

Trabajo con familias y rehabilitación

S.M. BASTEIRO TEJEDOR

Psicóloga clínica
Asociación Pro-Salud Mental La Frontera. Almería

Resumen

Se relata una experiencia de trabajo con familiares de enfermos mentales crónicos, desde una perspectiva dinámica y ecológica. Enmarcarla en este contexto ideológico implica tomar en cuenta: el papel de la familia dentro del proceso de enfermar, que reaparece como influencia en recaídas posteriores; la crisis familiar que se genera a partir del surgimiento de la enfermedad mental en uno de sus miembros y el papel de la familia dentro del proceso de rehabilitación.

Esta tarea se desarrolla dentro de la Asociación Pro-Salud Mental "La Frontera", creada en 1990 y formada por familiares, allegados, enfermos mentales, técnicos y voluntarios. Se propone un abordaje grupal en el que se trabajen las características disfuncionales de los vínculos familia-enfermo, para que la rehabilitación sea posible.

Palabras clave: Familia. Enfermos mentales crónicos. Rehabilitación. Vínculo. Grupo.

Summary

Family work and rehabilitation. *An experience is described of work with families of the chronically mentally ill, from a dynamic and ecological standpoint. Its placement in this ideological context implies taking account of the following: the role of the family in the process of falling ill, and which reappears as an influence in subsequent relapses; the family crisis arising from the onset of mental illness in one of its members; and the family's role in rehabilitation.*

This task is done within the "La Frontera" Mental

Health Association set up in 1990 and formed by family members, relatives, the mentally ill, technicians and volunteers. A group approach is suggested, working on the dysfunctional features of the family-patient link, to make rehabilitation possible.

Key words: Family. The chronically mentally ill. Rehabilitation. Link. Group.

Résumé

Travail avec des parents et réhabilitation. *Traite d'une expérience de travail avec des parents de malades mentaux chroniques dans une perspective dynamique et écologique. Son encadrement dans ce contexte idéologique implique de prendre en compte le rôle de la famille dans le processus de la maladie, qui réapparaît comme une influence dans des rechutes ultérieures; la crise familiale qui est générée à partir de l'apparition de la maladie mentale chez un de ses membres et le rôle de la famille dans le processus de réhabilitation*

Cette tâche est développée au sein de l'Association pour la Santé Mentale "La Frontera" créée en 1990 et formée de parents, proches, malades mentaux, personnel technique et volontaires. Il y es proposé une approche en groupe où sont travaillées les caractéristiques disfonctionnelles des liens famille-malade pour que la réhabilitation soit possible.

Mots clés: Famille. Malades mentaux chroniques. Réhabilitation. Lien. Groupe.

Riassunto

Lavoro con famiglie e riabilitazione. *Si descrive un'esperienza di lavoro con familiari di ammalati mentali cronici, da una prospettiva dinamica ed ecologica, inquadrata in questo concetto ideologico implica di tener conto di quanto segue: il ruolo della famiglia nel processo della malattia, che riappare come influenza in ricadute successive; la crisi familiare che si crea a partire dall'insorgere della malattia mentale in uno dei suoi membri ed il ruolo della famiglia nel processo di riabilitazione.*

Questo compito si svolge nell'ambito dell'Associazione Pro-Salute Mentale "La Frontera" creata nel 1990 e formata da familiari, parenti, ammalati mentali, tecnici e volontari. Si propone un abordaggio globale in cui si lavorino le caratteristiche disfunzionali dei vincoli famiglia-ammalato perché sia possibile la riabilitazione.

Parole chiave: *Famiglia. Ammalati mentali cronici. Riabilitazione. Vincolo. Gruppo*

Marco de referencia

Se relata una experiencia de trabajo con familiares de enfermos mentales crónicos, desde una perspectiva dinámica y ecológica¹.

Dinámica, como expresión de la posibilidad de cambio y de su par dialéctico, la resistencia al cambio, viviendo esta experiencia como un proceso, con sus adelantos y sus retrocesos, en un interjuego continuo de comunicación y aprendizaje mutuos entre todos los participantes del mismo (familiares, allegados, enfermos y profesionales).

Ecológica, por considerar a la persona como un ser en interacción con su medio, desde su inserción en un grupo familiar, perteneciente a su vez a una comunidad determinada y en un múltiple juego de interacciones institucionales diversas. La enfermedad mental surge en ese entramado, en la confluencia de factores individuales y sociales².

Desde esta perspectiva, se podrá decir que el desorden mental no es solamente la angustia personal del individuo, proviene también del creciente colapso de las fuentes normales de respaldo y de comprensión en la sociedad, esencialmente la familiar. No se trata sólo de un fracaso del sujeto. El sistema social donde se inserta, por su familia, escuela o situación, sus creencias

religiosas o sus amistades, no han logrado sostenerlo en tanto participante real.

Así, tal como la define Enrique Pichón-Rivière³, consideramos que tras toda conducta desviada subyace una situación de conflicto, **siendo la enfermedad la expresión de un fallido intento de adaptación al medio**, es decir, que la enfermedad mental es un "proceso comprensible".

Dentro de la génesis de una enfermedad mental, en sus diferentes niveles posibles de gravedad, distinguimos una conjunción de causas y una determinación biopsico-social. Siguiendo el esquema de series complementarias de las Lecciones de Introducción al Psicoanálisis, de Sigmund Freud⁴, podemos considerar como **determinantes de este proceso del enfermar** los siguientes factores: el factor constitucional, el factor predisposicional y el factor actual, desencadenante. Enmarcar un trabajo con familiares en este contexto ideológico implica necesariamente tomar en cuenta⁵: a) el papel de la familia dentro del proceso de enfermar, que puede reaparecer como influencia en las recaídas posteriores, b) la crisis familiar que se genera a partir del surgimiento de la enfermedad mental de uno de sus miembros y c) el papel de la familia en el proceso de rehabilitación.

Creemos que la **rehabilitación** de la persona enferma mental sólo puede ser posible si se toman en cuenta los distintos ámbitos o sistemas con los que interactúa, ya que no puede cargarse en la persona afectada todo el peso de una tarea, que sólo resultará si cada uno asume la responsabilidad que le toca. En otras palabras, que "así como una persona puede enfermar, como portavoz de la angustia de una red social, que a continuación lo excluye y margina, sólo podrá intentar **rehabilitarse socialmente dentro de una red de apoyo** que lo estimule y acompañe en este proceso"⁶.

Y en este sentido, cuando una persona enferma mental vive con su familia o mantiene un estrecho contacto con ella, ésta tiene una importante responsabilidad a dicho nivel. Y, asimismo, los profesionales que trabajamos en este tema, lo tenemos en relación con el trabajo de apoyo y esclarecimiento que debemos brindar en todo momento para que esta implicación familiar sea posible.

Pensamos que, en aquellos casos en que no hay familia o los lazos están irremediamente rotos, siempre será posible ayudar a tejer redes primarias de allegados al enfermo que aporten este necesario papel de sostén⁶.

Existen numerosas experiencias a este nivel dentro de la psiquiatría comunitaria, de las que ha resaltado Mony Elkaïm⁷ el extraordinario impacto que puede tener la **dinámica de un grupo**, cuando, a través de una nueva captación compartida de la crisis y el respal-

do del otro, surge un contexto vital diferente. En este contexto, pueden nacer y crecer otros tipos de relación que permitirán el surgimiento de nuevas posibilidades. Esta red de solidaridad que se crea alrededor del paciente, continúa funcionando en su contexto social, disminuyendo el proceso de marginación que lo afecta”.

Nuestra práctica

Nuestra tarea con familiares y allegados se enmarca dentro de la **Asociación Pro-Salud Mental La Frontera**, creada en 1990 y formada por familiares, allegados, enfermos mentales, técnicos y voluntarios. Sus fines son¹: a) reivindicar una asistencia integral para enfermos mentales y familiares, desde un enfoque bio-psico-social; b) generar redes de autoayuda y solidaridad entre afectados y allegados; c) concienciar y sensibilizar a la población en general sobre temas relacionados con la salud y la enfermedad mental, colaborando de este modo en la integración de los usuarios y usuarias a la Comunidad.

Estos fines se han alineado en tres ejes de trabajo: 1) hacia los familiares y personas allegadas, 2) hacia las personas enfermas y 3) hacia la Comunidad en general. Recorriendo nuestra historia como institución, interesa señalar que La Frontera surgió desde un grupo de familiares y allegados, a partir de un cambio en la atención de los servicios de salud mental a las personas con enfermedades mentales graves, definido por⁸: la limitación de los ingresos, el próximo cierre del Hospital Psiquiátrico y el retorno de los enfermos/as a las familias, a la sociedad.

Esta situación planteó una **crisis en las familias**, acosadas a una política de salud, una teoría psiquiátrica, unas técnicas y unos instrumentos de control, que durante muchos años determinaron la respuesta del sistema sanitario a la locura y que favorecieron una delegación de la sociedad/las familias de toda posible intervención en la figura de los médicos/los psiquiatras. Delegación aceptada durante mucho tiempo, porque satisfacía necesidades de ambas partes: restar responsabilidad a la sociedad y otorgar un poder casi absoluto a los técnicos.

El cambio propiciado por la **reforma psiquiátrica** angustió profundamente a las familias. Atravesada ya la angustia tras el surgimiento de la enfermedad de su familiar afectado, esta nueva situación reeditaba aquella desde un lugar diferente: “el enfermo mental es vuestro y tenéis que hacer os cargo de la convivencia con él”. Se genera un desequilibrio que llena de incertidumbre. La primera reacción es defenderse, resistirse al cambio⁹.

Es difícil salir de un lugar en el que uno ha estado más o menos cómodo, pero que brinda al menos la seguridad de lo conocido. Si ya no son válidos los métodos anteriores, si la familia y la sociedad deben ahora convivir con sus enfermos mentales, es necesario buscar caminos alternativos, sin saber aún cuáles pueden ser éstos. Y esta búsqueda no puede afrontarse en soledad. De ahí que el primer recurso puesto en marcha por nuestra Asociación fuera un grupo de apoyo y autoayuda de familiares y allegados⁸, como respuesta institucional al segundo punto a tener en cuenta en el trabajo con este colectivo que mencionábamos en nuestra introducción: trabajar sobre la crisis familiar que se genera a partir del surgimiento de la enfermedad mental en uno de sus miembros.

Grupo de apoyo y autoayuda de familiares y allegados

Los familiares llegan desesperados, confusos, cargados de angustia. La mayoría son madres. Traen una **demanda masiva**, urgente, que se canaliza a través del pedido de un sitio para sus hijos. Necesitan contar su caso individual, las dificultades con las que se enfrentan día a día, sus temores, sus dudas. Se quejan, gritan, lloran, callan, etc. Muchos piden una solución ya. Al comienzo no es fácil entender para qué puede servir encontrarse, hablar, escucharse. El pedido, como hemos dicho antes, es: un **sitio para las personas enfermas**. El grupo necesita un tiempo para descubrir el sentido de estas reuniones. Algunos se van antes de darse cuenta. Quienes se quedan, pueden valorar el espacio y comprender que también ellos necesitan ayuda.

Surgen la impotencia, la incertidumbre, las preguntas. Éstas, en principio dirigidas a la coordinación, circulan por todo el grupo. Los temas se abren. Cada uno tiene un punto de vista, una alternativa, una aportación. El **proceso del grupo** ayuda a descubrir que no hay recetas ni respuestas últimas. Cuando se puede hablar y callar, escuchar y escucharse, algo se modifica dentro de la dinámica grupal y dentro de uno mismo. Ya no son las respuestas lo más importante, sino las preguntas que surgen y la búsqueda compartida. Todos podemos aprender de todos. Va creciendo una red de afectos, comprensión y reconocimiento. El grupo comienza a vivirse como un espacio de todos y para todos y que entre todos construimos.

El **objetivo de este abordaje** es establecer un espacio de escucha y comprensión mutuas en el que se pueda: a) afrontar la enfermedad de los familiares, para su paulatina aceptación, reconociendo las posibilidades y

limitaciones que implica, b) intercambiar dificultades, dudas y posibles soluciones desde las experiencias de todos, c) elaborar grupalmente sentimientos de culpa, vergüenza, retraimiento, inhibición, que, desde la angustia que provocan, no ayudan a una mejor relación de la familia con el enfermo ni con los equipos de salud mental, d) encontrar el modo de vivir de la mejor manera posible con y a pesar de la enfermedad.

En este marco, han surgido algunas **reflexiones**: si confiamos en la persona enferma, podrá confiar en nosotros; es muy importante el diálogo, con cautela y respeto de su espacio, preguntando sin agobiar y escuchando; también podemos aprender de nuestro familiar enfermo, si hablamos con ella y la escuchamos podemos ir encontrando y probando distintas formas de acercamiento y ver cuáles nos pueden servir; es importante tener fe en que puede estar mejor, tener paciencia; no puede ser que una persona de la familia se implique sola en la relación y el sostén de la enfermedad, hay que convocar a todo el grupo familiar, redistribuir el peso de la situación y complementarse a partir de las diferencias; podemos reconocer que cometimos y cometemos errores, que tenemos dificultades y necesitamos ayuda.

Paulatinamente, se va transformando la angustia en tarea compartida, en organización y coordinación de esfuerzo, en reivindicación y en asunción de las propias responsabilidades. Al disminuir los temores, se pueden compartir más espacios con los enfermos, dentro de la Asociación. Descubrimos que no alcanza con tirar los muros del Hospital Psiquiátrico, si no se hace lo propio con los que todos tenemos levantados en nuestra cabeza. Ya no se pide internación, sino estructuras intermedias, espacios y propuestas alternativas, seguimiento y sostén. Si no queremos que los enfermos sean marginados, no podemos marginarlos nosotros mismos¹.

En este recorrido compartido, de idas y vueltas, se va aclarando el lugar de todos los personajes de este drama: enfermos, familiares, técnicos, administración, comunidad. Lentamente cada uno va haciéndose cargo de lo que puede dar y de lo que tiene que pedir.

El vínculo familia-enfermo/a

Llegados a este punto del proceso grupal, en el que la angustia se ha aliviado a partir de compartirla con otros, comienzan a detectarse una serie de **características familiares frecuentes** en la población con la que trabajamos, que dificultan la instauración de un vínculo familia-enfermo/a sobre la base del reconocimiento, la comprensión y el respeto mutuos, presupuestos indispensables en una relación que permita el desarro-

llo de las potencialidades de ambas partes¹⁰.

Así, nos encontramos con críticas y descalificaciones frecuentes al familiar afectado. **Se espera poco de él**. No se valoran sus logros. Por un lado, no se lo implica en la distribución de responsabilidades familiares, por pensar que no tiene capacidad para ello, pero al mismo tiempo se critica todo lo que no hace. En situaciones, se observa incluso más exigencia con el familiar enfermo que con otros hijos sanos, a quienes se aceptan ciertas conductas habituales de desorden, descuido, falta de colaboración, etc. Un doble vínculo de: “no pedir al enfermo lo que sí puede hacer”, con lo que se deterioran aún más sus capacidades. Incapacitándolo, por amor (todo hay que hacérselo, pobre mi niño). Todo se justifica por su enfermedad. Y a la vez criticarlo y descalificarlo por su conducta dejada e insolidaria en relación con la familia. Ya no es más un síntoma sino una conducta voluntariamente “en contra de”.

No existe una barrera clara que divide **lo que se puede o no aceptar** de su conducta. El límite no es claro y flexible sino generalmente estereotipado y según el momento y el humor, con lo que se genera una relación confusa y muy ambivalente. Se observa una sobreprotección casi total al hijo enfermo (especialmente en la relación madre-hijo (incluso más fuerte si se trata de un varón). Esto fomenta un vínculo dependiente en el que el paciente no puede crecer ni demostrar lo que sí puede. Al mismo tiempo, se expresa que su conducta hace mucho daño a su familia y sobrecarga especialmente a su madre que tiene que hacerle otra comida porque ésta no la quiere, tiene que recoger lo que él deja desordenado, etc. Pero no existen pautas de convivencia explicitadas. Sólo el reproche posterior. Con lo que la persona enferma se ve enmarañada en un doble mensaje que lo incapacita y le exige a la vez. ¿Qué es lo que realmente se espera de él?

Todos los problemas emocionales de los integrantes de la familia se explican como **consecuencia de la enfermedad** del miembro afectado y de su consiguiente conducta. De esta manera, éste no tiene bastante con vivir su propio padecimiento psíquico, sino con cargar además la responsabilidad de todo el sufrimiento familiar. A pesar de eso, en algunos casos curiosamente se observa que cuando un hijo entra en crisis, su madre asume su vida con bastante normalidad y cuando éste sale y va volviendo a la vida normal, ella se deprime o vive trastornos emocionales. Como un juego de fuerzas interrelacionadas dentro de las necesidades de homeostasis familiar.

El padre no sólo está ausente desde la aparición de la enfermedad. Rastreando las historias se descubre, prácticamente en todos los casos, que no ha tenido apenas espacio en la **relación triangular padre-madre-**

hijo/a, manteniéndose bastante al margen de la crianza y sin un claro lugar de autoridad familiar. Si la crianza ha sido siempre responsabilidad materna, ¿por qué no habría de serlo la relación con el hijo/a enfermo/a, que implica aún más frustración y prácticamente ninguna gratificación?

Existe en general una **visión fatalista** ante la vida y los conflictos cotidianos. Éstos no se asumen como problemas a resolver en la familia, por vía del diálogo y la búsqueda de soluciones alternativas entre todos, sino como situaciones sin solución. Entonces se callan, se ocultan, se hablan a medias, se miente por cuidar la estabilidad emocional de la persona enferma. Pero luego, la carga afectiva que generan se expresa descontextuada y con una intensidad que resulta desmedida e incomprensible para ella, provocando un mayor perjuicio a todos.

Observamos **graves problemas de comunicación**, tanto en la limitación de intercambios como en sus distorsiones. Este interjuego comunicacional en tales familias aparece regido por una serie de normas que estereotipan la relación y no permiten que sus integrantes puedan hablar sobre ésta (metacomunicación). Muchas veces, los mensajes verbales se contradicen con los corporales (miradas, gestos, rigidez facial...). Los esquizofrénicos son muy sensibles al lenguaje analógico y por tanto detectan fácilmente la incoherencia allí donde existe. Entonces, ¿qué escuchar?, ¿la palabra que reconoce o el gesto que descalifica?, ¿a qué mensaje y cómo responder? Se crea así un círculo vicioso en un circuito de interacción en el que la conducta de uno influye inevitablemente sobre la de los otros y recíprocamente, desde unas reglas comunicacionales entre todos establecidas y que nunca pueden someterse a redefinición, ya que no se habla de ellas. En general, se trata de sistemas familiares bastante cerrados, con poca interrelación con el entorno y/o poca permeabilidad a la entrada de personas y mensajes de fuera del mismo. En este nivel, hemos observado que las recaídas de los pacientes son más frecuentes en aquellas **familias más encerradas en sí mismas** y que por tanto tienen menos alternativas que ofrecer al problema. El problema de los límites no existe sólo a nivel de pautas de convivencia, sino también en cuanto a la inexistencia de espacios diferenciados entre los miembros de la familia. Esto se ve por ejemplo en las casas, donde es sumamente frecuente que la persona enferma **no tenga un espacio propio** diferenciado para dormir, desarrollar alguna actividad que le interese, llevar algún amigo/a... (aunque las condiciones de la vivienda lo permitan). Incluso existen muchos casos de cohabitación y colecho (en la mayoría de los casos entre madres e hijos varones). Esto se refleja también en la **dificultad de**

aceptar diferencias entre ellos. Cuando se manifiestan, se definen como consecuencias de la enfermedad y no como posibles e incluso deseables diferencias vinculadas con la personalidad de cada uno, su forma de estar-en-el-mundo, conflictos generacionales... La diferencia se vive como síntoma.

Si se responde a ella como tal, muchas veces realmente acaba apareciendo el síntoma, la crisis, que en muchos casos desemboca en ingreso involuntario. También llama la atención ver cómo algunos códigos delirantes paranoides del paciente en relación con el medio, son en algún sentido compartidos por su familia: **el temor a la crítica y rechazo de familiares, vecinos y amigos**, la vivencia de los otros como peligros potenciales... Desde este miedo, se justifica en muchas ocasiones el preferir que la persona enferma esté todo el día encerrada en su habitación, a que salga y se relacione con gente que pueda llevarlo por mal camino.

Otro aspecto que nos ha llamado la atención es la alta frecuencia de **duelos no elaborados-cristalizados en la familia**: muerte de seres queridos, traslados, migraciones, suicidio de algún familiar, abandonos... Duelos que no han sido ¿suficientemente llorados? ¿hablados? ¿que no han llevado el tiempo necesario de elaboración ante la urgencia de superarlos? Como quiera que sea, es notable ver cómo vuelven con toda su carga emotiva a poco de conversar con las familias, como algo aún no digerido¹¹.

Estrategia de intervención

Todas estas observaciones nos han dado un nuevo punto de partida para la elaboración de una estrategia de intervención, a partir de la siguiente hipótesis de trabajo de que este modelo relacional no permite la instauración de un vínculo familia-enfermo sobre la base del reconocimiento, la comprensión y el respeto mutuos. Por lo tanto no fomenta, aun dentro del marco de limitaciones producido por la enfermedad, la confianza del enfermo/a en sus propias posibilidades de rehabilitación e integración; el auto-reconocimiento personal; la autonomía; la asunción de responsabilidades cotidianas; el hacerse cargo de su autocuidado y del cuidado de su espacio y sus pertenencias; el saber con claridad las pautas de convivencia en grupos normalizados; el mantenimiento de sus potencialidades no deterioradas y la mayor recuperación posible de aquellas que ha perdido; la aceptación de su enfermedad sin vergüenza ni culpas; el hacer cada vez más prolongados los períodos de estabilidad de la enfermedad; la expresión de sus sensaciones, afectos, necesidades; la relación con otros en contraposición al aislamiento...

Todo lo anterior son objetivos que se plantean en general los programas de rehabilitación de estos enfermos, por lo que será necesario abordar el posible cambio de estas pautas de relación dentro de la familia, especialmente en el caso de los enfermos que viven dentro del grupo familiar, o en estrecho contacto, si queremos que este proceso de rehabilitación tenga alguna viabilidad ya que, de lo contrario, se repetirá el mito de Penélope, de tejer y destejer en este vínculo inter-institucional familia-técnicos.

A la hora de **diseñar este nuevo programa** de actuación, hemos tenido en cuenta los siguientes criterios:

a) Que **no se reduzca a dar consejos sobre cómo actuar o a brindar información** exclusivamente. Las dificultades observadas en el vínculo surgen con mayor frecuencia a causa de las propias dificultades emocionales de los padres, de las cuales en muchos casos tan sólo en parte son conscientes y que no pueden controlar.

Creemos que es muy importante que los profesionales tomemos conciencia de ello, ya que en caso contrario suele caerse en involuntarios errores que no consiguen nuestros propósitos: o bien ser tremendamente críticos con los padres, lo cual, además de ser injusto en muchos casos, hace que nos dirijamos a ellos de una manera en la que no pueden escucharnos, y por lo tanto inútil; o bien creer que basta con informar acerca de la mejor manera de actuar, sin considerar toda la intensidad de sentimientos presente en la relación padres-hijos y más aún en el caso de una grave enfermedad, que hace que siempre resulte más difícil tratar con los hijos propios que con los ajenos (tarea a la que los profesionales nos dedicamos y desde la que muchas veces establecemos alianzas que nos restan también objetividad, aunque nos cueste verlo).

Esto nos lo dirán los padres: que no es lo mismo tener el problema en casa. Y cuando intenten llevar a cabo alguno de nuestros consejos y no lo consigan, se sentirán avergonzados y culpables, al no saber tanto como nosotros y tenderán a descartar la posibilidad de un cambio en la relación por no sentirse capaces de llevarlo a cabo.

Por ello pensamos que los familiares necesitan ayuda para resolver sus propios problemas emocionales, ayuda que redundará en un vínculo un poco más favorable cada día. El aprendizaje significativo es aquel que se produce desde dentro. No basta con escuchar una propuesta desde fuera para poder asimilarla como una nueva conducta, si algo no ha cambiado dentro de cada uno.

b) Que **este abordaje resulta más enriquecedor si se realiza en grupo**, ya que permite compartir afectos y experiencias con otros que sufren dificultades simila-

res, multiplicar posibilidades, ya que se puede ver que no todos los familiares reaccionan igual ante este problema. Entonces no hay una sola manera, pueden intentarse otras y ver qué ocurre. También permite abrir cauces a la expresión de los sentimientos positivos y negativos. Es totalmente normal que los familiares sientan también afectos negativos hacia las personas enfermas y poder expresarlos ante otros que también los viven y pueden comprenderlos sin enjuiciamientos, permite aceptarlos con menos culpa y evitar que se pongan en juego en la relación de manera incontrolable. Lo grupal retroalimenta el proceso de todos sus integrantes, de manera tal que cada uno pueda recibir de otros iguales el espejo de su modo de actuar o de pensar sobre el tema. Esta devolución siempre se recibirá mejor que el comentario de un profesional, pues viene de la vida cotidiana y no de los libros. Finalmente el grupo favorece tejer redes de identificación y solidaridad que ayuden a atravesar esta propuesta de cambio.

c) Es una labor nuestra el conseguir **que las familias tomen conciencia de que tienen una labor muy importante en la rehabilitación** de sus familiares afectados y que los cambios son posibles, aunque impliquen un proceso lento¹².

Esto implica que los profesionales nos lo creamos y reduzcamos nuestra propia omnipotencia que muchas veces nos hace vernos únicos agentes posibles de salud y de cambio. Esto no sólo no es verdad, sino que limita todas las posibilidades que las personas tenemos de promover un marco de relaciones más saludable.

d) Algunas familias necesitan además una **ayuda psicoterapéutica**, pues no están en condiciones de afrontar solas este proceso.

Algunas reflexiones

El trabajo con familiares de enfermos mentales crónicos es una tarea difícil, ardua, lenta, que en muchos momentos desanima por parecer imposible. Solemos comentar en el equipo que el trabajo con los enfermos nos brinda más gratificaciones en menos tiempo (quizás porque les tenemos más paciencia). Y es fácil entrar en una alianza con ellos desde la que es muy complejo tener una imagen no contaminada de su relación familiar. Además, inevitablemente caemos en rivalidades y celos, especialmente con sus madres, acerca de cuál es la intervención más adecuada.

Pero proponemos que merece la pena el desafío. Porque los familiares también son personas que sufren mucho y necesitan ayuda. Porque creemos que todas las personas tenemos posibilidad de revisar nuestras dificultades y cambiar, siempre que contemos con las

ganas y el apoyo necesario para ello. Porque además pensamos que, sin contar con la familia, la rehabilitación de los enfermos mentales atraviesa muchísimos obstáculos, que pueden reducirse si se trabaja con ella. Y quizás sea necesario que nosotros comencemos a confiar en el papel de la familia a este nivel para que los familiares también puedan asumirlo.

Bibliografía

1. Basteiro S. Relato de una experiencia institucional Pro-Salud Mental. En: 1ª Jornadas sobre "Rehabilitación Psicosocial de Enfermos Mentales en la actualidad: una encrucijada entre lo sanitario y lo social, lo público y lo privado". Valencia: Equipo de Salud Mental del Área 08; 1997.
2. Jervis G. Manual crítico de psiquiatría. Barcelona: Anagrama; 1979.
3. Pichón-Rivière E. El proceso grupal. Del psicoanálisis a la psicología social. Buenos Aires: Ed Nueva Visión, 5ª ed; 1980.
4. Freud S. Lecciones de introducción al psicoanálisis (1916-1917). En Freud S. Obras Completas. Madrid: Biblioteca Nueva; 1987.
5. Grimson R. La cura y la locura. Buenos Aires: Búsqueda, 1ª ed; 1983.
6. Un enfoque de la rehabilitación social del enfermo mental desde la perspectiva de las redes sociales. En Jornadas de la Unidad de Rehabilitación en régimen de Ingreso de Almería. Asociación La Frontera. Almería; 1993.
7. Elkaïm M. Las prácticas de la terapia de red. Barcelona: Gedisa, 1ª ed; 1989.
8. Asociación La Frontera, ed. El grupo al servicio de la Prevención en salud mental. Una experiencia con familiares de enfermos mentales. Almería: Asociación La Frontera; 1991.
9. Basteiro S. Un enfoque sobre las perspectivas del trabajo con familias dentro de la rehabilitación de enfermos mentales crónicos. En: Primera Jornada Almeriense de Salud Mental: Esquizofrenias resistentes. Almería; 1997.
10. Basteiro S. El trabajo con familias: una propuesta, un desafío. Almería. En 2ª Jornadas sobre Psicosis. Almería: Colegio Oficial de Psicólogos de Andalucía Oriental; 1997
11. Bowlby J. Vínculos afectivos: formación, desarrollo y pérdida. Madrid: Morata; 1986.
12. Navarro I. La participación familiar en un programa de rehabilitación psicosocial. Valencia: Universidad de Valencia; 1993.

Fe de erratas:

En el número 1, vol. 11. Enero-Febrero 1999, figura como autor de la reseña de revistas: "Detección e intervención precoces en la esquizofrenia", José Dieguez Álvarez, cuando debe ser José Dieguez Gómez.

Fe de erratas:

En el número 1, vol. 11. Enero-Febrero 1999, figura como autor de la reseña de revistas: "Detección e intervención precoces en la esquizofrenia", José Dieguez Álvarez, cuando debe ser José Dieguez Gómez.