

UNIVERSIDAD SIMON BOLIVAR
BIBLIOTECA
BARRANQUILLA

INCIDENCIA DEL STRESS FAMILIAR EN LA EVOLUCION DE LA ESQUI
ZOFRENIA DE LOS PACIENTES DEL HOSPITAL MENTAL DEPARTAMEN
TAL E INTERVENCION DEL TRABAJADOR SOCIAL

MERCEDES MARRIAGA
EMILSE MARTINEZ
MABEL PAVA

Trabajo de grado presentado pa
ra optar el título de Trabaja
dora Social.

Asesor: Luis A. Ruiz

UNIVERSIDAD SIMON BOLIVAR
FACULTAD DE TRABAJO SOCIAL
BARRANQUILLA, 1987

HOJA DE PRESENTACION

RECTOR	DOCTOR JOSE CONSUEGRA H.
VICE RECTOR	DOCTOR LEONELO MARTHE Z.
SECRETARIO GENERAL	DOCTOR RAFAEL BOLANOS
DECANO	DOCTOR JORGE TORRES D.
VICEDECANO	DOCTOR CARLOS OSORIO T.
SECRETARIA ACADEMICA	DOCTORA MARIA TORRES A.

UNIVERSIDAD SIMON BOLIVAR
FACULTAD DE TRABAJO SOCIAL
BARRANQUILLA, 1987

HOJA DE ACEPTACION

Presidente del Jurado

Jurado

Jurado

Barranquilla, 1987

UNIVERSIDAD SIMON BOLIVAR
BIBLIOTECA
BARRANQUILLA

DEDICATORIA

A mis padres y a mi hija Belkys, quienes aunaron
esfuerzos y sacrificios proporcionandome apoyo y
aliento para salir adelante.

"Mercedes Sofia"

DEDICATORIA

La culminación de mis estudios y adquisición del título lo dedico a mi madre Myriam Medina y a mis hermanos quienes deben compartir mis satisfacciones en este momento

"Emilse"

DEDICATORIA

Le dedico la terminación de mis estudios a mi madre Alicia Arce y a mis hermanos, a quienes les agradezco por sus sacrificios por el cual me encuentro obteniendo mis triunfos

"Mabel"

AGRADECIMIENTOS

Nuestros más sinceros agradecimientos al Dr. Patricio García, Médico Psiquiatra del Hospital Mental Departamental y a todo el personal técnico y Administrativo de la institución, además al señor Manuel Cabrera Bibliotecólogo del Instituto de los Seguros Sociales y Universidad Simón Bolívar quienes con su colaboración y sus atenciones, facilitaron la materialización de nuestro estudio.

Igualmente hacemos extensivo éstos, a nuestro Asesor Luís Armando Ruíz por su permanente interés y sus aportes en el desarrollo de las actividades.

LISTA DE TABELAS

	pgs
TABLA 1: Datos de identificación.....	85
TABLA 2: Actitud de la familia ante los comportamientos extraños del paciente.....	88
TABLA 3: Causas de aparición de la enfermedad....	91
TABLA 4: Actividades realizadas por el paciente..	94
TABLA 5: Participación de la familia en el tratamiento	96
TABLA 6: Orientación familiar	96
TABLA 7: Relaciones de la familia antes y después de la enfermedad.....	99
TABLA 8: Problemas de la familia por la enfermedad.....	88

TABLA 9: Incentivos que la familia le proporciona al paciente.....	102
TABLA 10: Recreación utilizada por la familia.....	94
TABLA 11: Formas de comunicación.....	102
TABLA 12: Tipología familiar.....	105
TABLA 13: Análisis de algunas tablas.....	108

TABLA DE CONTENIDO

	Pgs
0. INTRODUCCION	13
1. CAUSA y NATURALEZA DE LOS TRASTORNOS MENTALES.	17
1.1. ETIOLOGIA Y CONCEPTO DE ESQUIZOFRENIA	27
1.2. HISTORIA DE LA ESQUIZOFRENIA	31
1.3. TIPOS DE ESQUIZOFRENIA	36
1.4. MANIFESTACIONES CLINICAS	42
1.5. EPIDEMIOLOGIA	48
2. FAMILIAS DE PACIENTES ESQUIZOFRENICOS	53
2.1. DEFINICION Y CONCEPTO DE FAMILIA	53

2.2. FUNCIONES BASICAS DE LA FAMILIA	54
2.3. TIPOLOGIA FAMILIAR	63
3. STRESS FAMILIAR Y ESQUIZOFRENIA	69
3.1. ORIGEN Y TEORIAS DEL STRESS FAMILIAR	71
3.2. ADAPTACION Y REDUCCION DEL STRESS	76
4. INTERVENCION DEL TRABAJADOR SOCIAL ANTE LA PROBLEMATICA PLANTEADA	80
4.1. PAPEL DEL TRABAJADOR SOCIAL CON FAMILIAS DE PACIENTES ESQUIZOFRENICOS	80
4.2. ANALISIS DE LAS EVALUACIONES FAMILIARES REALIZADAS EN EL HOSPITAL MENTAL DEPARTA MENTAL	84
4.3. INTEGRACION DE LA FAMILIA E INSTITUCION (HOSPITAL MENTAL)	112
4.4. EXPERIENCIAS RACIONALIZADAS BASADA EN LA FAMILIA DEL ESQUIZOFRENICO	115
4.5. ALTERNATIVAS DE ACCION QUE PERMITAN ATEN DER EL PROBLEMA EN ESTUDIO	117

RECOMENDACIONES	119
CONCLUSIONES	120
BIBLIOGRAFIA	123
ANEXOS	125

UNIVERSIDAD SIMÓN BOLÍVAR
BIBLIOTECA
BARRANQUILLA

INTRODUCCION

El trabajo investigativo que hoy presentamos tiene como objetivo primordial la incidencia del stress familiar en la evolución de la esquizofrenia en los pacientes del Hospital Mental Departamental, trabajo presentado como requisito para optar el título de Trabajador Social.

Es de resaltar la importancia que para el grupo multidisciplinario y principalmente para Trabajo Social tiene la familia en la rehabilitación y recuperación de pacientes esquizofrénicos: es ésta además la enfermedad de mayor afluencia en el Hospital Mental Departamental.

La cronicidad de la esquizofrenia incrementa la atención que se le debe dar al manejo de los factores humanos y sociales del problema, ya que las actitudes tomadas por los demás miembros del grupo pueden producir alteraciones que son resentidas por el paciente y en consecuencia se agudiza cada vez más su estado mental: la inquietud del

tema investigado a presentado a las autoras el compromiso de plasmar nuevos elementos teóricos y señalamiento en relación al tratamiento que debe aplicar el Trabajador Social encargado de atender problemas esquizofrénicos con el fin de abordar un mejor dominio al paciente y su grupo familiar.

Por todo esto se hace necesario llegar al verdadero conocimiento de como incide el stress familiar en el proceso de evolución, tratamiento y rehabilitación de esquizofrenia. El Trabajador Social especialista en relaciones sociales se le facilita mantener una estrecha relación con el medio familiar y social del paciente esquizofrénico.

La definición hoy día más aceptada en salud mental es aquella que indica la capacidad que tiene el individuo de vivir en armonía con un medio cambiante y no debe olvidarse por ello, que el individuo por naturaleza es sociable y por lo tanto inmerso en una cultura, una sociedad, un devenir histórico, una tradición. En este sentido los factores sociales históricos, culturales y económicos influyen en el individuo.

Para el conocimiento de las condiciones sociofamiliares de los pacientes esquizofrénicos, se entrevistaron y es

tudiaron pacientes con este diagnóstico atendidos en el Hospital Mental Departamental por consulta externa y hospitalización, permitiéndonos conocer sus características tipos de familia y aquellos factores relevantes del problema. El estudio se realizó en el período comprendido de junio de 1986 a junio de 1987.

Entre los objetivos trazados para el estudio tenemos el de dotar a Trabajo Social de un documento sobre stress familiar, y esquizofrenia que le brinde un punto de apoyo, a través de sus teorías en la congregación de acciones efectivas para la rehabilitación del paciente esquizofrénico; y determinar la tipología familiar que predomina en la evolución de la evolución de la esquizofrenia con el fin de señalar pautas para la fusión de acciones multidisciplinarios en el tratamiento global de pacientes esquizofrénicos.

Otro aspecto a mencionar es que el trabajo investigativo es en su mayor parte teórico que práctico, basado en teorías recientes en cuanto al tema: y realizado en coordinación con el equipo interdisciplinario, más que todo entre psiquiatría y Trabajo Social por tal razón en el desarrollo del trabajo se utilizarán muchos términos médicos-psiquiátricos, con el fin de brindar un tratamiento

integrado al paciente tanto médico como social.

Un aspecto que se hizo latente al realizar la selección de pacientes en los registros estadísticos, fue; encontrar 214 casos de esquizofrenia de los cuales sólo 103 de estos, resultaron con diagnóstico definitivo de esta patología, en la revisión de historias clínicas. Si a esto, le sumamos el hecho de las limitantes a las que nos enfrentamos, tales como direcciones erradas cambio de domicilio; lo que redujo la muestra representativa de estudio por lo cual solamente se lograron investigar y analizar a 45 pacientes y sus respectivas familias.

El estudio está distribuido en cuatro capítulos como son:

1. Causa y Naturaleza de los trastornos mentales.
2. Familias de pacientes esquizofrénicos.
3. Stress familiar y esquizofrenia.
4. Intervención del Trabajador Social ante la problemática planteada.



1. CAUSA Y NATURALEZA DE LOS TRASTORNOS MENTALES

Se han originado grandes discusiones acerca de las causas y naturaleza de los trastornos mentales, además, cada día es mayor el énfasis que se da al hecho de que, aun cuando se sepa que existen trastornos anatómicos o fisiológicos en las estructuras cerebrales, estos no pueden explicar a decuadamente la conducta que lo acompaña.

Cualquier trastorno del cerebro o de otros tejidos corporales, que influya sobre la capacidad del hombre para recibir, percibir e integrar la información pasada, producirá un funcionamiento psicosocial defectuoso y por lo tanto alterará el funcionamiento de la personalidad. Cualquier trastorno físico que impida el hombre entender a otros y hacerse entender, también producirá un proceso no efectivo de comunicación, que a su vez hará que el hombre no perciba con exactitud las respuestas de los demás. Este último trastorno de la percepción de los estímulos que el individuo recibe como respuesta de otros, provoca angustia, conflictos e inquietud en la personalidad.

Entre los múltiples factores que, se estudian desde la biogenética hasta los defectos en las experiencias pueden trastornar el funcionamiento de la personalidad tenemos: Causas exógenas y endógenas

Causas exógenas:

- Ambiente
- Estado conyugal
- Ocupación y exceso de trabajo
- Aislamiento social
- Pérdida del ser querido
- Enfermedades físicas crónicas
- Relaciones interpersonales
- Conflicto mental
- Agentes tóxicos y otros

Causas endógenas:

- La constitución
- La herencia
- Embarazo
- Defectos físicos
- Trastornos generales del cerebro
- Carencia de sueño

Causas Exógenas.

AMBIENTE: Factores sociales y culturales. El ambiente en que vive un individuo es mucho más que un mundo físico, incluye la estrecha interacción personal dentro del grupo familiar, las presiones que sobre este grupo imponen las culturas más amplias y sus particulares sistemas de valores, así como la influencia de las fuerzas socioeconómicas, que dependen de la estructura de las clases de la sociedad en la que el individuo y su familia viven

ESTADO CONYUGAL: Las estadísticas muestran que los trastornos mentales son más comunes entre las solteras que entre las casadas. Aunque esto puede deberse en parte a la vida más estable y regular que llevan los casados, junto con la sensación asociada de responsabilidad doméstica, debe recordarse que la asociación matrimonial es una de las más importantes del ser humano. No sólo proporciona satisfacción de las necesidades sexuales apremiantes, sino también diversas seguridades importantes cuya pérdida son inquietantes para la personalidad. En general las personas divorciadas representan un grupo que sufre conflictos tan poco habituales, tanto en intensidad como en números, que no entraña la gran frecuencia de enfermedades mentales en él.

OCUPACION Y EXCESO DE TRABAJO: Aparte de los síndromes cerebrales debido a sustancias tóxicas las cuales los individuos pueden estar expuestos a consecuencias de su ocupación (plomo en especial), el tipo de trabajo de la persona no determina ni precipita los trastornos de la personalidad. No obstante actualmente se piensa en general que cuando la dedicación desmedida al trabajo constituye un esfuerzo agotante, es un síntoma y no una causa de trastorno mental.

AISLAMIENTO SOCIAL: Es posible que la falta de contacto o experiencias sociales durante los primeros meses de la vida también tenga un papel importante en mucho de los trastornos de la personalidad en el adulto.

PERDIDA DEL SER QUERIDO: A través del contacto estrecho e íntimo que el lactante y el niño pequeño tienen con la madre, se establece el sentido básico de seguridad y confianza gracias al cual el niño puede hacer frente a la separación. La soledad consecuente, y buscar una identidad autónoma. La pérdida temprano de un ser querido ya sea por muerte o por separación prolongada, puede privar al niño de las experiencias necesarias para que su ego se desarrolle en forma sana.

ENFERMEDADES FISICAS CRONICAS: Las enfermedades físicas agudas asociadas a un estado tóxico conducen frecuentemente hacia un síndrome cerebral agudo con un estado de delirios asociados, pero es raro que sean directamente responsables de las neurosis o de las llamadas psicosis funcional. Las enfermedades crónicas, sin embargo, con sus desventajas y sus frustraciones, y con los nocivos métodos que utiliza el individuo para tratar de comprenderlo implica un stress que produce neurosis graves. El paciente con una enfermedad orgánica se enfrenta a dos tipos de problemas para cuya solución tiene que echar mano de diversas defensas y mecanismos de adaptación; a) problemas, en gran parte conscientes, relacionados con las realidades del dolor, de la incapacidad para ganarse la vida y de las desventajas que impone a su familiar o que su familia le impone, y b) problemas que surgen de las necesidades emocionales y de la activación de los conflictos inconscientes hasta entonces reprimidos.

RELACIONES INTERPERSONALES: De las relaciones interpersonales repetitivas y de la tensión que causan dentro de la familia, surgen algunos de los más precosos y dinámicas mecanismos de stress, los cuales posteriormente, solo podrán manejarse mediante técnicas psicopatológicas tan inquietantes para la felicidad y la eficiencia del indi

viduo, o tan destructoras para su adaptación social, que se consideran como trastornos mentales.

CONFLICTO MENTAL: Uno de los factores psicógenos más importantes en la producción de un trastorno mental es el problema de reconciliar los deseos discordantes y las necesidades psicológicas conflictivas y manejar las tendencias incompatibles y reaccionar de una cierta manera.

AGENTES TOXICOS: Algunas drogas y productos químicos pueden originar síndromes cerebrales agudos, frecuentemente del tipo de delirio de corta duración, aunque en ocasiones un estado deliroide de origen químico puede prolongarse durante varias semanas. Los agentes que con más frecuencia producen síntomas mentales son los bromuros, los derivados del ácido barbitúrico, las sulfas, la morfina, la cocaína, la marihuana, los tiocionatos y el plomo.

Causas Endógenas.

LA CONSTITUCION: Desde el punto de vista de la psiquiatría, la constitución puede considerarse como la porción de organización del individuo que se deriva del genotipo y de las influencias prenatales y de los primeros meses

de la vida, sin tomar en cuenta el aprendizaje que se adquiere a través de las experiencias interpersonales.

LA HERENCIA: Cada etapa del desarrollo está determinada por la interacción de las fuerzas hereditarias y los ambientales. Antes de atribuir un trastorno mental a la herencia se debe tener en cuenta que los padres con frecuencia transmiten sus propias dificultades emocionales a la generación que les sigue, no por transmisión a través de las células germinales, sino por influencias de los mismos padres neuróticos después del nacimiento. Cuando una generación no logra encontrar satisfacción a sus necesidades psicológicas, esto puede reflejarse en la conducta de la generación que le sigue, dando como resultado que la dificultad para adaptarse y la mala conducta social se prolongan a través de varias generaciones.

EMBARAZO: El trastorno mental puede asociarse al embarazo o al período post partum. Sin embargo, no existen procedimientos mentales específicos de estos períodos. Bajo el stress de mantener la homeostasis biológicas fisiológicas y de la situación tan importante desde el punto de vista emocional, material, psicológico, latente o reprimido puede resultar demasiado agobiante para los recursos del ego de los pacientes, de lo cual resulta la apa

rición de reacciones psicopatológicas. Lo que para la madre significa, inconscientemente, su embarazo tiene tanta importancia como el nacimiento de un niño.

DEFECTOS FÍSICOS: Las anomalías o trastornos físicos que aunque no son provocadas por disfunción endocrina, en ocasiones originan resentimientos y otras reacciones psicológicas indeseables, especialmente de tipo compensador, agresivo o de otro tipo defensivo, son las deformidades genitales, las deformaciones congénitas de los pies, la escoliosis, la cifosis y los defectos congénitos de la visión y de la audición. Debe decirse, sin embargo, que la personalidad de los individuos que tienen defectos físicos no siempre se afectan por dichas desventajas.

TRASTORNOS GENERALES EN LA FUNCIÓN DEL CEREBRO: En un principio se creyó que toda enfermedad mental se debía a una enfermedad cerebral y que no existía psicosis sin padecimiento cerebral: también se pensó que ciertas lesiones específicas del cerebro iban acompañadas de síntomas mentales especiales. Aunque en algunos casos de trastorno mental se sabe que existe una lesión asociada del cerebro nuestra experiencia hasta la fecha indica que, en la mayoría de los casos, no lo hay.

CARENCIA DE SUEÑO: La falta continua de sueño, como se ha demostrado en numerosos estudios en personas jóvenes normales, produce deterioro en el funcionamiento de la personalidad, que se expresa tanto en forma de experiencias subjetivas desagradables como en cambios en la apariencia, el habla, el estado de ánimo, la percepción y el pensamiento. No se sabe si estos cambios se deben exclusivamente al no dormir o también a la fatiga muscular asociado o incluso a la falta de sueño que va implícita. Cuando se impide el dormir de una persona, poco a poco disminuye la capacidad de atender en forma prolongada a cualquier tarea, y aparecen inquietud, apatía e incapacidad para concentrarse cada vez mayores.

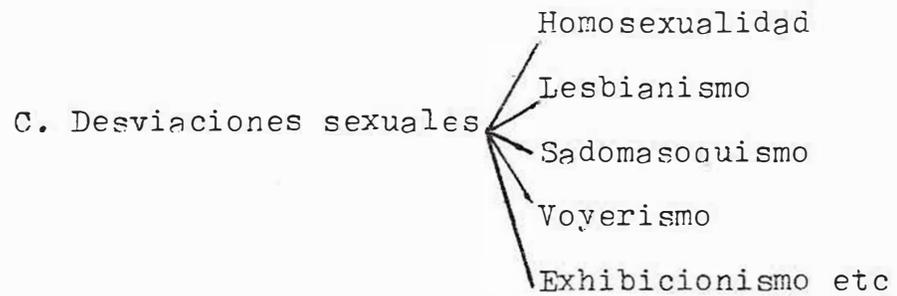
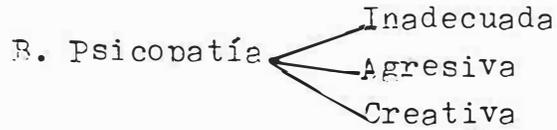
Estos factores son de gran importancia ya que interactúan en el desarrollo y fortalecimiento de la personalidad del individuo. Dentro de los trastornos mentales más comunes encontramos:

1. Psiconeurosis

- A. Estado de ansiedad
- B. Reacción depresiva
- C. Neurosis obsesiva
- D. Estado fóbico
- E. Histeria

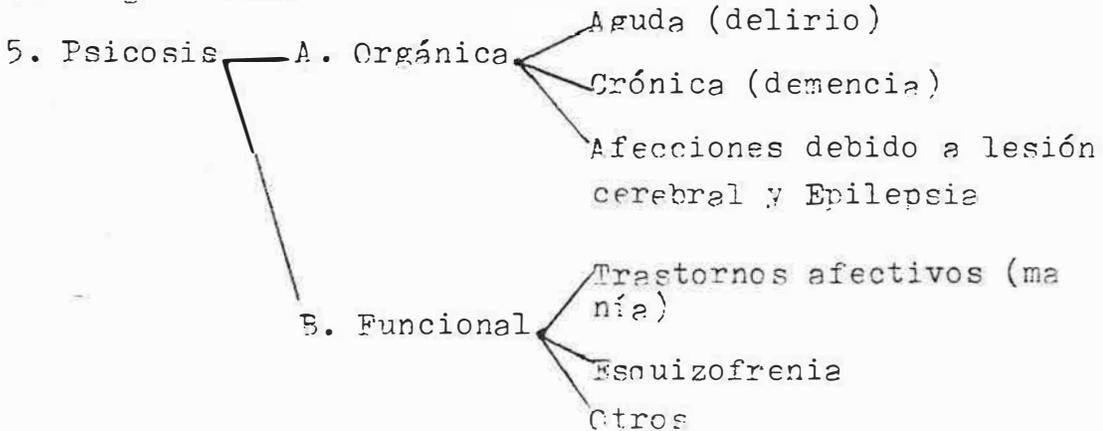
2. Trastornos de la personalidad

A. Diversas afecciones que asemejen a las diversas enfermedades psiconeuroticas.



3. Alcoholismo

4. Drogadicción



6. Suicidio e intento de suicidio

7. Subnormalidad mental

8. Psiquiatría infantil

Particularizaremos el estudio en la Esquizofrenia por ser la patología de mayor afluencia en la institución y por ubicarse en el campo de la salud mental, lo cual es de mucha importancia y necesaria la intervención del Trabajador Social.

1.1. ETIOLOGIA Y CONCEPTO DE ESQUIZOFRENIA.

Esquizofrenia significa literalmente "Mente desdoblada" en la cual la personalidad se desintegra en una masa de componentes mal coordinados, presentando en particular un marcado grado de disociación entre el pensamiento y la emoción, produciendo así alteraciones de tipo afectivo, cognoscitivo y del comportamiento; trazando esto como consecuencia una desorganización severa del funcionamiento social. En la mayoría de los casos esta desintegración es progresiva y daría como resultado un trastorno permanente del estado mental.

No se ha logrado establecer una etiología clara para la Esquizofrenia, sin embargo es de natural aceptación que debe existir una interrelación entre factores biológicos y sicosociales. Por esta razón se enunciarán los principales factores haciendo énfasis en aquellos que son de interés en nuestro estudio.

Entre los factores biológicos tendremos que estos, pueden ser:

1.- Factores genéticos: La relación del origen de la esquizofrenia con los factores genéticos hace alusión a la transmisión y riesgo de morbilidad que pueden tener los parientes de esquizofrénicos dándole una prioridad de transmisión al grado más estrecho de consanguinidad. Mas sin embargo, en estudios realizados en los cuales se analizan estos factores, hay desarrollo de hipótesis en la cual las condiciones ambientales se les otorga una modalidad de transmisión.

2.- Factores bioquímicos: Las hipótesis bioquímicas plantean la posibilidad de un error metabólico innato o adquirido: cuando se habla de adquirido hace alusión a la ingerencia de sustancias alucinógenas o tóxicas como las drogas, alcohol, y otros que pueden producir afecciones del metabolismo del cuerpo humano.

3.- Factores Psicofisiológicos: Estos factores guardan relación con los aspectos psíquicos (mente) y somáticos (organismo) del ser humano. Así tendríamos que se analizan todas las reacciones que las enfermedades mentales producen en el organismo como por ejemplo: Aumento o dis

minución de la actividad motora del cuerpo humano o también la mutación total de la actividad como ocurre con la catatónics o presión arterial baja. Otro factor es importante para la etiología u origen de la esquizofrenia son los denominados psicosociales sobre todo aquellos que son relativos a la familia.

4.- Factores Psicosociales: En los factores psicosociales se analizan especialmente los aspectos relativos a la familia, en el trastorno llamado esquizofrenia, en él hay algo de origen genético, factores bioquímicos y una serie de aspectos que no han podido establecerse totalmente y resultan poco específico, como antecedentes o consecuencias.

El psicoanálisis clásico afirma que la esquizofrenia es un estado de regresión hacia un narcisismo primitivo semejante al del niño. El psicoanálisis de tipo culturalista hace énfasis en las relaciones interpersonales con la aparición del concepto de la madre esquizofrenógena, considerada como responsable del hijo víctima. Esta idea varió después hacia la familia en combinación con las teorías de la comunicación.

Una de las escuelas de comunicación ha propuesto la hipó

tesis de que en la familia de los esquizofrénicos existe una forma de relación llamada "doble vínculo" consistente en el intercambio de signos verbales, y no verbales, confusos o contradictorios que son fuentes de una actitud ambivalente entre madre e hijos. La madre es la figura clave que pone mensajes ambiguos con la continua exposición durante varios años, a el niño futuro paciente, quien no tiene ninguna forma de escapar a estos mensajes contradictorios, pues, haga lo que se le indica o no lo haga de todas formas estará perdido. El único refugio será entonces la fantasía en forma de esquizofrenia.

Dentro del mismo lineamiento teórico se ha estudiado familias de esquizofrénicos, teniendo en cuenta también la hipótesis de los roles familiares, en ese sentido se describe en estas familias una ausencia de comunicación, con roles desordenados o muy estereotipados siendo la comunicación vaga, amorfa y fragmentaria, generándose entonces un modelo de organización del pensamiento tal como el que se observa en el esquizofrénico.

Siguiendo el modelo de los roles familiares el Dr. Augusto González realizó un estudio con familias de esquizofrénicos. Según esta se describe a las familias como

patológica. Encontrándose 2 tipos de alteracion: Una es el de las relaciones sesgadas o torcidas, el otro es el de las familias divididas, caracterizada por conflictos en la pareja. Por lo cual cada padre trata de aliarse con determinados hijos buscando apoyo para luchar contra el otro.

Otros estudios en los cuales se realizaron evaluaciones de la hostilidad, los comentarios críticos y el excesivo interés emocional de los familiares hacia el paciente, se detectó que las familias que expresaban mayor expresión emocional, los pacientes pertenecientes a estas sufrían mayores recaídas.

En general estos estudios intentan conocer que conducta individual o familiar, es específica de pre-esquizofrenia y establecer una relación consecuentemente; medidas preventivas: por lo que siempre se procura investigar desde la etapa prenatal del individuo.

1.2. HISTORIA DE LA ESQUIZOFRENIA.

Para 1856 el Psiquiatra Belga A. Morel en su "Tratado

de enfermedades mentales" (1) para referirse a la esquizofrenia habla de demencia precoz, Morel insistió en la incapacidad de razonamiento, la insensibilidad a los fenómenos del mundo exterior y las extravagancias en el gesto o en el lenguaje. En 1871 Hecker designó con el nombre de hebefrenia una enfermedad mental propia de los jóvenes, que progresaba rápidamente hacia el debilitamiento mental. En 1874 Kalbaum llamó catatonía a lo que él consideraba otra forma de demencia, caracterizado por mutismo, suspensión del pensamiento, negativismo, rigidez muscular y crisis de furor.

E. Kraepelin en 1896 dió los primeros pasos en el desarrollo conceptual de la sicosis esquizofrénica, en un esfuerzo colosal de clasificación, uniendo en una sola entidad los cuadros clínicos que Esquirol había diagnosticado de "idiocia adquirida", Morel de "estupidez o demencia juvenil" Kalbaum de "catatonie" y Hecker de "hebefrenial" definiéndola como "una serie de síndromes

1 A. Morel. Tratado de Enfermedades Mentales, citado por González Augusto. Fundamento de Medicina: Esquizofrenia, 2da Ed. Medellin Colombia Pag. 110.

clínicos cuya común característica la constituye la destrucción de la correlación o armonía interna de la personalidad con preferente alteración de la afectividad y voluntad" (2). Añadió una nueva forma llamada paranoide a las ya conocidas "hebefrénicas y catatónicas" e hizo una rica descripción clínica insistiendo los síntomas de alucinaciones, las alucinaciones auditivas o táctiles, la disminución de las relaciones afectivas, las modificaciones del lenguaje, los estereotipos y el negativismo. En términos generales anotó que la conducta de estos pacientes estaba marcado por lo extraño e impredecible en contraste con los esquemas comunes de comportamiento. Finalmente llamaba la atención hacia la conservación de ciertas facultades como la orientación y la memoria, pero ponía de presente que estos dementes juvenil habían sido previamente quietos, tímidos, reservados, caprichosos e irritables

A comienzo del siglo en que vivimos, Eugen Bleuler en sus obras (1887-1913) realiza un nuevo y sustancial es

² SANCHEZ, Jorge. El diagnóstico precoz de la Esquizofrenia: Un peligro potencial en la clínica psiquiátrica La Habana Cuba, XXV (2), Abril/Junio 1984 Pg. 229.

fuerzo en el estudio de esta entidad, guiándose por su manifestación sicopatológica, sustituyendo el concepto prevaleciente de demencia precóz por el que se mantiene hasta nuestros días con el nombre de esquizofrenia (división de la mente), argumentando que en estos pacientes hay verdaderos deterioro en el sentido de demencia. Existía para él una desarmonía o dislocación entre las funciones mentales y por tal razón utilizó esta palabra derivada del griego (schzein-olvidar-pherem; mente) que literalmente podría tener un sentido de mente handida, separada o dislocada, pero que en otros términos correspondería a una disociación o falta de armonía de la personalidad.

Al precisar aún más el desarrollo conceptual de esta enfermedad, Bleuler trata de buscar una dinámica del proceso y encuentra en la propia denominación de la enfermedad, el trastorno en sí del proceso, pues entiende que el modo de actuar del esquizofrénico, estaba fundamentado en la encisión o disociación de su mente. Derivándose de tal desintegración del psiquismo los síntomas primarios de tipo negativo, defectual, disgregación, ambivalencia afectiva y autismo, originándose la sintomatología secundaria de este proceso del pensamiento mágico, que encuentra una simbolización (igual que en los sueños) de

comportamientos, sentimientos y actitudes habituales. Por supuesto, a pesar de la influencia que ejerció sobre el autor Freud y Jung, este considera la enfermedad de origen "orgánico fisiógeno", pero con una florida producción de síntomas sicógenos, que pueden encubrir los orgánicos.

Una valiosa descripción de los fenómenos encipientes es quizofrénicos fué hecha por Conrad en 1945. Analiza el autor la fenomenología predelirante en todas sus fases en especial la vivencia de que todo gira al rededor del enfermo. Criticó la confusión de esquizofrenia con neurosis, haciendo especial mención del "diario de las esquizofrénicas", el cual consideró falseado pués el caso central del texto corresponde a una neurosis severa.

Finalmente al inicio de la década de los 50, P. Deniker tradujo la clorpromazina en sicuiteria inaugurando la era de medicaciones antipsicóticas que abrieran nuevas perspectivas terapéuticas de las psicosis en general y de la esquizofrenia en particular.

En el momento actual, a pesar de los esfuerzos de las distintas escuelas sicuiterias contemporanea, por buscar los mecanismos etiológicos y establecer una delimitación

más precisa e idónea de la enfermedad, no lo han logrado y por el contrario han ido ampliando el marco de su diagnóstico nosológico por la gran diversidad de estudios que estas escuelas han realizado, las cuales han coadyuvado a crear un mar de concepciones y divergencias, con respecto a su delimitación conceptual, cuestión que ha favorecido corrientes que amplían el concepto nosológico apoyada a una extensa gama de síndromes, mientras que en otras escuelas han reducido estrechamente su delimitación conceptual.

1.3. TIPOS DE ESQUIZOFRENIA.

Las categorías de los tipos de esquizofrenia; no es más que un esquema de la sintomatología general que dan pre dominio a algunos fenómenos sobre otros; dentro de los cuales encontramos:

Tipo Paranoide

Tipo Catatónico

Tipo Hebefrénico

Tipo Simple

Tipo Esquizoafectivo

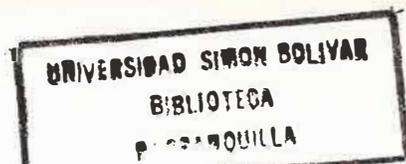
Tipo Esquizofrénico agudo

Tipo Latente

Tipo Residual

TIPO PARANOIDE: Se considera como la forma más típica y la más diagnosticada en nuestro medio, aún cuando la conducta paranoide se aplica de manera indistinta a todo tipo de psicosis. Predominio de síntomas de tipo delirante y alucinatorio. Es difícil encontrar fenómenos absolutamente específicos, aunque siempre se menciona para este subtipo la conservación de la personalidad y la edad más tardía de aparición. Las razones para pensar en este diagnóstico serían la presencia de un cuadro florido de alucinaciones, ideas delirantes, de influencias, persecución, referencia o alusión. Se encontrarían diversas alteraciones de tipo afectivo y ausencia o poca frecuencia de alteraciones ideoverbales.

TIPO CATATONICO: Los más dramáticos síntomas de esquizofrenia son los del paciente catatónico. Es en estos que se produce un retraimiento casi completo respecto a relaciones con el mundo exterior. Se caracteriza por alteraciones de la conducta motora y puede presentarse bajo forma de estupor, aparece un notable retardo motor (en lo referente a los movimientos espontáneos o a la actividad en general) llegando a veces a la inmovilidad total, sin respuesta a ningún estímulo ambiental. Algunos pacientes



presentan ~~catalopsia~~ que es la tendencia a sostener de terminadas posiciones dando lugar a un estado que puede ser confundido con los fenómenos de rigidez extrapiramidal. En tal caso el sujeto puede ser colocado en cualquier postura, lo cual se ha llamado flexibilidad cérica. A los síntomas mencionados puede añadirse mutismo, eco-praxia y obediencia automática. Si se inyecta un barbitúrico de acción corta, el estado de inhibición puede desaparecer por algunos minutos para volver nuevamente el sujeto a caer con él, por lo tanto este tipo de droga no tiene ninguna acción terapéutica.

En esta fase de excitación aparecen con intensa agitación, movimientos estereotipados y conducta violenta o destructiva de lenguajes muestra verbigeración. Al igual que en la forma estuporosa el paciente puede estar en negativismo y presentar típicas alucinaciones auditivas, ideas delirantes, expresión de pasividad y los otros síntomas característicos.

TIPO HEBERFRENICO: Las reacciones hebefrénicas generalmente aparecen en edad más joven que en las otras clases. Estos síntomas se encuentran también entre los más graves tipificados por síntomas afectivos o ideoverbales. Desde el ángulo emocional lo más múltiple es la euforia insul

va.

TIPO ESQUIZOAFECTIVO: Consiste en una combinación de síntomas depresivos o maniácos, junto con otros de los considerados típicamente esquizofrénicos, evolucionando en forma episódica, como también alteración secuencial de crisis esquizofrénicas o afectivas separadas. El diagnóstico ofrece dificultades, pues por una parte un 23% de estudios realizados de pacientes con trastornos afectivos tienen síntomas de primer orden e inversamente pacientes esquizofrénicos tienden a presentar fenómenos afectivos en los períodos iniciales, por otra parte la variedad de diagnóstico sobre la esquizofrenia no ha desaparecido totalmente. No obstante la investigación actual ha logrado aclarar algunos conceptos en este fenómeno conflictivo. La evidencia habla en favor de considerar los esquizoafectivos como una variante de la psicosis afectivas en la mayoría de los casos. En menor grado es una variante de la esquizofrenia. Las pruebas en tal sentido incluyen factores genéticos, fenomenológicos y evolutivos. Desde el punto de vista clínico los síntomas de primer orden de Schneider son un buen diferenciador. El pronóstico es siempre mejor en esquizoafectivos que en esquizofrénicos, aunque no tan bueno como en los trastornos afectivos puros. Otros autores hablan de una entidad aparte llamada

psicosis cicloide, caracterizada por síntomas afectivos, confusión, ideas delirantes de referencia o afluencia, alucinaciones, alteraciones psicomotoras y ansiedad intensa.

EPISODIO ESQUIZOFRENICO AGUDO: Caracterizado por ideas delirantes, polimorfias, vivencias de catástrofe, experiencia de despersonalización y desrealización, todo dentro de un contexto de tormenta emocional con excitación motora. La recuperación viene en unos cuantos días.

ESQUIZOFRENIA LATENTE: Es el más discutible y confuso subtipo y además incluye otras formas no menos controvertidas como, la esquizofrenia pseudoneurótica, los llamados casos limítrofes (borderline) y la personalidad esquizotípica. Los síntomas mencionados por varios autores podrían resumirse así: Alteraciones sutiles del pensamiento: ansiedad universal, multineurosis, despersonalización, depresión u hostilidad, conducta impulsiva; relaciones sexuales caóticas, trastornos cognitivos, anhedonia, suspicacia, pensamiento mágico, etc. Para algunos autores se podría hablar de una entidad clínica aparte. Otros han encontrado una mayor aproximación a los trastornos afectivos o bien a ciertas formas específicas de neurosis como agorafobia. La investigación genética, fe

nomenológica y aún farmacológica parece apoyar éste último punto de vista, pero esto no resulta válido para la denominada personalidad esquizotípica, que permanece ligada al espectro esquizofrénico. La clasificación internacional en su glosario desaconseja utilizar este tipo de diagnóstico a causa de la imposibilidad de lograr una descripción aceptable.

ESQUIZOFRENIA RESIDUAL: Se trata de aplicar este concepto a episodios no completamente recuperados pero con buena adaptación social o laboral. En realidad no puede considerarse un subtipo pues corresponde más claramente a un momento evolutivo de la entidad.

1.4. MANIFESTACIONES CLINICAS.

De acuerdo con Wing utilizaremos la división en dos grandes grupos sintomatológicos. El primero comprende el síndrome florido o positivo de los episodios agudos que desaparece con el tratamiento pero puede hacerse crónico. El segundo consiste en síntomas negativos más propios de los estados crónicos. Es algo arbitrario hacer una diferenciación tajante aún desde el punto de vista teórico pero para fines prácticos esta dicotomía puede ser de gran utilidad.

SINTOMATOLOGIA AGUDA O POSITIVA: Comprende básicamente fenómenos perceptivos (alucinatorios), ideativos (ideas delirantes y percepción delirante) y experiencias de pasividad.

a.- Trastornos perceptivos: Las alucinaciones aparecen con alta frecuencia en los pacientes esquizofrénicos, las más comunes son las auditivas, siguen luego las visuales y somáticas.

Las alucinaciones auditivas tienen un carácter verbal siendo percibidas en forma de voces que se dirigen al paciente en segunda persona (tú, usted, vos) o hablan de él en tercera persona. Constituyen frases cortas persistentes y continuas, Se dice que lo distintivo en estas alucinaciones auditivo verbales es la importancia a lo largo del día desapareciendo durante el sueño, a diferencia de similares alucinaciones en psicosis afectivas que son intermitentes, y fugaces. Otra cualidad específica es su carácter de diálogo o la forma de comentarios, de actos pudiendo afirmar el individuo que las voces discuten entre sí o establecen una repetición en sus acciones. Estos comentarios son habitualmente críticos, acusatorios, insultantes, amenazantes, burlones o imperativos. La conducta del paciente es influida por estas alucinaciones.

nes tomando actitudes de escucha o estableciendo soliloquios, a veces puede obedecer las órdenes u oponerse en forma activa.

Los síntomas consisten en la impresión subjetiva de que los pensamientos son divulgados o transmitidos a otra persona por medio de micrófono, máquinas electrónicas, radios etc. Por tanto las ideas son mediatamente conocida por todo el mundo, los otros tienen la posibilidad de adivinar todo lo que se piensa. Esto dá lugar a interpretaciones secundarias sobre las actitudes de las personas que rodean al paciente, afirmando este que saben sus secretos y los comentan.

b.- Trastornos ideativos: La percepción delirante constituye unos de los síntomas considerados como patognómicos de la esquizofrenia. Consiste en una intuición especial, como respuesta a una percepción normal. La percepción delirante intenta dar significado a ciertas situaciones reales. Primero viene la percepción y luego la explicación con un sentido de clarividencia, revelación o mensaje oculto, Las ideas delirantes son importante en la esquizofrenia, pueden ser precedida por los fenómenos predelirantes anteriormente mencionado y ser claramente diferenciada de los prejuicios y supersticiones propia

de determinada cultura.

Otras ideas delirantes no son altamente discriminativa , pero se puede mencionar el delirio de acoso, el cual es como la hostilidad amenazante del medio ambiente en forma individual o colectivo. Una conversación es interpretada como murmuración relacionada con el paciente, las miradas son dirigidas hacia él, la risa de los otros trata de ridiculizarlos. Un grado mayor del fenómeno autoperferencial es la llamada idea delirante de alusión, interpretándose toda situación con significado directamente personal.

Las ideas delirantes celotípicas y de grandiosidad con especial contenido religioso, solo tienen algún valor si se acompañan de otros síntomas discriminatorios y se excluye la presencia de alteraciones afectivas en el sentido de exaltación, euforia o depresión.

c.- Experiencia de pasividad: Constituyen uno de los fenómenos más altamente sugestivo para el diagnóstico. Para que las experimentan, sus emociones, pensamientos o acciones no son vividos como propias, lo cual lo lleva a concluir que esta controlado por agentes externos o es manejado por seres naturales o sobrenaturales. La expre

sión común es "en mi cabeza hay pensamientos que no son míos, me enredan las ideas". Pueden distinguirse de las ideas obsesivas, pues en este caso el individuo los considera como propia, aunque escapen a su control y además no las relaciona con influencias externas.

Una serie de alucinaciones somáticas, en especial cenes-tesicas y táctiles son siempre interpretada como "hechas" por algo o por alguien. Los pacientes se quejan de pinchazos, corrientas, encogimiento, torsión y cambio de consistencias al igual que su cabeza o extremidades.

Los impulsos, emociones y especialmente algunos actos son también vividos por afectos de acciones mágicas, con la impresión de ser manejados como un muñeco conducido como un autómatas o controlado en todos los movimientos.

SINTOMATOLOGIA CRONICA O NEGATIVA :

El concepto de cronicidad puede ser tomado en diversos sentidos. En muchos casos puede referirse a las secuelas que deja en los pacientes una larga permanencia en ambientes institucionales restringidos. Pero es conocido que fuera de la atmósfera social hospitalaria aparecen ciertos síntomas que corresponden de manera más estricta

a la variación evolutiva en el tiempo, cuando los episodios floridos se hacen especialmente repetidos. A estos haremos referencia.

a.- Trastornos ideoverbales: Se les conoce también como pensamiento saltigrado, condensación, incoherencia, interpretación temática, asindesis y lenguaje en movimiento de caballo de ajedrez. Las palabras carecen de precisión o toman un carácter disparatado, con generalizaciones vagas y giros personales en forma de metonimias que son para el observador desprovistas de sentido. Los límites de los conceptos se pierden siendo relacionados con otros totalmente irrelevantes, pero sorprende al mismo tiempo la combinación de frases adecuadas.

b.- Trastornos afectivos: El principal trastorno afectivo es una especie de indiferencia o insensibilidad emocional aparente, lentitud de reacción y casi ausencia de expresión. Esto ha sido llamado aplanamiento afectivo, concepto que implica una desaparición de sentimientos y emociones. lo cual en realidad no sucede. En definitiva sobre un fondo de embotamiento emocional pueden ocurrir respuestas inapropiadas y normales. No sobre insistir que estas alteraciones de la modulación afectiva son propias de cierta cronicidad. Por otra, parten algunos fe

nómenos como la apatía, la anhedonia y las dificultades de expresión afectiva pueden aparecer en distintas formas de depresión o en caso de daño cerebral.

La ambivalencia afectiva considerada como la presencia simultánea de sentimientos opuestos o contradictorios como amor-odio, deseo-temor, querer-no-querer, no constituye un síntoma de valor diagnóstico. Puede ser observado en individuos neróticos y normales.

1.5. EPIDEMIOLOGIA.

La esquizofrenia, es una enfermedad mental, de la que se puede afirmar que aparece en todas las culturas, clases sociales, a cualquier edad y en personas con distintos niveles intelectuales, pero se hace necesario conocer más estrictamente todas estas variables demográficas: estudiando a una entidad determinada en el tiempo y el espacio.

Prevalencia: Estudios realizados, en un período determinado en diversas poblaciones han dado cifras variables. Por ejemplo: "Se han encontrado índices 16.8 X 1000 en una región aislada del Norte de Suecia y 1 X 1000 en las comunidades huteritas de Estados Unidos. Se podría afir

mar que éstos índices de prevalencia en general van desde 1.6. hasta 4.2. por mil. Si se promedian las diversas investigaciones tendremos una cifra de 3.3. por mil esta tasa de espectación o de riesgo de morbilidad para la mayoría de los investigadores que han realizado estudios en seis países llegó a tener un porcentaje final de 0.86% (3).

Incidencias: La frecuencia, de aparición de nuevos casos expresados en un índice determinado está basado siempre en los contactos tenidos en los servicios hospitalarios y tiende por tanto a variar una rata promedio de 21.8 X 100.000.

Edad: La esquizofrenia tiene claro predominio entre adolescentes y sujetos jóvenes. En ambos sexos oscilan entre los 20 y 40 años. Dandose el comienzo más temprano en el hombre y la mujer presenta un porcentaje más alto en grupos de mayor edad.

Sexo: La incidencia por sexo no es diferente para hombre y mujer. Está en estrecha relación con la edad.

³-----
GONZALEZ, Augusto, Fundamento de Medicina: Esquizofrenia. 2da Ed. Medellin Colombia, Op cit Pag 213.

Clase social: Hay una repetida confirmación sobre la concentración de la esquizofrenia en clases sociales bajas, si se toma como parámetro el ingreso, la ocupación y el nivel educacional. Al comienzo se pensó que esto podría tener relación causal dado que en las grandes ciudades la incidencia mayor era en barrios superpoblados y socialmente desintegrados. Actualmente se ha comprobado que sujetos preesquizofrénicos tienden a descender en la escala social siendo esto notable desde la pubertad. Si se comparan las clases sociales de pacientes con las de sus padres, hermanos y abuelos maternos, se pudo comprobar que en éstas últimas es igual a la población general, indicándonos el descenso de los sujetos afectados.

Medio cultural: Respecto al medio cultural, se puede concluir que a pesar de diferencias culturales, existen síntomas comunes o concordantes, no importa cual sea su cultura. No se puede hablar por tanto de relación causal entre esquizofrenia y cultura.

Cambios históricos: Se sabe que todo cambio político, religioso, técnico, va a modificar de todas maneras los síntomas en relación con las modificaciones económicas y sociales. Sin embargo se puede concluir que la incidencia ha continuado invariable en los últimos 60 años.

Factores precipitantes: Con relación a la edad de aparición en la adolescencia y adultez, se piensa que esta época es crítica precisamente porque es el momento de abandonar el hogar, contraer matrimonio, trabajar, ir al cuartel o asumir una responsabilidad laboral, la muerte de un ser querido o el consumir una droga alucinógena pueden ser factores invocados. Para evaluar factores precipitantes se tropieza con la dificultad de su medición objetiva de acuerdo con la frecuencia, severidad y tiempo en que se den. Sin embargo, hay mayor incidencia de estos factores en pacientes depresivos que en esquizofrénicos.

Factores predisponentes: Desde las primeras descripciones de la enfermedad se pensó en un factor de personalidad predisponente que señalan una serie de rasgos en personas normales que predisponen a la psicosis en general tales como:

- Insensibilidad
- Oposición a normas sociales
- Temeridad
- Desadaptación
- Sexualidad impersonal
- Bajo desempeño en dibujo con espejo

- Oscilación lenta en pruebas de perspectiva
- Concentración pobre
- Lectura lenta
- Sobreestimación de distancia
- Indecisión en actitudes sociales

Se puede especular que estas podrían estar relacionadas con diferencias en la clase social y aún con problemas dietéticos y bacterianos.



2. FAMILIA DE PACIENTES ESQUIZOFRENICOS

2.1. DEFINICION Y CONCEPTO DE FAMILIA.

Familia es el nombre de una institución tan antigua como la especie humana. Es una entidad paradójica que asume muchas formas. Es la misma en todas partes y sin embargo nunca es la misma. A través del tiempo ha permanecido igual y sin embargo no ha permanecido igual. La constante transformación de la familia a través del tiempo es el resultado de un incesante proceso de evolución; la forma de la familia se amolda a las condiciones de vida que dominan en el lugar y tiempo dado. En el escenario contemporáneo, la familia está cambiando su pauta, con una velocidad notablemente acelerada se acomoda en forma llamativa a la crisis social que caracteriza nuestro período histórico: no hay nada fijo o inmutable en lo que a ella se refiere.

Son muchos los conceptos y definiciones que algunos investigadores le han dado proporcionándole un carácter especial de acuerdo al factor esencial del área en cuestión;

así tendremos desde el punto de vista legal, judicial, biológico, social, psicológico, religioso, económicos y otros. Una forma muy apropiada para estudiar y definir la familia es a través de la teoría general de los sistemas con base a las obras desarrolladas por Ludwing Von Bethanofory, biólogo alemán quién en 1940 hizo el enfoque multidisciplinario en sus planteamientos de sistemas y la define como:

Un orden dinámico de partes y procesos que están en mutua interacción, la familia dentro de este marco es un sistema activo y abierto a vivir y desarrollarse entre personas de diferentes sexo y en distintos estadios de maduración física y mental. Mínimamente puede abordarse como un sistema de seres humanos en el cual las personas están relacionadas con lazo de consanguinidad y afinidad; congregados en un lugar común, delimitado cultural y geográficamente para satisfacer las necesidades básicas y psicológicas de sus miembros. (4).

2.2. FUNCIONES BASICAS DE LA FAMILIA.

Las funciones particulares de la familia como sistema social han cambiado a través del tiempo y de las diferentes culturas. En cierta forma puede afirmarse que la familia y el suprasistema logran un equilibrio ecológico a través

4 VON BETHANOFORY, Ludwing citado por MOLINA, Beatriz, Fundamentos de Medicina, segunda edición.

de una coherencia de las tareas que la primera proporciona a la segunda y viceversa. Es decir, el grupo primario de acoplarse e integrarse tanto a las necesidades de los miembros que la conforman como a las de la sociedad de la cual hace parte para que sea verdaderamente estructural,

Las funciones, en consecuencia, dependen de la estructura y tipo de sociedad. En una cultura tradicional simple, la mayor parte de las tareas son desempeñadas por la familia mientras que en sociedades más complejas se pierden algunas para ser compartidas con otros estamentos sociales. Sin embargo, algunos de ellos continúan siendo esenciales a la familia, especialmente las relacionadas con la satisfacción de necesidades de supervivencia, reproducción e intimidad. Es de importancia los planteamientos de Stephen Fleck "cuien se fundamenta principalmente en la teoría de los sistemas para comprender y evaluar 5 funciones básicas de la familia como son: Liderazgo y dirección, manejo de los límites, afectividad, comunicación y tareas evaluativas de la familia: lo cual explicaremos más adelante" (5).

5 FLECK, Stephen. Fundamentos de Medicina, familia, 2da. edición, Medellín Colombia pag. 140-144.

1. Liderazgo y dirección: Ejercida por padres e hijos, la dirección y consecuentemente el poder están centrados en los progenitores. Su efectividad depende de las personalidades formadas en los respectivos hogares de origen y en su relación dual concebida como la alianza parental el cual es enmarcada en el respeto mutuo, la intimidad emocional, el apoyo y la habilidad para comunicarse con y cerca del otro, así como los asuntos del grupo familiar.

Uno de los puntos de referencia principales para evaluar la dirección de un grupo es la existencia de un acuerdo básico en la pareja, en los asuntos primarios de la vida en común y especialmente en el aspecto disciplinario tipo y formas de sanciones y privilegios.

La autoridad incuestionable que una vez caracterizó el modelo patriarcal tradicional está siendo reemplazada por una autoridad más flexible y racional. Los progenitores no pueden llevar a cabo sus funciones ejecutivas a menos que tengan el poder suficiente para hacerlo. El uso diferenciado de la autoridad es un ingrediente necesario para el desarrollo de los hijos, por ejemplo: Las normas que se fijan a los niños en sus primeros años difieren en su contenido y forma de implementación de las que se señalan para los adolescentes. Con los primeros se les dan

órdenes y explicaciones sencillas con exigencias de cumplimiento. Con los segundo debe crearse un clima de confianza. Si uno de los miembros de la pareja parental se incapacita por enfermedad física o mental, las capacidades del otro conyuge para suplirlo parcial o definitivamente adquieren una importancia.

En consecuencia las familias con un solo padre pueden ser vulnerables para el surgimiento y mantenimiento de problemas emocionales y para enfermedades relacionadas con tensión.

2.- Manejo de los límites: Según Minuchin "los límites son las reglas que definen quienes participan y como en las interacciones familiares" (6). Otros autores los han descrito como las fronteras o demarcaciones que se establecen entre los subgrupos de un sistema. Las funciones de estos linderos es la de proteger la diferenciación del sistema. Cada subsistema familiar tiene tareas específicas y hace demandas únicas sobre sus componentes. La adquisición de habilidades de interpersonales que se lo

6 MINUCHIN, Salvador. Familias y terapia familiar, 1ra Ed
Barcelona, Editorial Gedisa, 1979. pag. 349.

gra allí, se basa en la libertad de un subgrupo para no tener interferencia de los otros.

Los límites deben tener dos cualidades: Claridad y permeabilidad: por lo tanto la confusión y excesiva rigidez de estos linderos son dos indicios de posible disfuncionalidad. En la familia deben tenerse en cuenta tres tipos de límites:

a- Límites del Ego: Son las demarcaciones que establecen una diferencia precisa entre un individuo y otro. Lo cual a su vez promueve el sentimiento de autonomía e independencia personal.

b- Límites generacionales: Este límite es rígido, respecto a las relaciones sexuales, constituyendo el tabú del incesto, pero debe ser flexible en los aspectos de reciprocidad, cohesión e interrelación de todo el grupo.

c- Límite entre la familia y la comunidad: Definen la integridad y unicidad de cada hogar y el intercambio que debe existir con el medio social representando el vecindario, la escuela, el trabajo y demás sistemas en los que se participa.

3.- Afectividad: Hace relación al sentimiento, el tono y el nivel de intimidad de la familia el cual puede ser mejor apreciado si se reúne a todo el grupo. Un miembro debe sentirse querido y valorado a pesar de su limitación

Las familias generalmente exhiben un tono emocional predominante que debe ser reconocido. Un grupo por ejemplo, puede mantener un clima depresivo y apático, mientras otro puede estar constantemente riéndose y haciendo chistes. La afectividad hace igualmente relación a como se ejerce el poder. La forma en que llegan a tomar decisiones y los métodos disciplinarios son un buen indicador de su uso. En todas las épocas el afecto ha sido una de las mayores fuerza de cohesión de las familias. Su ausencia puede traer serios traumas a una persona. Los hijos no deseados o aquellos rechazados por uno u otro motivo pueden presentar en épocas posteriores problemas de diferentes índole. El maltrato de niños y la violencia conyugal son los resultados extremos de una afectividad perturbada y del abuso del poder.

4.- Comunicación: Comprende los contenidos verbales como el comportamiento no verbal, el tono, la postura y los gestos, con los cuales las personas intercambian mensaje. Cada familia va desarrollando un estilo propio y único

que opera en privado y en público. El grupo familiar funciona a través de patrones de comunicación y en última instancia de interacción que establecen cómo, cuando y con quién se relacionan los miembros del sistema.

Si aceptamos que toda conducta es un mensaje es imposible no comunicarse. Actividad o inactividad, palabras o silencios tienen siempre un significado. La evaluación de la comunicación familiar comprende los siguientes aspectos:

a) Contenido: Hace relación al tipo de mensajes que se cruzan, analizando si se hablan asuntos íntimos o sólo de carácter superficial.

b) Frecuencia: Comprende un análisis de si la comunicación es escasa y limitada o abundante y suficiente y entre quienes se presentan ambas situaciones.

c) Claridad: Abarca un examen de que tan directamente se hablan las personas entre sí o si se manejan mensajes confusos lo que algunos han llamado doble mensajes. Estos últimos implican una contradicción sobre lo que se dice verbalmente y gestual.

d) Congruencia: Implica el acuerdo entre lo que verbalmente se dice y las connotaciones no verbales a través de gestos, tono de voz, etc.

e) Forma: Incluye una observación y estudio sobre las intervenciones de cada miembro de la familia, las interrupciones, los silencios, el no dejar hablar a los demás, el opinar por otro, el hablar solo en tercera persona etc.

Tareas evolutivas de la Familia: A medida que la familia crece, necesita adaptarse a las necesidades cambiantes de sus miembros. Sus funciones por lo tanto, deben transformarse para acomodarse a las situaciones y a las demandas del contexto social.

En cada estadio del desarrollo familiar predominan ciertas funciones sobre las otras. A continuación se presentarán en orden cronológico para destacar las más importantes en cada etapa:

a- Conformación de triángulos familiares: Conformados por la unión de la pareja y se complementa con el nacimiento de los hijos. La tarea primordial en esta etapa es la de convertir el triángulo padre-madre-hijo en una relación armónica y operables en posibilidad de unión y



bajo nivel de tensión.

b- Nutrición y separación: Las necesidades básicas en los tres primeros años de vida de un niño es la de sentirse protegido y lograr el dominio de su cuerpo y de sus movimientos. Se constituyen en las primeras experiencias de separación fundamental hacia el proceso de individualización, situación que genera tensión en sus padre y que puede convertirse en situación de crisis para estos y para el niño. Lo más importante es que brinda seguridad al niño para que alcance una mayor autonomía.

c- Socialización: La interacción del niño con su medio ambiente se acrecienta en la edad escolar, convirtiendo se la enseñanza del lenguaje y de las relaciones con los demás en las tareas primordiales de este período. El fin básico es lograr que el infante establezca una adecuada relación con su padre y su madre y que empiece a desarrollar habilidades en su interrelación con sus compañeros.

d- Integración: A medida que los hijos participan en una vida académica más activa en la etapa individual de la lactancia, la familia vive una fase de armonía y cohesividad, donde debe fomentarse el sentido de pertenencia a un tronco familiar y asignarse roles propios y únicos.

Estas dos funciones promueven la integridad que la familia necesita para resistir sus períodos turbulentos y permitir la vida social de cada uno de sus miembros.

e- Independencia: En ésta última etapa del desarrollo de la familia, cuando los hijos llegan a la adolescencia y se preparan para independisarse, el grupo atraviesa un período sin paz. La experiencia con la libertad empieza casi siempre con la actitud de hostilidad en el que el joven cuestiona todo lo que sus padres proclaman. Esta rebeldía natural y consecuente es indudablemente un paso necesario en el logro de la individualización.

El enfoque sistemático de Stephen Fleck ofrece la posibilidad de poder evaluar la familia en su funcionamiento y organización, en sus capacidades de adaptación, crecimiento y en sus deficiencias.

2.3. TIPOLOGIA FAMILIAR.

Son varios los intentos que se han hecho por clasificar a la familia a través de la historia y desde diferentes puntos de vista. Los primeros investigadores que se interesaron por la familia fueron Bachofen y Morgan, quienes la clasificaron de acuerdo a las formas en que se dieron

a través de las diferentes etapas de la historia del hombre. De acuerdo con esto tendríamos:

Consanguinea: Que era la que aceptaba la procreación entre hermanos.

Punalúa: Se unían grupos de hombres y mujeres.

Sindiásmica: En esta un hombre tenía derecho a varias mujeres.

Otro tipo de familia que estos autores subclasificaron fué la Monogámica que aún predomina en nuestra civilización y es la conformada por una sola pareja.

La estructura de la familia ha recibido a través de la historia influencias que han actuado sobre ella tanto interior como exteriormente; así en todo sentido es producto de la evolución. En sus relaciones externas debe adaptarse a las costumbres y normas morales prevalecientes y debe hacer conexiones amplias y variables con fuerzas religiosas, sociales y económicas, pero la familia también debe aceptar dentro de ella las condiciones de ligadura biológica básica de hombre y mujer y de madre e hijo.

Son varios los patrones que la familia ha tomado hoy en día así tendremos:

Familia Nuclear: Conformada por padres e hijos.

Familia Extensa: Constituida por padres, hijos, abuelos primos, tías, etc.

Familias Adoptivas: No hay lazos consanguíneos, pero estos tienen responsabilidad moral y legal.

Familias pequeñas: Padres con menos de tres hijos, estas son hoy en día más numerosas que las pequeñas.

Familias de un sólo progenitor: Un conyuge queda a cargo de los hijos como consecuencia de la separación, divorcio y enviudez.

Es importante anotar que se han realizado otras clasificaciones: como la establecida por Salvador Minuchin desde el marco de la teoría de sistema haciendo énfasis en su estructura: en la que se refiere fundamentalmente al tipo de interacción que caracteriza al núcleo familiar. Desde su perspectiva existen tres clases de familias.

1. FAMILIA NORMAL.

Es aquella que posee límites claramente definidos entre sus diferentes subsistemas de personas que lo conforman. Dichos límites se caracterizan igualmente por su permeabilidad permitiendo la comunicación y el intercambio entre sus miembros, esta se acomoda fácilmente a los cambios, mantiene un balance óptimo entre la dependencia y la autonomía. Respecto al medio externo permiten el paso de las personas a él y mantiene lazos de unión con él. Los sentimientos, lealtad y pertenencia son elaborados aproximadamente y ellos no entorpecen la libertad de cada uno.

2. FAMILIA AGLUTINADA O SOBREENVUELTA.

Se destaca como un grupo con un grado diverso de fusión entre sus componentes y por lo tanto con unos límites muy difusos entre ellos. Esta situación facilita la introducción de uno de los asuntos íntimos, disminuye la distancia e incrementa la comunicación y la preocupación por todo. Consecuentemente se disminuye la autonomía e interdependencia de las personas ubicadas en él.

Como no hay una clara diferenciación de sus subsistemas,

fácilmente se encuentra en esta categoría hijos ejecutando funciones parentales, abuelos líderes con autoridad directa sobre sus nietos, hijos convertidos en compañeros confidentes de su madre, ó padres completamente subyugados, reducidos a ser un vastago más. Dadas las conexiones tan estrechas establecidas al interior de estas familias, un problema en uno de sus miembros afecta inmensamente a todos y cada uno. En igual forma un cambio en cualquiera de sus partes fácilmente puede inducir transformaciones generales o parciales en el sistema total o en otros de sus subsistemas.

Cuando el grupo debe hacer frente a modificaciones externa o presiones del medio ambiente, movilizándolo sus propios recursos, se responde con gran rapidez e intensidad. Una de sus características es el alto nivel de solidaridad que poseen.

3. FAMILIA DISGREGADA

Caracterizado por la existencia de unos límites muy rígidos entre sus partes. La comunicación y el contacto es pobre y sus miembros son excesivamente independientes de los otros. Las funciones de protección y apoyo se limitan considerablemente a expensas de una gran autonomía.

Algunos autores los han descrito como la familia tipo hotel, donde solo se va a comer y a dormir y poco importa lo que piensen y sientan los demás. La distancia geográfica y el limitado intercambio, son en ocasiones indicativos de este fenómeno. Las personas que se ubican en estos grupos, aunque pueden funcionar muy independientemente, carecen de sentimientos de lealtad y pertenencia ó estos son precarios, su capacidad de depender y de pedir apoyo cuando se necesita se ve reducida y empobrecida.

Las familias colocadas en esta categoría toleran una amplia gama de comportamientos y aún de desviaciones ya que ni cuenta se dan de ellos. Las tensiones en un miembro no afectan a los otros ni se riegan, por todo el sistema. Solamente un problema grave o un alto nivel de ansiedad logra activar los recursos de ayuda en el grupo.

Hacemos énfasis en este modelo de clasificación elaborado por Minuchin; ya que nos permite evaluar la funcionalidad de un sistema familiar y detectar el área de conflicto que coadyuva al alto grado de estado emocional dentro del grupo y que puede producir las continuas exacerbaciones al paciente esquizofrénico, lo cual es nuestro objeto de estudio.

3. STRESS FAMILIAR Y ESQUIZOFRENIA

Los efectos adversos del stress en el curso de la esquizofrenia han sido observados por los profesionales en psiquiatría desde cuando Kraepelin recalcó "que los cambios en el ambiente de un paciente daban término a un período de remisión sintomatológica" (7).

Sin embargo, investigaciones posteriores cambiaron el foco de atención hacia el impacto de la conducta familiar estresante en la etiología de la esquizofrenia con la creencia, de que los conflictos familiares desempeñaban el principal papel en la aparición de los trastornos de las percepciones y del pensamiento que caracterizan la esquizofrenia. Este enfoque demostró tener limitado valor y

⁷ KRAEPELIN, Citado por Roy Alec, B.M. Guest Editor. La psiquiatría Clínica del Norte América, Volumen 9, #1 pag. 165.

realmente sirvió para eximir a las familias de su papel en el cuidado o el manejo comunitario de los individuos con este trastorno.

Aunque en el cuidado comunitario de la esquizofrenia la necesidad del compromiso familiar ha llegado a ser una preocupación creciente, para esto siempre es necesario tener en cuenta diferentes factores como el status social y la posición cultural en que una familia maneja sus problemas y conflictos.

Independiente del nivel socio-económico, la familia es la unidad básica de la anormalidad y normalidad. En su ambiente se condiciona a sus miembros y les enseña a vivir en él para que sea posible su adaptación.

Tenemos entonces que las posibilidades en mantenerse normal o anormal está en función del ambiente familiar y del individuo mismo, nunca es responsabilidad de una sola persona.

Por esto se le ha dado énfasis al estudio de los padres de pacientes esquizofrénicos con el fin de aislar variables, tales como aspectos de la conducta de la personalidad de uno o ambos padres, o de especificar formas de in

teracciones familiares que pueden desempeñar un papel determinante en la esquizofrenia.

3.1. ORIGEN Y TEORIAS DEL STRESS FAMILIAR.

Una familia se encuentra sometida a presión interna originada en la evolución de sus propios miembros y subsistemas y a la presión exterior originada en los requerimientos para acomodarse a las instituciones sociales significativas que influyen sobre los miembros familiares. La respuesta a estos requerimientos, tanto internos como externo, exige una transformación constante de la posición de los miembros de la familia en sus relaciones mutuas, para que puedan crecer, mientras el sistema familiar conserva su continuidad.

En este proceso de cambio y de continuidad las dificultades para acomodarse a las nuevas situaciones son inevitables. Cuando la familia no logra acomodarse comienza entonces a presentar síntomas que en general producen desintegración: entre estos síntomas tenemos: Ruptura de la comunicación, aislamiento entre los miembros, separación emocional, divisiones en mandos etc, los efectos de conflictos emocional pueden centrarse en uno u otro miembro de la familia, en varios de ellos o en todos; en ni

sa con risa fácil sin causa aparente o la incongruencia afectiva de su más clara expresión. Las ideas delirantes son más pobres, absurdas y fragmentarias. El lenguaje está profundamente alterado, presentando todos los fenómenos de disgregación, neologismo e irrelevancias. La conducta es primitiva, desorganizada y pueril: la apariencia de estos pacientes es descuidada, desgreñada o sucia, sin ninguna preocupación por los eventos que lo rodean. Generalmente tienen una conducta de desinhibición social y presentan un apetito exagerado.

TIPO SIMPLE: Su característica es la ausencia de síntomas perceptivos e ideativos, evolucionando de manera lenta hacia un estado de disminución afectiva gradual, con pérdida de iniciativa, apatía e indiferencia cada vez mayor hacia el ambiente. El fracaso escolar y el retiro del trabajo con posterior aislamiento domiciliario son bastantes comunes. Con frecuencia los sujetos consultan por quejas somáticas. Fácilmente se observa que este grupo de pacientes desciende en la escala social dedicándose a vagar sin actividad ninguna o cayendo en grupo de delictivos o en la prostitución. Rara vez son llevados a instituciones psiquiátricas y cuando acuden la evolución lleva ya varios años. También son observados con motivo de algún caso judicial o por súbitamente conducta agresiva

ños se puede manifestar en problemas escolares, ausencias, aislamiento entre los compañeros, enuresis (micción involuntaria), rebeldía.

Por lo tanto la familia no cumplirá así adecuadamente con sus funciones primarias como son capacidad para resolver sus problemas, a mantener la unidad y el equilibrio en las relaciones entre los miembros; aprender y crecer hasta la madurez.

Los focos de ansiedad y conflictos se reflejan en el miembro más débil y llega a ser la expresión viva del stress del grupo familiar. Este foco puede en una o varias personas de acuerdo al momento y la situación; así, se pueden enfrentar padre e hijos.

Son muchas las teorías y orígenes que los diferentes autores le otorgan al stress familiar. Para Salvador Minuchin: el stress sobre un sistema familiar puede originarse en el contacto de un miembro o de toda la familia con fuerzas extrafamiliares. Los momentos transicionales en la evolución de la familia: también puede ser una fuente de tensión los problemas de idiosincrasia.

- Contacto stressante de un miembro con fuerzas extrafami

liares:

Cuando se habla de fuerzas extrafamiliares se hace referencia a la vida que el individuo desarrolla fuera de su núcleo familiar, en la cual entabla también relaciones; entre estos aspectos encontramos: El escolar, laboral, religioso, cultural y otros.

Una de las principales funciones de la familia consiste en brindar apoyo a sus miembros. Cuando uno de estos se encuentra afectado por un stress, causado por la pérdida del empleo o cualquier otro aspecto que produjera a éste miembro decepción, frustración y ansiedad, los otros miembros de la familia sienten la necesidad de acomodarse a sus nuevas circunstancias. Esta acomodación puede limitarse a un subsistema o por lo contrario difundirlas en el seno de toda la familia.

- Contacto stresante de la familia en su totalidad con fuerzas extrafamiliares:

Son aquellos cambios en la que un sistema familiar puede verse sobrecargado ya sea por los efectos de una depresión económica, o por cambio de domicilio motivado en una mudanza o un traslado en otra ciudad, que en forma direc

ta o indirectamente todos sus miembros se ven afectados y por ende generan stress:

- Stress en los momentos tradicionales de la familia:

Existen muchas fases en la evolución natural de una familia que requieren la negociación de nuevas reglas familiares, deben entonces, aparecer nuevos subsistemas y deben trazarse nuevas líneas de diferenciación. En este proceso se presentan inevitablemente conflictos (contradicciones familiares). Idealmente, los conflictos serán resueltos por negociaciones de transición y la familia se adaptará con éxito. Estos conflictos ofrecen una oportunidad de madurez a todos los miembros de la familia. Sin embargo, si no se les resuelve, los problemas transicionales pueden presentar dificultades aún mayores.

Los problemas de transición se plantean en muchas situaciones. Pueden producirse por cambios originados en la evolución de los miembros de la familia, separación o divorcio, encarcelamiento y otros.

- Stress referente a problemas de idiosincrasia;

Cuando se habla de stress familiar referente a los pro



blemas de idiosincrasia, hace relación a los caracteres de los subsistemas que forman el núcleo familiar, y la forma como convergen en el desarrollo del ciclo de vida familiar. Según Minuchin se debe tener en cuenta todas las circunstancias y tener presente que áreas determinadas de la familia dan lugar a pautas transaccionales disfuncionales.

Existen otros investigadores como Brown y sus colegas de la psiquiatría clínica de Norteamérica que indican otras fuentes principales de stress familiar, entre estas tenemos:

Stress ambiental y los eventos o acontecimientos de la vida.

Stress ambiental: Estos tienen relación con los acontecimientos o situaciones de la vida diaria. Estudios realizados sugieren que los pacientes que regresen a vivir con familiares muy próximos preocupados por su bienestar tenderían a sufrir exacerbaciones más frecuentes que aquellos que fueron puesto al cuidado de personas menos comprometidas emocionalmente. Estudios posteriores reafirmaron este hecho; el elemento nocivo del ambiente hogareño no se encontró relacionado con las actitudes de una o más

personas que tenían contacto con el paciente.

Otro aspecto a notar son las relaciones sociales fuera del hogar como son la sobrepoblación, crímenes violento y todo tipo de represión social, que no son más que la tan demorada estimulación social que se brinda a través de sus diferentes instituciones como es: Colegios, iglesias, gobierno entre otros; que en una u otra forma afecta el ciclo normal de la vida familiar.

Acontecimientos de la vida: Son los eventos o cambios en el curso de la vida de la persona y que está determinada por una gama de factores entre estos el apoyo ambiental, ya que un evento de la vida como la muerte de un miembro de la familia tendrá un profundo efecto en la vida diaria de la misma. Estudios realizados al respecto indican que los episodios de esquizofrenia pueden ser precipitados por una gran variedad de eventos de la vida; sin embargo estudios posteriores sugieren que éste, está condicionado a los niveles de atención del grupo familiar.

3.2. ADAPTACION Y REDUCCION DEL STRESS.

El umbral en el cual el stress ambiental se convierte en un factor de la patogénesis de la esquizofrenia varia de

persona a persona. Los factores constitucionales y la profilaxis neuroléptica, continuada puede determinar este umbral. La habilidad del paciente y de su familia para modificar el impacto del stress a través de los recursos de adaptación afectiva puede jugar un papel significativo. Sin embargo, el apoyo de la familia y de los amigos puede constituir un aliciente contra los efectos del stress. La capacidad del individuo para confiar en las personas de su ambiente, para aclarar los motivos de su stress, a través de la solución eficiente de los problemas: puede constituirse en un componente vital en el manejo comunitario de la esquizofrenia.

Aún cuando los niveles de la tensión ambiental sean bajos y el stress de la familia sea mínimo, los mayores eventos de la vida pueden exceder la capacidad de adaptación del paciente y su apoyo social. Mientras más eficiente sea su capacidad de resolver problemas mayor será su capacidad de tolerar situaciones de mayor stress, hecho que disminuye las crisis de la esquizofrenia. La elevada tensión del ambiente y la solución ineficientes de problemas provee relativamente poca protección contra los eventos stressantes de la vida (y aunque relativamente menor) el stress diario puede exceder el umbral del stress y aumentar el riesgo clínico de morbilidad.

Los beneficios de la solución eficiente de los problemas se extiende más allá de la reducción del stress asociados con los eventos de la vida. Claramente, las tensiones del ambiente en la familia y la actividad laboral en cada miembro, pueden ser consideradas en forma similar. Además la capacidad para buscar formas de acoplamiento con los síntomas persistentes de la esquizofrenia pueden contribuir.

Finalmente, la solución efectiva de los problemas, puede ayudar en la rehabilitación social de un individuo a través de metas constructivas y la planificación del trabajo y de la actividad social.

El valor de la educación del paciente y su familia sobre la naturaleza del desorden y su tratamiento óptimo ha sido ampliamente reconocido. Se pensó que mientras mayor fuera el conocimiento de los signos de la esquizofrenia aumentaría la comprensión y disminuiría el stress familiar. Otra razón para la educación del paciente y los miembros de la familia es aumentar el cumplimiento del tratamiento con drogas.

Una razón final fue la de enseñar a los pacientes y a su familia las relaciones existentes entre el stress y la

esquizofrenia, que los habilitaría para controlar los niveles del stress y por consiguiente para prevenir nuevas crisis. Un aspecto de esto nos lleva al reconocimiento de las "señales específicas de aviso", que pueden conducir a una crisis. La búsqueda de servicios profesionales adicionales en este momento puede conducir a un tratamiento vigoroso encaminado a prevenir un deterioro del estado mental del individuo.

4. INTERVENCION DEL TRABAJADOR SOCIAL ANTE LA PROBLEMA TICA PLANTEADA.

4.1. PAPEL DEL TRABAJADOR SOCIAL CON FAMILIAS DE PACIENTES ESQUIZOFRENICOS.

En su desempeño profesional, el Trabajador Social no encuentra problemas aislados, por cuanto cada problema que afecta a un individuo desencadena simultaneamente, una serie de conflictos emocionales, que alteran no sólo su salud individual, sino que repercuten además, desfavorablemente en el medio que lo rodea. De la misma manera los problemas del ambiente o de la comunidad afectan desfavorablemente a los individuos y a la familia.

Hoy día el Trabajador Social es indispensable en el campo de la Medicina preventiva, curativa y social y en los programas generales de protección de la salud. Este profesional ha sido capacitado para comprender y orientar al individuo sano o enfermo, en sus problemas personales o

familiares, y a la comunidad en el logro de sus aspiraciones.

Una de las funciones del Trabajador Social en una institución de salud mental son:

- Investigación de los factores médicos-sociales-familiares que influyen sobre la enfermedad y los problemas sociales creados por ella.

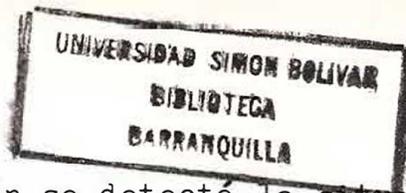
- Complementar el trabajo médico para comprender la personalidad del paciente y su ambiente social.

- Transformarse en el puente de unión entre la institución y el hogar en todo lo relacionado con los problemas médico-social familiar.

- Reunir la información perteneciente a la situación social y relacionarla con el problema médico, todo lo cual hace más efectivo el plan de tratamiento en la rehabilitación del paciente esquizofrénico.

- Atender los problemas jurídicos y legales, económicos y otros que pueda presentar el paciente en el hospital.

- Desarrollar sus planes de acuerdo a los programas de la institución y enfocarlos hacia la solución de los problemas comunes a la población



A través de la investigación se detectó la situación que se vive en el ambiente de los familiares de los esquizofrénicos y fué la siguiente: La mayoría presenta trastornos y conflictos en las relaciones familiares, el grado de instrucción sobre la enfermedad es casi nulo; generando todo esto diferentes tipos de problemas sobre todo en cuanto al manejo de la enfermedad a nivel familiar, en su gran mayoría prefieren hospitalizarlo para estar según ellos con una vida más calmada; por esta razón prefieren mantenerlo aislado de su ciclo de vida familiar.

Otra situación de quejumbre para la familia es el gasto económico que para ellos representa el tratamiento de la enfermedad, aumentando con estos los focos de ansiedad que la misma desarrolla a través de las expectativas de la enfermedad en sus puntos críticos de sintomatología como son: Delirios y alucinaciones, pensamiento bizarro, y muchas veces conductas agresivas; sumando todo esto al deterioro que las relaciones familiares tienen de precedente y la poca recreación que la misma ejecuta, aumenta en círculo vicioso el stress familiar y su incidencia en la evolución de la enfermedad del esquizofrenico.

Ante esta problemática es de vital importancia para el Trabajador Social conocer e instruir sobre las características

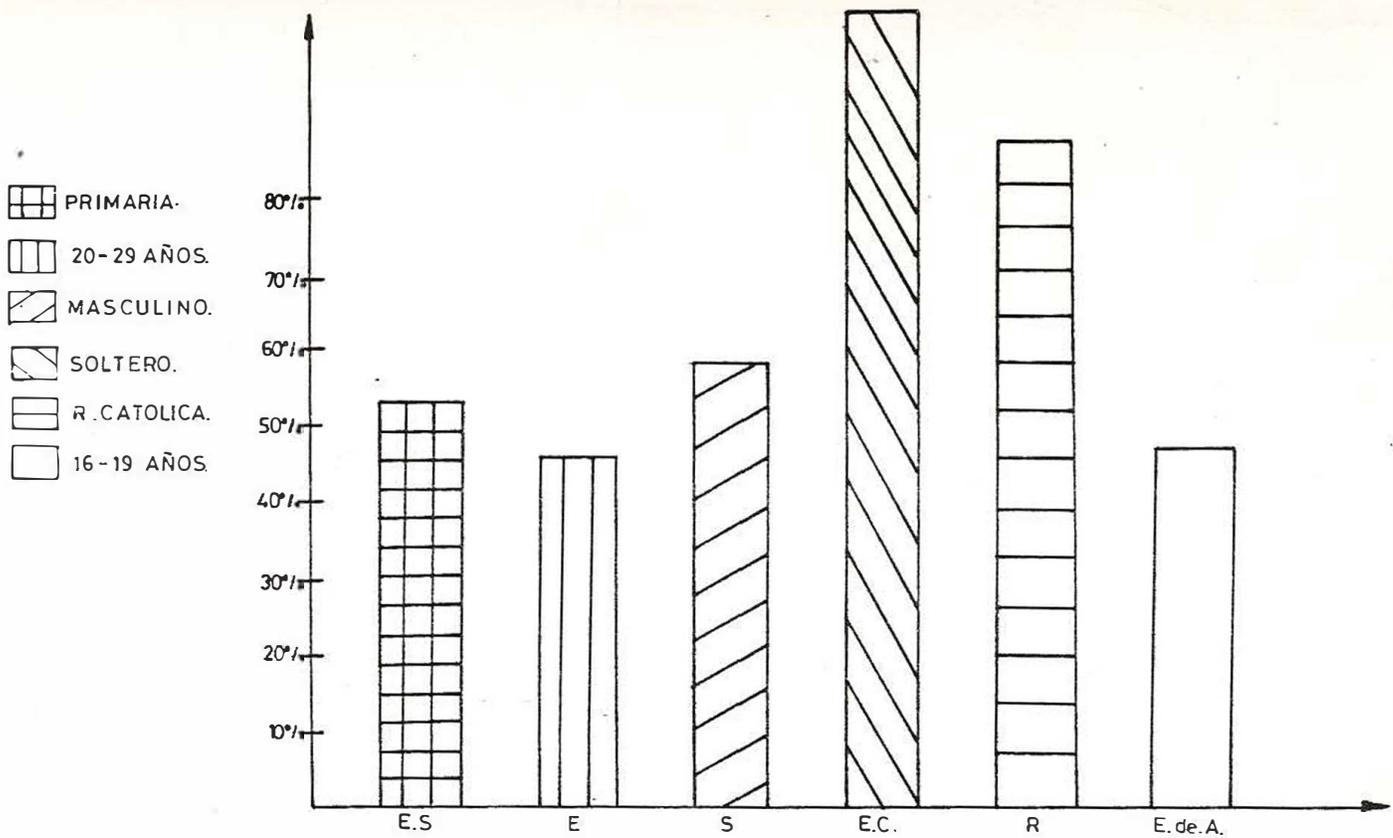
y sintomatología de la esquizofrenia, para tener mayor capacidad de comprensión del medio circundante del paciente con el fin de preveer muchas veces las diferentes fluctuaciones y cambios que le pueden afectar.

La cronicidad de la misma hace necesaria especificar en su intervención la labor principal del Trabajador Social que va encaminada hacia la familia del paciente en su reestructuración y definición de límites. Pautas primordiales que deberían tener en cuenta los Trabajadores Sociales para la intervención del paciente esquizofrénico y su familia son las siguientes:

- Estudiar el tipo de esquizofrenia y el comportamiento que de ella se da.
- Colaborar en la evaluación y diagnóstico familiar.
- Detectar los posibles focos de ansiedad o problemas más relevantes de la familia.
- Educarlos sobre el manejo de la enfermedad a nivel familiar.
- Estructurar y fortalecer los canales de comunicación entre el paciente y su familia.

- Ayudar al grupo familiar a identificar clara y acertadamente los problemas.
- Crear a través de diferentes técnicas un mayor nivel de integración en cuanto a relación de los miembros y el paciente.
-
- Evaluar el caso en consulta con el grupo interdisciplinario o profesional a cargo de su atención directa.
- Observar conflictos interpersonales que mediante el tratamiento familiar puedan ser solucionables.
- Plantear y diseñar esquemas de solución y modificación de diversas situaciones conflictivas.
- Preparar también al paciente hacia lograr su propio desenvolvimiento para así disminuir un poco la tal llamada carga de su atención.
- Realizar evaluaciones periódicas con el paciente y sus familiares para analizar los cambios positivos o no logrados hasta el momento.

4.2. ANALISIS DE LAS EVALUACIONES FAMILIARES REALIZADAS EN EL HOSPITAL MENTAL DEPARTAMENTAL.



GRAFICA.

TABLA N.º 1.

CUADRO ACOMULATIVO DE LOS DATOS DE IDENTIFICACION.

ESCOLARIDAD.			EDAD			SEXO			ESTADO CIVIL		RELIGION		EDAD DE APARICION DE LA ENFERMEDAD.				
NIVEL	F	%	E	F	%		F	%		F	%		F	%	E	F	%
PRIMARIA	23	51.1	15-19			F	19	42.2	SOLTERO	39	86.6	CATOLICA	37	82.2	10-15	4	8.8
SECUNDARIA	20	44.4	20-29	19	42.2	M	26	57.7	CASADO	4	8.8	ELICICA	3	6.6	16-19	21	46.6
UNIVERSITARIA	1	2.2	30-39	16	35.5				UNION LIBRE	1	2.2	ATISTA	1	2.2	20-29	17	37.7
PROFESIONAL	1	2.2	40-49	9	20				VIUOCAL	1	2.2	MUNES	1	2.2	30-39	3	6.6
NINGUNA			50-59	1	2.2				SEPARADO			OTRAS	3	6.6	40-49		
TOTAL	45	99.9%	TOTAL	45	99.9%	TOTAL	45	99.9%	TOTAL	45	99.9%	TOTAL	45	99.8%		45	99.7%



ANÁLISIS DE LA TABLA # 1.

Analizando el gráfico es significativo el hecho de que un 51.1% de la escolaridad de los pacientes esquizofrénicos sólo alcanzan el nivel primario, y un 44.4% en el nivel secundario, siendo el aspecto económico, de salud, transportes y otros factores precipitantes de esta situación.

En lo concerniente a la edad de aparición de la enfermedad tenemos que el mayor porcentaje de 46.6% corresponde a pacientes con edades entre 16-19 años y entre 20-29 años un porcentaje de 37.7%, demostrándonos que en la etapa de la adolescencia es donde tiene su inicio la enfermedad; y actualmente encontramos que los pacientes entrevistados sus edades oscilan más que todo entre los 20 y 29 años con 42.2% y seguidamente los de 30-39 años con 35.5%, es decir, la mayoría de los pacientes se encuentran en la etapa de la adultez y por lo general son solteros ya que al presentarse la enfermedad, aún no se han

casado, por lo cual los porcentajes son de 86.6% en solteros y 8.8% en casados.

En cuanto al sexo podemos observar que en el grupo entrevistado el mayor porcentaje es de 57.7% es de sexo masculino y el 42.2% corresponde al sexo femenino, pero pueden variar los porcentajes, ya que últimamente el mayor porcentaje a nivel general de pacientes esquizofrénicos se presenta en el sexo femenino.

Por último observando la religión el porcentaje mayor es de 82.2% en católicos y en evangélicos de 6.6%, aunque solo son católicos por tradición familiar y muy poco la practican. Se hace importante estudiar este factor ya que cada clase de religión tiene su propio punto de vista y diferentes maneras de ver los problemas, enfermedades y tratamientos; lo cual influyen sobre el individuo negativa y positivamente.

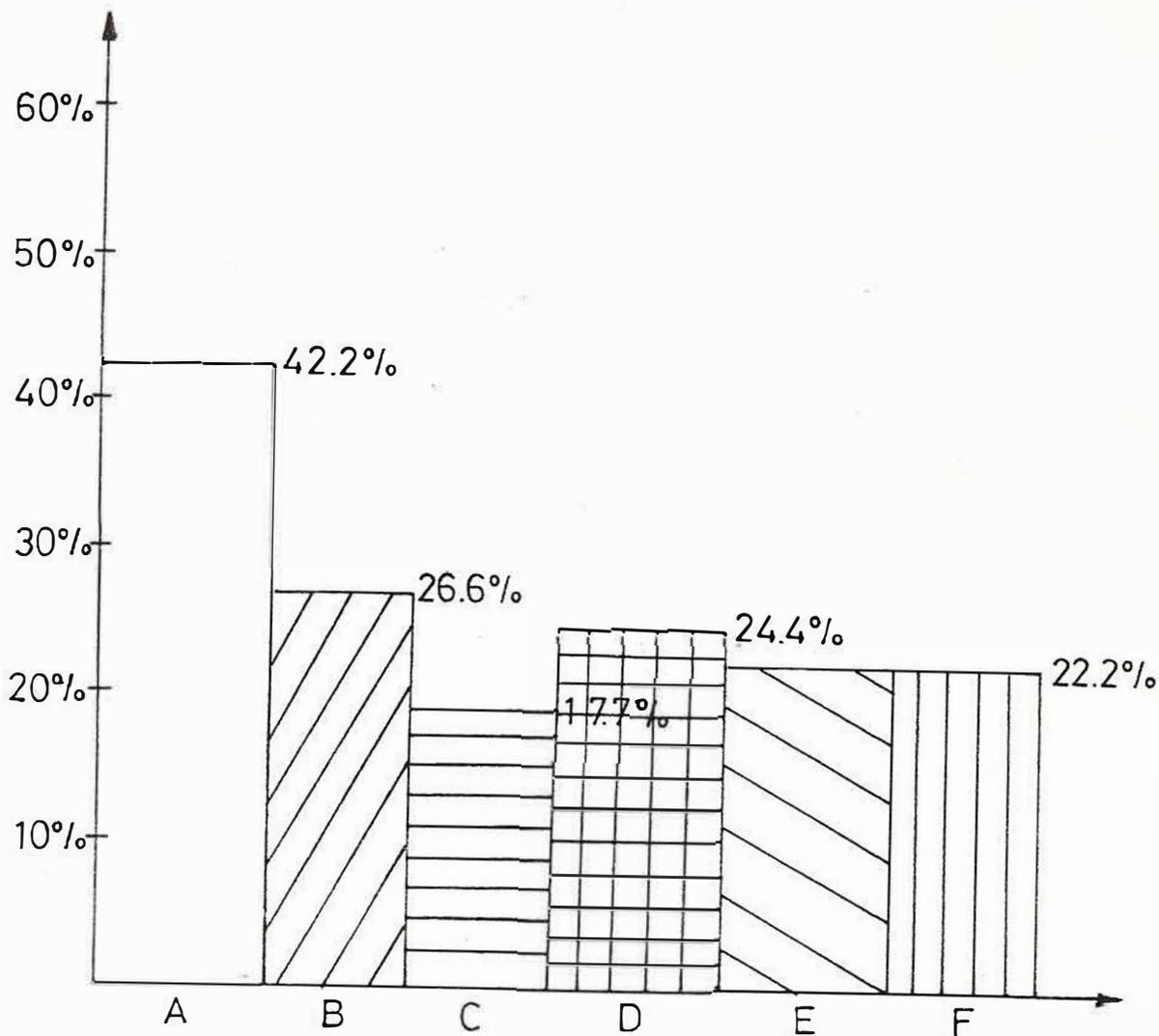
TABLA Nº 2

ACTITUD DE LA FAMILIA ANTE LOS COMPORTAMIENTOS EXTRAÑOS DEL PACIENTE.		
	F	%
Sorpresa	12	26.6%
Angustia.	8	17.7%
Indiferencia.	6	13.3%
Atención Médica	19	42.2%
Otras		
TOTAL.	45	99.8%

TABLA Nº 8.

PROBLEMAS EN LA FAMILIA POR LA ENFERMEDAD.		
Problemas.	F	%
Desintegración.	10	22.2%
Verguenza.	6	13.3%
Económicos	10	22.2%
Contradicciones.	11	24.4%
Ninguna.	7	15.5%
Otras.	1	
TOTAL.	45	97.6%

Actitud de la Familia y Problemas en la Familia.



GRAFICA.

- A= Atención Médica.
- ▨ B= Sorpresa.
- ▤ C= Angustia
- ▩ D= Contradicción.
- ▧ E= Desintegración
- ▦ F= Económicos.

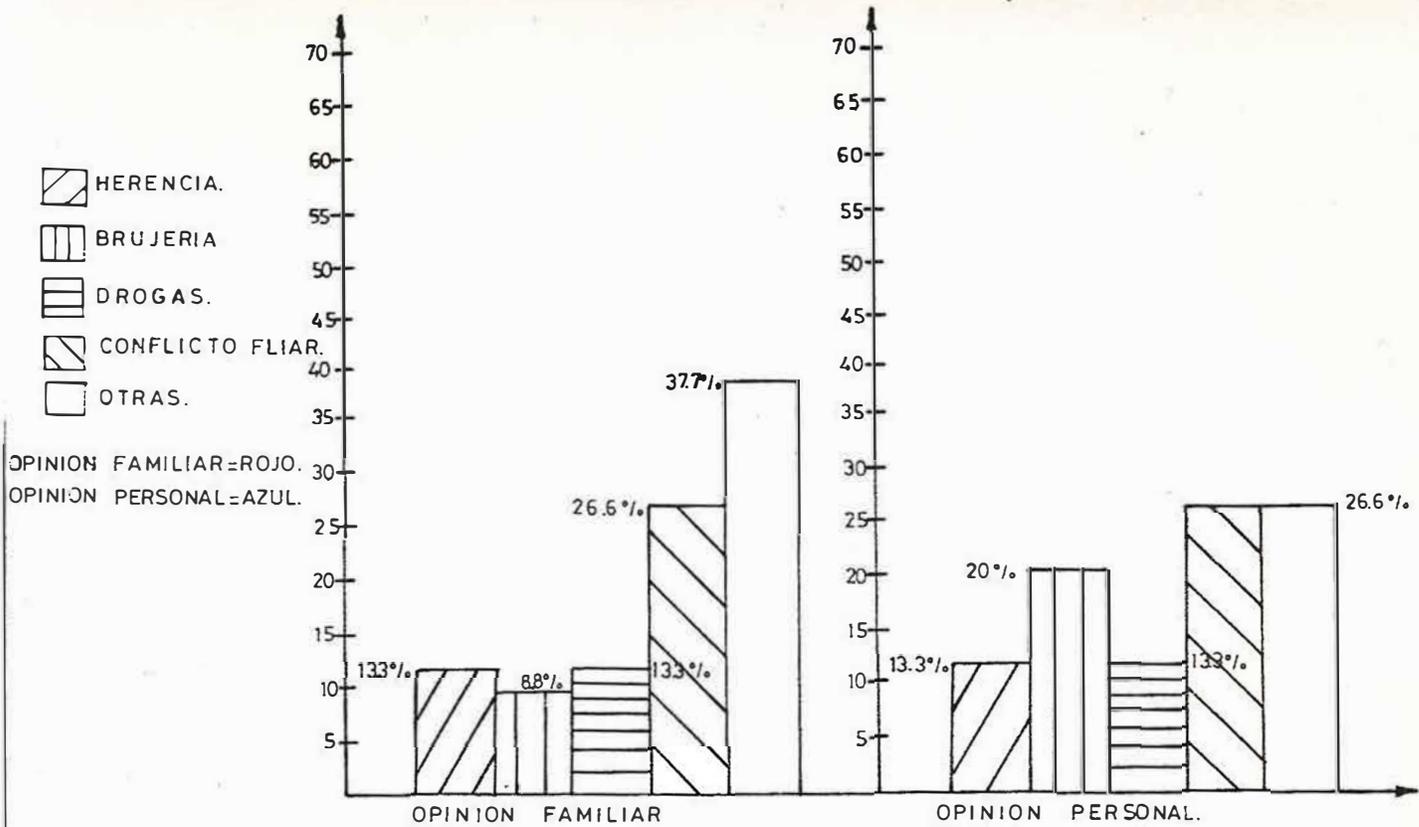


ANALISIS DE LAS TABLAS # 2 y 8

El mayor porcentaje de este gráfico es el de la atención médica al comienzo de la enfermedad con un 42.2% aparentemente, dando a entender que buscan una pronta solución del problema y mejoramiento del paciente, aunque es probable que muchas veces deseen la rehospitalización del mismo. Se nota que otra de las actitudes en la familia es de sorpresa con un 24.5% en el que se expresa que nunca esperaban este problema e incluso no saber afrontarlo

En cuanto a los problemas nos damos cuenta que el mayor porcentaje lo encontramos en las contradicciones familiares (discordia, conflicto conyugal y otros) con 24.4%, esto debido a la falta de comprensión, desconocimiento en cuanto al cuidado del paciente. Otro de los problemas que se da como producto de la enfermedad es la desintegración con un 22.2% originándose conflictos, incompreensión entre los miembros de la familia hasta llegar al stress.

CAUSAS DE LA ENFERMEDAD OPINION FAMILIAR Y PERSONAL.



GRAFICA.

TABLA N°3

CAUSAS DE LA ENFERMEDAD.	OPINION			
	FAMILIAR		PERSONAL	
	F	%	F	%
HERENCIA.	6	13.3%	6	13.3%
BRUJERIA	4	8.8%	9	20%
DROGAS	6	13.3%	6	13.3%
CONFLICTO FAMILIAR	12	26.6%	12	26.6%
OTRAS.	17	37.7%	12	26.6%
TOTAL	45	99.7%	45	99.8%

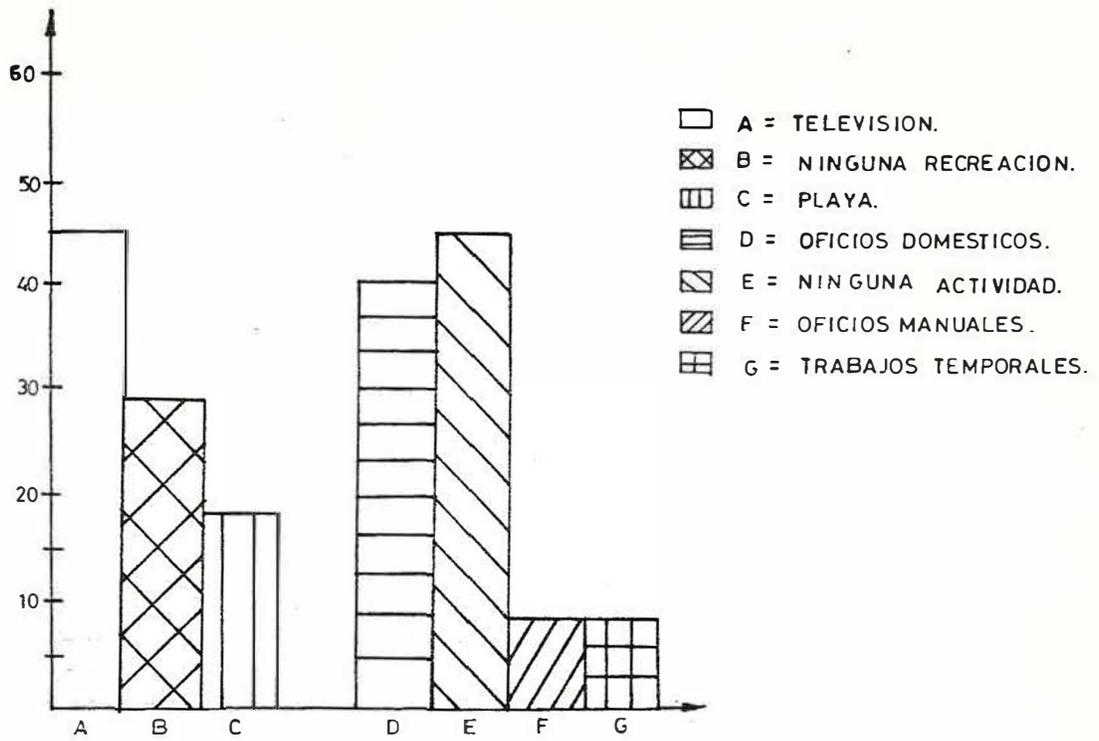
ANALISIS DE LA TABLA #3

En las causas de la enfermedad los datos son los siguientes: La herencia tuvo unificación de criterios del 13.3% expresando así el acondicionamiento en el ambiente familiar y la predisposición de sus miembros para la patología con relación a la brujería hubo diferencias, la opinión familiar fué del 8.8% y la personal del 20%, demostrando esto que la esquizofrenia afecta con su sintomatología el pensamiento del que la sufre, las drogas presentaron también igualdad de opinión en un 13.3% siendo esto una consecuencia más del consumo de drogas: los conflictos familiares fueron los de mayor porcentaje del 26.6%; estos comprenden desintegración familiar, conflicto marital, relaciones extraconyugales, alcoholismo, drogadicción y otros, reflejando con el el gran número de familias con trastornos, en personas que padecen esquizofrenia.

Por último encontramos otras causas que fueron constitui



das por diferentes características como fueron: Decepción amorosa, accidente, pérdida de un ser querido y otras: estas fueron del 37.7% para la opinión familiar y del 26.6% para la opinión personal.



GRAFICA.

TABLA N°10

RECREACION DE LA FAMILIA.

	F	%
TELEVISION	20	44.4
PLAYA Y PASEO	8	17.7
CINE		
NINGUNA	13	28.8
OTRAS	4	8.8
TOTAL	45	99.7 %

TABLA N°4

ACTIVIDADES REALIZADAS POR EL PACIENTE.

	F	%
OFICIOS DOMESTICOS	18	40
TRABAJOS TEMPORALES	3	6.6
OFICIOS MANUALES	3	6.6
VENDEDOR	1	2.2
NINGUNA	20	44.4
TOTAL	45	98.8 %

ANALISIS DE LAS TABLAS # 10 y 4

Explicando las tablas y el gráfico encontramos que el mayor porcentaje en cuanto a la recreación de la familia lo ocupa la televisión con 44.4%, le siguen en orden a aquellas que no realizan ninguna clase de recreación con 28.8%, y los paseos y playas con 17.7% notándose que por pertenecer estas familias a la clase baja no cuentan con recursos económicos para tener una buena recreación que les permita desahogar las sobrecargas ambientales y el stress de la vida diaria.

En lo referente a las actividades realizadas por el paciente encontramos que el mayor porcentaje lo presentan aquellos pacientes que no realizan ninguna clase de actividad con 44.4%, luego aquellos que realizan oficios domésticos, con 40% y en menor grado los que realizan oficios manuales con 6.6%; dándonos a conocer que la mayoría de los pacientes no tienen ninguna ocupación fuera del hogar, solo oficios domésticos que a veces son obligados a realizar.

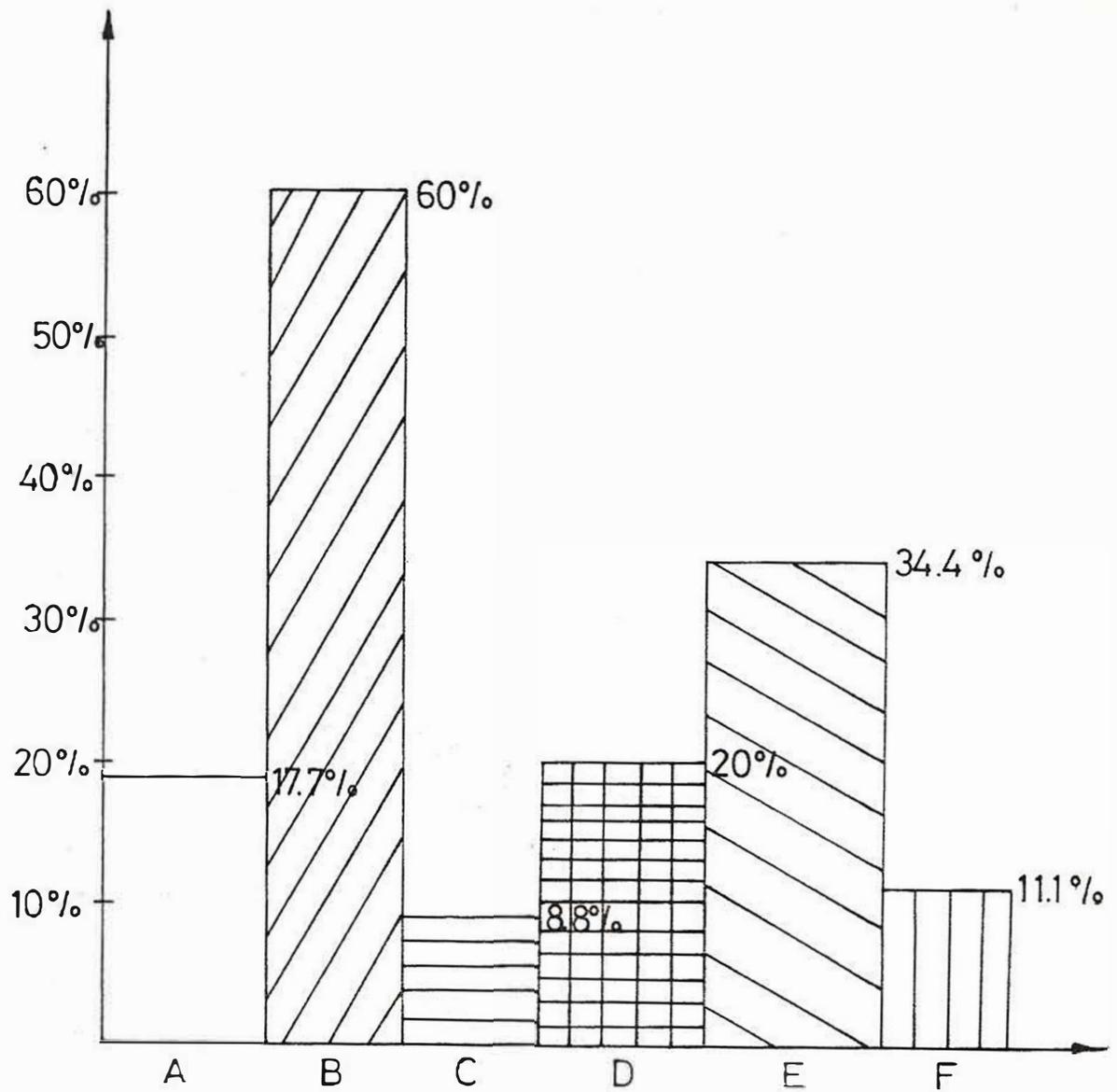
TABLA Nº5.

PARTICIPACION FAMILIAR EN EL TRATAMIENTO.		
	F	%
Familia	4	8.8%
Padre.		
Madre.	27	60%
Hermanos	9	20%
Parientes.	5	11.1%
TOTAL.	45	99.9%

TABLA Nº6.

ORIENTACION A LA FAMILIA.		
	F	%
Profesional	8	17.7%
Referencia Familiar.	4	8.8%
Empirica	3	6.6%
Libros.	1	2.2%
Ninguna.	29	64.4%
TOTAL.	45	99.7%

Participacion Familiar y Orientacion a la Familia en el Tratamiento..



GRAFICA.

- A = Profesional.
- ▨ B = Madre.
- ▬ C = Referencia Familiar.
- ▩ D = Hermanos.
- ▧ E = Ninguna Orientacion Familiar.
- ▮ F = Parientes.



ANÁLISIS DE LAS TABLAS # 5 y 6.

El mayor porcentaje en cuanto a la participación familiar en el tratamiento lo constituyó la madre con 60%, el cual es la persona que le brinda mayor afecto, comprensión aunque muchas veces la participación es sólo en el suministro de las drogas.

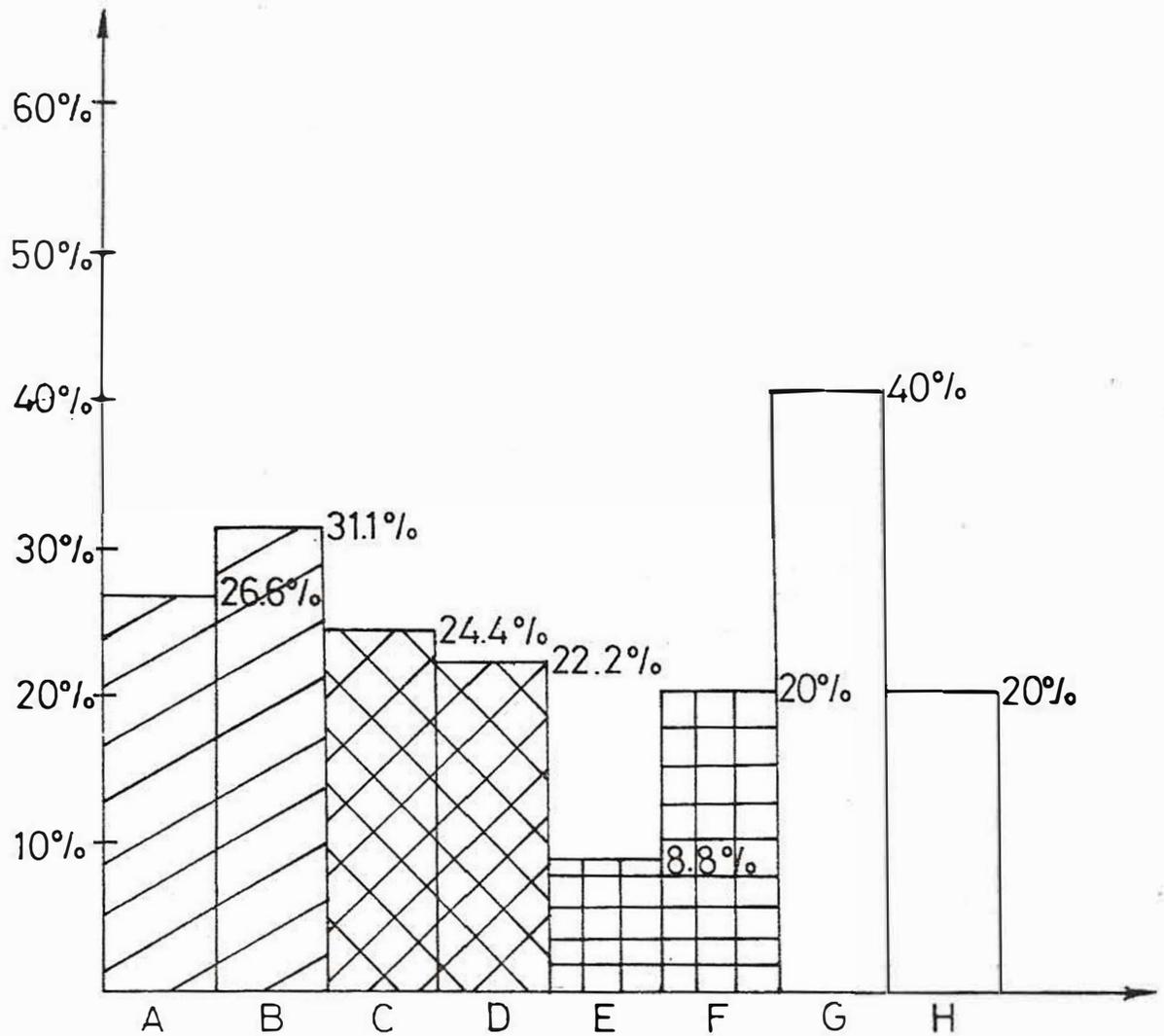
Es indudable la participación de los hermanos siempre y cuando la madre no exista o ya sea porque les hace atenderlos; cuyo porcentaje es de 20%.

Con relación a la orientación a la familia notamos que en su mayoría 64.4% no ha recibido ninguna orientación, y un 17.7% ha recibido orientación profesional, indicando esto que debido al desinterés u otras razones de la familia por buscar los medios de instruirse acerca de la enfermedad y a la carencia de programas en la institución el paciente no puede recibir un tratamiento integrado.

TABLA N° 7

RELACIONES DE LA FAMILIA ANTES Y DESPUES DE LA ENFERMEDAD.		
RELACIONES.	ANTES. F / %.	DESPUES. F / %.
UNIDAS.	18 / 40%.	9 / 20%.
AFFECTIVAS.	10 / 24.4%.	10 / 24.4%.
SOBREPROTECCION	4 / 8.8%.	9 / 20%.
INDIFERENCIA.		3 / 6.6%.
CONFLICTOS.	13 / 26.6%.	14 / 31.1%.
OTRAS		
TOTAL	45 / 99.8%.	45 / 99.92%.

Relaciones de la Familia antes y despues de la Enfermedad.



GRAFICA.

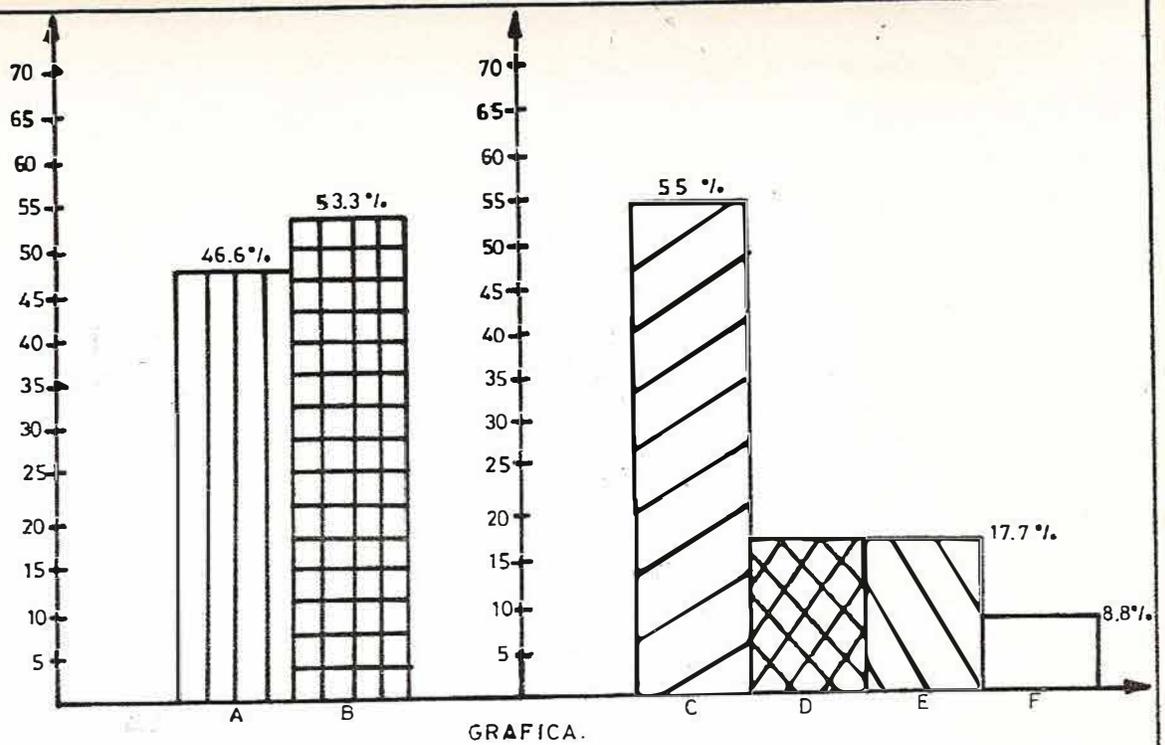
- ▨ A - B = Conflictivos.
- ▩ C - D = Afectivos.
- ▧ E - F = Sobreprotección.
- G - H = Unidas.

ANALISIS DE LA TABLA # 7.

Es notorio en esta gráfica el alto porcentaje del 40% en las relaciones unidas que existían antes de la enfermedad, con pacientes esquizofrénicos, luego al desarrollarse la misma se nota que disminuye en un 20%, observándose que las relaciones antes eran mejores. En las relaciones conflictivas ante de la enfermedad el porcentaje era de 26.6% y en la actualidad es palpable el aumento con 31.1%; el cual se comprueba que en algunas familias existían problemas debido a la falta de afecto, armonía y unión.

Con relación a las relaciones afectivas se aprecia que antes de la enfermedad presentaba un 24.2%, más tarde se refleja un 22.2% el cual demuestra que disminuye el afecto, esto debido a los mismos cambios que se presentan en las familias cuando se encuentran viviendo con un enfermo mental.

-  A= ABIERTA.
-  B= CERRADA.
-  C= PALABRAS.
-  D= MATERIALES.
-  E= NEGATIVOS.
-  F= POSITIVOS.
-  G= NINGUNO.



FORMAS DE COMUNICACION E INCENTIVOS DE LA FAMILIA CON EL PACIENTE.

TABLA Nº 11

FORMA DE COMUNICACION	F	%
	ABIERTA.	21
CERRADO	24	53.3%

TABLA Nº 9

INCENTIVOS DE LA FAMILIA	F	%
	PALABRAS.	25
MATERIALES	8	17.7
NEGATIVOS	8	17.7
POSITIVOS	-	-
NINGUNO	4	8.8
	45	99.7%

ANALISIS DE LAS TABLAS 9 y 11

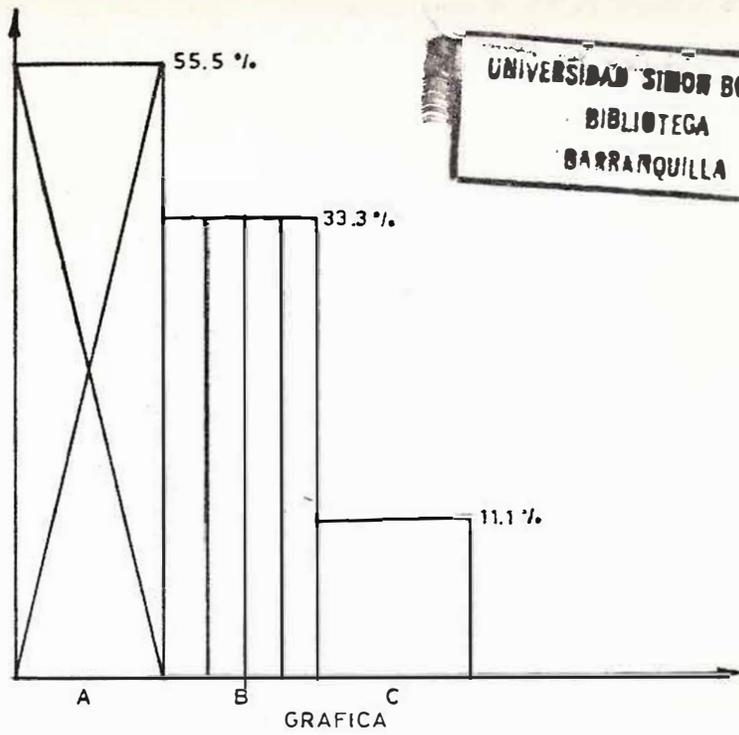
Las formas de comunicación dentro del grupo familiar se dan de dos formas: Abierta y cerrada.

La abierta: es aquella donde los padres dan a los hijos la oportunidad de conocer los problemas e inquietudes de sus hijos, existe intercambio de sentimientos; el diálogo en general es amplio receptivo y recíproco entre sus miembros; mientras que la comunicación cerrada: el diálogo se reduce a lo necesario, no existe intercambio en sus subsistemas y por ende no se da una comunicación adecuada. La forma de comunicación cerrada tuvo un porcentaje del 53.3% y la abierta del 46.6% siendo mayor la comunicación cerrada, señala el deterioro que en las relaciones y participación en el sistema familiar tiene el paciente con trastornos de esquizofrenia.

En los incentivos que la familia ofrece al individuo con trastorno esquizofrénico, el 55% es de palabras; dichos

incentivos no se consideran como tal; ya que a través de la investigación se detectó que era un simple señalamiento de actividades que el paciente debe o no hacer. Los incentivos materiales, tuvieron el 17.7% estos se reflejaron en complacer al paciente en cosas que desea obtener en un momento dado: con el fin primordial de mantenerlo calmado. Los incentivos negativos arrojaron igual porcentaje del 17.7% generados por todo un sistema familiar con trastornos; los incentivos positivos no se detectó ninguno y las familias que no brindaban ningún incentivo de paciente: son las que prefieren no molestar y dejarlos vegetar.

La comunicación cerrada alcanzó el 53% siendo una demostración del aislamiento del paciente en el ciclo de la vida familiar.



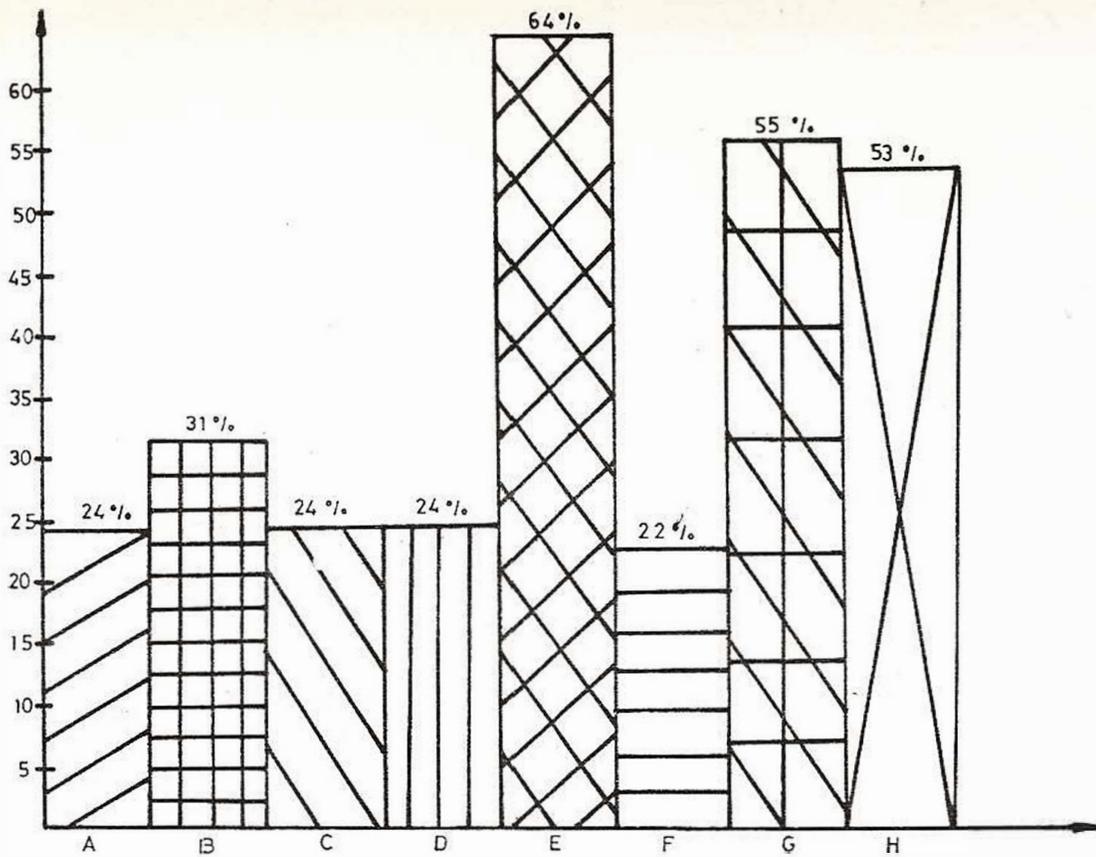
-  A = AGLUTINADA
-  B = DISGREGADA.
-  C = NORMAL.

TABLA N°12

TIPOS DE FAMILIA.		
	F	%
AGLUTINADA	25	55.5
DISGREGADA	15	33.3
NORMAL	5	11.1

ANALISIS DE LA TABLA # 12

En los tipos de familia los datos estadísticos reflejan que la familia aglutinada tuvo un porcentaje del 55.5%, la normal de 11.1% y la disgregada del 33.3%: dándose en forma mayoritaria las familias con trastornos en su interacción familiar: trayendo como consecuencia las recaídas en episodios floridos de esquizofrenia, por las actitudes críticas y sobreenvueltas que asume la familia lo que le proporcionaría al paciente un ambiente familiar sobrecargado emocionalmente.



GRAFICA.

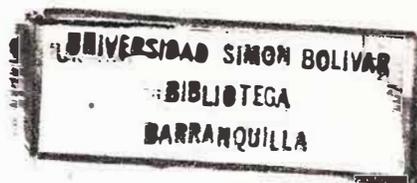
ASPECTOS MAS RELEVANTES EN LAS RELACIONES FAMILIARES.

TABLA N°13.

-  A=FAMILIAR ANTES DE LA ENFERMEDAD (AFECTIVAS).
-  B=FAMILIAR DESPUES DE LA ENFERMEDAD (CONFLICTIVAS)
-  C=PROBLEMAS POR ENFERMEDAD (CON TRADICION).
-  D=ACTITUD FAMILIAR ANTE LA APARICION DE LA ENFERMEDAD.(SORPRESA).
-  E=CONOCIMIENTO FAMILIAR DE LA ENFERMEDAD (POCA EDUCACION).
-  F= PROBLEMAS POR LA ENFERMEDAD.(DESINTEGRACION).
-  G=INCENTIVO FAMILIAR.(PALABRAS).
-  H=FORMA DE COMUNICACION FAMILIA - PACIENTE (CERRADA).

ANALISIS.

INDUDABLEMENTE LA POCA EDUCACION CONLLEVA AL MAL MANEJO DEL GRUPO FAMILIAR CON RESPECTO A LA ENFERMEDAD ;REFLEJANDOSE MAS TARDE EN EL DETERIORO DE UN DESARROLLO POSITIVO EN LA EVOLUCION DE LA ESQUIZOFRENIA,PRESENTANDOSE ESTO EN 64% DE LAS FAMILIAS.



ANÁLISIS DE LA TABLA # 13

Indudablemente la poca educación con respecto a la esquizofrenia fue la variable que mayor porcentaje presenta y fue del 64% reflejándose esto en el mal manejo del grupo familiar de la enfermedad; trayendo como consecuencia el bloqueo de una evolución positiva de dicha patología.

También se puede apreciar que el cambio que presentan las relaciones familiares antes de la enfermedad el 24% eran afectivas y después de la enfermedad las relaciones conflictivas alcanzan el 31.1%. En los problemas originados por la enfermedad las contradicciones tuvo una proporción del 24% y la desintegración familiar el 22% siendo una expresión del trastorno en las relaciones familiares.

Ante la aparición de los comportamientos extraños fueron muchas las actitudes que las familias asumen ante la enfermedad pero la actitud que más se generalizó es la sorpresa que tuvo el 24%

CONCLUSIONES DE LA TABULACION

La marcada diferencia de porcentajes en las variables, reflejaron a través de la recolección de la información las características de las familias del esquizofrénico y su influencia en la evolución de la patología.

Como aspecto de mayor relevancia se encuentra la interacción familiar circundante del limitado mental, en su gran mayoría son familias que presentan trastornos en sus relaciones familiares alcanzando niveles de porcentaje del 88.8%. En muchos casos como el tipo de familia sobreenvueltas, que fue la tipología que mayor porcentaje tuvo de 55%, reflejando así las actitudes críticas y sobreenvueltas, a las cuales el paciente interactúa diariamente estas demostraron deterioro en las relaciones y comunicación con el paciente: expresando una gran mayoría de comunicación cerrada y un pobre diálogo unilateral, siendo la familia emisor y el paciente receptor, en la cual a través del señalamiento de las actividades que según la

opinión familiar debe realizar el paciente puede o no hacer, entonces el conflicto principal está contenido y reflejado en la ansiedad y expectativa que la familia desarrolla con respecto al comportamiento del paciente, generando una visualización difusa de los límites, presentando interferencia de padres, hermanos, abuelos, tíos y parientes en el trastorno del limitado mental, cada uno trata de demostrar a su modo que es lo mejor para el paciente. En otros casos como la disgregada, hay desligamiento completo sobre el proceso o curso de la evolución de la enfermedad, sin embargo, en ambos casos existen trastornos en la relación familiar.

En aquellos pacientes cuya familia presenta relaciones normales son los que han presentado menos hospitalizaciones o reincidencias.

Es importante también resaltar que la familia posee poco ó nulo conocimiento u orientación sobre la enfermedad sufriendose al hecho, los problemas que sus miembros sienten tener a causa de la enfermedad y la poca recreación que el grupo tiene, aumenta el stress familiar al sentirse limitados e incapacitados para manejar al paciente a nivel familiar reflejándose más tarde en una nueva rehospitalización.

Los incentivos que la familia le brinda al paciente son primordialmente en apariencias de palabras, materiales y negativos: cuyo trasfondo permite visualizar el hostigamiento de que este es blanco, la desadaptación de la familia con respecto a la enfermedad y el temor al paciente por lo que prefieren muchas veces complacerlo hacia cosas que desea obtener por temor a una conducta agresiva, proporcionándole un "contentillo" de momento, sin detenerse a pensar que perjuicio ésta actitud puede causar. Basandonos pues en la clase de incentivos materiales que la familia le dá al paciente como son cigarrillo y plata usualmente.

Algo que mostró características generales fueron las madres sobreprotectoras quienes limitan la independencia y el desenvolvimiento personal del paciente, sin embargo, se le dá habitación sola dentro del hogar.

En los resultados de las entrevistas se reafirma que la adolescencia es la etapa de la aparición de los trastornos esquizofrénicos, pero sugieren casos particulares de aparición en la preadolescencia: dándose en familias esquizoideas cuyo acondicionamiento familiar permite la predisposición de sus miembros para esta patología.

4.3. INTEGRACION DE LA FAMILIA E INSTITUCION (HOSPITAL MENTAL).

Sólo el trabajo en equipo puede cubrir las enormes necesidades de atención que demandan los enfermos mentales.

El equipo de salud mental, en particular, la Trabajadora Social, se convierte en un agente, quien con su seguimiento constante y seguro, ayudará a mejorar su rendimiento social (hogar-familia-vecinos-amigos etc) y profesional (trabajo-estudio), con lo que se logra, por ende un equilibrio emocional del paciente que le hace responder adecuadamente a los factores agobiantes que sobre él inciden.

Se debe conseguir una comprensión completa de las ventajas, las limitaciones y los elementos nocivos de su ambiente. Así el equipo puede buscar mejor con lo que se ha de trabajar y contra lo que se ha de trabajar. Puesto que los miembros de la familia del paciente son una valiosa fuente para esos datos, el psiquiatra entrevista al paciente y tradicionalmente la Trabajadora Social entrevista a su familia.

La rehabilitación, readaptación a su medio, y para evitar

nuevos ingresos del paciente, son aspectos que logrados estan en relación directa con el seguimiento, control y programas de trabajo que se realicen con este y sus familias en la comunidad.

En ciertos momentos el apoyo mutuo y la solidaridad son funciones familiares fundamentales, es importante que el paciente esquizofrénico sienta que sus parientes estan al rededor de él cuidandolo y acompañandolo. La familia igualmente necesita unirse más para enfrentar la fuerza de disgregación y autodestrucción que frecuentemente produce el diagnóstico y pronóstico de una enfermedad mental de un miembro de la familia.

La familia es una entidad intermedia entre el individuo y la sociedad; y constituye un factor de gran importancia en la adquisición de pautas de conductas. La serie de interacciones que se viven en el interior parecen ser fundamentales para determinar la vida socioemocional del individuo. Las personas que se encuentran al rededor del paciente, juegan un papel muy importante en la adaptación de este. Estas personas pueden ser la portadora de ansiedades y conflictos, y conductora del contagio de la enfermedad.

Es notorio la interacción adecuada del individuo con su

medio, es de importancia para su autorrealización, ya que es de esta manera como puede integrarse al mundo que lo rodea. Tal interacción requiere de acción y reflexión para poder involucrarse, aportar, recibir y transformar.

Para funcionar con calidad, con economía, con flexibilidad en coordinación e integración en estas instituciones psiquiátricas se hace indispensable trabajar en grupos multiprofesionales competentes de la salud mental que cooperen mutuamente. La importancia de la integridad consiste en que cada miembro se identifique con el grupo como un todo, su participación profesional actuarán como un agente del equipo al cumplir un propósito común.

Ubicandonos en la institución Hospital Mental Departamental, se puede decir que en la actualidad existe una desintegración en la relación Institución-familia-paciente debido a diferentes factores como son la no unificación de criterios entre profesionales con relación al tratamiento del paciente, las influencias políticas y el nivel competitivo, además el mismo deterioro en las relaciones familiares al presentarse la enfermedad en el cual se originan contradicciones, abandono del paciente, rechazo etc.

4.4. EXPERIENCIAS RACIONALIZADAS BASADA EN LA FAMILIA DEL ESQUIZOFRENICO.

En lo establecido a través de la investigación realizada a través del estudio de 45 pacientes con esquizofrenia atendidos en el Hospital Mental, se detectó las contradicciones en la cual la familia sumerge, en su afán de oscurecer verdades pero que en una u otra forma reflejan.

Dentro los aspectos que mayoritariamente sobresalen en lo concerniente a su interacción familiar, dato que es reflejado en las estadísticas que surgen en la recolección de la información como es del 88.8% de familias con trastornos: en lo cual no presenta claridad en sus límites. El 55% que es aglutinada hay interferencia entre padres hermanos, tíos, abuelos y parientes: en el trastorno del paciente cada uno trata de demostrar a su modo que eso es lo mejor para el esquizofrénico, comienzan entonces las contradicciones de opinión sobre el trato y manejo que se le debe brindar. Predominan entonces las madres sobreprotectoras, padres indiferentes, hermanos incredulos de sus verdaderos trastornos y asumen actitudes críticas y sobre envueltas hacia el paciente: cada quien trata de darle al paciente instrucciones sobre las cosas o actividades que puede o no realizar por su bien.

A su vez la familia disgregada que alcanzó el 33% quizo demostrar interés por la enfermedad del paciente, por todo lo que concierna con él, a través de la evolución de la entrevista y las verificaciones con las historias clínicas se reflejó el nulo interés y la mucha autonomía que existía hacia el paciente, como también de los demás miembros, los pacientes pertenecientes a este tipo de familia se quejaban en sus consultas y entrevistas de la diferencia de su familia hacia ellos y la evolución de la enfermedad: así encontramos incumplimiento a las citas médicas y cuando estos asistían eran por sus propios medios o por la ayuda de un amigo y cuando el paciente presentaba crisis optan por hospitalizarlos.

Los pacientes que pertenecen a familias normales son los que menos hospitalizaciones han presentado, estas familias no presentan contradicciones en el manejo de la enfermedad del paciente y le permiten a estos intervenir en las entrevistas abiertamente.

A un nivel general la mayoría de las familias de esquizofrénicos presentan trastornos en su interacción familiar y desarrollan ansiedad y expectativas a futuras crisis.

4.5. ALTERNATIVAS DE ACCION QUE PERMITAN ATENDER EL PROBLEMA EN ESTUDIO.

La asociación entre el stress ambiental y el curso de la esquizofrenia provee un modelo racional para el desarrollo de estrategias psicosociales orientadas a reducir el riesgo de nuevas crisis, así como a promocionar el funcionamiento social y la reducción de las incapacidades que se presentan cuando predominan los signos negativos o de déficit de la esquizofrenia.

Estas estrategias comprenden lo siguiente:

- Educar al paciente y a sus familiares acerca de la naturaleza biológica del stress asociado a la esquizofrenia de tal forma que ellos sean capaces de cooperar en la compleja combinación de las drogas con el manejo psicosocial.
- Aumentar la eficacia de la capacidad de resolver problemas para enfrentar el stress ambiental y la rehabilitación social.
- Entrenamiento y estrategias específicas de adaptación para tratar los síntomas persistentes de la esquizofrenia

u otros stress del ambiente social.

Numerosos estudios realizados con familias de pacientes esquizofrénicos han concluido que desviaciones en la comunicación entre los diferentes miembros están asociadas frecuentemente con la patogénesis de la esquizofrenia, esta comunicación es confusa, pobremente comprendida, inconsistente, mal enfocada, divagante, interrumpida e ilógica.

Para la ejecución de estas estrategias se llevaron a cabo dos proyectos:

Proyecto # 1: Reestructuración de las relaciones familiares de los pacientes esquizofrénicos.

Proyecto # 2: Integración familia-paciente-institución.

RECOMENDACIONES

Continuación por parte de Trabajo Social el estudio sobre la patología que se presenta en los familiares de los pacientes esquizofrénicos a nivel de comunicación.

Trabajar con las familias de los pacientes esquizofrénicos para orientarlos y educarlos en cuanto a manejo de relaciones familiares.

Consideramos necesario que el Trabajador Social impulse el trabajo en equipo interdisciplinario en la familia.

Se considera necesario la capacitación de los profesionales en Trabajo Social en lo referente a terapia familiar.

Pronta ejecución de los proyectos anteriormente mencionado

CONCLUSIONES

A través del proceso de estudio e investigación son muchos los aspectos que en una u otra forma limitaron temporalmente la culminación de nuestro objeto de estudio. Las limitaciones que interfirieron el comienzo, nuestra labor es consecuencia de un vicio de la labor de Trabajo Social de planta como es la no verificación de los datos que la familia aporta al llegar a la institución; lo que nos otorga tropiezos para el primer contacto que con el familiar y el paciente esquizofrénico debíamos tener, en muchos casos se hizo necesario variar o cambiar de paciente por la nulidad en la búsqueda del contacto.

Un aspecto que se hizo latente es el abuso que se realiza a nivel de psiquiatría hacia el diagnóstico de esquizofrenia por la no unificación de criterios; ya que en los datos estadísticos de 214 pacientes esquizofrénicos registrados en el Hospital Mental en los meses de Enero, febrero, marzo de 1986. Al realizarse la verificación en historias clínicas solo 103 presentaron verdadero diagnóstico de esquizofrenia, y de estos solo se pudo tener contacto con 45 pacientes siendo esta nuestra muestra representati

Va.

En el Hospital Mental Departamental existen dificultades en la integración y funcionamiento interdisciplinaria.

Por parte de la institución se requiere condiciones de democracia apertura, definiciones ideológicas claras y suficientes recursos para trabajar en interdisciplinaria,

El Trabajador Social es el profesional formado en el conocimiento y manejo de la dinámica familiar, comprometida en la solución de cualquier problema de salud mental comunitario.

En el campo de la salud mental el Trabajador Social comparte la responsabilidad del diagnóstico con los demás miembros del equipo.

El Trabajador Social detecta focos de ansiedad y conflictos en la familia, grupo que se puede ver como el mayor generador de patología para el paciente.

Es necesario continuar investigando sobre los diversos aspectos de la familia de pacientes esquizofrénicos, a partir de los datos obtenidos en el estudio, con miras a que la atención que se le brinde a él y a su familia sea la más



adecuada a su recurso y posibilidades.

Se hace necesario la intervención terapéutica con las familias de los pacientes para garantizar el tratamiento adecuado, esto es posible teniendo en cuenta la respuesta positiva de la familia hacia la intervención que se le ofrece.

Las acciones de salud mental, caracterizadas hasta el momento básicamente por el tratamiento del enfermo mental. Deben ser incluidas dentro de la estrategias de atención primaria, a través del desarrollo de nuevas concepciones de la psiquiatría social y salud mental comunitaria que partan del trabajo interdisciplinario y la integración de diferentes ciencias sociales.

A pesar de que somos conscientes de la investigación esta, es muy modesta en la institución, limitándose la mayoría de las veces a las necesidades de los servicios, teniendo un carácter más descriptivo que científico, la razón sigue siendo falta de recursos y de tiempo.

BIBLIOGRAFIA

ACKERMAN, Natan. Diagnóstico y tratamiento de las relaciones familiares, Ed. Pardós Buenos Aires 1974.

ANDER EGG, Ezequiel. Diccionario de Trabajo Social, humanitas Buenos Aires 1978.

AMAR, José. Introducción a la Psicopatología, Ediciones Lallemand Abramuck, Barranquilla Colombia 1981.

MINISTERIO DE SALUD, I. TALLER NACIONAL DE TRABAJO SOCIAL EN SALUD MENTAL, Medellin, Mayo 21,22,23, 1986.

MUNRO, Alistair y WALLACE McCulloch. Psiquiatría para Trabajadores Sociales, Cia Ed. Continental S.A. México, 1981, 295 p.

MINUCHIN, Salvador. Familias y Terapia familiar, Barcelona Ed. Gedisa 1979, 349 p.

OSORIO, Carlos. La intervención y la práctica del Trabajo Social, Barranquilla Febrero 1982.

ROY, Alex. M.B. Guest Editor. La psiquiatría clínica de
Norte América, Vol. 9, número 1.

SANCHEZ, Jorge. El diagnóstico precoz de la Esquizofrenia
Un peligro potencial en la clínica psiquiátrica. La Ha
bana, Cuba XXV (2) Abril'junio 1984 pag. 229.

SAN MARTIN, Hernán. Salud y Enfermedad. pag. 713.

TORO, Ricardo y YEPES, Luis. Psiquiátria.

UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA, Psiquiatría.

VELEZ A, Hernán y otros. Fundamentos de Medicina, 2da Ed.
pags. 138 y 262.

VALLEJO. Introducción a la psicopatología y psiquiatría.

WINNICOTT, D.W. La familia y el desarrollo del individuo,
Ed. Paidós, Buenos Aires Vol. IX, 1974.

A N E X O S

3.3. Cuál fue la actitud de la familia ante los comportamientos "extraños del paciente" : _____

3.4. A que atribuye la aparición de la enfermedad; concepto familiar: _____

3.5. Cómo evolucionaron los cambios iniciales de comportamiento a través del tiempo: (empeoración, remitieron total o parcialmente) _____

3.6. Tratamiento ensayado:

a. Médicos _____

b. Otros _____

4. ASPECTOS FAMILIARES

4.1. PADRES

Estado civil: Casado ___ Separado ___ Soltero _____

Viudo(a) ___ Unión libre _____

4.2. COMPOSICION FAMILIAR

NOMBRE	EDAD	PARENT	ESCOLARI	OCUPACION	INGRESO

4.3. Relaciones sociales con amigos y vecinos: _____

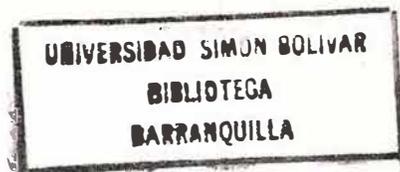
4.4. Antecedentes patológicos familiares:

Padre _____

Madre _____

Hermanos _____

Parientes _____



5. HISTORIA PERSONAL

5.1. Lugar que ocupa entre los hermanos _____

5.2. Nació o terminó _____

5.3. Forma de parto: Vaginal ___ Cesárea ___ Manipulado ___

5.4. Local de nacimiento: Hospital _____ Casa _____

5.5. Vitalidad al nacer (Si lloró, color que presentó) _____

5.6. Edad del desdete _____

5.7. Cuando controló los esfínteres _____

5.8. Edad que pronunció las palabras _____

5.9. Edad en que caminó _____

5.10. Edad en que inició la escolaridad _____

5.11. Grado de rendimiento escolar _____

5.12. Relaciones con compañeros y maestros _____

5.13. Desarrollo sexual.

5.13.1. Información sexual recibida por el paciente al momento de los cambios físicos de la pubertad _____

5.13.2. Actitud ante el sexo opuesto: Aceptación _____
Rechazo _____ Identificación _____ Indiferencia _____

5.13.3. Actividades auteróticas (masturbación) _____

5.13.4. Actitud de los padres ante ésta: _____

6. ETAPA LABORAL

6.1. Inicio de la etapa laboral: _____

6.2. Reacción de los padres ante los triunfos laborales que el paciente obtuviera _____

6.3. Reacción de los padres frente a los fracasos laborales _____

6.4. Conducta presentada por el paciente con sus compañeros de trabajo _____

6.5. Actitud frente a la autoridad laboral _____

6.6. El paciente trabaja o permanece inoficioso la mayor parte del día _____

7. OTROS ASPECTOS

7.1. Actividades sociales realizadas por el paciente _____

7.2. Influencia de la religión en el sistema familiar y en el paciente en particular _____

7.3. Tiempo desde cuando pertenece a ésta _____

7.4. Actividad religiosa desarrollada por el paciente _____

8. PACIENTE - INSTITUCION - FAMILIA

8.1. Donde ha recibido atención médica _____

8.2. Tipo de tratamiento recibido por el paciente _____

8.3. Número de hospitalizaciones _____

8.4. Ha participado la familia en el tratamiento indicado por la institución. En que medida? _____

9. TIPOLOGIA FAMILIAR

9.1. comportamiento de la familia ante las crisis del paciente _____

9.2. Comportamiento de la familia ante el regreso del paciente de la institución _____

9.3. Qué participación tiene cada miembro de la familia en el tratamiento del paciente= _____

9.4. Relación de la familia con el paciente antes de la enfermedad _____

9.5. Relación de la familia con el paciente después de la enfermedad= _____

9.6. Qué problemas trae a la familia la enfermedad en el hogar? _____

9.7. El paciente es dependiente o independiente _____
De quién depende? _____

9.8. Tipo de incentivo que se le da al paciente _____

9.9. Responsabilidades asignadas al paciente _____

9.10. Formas de reprobación al paciente _____

9.11. Cuál cree usted que son los cuidados especiales que se le deben dar al paciente? _____

9.12. Qué tipo de recreación desarrolla la familia? _____

10. STRESS FAMILIAR

10.1. Acontecimientos vitales de la familia y su relación con la aparición de la enfermedad del paciente _____

10.2. Cuál es el problema del paciente desde el punto de vista de cada uno de los miembros de la familia _____

10.3. Qué emociones experimentó la familia ante la aparición de la enfermedad en sus:
a. Manifestaciones iniciales _____
b. Manifestaciones críticas _____

- c. Manifestaciones actuales _____
- d. Manifestaciones crónicas _____

10.4. Qué actitudes asume la persona responsable constante mente ante:

a. Manifestaciones iniciales _____

b. Manifestaciones críticas _____

c. Manifestaciones actuales _____

10.5. Qué conoce usted sobre la enfermedad del paciente? _____

10.6. De que manera ha intentado usted manejar las manifes taciones actuales del paciente? _____

10.7. Como se relaciona el paciente con el resto de la fa milia _____

10.8. Se desespera cuando se siente impotente para manejar situaciones que surgen en la relación del paciente con el resto de la familia? _____

10.9. Existe acuerdo en cuanto al cuidado del paciente o difieren en opiniones _____

10.10. Se ha adaptado la familia con la enfermedad del pa ciente _____

10.11. Cuales actividades considera la familia que puede realizar _____

10.12. Considera la familia que el paciente puede trabajar y de no hacerlo, que se lo impide? _____

10.13. Tiene el paciente relaciones íntimas con alguien _____

10.14. Considera la familia que ha intentado ayudar en la recuperación del paciente? _____

10.15. Considera la familia que el trastorno es curable o incurable _____

10.16. Qué opina la familia sobre los medicamentos que fueron prescritos al paciente _____

10.17. Recibe el paciente los medicamentos como han sido prescritos _____

10.18. Que hace la familia y que cuidados tiene cuando los toma o los rechaza _____

10.19. Toma espontáneamente el medicamento o debe insistirle en que lo haga _____

10.20. De que manera se comunica con el paciente _____

11. DINAMISMO FAMILIAR

11.1. Cuando había necesidad de reprender al paciente antes de la enfermedad quién lo hacía y en que forma?

11.2. Intervienen ambos en el cuidado y educación de los hijos _____

11.3. Qué estímulos se le dan al paciente ante los triunfos escolares? _____

11.4. Qué actividades asumen los padres ante los fracasos escolares _____

11.5. Riñe el paciente con algún miembro del grupo familiar. Porque motivos? _____

11.6. Se discutían los problemas familiares antes de la enfermedad del paciente? _____

11.7. Hoy día quienes intervienen? _____

11.8. Cuando se toman decisiones con respecto al paciente quienes intervienen?, es autónomo o quién lo hace por él? _____

11.9. Dentro del grupo familiar a quienes afecta la enfermedad del paciente? _____

12 VIVIENDA

TIPO	Casa		Apartamento		Accesoria		Cuarto	
PAREDES	Block		Madera		Adobe		Cartón	
TECHO	Concreto		Teja		Zinc		Cartón	
PISO	Baldosa		Cemento		Tierra		aqua	
SERVICIOS	Aqua		Luz		Alcantarillado		Letrina	
N° DE PERSONAS	1 a 3 Per.		4 a 6 Per.		7 a 9 Per.		10 o T.	
LOCALIZACION	Accesible		Inaccesible		Habitado		Inhabitado	
ESTADO	Permanente		Transitoria		Alojado		Cuidando	
DOTACION	Estufa		Nevera		Lavadora		Televisión	
CALIDAD	Madera		Metálico		Mimbre		Ninguno	
ESTADO	Bueno		Malo		Deficiente		Incompleto	
CONDICION	Ordenado		Confuso		Saludable		Insaludable	
N° DE HABITACIONES	1 a 2 Hab.		3 a 4 Hab.		5 ó más			
N° DE PERSONAS POR HAB.	1 a 2 Per.		3 a 4 Per.		Más de 4 Per.			

Con quien comparte el paciente la habitación
