

**“CÓMO MEJORAR MIS RELACIONES
INTERPERSONALES” EXPERIENCIA GRUPAL
CON PERSONAS DE HOSPITAL DIURNO**

“CÓMO MEJORAR MIS RELACIONES INTERPERSONALES” EXPERIENCIA GRUPAL CON PERSONAS DE HOSPITAL DIURNO

Br. Alicia González Chacón*

RESUMEN

Una de las modalidades de tratamiento que ofrece el Hospital Nacional Psiquiátrico es el programa Hospital Diurno dirigido a la población de pacientes crónicos (as). Entre las consecuencias de padecer una enfermedad mental de este tipo se encuentra la pérdida de interés por las relaciones humanas, por lo que el presente artículo muestra los resultados obtenidos del trabajo grupal llevado a cabo con once pacientes del programa en los meses de setiembre y octubre del año en curso (2001), en torno al tema de las Relaciones Interpersonales y aspectos relativos a la comunicación, el respeto y los valores.

I. PRESENTACIÓN

El pasado siete de abril se celebró el Día Mundial de la Salud, dedicado al tema de la Salud Mental. Según el Departamento de Salud Mental de la Caja Costarricense de Seguro Social el 40 % de nuestra población ha padecido algún trastorno mental leve o severo, alguna vez en la vida. (Cantero, 2001: 6).

Retomando el porcentaje de prevalencia se puede afirmar que el problema de la salud mental en nuestro país es una realidad que no ha sido

abordada con la atención que requiere, a su alrededor giran muchos mitos, prejuicios y estereotipos hacia el (la) paciente psiquiátrico (a) que han incidido en que la situación se mantenga, hasta cierto punto, desatendida.

Dentro de esta población se encuentran los (as) pacientes crónicos (as) quienes por su enfermedad, son aún más discriminados (as) y existe la tendencia a subestimar sus capacidades y potencialidades como seres humanos integrales.

Nuestra profesión se caracteriza por trabajar a partir de fortalezas, por tanto el presente artículo pretende promover un cambio de percepción hacia estas personas mostrando el trabajo desarrollado en el Hospital Nacional Psiquiátrico en los meses de setiembre y octubre, con un grupo de once personas que forman parte del programa Hospital Diurno.

Como primer punto se muestra una caracterización general del programa dirigido a la población de pacientes crónicos; seguido de una conceptualización de este término para posteriormente presentar las principales características de la población total de Hospital

*Estudiante de IV Nivel de Trabajo Social, Universidad de Costa Rica.

Diurno. Una vez abarcadas las generalidades se procede a sistematizar la experiencia del proyecto grupal titulado "Cómo Mejorar mis Relaciones interpersonales", dando inicio con una justificación, la metodología seguida y sus principales resultados.

II. HOSPITAL DIURNO

Una de las modalidades de tratamiento que brinda el Hospital Nacional Psiquiátrico es el programa Hospital Diurno cuyos inicios se remontan al año 1969, no obstante es hasta el año 1972 que alcanza una verdadera organización técnica y administrativa.

El Hospital Diurno se puede considerar como: *"Un programa de tratamiento ambulatorio que incluye las principales modalidades diagnósticas médicas, psiquiátricas, psicosociales y de tratamiento profesional ideadas para pacientes con trastornos mentales graves que precisan tratamiento coordinado intensivo, global e interdisciplinario, no proporcionado en un contexto ambulatorio"*. (American Association for Partial Hospitalization en Gutiérrez, 2000).

Actualmente está conformado por treinta y nueve pacientes que pueden manejarse fuera de la Institución con la cooperación de sus familiares o de hogares sustitutos. Estas personas asisten de lunes a viernes de 8:00am a 3:00pm a los distintos talleres de terapia ocupacional: de cerámica, mimbres, carpintería, ensamblaje, costura, colchonería y piñatería.

El programa cuenta con un equipo

interdisciplinario conformado por psiquiatra, trabajadora social, enfermera, auxiliares de enfermería, terapeuta y asistentes. Su objetivo es brindar una atención integral al (la) paciente desde un enfoque biopsicosocial – espiritual, reflejándose en el objetivo general del programa, el cual es:

Ofrecer rehabilitación integral a aquellas personas que como consecuencia de su trastorno mental crónico precisan de apoyo, atención, supervisión y acompañamiento en el proceso hacia la autosuficiencia en los diferentes aspectos de la vida cotidiana (Santamaría en Alfaro y González, 2001: 3)

Entre sus objetivos específicos se encuentran:

- Dar oportunidad a la persona de integrarse a la familia y comunidad como un (a) miembro (a) autosuficiente
- Lograr contener al mayor número de personas con enfermedad mental en su hogar y en su comunidad
- Disminuir los períodos de hospitalización
- Favorecer una convivencia satisfactoria con la familia y la comunidad
- Reeducar sus habilidades socio laborales para su total reinserción en la comunidad
- Ofrecer al cliente una alternativa de tratamiento de mayor satisfacción para el (la) usuario (a) y su familia a un menor costo (Santamaría en Alfaro y González, 2001: 3 - 4).

Este programa busca dar con tención a estas personas mediante las labores en los talleres que propician el desarrollo de habilidades para desempeñar algún oficio, otorga un incentivo económico y se trabaja con habilidades sociales a partir de la interacción diaria con el personal de Hospital Diurno y con otros (as) pacientes.

III. CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN

El término "enfermo mental crónico", en nuestra sociedad, tiende a estigmatizarlo, se piensa en "*... aquella persona que padece de esquizofrenia, trastornos afectivos mayores recurrentes y trastornos orgánicos, que suelen ser incapacitantes, y de larga duración.* (Gutiérrez, 2000).

Se tiende a subestimar el potencial de estas personas al enfatizar en el deterioro que produce su patología dejando de lado las fortalezas y capacidades que poseen.

Una definición menos restringida es la que presenta Goldman y Cols en Gutiérrez (2000) al indicar que esta población sufre ciertos trastornos mentales o emocionales, además de otros que pueden llegar a ser crónicos y erosionan o impiden el desarrollo de sus capacidades funcionales sobre tres o más aspectos primarios de la vida cotidiana y menoscaban o impiden el desarrollo de la propia autosuficiencia económica. Estos autores plantean una discapacidad que incide en su desempeño cotidiano, más no tienden a considerarlos (as) incapacitados (as).

Liberman en Gutiérrez (2000) plantea dos criterios para definir a estas personas: Diagnósticos de Esquizofrenia o Trastorno Afectivo Mayor; y Dependencia económica de la familia, seguridad social o bienestar social. Ambos aspectos se aplican para la población del Hospital Diurno, que presenta como principales características:

Las dos terceras partes de la población de este programa están conformadas por hombres. Para la población masculina la distribución por grupos de edad se concentra en el rango de cuarenta a menos de cincuenta años (41%) mientras que para las mujeres va de los treinta y cinco a menos de cincuenta (75%).

En cuanto al estado civil, el 85% de los hombres y el 58% de las mujeres permanecen solteros (as). Relacionado con este dato se encuentra que un 96.% de los hombres no tiene hijos; la cifra se reduce para las mujeres en donde un 42% sí tiene, algunas de ellas, producto de violaciones perpetradas debido al estado de descompensación que presentan sumado a la característica previamente analizada.

El nivel de escolaridad para el caso de los hombres es de un 22.% en educación primaria completa así como secundaria incompleta con la misma proporción. En la población femenina un 50% no ha finalizado la enseñanza primaria lo que incide en que se les obstaculice sus oportunidades de encontrar un trabajo remunerado debido a los pocos conocimientos y desarrollo de habilidades que poseen.

En el aspecto laboral para ambos

sexos, el porcentaje de desocupación es de un 78% hombres y 50% mujeres, debido a múltiples factores como: bajo nivel de escolaridad, prejuicios y estereotipos que la sociedad tiene acerca de los (as) pacientes psiquiátricos, nivel de descompensación y cronicidad que les impide realizar labores ocupacionales, sobreprotección familiar, entre otros. Para la población femenina la distribución es proporcional, una de cada dos se encuentra desocupada y la proporción restante es ama de casa casadas, viudas, separadas; por lo tanto ninguna forma parte de la población económicamente activa.

En tres de cada diez participantes predomina el hogar nuclear conyugal formado por el jefe de hogar, su cónyuge y los (as) hijos (as) solteros (as); que en el caso de la población masculina coincide con su estado civil: estos hombres residen con alguno o ambos padres y sus hermanos (as). Para las mujeres solteras y separadas, se mantiene el mismo patrón.

El lugar de residencia es la provincia de San José, en la cual predomina una mayor presencia en el cantón de Pavas (31%), seguido por Guadalupe

(15%) y Moravia y Escazú (8%); el resto habita en los barrios pertenecientes al sur de la capital como Desamparados, Paso Ancho, Barrio La Cruz y Cristo Rey.

El hecho de que no haya pacientes de otras provincias responde a que cotidianamente deben viajar de sus hogares al Hospital por lo que personas que habitan muy lejos están limitadas a participar en el programa por los costos económicos y de seguridad que derivan del traslado.

Trabajo Social en el Hospital Nacional Psiquiátrico trasciende la atención individual del (la) paciente y trabaja en conjunto con las redes de apoyo, como es la familia; de las intervenciones realizadas se focalizan las siguientes: el rechazo familiar (23%), problemas económicos (13%) y drogadicción (10%), además problemas legales, abandono familiar, maltrato físico y lo relativo a espacios laborales.

Las enfermedades mentales de mayor incidencia de este grupo de pacientes se muestran en el siguiente cuadro:

Cuadro No. 1
Diagnóstico clínico,
Pacientes de Hospital Diurno, 2001

DIAGNÓSTICO CLÍNICO	MASCULINO		FEMENINO	
	Absolutos	Relativos	Absolutos	Relativos
TOTAL	27	100	12	100
Esquizofrenia	19	70.4	4	33.3
T. Afectividad	1	3.7	6	50
Retardo mental	5	18.5	2	16.6
T. conducta	2	7.4	0	0

FUENTE: Alfaro y González, 2001

IV. PROYECTO DE INTERVENCIÓN GRUPAL

El Departamento de Salud Mental de la CCSS menciona que la rehabilitación psiquiátrica se dirige a mejorar las capacidades a largo plazo del (la) paciente, además de que la define como *“el conjunto de todas las actividades tendientes a la maximización de las oportunidades del individuo, para su recuperación y a la minimización de los efectos discapacitantes de la cronicidad”* (Gutiérrez, 2000).

Una de las principales estrategias de rehabilitación es ayudar al (la) paciente a desarrollar o adquirir habilidades sociales instrumentales (Lieberman en Gutiérrez, 2000) que, por su padecimiento y por el contacto cotidiano con personas en iguales condiciones de salud; se han visto afectadas y hasta desaparecidas.

Derivado de lo anterior se desarrolló este proyecto dirigido a once pacientes (cuatro hombres y siete mujeres) con edades entre los veintiocho y cuarenta y nueve años.

Para la elección de la población beneficiaria se contó con el criterio experto de la enfermera del Programa y se tomaron como criterios de selección el nivel de participación, cooperación y aprovechamiento del tema.

El tipo de grupo se formó según el modelo de Toseland y Rivas de tratamiento con una orientación de socialización

“... dirigido a incrementar destrezas sociales y de comunicación. Con la utilización de ejercicios grupales y con enfoque grupal, se utiliza la participación activa bajo la dirección del líder” (Ruiz, 1996).

Se llevaron a cabo un total de nueve sesiones una semanal con una duración de hora y media.

El objetivo fue desarrollar diversas temáticas pertinentes a las relaciones interpersonales en temas como comunicación, respeto, valores, convivencia, familia, conflicto y recreación; a la vez proveer un espacio de interacción para aplicar el aprendizaje con y en el grupo.

El diagnóstico que predomina es la esquizofrenia y los trastornos afectivos mayores.

Entre estos últimos dos personas presentan trastornos depresivos recurrentes y tres trastornos esquizo-afectivos. Las esquizofrenias son de tipo hebefrénica, residual y paranoide.

V. PRINCIPALES RESULTADOS

Como aluden Toseland y Rivas en su definición de grupo planteada con anterioridad, el objetivo que persiguió la intervención fue desarrollar distintas temáticas a partir de contenidos básicos; de manera que teniendo una base teórica, se pudiera hacer una relación con las situaciones cotidianas de estas personas.

En la primera sesión se habilitó un espacio para discutir y proponer posibles temas por desarrollar tomando como base las relaciones interpersonales entendidas por el grupo como *"de la comunicación"* y *"las que tenemos con la familia y la gente del Hospital"*. Previamente se había construido conjuntamente las reglas del grupo que fueron: *"Levantar la mano para hablar, justificar las faltas al grupo, participar, escuchar al compañero cuando habla, respetar las distintas opiniones, ser reservado con lo que compartimos en el grupo, no agredir al compañero ni física ni verbalmente y ser puntual"*. Esta estrategia fue una fortaleza desde el inicio del proceso al ser ellos (as) los (as) proponentes de sus normas respetando su cumplimiento al no ser impuestas, sino construidas.

El primer tema fue la comunicación justificada en la afirmación de Satir (1991) *"no existe la no-comunicación"*; y como señala Salas *"ésta es imprescindible, ya sea en forma oral, escrita, mímica o mediante otras formas de expresión. La comunicación es el medio que le da sentido a todas las relaciones humanas"* (1997: 18). Se trabajó lo que para ellos (as) significaba el concepto: *"conversar"*, *"hablar por teléfono"*, *"expresarse"*, *"hablar con varias personas"*, *"comunicación de pensamiento"*, *"diálogo"* y *"saludar"* evidenciándose cómo se enfatiza en la comunicación verbal, sin tomar en consideración que *"la comunicación diaria de la gente está llena de matices y centenares de señales no verbales"* (Bates y Cleese, 2001: 5). De aquí se

partió para considerar también la no verbal que es conocida y utilizada cotidianamente; ellos (as) identificaron *"el lenguaje de señas"*, *"niña, las muecas"*, *"la facción"* y *"la sonrisa"*. En la evaluación final se pudo concluir que aún persiste el concepto de comunicación como *"hablar"*. La realimentación del tema enfatizó en la afirmación de Zastrow *"los mensajes no verbales pueden ser interpretados no como hechos pero sí como una pista que puede ser confrontada con los verbales para determinar qué está pensando o sintiendo el emisor"* (1996: 163).

El tema del respeto tuvo como objetivo concebir al ser humano como un todo, un ser integral, *"visto con unos anteojos que tienen ocho lentes, cada uno de los cuales refleja una parte esencial del individuo"* (Satir, 1991: 57). Se trabajó a partir de los aspectos que menciona la autora: los sentidos *"la vista, el olfato, el gusto, el tacto y el oído"*; las relaciones *"la comunicación con los demás"*; la nutrición *"lo que comemos"*; el pensamiento *"es algo muy personal, todos lo llevamos dentro"*; el alma *"lo que llevamos dentro"* y *"es lo que le da vida al cuerpo"*; el cuerpo *"lo que Dios nos dio"*, *"es un instrumento, hay que aprender a manejarlo para poder hacer lo que uno quiere"*; los sentimientos *"hay buenos y malos"*; por último el contexto en que se les explicó el término respeto porque desconocían su significado.

A partir de su propia concepción de respeto como *"no hacerle a la otra persona lo que no quiero que me hagan a mí"* se compartió sobre la diversidad que

caracteriza a los seres humanos y de la importancia del respeto a todas las personas concebidas integralmente (que es un derecho y un deber que se debe practicar cotidianamente).

Es importante agregar las formas de irrespeto que mencionaron al relacionarlo con las discriminaciones: "a las mujeres se les paga menos que a los hombres", "cuando una mujer está embarazada la tratan mal en el trabajo"; "a los negros", "los pobres van a la cárcel cuando roban pero los ricos o los de cuello blanco andan por la calle tranquilos". En la sesión evaluativa se personalizó el tema al relacionarlo con el irrespeto cotidiano que viven por su condición de pacientes psiquiátricos (as), principalmente en el ámbito familiar con comentarios como: "nosotros tenemos derecho a que nos traten como personas y nos dejen venir al Taller"; "pobrecitos los loquitos", "no sirven para nada y no van a ver lo que hacemos en el Taller".

Frecuentemente las personas opinan de esta manera por ignorancia, porque no se invierte tiempo en conocer lo que está haciendo el (la) familiar en el Hospital más bien se tiende a estigmatizar su condición y pierden el interés por estas personas.

De los temas abordados la única temática que presentó dificultad en su comprensión fue los valores. Para facilitar su manejo se aplicó en esta sesión la técnica de dibujo libre, rescatando por ejemplo el amor a los animales "mi dibujo significa que un animalito puede dar más

amor que un ser humano"; la alimentación "la alimentación con frutas que es lo más saludable"; la familia "el hogar y la unión" y "la compañía"; la libertad expresada en "el amor a la naturaleza"; la espiritualidad "lo espiritual, la sinceridad, el respeto, el trabajo y el estar bien con Dios"; la amistad "la amistad y el compartir con las personas"; y por último la recreación "una chiquita con una bola".

La realimentación giró en torno a que "los valores son creación de la humanidad y, por lo tanto, poseen carácter social" además tienen como objetivo "... regular las conductas y las acciones de las personas en la sociedad" (Naranjo, 1994: 11); sin embargo aún cuando se logró estimular la discusión, el tema se tornó abstracto para los (as) participantes.

Lo referido a la convivencia entendida como "compartir con otros" se orientó al aspecto de los deberes en la comunidad/barrio/familia y en el Hospital; algunos de los resultados para el primer y segundo grupo respectivamente fueron: "Cuidado contra el hampa, salubridad del lugar, cooperación del lugar hermandad de la comunidad por medio de favores y necesidades humanas" así como "Respetar las reglas del Hospital, del comedor, a los pacientes, a los superiores, colaborar en el aseo, tomarse los medicamentos". Para los deberes en el Hospital resultó cotidiano construir un listado debido a que, frecuentemente, se les enfatiza más en los deberes que deben cumplir que en los derechos que poseen como pacientes.

El concepto de familia tuvo una orientación terapéutica al habilitarse la sesión para que, mediante un dibujo, compartieran con el resto del grupo su percepción de la familia. Lo anterior se ilustra con las siguientes expresiones *esta es mi mamá cocinando* y *soy muy feliz con ella*; *mi mamá es muy importante para mí porque es muy chineadora* agregó *quise representar un ambiente de tranquilidad*; *esta es mi mamá, yo y mi papá, los dibujé con las manos arriba pidiendo auxilio porque nadie nos visita, estamos muy solitos y tristes* posteriormente esta misma persona agregó *yo estoy ofendiendo a Dios porque mi mamá y mi papá viven conmigo y me chinean*; *Yo sola oyendo música para que no me agarren los nervios* agregando *no tengo televisión me gustaría para que no me agarren los nervios y la soledad*; *mi prima, mi sobrina y yo porque mi mamá se murió hace poquito*; *mi mamá de 78 años, mi sobrina de 14 y yo de 47*.

El objetivo fue desarrollar la concepción tradicional de familia (hogar nuclear) y compartir lo referente a la diversidad familiar entendiendo que no hay un solo tipo de familia sino *... coexisten múltiples tipos de familia, dependiendo de la variedad de factores macrosociales que inciden en su configuración y desarrollo* (Reuben, 2000: 5), lo anterior se evidenció en los diferentes dibujos que no compartían una misma estructura familiar aunque de igual manera todos representaban una familia, incluso la de la integrante que vive sola. A manera de cierre se asoció con los vínculos conyugal, maternal/paternal y

fraterno presentes en sus familias que se deben considerar para mejorar las relaciones entre los (as) distintos (as) miembros (as).

El tema del conflicto presentó una modificación de último momento al enfocarse en el conflicto internacional entre Estados Unidos y Afganistán que era parte de la realidad y generó comentarios tales como *echaron a perder la paz entre los países*, *la paloma es la paz con la que está jugando Estados Unidos*. Se dio un debate entre dos miembros *esta era la única forma de que los países nos diéramos cuenta de la represión que tenía los Estados Unidos con nosotros* *el terrorismo es bueno para que abramos los ojos y veamos que estaban jugando con nosotros*; ante lo que su compañera respondió *imagínese Juana cuántas mujeres y niños están sufriendo en ese país* además *en el caso de las mujeres las tienen marginadas porque no se pueden destapar ni un poquito la cara porque les pegan*. Este intercambio evidenció el grado de análisis y discusión que estas personas tienen de la realidad de su entorno.

A lo anterior se presentó como alternativas de solución la negociación y la mediación entendidas como *cuando las dos partes se unen para arreglar el conflicto* y *cuando dos o más personas se sientan a conversar para arreglar un problema*. Ante la semejanza de ambas conceptualizaciones se procedió a hacer la diferencia, en donde una participante afirmó *negociar sería entre Estados Unidos y el otro país; y mediación podría ser que entre una organización*

internacional”, agregando “pero tiene que ser imparcial para que no se ponga de ninguno de los dos lados... ¿cómo la Iglesia?”.

En lo relativo al tema de la Recreación argumentado que *“... es necesaria porque contribuye al bienestar físico de las personas, desarrolla la capacidad mental y estimula a varones y mujeres, sin distinción de ningún tipo para que se integren saludablemente a la comunidad.”* (Centro Nacional para el Desarrollo de la Mujer y la Familia, 1990: 7) se practicaron actividades lúdicas y deportivas en el gimnasio de la Institución generando resultados en esta población que se expresan como positivos.

Los resultados descritos son una muestra de la capacidad de análisis y asimilación de las diferentes temáticas que tuvo el grupo de pacientes que participó en el Taller, quienes con frecuencia son considerados como discapacitados (as), sumamente dependientes, poco participativos (as) y con grandes dificultades de interacción; no obstante la experiencia mostró lo contrario.

De manera simultánea al desarrollo de los temas se habilitó un espacio de interacción diferente para este tipo de personas que, mediante la asistencia a las sesiones, impactó en la formación y mejoramiento de habilidades sociales de comunicación, cumplimiento de normas, participación, capacidad de análisis, convivencia y apertura hacia nuevas experiencias.

Se pudo explotar capacidades individuales, por ejemplo, las características de liderazgo de una participante que durante toda la experiencia fue reforzada positivamente logrando, que se llegara a constituir en la líder natural del grupo al ejercer gran influencia sobre los (as) demás compañeros (as). Otro ejemplo fue el de “Patricia” quien al inicio no articulaba una sola palabra, incluso ni miraba a la facilitadora, sin embargo conforme se avanzó se fue incorporando paulatina y constantemente en las actividades de grupo. Cuando se trabajó con la modalidad de subgrupos, llegó incluso a presentar características de liderazgo, lo que muestra un resultado positivo en su aspecto interaccional de más difícil integración. Por último la situación de “Bertha” a quien se le dificultó acatar reglas aunque conforme se involucró en la experiencia grupal llegó a manifestar *“gracias, usted me está ayudando a relacionarme mejor con las demás personas”.*

Fueron múltiples las muestras de agradecimiento por el espacio ofrecido y por la escucha brindada, entre los que destacan: *“muy bonita y divertida la reunión de hoy”, “estuvo muy productiva”, “gracias por esta reunión tan linda”, “muy bonito”, “una experiencia preciosa”, “lindo porque hablamos y compartimos”, “muy bonito porque nos trata como personas”, “usted nos hace recordar que somos personas inteligentes y capaces”.*

Todos los comentarios anteriormente indicados comparten un mensaje implícito, un trasfondo que esconde un trato discriminatorio debido a su enfermedad mental. Esas expresiones

antes anotadas, que demuestran satisfacción por la experiencia grupal, están íntimamente asociadas con la percepción de haber sido tratados como personas, tomadas en cuenta sus opiniones, escuchados (as) y, desde la perspectiva de nuestra profesión, revalorada su dignidad como seres humanos que ha venido a menos desde el momento en que se les colocó la etiqueta "psiquiátrica crónica".

VI. CONCLUSIONES

Desde hace aproximadamente treinta años el Hospital Nacional Psiquiátrico cuenta con el programa Hospital Diurno cuya modalidad de tratamiento consiste, principalmente, en los talleres de terapia ocupacional en donde los (as) pacientes realizan labores de trabajo y de socialización dirigidos a mejorar su calidad de vida y rehabilitación de la enfermedad crónica. Como en la mayoría de servicios de hospitalización, se trabaja con la estrategia de equipos interdisciplinarios conformados por nueve profesionales que garantizan la atención integral de la población beneficiaria.

El programa está conformado por un total de treinta y nueve personas, en donde únicamente la tercera parte de la población son mujeres. No existe mayor diferencia en las edades para ambos sexos; el estado civil predominante es ser soltero (a). La población masculina presenta mayor educación formal que la femenina en donde la mitad posee primaria incompleta que indica que, básicamente, saben leer y escribir. El estar desocupado es una característica

que se repite en ambas poblaciones; en la femenina el cincuenta por ciento restante es ama de casa lo que significa que no reciben un incentivo económico únicamente el aportado por el Hospital. Las enfermedades mentales de mayor incidencia son la esquizofrenia y los trastornos afectivos mayores.

Partiendo de su realidad y de los objetivos del programa Hospital Diurno, se planteó el proyecto de intervención social bajo la modalidad de grupo titulado "Cómo mejorar mis relaciones interpersonales" de manera que se constituyera en una alternativa de rehabilitación psiquiátrica dirigida a maximizar fortalezas y minimizar obstáculos en sus habilidades para la interacción cotidiana, tanto en el ámbito familiar como en el centro médico.

El grupo siguió un modelo de tratamiento con orientación de socialización en temas como comunicación, respeto y valores.

En un primer momento se elaboró y negoció el contrato grupal; en el cual se construyeron conjuntamente las reglas y no hubo imposición unidireccional y externa de lo que se debía o no hacer. Esta estrategia incidió en el empoderamiento del grupo como tal al revalorar su capacidad de tomar decisiones propias.

Para cada uno de los temas desarrollados se rescató el aporte de los (as) participantes de manera que lleve a concebir a esta población como seres humanos que, a pesar de tener una discapacidad, no están completamente discapacitados (as). Esto se evidenció

claramente en los comentarios y aportes que en cada sesión se generaban a partir de la confrontación y relación teórico – práctica.

Cinco de los temas tuvieron una orientación socioeducativa que mediante un proceso técnico atractivo, que generara participación y pensado en el tipo de población, permitió el abordaje de temas cotidianos de las relaciones humanas centrándose en algunos aspectos claves para su rehabilitación. El enlace teoría- práctica se mantuvo en todo el período de intervención ya que cada uno de los ítems se ejemplificaba con situaciones de los talleres o de la familia que permitiesen una mayor aprehensión.

Los temas de “familia” y “recreación” tuvieron una orientación terapéutica debido a que los (as) participantes tuvieron total libertad de expresarse a partir del objetivo que guiaba la sesión. En estas dos sesiones la intervención de la facilitadora fue menos directiva y se dirigió más a viabilizar los canales de comunicación entre los (as) integrantes.

De manera paralela al desarrollo de los temas se habilitó un espacio para interactuar y compartir entre sí; se constituyó en una experiencia diferente y de gran aceptación en los (as) participantes quienes cada martes durante hora y media, tenían la seguridad de que iban a ser escuchados (as) y tomados (as) en cuenta; además de que salían un poco de su rutina con la experiencia grupal en donde, aunque fuese por un momento,

dejaban de lado su membrete psiquiátrico y se les colocaba su característica de ser humano con defectos y virtudes, pero sobre todo, con dignidad y respeto por ella.

En todas las sesiones se presentó la queja implícita acerca de la discriminación y el estigma social para con esta población por parte de familiares, e incluso funcionarios de la Institución, repitiendo el patrón de la cultura costarricense en donde el problema de la salud mental ha sido una verdad que no se ha querido ver debido a mitos y estereotipos que han contribuido a mantenerla disfrazada.

Junto a esto la población de pacientes crónicos es aún más discriminada debido a que se les considera “incapaces”, mientras que la experiencia grupal demostró todo lo contrario.

Las herramientas fueron dadas, también la manera de utilizarlas adecuadamente; es el momento de construir el camino que se quiere y se merece, pero sobre todo, es el momento en que la sociedad vuelque su mirada y atención hacia estos (as) constructores (as) que día con día edifican obras y no son valoradas por el miedo que produce quitarse la venda de los ojos y tomar conciencia de la realidad.

BIBLIOGRAFÍA

ALFARO, A y GONZÁLEZ, A (2001) "Cómo Mejorar mis Relaciones Interpersonales". Universidad de Costa Rica, Escuela de Trabajo Social, Proyecto de Intervención del curso Taller V.

BATES, B y CLEESE, J (2001) El rostro habla. En: La Nación, Revista Dominical. 2 de setiembre. Pags 5-20.

CANTERO, M (2001) Mentes en Punto de Quiebra. En: La Nación. 7 de abril, Pag 6.

GONZÁLEZ, A. (2001) Crónicas de la Intervención Grupal. Universidad de Costa Rica, Escuela de Trabajo Social, Curso Taller V.

GUTIÉRREZ, M (2000) Rehabilitación en Psiquiatría: rol del programa Hospital Diurno. Universidad de Costa Rica, Caja Costarricense de Seguro Social, Unidad de Posgrado en Psiquiatría.

NARANJO, M (1994) Educación cívica. San José: Editorial SANTILLANA.

REUBEN, S (1986) Características Familiares de los Hogares Costarricenses. En: Estructuras Familiares en Costa Rica. Instituto de Investigaciones Sociales, Universidad de Costa Rica.

RUIZ, M (1996) Fundamentos de Trabajo Social de Grupo. Puerto Rico: Editorial Edil. Segunda Edición.

SALAS, M (1997) Programa de capacitación sobre salud mental en autoestima y relaciones huimanas dirigido a los empleados de servicios generales del HNP. San José: Universidad de las Ciencias y el Arte de Costa Rica, Colegio San Agustín.

SATIR, V (1991) Nuevas relaciones humanas en el núcleo familiar. México: Editorial Pax.

ZASTROW, C (1996) Social Work with groups: using the class as a group leadership laboratory. Chicago: Cuarta Edición.