R. & STEP-BD Family Experience Collaborative Study Group (2008). Prevalencias y correlaciones de la carga de los cuidadores de pacientes con trastorno bipolar incluidos en el Systematic Treatment Enhancement Program for Bipolar Disorder. *En Bipolar Disorders an International Journal of Psychiatry and neurosciences. Selección de artículos. Edición para Latinoamérica. The Official Journal of The International society for Bipolar Disorders*, 6,3 pp.134-145.
- Quiroz, A. (2004). *Actitudes y representaciones. Temas actuales en Psicología Social*. Puebla., México: Benemérita Universidad Autónoma de Puebla.
- Reboloso & Moya (1994). *Psicología Social*. México: Trillas.
- Rizzolatti, G. & Corrado, S. (2006). *Las neuronas espejo. Los mecanismos de la empatía emocional*. Barcelona, España: Paidós.
- Rogers, C. (1981). *El proceso de convertirse en persona*. México: Paidós.
- Rogers, C. (1981). *Psicoterapia centrada en el cliente*. Argentina: Paidós.
- Rogers, C. (1982, 2002). *“Terapia, personalidad y relaciones interpersonales”*. Argentina: Nueva Visión.
- Scola, A. (1999). *¿Qué es la vida? La bioética a debate*. Madrid: Encuentro Ediciones.
- Scheler, M. (1979). *El puesto del Hombre en el cosmos*. México: Siglo XXI.

Secretaría de Salud, Coordinación de Salud Mental, Fundación Mexicana para la Rehabilitación del Enfermo Mental (2000). *Tercer modelo de atención en salud mental, modelo general*. México D.F.: Coordinación de Salud Mental.

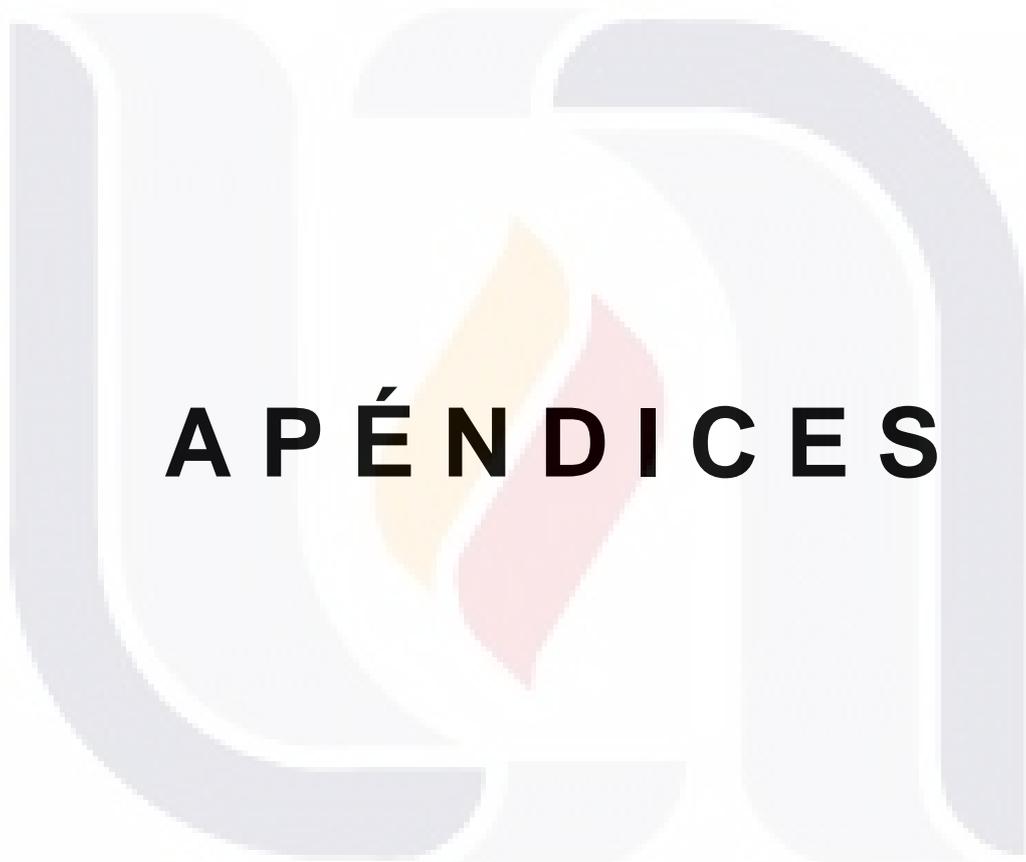
Solomon, P. & Patch, V. D. (1976). *Manual de Psiquiatría*. México: Manual Moderno.

Troncoso, M. & Repetto M. (1997). *Currículum centrado en la persona. El milagro de creer en las capacidades del niño*. Santiago-Chile: Ediciones perspectivas de nuestro tiempo del Colegio "The Angel's School".

Varela, B. (1999). Evaluación de Conocimientos en Familiares de Pacientes Psiquiátricos: un estudio piloto. *Psiquis (México)*, 8,1, 1-8.



TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS



APÉNDICES

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

APÉNDICE
No.

FASE:

DESCRIPCION DE LA SITUACION

- | | | |
|----|--|-----|
| 1. | Análisis de expedientes | 114 |
| 2. | Análisis de listas de asistencia de familiares a las sesiones psicoeducativas. | 115 |
| 3. | Técnica: Entrevista dirigida a Informantes clave del Hospital de psiquiatría “Dr. Gustavo León Mojica García”. | 116 |

- | | | |
|----|--|-----|
| 4. | Técnica: Sondeo Grupal dirigido a los familiares asistentes a sesiones del hospital. | 117 |
|----|--|-----|

- | | | |
|----|--|-----|
| 5. | <i>Detección de actitudes del familiar hacia la PEEM</i> | 118 |
|----|--|-----|

FASE:

DISEÑO DE LA PROPUESTA DE INTERVENCION

- | | | |
|----|-------------------------------------|-----|
| 6. | Cronodosisación de la intervención. | 122 |
|----|-------------------------------------|-----|

FASE:

INTERVENCION PSICOLOGICA.

- | | | |
|----|--|-----|
| 7. | Cuestionario para medir actitudes del familiar hacia la persona con enfermedad mental. | 142 |
|----|--|-----|

- | | | |
|----|-----------------------------------|-----|
| 8. | Manual del Familiar participante. | 146 |
|----|-----------------------------------|-----|

- | | | |
|----|---|-----|
| 9. | Autoevaluación:
Escala de apreciación personal en el desarrollo de actitudes del familiar de PEEM. | 172 |
|----|---|-----|

FASE:

INFORME DE RESULTADOS.

- | | | |
|-----|--|-----|
| 10. | Productos logrados durante la intervención psicológica | 177 |
|-----|--|-----|

- | | | |
|-----|---------------------------------------|-----|
| 11. | Resultados de la autoevaluación final | 180 |
|-----|---------------------------------------|-----|

- | | | |
|-----|--|-----|
| 12. | Gráficas de resultados de la evaluación cualitativa. | 183 |
|-----|--|-----|

- | | | |
|-----|---|-----|
| 13. | Reporte grupal de la confianza generada en el grupo | 185 |
|-----|---|-----|

APENDICE: 1

Técnica: Análisis de expedientes de usuarios del Hospital de Psiquiatría

Objetivo: Detectar el número de reingresos de enero a diciembre de 2006

RESULTADOS:

MES	INGRESOS	REINGRESOS	%
Enero	75	24	32
Febrero	82	26	32
Marzo	65	17	26
Abril	77	16	21
Mayo	90	20	22
Junio	76	20	26
Julio	78	23	29
Agosto	70	21	30
Septiembre	75	17	23
Octubre	87	17	20
Noviembre	78	20	26
Diciembre	60	12	20

Fuente: Estadísticas del archivo del hospital de psiquiatría
 “Dr Gustavo León Mojica García”.
 Aguascalientes, Ags., enero del 2007

APENDICE: 2

Técnica: Análisis de las listas de asistencia de familiares de las PEEM a las sesiones de psicoeducación.

Objetivo:

Detectar del grupo de familiares que acuden al hospital, el tipo de parentesco con la persona que padece la enfermedad mental.

RESULTADOS:

Parentesco con la PEEM:	Asistencia (sesiones de atención familiar: Jul. 2001-jul. 2006)	
	familiares registrados: Total: 831	
FAMILIARES DIRECTOS:	<i>Cantidad :</i>	<i>Núm. %</i>
madre	219	26
padre	78	9
Hija	51	6
hijo	38	5
Hermana	141	17
Hermano	81	10
esposa	39	5
Esposo	30	4
SUBTOTAL:	677	82%
FAMILIARES INDIRECTOS:	<i>cantidad</i>	<i>Núm. %</i>
abuelos y abuelas	18	2
tías o tíos	33	4
Otros (padraastro, cuñado, Suegra, nuera, primos, concuños, etc.):	103	12
SUBTOTAL:	154	18%.
TOTAL:	831	100%

APENDICE: 3

Técnica: Entrevista dirigida a Informantes clave del Hospital de psiquiatría
 “Dr. Gustavo León Mojica García”.

Objetivo: Detectar cuál es la prioridad o necesidad de atender a las familias de usuarios

Resultados: (Ver cuadro anexo)

TECNICA: ENTREVISTA	OBJETIVO	DATOS RELEVANTES
INFORMANTES CLAVE DEL HOSPITAL	OBJETIVO	RESULTADOS.
director del hospital.	Detectar cuál es la prioridad o necesidad de atender a las familias de usuarios	índice alarmante de <u>recaídas</u> en las personas tratadas (repercusión económica, social, familiar). -debido a: la suspensión del tratamiento farmacológico, la inconstancia para acudir a las citas de control del padecimiento o a las situaciones de estrés familiar. -que las familias desarrollen conocimientos y habilidades para que colaboren en la rehabilitación de su familiar.
trabajadora social.		-Las familias cumplen por compromiso; - falta apoyo de otros miembros de la familia; -tendencia a abandonar al paciente - RECAIDAS
encargado de archivo		-RECAIDAS
psiquiatras de consulta externa y urgencias		-Condiciones propias del padecimiento; -estrés o conflictos familiares; -Abandono del tratamiento

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

APENDICE: 4

Técnica: Sondeo Grupal

Dirigido a:

Familiares de la PEEM asistentes a sesiones de psicoeducación

Objetivo:

Detectar motivo de su asistencia:

¿Consideran o no la necesidad de conocer más acerca de la enfermedad?

¿Cuál es la razón principal que le hace asistir a las sesiones de psicoeducación?

Técnica: Sondeo grupal II

Dirigido a:

Familiares de la PEEM asistentes a sesiones de psicoeducación

Objetivo:

Identificar indicadores de cada componente de actitudes en torno a la PEEM.

I Instrucciones: Favor de escribir lo que a continuación se le pide.

1. Tres situaciones estresantes por la enfermedad mental de mi familiar.
2. tres miedos relacionados con la enfermedad mental de mi familiar.
3. Las tres peores creencias de mis familiares o conocidos acerca de la enfermedad mental.
4. Los tres principales problemas familiares para lograr mantener el padecimiento bajo control:
5. La idea más equivocada que llegué a tener acerca de la enfermedad mental, según ideas que escuchaba mucho antes de que mi familiar se enfermara.

APENDICE: 5

Resultados: Detección de actitudes del familiar hacia la PEEM

CUADRO A: CUESTIONARIO DE PREGUNTAS ABIERTAS AUTOAPLICADO				
TECNICA O INSTRUMENTO (A: Familiares Participantes)	OBJETIVO	RESULTADOS: (Componentes de las actitudes del familiar)		
		COGNOSCITIVO	APECTIVO	RELATIVO A LA CONDUCTA
Cuestionario de preguntas abiertas autoaplicado	Identificar indicadores de actitudes familiares hacia PEEM: prejuicios, dudas, reacciones emocionales específicas, acciones y sus efectos en torno a la enfermedad mental.	<p><i>a) <u>Prejuicios acerca de PEEM:</u></i></p> <p>-se enferma cuando le conviene, es chantaje; él se lo busca; es flojo; es un signo de retraso mental; nunca va a cambiar; está embrujado; merece desconfianza y rechazo.</p> <p>- es una persona peligrosa; que inspira compasión y miedo; busca llamar la atención; es gente difícil.</p> <p><i>b) <u>Conocimientos acerca de la enfermedad:</u></i></p> <p>42%: es un daño en el cerebro. 29%: es efecto de una impresión ó, susto. 29%: es consecuencia de lesiones por drogas o por accidentes.</p> <p>- información vaga acerca del trastorno mental, por ejemplo: implicaciones, importancia de la dinámica familiar y formas de afrontamiento ante conductas de PEEM.</p>	<p><i>a) <u>Impacto familiar:</u></i></p> <p>1. <i>tensión emocional:</i></p> <p>al observar o imaginar situaciones en PEEM, tales como: Nula aceptación del medicamento. Conductas no asertivas ó de manipulación.</p> <p>Nula Advertencia de enfermedad.</p> <p>Incumplimiento de reglas</p> <p>Aislamiento.</p> <p>Deterioro y cronicidad.</p> <p>Rechazo por parte de la familia</p> <p>2. <i>miedos :</i></p> <p><i><u>En relación a sí mismo (familiar):</u></i></p> <p>-fallecimiento del familiar cuidador -equivocarse -dejar solo a PEEM por tiempo prolongado</p> <p><i><u>En relación a PEEM:</u></i></p> <p>-recaída -extravío -suicidio -ataques a terceros</p> <p>3. <i>desgastes</i> 4. <i>resentimientos</i> 5. <i>dolor</i></p>	<p><i>a) <u>Conductas del familiar con PEEM:</u></i></p> <p>-Dificultad en estrategias para administración de medicamentos</p> <p>-Tratos contradictorios: extrema exigencia o sobreprotección.</p> <p>-Dificultad para afrontar conductas violentas.</p> <p><i>b) <u>Efectos de las acciones:</u></i></p> <p>-Dificultad en la libre expresión, cuidando cualquier comentario por temor a las posibles reacciones de PEEM.</p> <p>-Luchas de poder con PEEM</p> <p>-Resurgimiento de otros conflictos familiares</p>

Cuadro B: sondeo Grupal

TECNICA O INSTRUMENTO	OBJETIVO	RESULTADOS: (COMPONENTES DE LAS ACTITUDES)		
		COGNOSCITIVO	AFECTIVO	RELATIVO A LA CONDUCTA
<i>Aplicado a un total de 10 personas.</i>				
SONDEO GRUPAL I	Identificar en los familiares el nivel mínimo de conocimientos, reacciones emocionales específicas, acciones y sus consecuencias en torno a la enfermedad mental.	<p>45%: "la enfermedad mental es un trastorno relacionado con el funcionamiento del cerebro, con repercusiones en el funcionamiento integral y en la dinámica familiar"</p> <p>45%: sin advertencia, sólo hablan de sus sentimientos.</p> <p>10%: "PEEM no funciona"</p>	<p>100%: sentimientos desagradables ante PEEM:</p> <p>Impotencia depresión "mucho dolor" cansancio sobrecarga enojo compasión Culpa Frustración intranquilidad miedo</p>	<p>70%: solicita atención médica</p> <p>27%: pide apoyo a la familia</p> <p>18%: habla con PEEM</p> <p>27%: Atiende necesidades básicas de PEEM</p> <p>45%: Realiza actividades de socialización</p> <p>45%: Fomenta la autonomía:</p> <p>45%: Muestra actitudes positivas</p> <p>9%: no sabe qué hacer.</p> <p>27%: evita a PEEM</p> <p>18%: Muestra actitudes negativas.</p>

Cuadro C: sondeo grupal II

TECNICA O INSTRUMENTO (APLICADO A 10 PERSONAS)	OBJETIVO	RESULTADOS: (COMPONENTES DE LAS ACTITUDES)		
		COGNOSCITIVO	AFECTIVO	RELATIVO A LA CONDUCTA
SONDEO GRUPAL II	Identificar en los familiares el nivel mínimo de conocimientos, reacciones emocionales específicas, acciones y sus consecuencias en torno a la enfermedad mental.	<p>Situaciones <i>consideradas</i> como las más difíciles y estresantes para el familiar:</p> <p><i>Que PEEM manifieste:</i></p> <p>Falta de juicio</p> <p>Ideas y sentimientos de que están en su contra, que no es querido ni comprendido.</p> <p>Estado de ánimo cambiante</p> <p>Manipulación</p> <p>rechazo de reglas</p> <p>conducta violenta</p> <p>Aislamiento</p> <p>Descuidos en su integridad física</p> <p>Suspensión de sus medicamentos.</p>	<p>Desánimo ó desaliento: 100%</p> <p>pensamientos negativos de sí mismo: 100%</p> <p>Distracción: 100%</p> <p>Sensación de desamparo ó fragilidad: 80%</p> <p>Frustración: 80%</p> <p>Intranquilidad, nerviosismo o culpa: 80%.</p>	

Cuadro D: Escala de Clima Social Familiar

Instrumento: Escala de Clima Social (Familiar)

Resultados: Se aplicó a un total de siete personas, detectándose los siguientes resultados: Puntuaciones por debajo de la media en las siguientes subescalas: *Organización:* Tiene que ver con “Estabilidad”, la cual se refiere a la “Importancia que le dan a una clara organización y estructuración al planificar las actividades, responsabilidades de la familia” (Moos, Moss, & Trickett, 1995, p. 8), donde un 50% de los familiares obtuvo 30 puntos; *Actuación:* tiene que ver con “Desarrollo” y se refiere al “grado en que los miembros de la familia están seguros de sí mismos, son autosuficientes y toman sus propias decisiones” (Moos, 1995, p. 8), donde un 66% del total de familias obtuvo 50 puntos; *Cohesión:* Se refiere a “Relaciones” y, de acuerdo con la Escala de Moos, implica “el grado en que los miembros de la familia están compenetrados y se ayudan y apoyan entre sí”. Donde un 28% del total de familias obtuvo 40 puntos. En promedio, el grupo de familias muestra bajas puntuaciones típicas en:

Promedio grupal de puntuaciones típicas:

INDICADORES	%
Cohesión:	47.4
Intelectual-cultural:	47.5
Expresividad:	50.1
Social-recreativo:	46.2
Autonomía:	48.4
Organización:	40.2
Actuación:	47.8

De lo anterior, se puede deducir que los familiares de la PEEM perciben en sus familias dificultades en cuanto a: la organización y estructuración al planificar actividades y responsabilidades de la familia; desinterés en actividades políticas, intelectuales, culturales, sociales y recreativas; falta de apoyo entre los miembros de la familia; falta de seguridad, indecisión y dependencia entre los miembros de la familia.

APENDICE: 6

CRONODOSIFICACIÓN DE LA INTERVENCIÓN

Objetivo particular: 1

SESIÓN TERAPÉUTICA : 1

Objetivos específicos:

Durante la sesión, los familiares participantes:

- 1.1. Evidenciarán sus necesidades terapéuticas en torno a las actitudes en la interacción con la PEEM, mediante la evaluación diagnóstica.

ACTIVIDADES DE LA SESIÓN: 1.

TERAPEUTA HUMANISTA	FAMILIARES PARTICIPANTES
<p>INICIO: -Dar la bienvenida</p> <p>DESARROLLO: -Presentación y descripción del taller, -Presentación del cuestionario para la evaluación diagnóstica (ver: apéndice 7)</p> <p>CIERRE: -Solicitar la lectura, análisis y propuestas para el contrato terapéutico.</p>	<p>INICIO: -Prestar atención</p> <p>DESARROLLO: -Atender a la exposición e instrucciones dadas. -Resolución del cuestionario.</p> <p>CIERRE: -Realizar lectura, sugerencias, acuerdos y Firma de contrato terapéutico</p>
<p><i>Técnicas clínicas:</i> rapport, contrato terapéutico, evaluación diagnóstica.</p>	

TIEMPO DE REALIZACIÓN: 3 HORAS

Evaluación de la sesión:

Se espera como parámetro de logro:
El cuestionario de actitudes contestado por cada uno de los familiares participantes.
Contrato terapéutico grupal, acordado y firmado por cada uno de los familiares participantes.

SESIÓN TERAPÉUTICA: 2

Objetivos específicos:

Durante la sesión, los familiares participantes:

- 1.2. Manifestarán estilos convencionales y creativos para presentarse ante el grupo haciendo uso del contacto físico.
- 1.3 identificarán sus criterios personales de logro para este taller, en relación al significado propio de la vivencia con la PEEM y la auto-percepción de sus necesidades "aquí y ahora".
- 1.4 comprenderán su estado de ánimo y disposición personal mediante la autoexploración de su mundo perceptual y el campo de su experiencia.
- 1.5 Cooperarán para consolidar la confianza, apoyándose en la experiencia de las relaciones interpersonales generadas en el grupo terapéutico.

ACTIVIDADES DE LA SESIÓN 2:

TERAPEUTA HUMANISTA	FAMILIARES PARTICIPANTES
<p>INICIO:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Dar la bienvenida (con intercambio de abrazos). - Dar instrucción para la presentación entre los participantes (con la nariz, los codos, la rodilla, la cadera, etc.) - Solicitar la descripción personal de los criterios de logro de cada participante -Inducir al tema con una analogía entre los desastres naturales y la enfermedad mental <p>DESARROLLO.</p> <ul style="list-style-type: none"> -Inducir ejercicio de relajación <p>CIERRE:</p> <ul style="list-style-type: none"> -pedir que expresen su experiencia, sus aprendizajes y su compromiso. <p>Pedir conclusiones a c/u</p> <p>¿De qué te das cuenta?</p> <p>¿Qué vas a hacer?</p> <p>¿Cómo, cuándo y dónde?</p>	<p>INICIO:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Presentarse entre ellos (con la nariz, los codos, la rodilla, la cadera, etc.). -cada familiar participante deberá describir por escrito los cambios que espera y la forma como quiere verlos en sí mismo(a), de manera palpable al concluir el presente taller. -Describir las acciones comunes ante los fenómenos llamados desastres naturales. -Describir acciones comunes ante la enfermedad mental que son similares a las acciones antes mencionadas ante los desastres naturales <p>DESARROLLO.</p> <ul style="list-style-type: none"> -Seguir instrucciones para la relajación <p>CIERRE:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Expresar su experiencia, sus aprendizajes y su compromiso, conclusiones, contestando a las preguntas anteriores. <p>Anotar lo expresado en el manual de actividades, en el apartado correspondiente a este tema.</p>
<p><u>Técnicas clínicas:</u> contacto corporal, autoevaluación diagnóstica, analogía, sensibilización de la experiencia corporal: relajación y simbolización de la experiencia, atención psicológica: escucha, reflejo y personalizar; autoevaluación de logros.</p>	

Tiempo de realización: 3 horas.

Evaluación de la sesión:

Se esperan como parámetros de logro:

El uso de contacto físico entre los familiares participantes para presentarse entre sí, valiéndose del uso creativo de su cuerpo, en un clima de respeto y confianza.

Documentos escritos de todos los familiares participantes en el grupo, cada uno con un listado individual de por lo menos tres “Criterios de Logro” para este taller y la forma como quiere verlos en sí mismo (Ver: fase II, Ejercicio: 1, manual del participante)

Descripción verbal y escrita acerca de las sensaciones frente a cada ejercicio, haciendo referencia a su experiencia en torno a la relajación y señalando al menos 2 partes que llamaron la atención al fijarse en su cuerpo. [Ver: manual del participante contestado en el apartado de los ejercicios (II, 2: 2.1-2.3) y (III, 1-4)].

La expresión verbal de cada uno de los participantes acerca de las formas en que colabora para generar ambiente de confianza durante los ejercicios.

SESIÓN TERAPÉUTICA: 3

Objetivos específicos:

Durante la sesión, los familiares participantes:

- 1.4 comprenderán su estado de ánimo y disposición personal mediante la autoexploración de su mundo perceptual y el campo de su experiencia.
- 1.5 Cooperarán para consolidar la confianza, apoyándose en la experiencia de las relaciones interpersonales generadas en el grupo terapéutico.

ACTIVIDADES DE LA SESIÓN 3:

TERAPEUTA HUMANISTA	FAMILIARES PARTICIPANTES
<p>INICIO:</p> <p>-Facilitar ejercicio de presentación haciendo uso de la expresión corporal verbal y no verbal.</p> <p>DESARROLLO:</p> <p>-Facilitar ejercicios de atención a la experiencia corporal (Ver. Manual III, 5)</p> <p>-Facilitar ejercicio: la diferenciación segmentaria de las sensaciones corporales (en reposo, en movimiento, con ritmos creativos emitidos con el cuerpo, con música de diferentes ritmos).</p> <p>CIERRE:</p> <p>Pedir conclusiones a c/u de las preguntas:</p> <p>¿De qué te das cuenta?</p> <p>¿Qué vas a hacer?</p> <p>¿Cómo, cuándo y dónde?</p>	<p>INICIO:</p> <p>-Realizar ejercicio, diciendo c/u su nombre y señalando por quién desea que su aposento sea ocupado y la forma en que desea que llegue (bailando, sentado, volando, etc.)</p> <p>DESARROLLO:</p> <p>-Realizar ejercicios de atención a la experiencia corporal.</p> <p>-Seguir las instrucciones atendiendo movimientos del eje corporal (cabeza, columna, pelvis, omóplatos, miembros superiores, miembros inferiores)</p> <p>CIERRE:</p> <p>-Emitir conclusiones a c/u de las preguntas.</p> <p>-Tomar nota de las mismas en su manual.</p>
<p><u>Técnicas clínicas:</u> Rapport, sensibilización de la experiencia corporal: diferenciación segmentaria de las sensaciones corporales, ritmos y movimiento, simbolización de la experiencia, atención psicológica: escucha, reflejo y personalizar; autoevaluación de logros.</p>	

TIEMPO DE REALIZACIÓN: 3 HORAS

Evaluación de la sesión:

Se espera que cada uno de los familiares participantes logre mencionar el nombre propio y de otra persona;

Al final se espera que los miembros del grupo hayan realizado el ejercicio corporal (sugerido por otros participantes).

Se espera por cada familiar participante en el grupo, una descripción verbal y escrita acerca de los ejercicios correspondientes al manual, haciendo referencia a las sensaciones, aprendizajes y propósitos frente a cada ejercicio en torno a la experiencia corporal (Ver: Manual del participante, ejercicios: III, 5).

Se tiene como pauta de logro la lectura de conclusiones del ejercicio anterior por al menos tres familiares participantes del grupo.

Se espera como parámetro la expresión verbal de cada uno de los participantes acerca de las formas en que colabora para generar ambiente de confianza durante los ejercicios.

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

SESIÓN TERAPÉUTICA: 4

Objetivos específicos:

Durante la sesión, los familiares participantes:

1.4 Comprenderán su estado de ánimo y disposición personal mediante la autoexploración de su mundo perceptual y el campo de su experiencia.

1.5 Cooperarán para consolidar la confianza, apoyándose en la experiencia de las relaciones interpersonales generadas en el grupo terapéutico.

ACTIVIDADES DE LA SESIÓN: 4

TERAPEUTA HUMANISTA	FAMILIARES PARTICIPANTES
<p>INICIO: -Preguntar ¿cómo te sientes en relación a los ejercicios de la sesión anterior? ¿qué haz hecho por ti?</p> <p>DESARROLLO: -Facilitar ejercicios de sensibilización de la experiencia corporal. (bebés en crecimiento, esculturas de arcilla, visualización mutua,) (Ver Manual, ejercicios 5.1, 5.2, 5.4).</p> <p>CIERRE: Pedir conclusiones a c/u de las preguntas: ¿De qué te das cuenta? ¿Qué vas a hacer? ¿Cómo, cuándo y dónde?</p>	<p>INICIO: - Comentar espontáneamente en el grupo su experiencia aquí y ahora en relación a las preguntas hechas por la facilitadora.</p> <p>DESARROLLO: -Realizar ejercicios de atención a la experiencia corporal -Seguir las instrucciones atendiendo a las propias sensaciones.</p> <p>CIERRE: -Emitir conclusiones a c/u de las preguntas en la experiencia de cada ejercicio. -Tomar nota de las mismas en su manual.</p>
<p><i>Técnicas clínicas:</i> rapport, sensibilización de la experiencia corporal de: movimiento voluntario, movimiento involuntario y visualización mutua, simbolización de la experiencia, atención psicológica, escucha, reflejo y personalizar; autoevaluación de logros.</p>	

TIEMPO DE REALIZACIÓN: 3 HORAS.
<p><i>Evaluación de la sesión:</i></p> <p>Los productos que evidenciarán el logro de los objetivos específicos de esta sesión, son:</p> <p>Una descripción verbal y escrita de los familiares participantes acerca de los ejercicios correspondientes al manual, haciendo referencia a las sensaciones, aprendizajes y propósitos frente a cada ejercicio en torno a la experiencia corporal. (Ver: ejercicios 5.1, 5.2 y 5.4 del manual del participante).</p> <p>Lectura de conclusiones del ejercicio anterior por al menos tres participantes.</p> <p>Expresión verbal de cada uno de los participantes acerca de las formas en que colabora para generar ambiente de confianza durante los ejercicios.</p>

SESIÓN TERAPÉUTICA: 5
<i>Objetivos específicos:</i>
<p>Durante la sesión, los familiares participantes:</p> <p>1.4 comprenderán su estado de ánimo y disposición personal mediante la autoexploración de su mundo perceptual y el campo de su experiencia.</p> <p>1.5 Cooperarán para consolidar la confianza, apoyándose en la experiencia de las relaciones interpersonales generadas en el grupo terapéutico.</p>

ACTIVIDADES DE LA SESIÓN 5:	
TERAPEUTA HUMANISTA	FAMILIARES PARTICIPANTES
<p>INICIO:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Preguntar ¿Cómo te sientes en relación a los ejercicios de la sesión anterior? ¿Qué haz hecho por ti? <p>DESARROLLO:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Dar instrucciones para ejercicio de sensibilización de la experiencia corporal a través del dibujo y decoración de la silueta de cada participante. - Solicitar que de manera espontánea los participantes exhiban a los demás la obra de su silueta. -Solicitar que de manera espontánea los participantes expresen ante el grupo su experiencia durante el ejercicio. <p>CIERRE:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Pedir conclusiones (verbalmente y por escrito) a c/u de las preguntas: ¿De qué te das cuenta? ¿Qué vas a hacer? ¿Cómo, cuándo y dónde? 	<p>INICIO:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Comentar espontáneamente en el grupo su experiencia aquí y ahora en relación a las preguntas hechas por la facilitadora. <p>DESARROLLO:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Colocarse sobre una hoja grande de papel para que dibujen la propia silueta. -Dibujar la silueta de alguna de las personas participantes. -Decorar la silueta propia usando criterio libre y creativo para la selección o acomodo de materiales existentes. -Seguir las instrucciones atendiendo a las propias sensaciones. -Exhibir ante los demás la obra de su silueta. -Expresar ante el grupo de manera espontánea su experiencia durante el ejercicio. <p>CIERRE:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Emitir conclusiones a c/u de las preguntas en la experiencia de cada ejercicio. -Tomar nota de las mismas en su manual (Ver Manual del participante, sección III, ejercicio 5:5.3)
<p><u>Técnicas clínicas:</u> rapport, sensibilización de la experiencia corporal: de la propia silueta, simbolización de la experiencia, atención psicológica, escucha, reflejo y personalizar; autoevaluación de logros.</p>	

TIEMPO DE REALIZACIÓN: 3 HORAS.

Evaluación de la sesión:

Como producto del logro de los objetivos se espera:

Dibujo de la propia silueta, decorado.

Descripción verbal acerca del ejercicio, haciendo referencia a las sensaciones, aprendizajes y propósitos frente a la experiencia corporal relacionada con el dibujo y decoración de la propia silueta.

Escrito en los manuales, por cada participante, expresando su experiencia personal y haciendo referencia al menos a tres sensaciones diferentes descubiertas. Del mismo modo a sus aprendizajes y compromisos (Ver. fase III, ejercicio 5:5.3, manual del participante).

Expresión verbal de cada uno de los participantes acerca de las formas en que colabora para generar ambiente de confianza durante los ejercicios.

SESIÓN TERAPÉUTICA: 6

Objetivos específicos:

Durante la sesión, los familiares participantes:

1.4 comprenderán su estado de ánimo y disposición personal mediante la autoexploración de su mundo perceptual y el campo de su experiencia.

1.5 Cooperarán para consolidar la confianza, apoyándose en la experiencia de las relaciones interpersonales generadas en el grupo terapéutico.

ACTIVIDADES DE LA SESIÓN 6:	
TERAPEUTA HUMANISTA:	FAMILIARES PARTICIPANTES:
<p>INICIO:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Preguntar ¿Cómo te sientes en relación a los ejercicios de la sesión anterior? ¿Qué haz hecho por tí? <p>DESARROLLO:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Dar instrucciones para ejercicio de sensibilización de la experiencia corporal a través de la comunicación corporal no verbal (de manera conciente y voluntaria). - Solicitar que de manera espontánea los participantes expresen de manera no verbal a los demás su más reciente estado de ánimo. -Solicitar que de manera espontánea los participantes expresen ante el grupo su experiencia durante el ejercicio. -<u>Cierre grupal de esta fase:</u> se facilitará la integración de los aprendizajes durante todos los ejercicios de la autoexploración de sensaciones corporales: .Pedir que se formen equipos de tres para dialogar, revisar sus notas en el manual y después integrar por escrito aprendizajes personales, siguiendo la guía del manual. .Sugerir sesión plenaria. <p>CIERRE:</p> <p>Pedir conclusiones a c/u de las preguntas:</p> <ul style="list-style-type: none"> ¿De qué te das cuenta? ¿Qué vas a hacer? ¿Cómo, cuándo y dónde? 	<p>INICIO:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Comentar espontáneamente en el grupo su experiencia aquí y ahora en relación a las preguntas hechas por la facilitadora. <p>DESARROLLO:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Expresar ante los demás su estado de ánimo más reciente con lenguaje no verbal (p. ej. con caras y gestos). -Seguir las instrucciones atendiendo a las propias sensaciones. -Expresar de manera espontánea su experiencia. -CIERRE GRUPAL DE ESTA FASE: Formar equipo con dos compañeros del grupo para comentar todos los aprendizajes personales hasta el momento, resaltando qué mensajes descubre cada uno de su cuerpo, acerca de tu estado de ánimo, necesidades y disposición en el presente. -Hacer nota en el ejercicio correspondiente al cierre grupal del manual. -Formar un solo grupo y comentar libremente qué cambios a partir de estos ejercicios observa cada participante. <p>CIERRE:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Emitir conclusiones a c/u de las preguntas en la experiencia del ejercicio. -Tomar nota en su manual persona.
<p><u>Técnicas clínicas:</u> rapport, sensibilización de la experiencia corporal: expresión corporal, comunicación no verbal, simbolización de la experiencia, atención psicológica, escucha, reflejo y personalizar; autoevaluación.</p>	

<i>TIEMPO DE REALIZACIÓN: 3 HORAS.</i>
<i>Evaluación:</i>
<p>En este apartado, se espera como productos:</p> <p>Descripción verbal y escrita en los ejercicios correspondientes al manual, haciendo referencia a las sensaciones, aprendizajes y propósitos frente a la comunicación corporal no verbal (de manera conciente y voluntaria).</p> <p>Escrito en los manuales, por cada participante expresando su experiencia personal haciendo referencia al menos a tres sensaciones diferentes descubiertas. Del mismo modo a sus aprendizajes y compromisos.</p> <p>Expresión verbal de cada uno de los participantes acerca de las formas en que colabora para generar ambiente de confianza durante los ejercicios.</p> <p>Descripción verbal y escrita acerca del ejercicio de cierre grupal correspondiente a esta fase, quedando plasmado en el manual, donde se haya hecho referencia a los cambios personales observados: en el cuerpo, en el estado de ánimo, en las relaciones aquí y ahora, en las relaciones familiares (Ver: Manual del participante, fase III, ejercicio 5:5.6).</p>

<i>SESIÓN TERAPÉUTICA: 7</i>
<i>Objetivos específicos:</i>
<p>Durante la sesión, los familiares participantes:</p> <p>1.4 comprenderán su estado de ánimo y disposición personal mediante la autoexploración de su mundo perceptual y el campo de su experiencia.</p> <p>1.5 Cooperarán para consolidar la confianza, apoyándose en la experiencia de las relaciones interpersonales generadas en el grupo terapéutico.</p>

ACTIVIDADES DE LA SESIÓN 7:	
TERAPEUTA HUMANISTA	FAMILIARES PARTICIPANTES
<p>INICIO:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Preguntar ¿Cómo te sientes en relación a los ejercicios de la sesión anterior? ¿Qué haz hecho por ti? -Inducir brevemente al tema de la autoexploración del mundo interior a partir del dibujo y la fantasía. <p style="text-align: center;">DESARROLLO:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Dar instrucciones para la realización del dibujo creativo y personal de las áreas de su vida: cuerpo, familia, familiar con experiencia de enfermedad mental. (Ver. Manual, fase III, ejercicio 6: 6.1) - facilitar la formación de binas para explicar los dibujos y escuchar la explicación del otro. - Facilitar la explicación espontánea del significado personal de los dibujos al grupo, además de escuchar la explicación de los demás. - Enlazar el tema anterior con el siguiente. -Dar instrucciones para contestar en el manual, la guía para expresar el significado personal acerca de la enfermedad mental. -Establecer el contrato terapéutico para ejercicio de fantasía. -facilitar ejercicio de relajación -Facilitar ejercicio de la Fantasía de “volverse persona con experiencia de enfermedad mental” (Ver. Manual, fase III, 6: 6.2-6.3) -Facilitar ejercicio de fantasía: “El río purificante”. <p style="text-align: center;">CIERRE:</p> <p>Pedir conclusiones a c/u de las preguntas: ¿De qué te das cuenta en ti y en tu relación con el familiar con experiencia de enfermedad mental? ¿Qué vas a hacer? ¿Cómo, cuándo y dónde?</p>	<p>INICIO:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Comentar espontáneamente en el grupo su experiencia aquí y ahora en relación a las preguntas hechas por la facilitadora. - Prestar atención a las instrucciones. - Dar lectura al manual en el segmento denominado “el espacio imaginario” <p style="text-align: center;">DESARROLLO:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Realizar ejercicio del manual titulado: “áreas de vida”, que consiste en dibujar de manera simbólica y creativa cómo percibe su cuerpo, familia y familiar con experiencia de enfermedad mental. -formar binas para explicar los dibujos y escuchar la explicación del otro. - comentar el significado de los propios dibujos al grupo, además de escuchar la explicación de los demás. - Escribir el significado personal acerca de la enfermedad mental, siguiendo la guía del manual del participante. -Verbalizar libremente la aceptación del compromiso terapéutico. -realizar ejercicios de relajación. - Realizar ejercicios de fantasía. -Seguir las instrucciones atendiendo a las propias construcciones de la fantasía y las propias sensaciones. <p style="text-align: center;">CIERRE:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Emitir conclusiones de manera espontánea frente al grupo, de acuerdo a c/u de las preguntas en la experiencia de cada ejercicio. -Tomar nota de las mismas en el manual del participante.
<p><i>Técnicas clínicas:</i> Rapport, autoexploración del mundo perceptual y de la experiencia (dibujo y fantasía dirigida); simbolización de la experiencia; atención psicológica, escucha, reflejo y personalizar; autoevaluación.</p>	
<p><i>Tiempo de realización:</i> 3 horas.</p>	

Evaluación

Los productos que evidenciarán el logro de los objetivos consistirán en:

Dibujo de las áreas de vida: cuerpo, familia y familiar con experiencia de enfermedad mental (ver. Manual, fase III, ejercicio 6: 6.1).

Verbalización por cada participante, de la aceptación del compromiso terapéutico para la realización de los ejercicios: “Fantasía de volverse loco” y “el río purificante”.

Seguimiento de las instrucciones dadas durante los ejercicios.

Descripción verbal y escrita en los ejercicios correspondientes al manual, haciendo referencia a las sensaciones, aprendizajes y propósitos frente a la autoexploración de la percepción personal de las áreas de su vida: cuerpo, familia y familiar con experiencia de enfermedad mental (ver: Manual, fase III, ejercicio 6: 6.1).

Escrito por cada participante en los manuales, donde se haga mención a su experiencia personal, refiriendo al menos tres sensaciones descubiertas durante los ejercicios de: la “fantasía de volverse loco” y “el río purificante”. Del mismo modo anotación de sus aprendizajes y compromisos” (ver Manual, fase III, ejercicio 6: 6.2-6.3).

Expresión verbal de cada uno de los participantes acerca de las formas en que colabora para generar ambiente de confianza durante los ejercicios.

SESIÓN TERAPÉUTICA 8:

Objetivos específicos:

Durante la sesión, los familiares participantes:

1.5 Cooperarán para consolidar la confianza, apoyándose en la experiencia de las relaciones interpersonales generadas en el grupo terapéutico.

1.6 Compararán sus estados de ánimo con los señalados en las fases de aceptación de la enfermedad mental (o proceso de duelo).

1.7 Se identificarán con miembros del grupo que aquí y ahora experimentan la misma fase de aceptación de la enfermedad.

1.8 Reconocerán estrategias personales específicas de afrontamiento orientadas a la acción.

ACTIVIDADES DE LA SESIÓN 8:

TERAPEUTA HUMANISTA	FAMILIARES PARTICIPANTES
<p>INICIO:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Preguntar <p>¿Cómo te sientes en relación a los ejercicios de la sesión anterior? ¿Qué haz hecho por tí?</p> <p>DESARROLLO:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Facilitar que cada uno de los participantes integren los principales estados de ánimo descubiertos en su situación interior a partir de todos los ejercicios de autoexploración realizados hasta el momento. - Solicitar que de manera espontánea los participantes expresen ante el grupo sus aprendizajes integrados. - Solicitar que cada uno de los participantes escriba en su manual cómo está su realidad interior, tomando en cuenta cómo se percibe a sí mismo, cómo percibe su relación con la PEEM. - Dar instrucciones para que se hagan equipos de tres personas, siguiendo la guía del manual. <p>CIERRE:</p> <p>Pedir conclusiones a c/u de las preguntas:</p> <p>¿De qué te das cuenta al haberte autoexplorado?</p> <p>¿Qué quieres hacer con aquello de lo que te das cuenta: contigo, con la PEEM, con toda la familia?</p> <p>¿Cómo, cuándo y dónde?</p> <p>Pedir que firme el compromiso de hacerlo.</p>	<p>INICIO:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Comentar espontáneamente en el grupo su experiencia aquí y ahora en relación a las preguntas hechas por la facilitadora. <p>DESARROLLO:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Apoyarse en sus notas del manual al autoexplorarse sus estados de ánimo. - Seguir las instrucciones atendiendo a las propias sensaciones. - Tomar nota en el manual de las sensaciones más relevantes. - Expresar de manera espontánea sus aprendizajes durante todos los ejercicios de autoexploración. - Formar equipos de tres personas y siguiendo la guía del manual, comentar el resumen de los aprendizajes personales integrados, tratando de encontrar semejanzas y diferencias entre los estados de ánimo y altibajos en sí mismos y en la interacción con la PEEM de los que se dan cuenta. <p>CIERRE:</p> <ul style="list-style-type: none"> - anotar en el manual, al menos tres metas que desea lograr: 1. consigo mismo, 2. con la PEEM, 3. con la familia, además de establecer los pasos que se propone para lograrlas. - firmar el compromiso de hacerlo.
<p><i>Técnicas clínicas:</i> Rapport, autoexploración, atención psicológica, escucha, reflejo y personalizar (el significado, el problema, el nuevo sentimiento y la meta), definir y programar pasos para la acción; autoevaluación de logros.</p>	

TIEMPO DE REALIZACIÓN: 3 HORAS
<i>Evaluación:</i>
<p>Como criterios de logro se esperará:</p> <p>Descripción verbal y escrita en los ejercicios correspondientes al manual, donde se integren las sensaciones descubiertas durante toda la fase de autoexploración (ver Manual, fase III, ejercicio 6: 6.3).</p> <p>Descripción verbal y escrita en los ejercicios correspondientes al manual, donde se establezca la propia percepción de las sensaciones descubiertas en relación a sí mismo y a su relación con PEEM (“proceso de aceptación de la enfermedad mental”) (ver Manual, fase IV, ejercicio 1).</p> <p>Expresión verbal de cada uno de los participantes acerca de las formas en que colabora para generar ambiente de confianza durante los ejercicios.</p> <p>Descripción verbal y escrita acerca del ejercicio en equipo donde se señalen semejanzas y diferencias entre los estados de ánimo característicos de alguna fase de aceptación de la enfermedad (registrándolos por escrito) (ver Manual, fase V, ejercicio 1).</p> <p>Listado de lo que cada participante desea saber y quiere hacer consigo mismo y con su familiar con experiencia de enfermedad mental, apoyándose en lo aprendido hasta el momento. (ver Manual, fase VI, ejercicio 1).</p>

Objetivo particular: 2

SESIONES TERAPÉUTICAS: 9 Y 10
<p><i>Objetivos específicos:</i></p> <p>Durante cada sesión, los familiares participantes:</p> <p>2.1 Tomarán conciencia de su experiencia personal a partir de cada contenido significativo de los factores del logro terapéutico.</p> <p>2.2 Analizarán las posibles alternativas presentadas, partiendo de las características y necesidades propias de la Enfermedad Mental.</p>

ACTIVIDADES DE LAS SESIONES 9 Y 10:

TERAPEUTA HUMANISTA	FAMILIARES PARTICIPANTES
<p>INICIO:</p> <p>-Pregunta: ¿Cómo te sientes en relación a los ejercicios de la sesión anterior? ¿Qué haz hecho por ti?</p> <p>-DESARROLLO:</p> <p>-Dar instrucciones acerca de la dinámica de la sesión de hoy acerca de la “Feria de experiencias significativas”</p> <p>- Invitar a los participantes a elegir los juegos de mesa en los que desean colaborar: “oca de experiencias significativas en torno a la enfermedad mental”, “pirinola del potencial terapéutico”, “lotería de factores del logro terapéutico”, “memoria de acciones preventivas y de seguridad”, “dominó de principios de rehabilitación”, “ruleta de conciencia del clima emocional”, “Tiro a los trastornos mentales más comunes”.</p> <p>CIERRE:</p> <p>Pedir conclusiones a c/u de las preguntas:</p> <p>¿De qué te das cuenta, en relación con tu experiencia personal de tener un familiar con enfermedad mental?</p> <p>¿Qué vas a hacer?</p> <p>¿Cómo, cuándo y dónde?</p> <p>Dar la instrucción para que cada una de las familias participantes, en una lista de cotejo señale cuáles de las características y necesidades propias de la enfermedad mental son las que requiere tomar en cuenta para el logro de las metas personales planteadas en la fase anterior de este taller.</p>	<p>INICIO:</p> <p>- Comentar espontáneamente en el grupo su experiencia aquí y ahora en relación a las preguntas hechas por la facilitadora.</p> <p>-DESARROLLO:</p> <p>Elegir los juegos de mesa en los que desean colaborar: “oca de experiencias significativas en torno a la enfermedad mental”, “pirinola del potencial terapéutico”, “lotería de factores del logro terapéutico”, “memoria de acciones preventivas y de seguridad”, “dominó de principios de rehabilitación”, “ruleta de clima emocional”, “Tiro a los trastornos mentales más comunes”.</p> <p>-CIERRE:</p> <p>-Emitir conclusiones de manera espontánea frente al grupo, de acuerdo a c/u de las preguntas, relacionándolas con los aprendizajes en la experiencia de los juegos de mesa realizados.</p> <p>-Tomar nota en los ejercicios correspondientes de su manual.</p> <p>-De una lista de cotejo donde se señalan las características y necesidades propias de la enfermedad mental, señalar las que requiere tomar en cuenta para el logro de las metas personales planteadas en la fase anterior de este taller.</p>
<p><u>Técnicas clínicas:</u> Simbolización e integración del significado personal de las experiencias en la interacción con la PEEM mediante técnicas lúdicas, de autorrevelación, de atención psicológica, escucha, reflejo y personalizar (el significado, el problema, el nuevo sentimiento y la meta), definir y programar pasos para la acción; autoevaluación de logros.</p>	

TIEMPO DE REALIZACIÓN: 3 HORAS (CADA SESIÓN)

Evaluación:

Como evidencia del logro de los objetivos se espera en estas sesiones:

Ejecución en equipo de los juegos de mesa

Listas de cotejo realizadas por los participantes, acerca de cuestiones personalmente significativas en relación a las características y necesidades propias de la enfermedad mental del familiar y su rehabilitación, donde se señalen las que requieren tomarse en cuenta para el logro de las estrategias personales planteadas.

SESIÓN TERAPÉUTICA: 11

Objetivos específicos:

Durante la sesión, los familiares participantes:

Sintetizarán las ventajas y desventajas de las estrategias personales planteadas, a partir del análisis de las características y necesidades propias de la enfermedad mental que requieren tomar en cuenta.

Determinarán una línea de acción específica, a partir de la autoexploración y del análisis de las características y necesidades propias de la enfermedad mental que requieren tomarse en cuenta.

Establecerán pasos para lograrlo.

Establecerán un compromiso para llevarlo a cabo.

ACTIVIDADES DE LA SESIÓN11:	
TERAPEUTA HUMANISTA	FAMILIARES PARTICIPANTES
<p>INICIO: -Preguntar ¿Cómo te sientes en relación a los ejercicios de la sesión anterior? ¿Qué haz hecho por ti?</p> <p>DESARROLLO: Entregar el manual a cada participante; pedir que lean sus líneas estratégicas planteadas en la primera fase de ejercicios; se les pide que revisen la lista de características y necesidades relacionadas con la enfermedad mental, reflexionadas durante la “Feria De la salud mental”, para jerarquizar cuáles son las que más han considerado y las que más han descuidado, retomándolas en su nuevo plan de acción.</p> <p>CIERRE: Solicitar reajustes a su plan de acción: los pasos, tiempos y compromiso personal.</p>	<p>INICIO: Comentar espontáneamente en el grupo su experiencia aquí y ahora en relación a las preguntas hechas por la facilitadora</p> <p>DESARROLLO: Repasar sus líneas estratégicas planteadas al final de la primera fase de ejercicios; revisar la lista de características y necesidades relacionadas con la enfermedad mental y su tratamiento, seleccionando de manera jerárquica las que le sean útiles en la reformulación de su plan de acción.</p> <p>CIERRE: Reformulación de su plan de acción incluyendo los pasos, tiempos y compromiso personal.</p>
<p><u>Técnicas clínicas:</u> Simbolización e integración del significado personal de experiencias con la PEEM mediante técnicas de autorrevelación, de atención psicológica, escucha, reflejo y personalizar (el significado, el problema, el nuevo sentimiento y la meta), definir y programar pasos para la acción; autoevaluación de logros personales.</p>	

TIEMPO DE REALIZACIÓN: 3 HORAS
<p><i>Evaluación:</i> Como criterios de logro se esperará:</p> <p>Listado de cada participante con al menos 3 ventajas y 3 desventajas detectadas en las estrategias planteadas anteriormente, considerando el análisis de las características y necesidades propias de la enfermedad mental que requieren tomarse en cuenta.</p> <p>Documento con el nuevo plan de acción específico de cada participante que incluya los pasos a seguir.</p> <p>Documento con el compromiso personal firmado.</p>

Objetivo particular 3:

<i>SESIONES TERAPÉUTICAS: 12 Y 13</i>
<i>Objetivos específicos:</i>
Durante el taller, las familias participantes:
3.1 Aplicarán habilidades actitudinales en la interacción:
Atención física, observación y escucha.
Responder a contenidos, a sentimientos.
Personalizar: significados, problemas, nuevos sentimientos y metas.
Iniciar, definir, programar pasos e implementar refuerzos.

<i>ACTIVIDADES DE LAS SESIONES 12 Y 13:</i>	
TERAPEUTA HUMANISTA	FAMILIARES PARTICIPANTES
<p>INICIO: Se sondea el clima emocional del grupo; se liga el tema con las fases anteriores, resaltando la importancia de practicar consigo mismo antes de empezar con los demás.</p> <p>DESARROLLO: Se modelan, se propician y se ejercitan las tareas facilitadoras de cada fase.</p> <p>CIERRE: Se autoevalúa, solicita la evaluación del grupo.</p>	<p>INICIO: Comenta libremente si lo desea su estado actual así como sus logros hasta el momento; hace preguntas y opina si lo considera.</p> <p>DESARROLLO: Atiende a las instrucciones, realiza ejercicios de atención, observación y escucha hacia el grupo, hacia otra persona, hacia un usuario del hospital, y de tarea lo hace hacia su familiar PEEM.</p> <p>CIERRE: Se autoevalúa, evalúa al grupo.</p>
<p><u>Técnicas clínicas:</u> Simbolización de la experiencia personal del ejercicio de la atención física, observación y escucha, de responder al entorno de la persona (contenidos y sentimientos de su lenguaje), de estimular en varias alternativas del entorno: significados, problemas, nuevos sentimientos y metas; de ayudar a actuar iniciar definir, programar pasos e implementar refuerzos); autoevaluación.</p>	

<p>TIEMPO DE REALIZACIÓN: 6 HORAS</p> <p>DOS SESIONES DE 3 HORAS CADA UNA, MÁS SEIS HORAS DE TRABAJO EN CASA.</p>
<p><i>Evaluación:</i></p> <p>De cada participante, durante los ejercicios, se espera evaluación grupal y autoevaluación de:</p> <p>Atención física sostenida mientras se le habla.</p> <p>Respuestas adecuadas a contenidos y sentimientos de la persona que le habla.</p> <p>Colaboración adecuada en el diálogo para ayudar a centrar los significados, problemas y sentimientos propios de la persona.</p> <p>Colaboración adecuada en la programación de pasos, en la implementación de refuerzos</p>

<p>SESIÓN TERAPÉUTICA: 14.</p>
<p><i>Objetivos específicos:</i></p> <p>3.2 Integrarán sus aprendizajes adquiridos:</p>

ACTIVIDADES DE LA SESIÓN 14:	
TERAPEUTA HUMANISTA	FAMILIARES PARTICIPANTES
<p>INICIO: Se sondea el clima emocional del grupo; se liga el tema con las fases anteriores, resaltando la importancia de la autoevaluación.</p> <p>DESARROLLO:</p> <p>Se les pide que en base a la escala de logros se autoevalúen.</p> <p>CIERRE: Se concluye el curso y se avisa de la clausura y entrega de reconocimientos.</p>	<p>INICIO: Comenta libremente si lo desea su estado actual así como sus logros hasta el momento; hace preguntas y opina si lo considera.</p> <p>DESARROLLO:</p> <p>Llena la escala autoevaluándose.</p> <p>Participa en el reporte grupal de confianza generada en el grupo.</p> <p>CIERRE:</p> <p>Realiza libremente sus comentarios finales.</p>
<p><u>Técnicas clínicas:</u> Integración de las simbolizaciones de las experiencias, compromisos y logros en este taller, mediante la autoevaluación.</p>	

TIEMPO DE REALIZACIÓN: 3 HORAS.

Autoevaluación:

Escala de apreciación personal en el desarrollo de actitudes del familiar de la PEEM: contestada de manera individual.

Reporte grupal de confianza generada en el grupo.

Video donde el grupo de los familiares de PEEM participantes expresen los elementos específicos que le permitieron a cada uno:

Percibirse y percibir a los demás en un ambiente de aceptación, de lo que es y de lo que aún le resta por ser.

Tomar conciencia de poder hacer por sí mismo aquello para lo que se siente apto.

Tener presencia empática, es decir, que es capaz de ver las cosas “como si fuera la otra persona”.

Tener presencia eficaz en la toma de decisiones de las que depende el desarrollo responsable de sí.

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

APENDICE: 7

CUESTIONARIO DE DETECCIÓN DE ACTITUDES REHABILITADORAS
HACIA LA PERSONA CON ENFERMEDAD MENTAL

PRESENTACIÓN:

Actualmente se está realizando una búsqueda de opiniones para ayudar a los familiares en sus inquietudes acerca de los tratamientos adecuados para la enfermedad mental.

Por lo anterior, se requiere tu ayuda para que contestes algunas sencillas preguntas.

Las personas no fueron seleccionadas por su nombre sino de manera voluntaria.

Trata de responder con la mayor sinceridad posible. No hay respuestas correctas o incorrectas.

Los datos que proporcionas son confidenciales, por lo que sólo se usarán por la investigadora y para los fines señalados en la presente investigación.

Lee las instrucciones con atención.

¡GRACIAS POR TU COLABORACION!

INSTRUCCIONES:

De cada uno de los enunciados que aparecen a continuación, selecciona el valor que más esté de acuerdo con tu experiencia o lo que opines acerca de lo que se te pregunte, marcando con una "X" en la casilla que corresponda:

1: Totalmente de acuerdo	2: De Acuerdo	3: Indiferente	4: En desacuerdo	5: Totalmente en desacuerdo
--------------------------------	------------------	-------------------	---------------------	-----------------------------------

CUESTIONARIO										
<i>(DIMENSION COGNOSCITIVA)</i>										
	1: Totalmente de acuerdo	2: De acuerdo	3: Dudoso	4: En desacuerdo	5: Totalmente en desacuerdo					
I.	<i>Pienso que:</i>									
1.	La enfermedad mental está relacionada con daños en el cerebro					1	2	3	4	5
2.	La enfermedad mental es un castigo									
3.	La enfermedad mental es una alteración que afecta toda la manera de ser de la persona que la padece.									
4.	La enfermedad mental se presenta en personas que se drogan.									
	1: Totalmente de acuerdo	2: De acuerdo	3: Dudoso	4: En desacuerdo	5: Totalmente en desacuerdo	5	4	3	2	1
II.	<i>Creo que en la enfermedad mental son comunes :</i>									
	5) los pensamientos distorsionados									
	6)ver visiones o escuchar voces que no existen									
	7)reirse con motivo									
	8)tener cambios demasiado bruscos en el estado de ánimo									
	9)estar poseído por espíritus									
	10) hacer cosas muy repetitivas									
	11) sentir fuertes deseos de morir									
	12) sentir hambre cuando está muy triste									
	1: Totalmente de acuerdo	2: De acuerdo	3: Dudoso	4: En desacuerdo	5: Totalmente en desacuerdo	1	2	3	4	5
III.	<i>Pienso que los tratamientos más eficaces que pueden ayudar a la persona que padece enfermedad mental son:</i>									
	13) sólo medicamentos									
	14) Sólo hacer oración									
	15)solo									

	16) Descargas eléctricas en el cerebro								
	17)Terapia familiar								
	18)Enseñarlo a que se valga por él mismo								
	19) Internarlo en un hospital por 10 años								
IV.	1: <i>Totalmente de acuerdo</i> 2: <i>De acuerdo</i> 3: <i>Dudoso</i> 4: <i>En desacuerdo</i> 5: <i>Totalmente en desacuerdo</i>	5	4	3	2	1			
	Creo que las principales causas de la enfermedad mental son:								
	20) ausencia de afecto por parte de los padres								
	21) hechicerías								
	22)sustos								
	23) padres excesivamente solícitos								
	24) enfermedades de la tiroides								
	25)herencia de algún pariente enfermo								
	26)falta de carácter								
V.	1: <i>Totalmente de acuerdo</i> 2: <i>De acuerdo</i> 3: <i>Dudoso</i> 4: <i>En desacuerdo</i> 5: <i>Totalmente en desacuerdo</i>	1	2	3	4	5			
	Considero que la persona con enfermedad mental:								
	27) está imposibilitada para realizar un trabajo donde conviva con otras personas.								
	28) es una carga insoportable								
	29) sólo busca llamar la atención								
	30) debería vivir sola								
	31) a veces puede ser peligrosa								
	32) merece mi confianza								
	33)no es capaz de tener amigos								
	<i>(DIMENSION AFECTIVA)</i>								
VI.	1: <i>Totalmente de acuerdo</i> 2: <i>De acuerdo</i> 3: <i>Dudoso</i> 4: <i>En desacuerdo</i> 5: <i>Totalmente en Desacuerdo</i>	5	4	3	2	1			
	A la persona con enfermedad mental:								
	34) No conviene mostrarle los verdaderos sentimientos.								
	35)Es mejor hacerle caso mientras esté hablando								
	36) Es peor tenerle paciencia.								
	37)Es peor gastar en tratamientos si no se ha de curar								
	38) Si esta mal de sus facultades, no hace falta explicarle lo que pasa en su familia o a su alrededor.								
	39) siempre se le tiene que mantener vigilada.								
	40) Se le debe ignorar porque cuando habla no dice algo importante								
VII	1: <i>Totalmente de acuerdo</i> 2: <i>De acuerdo</i> 3: <i>Dudoso</i> 4: <i>En desacuerdo</i> 5: <i>Totalmente en desacuerdo</i>	1	2	3	4	5			
	Cuando estoy frente a la persona con enfermedad mental:								
	41) me agrada estar con ella								
	42 me da miedo su compañía								
	43) me siento culpable								
	44) me siento mal si le hacen daño								
	45) Me afectan los comentarios de la gente								
	46) me incomoda salir con ella								
	47) me paraliza								
	48) disimulo para que otros no se enteren de su padecimiento								

<i>(DIMENSION CONDUCTUAL)</i>						5	4	3	2	1
VIII	1: Totalmente de acuerdo	2: De acuerdo	3: Dudoso	4: En desacuerdo	5: Totalmente en desacuerdo					
<i>Quando estoy con la persona con enfermedad mental me dan ganas de:</i>										
	49) comunicarle mi gusto por sus logros									
	50) dejarla que haga lo que quiera									
	51) Ocultarle la verdad para que no sufra									
	52) invitarla a divertirnos juntos en familia									
	53) respetar su tiempo en lo que hace									
	54) sugerirle qué comportamientos debe evitar para que no lo critiquen.									
	55) reírme de las ideas raras o distorsionadas que me dice									
	56) llorar con él por la suerte tan cruel que le tocó									
	57) convencerlo de que reciba atención									
	58) decirle lo orgulloso que me siento de él									
	59) hacerme responsable de sus bienes									
	60) proponerle que se vaya a vivir solo									
	61) Compartirle las responsabilidades de la casa									
	62) pedirle que vayamos a la fiesta que me invitaron									
	63) Ayudarlo a que entienda que no le puedo comprar lo que quiere									

DATOS PERSONALES:

Nombre: _____
 Sexo: _____ Edad: _____
 Estado civil: _____ Escolaridad: _____
 Fecha: _____

NOTA:

Si desea hacer sugerencias en relación al tema de este cuestionario, anótelas al reverso de esta hoja.

¡Gracias por colaborar!

MANUAL DEL FAMILIAR PARTICIPANTE

INTRODUCCION

El ser humano por naturaleza es un ser de relaciones, ya que las relaciones consigo mismo, con la naturaleza, con los demás, son las que lo mantienen vivo, en desarrollo.

Sin embargo, la persona con experiencia de enfermedad mental (PEEM) es quien ha sido más dañado en todas sus relaciones desde que surge ese padecimiento: a nivel biológico, psicológico, social, espiritual.

Todo ese daño se agrega a las dificultades que presenta el familiar cuando se siente confundido, asustado, lastimado, o no sabe qué hacer, cuando siente presión social, económica, e incluso de la misma familia.

Es por eso que este taller está dirigido a ti: familiar interesado@ en pulir tus propias cualidades humanas naturales para convertirlas en la tierra fértil donde florecen todos los tratamientos.

En este proceso tendrás la oportunidad de desarrollar tus actitudes facilitadoras de las relaciones, empezando a dirigir las hacia ti mism@ y después hacia tu familiar con experiencia de enfermedad mental.

OBJETIVO GENERAL DEL TALLER:

Durante este taller, desarrollarás actitudes facilitadoras que permitan optimizar tu participación en la rehabilitación de la PEEM, a partir de la experiencia vivencial de tus relaciones interpersonales en un ambiente de confianza.

Para lograr lo anterior, durante los siguientes módulos:

- I. Manifestarás comprensión hacia tus actitudes a partir de la autoexploración en un ambiente de confianza.
- II. Establecerás los pasos específicos a seguir para optimizar tus actitudes hacia la PEEM, a partir del análisis del significado personal que brindas a los factores del logro terapéutico.
- III. Manifestarás actitudes facilitadoras hacia la PEEM como proceso de ayuda, partiendo del conocimiento de la enfermedad mental y el ejercicio terapéutico de tus interacciones en experiencias vivenciales.

CONTRATO TERAPEUTICO

En Aguascalientes, Ags.,
el día ___ de _____ de _____.

Yo, como familiar de una persona con experiencia de enfermedad mental, he decidido inscribirme a este curso-taller, como manifestación de afecto, confianza, compromiso humano y terapéutico para colaborar de manera más óptima con mi persona y con su rehabilitación.

Con base en lo anterior, estoy de acuerdo en:

1. Respetar la confidencialidad de los temas que se traten en este grupo.
2. Respetar el cumplimiento de los objetivos.
3. Asistir una vez por semana en los horarios convenidos.
4. Permanecer tres horas por sesión durante los próximos quince martes.
5. En caso de inasistencia lo notificaré con 24 horas de anticipación.
6. Después de ___ minutos de retraso no se me dará atención
7. Continuar con el tratamiento indicado.
8. Colaborar con el material que se ocupe
9. Respetar los acuerdos del grupo.
10. _____

Nombre y firma:

MODULO I. AUTOEXPLORACION.

La autoexploración consiste en hacer un viaje hacia el interior de ti mismo, para encontrarte con quién eres y lo que sientes realmente, pues sólo de esa manera puedes llegar a ser congruente contigo y con los demás.

En este módulo:

Manifestarás estilos convencionales y creativos para presentarte ante el grupo.

“Presentándonos”

1. Ponte de pie y empieza a saludar de forma convencional (de mano, verbalmente) a los demás participantes del grupo.
2. Comienza a saludarles en formas poco convencionales, por ejemplo: con las rodillas, con los hombros, con las orejas, con mímicas.
3. Tú y los demás participantes, concluyan diciendo cómo se sienten y de qué se dieron cuenta.

Identificarás tus criterios personales de logro para este taller, en relación a tu vivencia con PEEM y la autopercepción de tus necesidades.

1. <i>Criterios personales de logro.</i>	
En este apartado, anota qué cambios esperas y cómo quieres verlos en ti mismo (a) de manera palpable al concluir el presente taller.	
<i>Cambios que espero ver</i>	<i>Cómo quiero verlos</i>

ANOTA AQUÍ TUS CONCLUSIONES

2. *Inducción.*

Hablando de situaciones fuera de nuestro alcance, ¿Haz visto, escuchado en las noticias o vivido alguna vez un desastre natural?

2.1 Anota las conductas equivocadas y acertadas que realiza la gente para enfrentar los desastres naturales.	
<i>Conductas equivocadas:</i>	<i>Conductas acertadas:</i>

2.2 Ahora, retoma las ideas que escribiste arriba y anota abajo las conductas equivocadas y acertadas que realiza la gente para enfrentar las enfermedades mentales.	
<i>Conductas equivocadas:</i>	<i>Conductas acertadas:</i>

OBJETIVO:

Comprenderás tu estado de ánimo y disposición personal mediante la autoexploración de tu mundo perceptual.

1. <i>Ejercicio de relajación.</i>
Busca un lugar cómodo y cierra tus ojos para recibir las instrucciones de un ejercicio de relajación.

2. <i>Recorrido por el cuerpo.</i>
Con los ojos abiertos, haz un recorrido por cada una de las partes del cuerpo, poniéndote en contacto con tus sensaciones: brazos, manos dedos; compara movimientos de distintas articulaciones; movimientos del codo; movimientos de la muñeca; de la mano y de los dedos, de todo el cuerpo; posiciones determinadas; inducidas por un(a) compañero(a).
<i>Anota aquí tus aprendizajes</i>

3. *Atención a tu experiencia corporal.*

Ahora, ahí donde estás, sin alterar tu posición corporal, comienza a prestar atención a tu experiencia corporal (Kepner, J. 2002, p. 4-5).

ANOTA TUS APRENDIZAJES ACERCA DE LOS EJERCICIOS DE ATENCIÓN A LA EXPERIENCIA CORPORAL.	
¿Cuáles son tus primeras sensaciones?	
¿Qué tensiones sientes? ¿Dónde?	
¿Cómo estas respirando? ¿Aprisa, lento, profundo?	
¿Cuál es tu postura?	
¿Estás acurrucado o relajado, derecho o rígido?	
¿Cómo afecta esta postura a tu respiración?	
Concéntrate en dos o tres sensaciones que resaltan y exagéralas	

4. *Diferenciación de sensaciones.*

Después de hacer el ejercicio de relajación, sigue las instrucciones atendiendo movimientos de tus miembros superiores, del eje corporal (columna, cabeza, pelvis, omóplatos), de todas tus partes, en reposo, en movimiento, con ritmos de tu cuerpo, con música, tratando de descubrir cada sensación que te produce.

Escribe aquí de qué te das cuenta, qué vas a hacer y cuando.

5. *El lenguaje del cuerpo.*

Como te habrás dado cuenta, la única percepción válida acerca de *tu cuerpo*, de tu salud, es la que tú tienes de ti mismo(a). Tu organismo es sabio, él te expresa lo que necesitas, sólo requieres verlo, escucharlo, sentirlo y confiar en tu propia experiencia, para lograr ser el que realmente eres.

Para seguir sensibilizándote en la exploración de tu organismo, partiendo del ejercicio de relajación, realiza en seguida los siguientes ejercicios:

5.1 "Bebés en crecimiento":

Tírate en el piso, de costado, colócate en posición fetal, pon atención a tu sensación; ahora, boca arriba, flexiona tus rodillas, patalea, sacude tus brazos, pon atención a tu sensación.

Escribe aquí de qué te das cuenta, qué vas a hacer y cuando.

5.2 Visualización mutua:

Haz pareja con otra persona, párense o siéntense cara a cara, obsérvense con detalle sin hablar, cada parte del rostro, músculos, color de piel, fíjate en el cuerpo: tamaño, forma, movimientos, postura; date cuenta de cómo estas tú mientras realizas el ejercicio: tus músculos, tus manos, tus piernas, tu respiración...

Escribe aquí de qué te das cuenta, qué vas a hacer y cuando.

5.3 Siluetas:

Colócate en una hoja grande de papel estraza. Permite que otra persona dibuje tu silueta con un plumón. Después cambien de posición, de tal modo que ambos queden dibujados. Ahora observa tu silueta, si puedes llévatela y decórala de modo que refleje la persona que tu quieres ser. Date cuenta de cómo te vas sintiendo en cada parte del ejercicio. Escribe tus aprendizajes y compromisos.

Escribe aquí de qué te das cuenta, qué vas a hacer y cuando

5.4 Esculturas con Arcilla:

Elige del grupo una pareja.

Uno de ustedes cierre los ojos y colóquese frente al otro, relajándose y poniendo la menor resistencia posible, mientras que el primero coloca posiciones determinadas, esforzarse por sentirla, relajarse y posteriormente intentar reproducir la postura moldeada; posteriormente elijan una persona y el resto del grupo moldee en ella corporalmente un estado de ánimo específico.

Escribe aquí de qué te das cuenta, qué vas a hacer y cuando

5.5 Comunicación corporal inhabitual:

Ahora intenta aprovechar tu cuerpo para expresar al grupo de manera no verbal tu más reciente estado de ánimo (Puedes dramatizar con mímica).

Escribe aquí de qué te das cuenta, qué vas a hacer y cuando

Cierre grupal:

A continuación, reúnete con dos de tus compañeros del grupo y comenta todos tus aprendizajes hasta el momento, resaltando qué mensajes descubres de tu cuerpo hacia ti acerca de tu estado de ánimo y disposición personal.

Ahora formemos un solo grupo y comentemos libremente qué cambios a partir de estos ejercicios observamos cada uno:

CAMBIOS	EN MI	EN EL OTRO
En el cuerpo		
En el estado de ánimo		
En las relaciones aquí y ahora		
En las relaciones familiares		

6. *El espacio imaginario.*

Ahora, para continuar auto-explorándote, más que voltear a ver tu cuerpo, ahora se trata de hacer contacto con las imágenes que surgen espontáneamente de tu mundo interior: de tu mente, ya que estas representan algo. "Cada persona, de acuerdo a sus vivencias, su entorno cultural y ecológico, su historia, sus creencias y su época, elabora su propia simbología". (Brites & Müller, 1990, p. 18). En este caso tu haz elaborado tu propio significado acerca de la enfermedad mental.

"El espacio imaginario es una forma de jugar..."

El juego es creatividad, expresión de ti mismo(a), reconocimiento de los y las demás, compromiso mental, afectivo y corporal. Es una forma de conocimiento acerca de las cosas, de los demás, de sí mismos...

Como desarrollo de nuevos estilos de relación consigo mismos, con los otros, con el mundo, con experiencias trascendentes.

Promueve (...) la integración personal y grupal...

... la toma de conciencia de tus potencialidades, límites, recursos, carencias, conflictos, problemas y abordajes para afrontarlos e intentar su solución...

A través del juego te puedes dar cuenta de situaciones problemáticas que muchas veces resultan más enredadas de lo que son, debido a la confusión y falta de claridad con que las abordas. Al expresar tus vivencias, logras clarificar primeramente el problema y disponerte mejor para su solución. (ver: Brites, 1990, pp.9-10).

6.1 *Áreas de vida.* Haz un dibujo que represente simbólicamente a cada una de las siguientes áreas de tu vida:

DIBUJA AQUÍ:

1. Cuerpo, 2. Familia, 3. Familiar con experiencia de enfermedad mental.

Reúnete en equipo con otra persona, explícale tus dibujos y escucha la explicación de los suyos.

Anota aquí: cómo te sientes, de qué te das cuenta y qué vas a hacer.

Cierre grupal

En este momento, si deseas puedes comentar el significado de tus dibujos al grupo, además de escuchar la explicación de los otros a través de sus propios dibujos.

Tu experiencia personal de la enfermedad mental.

Contéstate a ti mismo(a):

¿Qué es para ti la enfermedad mental?

¿Qué es para ti la locura?

¿Alguna vez he imaginado que me puedo volver loco(a)?

Si yo tuviera una enfermedad mental, ¿Cuál sería? ¿Cómo sería?

Ahora ubícate en un asiento donde te sientas cómodo(a).

Cierra tus ojos.

Recorre cada parte de tu cuerpo e intenta relajarte.

Ahora harás un viaje imaginario, realizando la fantasía de volverte loco, siguiendo las instrucciones que se te darán.

ANOTA AQUÍ:	
<i>Contigo mismo(a):</i>	<i>Con tu familiar con experiencia de enfermedad mental:</i>
Cómo te sientes:	Cómo te sientes:
de qué te das cuenta:	de qué te das cuenta:
qué vas a hacer:	qué vas a hacer:

Aprendizajes.

Ten en cuenta que ésta fue sólo una de tus fantasías, de la cual vuelves en este momento a la realidad, sin embargo tu familiar la vive realmente y su experiencia es inescrutable. Sólo haz hecho un intento voluntario de ponerte en su lugar, *como si fueras él.*

Conclusión.

Leyendo nuevamente y Revisándote en todos los ejercicios realizados hasta el momento, ¿cuáles serían tus principales estados de ánimo descubiertos, tu situación interior?

ESTADOS DE ÁNIMO	
1.	5.
2.	6.
3.	7.
4.	8.

Con este ejercicio:

Compararás tus estados de ánimo con los señalados en las fases de aceptación de la enfermedad mental (o proceso de duelo).

Te identificarás con miembros del grupo que aquí y ahora experimentan la misma fase de aceptación de la enfermedad.

Reconocerás estrategias personales específicas de afrontamiento orientadas a la acción.

1. Lee y reflexiona ésta frase:
"Soy una persona experta en mi realidad interior"

Después del proceso de exploración en tu persona a través de tu cuerpo en todos los ejercicios anteriores, ha llegado el momento de escribir en unas cuantas palabras, "Aquí y ahora" cómo percibes tu realidad interior:

(+) Marca con "x" dónde te percibes ahora (-)

Realidad interior Conocida									Realidad interior Desconocida
Me doy cuenta de mí :									

Cierre grupal

2. AHORA EN EQUIPOS DE TRES PERSONAS, VAN A COMENTAR EL RESUMEN DE SUS APRENDIZAJES, TRATANDO DE ENCONTRAR SEMEJANZAS Y DIFERENCIAS ENTRE LOS ESTADOS DE ÁNIMO Y ALTIBAJOS EN LA INTERACCIÓN CON PEEM, DE LOS QUE AHORA SE “DAN CUENTA”.	
ESTADOS DE ANIMO	
<i>(semejanzas)</i>	<i>(diferencias)</i>

¿QUÉ QUIERO HACER CON AQUELLO DE LO QUE ME DOY CUENTA?			
Pasos	Meta 1. CONMIGO	Meta 2. C / PEEM	Meta 3. C/ MI FAMILIA

Mi compromiso

Hoy, _____ de _____ del 200__ Con plena conciencia, me propongo estas 3 metas personales así como los pequeños pasos que sugiero para lograrlas, dándome de plazo de hoy hasta el día _____ de _____ del 20__, para realizarlas.

MODULO II. FORMULACION DE ESTRATEGIAS

A partir de la exploración de ti mismo, haz descubierto tus necesidades y te haz hecho propósitos para cada una de ellas.

Ahora continuarás con el análisis de los factores más importantes a considerar en la enfermedad mental de tu familiar y su experiencia de la misma.

La formulación de estrategias consiste en asumir de manera comprometida, la situación de *“la experiencia de enfermedad en el miembro de tu familia”*, tomando en cuenta: a) tus necesidades, b) las características de la enfermedad mental y factores que influyen en la rehabilitación, y c) las necesidades de tu familiar con experiencia de enfermedad mental.

Todos estos elementos te ayudarán a delimitar la situación, a reconocerla como tuya y aceptar los requisitos para promover la salud mental en ti en PEEM y en tu familia.

Como objetivo de esta fase:

II. Establecerás los pasos específicos a seguir para optimizar tus actitudes hacia tu familiar con experiencia de enfermedad mental.

En este apartado, tendrás la oportunidad de analizar las alternativas que te propusiste al final de la fase anterior, considerando las características y necesidades propias de la Enfermedad Mental.

Para ello revisarás en grupo los siguientes temas a través de juegos de mesa:

“Características y necesidades de PEEM”:

- 1) Trastornos mentales más comunes
- 2) Proceso familiar de aceptación de la enfermedad
- 3) Factores del logro terapéutico.
- 4) Medidas preventivas y de seguridad.
- 5) Actitudes terapéuticas y antiterapéuticas.
- 6) Principios de la rehabilitación psicosocial.

¡Bienvenidos y bienvenidas a la Feria!

Esta feria tiene una peculiaridad, ya que todos los juegos y las actividades recreativas están relacionados con la “promoción de la salud mental” en PEEM y su familiar. De ello te podrás dar cuenta con el simple nombre de cada juego:

“oca de experiencias significativas en torno a la enfermedad mental”

“perinola de actitudes terapéuticas”

“lotería de factores del logro terapéutico”

“memoria de acciones preventivas y de seguridad de la PEEM”

“dominó de los principios de la rehabilitación”

“ruleta del clima emocional”

“tiro a las áreas dañadas en los trastornos mentales más comunes”

<i>Instrucciones:</i>
<ol style="list-style-type: none"> 1. Explora los juegos de mesa. 2. Reúnete en equipo para jugarlos de manera tradicional. 3. La variante es que tú y los demás participantes podrán expresar el significado personal que encuentran en cada tema (según la parte del juego), de acuerdo a sus propias experiencias significativas en relación al miembro de su familia con experiencia de enfermedad mental.
<i>Anota aquí: cómo te sientes, de qué te das cuenta, qué vas a hacer.</i>

PASOS PARA OPTIMIZAR MIS ACTITUDES HACIA MI Y HACIA LA PEEM						
Factores Propósitos	EXPERIEN. significati vas	Actitudes terapéuti-cas	Fact. del logro terapéutico	Acciones preV. y de seguridad	Clima emocionalL	Areas dañadas con el trast. mental
AREA A TRABAJAR	LUNES	MARTES	MIERCO- LES	JUEVES	VIERNES	SABADO

ENTRENAMIENTO: ACTITUDES FACILITADORAS

Introducción

Después de haber realizado el descubrimiento de ti misma(o) y del significado que para ti tiene la enfermedad mental en tu familiar, planteando los primeros pasos para emprender el camino en la rehabilitación, ahora vas a valorar tu propio potencial terapéutico, es decir tus recursos para ayudar, ejercitándote a través de las relaciones interpersonales, en especial con la PEEM.

Las actitudes facilitadoras se refieren al arte de interactuar de manera efectiva, haciendo uso natural de las propias capacidades, promoviendo la salud mental propia y de las personas con quienes convivimos.

Como objetivo de esta fase:

- III. Manifiestarás tu fase personal en el desarrollo de actitudes facilitadoras hacia la PEEM como proceso de ayuda, a partir de
 - El conocimiento de ti misma
 - El conocimiento de la Enfermedad Mental y los factores del logro terapéutico
 - El ejercicio terapéutico de tus interacciones en experiencias vivenciales.

Para lograrlo, aplicarás hasta donde te sea posible, las siguientes habilidades en la interacción:

- 1) atención física, observación y escucha
- 2) responder a contenidos, a sentimientos
- 3) profundizar: significados, problemas, nuevos sentimientos y metas.
- 4) programar pasos e implementar refuerzos.

1. La atención

En tu experiencia con la PEEM sabes la importancia que tiene el poner atención a los mensajes verbales y no verbales, a los signos y señales de alarma en tu familiar, pues así detectas las necesidades reales que como persona posee.

<i>Ejercicios de observación.</i>
Escoge dos compañeros entre los miembros de tu grupo. Tomen en equipo un objeto (por ejemplo, un gis) Cada uno observe con detalle (mire, toque, huela...) el objeto y anote sus características, incluso más allá de lo que los demás puedan decir.
Objeto:
Características:

Comenta en equipo tus respuestas.
Anoten una conclusión del equipo.

Conclusión del equipo

Anota tus aprendizajes personales y cómo será la aplicación con la PEEM.

¿De qué me doy cuenta?

¿Cómo lo puedo usar con LA PEEM?

¿Qué voy a hacer?

Comenten en el grupo su experiencia.

Ejercicios de atención física (Egan, 1981, p. 11).

Escoge una pareja para hacer equipo:

Inicien un diálogo donde tú miras a tu pareja y el otro no te presta atención.

Se cambian los papeles.

Anota tus aprendizajes personales.

Comenten en el grupo su experiencia

¿De qué me doy cuenta?

¿Cómo lo puedo usar con LA

¿Qué voy a hacer?

PEEM

Ejercicios de escucha

Divídase el grupo en dos partes:

La primera parte del grupo hace un círculo en el centro y se pone a dialogar acerca de su más reciente situación difícil con PEEM.

La segunda mitad del grupo se reparte a cada uno de los miembros del centro para observarlos mientras hablan, anotando los comportamientos verbales y no verbales (sin interpretaciones).

Comenta en el grupo tu experiencia

GRUPO OBSERVADO

Contenido verbal
del diálogo

Comportamiento no verbal

¿De qué me doy cuenta?

**¿Cómo lo puedo usar con
LA PEEM?**

¿Qué voy a hacer?

Anota tus aprendizajes personales:

1.4 Ejercicios de atención, observación y escucha hacia PEEM.

<i>Escoge una pareja entre los miembros de tu grupo:</i>
Elijan en equipo una persona hospitalizada Uno se pone a dialogar mientras el otro observa con detalle y anota los mensajes verbales y no verbales (movimientos, posturas, tono de voz, volumen, ritmo de las palabras, etc.) de la PEEM. Comenten en equipo sus respuestas.

GRUPO OBSERVADO	
Contenido verbal del diálogo	Comportamiento no verbal

CONCLUSIÓN DEL EQUIPO

Anota tus aprendizajes personales.

<i>¿DE QUÉ ME DOY CUENTA?</i>	<i>¿CÓMO LO PUEDO USAR CON LA PEEM?</i>	<i>¿QUÉ VOY A HACER?</i>

Comenten en el grupo su experiencia

2. Responder.

En la interacción humana, es imposible permanecer por siempre callados. Por eso, es muy importante que te des cuenta de tu forma de responder a tu familiar cuando se dirige a ti, para ver si logras “hacerle sentir que es acogido, escuchado,

comprendido, respetado en su forma de ser y colocado en el centro de la relación...”

(Giordani, 1988, p. 221).

Pero ¿Cómo?

A continuación se te presentan una serie de ejercicios para que reconozcas tus formas de responder.

2.1 Instrucciones

Escribe cómo contestarías a las siguientes frases imaginando que te las dice tu familiar a través de su experiencia de enfermedad mental:

Nota:

En la parte inferior hay recuadros para que anotes frases que tu haz experimentado o te han comentado otros familiares.

<i>FRASES</i>	<i>RESPUESTAS</i>
No quiero internarme en este hospital, pues este es para “locos”.	
No quiero las pastillas, tómatelas tú.	
Tú me quieres envenenar	
Me voy a matar. Pues sólo así se solucionan los problemas.	
Te ves ridícula con ese vestido.	

¿Pudiste imaginar los sentimientos o las necesidades que hay detrás de cada frase?

Si llegaste a contestar con un regaño, consejo, crítica, orden, advertencia, recompensa, consuelo, u otras posibilidades, sin llegar a identificar el sentimiento, la necesidad o problema real, quizá la otra persona se sienta no escuchada o comprendida, sin embargo ¡no te preocupes! ¡Puedes aprender!

Cuando tu familiar se decide comunicarse es porque lo necesita, sólo es cuestión de descifrar.

A través de lo que observas, lo que escuchas, lo que conoces de su forma de ser y de los principales síntomas de su enfermedad, te vuelves más sensible no sólo a las palabras, sino a los comportamientos no verbales y tus habilidades para tomar en cuenta el contexto total de su conversación se van desarrollando. A tal grado que eres capaz de descifrar si está cansado, triste, tiene sueño, coraje, está aburrido, entró en crisis, etc.

Pero es demasiado importante que no sólo tú lo sepas, sino que con criterio se lo expreses verbalmente.

Para ejercitarte, primero puedes sólo repetir con tus palabras el mensaje escuchado.

A continuación vas a realizar un ejercicio sólo de repetir verbalmente lo que haz escuchado en otra persona (Egan, 1982: 15).

2.2 Instrucciones:

Reúnete en equipos de tres participantes: “a” el que comunica, “b” el que escucha y “c” el que observa.

<i>Participante</i>	<i>acción</i>
“a”	hace un comentario acerca de sí mismo en una frase
“b”	Contesta “dices que...”, repitiendo <u>lo sustancial</u> .
“c”	Verifica la forma de responder y retroalimenta a “b”.

2.3 Instrucciones:

Ahora en grupos de dos, pasan con las PEEM y de manera discreta mientras uno dialoga, el otro anota para retroalimentarse.

<i>ANOTA TUS APRENDIZAJES PERSONALES.</i>		
¿De qué me doy cuenta?	¿Cómo lo puedo usar con PEEM	¿Qué voy a hacer?

- Comenta en el grupo su experiencia
- No olvides ejercitar en casa estas habilidades aprendidas.

2.2 *ejercicios para profundizar*. Significa hablar de manera específica acerca de: *experiencias* (lo que te pasa o te deja de pasar); *conductas* (lo que haces o dejas de hacer); *sentimientos* (relacionados con las experiencias o las conductas).

El profundizar es muy importante si deseas ayudar a la PEEM a hablar, en la medida de lo posible, acerca de sí mismo.

Instrucciones:

A continuación se te invita a hablar de tus sentimientos, conductas o experiencias, primero vagamente y después de una manera concreta. Esto te servirá para la forma en que te comuniques con la PEEM.

3. *Personalizar*

Esta etapa favorece que la persona, en este caso la PEEM, tenga como aprendizaje: a dónde quiere ir. Esto es determinante en el proceso de la autonomía de la persona.

¿Hasta dónde percibe el margen de su libertad de decisión?

¿De quién o qué se siente víctima?

¿A qué o quién hace responsable de su situación: a causas externas como la enfermedad, los demás, ó al significado interno: a sí mismo?

Ejemplo de frases que favorecen la profundización:

“Tú te sientes... porque tú...”

“tú te sientes... porque tu no...”

“Te sientes... porque tu no...”

“Tú te sientes... porque tú no... y deseas...”

3.1 instrucciones

Escucha la letra de la canción “Te seguiré” de Alberto Plaza y escribe usando la destreza para profundizar.

1. _____	2. _____
3. _____	4. _____
5. _____	6. _____

DECLARACIÓN VAGA/ CONFUSA:	DECLARACIÓN CONCRETA:
<i>EJEMPLO: “ME AFECTAN LOS COMENTARIOS DE LA GENTE”</i>	<i>EJEMPLO: “ME SIENTO CULPABLE CUANDO EN LA CALLE, SE BURLAN LOS VECINOS DE LA PEEM”</i>
declaración vaga/ confusa:	declaración concreta:

4. Programar pasos

Esta fase significa encontrar una orientación de vida que de significado positivo a la propia existencia, usando la creatividad y productividad de la que la persona es capaz.

<i>Instrucciones.</i>
Elige una situación en donde la PEEM tiene algún deseo, intención, para convertirlo en meta e intenta ayudarlo a contestar en base a ella las siguientes preguntas:

Antes procura atender los ejemplos que se te expondrán.

<i>¿CUÁL ES LA SITUACIÓN?</i>	
<i>¿Quién?</i>	
<i>¿Qué?</i>	
<i>¿Dónde?</i>	
<i>¿Cómo?</i>	
<i>¿Cuándo?</i>	
<i>¿Por qué?</i>	

Resumiendo

Prestar atención:

Significa acoger con bondad, escuchar con atención e interés, respeto sincero, implica las destrezas de:

<i>PRESTAR ATENCIÓN:</i>

atención física, observación del comportamiento (atención psicológica) y escucha.

Esta se debe dar en todas las entrevistas.
--

Para favorecer el tratamiento de la enfermedad mental que experimenta tu familiar, requieres conocer los signos y señales de la enfermedad, poner mucha atención a los avisos, expresiones verbales o no, respecto de situaciones especiales o conductas de riesgo, como por ejemplo el suicidio.

El factor crítico es la eficiencia de los familiares de la PEEM para atender con precisión las necesidades básicas así como la comunicación no verbal para tratar de entender lo que sucede en su interior y puedan proporcionarle lo que necesita en el momento que lo necesita. Esto se logra en un ambiente de confianza.

Responder:

Ahora se requiere una pre-ayuda para implicar a la PEEM en la exploración. En esta fase TU le devuelves a la PEEM lo que te parece haber recibido del mensaje verbal y/o no verbal, favoreciendo la toma de conciencia del problema. Las destrezas que implica son:

RESPONDER:
Responder al contenido.

Mantén una comunicación constante con la PEEM, pues regularmente le hace falta alguien que la escuche, hablará no sólo de sus delirios o ideas depresivas, sino de sus sentimientos y preocupaciones, de cosas prácticas sobre la familia, dinero, expectativas.

Personalizar:

Se pretende profundizar más de lo que la PEEM nos comunica; filtrar la comprensión a través de nuestra experiencia, hacer que la PEEM comprenda el nivel en el que se encuentra en comparación con el que quiere tener, en la medida de sus posibilidades. *Las destrezas son:*

PERSONALIZAR:

el significado: (que la PEEM sea ayudada a ver hasta dónde está comprometido en la situación);

el problema: ayudar a que la PEEM vea hasta donde le sea posible, la responsabilidad personal en el problema, que lo vea como propio;

El nuevo sentimiento: sensibilizar la conciencia y comprensión de los sentimientos que está sintiendo hacia sí misma;

la meta: Cuando la PEEM acepta en lo posible su responsabilidad y su papel personal, se muestra deseoso de alcanzar la meta, para lo cual TU buscas cuál es la meta y cómo ayudar.

Acción.

Después de la autoexploración y el autoconocimiento, se pretende estimular a la acción. Las destrezas son:

ACCIÓN:

definición de la meta:

proponer a la PEEM un objetivo concreto y constructivo; considerando: quién, qué, dónde, cuando, cómo y por qué;

programar los pasos a seguir para lograr el objetivo : lo que desea y lo que lo lleva a la meta;

uso de refuerzos:

promover una elección de premios que la persona se dará a sí misma, considerando las propias tendencias normales a justificar las debilidades e infidelidades.

AUTOEVALUACION FINAL

Una vez concluido el taller se te pide que evalúes tus logros y tus aspectos a mejorar que siguen pendientes, haciendo uso de la escala de apreciación personal del desarrollo de actitudes hacia la PEEM.

La PEEM

“es experta en su propia realidad interior”.

“...para entrar en su mundo privado y ser sensible a los sentimientos cambiantes que fluyen (detrás de todos esos síntomas) , a la vez que delicadamente, sin emitir juicios, señalando los posibles significados en el flujo de la experiencia sin intentar otra cosa que “ser con el otro en el conflicto” tal y como lo experimenta”

(Troncoso, 1997, p. 35).

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

APENDICE: 9

**ESCALA DE APRECIACION PERSONAL EN EL DESARROLLO DE
ACTITUDES DEL FAMILIAR DE LA PEEM.**

Autores: Troncoso, M. & Repetto M. (1997).

Adaptación: Ma. de los Dolores Hermosillo (2008)

Autoevaluación del Familiar de la PEEM.

DATOS PERSONALES

Nombre: _____
Sexo: _____ Edad _____
Estado civil: _____ Escolaridad _____
Fecha: _____

FASE AUTO-EXPLORATORIA

(Ejercicios con mi persona)

INSTRUCCIONES: Lee con cuidado cada juicio y marca escribiendo:

- 1: Si tu no sentiste en ningún momento lo que dice la leyenda.
- 2: Si tu sentiste en algunos momentos lo que dice la leyenda.
- 3: Si tú sentiste muchas veces lo que dice la leyenda
- 4: Si tú sentiste en todo momento lo que dice la leyenda

- a) Sentí muchos deseos de participar ()
- b) Imaginé que podía hacerlo o intentarlo ()
- c) vi que era posible hacerlo (o aprenderlo) bien ()
- d) Usé mi tiempo en ensayar cómo hacerlo y saberlo ()
- e) Me di cuenta que era capaz de hacerlo por mí misma ()

PUNTOS: _____

Comentarios, sugerencias, situaciones de las que me di cuenta, propósitos conmigo y con mi familiar con experiencia de enfermedad mental.

FASE COMPRENSIVA

(Ejercicios acerca de lo que significa para mí la enfermedad mental y los factores del logro terapéutico)

INSTRUCCIONES: Lee con cuidado cada juicio y marca escribiendo:

- 1: Si tu no sentiste en ningún momento lo que dice la leyenda.
- 2: Si tu sentiste en algunos momentos lo que dice la leyenda.
- 3: Si tú sentiste o que dice la leyenda
- 4: Si tú sentiste en todo momento lo que dice la leyenda

- a) Pregunté lo que no entendía ()
- b) Sentí mucha curiosidad ()
- c) Sentí deseos de saber más acerca de mí ()
- d) Se me ocurrió un modo de buscar lo que quería saber ()
- e) Sentí que yo podía encontrar respuesta a mis preguntas ()

PUNTOS: _____

Comentarios, sugerencias, situaciones de las que me di cuenta, propósitos conmigo y con mi familiar con experiencia de enfermedad mental.

FASE DE CONTRATOS

(Los compromisos que hice conmigo mismo, con mi familiar y mi familia, a lo largo de este taller)

INSTRUCCIONES: Lee con cuidado cada juicio y marca escribiendo:

- 1: Si tu no sentiste en ningún momento lo que dice la leyenda.
- 2: Si tu sentiste en algunos momentos lo que dice la leyenda.
- 3: Si tú sentiste o que dice la leyenda
- 4: Si tú sentiste en todo momento lo que dice la leyenda

- a) Elegí claramente lo que yo quería saber ()
- b) Pensé y conversé hasta ver con claridad lo que yo quería hacer ()
- c) Cumplí con todas las exigencias de mi contrato ()
- d) Aproveché todos los materiales y recursos requeridos ()
- e) Solucioné todas las dificultades que tenía en mis acciones ()

PUNTOS: _____

Comentarios, sugerencias, situaciones de las que me di cuenta, propósitos conmigo y con mi familiar con experiencia de enfermedad mental.

FASE DE COMUNICACIÓN

(El ejercicio de las relaciones interpersonales durante todo el curso, en especial en la última fase: con el grupo y mi familiar con experiencia de enfermedad mental).

INSTRUCCIONES: Lee con cuidado cada juicio y marca escribiendo:

1: Si tu no sentiste en ningún momento lo que dice la leyenda.

2: Si tu sentiste en algunos momentos lo que dice la leyenda.

3: Si tú sentiste muchas veces lo que dice la leyenda

4: Si tú sentiste en todo momento lo que dice la leyenda

- a) Me sentí cómodo explicando mis experiencias durante el curso. ()
- b) Usé bien las palabras que necesitaba para expresarme ()
- c) Hice que mis compañeros se sintieran interesados en lo que yo estaba comunicándoles. ()
- d) Aporté información de acuerdo con lo que yo sabía ()
- e) Dejé que me retroalimentaran ()

PUNTOS: _____

Comentarios, sugerencias, situaciones de las que me di cuenta, propósitos conmigo y con mi familiar con experiencia de enfermedad mental.

AVANCE DE ACTITUDES FACILITADORAS
(En especial hacia mi familiar con experiencia de enfermedad mental)

INSTRUCCIONES: Lee con cuidado cada juicio y marca escribiendo:

A: No describe en absoluto lo que (me) sucede.

B: No describe lo que (me) sucede.

C: Describe lo que rara vez (me) sucede.

D: Describe lo que generalmente (me) sucede.

E: Describe lo que me sucede con gran fidelidad.

1. Observo una tendencia a respetar y a alentar a las personas, incluyendo a mi familiar con experiencia de enfermedad mental, como portadoras de sentimientos e iniciativas propias. ()
2. Interactúo con todos los miembros de este grupo y con mi familia de manera afectuosa. ()
3. Observo en mí una marcada tendencia a no etiquetar a las personas, independientemente de su estado físico o mental, respetando el derecho a la dignidad y a la honra de todos los miembros de la comunidad. ()
4. Demuestro interés personal y cordialidad cuando interactúo con personas con experiencia de enfermedad mental y sus familiares. ()
5. Demuestro comprensión empática cuando interactúo, reflexionando lo que he entendido, con honestidad y sin adelantarme en dar recetas de comportamiento. ()
6. Organizo acciones específicas semanalmente en compañía de mi familiar con experiencia de enfermedad mental. ()
7. Asisto a grupos de autoayuda para familiares de personas con experiencia de enfermedad mental. ()
8. Procuro que en mi familia haya momentos de encuentro y desarrollo personal para todos. ()
9. Mantengo actualizados los tratamientos de mi familiar con experiencia de enfermedad mental. ()
10. Mantengo informado al equipo médico que atiende a mi familiar con experiencia de enfermedad mental acerca de situaciones especiales en su tratamiento y rehabilitación. ()
11. Colaboro con la familia en las tareas y áreas de apoyo personal a mi familiar con experiencia de enfermedad mental. ()

12. He observado que mis familiares respetan y cooperan con las actividades que llevo puestas en marcha con nuestro familiar con experiencia de enfermedad mental. ()
13. Facilito las acciones que benefician directamente a mi familiar con experiencia de enfermedad mental y de paso a toda la familia. ()
14. Soy aceptada por mi familiar con experiencia de enfermedad mental y mi acción es apoyada por él. ()
15. Mis sugerencias son apoyadas por la familia. ()

SUGERENCIAS DE TRABAJO.

1. Selecciona los ítems que marcaste con la letra "A", eligiendo los que consideren mayor atención.
2. Selecciona los que marcaste con "B", eligiendo los que sean susceptibles de ser mejorados.
3. Selecciona los ítems marcados con la letra "C", analizando tus propias limitaciones y la posibilidad de cambio en éstas(s) áreas(s).
4. Selecciona los ítems marcados con la letra "D" y analiza aquellos rasgos que dejan en evidencia una permanente intencionalidad de servicio y empatía en ti.
5. Selecciona los ítems marcados con la letra "E" y procede a analizar las actitudes habituales que hacen que tú seas considerado con respeto y aceptación por tu familiar con experiencia de enfermedad mental, por los demás miembros de la familia y por tu comunidad.

Otros comentarios, propósitos, situaciones de las que tomaste conciencia o enmiendas:

APENDICE: 10:

Productos logrados durante la intervención psicológica.

SESIÓN	PRODUCTOS:	PARTICIPANTES									
		FP1.	FP2.	FP3.	FP4.	FP5.	FP6.	FP7.	FP8.	FP9.	TOTAL
1	-cuestionario tipo escala contestado (evaluación diagnóstica)	1	1	1	1	1	1	1	1	1	9
	-contrato terapéutico firmado	1	1	1	1	1	1	1	1	1	9
2	-contacto físico en la presentación	1	1	1	1	1	1	1	1	1	9
	-escrito: criterios de logro	1	1	1	1	1	1	1	1	1	9
	-Ejercicios del manual realizados y escritos (ver: II,1, 2.1-2.3)	1	1	1	1	1	1	1	1	1	9
	-Ejercicios del manual realizados y escritos (ver: III, 1-5).	1	1	1	1	1	0	1	1	1	9
	-Expresión verbal: las formas para generar ambiente de confianza.	1	1	1	1	1	0	1	1	1	9
3	-ejercicio de inducción grupal realizado	1	1	1	1	1	0	1	1	1	9
	-Ejercicios del manual realizados y escritos (ver: Manual III, 5).	1	1	1	1	1	1	1	1	0	9
	-Lectura de conclusiones del ejercicio anterior por los participantes.	1	1	1	1	1	0	1	1	0	9
	-Expresión verbal: las formas para generar ambiente de confianza.	1	1	1	1	1	1	1	1	0	9
4	-Ejercicios del manual realizados y escritos (ver: 5.1, 5.2, 5.4)	1	1	1	1	1	1	1	1	1	9
	-Lectura de conclusiones del ejercicio anterior por al menos tres participantes	1	1	1	1	1	1	1	1	1	9
5	-Dibujo de la propia silueta decorado.	1	1	1	1	1	1	1	1	1	9
	-Descripción verbal acerca del ejercicio: sensaciones, ampliación de conciencia y propósitos	1	1	1	1	1	1	1	1	1	9
	Ejercicios del manual realizados y escritos (ver: fase III, 5:5.3, 5.4).	1	1	1	1	1	1	1	1	1	9
	-Expresión verbal: las formas para generar ambiente de confianza.	1	1	1	1	1	1	1	1	1	9
	Ejercicios del manual realizados y escritos (ver: fase III, 5:5.6).	1	1	1	1	1	1	1	1	1	9

6	- Descripción verbal y escrita acerca del ejercicio de cierre grupal : cambios personales observados: en el cuerpo, en el estado de ánimo, en las relaciones aquí y ahora, en las relaciones familiares.	1	1	1	1	1	1	1	1	1	9
7	-Dibujo de las áreas de vida (ver: Manual, fase III, 6: 6.1).	1	1	1	1	1	1	1	1	0	
	- Verbalización de la aceptación del compromiso para realizar el ejercicio.	1	1	1	1	1	1	1	1	1	9
	- Ejercicios del manual realizados y escritos: áreas de vida (ver: Manual, fase III, 6: 6.1).	1	1	1	1	1	1	1	1	0	9
	- Ejercicios del manual realizados y escritos: fantasía de convertirse en una PEEM (ver. Manual, fase III, 6: 6.2-6.3).	1	1	1	1	1	1	1	1	1	9
8	-Ejercicios del manual realizados y escritos que integren las sensaciones descubiertas durante toda la fase de autoexploración (ver: Manual, fase III, 6: 6.3).	1	1	1	1	1	1	1	1	1	9
	- Ejercicios del manual realizados y escritos: sensaciones descubiertas en relación a sí mismo y a su relación con la PEEM (“proceso de aceptación de la enfermedad mental”) (Ver: Manual, fase IV, 1).	1	1	1	1	1	1	1	1	1	9
	-Expresión verbal: las formas para generar ambiente de confianza	1	1	1	1	1	1	1	1	1	9
	- Ejercicios del manual realizados y escritos: semejanzas y diferencias entre los estados de ánimo) (Ver: Manual, fase V, ejercicio 1).	1	1	1	1	1	1	1	1	1	9
	-Listado de lo que cada participante desea saber y quiere hacer (Ver: Manual, fase VI, ejercicio 1).	1	1	1	1	1	1	1	1	1	9
9 10	- Ejecución en equipo de los juegos de mesa	1	1	1	1	1	1	1	1	1	9
	-Listas de verificación (personal /grupal) contestadas, de las características y necesidades propias de la enfermedad mental del familiar y su rehabilitación, donde se señalen las que requieren tomarse en cuenta para el logro de las estrategias personales planteadas.	1	1	1	1	1	1	1	1	1	9
	- Listado de cada participante con al menos 3 ventajas y 3 desventajas detectadas en las estrategias planteadas anteriormente...	1	1	1	1	1	1	1	1	1	9

11	- Documento con el nuevo plan de acción específico de cada participante.	1	1	1	1	1	1	1	1	1	9
	-Listado con los pasos a seguir de cada participante.	1	1	1	1	1	1	1	1	1	9
	-Documento con el contrato personal firmado	1	1	1	1	1	1	1	1	1	9
12	listas de evaluación grupal y autoevaluación en cada participante, durante los ejercicios de diálogo: -Atención física sostenida	1	1	1	1	1	0	1	1	0	9
	-Respuestas adecuadas a contenidos y sentimientos de la persona que le habla.	1	1	1	0	1	0	1	1	0	9
13	- Colaboración adecuada para ayudar a centrar los significados, problemas y sentimientos propios de la persona.	1	1	1	0	1	0	1	1	0	9
	- Colaboración adecuada en la programación de pasos, en la implementación de refuerzos	1	1	1	0	1	0	1	1	0	9
14	Autoevaluación: Listado de los elementos específicos que le permitieron a c/u:										
	- percibirse y percibir a los demás en un ambiente de aceptación, de lo que es y de lo que aún le resta por ser.	1	1	1	1	1	1	1	1	1	9
	- tomar conciencia de poder hacer por sí mismo aquello para lo que se siente apto.	1	1	1	1	1	1	1	1	1	9
	- tener presencia empática que es capaz de ver las cosas "como si fuera la otra persona".	1	1	1	1	1	1	1	1	1	9
	- tener presencia eficaz en la toma de decisiones de las que depende el desarrollo responsable de sí.	1	1	1	1	1	1	1	1	1	9
	-cuestionario tipo escala contestado (evaluación final)	1	1	1	1	1	1	1	1	1	9
TOTALES		43	43	43	40	43	35	43	43	36	

APENDICE: 11

Resultados de la autoevaluación final											
FASE	CALIFICACION De lo que dice la leyenda: 1: Si tú no lo sentiste en ningún momento. 2: Si tú lo sentiste en algunos momentos 3: Si tú lo sentiste muchas veces. 4: Si tú lo sentiste en todo momento.	FAMILIARES PARTICIPANTES									
		FP1.	FP2.	FP3.	FP4.	FP5.	FP6.	FP7.	FP8.	FP9.	PROMEDIO
FASE AUTOEXPLORATORIA (ejercicios con mi persona)	a) Sentí muchos deseos de participar.	4	1	NP*	3	4	4	NP*	4	1	3
	b) Imaginé que podía hacerlo o intentarlo.	4	3		3	4	2		2	3	3
	c) Vi que era posible hacerlo bien	2	2		4	4	3		4	2	3
	d) Usé mi tiempo en ensayar cómo hacerlo y saberlo	3	1		4	3	2		4	4	3
	e) Me di cuenta que era capaz de hacerlo por mí misma	4	1		4	3	2		4	1	3
	<i>Promedio por fase</i>	3	2	0	4	4	3		4	2	
FASE COMPRESIVA (Significados personales)	a) Pregunté lo que no entendía	2	2		3	2	4		4	4	3
	b) Sentí mucha curiosidad	3	2		3	2	3		4	3	3
	c) Sentí deseos de saber más	4	4		2	3	4		4	4	4
	d) Se me ocurrió un modo de buscar lo que quería saber	1	1		3	4	4		3	2	3
	e) Sentí que yo podía encontrar respuesta a mis preguntas	3	4		2	3	4		3	3	3
	<i>promedio por fase</i>	3	3	0	3	3	4	0	4	3	
FASE DE CONTRATOS (propósitos)	a) Elegí claramente lo que yo quería saber	4	3		3	3	4		2	2	3
	b) Pensé y conversé hasta ver con claridad lo que yo quería hacer.	3	3		4	2	4		4	3	3
	c) Cumplí con todas las exigencias de mis propósitos.	3	3		3	2	2		3	3	3
	d) Aproveché todos los materiales y recursos requeridos	4	3		4	2	4		3	3	3
	e) Solucioné todas las dificultades que tenía en mis acciones.	4	3		4	2	2		2	3	3
	<i>promedio por fase</i>	4	3	0	4	2	3	0	3	3	3
FASE DE COMUNICACION (proceso de interacciones)	a) Me sentí cómodo explicando mis experiencias durante el curso	4	3		4	4	4		4	2	4
	b) Usé bien las palabras que necesitaba para expresarme	3	3		3	3	3		2	3	3
	c) Hice que mis compañeros se sintieran interesados en lo que yo estaba comunicándoles.	3	3		3	2	3		2	2	3
	d) Aporté información de acuerdo con lo que yo sabía	4	3		3	3	3		4	4	3
	e) Dejé que me retroalimentaran	4	4		2	4	3		4	3	3
	<i>promedio por fase</i>	4	3	0	3	3	3	0	3	3	3

FASE	CALIFICACION A: No describe en absoluto lo que (me) sucede. B: No describe lo que (me) sucede. C: Describe lo que rara vez (me) sucede. D: Describe lo que generalmente (me) sucede. E: Describe lo que me sucede con gran fidelidad.	FAMILIARES PARTICIPANTES								
		FP1.	FP2.	FP3.	FP4.	FP5.	FP6.	FP7.	FP8.	FP9.
AVANCE DE ACTITUDES FACILITADORAS (En especial hacia mi familiar con experiencia de enfermedad mental)	1. Observo una tendencia a respetar y a alentar a las personas, incluyendo a mi familiar con experiencia de enfermedad mental, como portadoras de sentimientos e iniciativas propias.	E	D	* NP	E	D	D	* NP	D	B
	2. Interactúo con todos los miembros de este grupo y con mi familia de manera afectuosa.	D	D		D	D	E		E	D
	3. Observo en mí una marcada tendencia a no etiquetar a las personas, independientemente de su estado físico o salud mental, respetando el derecho a la dignidad y a la honra de todos los miembros de la comunidad.	E	D		E	C	D		C	D
	4. Demuestro interés personal y cordialidad cuando interactúo con personas con experiencia de enfermedad mental y sus familiares.	D	D		E	C	D		E	E
	5. Demuestro comprensión empática cuando interactúo, reflexionando lo que he entendido, con honestidad y sin adelantarme en dar recetas de comportamiento	D	D		E	D	D		D	B
	6. Organizo acciones específicas semanalmente en compañía de mi familiar con experiencia de enfermedad mental.	D	B		D	B	A		D	D
	7. Asisto a grupos de autoayuda para familiares de personas con experiencia de enfermedad mental.	A	D		D	D	D		E	E
	8. Procuro que en mi familia haya momentos de encuentro y desarrollo personal para todos.	D	B		D	C	C		E	D
	9. Mantengo actualizados los tratamientos de mi familiar con experiencia de enfermedad mental.	E	E		D	D	C		E	E
	10. Mantengo informado al equipo médico que atiende a mi familiar con experiencia de enfermedad mental acerca de situaciones especiales en su tratamiento y rehabilitación.	E	D		D	E	C		E	E

AVANCE DE ACTITUDES FACILITADORAS (En especial hacia mi familiar con experiencia de enfermedad mental)	CALIFICACION A: No describe en absoluto lo que (me) sucede. B: No describe lo que (me) sucede. C: Describe lo que rara vez (me) sucede. D: Describe lo que generalmente (me) sucede. E: Describe lo que me sucede con gran fidelidad.								
	FP1.	FP2.	FP3.	FP4.	FP5.	FP6.	FP7.	FP8.	FP9.
11. Colaboro con la familia en las tareas y áreas de apoyo personal a mi familiar con experiencia de enfermedad mental.	E	D		E	B	D		D	E
12. He observado que mis familiares respetan y cooperan con las actividades que llevo puestas en marcha con nuestro familiar con experiencia de enfermedad mental.	D	D		D	A	B		C	E
13. Facilito las acciones que benefician directamente a mi familiar con experiencia de enfermedad mental y de paso a toda la familia.	E	D		D	C	D		E	C
14. Soy aceptada por mi familiar con experiencia de enfermedad mental y mi acción es apoyada por él.	E	D		E	E	C		E	D
15. Mis sugerencias son apoyadas por la familia.	E	D		D	C	D		C	E

Resultados de la evaluación cualitativa:

GRÁFICAS

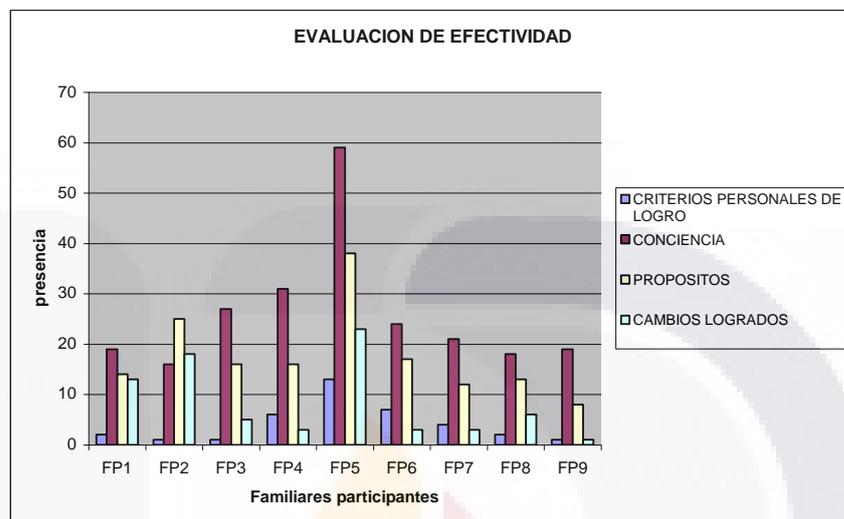


Figura 5 Fuente: cálculos propios a partir de la presencia de citas durante el análisis de la información recabada en los distintos procesos; mayo, 2008.

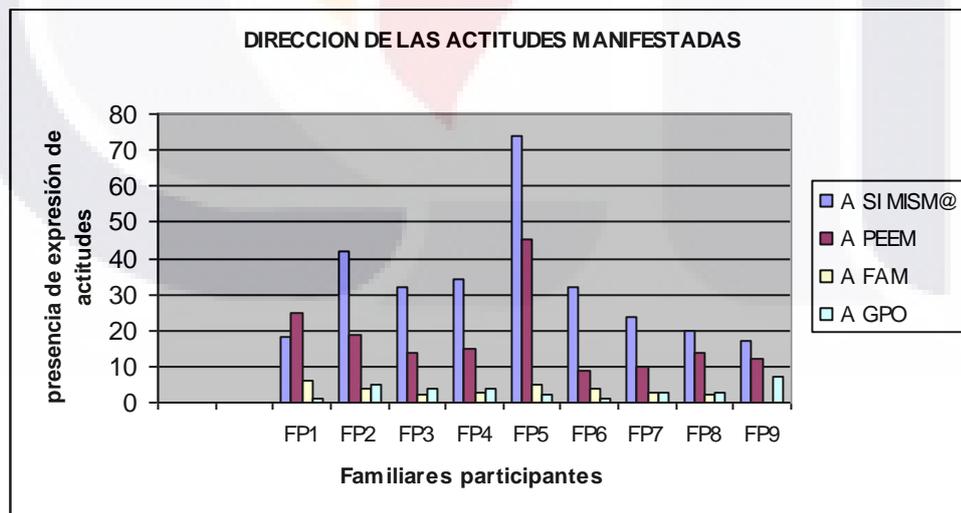


Figura: 6 Fuente: cálculos propios a partir de la presencia de citas durante el análisis cualitativo de la información recabada en los distintos procesos; mayo, 2008.

EVALUACION DEL PROCESO GRUPAL

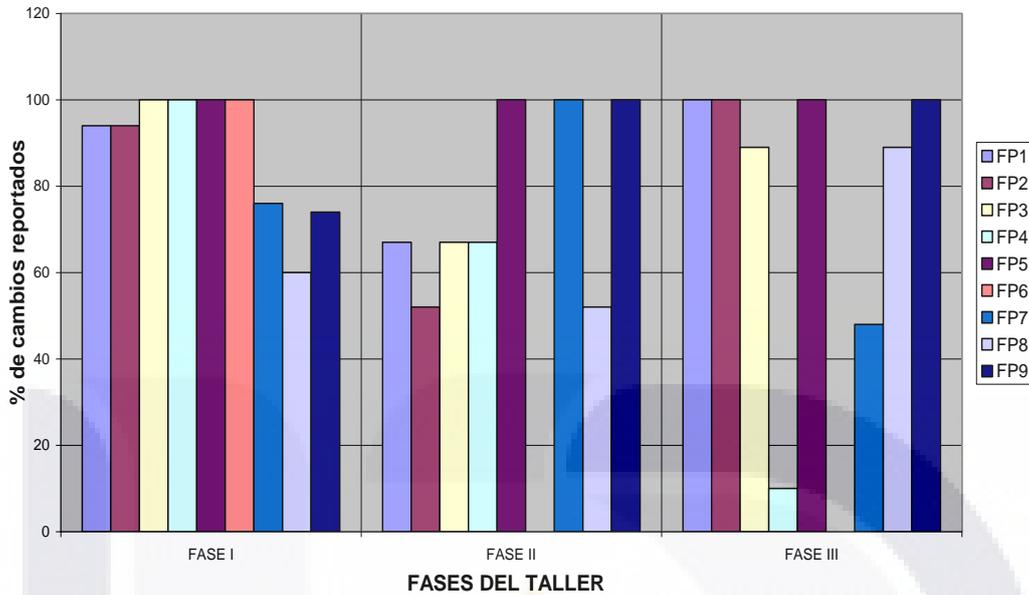


Figura: 7 Fuente: cálculos propios a partir del análisis cualitativo de la información recabada en los distintos procesos; mayo, 2008.

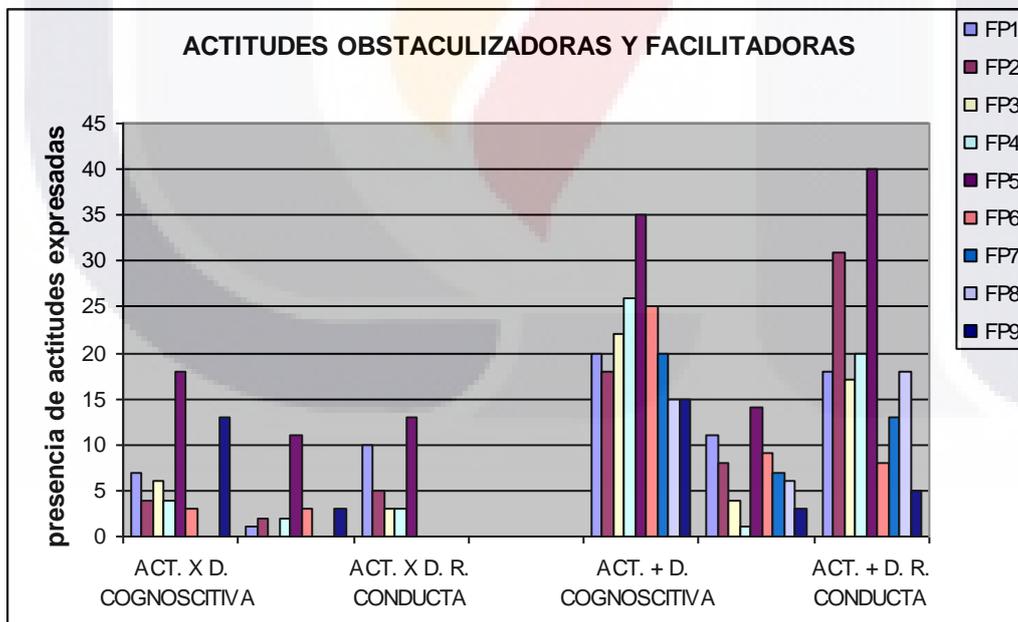


Figura 8. Gráfica que muestra la presencia de expresión conciente de actitudes obstaculizadoras y facilitadoras en las bitácoras de cada uno de los familiares participantes. Fuente: cálculos propios a partir del análisis cualitativo de la información recabada en los distintos procesos; mayo, 2008

Reporte grupal de la confianza generada en el grupo
(TEXTUAL)

Hemos aprendido que más que amigos, somos una familia, ya que tenemos mucho en común; ya no nos cuesta trabajo expresar lo que sentimos, debido a la confianza que nos tenemos; en los ejercicios, hubo quienes quisimos cambiar lo que en la realidad no podemos y ahora nos damos cuenta que necesitamos empezar por dentro.

Algo importante es saber el trabajo que tenemos que hacer en casa;

Creíamos que mientras los demás estuvieran bien nos sentiríamos bien y no es así, ya que tenemos que tener claro que primero “tengo que estar bien yo”.

Observamos que a veces tenemos descuidos en nuestro cuerpo, sin querer o por querer expresar algo a los demás; expresamos que de igual manera hemos tenido cambios hacia la conducta de nuestras familias, ya que demostramos más entendimiento.

A veces los altibajos que presentamos van en mejoría gracias al taller; de nuestra actitud depende la respuesta de todos nuestros seres queridos, ubicándonos en la realidad de: ¿cómo estoy “Yo” aquí y ahora? y disfrutar lo que tenemos ahora.

LISTADO DE EVIDENCIAS DISPONIBLES:

1. Fotografías de las diferentes fases del trabajo terapéutico.
2. Cuestionarios contestados (pre y post).
3. Bitácoras originales, transcritas y codificadas con el programa de evaluación cualitativa del Atlas Ti.
4. Listado de códigos clasificados por categorías
5. diagramas de las familias de códigos.
6. Grabación en video de la última sesión (de autoevaluación).
7. guías de autoevaluación contestadas.
8. Grabación en audio de una entrevista con la PEEM de FP1.
9. Diario personal de la PEEM de FP1.