



Investigación en Salud
Universidad de Guadalajara
invsalud@cucs.udg.mx
ISSN (Versión impresa): 1405-7980
MÉXICO

2007

Angélica Jazmín Albarrán Ledezma / Marco Antonio Macías Terriquez
APORTACIONES PARA UN MODELO PSICOEDUCATIVO EN EL SERVICIO DE PSIQUIATRÍA DEL
HOSPITAL CIVIL FRAY ANTONIO ALCALDE EN GUADALAJARA, JALISCO, MÉXICO

Investigación en Salud, agosto, año/vol. IX, número 002

Universidad de Guadalajara

Guadalajara, México

pp. 118-124

Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal

Universidad Autónoma del Estado de México

<http://redalyc.uaemex.mx>



Aportaciones para un modelo psicoeducativo en el servicio de psiquiatría del Hospital Civil Fray Antonio Alcalde en Guadalajara, Jalisco, México

ANGÉLICA JAZMÍN ALBARRÁN LEDEZMA
MARCO ANTONIO MACÍAS TERRIQUEZ

RESUMEN

El modelo psicoeducativo es una propuesta dentro del universo de abordajes en salud mental que involucra tanto a profesionales de la salud como a familiares en el proceso de atención al sujeto diagnosticado con un trastorno o enfermedad mental, este modelo procura insertarse como parte de una atención integral y multidisciplinaria. En el presente se narra una vivencia de doce familiares de pacientes hospitalizados en el Servicio de Psiquiatría del Hospital Civil de Guadalajara posterior a su participación en un ejercicio de psicoeducación acerca de su percepción y entendimiento de las causas de enfermedad, interacción familiar, tratamientos, apreciación de la atención recibida y valoración del mismo ejercicio. En consecuencia a esta práctica, los realizadores hacen una reflexión sobre algunos principios de la propuesta psicoeducativa y de la factibilidad de una aplicación efectiva y con resultados palpables en relación con las limitantes y carencias en la institución pública.

Palabras clave: psicoeducación, salud mental, enfermedad mental, servicio de psiquiatría, familia.

ABSTRACT

The psychoeducational model, as a proposal in the universe of mental health, involves health care professionals as well as family members in the care given to an individual diagnosed with a mental illness or disease a tries to be inserted as a part of a total, multidisciplinary care. In this document we narrate the experience of 12 people whose family members are psychiatric wing inmates at Hospital Civil of Guadalajara after taking place in a psychoeducational practice about their perception and understanding of the disease, family interaction, treatments, attention they were given, as well as the practice itself. The drafters make a reflection about some psychoeducational model's principles and how feasible it is to efficiently apply them due to the limitations and lacks in the public institution. Emphasis is made about interdisciplinary work among mental health care professionals, as well as a strategic program endorsed by the hospital institutions.

Key Words: pychoeducation, mental health, mental disease, psychiatry service, family.

INTRODUCCIÓN

El OPD Hospital Civil Fray Antonio Alcalde de Guadalajara, como parte de los servicios que ofrece a población abierta, cuenta con servicio de psiquiatría, donde se implementa un modelo de atención denominado Puertas Abiertas, el cual involucra a la familia en el proceso del manejo, tratamiento y rehabilitación del paciente para que se integre a la vida productiva. La intención es rescatar los vínculos primarios y la estructura de soporte social, por considerarlos factores indispensables en el restablecimiento de la salud mental (1). Las personas que acuden a esta Institución son en su mayoría de escasos recursos y provienen del Occidente de la República Mexicana.

En la estancia hospitalaria del servicio se impartieron una serie de pláticas psicoeducativas a los familiares de los usuarios, consistentes en la divulgación de información científica actualizada de los diagnósticos, los signos y síntomas, señales de recaída y tratamiento de las distintas enfermedades y trastornos que ahí se atienden; incluyendo orientación a los familiares en el manejo de las formas de interacción dentro de la familia, en relación con las características y necesidades del usuario. Todo lo anterior enfatizado en la visión médica que considera los comportamientos que presentan los usuarios en una enfermedad con una base etiológica orgánica; además de la intervención de factores contingentes, el uso de medicamentos y la no vinculación de la familia en la etiología de la enfermedad.

Al efectuar este ejercicio los participantes han encontrado que la propuesta de psicoeducación tiene elementos que presentan diversas dificultades para su aplicación y obtención de resultados en esta Institución.

EL MODELO DE PSICOEDUCACIÓN

La psicoeducación se plantea como un modelo de intervención en el tratamiento integral de las enfermedades mentales. Se encuentra en el marco de los modelos multicausales de enfermedad, encabezados en psiquiatría por el modelo de vulnerabilidad - estrés (la facilidad para sufrir una enfermedad, sí se dan las condiciones precisas para que aparezca). Este modelo plantea como factores de vulnerabilidad los elementos genéticos, bioquímicos y cognitivos (2), además de los sucesos estresantes contingentes que se puedan presentar en la vida cotidiana y que pueden ser de difícil resolución para el individuo.

La psicoeducación surge del trabajo con familias de sujetos diagnosticados con esquizofrenia y su primera articulación se encuentra en los trabajos de George Brown, en particular su concepto de Emoción Expresada (Brown, 1972), acuñado en base a la observación de la interacción de familias en la que alguno de sus miembros presenta un cuadro diagnosticado de esquizofrenia. El autor, a partir de sus observaciones, afirma: "En tanto más intolerantes, sobre involucrados, hostiles y críticos son los familiares, más frecuentes son las recaídas en los enfermos" (3), lo que supone haber localizado elementos para determinar

patrones de comportamiento específicos entre familiares y enfermo que están involucrados en la recaída y agravamiento de los signos y síntomas de la enfermedad.

Uno de los principales objetivos de este modelo es disminuir la carga que el enfermo representa para su familia. Una vez localizados dichos comportamientos y articulados como patrones, se propone su intervención para modificarlos y cambiar sus efectos, lo que supone como resultado la disminución del número de recaídas del enfermo.

El concepto de psicoeducación podría definirse como:

La aproximación terapéutica en la cual se proporciona a los familiares de un paciente información específica acerca de la enfermedad, y entrenamiento en técnicas para afrontar el problema (3, 4).

Es un proceso educativo mediante el cual el facilitador detalla y resume información científica actual y relevante para responder preguntas acerca del origen, evolución y óptimo abordaje de un padecimiento desde su entorno, e implica también consejería y entrenamiento en técnicas para afrontar el problema (5)

En síntesis, la psicoeducación procura establecer en los familiares los siguientes principios: el trastorno es una enfermedad cerebral; lo imprescindible del seguimiento farmacológico; el involucramiento de la familia como el principal agente rehabilitador, procurando que en el hogar se mantenga una temperatura emocional tibia, buscando que los familiares tengan una forma de comportamiento basada en la información proporcionada, lo que favorecería una baja en el nivel de exigencias al enfermo al permitirle la libre expresión, facilitando la reinserción al medio social. (2)

El modelo de psicoeducación se ha ampliado desde la esquizofrenia para su aplicación en varios trastornos mentales, tales como la depresión, el trastorno por déficit de atención o los trastornos de la alimentación, incluyéndose



León Alegría/Papers 4

en las propuestas de educación sanitaria. Así, con variantes y adecuaciones en el contenido de la información, se puede estandarizar una dinámica de información para los distintos usuarios.

Los principios metodológicos son esquematizables en las siguientes indicaciones: I.- alianza terapéutica, II.- proporcionamiento de información, III.- propiciación de ambiente que vincule al paciente en la comunidad, IV.- integración gradual del paciente en su rol familiar, y V.- continuidad en el cuidado del paciente y vinculación institucional.

Todas las modalidades psicoeducativas comparten tres aspectos: 1.- ayuda a los familiares del paciente, 2.- reconocimiento de que el ambiente no está implicado en la etiología, y 3.- reforzamiento de habilidades y competencias de los familiares.

Se proponen cuatro etapas del tratamiento: a) involucramiento familiar, b) información y orientación, c) entrenamiento en la solución de problemas, y d) facilitación de la rehabilitación social y vocacional del paciente.

Existen ciertas dificultades determinadas del modelo: las inconsistencias en el seguimiento de indicaciones por parte de los familiares; la posible necesidad de atender individualmente a otros miembros de la familia en las sesiones psicoeducativas; el hecho de que la información, por sí sola, puede ser insuficiente para disminuir los índices de Emoción Expresada, entre otras.(3)

Una particularidad de este modelo que resulta difícil de satisfacer es el seguimiento del caso por parte de un especialista. La literatura menciona la necesidad de un terapeuta que se involucre en cada caso y lleve a la práctica la información que en la institución se ha adquirido por parte del usuario y sus familiares traducida en "habilidades" o "competencias".

METODOLOGÍA

Investigación de análisis cualitativo, de tipo descriptivo de corte transeccional, con una muestra no-probabilística de sujetos-tipo (6, 7).

Objetivo general

Establecer una primera experiencia documentada para fomentar en la Institución la práctica psicoeducativa sistematizada.

Objetivos específicos

- Describir la experiencia de psicoeducación desarrollada en el Servicio.
- Recuperar la vivencia de los familiares participantes en el ejercicio.
- Fungir como referencia de análisis para una formalización de la práctica psicoeducativa en la Institución.

Descripción de la experiencia

Las pláticas de psicoeducación se llevaron a cabo en los meses de marzo a junio de 2005, se cotejaron los listados de enfermería y trabajo social, contabilizándose como internos en el Servicio a 66 usuarios provenientes de la Zona Metropolitana de Guadalajara (ZMG), acompañados de sus familiares, esto por no contar en el servicio con un registro único y permanente de la totalidad de los usuarios. Los diagnósticos

que se reconocen como más frecuentes en el servicio son: abuso de sustancias, trastorno bipolar, trastorno depresivo, esquizofrenia paranoide y trastorno mental orgánico, siendo estos la guía para las primeras pláticas (8, 9, 10, 11).

El equipo psicoeducativo se conformó por cinco psicólogas en formación, externas al servicio y en calidad de voluntarias, así como dos psiquiatras residentes de primer año, encargados de explicar los efectos de los medicamentos. Las pláticas psicoeducativas se llevaron a cabo con la intención en primer lugar de evitar las recaídas de los pacientes y posteriores internamientos en el servicio. Además de evaluar la influencia familiar en el tratamiento del usuario; desarrollar espacios (informativo-expresivo) donde los familiares conozcan la problemática por la que acuden al servicio; aceptar la enfermedad del familiar; explicar el funcionamiento y efectos secundarios de los medicamentos, enfatizar la importancia de su uso; además de comenzar asociaciones psiquiátricas autogestionadas por los familiares.

Las sesiones se llevaron a cabo de la siguiente manera: durante los meses de marzo y abril los familiares y usuarios asistieron a las pláticas de psicoeducación dos veces a la semana: la primera con carácter explicativo acerca de la sintomatología de aquel diagnóstico que presentara mayor número de casos en el momento; la siguiente ocasión, el trabajo fue la organización de dinámicas (12, 13, 14) donde los participantes pudieran expresar y compartir sus experiencias y sentimientos con respecto a la convivencia con el usuario internado.

Entre las limitaciones infraestructurales de la institución se encontró que los horarios y el espacio físico utilizados no resultaron adecuados. El horario (12:00 hrs.) y área asignados (el comedor) (figura 1), ya que la llegada anticipada de los alimentos proporcionaba frecuentes interrupciones, lo que daba por terminada la sesión, situación difícil de solucionar por los horarios tan saturados del personal de Salud Mental y por la falta de espacios adecuados (auditorio o aula) y medios físicos de exposición (proyectores) que agilizaran la dinámica. Por lo anterior en los meses subsecuentes se limitó a una sesión por semana, con un horario que evitara la problemática descrita.

Por otra parte, los familiares no expresaban libremente sus sentimientos en presencia del familiar internado; se vio la necesidad de limitar el acceso a estos últimos, ya que el manejo del grupo se complicaba por la sobre expresividad emocional, lo que impedía que el ambiente se adecuara a la ejecución del programa.

La asistencia fue muy variable, dependía del número de internos en el momento, del interés y solicitud de los familiares y de la posibilidad de apartarse del familiar internado para ingresar a las sesiones. En ocasiones se llegó a contar con la presencia de treinta personas y en otras no superaba el número de diez asistentes, incluidos los psicoeducadores. La participación de estos últimos también variaba dependiendo de las actividades paralelas que llevaba a cabo la institución.

Después de un periodo de cuatro meses se consensó a suspender la actividad de psicoeducación, puesto que parte del voluntariado estaba supeditado al periodo escolar de 6 meses que había concluido.

TABLA I. CUESTIONARIO A FAMILIARES

Datos de identificación	Cuestionario
Realizó:	¿Podría decirme cuál es la enfermedad de su familiar?, ¿Cómo es?
Fecha:	¿Cuál cree que es la causa de su enfermedad (imagina, piensa o le han dicho)?
Nombre:	
Edad:	¿Cómo se la llevaban antes de que se enfermara su familiar?, ¿Y después?
Parentesco:	¿Qué ventajas y desventajas ha tenido que enfrentar al estar acompañando a su familiar en el hospital?
Domicilio:	
Teléfono:	¿De qué manera podría ayudar a su familiar a tener una mejor recuperación?
Escolaridad:	¿Cuáles son los tratamientos que ha llevado a cabo su familiar para enfrentar la enfermedad?
Ocupación:	
Nombre y edad del usuario:	¿Cree que es importante que su familiar tome el medicamento?, ¿Por qué?
Número de veces que ha estado en el Servicio de psiquiatría:	¿Sabe cómo ayudarlo a prevenir sus recaídas?
Tiempo en la última ocasión:	Dentro de su estancia en el Servicio de Psiquiatría, ¿acudió a alguna plática de psicoeducación?, ¿Por qué?
	¿La plática le proporcionó información útil, acerca de la enfermedad de su familiar?
	¿Cómo mejoraría usted las pláticas de psicoeducación?
	Si se le brindara la oportunidad de asistir a las pláticas, ¿lo haría por voluntad propia?
	¿De qué manera se le facilita la comprensión de la información referente a la enfermedad de su familiar?

Observaciones en la experiencia

Las preguntas más frecuentes versaban acerca de la efectividad de los medicamentos, la necesidad de su uso permanente, los efectos secundarios, la interacción familiar, la sintomatología de sus familiares, el periodo de duración de la enfermedad, el manejo del rechazo social y la dependencia del familiar sintomático.

Los sentimientos con mayor frecuencia expresados fueron: “la tristeza por tener un familiar enfermo”, “el miedo ante lo desconocido” y “la culpa por la situación en la que se encuentra su familiar”.

En relación con el personal de servicio, la figura del médico psiquiatra se percibía como de gran importancia para el restablecimiento del paciente, asumiendo el rol principal en el tratamiento, sin recurrir al psicólogo como alternativa.

RESULTADOS

Con la finalidad de conocer el resultado de las actividades psicoeducativas, se propuso a los participantes en las pláticas la participación en un cuestionario (Tabla I), realizándose doce entrevistas en la ZMG. La información fue recabada en los meses de agosto a octubre del mismo año.

Se solicitó como datos de identificación el nombre, edad, parentesco, domicilio, teléfono, escolaridad, ocupación, nombre y edad del usuario (familiar internado), número de veces que ha estado en el Servicio de Psiquiatría y el tiempo de estancia en la última ocasión. La información obtenida no pretende ser una estadística, pero vale como indicador de los resultados obtenidos para el ejercicio de psicoeducación.

Las edades de los familiares entrevistados oscilan entre los 21 a los 61 años; son las mujeres las que se encargan de

acompañar al usuario; la gran mayoría de estos manifiestan tener estudios básicos de primaria, y como ocupación principal el cuidado de la casa. En cuanto a los usuarios sus edades oscilan entre los 11 y los 40 años; casi la totalidad de ellos ha estado en el servicio por primera ocasión, cuya estancia se presenta con duración menor de un mes.

De los entrevistados el 50% mencionó conceptos psiquiátricos (esquizofrenia, depresión, psicosis, etc.); 25% hizo referencia a otro tipo de causalidades (susto, nervios, ataque epiléptico) y otro 25% no supo cuál era la enfermedad de su familiar.

Tanto en la enfermedad, como en la causa de ésta, se localizan una mezcla de conceptos médico-psiquiátricos y síndromes culturales (el imaginario colectivo asentado en un individuo sobre las creencias culturales de las causas y manifestaciones de la enfermedad mental) (15). Así se pueden encontrar expresiones tales como “Tiene esquizofrenia paranoide”, “Hereditario por parte de mi papá” o “Un susto”.

Las causas del padecimiento psiquiátrico que se señalaron: 50% de las respuestas fueron identificables con síndromes culturales: “La estación de Radio María, que escucha día y noche”; 25% de las respuestas implicaron una causa médica: “Son dos hermanos que tienen esquizofrenia, estalló por trauma psicológico”; y otro 25% desconocía una causa: “Estuvo en el tutelar un fin de semana y cuando volvió tenía miedo de salir por temor a ser violado, después de eso cambió mucho”.

La mayoría de los entrevistados manifestaron que las relaciones previas a la enfermedad eran satisfactorias: “Antes muy bien, éramos grandes amigos, platicábamos mucho”, lo que se invierte con la presencia de la enfermedad: “Ahora que está loco aun más, porque siempre lo ha estado. Yo tengo

poco tiempo aquí. Lo golpeo y sus hijos también, por lo que hace". Por otro lado se manifestaron aquellas relaciones que los entrevistados consideraron como una mejora por la presencia de la enfermedad: "Antes era muy rebelde y no le hacía caso ni obedecía a su mamá... ahora es muy tranquilo, muy serio y hace todo lo que su mamá diga".

La mayoría estuvo de acuerdo en que hubo ventajas en acompañar a su familiar en el servicio: "creo que ayudó a mi hijo, porque si hubiera estado solo hubiera sido peor. Porque así no extrañó la convivencia, ni a mí". Las desventajas que se manifestaron se relacionaron con la interrupción del ritmo cotidiano a causa del tratamiento: "Irme de mi casa por un mes y separarme de mi familia. Además me agarraban los nervios, me deprimía cuando llegaban con un interno, cuando los amarraban. Eso altera mucho".

Gran parte convergen en que la forma de ayudar sería suministrando medicamento y compañía: "Darle su medicamento como lo indica el médico; apoyarlo en sus actividades, comida y vestido". El 17% indicó la separación del medio familiar como forma de ayuda: "Al tener más recursos lo trasladaría a otro hospital con más enfermos, necesita estar en un lugar con espacio y no estar encerrado. Que esté aparte, con atenciones y medicamentos; que estén de por vida, la familia los visite y pague una cuota de recuperación". El 8% ignoró la forma de ayudarle.

Un 75% mencionó como tratamiento los medicamentos. El 25% restante manifestó: la combinación de éstos con homeopatía, grupo de rehabilitación, consulta con "psicóloga y psiquiátricos".

El 92% de las personas consideraron que sí es importante la ingesta del medicamento: "Con la medicina está bien, aunque a veces no hay dinero para comprarla, por eso en el hospital deberían darla cuando uno no puede". El 8% mencionó lo contrario: "No creo que sea importante que siga tomando el medicamento".

El 34% de los entrevistados hicieron referencia al acompañamiento, actividades físicas o recreativas: "Que tuviera una alimentación balanceada, que hiciera ejercicio, actividad para entretenerse, dándole la medicina y llevándolo a sus consultas". El 16% de las respuestas atendieron a la necesidad de apoyarlo en la abstinencia de las adicciones: "Que no tome alcohol y drogas". Un 8% mencionó trato punitivo: "Amarrándolo y encerrándolo para que no haga destrozos". Otro 8% manifestó la consecución del tratamiento: "Siguiendo el tratamiento, eso la ha sacado adelante". El 34% de los entrevistados no supieron como ayudarlo: "No tengo idea".

El 84% de las personas mencionaron haber asistido a alguna plática de psicoeducación en su estancia en el servicio, alguno de los entrevistados manifestó: "Sí me interesaba, pero no seguí asistiendo porque le dieron el alta"; el 8% no contestó y otro 8% mencionó no haber asistido.

El 66% de los entrevistados indicaron que la plática les proporcionó información útil, al respecto manifestaron: "Sí, me enseñaron cómo tratarlo, cómo es la enfermedad y cómo se da"; 17% de las personas indicaron que la información no les fue útil: "Ya todo lo que decía, ya lo sabía; las pláticas son para las personas que no tienen conocimiento de la enfermedad", y 17% de las personas no respondieron.

Con la finalidad de mejorar las pláticas de psicoeducación, los entrevistados manifestaron varias necesidades,

entre ellas: "Definir cuando un paciente tiene un problema psicológico y un problema psiquiátrico para derivarlo con el especialista y obtener una atención adecuada", "dándole consuelo a los familiares y apoyo psicológico porque a veces nos sentimos tristes", "que haya más espacio y más sillas y sobre todo más privacidad, ya que el lugar es demasiado pequeño", "pláticas individuales para cada enfermo", "me gustaría que duraran más". El 25% de las personas concordaron en que no modificarían en nada las pláticas: "De ninguna forma, estaba muy bien, nos distraíamos"; el 8% señaló no saber que cambios realizar y el 16% no contestó.

La mayoría de las personas entrevistadas exteriorizaron que si se le brindara la oportunidad de asistir a las pláticas, lo haría voluntariamente: "Lo haría de voluntad y si tuviera tiempo"; sin embargo, un 8% de los entrevistados se colocaron en la postura opuesta: "No me gustaría porque ya sé como está el rollo. No hay más que darle la medicina y ahí que se ande; si tengo una inquietud iría con el psiquiatra".

En cuanto a la preferencia de la modalidad para comprensión de la información referente a la enfermedad del familiar, se propusieron dos categorías: las pláticas y el folleto. Con respecto a la primera, 16% de las personas la prefirieron: "Se entiende más y así podemos preguntar, porque están ellas ahí"; 26% de las personas optaron por el material escrito: "Así lo puedo leer varias veces y enseñarlo a los demás familiares que padecen lo mismo"; el 58% de los entrevistados refirieron opciones diversas: "dar ideas para mejorar el servicio y que eso llegue al encargado", "por juegos, porque uno está muy tenso, preocupado y eso relaja, y a uno se le olvida todo por un rato", "que hubiese más conferencias, videos o que hubiera áreas recreativas, como música, baile y pintura." (16)

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

La psicoeducación, al tomar a la "enfermedad mental" como una circunstancia en la que todas sus manifestaciones desarrollan vínculos patológicos, pasa por alto que el malestar subjetivo hace formas de vínculos dentro de la estructura familiar. Sólo reconoce el *modus vivendi* que se propone como "formas sanas de relación", resultando estereotipos que no siempre están en concordancia con la realidad de las familias inmersas en estas situaciones, pues la información estandarizada no da cuenta de la vivencia privada de los sujetos. Aquí el papel del profesional de la salud es atender la demanda y profundizar en el tipo de vínculo que se crea, a nivel familiar e institucional.

El área de psiquiatría del Hospital Civil no cuenta con la infraestructura física que permita trabajar adecuadamente el programa de psicoeducación, además "no está institucionalizado como programa continuo"(17), por lo tanto no existe presupuesto destinado al mismo, su presencia resulta esporádica y no se manifiesta en el seguimiento de los pacientes, situación que se acrecienta por el carente trabajo interdisciplinario entre los psiquiatras y los psicólogos adscritos, ya que estos últimos no son dentro de la Institución un departamento autónomo, sino que dependen directamente del servicio, lo que los excluye de la toma de decisiones en cuanto a la destinación de recursos y atención a usuarios de este mismo. Además, la oficina de psicología no participa en los ejercicios de psicoeducación. Los realizadores del presente, acudieron al área de psicología con la finalidad de

conocer su postura, obteniéndose una respuesta negativa a la entrevista. Todo lo anterior redundaría en el escaso reconocimiento de la profesión como igualitaria

El modelo plantea la necesidad de un terapeuta que se involucre en cada caso y lleve a la práctica la información que en la institución se ha adquirido por parte del usuario y sus familiares, traducidas en “habilidades” o “competencias”.

Un modelo psicoeducativo basado en la postura médica deja de lado otras disciplinas que se involucran en el tema de la salud-enfermedad. La problemática de los procesos de enfermedad mental, tratamiento y rehabilitación involucran factores como las emociones, los afectos y los vínculos. El tratamiento basado únicamente en la medicación y la disposición de información se muestra insuficiente ante la emergencia de fuertes afectos que las relaciones entre los usuarios conllevan; de aquí la importancia del manejo psicoterapéutico. Una problemática que se presenta es el desplazamiento de los distintos enfoques de atención psicológica, tal ha sido el caso del psicoanálisis, la terapia familiar sistémica y otras prácticas psicoterapéuticas, ya que sus distintas visiones han sido desplazadas por el modelo conductista, que ha adquirido carácter de tratamiento recetable sintonizado a la práctica médica. Es necesario que el modelo psicoeducativo tome en cuenta las características, necesidades, posibilidades y disposición de los usuarios, ya que cada caso es singular y su demanda de atención es distinta.

Factor de relevancia es también la postura que el personal del Servicio tiene hacia la psicoeducación, convergiendo distintas aplicaciones en la Institución: la capacitación del personal interno para proporcionar un mejor servicio; la información que el médico proporciona al paciente para “identificar y atender problemas, así como resolver dudas ante un tema”, además se reconocen elementos culturales implicados: “tendría que iniciarse tanto en la escuela como en los círculos familiares. En la práctica clínica los profesionistas la tomamos como que es exclusiva de la consulta y no es así” (17).

Es necesario un programa estratégico que cuente con el aval de las instituciones hospitalarias y el apoyo de la industria farmacológica con el suministro de recursos financieros a fin de trabajar en la mejora de la calidad de vida de las familias que presentan un miembro sintomático. Las insuficiencias de recursos humanos, materiales y económicos que perjudican a las instituciones públicas, entre éstas el Hospital Civil, dificulta la atención integral y multidisciplinaria dirigida a la población de escasos recursos que acude al Servicio, lo que implica una llamada de atención para quienes están a cargo de la salud pública, particularmente de la Salud Mental, rubro que, como hemos visto, no siempre es atendido cabalmente.

Es importante anotar que las definiciones de Salud Mental han sido modificadas en diversas ocasiones; por lo cual, tal concepto no puede considerarse como definitorio; mas la implicación de éste repercute en las políticas de salud de los Estados y por tanto en la atención al usuario, así como en la posición en la que sea colocado el sujeto que se clasifique como sano o enfermo, y en consecuencia en las áreas donde la institución debe intervenir para el cumplimiento de los estándares de vida que la Salud Mental propone como adecuados.

Desde la perspectiva académica, las concepciones sobre la Salud Mental varían según los enfoques teóricos y criterios de diagnóstico utilizados, las concepciones filosóficas, morales y psicológicas vigentes y particularmente el modelo médico, el cual prima en nuestro medio sobre los anteriores. Considerar a alguien como enfermo o con un deterioro en su bienestar psicológico no sólo depende de alteraciones emocionales o de la personalidad, sino también de las actitudes de la sociedad con relación a este tipo de alteraciones.

Es necesario reconocer que la Salud Mental es una construcción simbólica e históricamente determinada, concibiéndola desde cuatro perspectivas diferentes y complementarias: 1.- Ausencia de síntomas, 2.- Bienestar físico y emocional, 3.- Calidad de vida y 4.- Presencia de atributos individuales positivos. (18)

Recuérdese que el principal objetivo del modelo de psicoeducación es evitar las recaídas del usuario. A más de un año de haberse llevado a cabo la experiencia, se propone a las autoridades correspondientes la evaluación de los resultados obtenidos y que se replanteen objetivos con la finalidad de darle seguimiento a esta importante labor; así se podría trabajar en la conformación de asociaciones psiquiátricas que faciliten la obtención de los medicamentos, consultas psicológicas y psiquiátricas por igual y que esta atención sea para los usuarios y para sus familiares.

AGRADECIMIENTOS

A las estudiantes de psicología Paola Alejandra Cervantes García, Jennifer Haro García, Diana Isabel Ocegueda Alejo y Josefina Rodríguez Pérez, cuya colaboración permitió que éste trabajo fuera posible.



León Alegría/

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Villaseñor S, Baena A, Virgen R, Aceves M, Moreno M, & González I. "La participación de la familia del paciente en la hospitalización psiquiátrica de 'puertas abiertas'. Un modelo de atención etnopsiquiátrica." *Revista de neuro-psiquiatría*. 2003. 185-194.
- Parrado C, Aguado J, & Pérez C. "¿Qué es la enfermedad mental?" en: Martín Vargas, Carmen Parrado, Mercedes López (Coordinadores). *Escuela de familias. Guía psicoeducativa para familiares de enfermos psicóticos*. Valladolid. Universidad de Valladolid: 1998. 13- 28.
- Díaz J, González E, & Varela C. *Programa de Actualización Continua en Psiquiatría. Psicoeducación. Modelos para esquizofrenia, depresión, trastorno por déficit de atención, trastornos de la alimentación*. Libro 6. México. Pfizer. 2001. 348 págs.
- Muela J, & Godoy J. El estrés crónico en la esquizofrenia: La emoción expresada, 1997. Disponible en: <http://reme.uji.es/articulos/amue-lj9391302101/texto.html> Al 15 de Noviembre de 2006.
- Anderson C, Douglas R, & Hogarty G. *Esquizofrenia y familia: guía práctica de psicoeducación*. Buenos Aires: Amorrortu. 1988.
- Hernández R, Fernández C, & Baptista P. *Metodología de la investigación*. 2ª edición. México: McGraw Hill. 1998.
- Salkind N. *Métodos de investigación*. 3ª edición. México: Prentice Hall. 1997.
- American Psychiatric Association, *DSM-IV-TR, Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*; Barcelona: Masson. 2002.
- Selvini M, Cirillo S, Selvini M. & Sorrentino A. *Los juegos psicóticos de la familia*. 2ª reimpression. Barcelona: Paidós Terapia Familiar. 1995.
- Sue D, Sue D, y Sue S. *Comportamiento anormal*. 4ª edición. México: McGraw Hill. 2000.
- Belloch A, Sandin B, y Ramos F. *Manual de psicopatología*. Vol I. Madrid McGraw Hill. 1995.
- Bustillos G, & Vargas L. *Técnicas participativas para la educación popular*. Tomo I. Guadalajara: INDEC. 2001.
- Vela J. *Técnicas y práctica de las relaciones humanas: La experiencia vivencial de la dinámica de grupos*. Bogota: Indo-American Press Service, IPLAJ. 1972
- Hostie R. *Técnicas de dinámica de grupo: Curso de sensibilización en las relaciones humanas*. 9ª edición. Madrid. 1994.
- Asociación Psiquiátrica de América Latina. *Guía Latinoamericana de Diagnóstico Psiquiátrico*. Guadalajara: Universidad de Guadalajara. 2004
- Albarrán A, Cervantes P, Haro J, Ocegueda D, y Rodríguez J. 2005. Cuestionario a familiares. Zona Metropolitana de Guadalajara. Guadalajara, Jalisco, México. Agosto – Octubre.
- Albarrán A, & Macías M. 2006. Entrevista presencial. Doctor Ricardo Virgen Montelongo. Servicio de psiquiatría. Guadalajara, Jalisco, México. 29 de agosto.
- Álvaro J, & Páez D. "Psicología social de la salud mental", en: José Alvaro, Alicia Garrido, y José Torregrosa (Coordinadores). *Psicología social aplicada*. España. McGraw Hill. 1996. 381- 407.

ANGÉLICA JAZMÍN ALBARRÁN LEDEZMA*
MARCO ANTONIO MACÍAS TERRIQUEZ**

*Licenciada en Psicología por la Universidad de Guadalajara. Profesora de la preparatoria No. 14 de la Universidad de Guadalajara. Estudiante del Diplomado en Psicoterapia Breve y de Emergencia del Sistema DIF- Jalisco.

**Licenciado en Psicología por la Universidad de Guadalajara. Estudiante de Posgrado en la Maestría en Psicología Clínica de la Universidad Autónoma de Querétaro.

CORRESPONDENCIA

Angélica Jazmín Albarrán Ledezma.

Álvaro Obregón 1144. C.P. 44380. Guadalajara, Jal, Méx.

Tel: (0133) 3333-4629 vengao2@yahoo.com.mx



León Alegría/Cereter