"No hay un antes y un después; no hay culpables ni victimas, sino una unidad paciente-sufriente"

José A. Ríos González.

ACEPTACIÓN

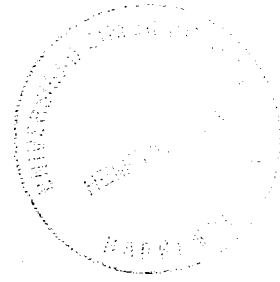
NOTA DE ACEPTACIÓN

PRESIDENTE DEL JURADO

JURADO

JURADO

COMPONENTES DEL PROCESO DE LA COMUNICACIÓN EN FAMILIAS CON UN MIEMBRO DIAGNOSTICADO CON ESQUIZOFRENIA PARANOIDE.



GARZON RINCÓN MARY ANGELA

MUÑOZ MARIN YURANIS ISABEL

NÚÑEZ RUIZ RUTH DARIS

PACHECO ESCORCIA VANESSA DEL PILAR

UNIVERSIDAD SIMON BOLIVAR

UNIDAD ACADEMICA DE PSICOLOGÍA

BARRANQUILLA

2006

COMPONENTES DEL PROCESO DE LA COMUNICACIÓN EN FAMILIAS CON UN MIEMBRO DIAGNOSTICADO CON ESQUIZOFRENIA PARANOIDE.

GARZON RINCÓN MARY ANGELA

MUÑOZ MARIN YURANIS ISABEL

NÚÑEZ RUIZ RUTH DARIS

PACHECO ESCORCIA VANESSA DEL PILAR

Tutor:

IBETH VILLANUEVA

LINEA DE INVESTIGACIÓN: Familia y Desarrollo Humano

EJE TEMÁTICO: Procesos Evolutivos y Trastornos Psicológicos

UNIVERSIDAD SIMON BOLIVAR

UNIDAD ACADEMICA DE PSICOLOGÍA

BARRANQUILLA

2006

UNIV[illegible]ON BOLIVAR
S[illegible]CA
B[illegible]LA
No INVENTARIO -4031036
PRECIO
FECHA 01-14-2008
CANJE DONACION

Barranquilla, junio 7 de 2006.

Doctor
JUAN CARLOS MARIN
Coordinador del departamento de investigación
U.S.B.

A continuación me permito presentar la investigación: ***componentes del proceso de la comunicación en familias con un miembro diagnosticado con esquizofrenia paranoide*** realizado por las estudiantes Mary Ángela Garzón, Yuranis Muñoz M, Rut Daris Núñez y Vanesa Pacheco, La cual cumple con los requisitos metodológicos que le dan un carácter científico en el ámbito de la investigación.

Por lo anterior, autorizo la entrega del informe final de la investigación.

Atentamente,

IBETH VILLANUEVA
Psicóloga clínica
Tutora de investigación.

AGRADECIMIENTOS.

Expresamos nuestros más sinceros agradecimientos a todas aquellas personas que nos apoyaron y orientaron con sus conocimientos y consejos durante el proceso de investigación.

A nuestra tutora de investigación IBETH VILLANUEVA, quien con sus valiosos aportes enriqueció el presente trabajo.

A los docentes del programa de Psicología Margarita Cardeño, Martha Silva y Patricia Ruiz quienes nos asesoraron en aspectos puntuales de la investigación.

A Adriana Altamar por la dirección que nos brindó desde el enfoque sistémico.

Al Instituto de Psicoterapia Villa 76, especialmente a su psicóloga Emilia Fontalvo Mejía quien nos brindó su colaboración para realizar este estudio en dicha institución.

Al Sacerdote Jesús Escorcia quien nos facilitó el texto guía de nuestra investigación.

Al sacerdote David y a Karina Sofía por su incondicional apoyo.

A la señora Ruth Ruiz por su hospitalidad y atenciones durante la realización de este trabajo.

A los mejores amigos del mundo Emy, jeisika, kari, keisy y Marco Enrique, quienes nos acompañaron en el proceso de creación de este trabajo de investigación.

DEDICATORIA.

Este trabajo es el resultado del esfuerzo, dedicación, amor, motivación y perseverancia que me brindaron todas aquellas personas que creyeron en mí, y en quienes cada día encontré una mano amiga y escuché una voz de aliento para salir adelante.

A mi amado Dios, por darme la fuerza, cobertura, motivación y sabiduría para enfrentarme a cada reto que se me presentó; por ceñir mi vida de su fuerza, y hacer mi camino perfecto, un camino de aprendizaje en los momentos alegres y difíciles ¡Gracias por brindarme tu amistad, respaldo y amor!

A mi madre Ana Isabel, esa mujer que con sus consejos, voz de aliento y sabiduría, me impulsaron para que cada día fuera una conquista… ¡Mami este triunfo es tuyo!

A mi padre Humberto por su amor, esfuerzo, motivación y empeño para mi formación profesional.

A mi hermano Humberto por extender su amistad, cariño y su valiosa colaboración.

A mis tíos Nevis, Bernardo, Devora, Amarilis, Martha, Dago y a cada uno de su núcleo familiar, por su respaldo incondicional.

A mis amigos Lili, Carmen Alicia, Gregoris, Tel, Elkin y Manuel por su apoyo en todo momento.

YURANIS ISABEL MUÑOZ MARÍN.

DEDICATORIA.

Mi mayor agradecimiento es para Dios, ya que El fue y ha sido durante mi vida, mi fortaleza y mi pronto auxilio, además de hacerme una restauradora de calzadas y de portillos.

A mi hermano Miguel Mauricio quien hizo posible este sueño, brindándome su incondicional apoyo con mucho cariño, paciencia y sacrificio.

A mi Rebeca quien que con su amor maternal me motivo para continuar los estudios y me acompaño con sus oraciones y consejos.

A mi hermana Sonia Janeth quien velo siempre por mi bienestar físico y espiritual acompañándome y ayudándome a superar con inteligencia los obstáculos difíciles que se me presentaron durante la carrera.

A Juan Carlos, Juan Camilo y Alejandra les agradezco su amor, respaldo, tiempo y comprensión.

A mis compañeras y amigas Yuranis, Vanessa y Ruth por su disciplina, amistad y gran afecto.

MARY ANGELA GARZÓN RINCÓN.

DEDICATORIA.

A Dios, quien en cada momento de mi vida ha permanecido a mi lado, quien me ha dado la fuerza, la sabiduría y la fortaleza necesaria para ser lo que en este momento soy "Un valioso ser humano".

A mis padres Dorme y Luis quienes son mi motivación y la razón de mi vida, ya que son las personas quienes me han educado con valores, han estado conmigo ayudándome a progresar y a ser mejor persona cada día, brindándome lo mejor que cada uno posee y permitiéndome ser una profesional.

A mi padrino Jesús Escorcia y a mi tía Nuria Escorcia por estar junto a mi, brindándome su amor y apoyo en los momentos más difíciles de mi vida.

A mi novio Heisel Fábregas quien ha permanecido junto a mi en los buenos y malos momentos que he pasado; con su amor incondicional me ha enseñado que con perseverancia, dedicación y dando lo mejor de sí se pueden lograr los sueños.

VANESSA PACHECO ESCORCIA.

DEDICATORIA.

Hoy esto es un sueño hecho realidad, por lo que deseo dedicarlo a las personas más importantes de mi vida.

En primer lugar a Dios quien me ha acompañado y guiado a lo largo de mi vida y me ha permitido ser una persona afortunada dándome una maravillosa familia, grandes amigos y el permitirme ser una profesional.

A mis padres Ruth y Víctor quienes con su amor, consejos y cuidados me han apoyado en las diferentes etapas de mi vida y con mucho esfuerzo me han brindado grandes oportunidades.

A mi padrino y segundo padre Ángel María Núñez, quien a pesar de la distancia me ha regalado momentos muy felices y ha aportado enormemente al logro de este sueño.

A mis hermanos Nelson, Yudis y Ángel quienes han estado siempre a mi lado orientándome y brindándome su apoyo.

A mis sobrinos Brendis, Greidis, Melissa, Camilo y Keiner, quienes son la luz de mi vida y quienes con su alegría y travesuras nos han dado mucha felicidad.

RUTH DARIS NUÑEZ RUIZ.

TITULO.

COMPONENTES DEL PROCESO DE LA COMUNICACIÓN EN FAMILIAS CON UN MIEMBRO DIAGNOSTICADO CON ESQUIZOFRENIA PARANOIDE.

TABLA DE CONTENIDO

		Pág.
	TITULO	
	INTRODUCCIÓN	
2.	DESCRIPCIÓN Y FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	4
3.	JUSTIFICACIÓN	6
4.	OBJETIVOS	9
4.1	OBJETIVO GENERAL	9
4.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	9
5.	MARCO TEÓRICO	11
5.1	COMUNICACIÓN	11
5.1.1	Modelo Del Proceso De La Comunicación	13
5.1.2	Axiomas de la Comunicación	18
5.1.3	Componentes del Proceso de Comunicación	22
5.1.4	La Comunicación como Recurso Familiar	27
5.2	LA FAMILIA COMO SISTEMA	28
5.2.1	Los procesos de ajuste, adaptación y crisis familiar	31
5.2.2	Acumulación de Demandas	35
5.2.3	Clasificación de los Eventos Estresores	36
5.2.4	Capacidades	37
5.2.5	Recursos de la Familia	37
5.2.6	Estrategias de Afrontamiento	42
5.2.7	Significado Atribuido a los Eventos y Capacidades.	43
5.2.8	Holón Familiar	44

5.2.9	Ciclo Vital Familiar	48
5.3	CUESTIONAMIENTO DEL SÍNTOMA DESDE EL ENFOQUE SISTEMICO	53
5.4	ESQUIZOFRENIA	55
5.4.1	Manifestaciones Clínicas	56
5.4.2	Esquizofrenia Paranoide	58
5.4.3	Epidemiología	59
5.4.4	Etiología	60
5.5	CONCEPTOS BÁSICOS DE LA TEORÍA GENERAL DE SISTEMAS.	62
5.7	MARCO INSTITUCIONAL DEL INSTITUTO DE PSIQUIATRIA VILLA 76	73
6.	DEFINICÍON DE LA VARIABLE	74
6.1	DEFINICION CONCEPTUAL	74
6.2	DEFINION OPERACIONAL	75
7.	METODOLOGIA	78
7.1	PARADIGMA DE LA INVESTIGACIÓN	78
7.2	ENFOQUE METODOLOGICO	78
7.3	MODALIDAD DE LA INVESTIGACION	79
7.4	POBLACION	79
7.5	MUESTRA	79
7.6	MUESTREO	80
7.7	TECNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCION DE INFORMACION	80

7.8	PROCEDIMIENTO	85
8.	RESULTADOS	89
9.	ANALISIS DE RESULTADOS	95
9.	CONCLUSIONES	110
10.	RECOMENDACIONES	116
	BIBLIOGRAFIA	119

INDICE DE ANEXOS

Anexo 1 (Guía de entrevista semi-estructurada)

Anexo 2 (Guía de auto-observación)

Anexo 3 (Guía observación)

Anexo 4 (Resultados Guía de auto-observación)

Anexo 5 (Resultados Guía de observación)

Anexo 6 (Descripción de las familias estudiadas)

Anexo 7 (Categorización de los componentes del proceso de la comunicación)

Anexo 8 (Descripción e integración de los componentes del proceso de la comunicación).

INTRODUCCIÓN

La esquizofrenia es una enfermedad que comprende una desorganización severa en todas las áreas del individuo, esta enfermedad no solo afecta a la persona quien la padece, sino también a su familia, considerando que dentro de esta se establecen relaciones muy cercanas a través de la interacción entre sus miembros.

El sistema familiar está recibiendo permanentemente perturbaciones internas y externas a las que responde no solo con acoplamientos conductuales, sino consensuales en el lenguaje, dado que sus miembros son, se mueven y se realizan en el lenguaje. Por lo tanto, una perturbación o situación como es el deterioro que se presenta en cada una de las áreas del individuo que presenta un cuadro de esquizofrenia, altera el consenso y armonía del sistema, como fuerzas que los previenen de la desorganización o el caos; así mismo se despiertan pensamientos, emociones y comportamientos dentro de la familia, los cuales son trasmitidos a través de la comunicación digital y analógica.

Dentro del proceso de la comunicación se encuentra una serie de elementos que permiten dicho proceso, estos son: el componente de la escucha, ruido, vías de interacción, desarrollo de temas, reacciones al contenido y contenido del mensaje. Por lo tanto, este estudio describe cada uno de los componentes del proceso de la comunicación de las familias con un miembro diagnosticado

con esquizofrenia paranoide en edades entre 24 y 49 años, asistidos en el Instituto Psicoterapia Villa 76 de la ciudad de Barranquilla.

La investigación es de tipo cualitativo, se basa en el paradigma Histórico-hermenéutico, tiene como enfoque metodológico la fenomenología y la modalidad es el estudio de caso.

La población con la cual se trabajó, está conformada por 32 familias con un miembro (hombres y mujeres) diagnosticado con esquizofrenia paranoide, algunos de los cuales presentan conjuntamente otros diagnosticados, cuyas edades oscilan entre 20 y 50 años residentes en el departamento del Atlántico y son asistidos en el Instituto Psicoterapia Villa 76 de la ciudad de Barranquilla.

La muestra está conformada por 4 familias con un miembro diagnosticado con esquizofrenia paranoide de sexo masculino en edades entre 24 y 49 años asistidos en el Instituto Psicoterapia Villa 76 de la ciudad de Barranquilla. La muestra fue seleccionada a través de la técnica de muestreo intencional, donde se tuvo en cuenta la edad de los pacientes, presencia de otros trastornos diferentes a la esquizofrenia paranoide y que las familias residan en el Departamento del Atlántico.

El modelo teórico sobre el cual se desarrolló la investigación es el enfoque sistémico, en donde se toma como autor guía a Ángela Hernández.

Para llevar a cabo la investigación se utilizó como instrumentos y técnicas de recolección de información una guía de entrevista semiestructurada, la observación no estructurada o no formalizada, (una guía de auto-observación para el entrevistador y una guía de observación), las cuales fueron creadas por las investigadoras tomando como referencia el instrumento (guía de entrevista) utilizado por las investigadoras Anabel Cervantes, Rina Charris, Yosmaris de la Hoz, en el estudio Componentes del Proceso de la Comunicación de la familia con un miembro diagnosticado con cáncer y mastectomía en edades entre 45-65 años asistido a la Liga de Lucha Contra el Cáncer de la ciudad de Barranquilla.

2. DESCRIPCION Y FORMULACION DEL PROBLEMA.

"Los problemas de Salud Mental constituyen alrededor del 15% de la carga mundial de la enfermedad. De acuerdo con la estadística de la OMS, la prevalencia global de trastornos mentales es aproximadamente 851 millones de personas, incluyendo trastornos neuróticos, afectivos, retardo mental, epilepsia, demencias y esquizofrenia. Esta última en el año 2001 mostró una prevalencia del 0.6% y una prevalencia de vida del 1.4%, con mayor frecuencia de presentación e los departamentos de Guajira, Córdoba, Quindío y Magdalena". (Ministerio de Salud Política Nacional de Salud Mental 2003) Lo cual determina que la esquizofrenia tiene mayor prevalencia en departamentos de la Costa Atlántica.

En el departamento del Atlántico, en el Instituto de Psicoterapia Villa 76 de la ciudad de Barranquilla, las estadísticas muestran que en el periodo de Julio a Diciembre de 2005 se encontraron 32 casos de esquizofrenia por egresos hospitalarios de los cuales 21 se presentaron en hombres y 11 en mujeres. Donde el tipo de esquizofrenia con mayor prevalencia es la paranoide con 18 casos, seguida de la esquizofrenia indiferenciada con 8 casos y 6 casos de Trastorno esquizofrénico.

Esto permite identificar la relevancia social que tiene esta enfermedad mental que además de afectar al individuo quien la padece también afecta su sistema familiar, considerando que cada actividad humana dentro del seno familiar tiene gran

incidencia en la interacción así como en la comunicación de esta, ya que todas las modificaciones por las que atraviesan según el punto de vista sistémico afecta positiva o negativamente las relaciones de todos los elementos del sistema. Por lo tanto se presentó la necesidad de estudiar los componentes del proceso de la comunicación en familias que cumplan con estas características.

De esta forma surge la siguiente pregunta problema:

¿Cómo se presentan los componentes del proceso de la comunicación en familias con un miembro diagnosticado con esquizofrenia?

3. JUSTIFICACIÓN

La familia es la primera instancia socializadora que propende al desarrollo biopsicosocial de cada uno de sus miembros, por lo tanto, todo individuo tácitamente necesita de su familia, no solo para crecer y recibir auxilio, sino también para formar y desarrollar su personalidad y conductas que le ayuden a identificarse como ser único, así como de interactuar con todos los miembros de la familia.

Por consiguiente, cuando se presenta una enfermedad tan compleja como lo es la esquizofrenia, la familia desarrollará o establecerá un tipo de comunicación único, el cual abarcará lo que cada uno de los miembros piensa, siente y lo expresarán a través de diferentes códigos y símbolos, de igual manera a través de los componentes del proceso de la comunicación, los cuales son elementos que intervienen en el acto comunicativo permitiendo a los participantes de dicho proceso interpretar o dar un significado único al mensaje transmitido. (Garzón, Muñoz, Núñez y Pacheco, 2006).

Por esto surgió el interés de las investigadoras por describir los componentes del proceso de comunicación de estas familias, además de la visión reduccionista que tiene tanto ésta como las instituciones de Salud mental frente al paciente identificado, esta concepción lleva a que se centre toda la problemática en esta

persona sin detectar que cada uno de ellos juega un papel importante en el inicio, curso y mantenimiento de la enfermedad.

Está investigación es importante para el programa de Psicología ya que solo se han realizado investigaciones con respecto a los sistemas comunicacionales en familias con hijos adolescentes, y en familias con un miembro de edad adulta intermedia diagnosticado con cáncer. También contribuirá alcanzar el objetivo propuesto por la línea y el eje de investigación, como es el de aproximar al estudiante a la comprensión de los fenómenos que explican el comportamiento anormal. En el ámbito institucional, esta investigación permitirá al Instituto Psicoterapia Villa 76 ser generador de programas que involucren a las familias como participantes activos en el tratamiento integral de los pacientes.

Con los resultados obtenidos en ésta investigación se espera que el profesional de la salud tenga una nueva visión con respecto a las implicaciones bidireccionales de la comunicación familiar. Así mismo permitirá un mayor bagaje conceptual que contribuirá a la terapia familiar e incrementará la importancia de esta en la recuperación del paciente, no solo diagnosticado con esquizofrenia, sino también con otros trastornos severos. Esta investigación contribuirá a que la familia pueda tener mayor comprensión con respecto a los comportamientos funcionales y disfuncionales implícitos en la comunicación, de tal forma que a partir de este conocimiento estas familias puedan mejorar las falencias presentes en su interior.

En el ámbito profesional este estudio permitió a las investigadoras acceder a nuevos conocimientos sobre los componentes del proceso de la comunicación presentes en el sistema familiar considerando las problemáticas presentes en este. Además de la experiencia y manejo de la temáticas en el momento de ejercer la profesión.

A nivel personal la importancia radica en el hecho que para las investigadoras este estudio generó satisfacción al contribuir a la terapia familiar y por lo tanto, al bienestar integral de todo el sistema familiar.

4. OBJETIVOS.

4.1 OBJETIVO GENERAL.

Describir los componentes del proceso de la comunicación en familias con un miembro diagnosticado con esquizofrenia paranoide.

4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

- Describir la capacidad de escucha de las familias con un miembro diagnosticado con esquizofrenia paranoide en edades entre 24 y 49 años asistido en el Instituto Psicoterapia Villa 76 de la ciudad de Barranquilla.

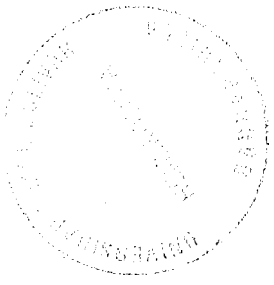
- Describir el desarrollo de temas de las familias con un miembro diagnosticado con esquizofrenia paranoide en edades entre 24 y 49 años asistido en el Instituto Psicoterapia Villa 76 de la ciudad de Barranquilla.

- Describir el ruido en la comunicación de las familias con un miembro diagnosticado con esquizofrenia paranoide en edades entre 24 y 49 años asistido en el Instituto Psicoterapia Villa 76 de la ciudad de Barranquilla.

- Describir el contenido de los mensajes de las familias con un miembro diagnosticado con esquizofrenia paranoide en edades entre 24 y 49 años asistido en el Instituto Psicoterapia Villa 76 de la ciudad de Barranquilla.

- Describir las vías de interacción de las familias con un miembro diagnosticado con esquizofrenia paranoide en edades entre 24 y 49 años asistido en el Instituto Psicoterapia Villa 76 de la ciudad de Barranquilla.

- Describir las reacciones al contenido de la comunicación de las familias con un miembro diagnosticado con esquizofrenia paranoide en edades entre 24 y 49 años asistido en el Instituto Psicoterapia Villa 76 de la ciudad de Barranquilla.



5. MARCO TEORICO.

5.1 COMUNICACIÓN.

La comunicación es una necesidad del hombre para compartir o dar a conocer sus pensamientos y sus propias decisiones, de poner en común o lograr el entendimiento de una información. Cuando se habla de entendimiento no se refiere a que se espere generar un consenso que cree identidad de pensamiento o de opinión, simplemente que sea capaz de formar un espacio compartido para que el emisor y el receptor puedan entenderse el uno al otro y puedan modificar sus conocimientos, sentimientos y comportamientos según el significado que le den a la información recibida.

La comunicación es un fenómeno tan antiguo como el hombre y tan común como la vida misma. "Desde el siglo V a.C., existe una larga tradición de estudios que tratan el tema comunicativo liderado por la retórica y la propaganda y por las disciplinas de ellas derivadas, el trivium, el ars predicandi, etc. Lo cierto que ha habido que esperar hasta 1948 año en que Wiener publica su cybernetics y sobre todo en 1949 con la edición de The mathematical Theory of Comminications, de Shannon y Weaver, para tener una concepción científica de la comunicación. Sin embargo, se debe reconocer que la construcción de una teoría científica tampoco ha fijado el término y que las posteriores escuelas de la comunicación no han

tenido reparo en darle cada una su peculiar sentido". (Pérez, 2001). Este autor menciona que "El actual vocablo comunicación viene del latín communicatio-communicationes, de significado similar actual en castellano. Tanto el sustantivo communicatio como el verbo communico tiene su origen en el término communis, palabra formada por cum (con) y del tema munia (deberes, vínculos). Este último (raíz ma "ceñir") genera en latín otras palabras de similar expresión en torno al concepto de *unir juntamente.*"

Rebecca Dumlao (2005) citando a Verderber y Verderber define la comunicación como "un proceso que las personas usan para crear y manejar las relaciones, mientras ejercen la responsabilidad mutua creando el significado; no existe una única manera correcta para lograr una buena comunicación"

Otro autor quien se ha interesado por el estudio del fenómeno de la comunicación es Víctor Miguel Niño (2000) quien la define como "el proceso mediante el cual dos personas –como mínimo– comparten una misma información o una misma experiencia sobre el mundo, transmitida y recibida a través de un medio, por lo tanto, implica una puesta en común entre dos o más personas, consideradas en su integridad dimensional, las cuales comparten conocimientos, pensamientos, ideas, opiniones, sentimientos, sensaciones, actitudes, deseos, acciones e intenciones".

Si no fuese posible la comunicación, no sería posible el progreso y todos los hombres se quedarían bloqueados en sí mismos o estáticos; entonces se puede definir la comunicación como una especie de instinto relacionado con el de la socialización, un instinto que lleva al hombre a la búsqueda de una vida comunitaria, dentro de la cual puede intercambiar conocimientos, opiniones, sentimientos, anhelos, necesidades y emociones a través de un lenguaje hablado, escrito o gestual.

5.1.1 MODELO DEL PROCESO DE LA COMUNICACIÓN.

El autor Víctor Miguel Niño (2000) expone para el análisis de la comunicación un modelo constituido por unos componentes básicos internos o formales, y unos componentes externos o factores determinantes del proceso. Los cuales se describirán a continuación:

5.1.1.1 Componentes Internos: Entre los componentes internos de un acto comunicativo se distinguen principalmente: las fases de producción y comprensión, dos actores (el emisor y el destinatario), el mensaje como portador de la información, las modalidades de producción-comprensión y la retroalimentación.

Fases y actores del proceso: En un acto comunicativo es necesario considerar la existencia de dos fases, momentos o subprocesos, y dos actores. La primera corresponde a un subproceso que se denomina producción; la segunda fase complementaria a la anterior, comprende un subproceso denominado comprensión.

La producción implica la participación de un primer actor, el emisor y subprocesos como el conocimiento del mundo y la simbolización, la codificación, y la emisión de un mensaje. La segunda fase (comprensión) implica un segundo actor, el destinatario, y subprocesos como la recepción, decodificación e interpretación del mensaje, de acuerdo con el conocimiento del mundo, del código y del contexto.

El emisor (o primer interlocutor) es la persona que, identificando una información por el conocimiento que tiene del mundo, asume en un momento dado el propósito de comunicar algo (concepto, ideas, actitudes, sentimientos, órdenes, solicitudes, etc) y con la ayuda de un código configura dicha información en un mensaje, el cual es emitido a través del respectivo canal o medio.

El destinatario, interlocutor o receptor: corresponde a la persona (o personas) que, situada al otro lado del canal, percibe y reconoce la información que le quiso transmitir el primer interlocutor.

Modalidades de producción-comprensión: Se refieren a las formas semióticas como se realizan estas fases, y por tanto, el proceso comunicativo. En otras palabras, se trata del tipo de código y el canal, es decir, el medio que hace posible la producción de un mensaje por parte del emisor y la comprensión del mismo por parte de un destinatario.

El código es el sistema de signos cuyo conocimiento habilita al emisor para cifrar y transmitir la información en el mensaje, y al destinatario para descifrar e interpretar la información comunicada y el propósito o intención del emisor.

"El canal corresponde a la sustancia sensible a través de la cual se conforman y materializan los signos de un mensaje. El canal puede ser simple, cuando el mismo no presupone otros medios, como las ondas sonoras entre la comunicación interpersonal; y compuesto, cuando se basa en una cadena de medios como por ejemplo, en la radio, donde se distinguen las ondas sonoras y magnéticas, o la prensa donde se pueden encontrar como canal las letras, los dibujos, etc. Los canales compuestos o complejos son propios de los llamados medios masivos de comunicación, en los cuales no es fácil deslindar lo que es código, mensaje o canal" (Niño, 2000.).

El mensaje o información surge dentro del campo de experiencias de cada persona, el cual incluye su marco de conocimiento (su propia visión del mundo) y su marco de referencia particular (su conocimiento del tema o tópico sobre el cual

se da la comunicación), por lo tanto, la información puede tomar una caracterización según el nivel que predomina: información a nivel cognitivo (conocimiento), experiencias socio-afectivas o aspectos interactivos o socioculturales. La información en la comunicación no existe pura, se encuentra configurada en los mensajes.

El mensaje constituye la unidad que resulta de codificar una determinada información. Es decir, en el momento mismo en que el emisor usa el código para organizar y trasmitir una determinada información, resulta el mensaje, el cual llega al destinatario en forma de señal y a través de un canal, para ser descodificado e interpretado con la ayuda del código correspondiente. No se debe confundir la información con el mensaje. El mensaje es una información codificada, es decir, incluye la información. Pero para recuperar la información de un mensaje es necesario descodificarlo e interpretarlo.

La retroalimentación, llamada también información de retorno, comprende las reacciones inmediatas o espontáneas del receptor ante el mensaje. Dichas reacciones son percibidas por el emisor por diferentes medios (por ejemplo, por la mirada y por los gestos del interlocutor destinatario, cuando se haya interpretado el mensaje), y pueden resultarle significativas, para ajustar su acción emisora. La retroalimentación no es propiamente la respuesta, pues en este caso se cumplirá otro ciclo, en donde quien hizo de destinatario inicial pasa a ser el emisor y el emisor inicial se convierte en el destinatario. Sin embargo, en la cadena del

discurso dialogado, las respuestas de un interlocutor pueden cumplir al mismo tiempo una función retroalimentadora.

5.1.1.2 Componentes externos: Se tratan de elementos que no hacen parte propiamente del proceso comunicativo, pero se constituyen en factores del mismo por su estrecha relación, muchas veces de carácter determinante. Los componentes o factores externos de la comunicación son principalmente el referente y el contexto extraverbal.

El referente esta constituido por los objetos, seres o fenómenos de la realidad de que se habla en la comunicación. Es posible que el referente se halle presente en el ejercicio de un acto comunicativo según el contexto.

El contexto extraverbal hace referencia a la red de situaciones o circunstancias que rodean el ejercicio de un acto comunicativo (o en el caso del código lingüístico, un acto de habla). Estas circunstancias involucran las condiciones reales en que los componentes formales de la comunicación tienen existencia, como por ejemplo, tipo de código, canal, la participación de los sujetos (su atención, su voz, tono, mirada, distancia, etc.) y también los factores de tiempo y espacio. El contexto es definitivo para el éxito de un acto comunicativo, para identificar la intención comunicativa o solucionar un conflicto de ambigüedad, anomalía u otra irregularidad semántica.

5.1.2 Axiomas de la comunicación.

La comunicación no debe entenderse sobre la base de un simple modelo de acción y reacción, por compleja que sea su formulación; como sistema debe entenderse a escala transaccional, donde toda conducta (silencio, gestos) y no solo el habla, es comunicación.

Desde un enfoque interaccional Paul Walzlawick, J. Beavin y D.D. Jackson (1981), expone 5 axiomas fundamentales de la comunicación, que se presenta en cualquier comunicación interpersonal (grupo de desconocidos, parejas matrimoniales, familias, relaciones psicoterapéuticas, etc.) A continuación se describirá cada uno de los axiomas:

- La imposibilidad de no comunicar.
- Los niveles de contenido y relaciones de la comunicación.
- La puntuación de la secuencia de hechos.
- Comunicación digital y analógica.
- Interacción simétrica y complementaria.

La Imposibilidad de no comunicar: "No hay nada que sea lo contrario de conducta. En otras palabras no hay no-conducta o de modo más simple es imposible no comunicarse" (Walzlawick, Beavin y Jackson, 1981). Por lo cual, se deduce que por mucho que una persona no desee comunicar, no puede dejar de

hacerlo. La actividad o inactividad, palabras o silencio, tienen siempre valor de mensaje: influyen sobre los demás, quienes a su vez, no pueden dejar de responder a tales comunicaciones y por consiguiente, también comunican.

Entonces cuando se hace referencia a la comunicación, se habla al mismo tiempo de un conjunto de fluidos de modos de conducta (verbal-tonal, postural, contextual), los cuales van a limitar el significado de los otros. Así dentro de la comunicación del sistema familiar se encuentra este axioma, donde cualquier conducta de uno de los miembros del sistema va a evocar una respuesta o reacción de los demás miembros de acuerdo al significado que estos le concedan.

Los niveles de contenido y relaciones de la comunicación: Una comunicación no sólo trasmite información sino que al mismo tiempo, impone conductas a lo cual llamaría Batenson los aspectos referenciales y conativos, respectivamente de toda comunicación. El aspecto referencial de un mensaje transmite información y, por ende, en la comunicación humana es sinónimo de contenido del mensaje.

"Puede referirse a cualquier cosa que sea comunicable al margen de que la información sea verdadera o falsa, válida, no válida o indeterminable. Por otro lado, el aspecto conativo se refiere a qué tipo de mensaje debe entenderse, que es, en última instancia, a la relación entre los comunicantes" (Walzlawick, Beavin y Jackson, 1981).

La puntuación de la secuencia de hechos: "La naturaleza de una relación depende de la puntuación de las secuencias de la comunicación entre los comunicantes; la puntuación organiza los hechos de la conducta, y por ende, resulta vital para las interacciones en marcha" (Walzlawick, Beavin y Jackson, 1981). Por lo tanto, en la comunicación existe una situación mutua y circular, en lo que un organismo dirige y otro es dirigido. Es de gran importancia dentro de las interacciones humanas permitir a los comunicantes establecer entre ellos ciertos patrones de intercambio acerca de los cuales pueden estar o no de acuerdo, que les permitan organizar sus comportamientos y el de los demás.

Comunicación digital y analógica: La comunicación digital es aquella donde "el objeto o evento es expresado mediante un conjunto de signos arbitrarios que no guardan ninguna semejanza estructural con dicho objeto o evento". (Walzlawick, Beavin y Jackson, 1981). Según el autor, la comunicación digital se refiere a lo que se trasmite verbalmente, es decir, el contenido de la comunicación, mientras que la anterior (comunicación analógica) se refiere al aspecto relacional, sin embargo, ambos son interdependientes y complementarios.

Por otro lado la comunicación analógica no solo se refiere a los movimientos corporales; el termino incluye la postura, los gestos, la expresión facial, la secuencia, el ritmo y la cadencia de las palabras mismas, y cualquier otra manifestación no verbal de que el organismo es capaz, así mismo los indicadores comunicacionales inevitablemente aparecen en cualquier contexto en que tiene

lugar una interacción. Entonces la comunicación analógica se refiere a todo lo que se ha comunicado a nivel no verbal.

Estas dos formas de expresar los mensajes (digital y analógica) son imprescindibles para lograr establecer una adecuada y clara comunicación, tal como lo menciona Maria H. Alves Oliveira y Marisa Bueno Mendes Gargantini (2003) citando a Virginia Satir quien menciona que "la comunicación para ser entendida debe integrar aspectos verbales y no verbales, donde los comportamientos asociados con una comunicación productiva incluyen una apropiada postura, un tono de voz acorde, formular y responder preguntas, expresión de sentimientos y pensamientos, empatía, una escucha reflexiva y reconocimiento (confirmación) realizado a través de los comentarios".

Interacción simétrica y complementaria: Los participantes tienden a igualar especialmente su conducta recíproca, y así su interacción puede considerarse simétrica. Sean debilidad o fuerza, bondad o maldad, la igualdad puede mantenerse en cualquiera de estas áreas. Por otro lado, en la complementaria la conducta de uno de los participantes complementa la del otro. En una relación complementaria hay dos posiciones distintas: un participante ocupa la posición superior o primaria, mientras el otro ocupa la posición inferior o secundaria.

5.1.3 COMPONENTES DEL PROCESO DE COMUNICACIÓN

La comunicación es un recurso del sistema familiar, que permite expresar a cada uno de sus miembros los sentimientos y pensamientos que experimentan hacia al otro, así como el resolver los problemas de convivencia ante situaciones que generan desajustes en la familia, de esta manera la comunicación se convierte en un factor importante para su existencia y mantenimiento.

El proceso de comunicación de las familias puede describirse a través del estudio de cada uno de sus componentes, los cuales según Ángela Hernández (2001) son:

- Capacidad de escucha.
- Desarrollo de temas.
- Ruido de la comunicación.
- Contenido del mensaje.
- Reacciones al contenido.
- Vías de interacción.

Capacidad de escucha. Es la disposición de centrar y mantener la atención al mensaje emitido por otros. Sin embargo, muchas personas presentan dificultad en esta habilidad ya que no son capaces de mantener su atención en un estimulo determinado, lo que puede ser generado por la poca importancia que da al

mensaje o al tema tratado. En algunas familias que atraviesan por crisis específicas como el tener uno de sus miembros diagnosticados con esquizofrenia puede presentarse alterado o disfuncional este componente debido al significado que cada uno de los miembros tiene con respecto al otro y la importancia que da a sus relaciones.

Según Ángela Hernández (2001) "en familias disfuncionales predomina los monólogos, sobre todo de los padres hacia los hijos ó entre ellos, siendo por lo general las madres quienes asumen el papel activo dentro del patrón comunicacional de –cantaletas– caracterizado por la repetición de las quejas e insatisfacciones de la mujer y la respuesta de pasividad y ausencia del hombre, patrón que por su misma naturaleza se realimenta a sí misma".

"Las dificultades familiares vienen marcadas por una percepción familiar en la que la comunicación se produce de forma poco coherente, ya que no es frecuente la escucha y las peleas y los gritos son las formas normales de intercambio, donde el alejamiento entre los miembros en palpable y el conflicto se ha convertido en los patrones de funcionamiento más frecuente" (Gimeno, Clemente, Cerviño, Meléndez, Berzosa y Prieto, 2004)

Desarrollo de temas. Proceso por medio del cual un tema es llevado a cabo con una secuencia; este se estructura con un inicio, un contenido y un cierre o conclusión, aunque en algunos casos, "como en las familias disfuncionales, casi

nunca un tema se lleva a su culminación, más bien aparece un dislocado cambio de contenido, a raíz de los desacuerdos que no logran analizarse sin caer en relaciones de malestar que interrumpen el proceso".(Hernández, 2001). Estos inconvenientes crean malestar en la familia, la falta de comunicación de los contenidos básicos o fundamentales para mantener una armonía dentro de la familia no aparecen ya que los temas de relevancia no son tampoco incluidos.

Por lo tanto, el desarrollo de temas hace referencia a que un tema de conversación pueda desarrollarse y culminarse. En familias con un miembro diagnosticado con esquizofrenia es probable que exista una evasión en algunos temas relacionados con la enfermedad, ya que estos despiertan en la familia sentimientos de ira, contrariedad, tristeza o malestar, por lo cual son reemplazados por otros temas de conversación con un contenido menos doloroso.

Ruido de la comunicación. Este componente hace referencia a ciertas interferencias que no van de acuerdo con la transmisión del lenguaje y en consecuencia reduce la efectividad de éste. Esto se puede presentar porque los códigos utilizados no coordinan específicamente produciendo unas alteraciones o simplemente obstaculizando la comunicación.

Entre las que se producen en la familia tenemos algo muy común que es el hecho de la intervención de varios miembros dentro de un tema de discusión determinado, lo cual como es lógico hará que en medio de la conversación unos y

otros no se entiendan lo que provocara la distorsión del mensaje y por ende de la comunicación.

Al mismo tiempo puede ocurrir también que al discutir sobre la temática los miembros de la familia griten para obtener la atención de los otros o simplemente como canalizador de emociones tales como la ira y el inconformismo, por lo cual obstaculizara el mensaje y se producirá una mala interpretación de lo que se este tratando.

Otro tipo de ruido que se puede presentar dentro de la familia son los externos producidos por los artículos o electrodomésticos como por ejemplo el televisor, lavadoras, grabadoras etc. y también los ruidos provenientes de la calle como los pitos de los carros, bafles etc. Lo cual obstaculizara la comunicación

Es posible que familias con un miembro diagnosticado con esquizofrenia puedan presentar una serie de interferencias en ciertas temas de conversación, manifestando: "conductas como la de raparse la palabra, elevar el tono de voz, agitarse o por el contrario responder con monosílabos y actitudes de desinterés" (Hernández Ángela, 1988, p135).

Contenido del mensaje. Es la información en forma de signos que llegan al receptor, este se pueda dar en doble vínculo, es decir, que hay dos significados en un mismo mensaje que se contradicen. Ángela Hernández menciona que:

"Cuando el clima familiar es poco funcional, priman los contenidos negativos que definen al mundo y a las personas con atributos descalificativos dentro de interacciones de reproches, de rechazo, de imperativos que dejan traslucir las luchas de poder entre los miembros de la familia" (Hernández, 2001) cabe resaltar que en medios tan tensionantes en este caso el hecho de tener un miembro con psicopatologías tan serias surge el rechazo total a estos enfermos, en general la familia no sabe como tratar este tipo de personas y desean imponer sus criterios personales de acuerdo a su forma de pensar.

Por consiguiente en las familias con un miembro diagnosticado con esquizofrenia puede encontrarse que los contenidos de los mensajes sean negativos con respecto a la enfermedad designando atributos descalificativos a su familiar.

Reacciones al contenido. Hace referencia a: "Los mensajes no verbales como los indicadores de la naturaleza de la relación, es decir, del grado de acercamiento y del tipo de compromiso que se quiere que ella tenga. Cuando la comunicación es disfuncional el conflicto se enciende porque se responde selectivamente solo a ciertos mensajes no verbales y se pretende resolver las dificultades verbales o del contenido. Es lo que ocurre por ejemplo cuando los padres discuten sobre la distribución de las labores domesticas, pero no se acerca de su inconformidad como pareja, proceso que conduce a la prolongación y la complicación del problema y no a su solución" (Hernández, 2001). La familia de pacientes diagnosticados con esquizofrenia, puede responder con una actitud negativa a los

mensajes recibidos, debido a la tensión manejada por estos productos de la enfermedad, además de que la familia espera que estas personas se comporten igual a los demás pretendiendo asignarles tareas que por sus alteraciones cognitivas no pueden realizar.

Vías de Interacción: son canales por medio del cual se regula la información, según Ángela Hernández, "cuando el ambiente familiar es fluido y positivo, la interacción se da entre todos los miembros cuando esto no es cierto existe la tendencia a que sea la madre el canal a través del cual regula la información." (Hernández, 2001).

En familias disfuncionales con un miembro diagnosticado con esquizofrenia es posible que las vías de interacción tiendan a ser reguladas por una persona, que podría ser la madre quien se encarga del cuidado del paciente y quien se siente mas cercana a su propio hijo, ya que los hermanos y demás miembros de la familia descargan su responsabilidad a la madre y hasta en cierta forma le adjudican a esta que es la causante de la enfermedad del miembro esquizofrénico.

5.1.4 LA COMUNICACIÓN COMO RECURSO FAMILIAR.

Ángela Hernández define la comunicación como: "un factor fundamental para el avance evolutivo, porque ella es el vehículo a través del cual se transmiten las instrucciones, se expresa el afecto y se resuelven los problemas de la

convivencia" (Hernández, 2001). De esta forma se puede decir que la comunicación cumple con diversas funciones en el sistema familiar, las cuales se pueden sintetizar en que ésta actúa para controlar los comportamientos de los miembros, fomenta la motivación a través de la expresión de sentimientos como el amor y manifestaciones de aceptación y admiración, de ésta manera la comunicación satisface las necesidades emocionales de la familia.

Sin embargo en familias con disfunciones comunicacionales los valores implantados y las normas indispensables para la interacción y socialización de sus miembros son deficientes posiblemente porque están imbuidos en sus propios problemas o intereses no preocupándose por trasmitir sus afectos y satisfacer las necesidades de los miembros de la familia.

También ocurre en las familias en donde el desarrollo o estructuración familiar es deficiente y no han logrado establecer las normas y pautas propias para la convivencia provocando problemáticas a nivel comunicacional, ya que los hijos o demás no encuentran la forma de comportarse y expresarse ante sus padres y familia.

5.2 LA FAMILIA COMO SISTEMA

"La familia no es una entidad estática; esta en un proceso de cambio continuo y puede reemplazar ciertas pautas de interacción que van o pueden seguir y que

son alternativas que el grupo familiar ya posee entre sus tesoros o fortalezas cotidianas. Y que está en manos de ella tomar la decisión de cambiar o no cambiar, de cuándo comenzar a cambiar y en qué dirección cambiar. Para tal fin, se generan encuentros y espacios de diálogo" (Silva, 2002).

Por lo tanto, la familia se considera como un sistema abierto, funcional, evolutivo y natural que se encuentra edificado por un constructo cultural el cual modifica a esta según, su experiencia en patrones de relación que la hacen distinta, es así como la familia se considera como un sistema abierto ya que permite la entrada y salida de información del medio externo.

Así mismo la familia se considera como un sistema funcional puesto que en el interior de esta se dan una serie de interrelaciones, como lo es la comunicación, donde la acción de un sistema modifica al resto de los miembros como es el caso de pacientes diagnosticados por esquizofrenia que por presentar esta propiedad modifican al resto de la familia produciendo una característica particular es cual presentara patrones propios de interrelación.

"Resistiendo los golpes desintegradotes de la sociedad moderna la familia continua siendo la unidad social básica. Nada apunta hacia la desaparición de la pareja y de la familia, no existe un grupo humano que aún sea capaz de sustituir sus importantes funciones. Las personas, en cualquier latitud del mundo siguen eligiendo la familia como opción de vida para procrear, subsistir y satisfacer

necesidades emocionales que solo los lazos familiares de cercanía, intimidad y amor pueden colmar" (Arés, 2000). De esta manera la familia es quien suple las necesidades de cada individuo, tales como la biológica, de socialización y psicoafectiva, las cuales se necesitan para la supervivencia.

Una definición completa de familia según Ángela Hernández (2001) incluye tres perspectivas; la primera es estructural, que brinda una concepción familiar en referencias, jerarquías, subsistemas, limites y roles; otra es la funcional por cuanto la familia esta relacionada con patrones y fenómenos de interacción; y por último se incluye la perspectiva evolutiva, ya que la familia bajo este enfoque es considerada como un sistema morfogenético.

La estructura familiar es una forma de organización en donde cada familia establece secuencias que pueden ser predecible dentro de esta se puede observar una estructura de poder, el cual posee una jerarquía, donde su valoración, implicación y su interacción están determinados por factores culturales e idiosincrásicos de cada familia, es así como la estructura familiar se organiza de la manera en que sus miembros interactúan desarrollando diferentes roles en distintos subsistemas. En cuanto a los límites estos tienen como finalidad regular las interrelaciones que la familia tiene con el entorno, ya que son considerados como una barrera indivisible que marca una individualización de cada miembro en relación con el sistema familiar.

"Los patrones de interacción son secuencias comunicacionales, repetitivos que caracterizan a cada unidad familiar conforme el principio de redundancia y su reiteración en el tiempo que lo va convirtiendo en reglas". (Hernández, 2001).

Según la perspectiva evolutiva de la familia, el funcionamiento de esta se explica con base a procesos morfogenéticos, los cuales se permiten adaptar una serie de cambios internos y externos. Los primeros se relacionan con eventos evolutivos normales de cada individuo, mientras que los externos se encaminan a situaciones fuera del sistema tales como una enfermedad mental como la esquizofrenia.

Según el enfoque sistémico la situación anterior se verá como un conflicto interrelacional y no como un conflicto patomdómonico solo del paciente identificado, es decir, que la estructura familiar esta también viviendo una patología.

5.2.1 LOS PROCESOS DE AJUSTE, ADAPTACIÓN Y CRISIS FAMILIAR.

Según Ángela Hernández (2001), "la familia como todos los sistemas sociales, intenta mantener un funcionamiento adecuado usando sus capacidades para enfrentar sus demandas o exigencias (estresores y tensiones), de acuerdo a los significados que la familia le otorga a estas demandas y capacidades".

Fase de ajuste: En este periodo se conserva un aparente equilibrio, ya que durante este solo se presenta pequeños cambios, como un intento de la familia

por afrontar las demandas con las destrezas que cuenta la familia, dentro de sus patrones de interacción, las crisis surgen cuando el número de demandas se incrementa excediendo las capacidades con las que cuenta la familia.

Durante la fase de ajuste, los patrones de interacción familiar, los roles y las reglas de relaciones están bien establecidos y guían la actividad diaria de modo de que los hechos son predecibles y los miembros de la familia saben que esperar unos de otros; esta estabilidad no excluye la aparición de algunos factores de perturbación, relativamente predecibles, como conflictos maritales, dificultades en las relaciones con los hijos etc.

La familia puede usar las siguientes estrategias de afrontamiento:

- Evitación: Se define como el esfuerzo por negar o ignorar el estresor y sus exigencias, con la creencia y las esperanza de que ellas desaparecerán por si mismas.
- Eliminación: Es un esfuerzo activo por librarse de las exigencias, cambiando, removiendo o redefiniendo el estresor.
- Asimilación: Es el intento de aceptar las demandas y los cambios generados por el estresor en la estructura y el estilo de interacción.

Fase de Adaptación: Adaptación es la habilidad del sistema familiar para modificar su estructura de poder, las relaciones entre los miembros y las reglas de

las relaciones, en respuestas al estrés situacional y al propio del avance de su ciclo vital. Los cuatro niveles de adaptabilidad oscilan en el rango de rígida (muy baja), estructurada (baja o moderada), flexible (moderada a alta), caótica (muy alta).

Según Ángela Hernández los esfuerzos de la familia están dirigidos a restaurar su equilibrio como sistema, acudiendo a:

- La alteración o expansión de sus definiciones y significados para darse cuenta de cómo han cambiado sus circunstancias.
- La reducción de la acumulación de demandas.
- El desarrollo y adquisición de nuevos recursos, llamados adaptativos.
- El desarrollo de nuevas estrategias de afrontamiento.

La adaptabilidad se evalúa con base en el estilo de liderazgo y en la forma como los padres ejercen el control; el manejo de la disciplina; la forma de tomar decisiones y de resolver los conflictos; la claridad y flexibilidad con que se asignan las tareas y los roles dentro de la familia.

Si surge una discapacidad la distribución de roles y funciones familiares necesita redefinirse. Esa redefinición será tanto más profunda y potencialmente más complicada, cuanto más importantes eran los roles o las funciones familiares de la persona con discapacidad. En este sentido la discapacidad de cualquiera de los

padres supone una mayor tasa de cambio en la medida en que, además del cuidado, impone la necesidad de que alguien se ocupe de ganar dinero, arreglar la casa, preparar las comidas, imponer autoridad, prodigar cuidados etc.

Cuando la persona con discapacidad es un hijo el ajuste estructural es menor (aunque no así el emocional), necesitándose de alguien que ayude y cuide de quien tiene el problema. Dependiendo de las características de la discapacidad y del apoyo que recibe el cuidador, la carga será llevadera o implicará una renuncia y un esfuerzo poco menos que heroicos. "Los roles del cuidador familiar, quien está al cargo de las necesidades del discapacitado, y los que deja la persona con discapacidad, generalmente se adscriben a la misma persona. Podrían ser distribuidos entre todos los miembros de la familia, pero no suele ser el caso, alguien asume toda la carga". (Navarro, 1999)

Crisis familiar: Hay circunstancias en las cuales las capacidades no son suficientes para afrontar el problema, como aquellas donde:

1. La naturaleza del estresor o transición implican un cambio en la estructura familiar.
2. La naturaleza, número y la duración de las demandas, agotan los recursos existentes en la familia.
3. El número y la persistencia de anteriores problemas no resueltos abruman los recursos de la familia.

4. La capacidad y los recursos de la familia son inadecuados o insuficientes.
5. En forma abierta o encubierta, la familia acoge la oportunidad para producir cambios estructurales que exigen el surgimiento de la crisis.

5.2.2 Acumulación de demandas.

Según Ángela Hernández (2001) "una demanda se define como un estimulo o condición que produce o induce un cambio en el sistema familiar, por lo cual puede ser percibida como una amenaza o como un desafió al equilibrio existente. Estas demandas ejerce una presión al sistema provocando una movilización en búsqueda de recursos o capacidades dentro de esté para poder responder a dicha exigencia, sin embargo, cuando no existe las capacidades requeridas, aparece un estado de estrés".

De tal forma que el estrés no es la presencia de un evento o demanda, si no el desequilibrio real o percibido entre demandas y capacidades. Por lo tanto se considera que en el seno de una familia con un miembro diagnosticado con esquizofrenia se producen grandes niveles de estrés que mantiene en desequilibrio del sistema familiar. Se define al estrés como un evento vital que ocurre en un evento especificó y produce o tiene el potencial de producir cambio en el sistema social familiar. Mientras que la tensión es una condición de presión, asociada a una necesidad o deseo de cambiarla que necesita ser resuelta para liberarse de ella; existen tres fuentes principales de tensión:

1) tensiones no resueltas asociadas con eventos estresores, por ejemplo la enfermedad crónica de algunos de sus miembros que llevan consigo una tensión por parte de sus demandas acumuladas (Hernández, 2001).
2) Tensiones que surgen cuando el desempeño de un rol dentro de las familias no llena las expectativas que tiene los demás o uno mismo.
3) Tensiones que surgen de los esfuerzos mismos de ajuste y adaptación de la familia. En el proceso de afrontamiento de las demandas surgen patrones individuales y familiares con el fin de lograr la adaptación manteniendo un equilibrio frágil en el sistema familiar a costa del desarrollo físico y emocional de algunos de los miembros, lo cual produce un síntoma.

5.2.3 Clasificación de los eventos estresores.

Según Ángela Hernández (2001) los eventos estresantes son:

- **Internos:** comienza con una persona de la familia: adicciones, suicidios, ascenso laboral, etc.
- **Ambiguos:** el evento se presenta en forma confusa e impredecible, en cuanto a su evolución: enfermedad complicada, secuestro, desempleo, etc.
- **Voluntarios:** son deseados o buscados: escoger un nuevo trabajo tener un hijo, cambiar de casa.
- **Crónicos:** situaciones de larga duración: diabetes, adicciones, pobreza extrema.

5.2.4 Capacidades: Una capacidad es una potencialidad que la familia tiene disponible para afrontar las demandas. Habría dos grandes tipos de capacidades: recursos o lo que la familia tiene, y estrategias de afrontamientos o lo que la familia hace. Los miembros individualmente, la familia como unidad y la comunidad. Son fuentes de demandas y son también fuetes de recursos.

5.2.5 Recursos de la familia: "La familia tiene como características naturales la autorregulación y la autoobservación de sus procesos vitales, los cuales se redefinen a través del uso de los recursos personales, familiares y de la comunidad. Algunos de estos recursos son los que la familia colombiana y, en particular, la familia caribeña, conserva en un estado potencial y que por tanto no ha desarrollado en su interior" (Altamar, 2002).

La familia trata de recuperar su estabilidad recurriendo a nuevos recursos, desarrollando nuevas conductas de afrontamiento, reduciendo las demandas y cambiando la perspectiva de la situación. En las familias en donde se evidencia una patología dentro de su sistema recurren a determinados recursos, sin embargo hay familias que no toman los recursos y se resisten adaptarse a la nueva situación.

Los recursos se clasifican en:

Recursos personales o individuales:

1. La inteligencia que facilita la identificación y la comprensión de las demandas y se asocia con mayor pericia para afrontarlas.
2. Los conocimientos y habilidades adquiridas por medio de educación formal, entrenamiento y experiencia, que facilita la consecución de ingresos y el desempeño de las tareas cotidianas.
3. Los rasgos de personalidad, como sentido del humor, extroversión, versatilidad, etc.
4. Salud física y emocional, que permite que las facultades y la energía personal estén disponibles para enfrentar las demandas.
5. El sentimiento de seguridad en si mismo, entendido como la creencia en que uno tiene control sobre las circunstancias de la propia vida.
6. La autoestima o juicio positivo sobre la valía personal.

Recursos familiares: "Se identifican principalmente cinco tipos de recursos; la cohesión, la Adaptabilidad, comunicación conyugal entre padres e hijos, orgullo familiar y estructura y organización familiar.

Cohesión: entendida como el vínculo de unión mantenido a través de la vida familiar, la confianza, el aprecio, el apoyo, la integración y el respeto a la

individualidad. Puede apreciarse a través de diversos aspectos, tales como el grado de apego emocional, el tipo de límites establecidos entre las personas en los subsistemas de la familia, las coaliciones entre los miembros y tiempo, el espacio, los amigos, los intereses y la recreación compartidos y la participación en la toma de decisiones.

Cabe anotar que "el grado de cohesión varia de acuerdo con la etapa del ciclo vital, con el tipo y la severidad de los estresores presentes en un momento dado y los valores propios de la familia y su entorno para saber si dicho grado de cohesión es en ese momento un recurso o un indicador de disfunción." (Hernández, 2001).

Al no existir niveles moderados de cohesión y adaptabilidad pueden presentarse dificultades en el funcionamiento a nivel familiar llevándolos a los extremos como es el caso de las familias con un tipo de cohesión amalgamada, que se caracteriza por la sobreidentificación de los miembros por la familia y exigencias de lealtad y consenso que frena la individuación y la cohesión desligada favorece un excesivo grado de autonomía de modo que cada persona hace lo suyo, con escaso apego o compromiso a su familia, este tipo de cohesión se identificó en familias con hijos adultos cuyo miembro alcohólico es el jefe del hogar, "el elemento de la cohesión que más se vivencia en las familias estudiadas es la aprobación de los amigos y el menos compartido confluye hacia los intereses y la recreación" (Fajardo, Hernández y Roldán, 2001).

Orgullo familiar: Se refiere a la percepción de cada uno de sus miembros de la familia, como un grupo valioso y competente para enfrentar la vida y sus problemas. Como una fuente de satisfacción donde se mantiene el respeto, la lealtad y la confianza en los propios recursos como valores compartidos.

Según Olson, Larsen y Mccubbin (1983) citado por Ángela Hernández "las fortalezas de la familia se evalúan por medio de los factores de orgullo y de la armonía" los cuales son:

1. El nivel de orgullo familiar permite discriminar entre familias clínicas y no clínicas, pues independientemente de otros factores, en las no clínicas es más alto.
2. Aunque las diferencias no son mayores, hay una tendencia a que el sentimiento de orgullo descienda un poco en la etapa de las adolescencia de los hijos y se elevan nuevamente al comenzar su edad adulta.
3. El grado de orgullo resulto positivamente asociado con el estrato social de la familia y con el nivel académico de los miembros.

Así mismo Olson, Larsen y Mccubbin (1983) evaluaron dos grandes aspectos de la comunicación:

1) Apertura: Entendida como la confianza en que al expresar ideas y sentimientos uno será escuchado y aceptado.

2) Interferencias o problemas: las cuales obstaculizan la continuidad de la comunicación y perturban el clima de confianza, como reacciones de rechazo, recelo y suspensión del dialogo como mecanismo para evitar un conflicto.

Estructura y organización: Según Ángela Hernández (2001) se encontró que en las familias hay mayor nivel de cohesión y de apertura en la comunicación y menor frecuencia de interferencias en la comunicación que en las familias de madres solteras o incompletas por separación de los padres lo cual confirma que una de los padres no es necesariamente un determinante de disfunción, sino un tipo particular de dinámica familiar.

La organización familiar es otro recurso que hace referencia al acuerdo, claridad y consistencia de los roles y de la estructura familiar; al liderazgo parental compartido y a las fronteras familiares, la habilidad para comunicarse es otro recurso familiar, se destacan la facilidad para expresar en forma clara y directa las ideas y los sentimientos para comunicarse tanto sobre lo instrumental, como sobre lo afectivo, y la congruencia entre los mensajes verbales y no verbales.

Recursos de la comunidad: Son todas aquellas características, competencias y medios, de personas, grupos e instituciones externas a la familia, a donde ella puede tener acceso, acudir o tener ayuda para responder a diversas demandas. De todos los recursos de la comunidad el que mas atención ha recibido en la

literatura sobre estrés es el apoyo social, que se destacan dos elementos: como apoyo y quien lo da." (Hernández, 2001).

Entre los recursos de la comunidad que más se destacan e inciden en mejorar integralmente la calidad de vida familiar son: amigos, relación con la familia extensa, centros recreativos, vecindario y servicios de la comunidad en cuanto a centros educativos, religiosos, servicios de salud, seguridad, aseo.

5.2.6 Estrategias de Afrontamiento:

Según Ángela Hernández (2001) el afrontamiento se define como "un esfuerzo específico, abierto o encubierto, por el cual un individuo o una familia como grupo intenta reducir una demanda o exigencia". Existen cinco grandes formas de afrontamiento:

1. Emprender acciones específicas para reducir el número o la intensidad de las demandas.
2. Emprender acciones concretas para adquirir recursos adicionales, no disponibles en la familia.
3. Mantener los recursos existentes para reutilizarlos en función de la satisfacción de las demandas.
4. Manejar la tensión asociada a las presiones del momento.

5. Hacer una evaluación que permita cambiar el sentido atribuido al evento estresante para hacerlo mas manejable.

5.2.7 Significado Atribuido a los eventos y a las capacidades:

"Cuando se experimentan las demandas, ellas son concientes e inconscientemente interpretadas dentro del contexto de la experiencia anterior. La interpretación incluye muchos componentes de la demanda, tales como el valor que el hecho tiene para los afectados, el grado de controlabilidad de la situación, la magnitud del cambio que implica etc. En algunos casos la demanda solo existe en virtud de la percepción, como ocurre en el caso de las tensiones del rol, cuando la persona no encuentra satisfacción a sus altas expectativas como cónyuge o como madre. También los recursos y las conductas de afrontamiento son evaluados según el sentido que se les atribuya. Cuando se aprecia como un adecuado o insuficientes en relación con las demandas percibidas, a un desequilibrio que ocasiona tensión." (Hernández, 2001).

En las familias con un miembro identificado con esquizofrenia, debido a que en la mayoría de ellas no se tiene una claridad en la problemática de la enfermedad, dificulta de la misma forma el afrontar dicha situación lo cual genera tensión redundando en un estrés, por lo tanto buscan encontrar interpretación y significado de tipo religioso, social o profesional.

5.2.8 Holón Familiar.

La familia es un grupo natural que en el curso de la vida ha elaborado pautas de interacción. Todo individuo tácitamente necesita de la familia no solo para crecer y para recibir auxilio sino también para que el individuo, interactué con todos los miembros de la familia y sea una parte de ella, este sabe que lo que haga afectara a su núcleo familiar y que a su vez su familia también influirá en él.

De esta premisa se reconoce que en una familia con un individuo esquizofrénico ya sea que tenga una carga biológica que contribuya a este padecimiento, es claro que las relaciones familiares influyen en el individuo y los problemas familiares pueden proporcionar mayor incidencia en el curso de la enfermedad.

La familia además de interactuar con el individuo y viceversa, provee al integrante de normas y mecanismos de regulación, sea explícitos o implícitos, los cuales habrá momentos que aceptará y otras veces lo cuestionará; Minuchin afirma que hay sectores marcados con la señal "prohibida la entrada, la trasgresión de estos trae como consecuencia el máximo valor" (Minuchin, 1997). Cierto que estos parámetros le marcaran en alguna intensidad en la forma de vivenciar la vida y el mundo cuando se encuentre ya no unido a su familia nuclear sino en cualquier ámbito.

Dentro de lo que es tocante a la familia es fundamental ahora entrar a conocer el término Holón creado por Arthur Koester que significa: "Aquellas entidades de rostro doble en los niveles intermedios de cualquier jerarquía".

El Holón Individual. Incluye el concepto de sí mismo en contexto contiene los determinantes personales e históricos del individuo, pero va mas allá, hasta abarcar los aportes actuales del contexto social, las interacciones especificas que los demás traen a la luz y refuerzan los aspectos de la personalidad individual que son apropiados para el contexto.

De aquí se concluye que tanto el individuo es afectado por su contexto y al mismo tiempo es moldeado por éste, así mismo él puede afectar a su contexto trasformándolo y produciendo cambios en una retroalimentación, ya sea positiva o negativamente.

El Holón Conyugal. Este se conforma desde el inicio de la familia al unirse dos vidas hombre y mujer para establecerse y posteriormente, si es su deseo tener hijos, aquí cada uno trae sus propias vivencias, expectativas, normas y reglas implícitas o explícitas que le permitirán organizar su propia familia con estos componentes "las pautas de interacción que poco a poco se elaboran no suelen ser discernidas con conciencia, simplemente están dadas como parte de las premisas de sus vida, las cuales son necesarias y son objeto de reflexión por cuanto ofrece a la pareja estar más a gusto en el ambiente que han conformado

como "una estructura que constituya la base de las interacciones de los cónyuges" (Minuchin, 1997)

Por consiguiente es importante que la pareja establezca esta estructura para tener su propio sistema de relación independiente de los hijos.

Cuando existe una familia muy aliada o separada de otros contextos cada cónyuge aparece como el contexto adulto total del otro y esto trae como consecuencia una sobrecarga del subsistema de los cónyuges lo cual puede generar una disfunción a parte de otras que repercutirán en toda la familia, en situaciones patógenas uno de los hijos se puede convertir en chivo expiatorio o emisario o bien es convertido en un aliado de un cónyuge contra otro.

El Holón Parental: Las interacciones dentro del Holón parental incluyen la crianza de los hijos y la función de socialización, pero son mucho más los aspectos del desarrollo del niño que recibe el influjo de sus interacciones dentro de este subsistema. Aquí el niño aprende lo que puede espera de las personas que poseen más recursos y fuerza "aprende a considerar normal o arbitraria la autoridad llega a conocer si sus necesidades habrán de ser contempladas, así como los modos más eficaces de comunicar lo que desea, dentro de su propio estilo familiar" (Minuchin, 1997). Según la forma sea adecuada o incorrecta el niño la introyecta modelando su sentido de lo correcto. Conoce las conductas

recompensadas o desalentadas por último dentro del subsistema parental sé vivencia el estilo con que la familia afronta los conflictos y las negociaciones.

El holón parental puede estar constituido por otras personas fuera del núcleo familiar como una abuela, tía, tío que asume ese rol de padre, así como personas ajenas como el caso de la niñera, es posible que en ocasiones hasta uno de los hijos tenga delegada dicha autoridad para cumplir el rol de padre.

Es importante destacar que dentro del subsistema parental los adultos tienen la responsabilidad de cuidar a los niños, de protegerlos y socializarlos; pero también poseen derechos de tomar decisiones importantes para esta. En casos de problemas disfuncionales en la familia esto pude estar afectado y no cumplirse.

El Holón de los Hermanos. "Los hermanos constituyen para un niño el primer grupo de iguales en que participa" (Minuchin, 1997). Los niños en medio de su crecimiento biopsicosocial interactúan con sus hermanos apoyándose entre si, se divierten, se atacan, se toman como chivo emisario y en general aprendan unos de otros. Son capaces hasta de establecer sus propias reglas de interacción para negociar y competir. Se preparan para ser los propios en relaciones públicas o se hacen de amigos o enemigos, también a ser reconocidos. Este proceso promueve tanto su sentimiento de pertenencia a un grupo como la individualidad vivenciada en el acto de elegir y de optar por una alternativa dentro de un sistema. Estas

pautas cobran significación cuando ingresen a un grupo de iguales fuera de la familia.

Se debe tener en cuenta que no solo el holón parental puede influir sobre la conducta o el comportamiento de cada uno de los hijos, sino que también los hermanos son importantes para un buen funcionamiento dentro de la familia y dentro de ellos mismos, si no hay hermandad es lógico que el individuo sea afectado o dañado como en el caso de un individuo con esquizofrenia.

5.2.9 Ciclo Familiar Vital.

El ciclo vital familiar se puede definir como una serie de fases sucesivas y ordenadas el cual se encuentra en forma relacionada con el avance del desarrollo familiar, a través del tiempo, su existencia, su mantenimiento y cambios continuos. A estas modificaciones Ángela Hernández las clasifica en los eventos normativos, que ocurren en gran mayoría de las familias en relación directa con las funciones de crianza y procreación, como lo son el matrimonio, el nacimiento del primer hijo, la entrada de este a la escuela, adolescencia, edad adulta, nacimiento del primer hijo, vejez y muerte; los eventos no normativos que pueden ocurrir con frecuencia, pero no universalmente esta mediado por conflictos y enfermedades.

En el caso particular de familias con un miembro diagnosticado con esquizofrenia, atraviesan por una serie de situaciones que trasforman el momento normativo de

la familia como un sistema vivo y dinámico la familia, presenta como característica la temporalidad y a su vez este denota un cambio el cual, determina la existencia del núcleo familiar y su adaptabilidad. Es así como esa adaptación se da por la flexibilidad que tiene la familia de adaptarse a las condiciones internas y externas que se presentan en el transcurso del tiempo que le permiten desarrollarse y mantenerse a través de su existencia, es decir, reestablecerse después de sufrir ciertas perturbaciones.

En lo que respecta a los pacientes diagnosticados con esquizofrenia, "el sistema individual sufre un cambio adaptativo bajo la presión externa, de forma que la opsolescencia y la patología surgen por la rotura o por el desequilibrio de la relación dialéctica entre el desarrollo interno conservador y condicionado y el mundo exterior siempre cambiante". (Hernández, 2001)

Así como el ciclo vital esta asociado a procesos cambiantes, este proceso indica un paso de una etapa a otra el cual esta implícito la necesidad de satisfacer sus necesidades biopsicosociales de cada individuo. Según Salvador Minuchin (1997) la familia atraviesa varias etapas de acuerdo al desarrollo de los hijos como lo son:

- La formación de la familia.
- La familia con hijos pequeños.
- La familia de edad escolar y adolescentes.
- La familia con hijos mayores.

Esta investigación pretende describir los componentes comunicacionales en familia con un miembro diagnosticado con esquizofrenia paranoide de 24 y 49 años, por lo cual se desarrollara a continuación el tema de ciclo vital de familias con hijos mayores.

La Familia con Hijos Adultos.

A esta etapa del ciclo familiar, Ángela Hernández lo define a partir del momento del que el hijo mayor cumple 19 años. En esta instancia sucede una serie de acontecimientos que modifican la interacción familiar, trayendo como consecuencia un desajuste, por lo cual la familia utiliza recursos como la comunicación para lograr adaptarse a esas modificaciones. Entre estos eventos se encuentra el abandono por parte de los hijos del seno familiar, ya sea por la conformación de nuevos núcleos familiares, estudios en otro lugar, trabajo ó simplemente la adquisición de independencia frente a los padres.

Esta situación lleva consigo un reencuentro de los cónyuges a vivir en pareja, por lo cual se debe implementar recursos que le permitan un reajuste ante el cambio de este ciclo vital. De esta forma la familia se reorienta hacia la satisfacción de las necesidades de la pareja de origen y hacia la redefinición de las relaciones con los hijos, metas, la familia extensa, los amigos, la comunidad, en función de nuevos roles de adultos y suegros. Por otro parte hay familias que en esta etapa, padres e hijos siguen viviendo juntos, ya sea porque los hijos no han logrado tener

autonomía de sus vidas ó debido a que los padres sean quienes se mantienen dependiente a estos.

En nuestro contexto las familias nucleares cumplen además de su función primordial la de protección para los hijos que han sufrido algún tipo de fracaso ó de enfermedad como es el caso de individuos diagnosticados con esquizofrenia, el cual requiere de la fidelidad, apoyo y compresión de sus familiares, puesto que es ésta quien brinda, como primera instancia socializadora, un sentido de vida. Esto trae como consecuencia que las familias extensas convivan tres ó más generaciones. Esta situación complejiza la supervivencia y la interacción de la familia, sin embargo puede ser utilizada como un recurso para la unión de sus miembros ó por el contrario puede ser constante de conflictos en medio de ellas. Además la familia en esta etapa del desarrollo puede atravesar por una serie de acontecimientos como lo son:

- El retiro laboral de uno ó ambos padres el cual esta ligado con una estabilidad económica. Ángel Hernández establece tres tipos de relaciones padres – hijos adultos. Puede encontrarse una relación simétrica donde ambos se colaboran para lograr sus objetivos; una relación complementaria donde los hijos son dependientes de los padres ó puede que haya una relación complementaria de padres dependientes de sus hijos, ya sea por perdida de autonomía.

- Cambios en el uso del tiempo que es consecuencia de la disminución progresiva de la fortaleza física, lo cual lleva a que las personas utilicen su tiempo libre en nuevos hábitos.

- Ajuste en la relación personal, los cuales se dan por eventos fortuitos como la enfermedad, la cantidad de tiempo compartido y el balance de satisfacción que cada uno tiene de su vida.

- Enfermedad y disminución de la vitalidad, que implica temores como la pérdida de control sobre la propia vida y la confrontación cercana de la muerte.

- Apoyo de los hijos, que en esta etapa no se desvanece, a pesar que la familia de origen tiende a la disolución, ya que es ésta quien brinda lealtad principalmente ante acontecimientos de los hijos que han comenzado a tener problemas desde su adolescencia, tales como drogadicción ó enfermedades mentales como la esquizofrenia.

En ocasiones la familia no colabora ante esta problemática y por el contrario contribuye al mantenimiento de la patología, sin embargo la familia ante esta situación organiza su vida en relación a este acontecimiento. "Esto lleva que para muchas madres la razón de continuar viviendo sea el cuidado de su hijo enfermo, de modo que así se afianza una relación

simbiótica, que con el correr del tiempo va recuperando el carácter de su condición de supervivencia, en la medida que estas personas se separan de su entorno social, y de esta forma van recuperando sus recursos de afrontamiento y sus fuentes de apoyo".

En conclusión, este ciclo vital implica cambios entre ellos esta la comunicación y por ende a cada uno de sus componentes, que serian tratados de adulto a adulto lo que pone en marcha una dinámica interrelacionar diferente a otras etapas del desarrollo familiar.

5.3 CUESTIONAMIENTO DEL SÍNTOMA DENTRO DEL ENFOQUE SISTÉMICO.

Las familias con características disfuncionales de la homeostasis familiar generalmente consideran que el paciente identificado es el causante de las problemáticas dentro de la familia, por lo tanto estos giran en torno a tratar de corregir los comportamientos y manifestaciones psicosomáticas que este miembro rotulado dentro de la familia muestra. J. Issues Nurs (2005) citando a Weisman, Gomes y López menciona que "a pesar de los recientes esfuerzos hacia una vista más interactiva, recíproca de relaciones familiares y el clima emocional familiar, los climas emocionales familiares negativos continúan siendo considerados como un factor que contribuye potencialmente a los síntomas de esquizofrenia".

De igual forma, Minuchin y Fishman (1997) consideran "que el problema no reside en el paciente individualizado, sino en ciertas pautas de interacción de la familia. Las soluciones que esta ha intentado no son más que repeticiones estereotipadas de interacciones ineficaces, que solo pueden reforzar los efectos sin producir cambios" y más aun se considera que el "síntoma es una solución protectora" ya que el paciente individualizado o identificado por la familia se sacrifica con tal de mantener la homeostasis familiar, esto se observa en casos donde los individuos se enferman o entran en crisis (como por ejemplo el paciente diagnosticado con esquizofrenia) para que la familia continué unida o para acabar con las disputas entre sus miembros.

Cuestionamiento de la estructura familiar.

Cada familia obedece según sus reglas y composición a una concepción del mundo en la cual se perciben como unidad o como grupo observando las posiciones que ellos ocupan dentro de los distintos holones familiares. Dentro de la estructura familiar pueden ocurrir manifestaciones de apego excesivo o por el contrario de desapego en donde "si existe apego excesivo, la libertad de los individuos estará limitada por las reglas del holón. Si en cambio existe el desapego, es posible que aquellos estén aislados, faltos de apoyo" (Minuchin y Fishman, 1997).

Esto suele ocurrir generalmente en las familias disfuncionales donde para conservar su homeostasis se apegan demasiado asfixiando a los integrantes y no permitiéndoles una identidad propia sino que cada uno es continuidad del otro sin diferenciación lo cual puede originar un síntoma en cualquiera de sus miembros, igualmente las familias desapegadas cualquiera de los integrantes puede desarrollar un síntoma para llamar la atención de la familia y mantenerla unida.

5.4 ESQUIZOFRENIA.

"La esquizofrenia es una enfermedad o un grupo de trastornos, que comprende una desorganización severa del funcionamiento social, así como alteraciones características de tipo cognoscitivo, afectivos y del comportamiento" (Toro, 1997). Por lo cual puede ser una de las enfermedades, más catastróficas que existen en la población, manifestándose generalmente en la adolescencia o juventud temprana. Esta enfermedad, en cualquier contexto social donde se encuentre inmerso repercutirá notablemente, puesto que él tiene una brecha con el mundo así como consigo mismo, de tal forma que no es capaz de sentirse unido afectivamente a otras personas o en su casa o familia, sino que experimenta gran soledad y aislamiento.

5.4.1 MANIFESTACIONES CLINICAS.

Las manifestaciones clínicas de la esquizofrenia según Ricardo José Toro (1997) son:

Sintomatología Positiva.

- **Trastornos perceptivos:** se presentan las alucinaciones, las más comunes son las auditivas, estas alucinaciones auditivas son percibidas en forma de voces que se dirigen al paciente. Constituyéndose en frases cortas, persistentes y continuas que van desapareciendo durante el sueño.

- **Trastornos Ideativos:** Dentro de esta se encuentra la percepción delirante, consiste en una intuición especial como respuesta a una percepción normal y las ideas delirantes que pueden ser precedidas por los fenómenos predelirantes anteriormente descritos y son claramente diferenciables de prejuicios y supersticiones propias de determinadas culturas, entre los contenidos más frecuentes se encuentran los de influencia de acosamiento de autoreferencia, de alusión, celotípicas y de grandiosidad.

- **Experiencias de pasividad:** sus pensamientos, emociones o acciones no son vividas como propios, lo que llevan a concluir que este controlada por agentes externos o es manejado por seres sobrenaturales o naturales.

- **Los trastornos ideoverbales:** Se le conoce también como pensamiento saltigredo, incoherencia, desorganización conceptual, ausencia clara de significación.

Sintomatología Negativa.

- **Trastornos del Lenguaje y Pensamiento:** presenta el paciente alogia, perdida para producir con facilidad pensamientos, haciéndose evidente este hecho en la pobreza expresiva.

- **Trastornos de la Actividad:** perdida iniciativa (abulia), falta de energía e impulso con ausencia de finalidad de diversos actos.

  El paciente pierde la capacidad de desempeñar actividades que persiguen una meta ya sea personal como social.

- **Trastornos Afectivos:** una especie de indiferencia, lentitud de reacción, ausencia de expresión emocional (aplanamiento afectivo).

- **Trastornos de Sociabilidad:** retraimiento social, incapacidad para establecer amistades contacto íntimo con otras personas.

Con esta sintomatología positiva y negativa mas que todo los trastornos afectivos y de sociabilidad, refleja el temor del individuo esquizoide a tener una relación real "interpersonal" con personas tangibles, solo pueden relacionarse con seres imaginarios, con fantasmas de sus propias fantasías y todo aquello que le produzca mas facilidad y tranquilidad para relacionarse, esto solo con el beneficio de mantenerse protegido de los demás y mantener su propio mundo donde esta seguro.

5.4.2 Esquizofrenia Paranoide.

Predominan los síntomas de tipo delirante y alucinatorio, las razones para sospechar este diagnostico sería la presencia de alucinaciones, ideas delirantes de influencia, persecución, alucinación. Se le considera la mas diagnosticada en nuestro medio, y según estudios en Colombia en la región de la Costa Atlántica presenta altos porcentajes. (Toro, 1997)

SEGÚN EL CIE X. ESQUIZOFRENIA PARANOIDE.

A. Deben satisfacerse los criterios generales para el diagnostico de esquizofrenia (F20.0-F20.3)

B. Las alucinaciones o ideas delirantes de tipo paranoide deben ser notables (tales como ideas delirantes de persecución, de celos, genealógicas, de tener una misión especial o de trasformación corporal: voces amenazantes, o impositivas, alucinaciones olfatorias, gustativas, sexuales o de otro tipo de sensaciones corporales).

C. En el cuadro clínico no debe predominar el embotamiento o incongruencia afectivas, los síntomas catatónicos o el lenguaje incoherente, aunque puede hallarse presentes algunos o todos estos fenómenos.

5.4.3 Epidemiología.

La esquizofrenia es una enfermedad de distribución universal que aparece en todas las culturas, clases sociales, a cualquier edad y con distintos niveles intelectuales.

Edad. La esquizofrenia tiene claro predominio entre adolescentes y personas jóvenes, en ambos sexos, "las edades oscilan entre 20 y 40 años, el comienzo es mas temprano en el hombre que en la mujer". (Toro 1997).

Clase Social. Según Ricardo José Toro (1997), la enfermedad de la esquizofrenia se presenta en las clases sociales bajas y coincide generalmente con el fenómeno

recidivante, debido a la escasa participación y colaboración por parte de la familia y del suministro del medicamento, el cual no se hace en forma periódica.

Medio Cultural. No hay sociedad o cultura exenta de esta enfermedad.

Factores Precipitantes. Con relación a la edad de aparición en la adolescencia y adultez temprana, se piensa que esta época es crítica precisamente porque es el momento de abandonar el hogar, contraer matrimonio, trabajar, etc. La muerte de un ser querido, o el consumir una droga alucinógena también son factores involucrados.

5.4.4 Etiología.

Factores genéticos: se ha observado bien que este trastorno se presenta mas comúnmente en determinadas familias, siendo mas alta la probabilidad mientras más cercano sea el grado de consanguinidad del paciente esquizofrénico "los hermanos de esquizofrénicos corren riesgo diez veces mayor y en los hijos esta probabilidad aumente mas todavía". (Toro, 1997).

Factores Psicosociales: El psicoanálisis clásico afirma que la esquizofrenia es un estado regresivo hacia un narcisismo primitivo semejante al del niño. El psicoanálisis de tipo culturalista, hace énfasis en las relaciones interpersonales, lo que se lleva a la aparición del concepto de la madre esquizofrenogena, después

se dio hacia las madres autoritarias sobreprotectoras, ansiosas y emocionalmente distantes. Por lo cual se cree que el tipo de relaciones afectivas familiares influye sustancialmente para que se produzca la psicopatología y esto aunado a una comunicación disfuncional que se ha denominado de doble vínculo.

Cabe anotar que este tipo de trastorno es producido por una afluencia de factores que intervienen para su precipitación, por lo cual no es descartable que se den estos dentro de cualquier contexto sociocultural, así como en cualquier tipo de familia.

Un recurso invaluable de las familias es la comunicación ya que permite expresar los pensamientos y emociones, la comunicación opera como un circuito completo que conlleva un proceso de retroación en que el receptor, a su vez se torna emisor. Es de vital importancia la comunicación ya que esta permite que se originen relaciones fundamentales para la interacción del ser humano, además de lazos que dan un significado propio de acuerdo al marco de conocimiento propio del individuo, sus emociones, sus afectos y normas entre otros, los cuales deben ser asumidos con responsabilidades mutuas, por lo tanto, una comunicación disfuncional no solo afecta el significado mismo del mensaje, sino que además trastoca las interacciones filiales.

Estas interacciones pueden reajustarse ante diversas situaciones con la finalidad de mantener un funcionamiento adecuado, utilizando sus recursos internos y

externos, por lo tanto, ante las situaciones de crisis, la familia reacciona de acuerdo al estilo de interacción propio, adoptando estrategias de afrontamiento que le permitirán o no propender al desarrollo de cada uno de sus miembros.

En el caso de presentarse una crisis como lo es la aparición de una enfermedad mental (esquizofrenia) la familia puede emplear las estrategias de afrontamiento como la evitación, eliminación y asimilación las cuales a su vez facilitarán o no la adaptación y la calidad de vida de todo el sistema.

5.5 CONCEPTOS BÁSICOS DE LA TEORÍA GENERAL DE SISTEMAS.

La teoría general de los sistemas se presenta como una forma sistemática y científica de aproximación y representación de la realidad y, al mismo tiempo como una orientación hacia una práctica estimulante para formas de trabajo transdisciplinarias. En la TGS se encuentra una serie de conceptos que permiten su comprensión, definidos por A. Moebio (1998), los cuales son:

Ambiente. Se refiere al área de sucesos y condiciones que influyen sobre el comportamiento de un sistema. En lo que a complejidad se refiere, nunca un sistema puede igualarse con el ambiente y seguir conservando su identidad como sistema. La única posibilidad de relación entre un sistema y su ambiente implica que el primero debe absorber selectivamente aspectos de éste. Sin embargo, esta estrategia tiene la desventaja de especializar la selectividad del sistema respecto a

su ambiente, lo que disminuye su capacidad de reacción frente a los cambios externos. Esto último incide directamente en la aparición o desaparición de sistemas abiertos

Atributo. Se entiende por atributo las características y propiedades estructurales o funcionales que caracterizan las partes o componentes de un sistema.

Cibernética. Se trata de un campo interdisciplinario que intenta abarcar el ámbito de los procesos de control y de comunicación (retroalimentación) tanto en máquinas como en seres vivos. El concepto es tomado del griego kibernetes que nos refiere a la acción de timonear una goleta

Circularidad. Concepto cibernético que nos refiere a los procesos de autocausación. Cuando A causa B y B causa C, pero C causa A, luego A en lo esencial es autocausado (retroalimentación, morfostásis, morfogénesis).

Complejidad. Por un lado, indica la cantidad de elementos de un sistema (complejidad cuantitativa) y, por el otro, sus potenciales interacciones (conectividad) y el número de estados posibles que se producen a través de éstos (variedad, variabilidad). La complejidad sistémica está en directa proporción con su variedad y variabilidad, por lo tanto, es siempre una medida comparativa. Una versión más sofisticada de la TGS se funda en las nociones de diferencia de complejidad y variedad. Estos fenómenos han sido trabajados por la cibernética y están asociados a los postulados de Rashby, en donde se sugiere que el número de estados posibles que puede alcanzar el ambiente es prácticamente infinito.

Según esto, no habría sistema capaz de igualar tal variedad, puesto que si así fuera la identidad de ese sistema se diluiría en el ambiente.

Conglomerado. Cuando la suma de las partes, componentes y atributos en un conjunto es igual al todo, estamos en presencia de una totalidad desprovista de sinergia, es decir, de un conglomerado.

Elemento. Se entiende por elemento de un sistema las partes o componentes que lo constituyen. Estas pueden referirse a objetos o procesos. Una vez identificados los elementos pueden ser organizados en un modelo.

Energía. La energía que se incorpora a los sistemas se comporta según la ley de la conservación de la energía, lo que quiere decir que la cantidad de energía que permanece en un sistema es igual a la suma de la energía importada menos la suma de la energía exportada (entropía, negentropía).

Entropía. El segundo principio de la termodinámica establece el crecimiento de la entropía, es decir, la máxima probabilidad de los sistemas es su progresiva desorganización y, finalmente, su homogeneización con el ambiente. Los sistemas cerrados están irremediablemente condenados a la desorganización. No obstante hay sistemas que, al menos temporalmente, revierten esta tendencia al aumentar sus estados de organización (negentropía, información).

Equifinalidad. Se refiere al hecho que un sistema vivo a partir de distintas condiciones iniciales y por distintos caminos llega a un mismo estado final. El fin

se refiere a la mantención de un estado de equilibrio fluyente. "Puede alcanzarse el mismo estado final, la misma meta, partiendo de diferentes condiciones iniciales y siguiendo distintos itinerarios en los procesos organísmicos". El proceso inverso se denomina multifinalidad, es decir, "condiciones iniciales similares pueden llevar a estados finales diferentes"

Equilibrio. Los estados de equilibrios sistémicos pueden ser alcanzados en los sistemas abiertos por diversos caminos, esto se denomina equifinalidad y multifinalidad. La mantención del equilibrio en sistemas abiertos implica necesariamente la importación de recursos provenientes del ambiente. Estos recursos pueden consistir en flujos energéticos, materiales o informativos.

Emergencia. Este concepto se refiere a que la descomposición de sistemas en unidades menores avanza hasta el límite en el que surge un nuevo nivel de emergencia correspondiente a otro sistema cualitativamente diferente. E. Morin señaló que la emergencia de un sistema indica la posesión de cualidades y atributos que no se sustentan en las partes aisladas y que, por otro lado, los elementos o partes de un sistema actualizan propiedades y cualidades que sólo son posibles en el contexto de un sistema dado. Esto significa que las propiedades inmanentes de los componentes sistémicos no pueden aclarar su emergencia.

Estructura. Las interrelaciones más o menos estables entre las partes o componentes de un sistema, que pueden ser verificadas (identificadas) en un momento dado, constituyen la estructura del sistema.

Función. Denomina función al output de un sistema que está dirigido a la mantención del sistema mayor en el que se encuentra inscrito.

Homeostasis. Este concepto está especialmente referido a los organismos vivos en tanto sistemas adaptables. Los procesos homeostáticos operan ante variaciones de las condiciones del ambiente, corresponden a las compensaciones internas al sistema que sustituyen, bloquean o complementan estos cambios con el objeto de mantener invariante la estructura sistémica, es decir, hacia la conservación de su forma.

Información. La información tiene un comportamiento distinto al de la energía, pues su comunicación no elimina la información del emisor o fuente. En términos formales "la cantidad de información que permanece en el sistema es igual a la información que existe más la que entra, es decir, hay una agregación neta en la entrada y la salida no elimina la información del sistema". La información es la más importante corriente negentrópica de que disponen los sistemas complejos.

Input/output. Los conceptos de input y output nos aproximan instrumentalmente al problema de las fronteras y límites en sistemas abiertos. Se dice que los sistemas que operan bajo esta modalidad son procesadores de entradas y elaboradores de salidas.

Input. Todo sistema abierto requiere de recursos de su ambiente. Se denomina input a la importación de los recursos (energía, materia, información) que se requieren para dar inicio al ciclo de actividades del sistema.

Output. Se denomina así a las corrientes de salidas de un sistema. Los outputs pueden diferenciarse según su destino en servicios, funciones y retroinputs.

Organización. N. Wiener planteó que la Organización debía concebirse como "una interdependencia de las distintas partes organizadas, pero una interdependencia que tiene grados. Ciertas interdependencias internas deben ser más importantes que otras, lo cual equivale a decir que la interdependencia interna no es completa". Por lo cual la Organización sistémica se refiere al patrón de relaciones que definen los estados posibles (variabilidad) para un sistema determinado.

Modelo. Modelos son constructos diseñados por un observador que persigue identificar y mensurar relaciones sistémicas complejas. Todo sistema real tiene la posibilidad de ser representado en más de un modelo. La decisión, en este punto, depende tanto de los objetivos del modelador como de su capacidad para distinguir las relaciones relevantes con relación a tales objetivos. La esencia de la modelística sistémica es la simplificación. El metamodelo sistémico más conocido es el esquema input-ouput.

Morfogénesis. Los sistemas complejos (humanos, sociales y culturales) se caracterizan por sus capacidades para elaborar o modificar sus formas con el objeto de conservarse viables (retroalimentación positiva). Se trata de procesos que apuntan al desarrollo, crecimiento o cambio en la forma, estructura y estado del sistema. Ejemplo de ello son los procesos de diferenciación, la especialización,

el aprendizaje y otros. En términos cibernéticos, los procesos causales mutuos (circularidad) que aumentan la desviación son denominados morfogenéticos. Estos procesos activan y potencian la posibilidad de adaptación de los sistemas a ambientes en cambio.

Morfostasis. Son los procesos de intercambio con el ambiente que tienden a preservar o mantener una forma, una organización o un estado dado de un sistema (equilibrio, homeostasis, retroalimentación negativa). Procesos de este tipo son característicos de los sistemas vivos. En una perspectiva cibernética, la morfostasis nos remite a los procesos causales mutuos que reducen o controlan las desviaciones.

Negentropia. Los sistemas vivos son capaces de conservar estados de organización improbables (entropía. Este fenómeno aparentemente contradictorio se explica porque los sistemas abiertos pueden importar energía extra para mantener sus estados estables de organización e incluso desarrollar niveles más altos de improbabilidad. La negentropía, entonces, se refiere a la energía que el sistema importa del ambiente para mantener su organización y sobrevivir.

Observación (de segundo orden). Se refiere a la nueva cibernética que incorpora como fundamento el problema de la observación de sistemas de observadores: se pasa de la observación de sistemas a la observación de sistemas de observadores.

Recursividad. Proceso que hace referencia a la introducción de los resultados de las operaciones de un sistema en él mismo (retroalimentación).

Relación. Las relaciones internas y externas de los sistemas han tomado diversas denominaciones. Entre otras: efectos recíprocos, interrelaciones, organización, comunicaciones, flujos, prestaciones, asociaciones, intercambios, interdependencias, coherencias, etcétera. Las relaciones entre los elementos de un sistema y su ambiente son de vital importancia para la comprensión del comportamiento de sistemas vivos. Las relaciones pueden ser recíprocas (circularidad) o unidireccionales. Presentadas en un momento del sistema, las relaciones pueden ser observadas como una red estructurada bajo el esquema input-output.

Retroalimentación. Son los procesos mediante los cuales un sistema abierto recoge información sobre los efectos de sus decisiones internas en el medio, información que actúa sobre las decisiones (acciones) sucesivas. La retroalimentación puede ser negativa (cuando prima el control) o positiva (cuando prima la amplificación de las desviaciones). Mediante los mecanismos de retroalimentación, los sistemas regulan sus comportamientos de acuerdo a sus efectos reales y no a programas de outputs fijos. En los sistemas complejos están combinados ambos tipos de corrientes (circularidad, homeostasis).

Retroalimentación negativa. Este concepto está asociado a los procesos de autorregulación u homeostáticos. Los sistemas con retroalimentación negativa se

caracterizan por la mantención de determinados objetivos. En los sistemas mecánicos los objetivos quedan instalados por un sistema externo (el hombre u otra máquina).

Retroalimentación positiva. Indica una cadena cerrada de relaciones causales en donde la desviación de uno de sus componentes se propaga en otros componentes del sistema, reforzando la desviación inicial y propiciando un comportamiento sistémico caracterizado por un autorreforzamiento de las desviación (circularidad, morfogénesis). La desviación positiva está asociada a los fenómenos de crecimiento y desviación. Cuando se mantiene un sistema y se modifican sus metas/fines nos encontramos ante un caso de desviación positiva. En estos casos se aplica la relación desviación-amplificación.

Retroinput. Refiere a las salidas del sistema que van dirigidas al mismo sistema (retroalimentación). En los sistemas humanos y sociales éstos corresponden a los procesos de autorreflexión.

Servicio. Son los outputs de un sistema que van a servir de inputs a otros sistemas o subsistemas equivalentes.

Sinergia. Todo sistema es sinérgico en tanto el examen de sus partes en forma aislada no puede explicar o predecir su comportamiento. La sinergia es, en consecuencia, un fenómeno que surge de las interacciones entre las partes o componentes de un sistema (conglomerado). Este concepto responde al postulado aristotélico que dice que "el todo no es igual a la suma de sus partes". La totalidad

es la conservación del todo en la acción recíproca de las partes componentes (teleología).

Sistemas. . Comprende una metodología para la construcción de modelos de sistemas sociales, que establece procedimientos y técnicas para el uso de lenguajes formalizados, considerando en esta clase a sistemas socioeconómicos, sociológicos y psicológicos, pudiendo aplicarse también sus técnicas a sistemas ecológicos. Esta tiene los siguientes pasos:

a) observación del comportamiento de un sistema real, b) identificación de los componentes y procesos fundamentales del mismo, c) identificación de las estructuras de retroalimentación que permiten explicar su comportamiento, d) construcción de un modelo formalizado sobre la base de la cuantificación de los atributos y sus relaciones, e) introducción del modelo en un computador y f) trabajo del modelo como modelo de simulación.

Sistemas abiertos. Se trata de sistemas que importan y procesan elementos (energía, materia, información) de sus ambientes y esta es una característica propia de todos los sistemas vivos. Que un sistema sea abierto significa que establece intercambios permanentes con su ambiente, intercambios que determinan su equilibrio, capacidad reproductiva o continuidad, es decir, su viabilidad (entropía negativa, teleología, morfogénesis, equifinalidad).

Sistemas cerrados. Un sistema es cerrado cuando ningún elemento de afuera entra y ninguno sale fuera del sistema. Estos alcanzan su estado máximo de

equilibrio al igualarse con el medio (entropía, equilibrio). En ocasiones el término sistema cerrado es también aplicado a sistemas que se comportan de una manera fija, rítmica o sin variaciones, como sería el caso de los circuitos cerrados.

Sistemas triviales. Son sistemas con comportamientos altamente predecibles. Responden con un mismo output cuando reciben el input correspondiente, es decir, no modifican su comportamiento con la experiencia.

Subsistema. Se entiende por subsistemas a conjuntos de elementos y relaciones que responden a estructuras y funciones especializadas dentro de un sistema mayor. En términos generales, los subsistemas tienen la misma variabilidad que los sistemas (sinergia) y su delimitación es relativa a la posición del observador de sistemas y al modelo que tenga de éstos. Desde este ángulo se puede hablar de subsistemas, sistemas o supersistemas, en tanto éstos posean las características sistémicas (sinergia).

Variabilidad. Este concepto expresa un modo de VARIABILIDAD basado en causas finales y los escolásticos son considerados como teleológicos en oposición a las causalistas o mecanicistas.

Variedad. Comprende el número de elementos discretos en un sistema (v = cantidad de elementos).

Viabilidad. Indica una medida de la capacidad de sobrevivencia y adaptación (morfostasis, morfogénesis) de un sistema a un medio en cambio."

5.6 MARCO INSTITUCIONAL DEL INSTITUTO DE PSICOTERAPIA VILLA 76.

El Instituto de Psicoterapia Villa 76, es la clínica psiquiátrica con mayor tradición en el departamento del Atlántico. Inició sus actividades el 20 de mayo de 1987, gracias a la iniciativa de un grupo de profesionales de la salud, animados con el propósito de promover la humanización de la psiquiatría y apoyar las actividades docentes asistenciales.

Posteriormente, en el año 1993, la infraestructura original ideada y acondicionada para 30 camas, se hizo insuficiente para la demanda del mercado, razón por la cual la junta directiva decide buscar una nueva sede que cumpla con las expectativas necesarias para la recuperación de los usuarios.

Es así como junto a la aparición de la ley 100 de 1993 la clínica se moderniza tanto en su estructura física como su población objetivo. En este año Villa 76 adquiere sede urbana y desde entonces cuenta con una edificación de dos mil metros cuadrados que cumple con los requisitos de calidad y seguridad exigidos.

La ley 100 de 1993 , regula y reestructura el ejercicio de la medicina en Colombia , la clínica no es ajena a este cambio por lo cual desde la aprobación de dicha ley se preocupó por expandir su mercado a los distintos EPS, entre los que se encuentran I.S.S , COOMEVA, CAFESALUD Y COLSANITAS.

6. DEFINICIÓN DE LA VARIABLE.

6.1 DEFINICIÓN CONCEPTUAL DE LA VARIABLE.

Los componentes del proceso de la comunicación son elementos que intervienen en el acto comunicativo permitiendo a los participantes de dicho proceso interpretar o dar un significado único al mensaje transmitido. (Este concepto fue elaborado por las investigadoras con base al concepto propuesto por Ángela Hernández Córdoba, 2001).

6.2 "DEFINICION OPERACIONAL DE LA VARIABLE"

Definición de la variable	Dimensiones	Indicadores	Índice	Preguntas
Componentes del Proceso de la Comunicación	1.Capacidad de escucha	1.1 Atención o interés que prestan los miembros de la familia para conversar sobre temas relacionados con la enfermedad y otros.	1.1.1 Temas de conversación y de conflicto en la familia.	1 y 2
			1.1.2 Participantes de la conversación.	3, 4, 5, 6
			1.1.3 Frecuencia y tiempo que dedican para hablar sobre el tema.	7 y 8
		1.2 Dificultad en el acto de escucha	1.2.1 Temas en los cuales predomina la participación de una persona y en la que no se recibe retroalimentación.	9
			1.2.2 Personas a quienes se les dificulta mantener la atención.	10

	2. Desarrollo de temas	2.1 Culminación de los temas relacionados con la enfermedad y otros temas familiares.	2.1.1 Temas que no se desarrollan completamente.	11
	3. Ruido de la Comunicación	3.1 Presencia de sonidos que interrumpe la armonía de la conversación entre los miembros de la familia.	3.1.1 Intervención de varias voces al tiempo. 3.1.2 Gritos. 3.1.3 Ruidos externos del ambiente. 3.1.4 Tonos de voz, discordantes con la situación. 3.1.5 Lugar de la conversación.	12 13 14 15 y 16 3
	4. Contenido del Mensaje.	4.1 Tipo de información que facilita o interrumpe la comunicación entre los miembros de la familia.	4.1.1 Presencia de contenidos positivos o descalificativos en los temas de conversación.	17
	5. Vías de interacción.	5.1 Interacciones simétricas y complementarias que asumen los miembros de la familia en los temas de conversación.	5.1.1 Presencia de rivalidad y superioridad entre los miembros que participan en la conversación.	18 y 19
	6. Reacciones al Contenido	6.1 Manifestaciones no verbales que	6.1.1 Posturas y expresiones faciales que	20

		desarrolla la familia en el acto comunicativo	reflejan relajación, tensión y emociones de los miembros que participan en la conversación	

7. METODOLOGÍA.

7.1 PARADIGMA DE LA INVESTIGACIÓN.

El paradigma bajo el cual se realizó la investigación es el histórico-hermenéutico, el cual según Adalberto Reales "Fija su atención en los aspectos y significados que tienen las personas sobre su realidad. El investigador interpreta la forma como se comunican los referentes sociales, las actividades y su pensamiento en torno a sus microcosmos, su cultura y sus problemas individuales" (Reales, 2000). Por lo tanto este paradigma permitió describir e interpretar los componentes del proceso de la comunicación en familias con un miembro diagnosticado con esquizofrenia paranoide a través de los cuales la familia refleja las percepciones y comportamientos que asumen frente a diversas situaciones y ante la enfermedad.

7.2 ENFOQUE METODOLÓGICO.

El enfoque metodológico mediante el cual se llevó a cabo la investigación fue el fenomenológico el cual según Schtz (1998) "establece como el hombre construye su cotidianidad a partir de las relaciones intersubjetivas pero teniendo en cuenta las contradicciones que ejercen las estructuras sociales y culturales" De esta forma se pudo conocer el estilo de interacción propio de las familias con un miembro diagnosticado con esquizofrenia paranoide, el cual construyen de acuerdo a las percepciones que tienen acerca de su realidad.

7.3 MODALIDAD DE LA INVESTIGACIÓN.

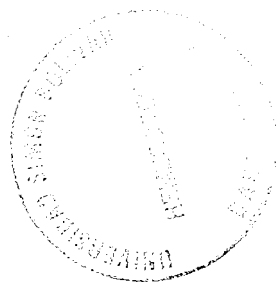
Esta investigación se implementó bajo una modalidad de estudio de caso, el cual hace referencia, según Carlos Sabino (1996) al "estudio profundizado y exhaustivo de uno o muy pocos objetos de Investigación. Lo que permite obtener un conocimiento amplio y detallado de los mismos". Por lo tanto este estudio analizó los componentes de las familias con un miembro diagnosticado con esquizofrenia, ya que se pudo describir de una forma holística y minuciosa la realidad y vivencias en este sistema, a través de su interacción.

7.4 POBLACIÓN.

La población con la cual se trabajó, estuvo conformada por 32 familias residentes en la Costa Atlántica, con un miembro (hombre o mujer) diagnosticado con esquizofrenia paranoide, algunos de los cuales presentan conjuntamente otros trastornos, cuyas edades oscilan entre 20 y 50 años y son asistidos en el Instituto de Psicoterapia Villa 76 de la ciudad de Barranquilla.

7.5 MUESTRA.

La muestra se conformó por 4 familias con un miembro diagnosticado con esquizofrenia paranoide de sexo masculino en edades entre 24 y 49 años asistidos en el Instituto de Psicoterapia Villa 76 de la ciudad de Barranquilla.



7.6 MUESTREO.

La muestra de estudio fue seleccionada mediante la técnica de muestreo intencional, ya que todas las familias que conformaron la población debían cumplir con unas características como: que el paciente no presentara otro trastorno diferente a la esquizofrenia paranoide y que la familia se encuentre viviendo en el departamento del Atlántico.

7.7 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN.

Los instrumentos y técnicas en la investigación fueron la observación, según Carlos Sabino (1996) "Es percibir activamente la realidad exterior orientándonos hacia la recolección de datos previamente definidos como de interés en el curso de una investigación". Esta técnica se utilizó para tener un contacto con las familias, obteniendo así una descripción de los componentes del proceso de la comunicación.

✓ **Observación no estructurada o no formalizada:** en este tipo de observación, se adopta una posición flexible, recogiendo solo aquellos datos que van apareciendo, anotando las impresiones generales que causan los sucesos, de una manera espontánea y poco organizada.

Para los investigadores este tipo de observación permitió una gran adaptabilidad frente a los sucesos inesperados y la capacidad de no pasar por alto ningún aspecto importante que se produjo, a lo largo de toda la entrevista realizada por los investigadores y la interacción del sistema familiar.

- ✓ **Guía de observación:**

En esta se observa la interacción entre los diferentes miembros del sistema investigativo: entrevistador, el entrevistado y el observador, para ello se fundamenta nuevamente en la cibernética de segundo orden, la cual recoge principios fundamentales en las relaciones circulares que se están tomando en cuenta en esta guía de observación, uno de ellos consiste en el Principio de Complementariedad, el cual considera que los distintos lenguajes posibles y los distintos puntos de vista sobre el sistema son complementarios, por lo tanto, no existe la posibilidad de un único punto de vista, no existe un universo sino un multiuniverso, construido a partir de lenguajes.

Por tal razón se hace necesaria una observación de los actores participantes de la entrevista: entrevistador y entrevistado así como del observador para construir una realidad donde todos intervienen se retroalimentan y convergen en una realidad que se espera alcanzar dentro de la investigación.

Dentro de la observación se tomarán en cuenta los aspectos relacionados con el rol del investigador como entrevistador, tales como:

- Manejo y dominio de la guía de la entrevista.
- Explicar al entrevistado claramente el motivo de la entrevista (encuadre de la entrevista).
- Establecimiento del rapor con el entrevistado.
- Controlar por parte del entrevistado las interferencias que surjan durante la entrevista.
- No involucrar al observador en la entrevista y en la solución de las interferencias que se presenten.
- Aclarar dudas.
- No establecer alianzas o coaliciones con el entrevistado o con algún tercero.
- El entrevistador deberá conservar su rol jerárquico.
- Coherencia entre la comunicación verbal y no verbal.
- Registrar cómo se observo durante la entrevista, qué contenidos psicológicos se removieron durante la entrevista, con el fin de redefinirlos y lograr el cierre.
- Normas y límites: son los acuerdos que se establecieron entre los miembros del sistema investigativo que participará en el momento de la entrevista.
- Lenguaje asequible al entrevistado.
- Desarrollo de la guía de entrevista.
- Cumplimiento de los acuerdos entre el observador y el entrevistador.

✓ **Guía de autoobservación para el entrevistador:**

Su objetivo es analizar o evaluar la interacción entre el entrevistador y el entrevistado. Desde una perspectiva ética, la cibernética de segundo orden propone un nexo indispensable entre el observador y lo observado, permitiendo esto un puente de mutua interacción con los otros en un lenguaje connotativo, constructivo, semántico participativo, que afecta al oyente en este caso en la entrevista y a sabiendas de este hecho se hace continuamente una autorreferencia, permitiendo ésta una auto observación y autorregulación que conlleve a una comprensión y realización nítida de lo que se esta entrevistando. La Cibernética de Segundo Orden abre un espacio para la reflexión sobre el propio comportamiento y entra directamente en el territorio de la responsabilidad y la ética.

Dado que se fundamenta en la premisa de que no somos descubridores de un mundo exterior a nosotros, sino inventores o constructores de la propia realidad, todos y cada uno de nosotros somos fundamentalmente responsables de nuestras propias invenciones o construcciones.

Dentro de la autoobservación se tomarán en cuenta los aspectos relacionados con el rol del investigador como entrevistador, tales como:

- Manejo y dominio de la guía de la entrevista.
- Explicar al entrevistado claramente el motivo de la entrevista (encuadre de la entrevista).
- Establecimiento del raport con el entrevistado.
- Controlar las interferencias que surjan durante la entrevista.
- Cuidarse de no involucrar al observador en la entrevista y en la solución de las interferencias que se presenten.
- Aclarar dudas.
- No establecer alianzas o coaliciones con el entrevistado o con algún tercero.
- El entrevistador deberá conservar su rol jerárquico.
- Coherencia entre la comunicación verbal del entrevistado.
- Registrar cómo se sintió durante la entrevista, qué contenidos psicológicos se removieron durante la entrevista, con el fin de redefinirlos y lograr el cierre.
- Normas y límites: son los acuerdos que se establecieron entre los miembros del sistema investigativo que participará en el momento de la entrevista.
- El observador deberá registrar que éstas se cumplan.

✓ **Guía de entrevista cualitativa semiestructurada:**

La cual según Carlos Sabino (1996) "se define como un plan de información, en donde el investigador prepara un listado de temas, que permitan conducir la discusión, profundizar y ampliar los aspectos más relevantes para el estudio".

Este tipo de entrevista permitió a las investigadoras indagar acerca de los componentes del proceso de comunicación de las familias con un miembro diagnosticado con esquizofrenia, estableciendo así una interacción espontánea entre el grupo investigativo y los entrevistados (familias).

Esta guía de entrevista fue elaborada por el grupo de investigación, tomando como referencia el instrumento de recolección de información (guía de entrevista semiestructurada) utilizado en el proyecto de investigación: "Componentes del Proceso de la Comunicación de la Familia con un Miembro Diagnosticado con Cáncer y Mastectomía en edades entre 45-65 años asistidos a la Liga del Lucha contra el Cáncer de la ciudad de Barranquilla". (Cervantes, Charris y De la Hoz, 2004).

Teniendo en cuenta que el instrumento de recolección de información fue una entrevista semiestructurada las preguntas fueron diseñadas para que orientaran el proceso de la entrevista, por lo tanto, el término "temas de conversación" será remplazado por los temas específicos que ellos refieran.

7.8 PROCEDIMIENTO

Para realizar esta investigación fue necesario desarrollar una serie de pasos que contribuyeron a su progreso. Inicialmente surgió la idea de trabajar con la población diagnosticada con esquizofrenia y sus respectivas familias; la temática a

estudiar fue escogida después de una revisión de investigaciones realizadas por estudiantes de psicología; luego se eligió la temática de componentes del proceso de la comunicación de la familia con un miembro diagnosticado con esquizofrenia.

Una vez constituida la propuesta de estudio se inició la indagación sobre la temática para luego diseñar la descripción y formulación de la pregunta problema y los objetivos de estudio. Seguidamente se realizó la justificación de la investigación siendo necesario exponer las razones que motivaban el estudio, definiendo los propósitos y determinando el porque era conveniente llevar a cabo esta investigación.

El siguiente paso fue la elaboración del marco teórico para sustentar conceptualmente el estudio, en dicho proceso se elaboraron fichas bibliográficas, las cuales permitieron alimentar, organizar y contextualizar la teoría a la investigación, este proceso fue realizado hasta finalizar la investigación. Posteriormente, se realizó la definición conceptual y operacional de la variable de estudio tomando como referencia la investigación anteriormente citada.

Así mismo fue necesario hacer una revisión de la literatura para definir la metodología, señalando: paradigma, enfoque metodológico y modalidad de la investigación. Las técnicas e instrumentos de recolección de información: entrevista semiestructurada (20 ítems), una guía de observación y una guía de auto-observación para el entrevistador. Culminado el instrumento se sometió a

validación por parte del comité de investigación de la Universidad Simón Bolívar, el cual después de evaluarlos autorizó su aplicación a la muestra seleccionada.

Inicialmente se proyectó seleccionar y trabajar con los pacientes diagnosticados con esquizofrenia paranoide asistidos en Centro de Atención y Rehabilitación Integral en Salud (E.S.E CARI) de la ciudad de Barranquilla. Con el fin de recolectar información relacionada con la población diagnosticada con esquizofrenia, fue imprescindible remitirse al departamento de estadísticas de esta entidad y se encontró que el tipo de esquizofrenia con mayor prevalencia es la paranoide, la cual representa en mayor número de casos en el sexo masculino. Sin embargo, se presentaron algunas dificultades como fue el contactar a las familias debido a que en su mayoría éstas residen fuera del Dpto. del Atlántico y en otros casos se desconoce la ubicación de las familias de pacientes con el diagnóstico de esquizofrenia paranoide asistidos en este centro.

Debido a estas dificultades se optó por escoger la muestra de estudio en el Instituto de Psicoterapia Villa 76, para lo cual fue necesario diseñar una serie de preguntas para conocer características específicas de la población y determinar la muestra de estudio tales como: nombre, edad, estado civil, dirección, teléfono, número de hijos, personas con quienes viven y la presencia o no de otros trastornos. A partir de este proceso se seleccionaron cuatro familias con un miembro diagnosticado con esquizofrenia paranoide en edades entre 24 y 49

años, los cuales no presentaban otros trastornos mentales y con familias residentes en el Departamento del Atlántico.

Posteriormente se contactaron a las familias y se dio paso a la aplicación del instrumento, una vez terminado el proceso de recolección de la información se dio inicio al procesamiento de datos e interpretación de la información con cada uno de los pasos requeridos por el tipo de investigación; finalizado estos se realizó la categorización de la información, permitiendo describir cada uno de los componentes del proceso de la comunicación y por lo tanto obtener los resultados de este estudio.

8. RESULTADOS.

En este capítulo se presentarán los resultados obtenidos en el estudio de los componentes del proceso de la comunicación en familias con un miembro diagnosticado con esquizofrenia paranoide asistidos en el Instituto de Psicoterapia Villa 76. Los cuales fueron sistematizados a través de un proceso de categorización (ver anexo 7), permitiendo describir cada uno de los componentes capacidad de escucha, desarrollo de temas, ruido de la comunicación, contenido del mensaje, vías de interacción y reacciones al contenido (ver anexo 8) para luego hacer la interpretación y confrontación con la teoría.

En esta investigación se encontró que las familias 1, 2 y 3 presentan disfuncionalidad en los componentes del proceso de la comunicación, los cuales se describirán a continuación:

En el primen componente capacidad de escucha Los temas de conversación de las familias 1 y 3 son aquellos relacionados con el aspecto económico, el cual genera conflicto en éstas. Mientras que en la familia 2 y 4 el principal tema de conversación gira alrededor de las experiencias que tiene cada uno de sus miembros en sus lugares de trabajo. No presentándose en estas familias ningún tema de conversación que sea motivo de conflicto.

Otros temas tratados por las familias 1 y 4 giran alrededor del bienestar y futuro de los hijos. En la familia 2, otros temas son los recuerdos de su infancia y de su lugar de origen (Dpto. Santander).

El tema de la enfermedad del paciente identificado es tratado en última instancia por las familias 1, 2 y 3; mientras que en la familia 4 procuran no hablar sobre este tema a menos que sea estrictamente necesario. En todas las familias cuando se trata el tema de la enfermedad se procura hacerse en ausencia del paciente identificado. En las familias 1 y 2 quienes participan en los diferentes temas de conversación son algunos de los miembros del holón de hermanos. Por su parte en las familias 3 y 4, quienes intervienen son las personas que conviven con los pacientes identificados, en la familia 3 son la madre y el hermano mayor y en la familia 4 son los padres quienes participan.

En las familias 1 y 3, los temas tratados con mayor frecuencia y a los que le dedican mayor tiempo son aquellos relacionados con el aspecto económico. Por otro lado, en las familias 2 y 4 el tema del área laboral es el más tratado y al que le otorgan mayor tiempo. En las familias (1, 2, 3, 4) el tema de la enfermedad es tratado muy pocas veces por los miembros partícipes en los temas de conversación; siendo este referido en poco tiempo.

En la familia 1, son los hermanos del paciente identificado con excepción del hermano mayor, quienes presentan dificultad para mantener la atención en el

tema de la enfermedad. En la familia 3, tanto la madre como el hermano mayor del paciente identificado presentan dificultad para mantener la atención en todos los temas de conversación, ya que hablan y discuten al mismo tiempo, dificultando la escucha. Los miembros de la familia 4 mencionan que no existe dificultad para mantener la atención en sus conversaciones En la familia 2, la madre y los hermanos que no conviven con el paciente identificado son quienes muestran dificultad para centrar su atención en las conversaciones en torno a la enfermedad

Se identifica que en las familias 1 y 2 cuando conversan sobre el tema de la enfermedad no se presenta una retroalimentación, por parte de los demás familiares; siendo en la familia 1 el hermano mayor quien expone el tema y en la familia 2 el hermano menor. En la familia 3 el tema ante el cual no se recibe retroalimentación es el de la exigencia que hace la madre al hijo mayor para que obtenga un empleo y asuma responsabilidades. La familia 4 no menciona ningún tipo de conversación, donde no se reciba retroalimentación por parte de los otros miembros.

En el segundo componente, desarrollo de temas se identifica que en las familias 1 y 2 el tema de la enfermedad no se desarrolla completamente, debido a que es un tema difícil de abordar por los participantes debido a la carga emocional que este contiene. En la familia 3 los temas relacionados con la búsqueda de trabajo del hermano mayor y la venta de la casa por ser temas generadores de conflicto no

concluyen debido a las discusiones que se generan. En la familia 4 todos los temas de conversación logran concluirse.

El tercer componente ruido de la comunicación interfiere en las conversaciones de las familias 1, 2 y 3 donde intervienen varias voces al mismo tiempo. En la familia 1, cuando conversan sobre el manejo de la pensión del padre; en la familia 2, cuando tratan el tema de la enfermedad del paciente identificado y en la familia 3, los diferentes temas de conversación se desarrollan de este modo, alterando el contenido del mensaje y la culminación del tema, con excepción del tema de la enfermedad. En la familia 4 no se presentan varias voces al mismo tiempo.

En las familias 1 y 3 hay presencia de gritos en las conversaciones; en la familia 1 se presentan únicamente cuando el hermano mayor trata el tema de la situación económica; mientras que en la familia 3 los gritos son frecuentes en los diferentes temas. En las familias 2 y 4 no presentan gritos en sus conversaciones.

La familia 1 manifiesta tener en ocasiones algunos ruidos externos, tales como la música y sonidos generados por electrodomésticos. Mientras que en las familias 2, 3, y 4 no se presentan interferencias generadas por ruidos externos del ambiente. En la familia 1 y 3 se presentan tonos de voz discordantes con la situación o temas tratados. En la familia 1, cuando tratan el tema del aspecto económico; en la familia 3 en todos los temas de conversación entre la madre y

su hijo mayor. Por otro lado, en las familias 2 y 4 no se presentan tonos de voz discordantes con los temas tratados.

En los lugares en el que la familia 1 lleva a cabo las conversaciones son: la sala, habitación del hermano mayor, zona de labores y la terraza de la casa. En la familia 2 y 4 el lugar preferido para conversar es la sala; sin embargo cuando la familia 4 trata el tema de la enfermedad lo hace en la habitación del holón parental. La familia 3 desarrolla sus conversaciones generalmente en la zona de labores.

En el cuarto componente contenido del mensaje, se identifica que en las familias 1, 3 y 4 se presentan contenidos positivos en las conversaciones en las que se habla sobre el paciente identificado. En las conversaciones de la familia 2 solo se presentan contenidos positivos cuando conversan sobre su hermano menor, quien es la persona que muestra mayor preocupación por el paciente identificado.

En la familia 1 se presentan contenidos descalificativos por parte del hermano mayor hacia el hermano menor, ya que considera que éste solo se preocupa por el aspecto económico y no muestra interés por el bienestar del paciente identificado. Por otro lado, en la familia 3 los contenidos descalificativos se presentan entre la madre y el hermano mayor, manifestando de manera satírica cada uno de éstos que el otro necesita atención psicológica.

En el quinto componente vías de interacción, las familias 1 y 2 presentan un tipo de interacción complementaria, debido a que es uno de sus miembros el responsable de la toma de decisiones con respecto a las diferentes situaciones o problemáticas de la familia, así como el cuidado del paciente identificado. Sin embargo, en la familia 1 se presenta rivalidad y competencia en el holón de hermanos; en la familia 3 se identifica una interacción simétrica, con un alto nivel de rivalidad y competencia entre la madre y el hijo (holón parental); mientras que en la familia 4 la interacción es simétrica en el holón conyugal.

En el sexto componente, reacciones al contenido se identifican en la familia 1 posturas y expresiones faciales que reflejan tensión y ansiedad cuando conversan sobre el aspecto económico. Cuando se habla sobre el paciente identificado expresan tristeza e incertidumbre. La familia 2 manifiesta que cuando conversan sobre sus experiencias laborales muestran relajación y tranquilidad. Por otro lado, se observó en una de las hermanas irritabilidad e incomodidad al hablar sobre la enfermedad del paciente.

En la familia 3 las expresiones faciales tanto de la madre como del hijo mayor son de disgusto, burla y ansiedad cuando conversan sobre el poco interés que presenta éste para buscar un empleo. Por último en la familia 4, cuando se habla sobre la enfermedad, se experimenta tensión, incomodidad y ansiedad, reflejando el padre una actitud de disgusto, frunciendo el ceño y adoptando una posición corporal rígida.

9. ANALISIS DE RESULTADOS.

La comunicación "es un factor fundamental para el avance evolutivo, porque ella es el vehículo a través del cual se trasmiten las instrucciones, se expresa el afecto y se resuelven los problemas de la convivencia" (Hernández, 2001), por lo tanto, constituye un recurso invaluable dentro del sistema familiar, permitiendo que cada familia constituya su propio estilo de interacción, el cual puede reajustarse constantemente de acuerdo con las exigencias tanto internas como externas a las que se ve sometida. Para que se pueda efectuar este proceso de reajuste es necesario que la familia cuente con un nivel de comunicación, en donde cada uno de sus componentes se presente de manera funcional.

En el primer componente capacidad de escucha, se identifica dificultad en este acto por parte de algunos miembros de las familias estudiadas.

En las familias 1 y 2 quienes participan en los diferentes temas de conversación son algunos de los miembros del holón de hermanos, en la familia 1 presentan dicha dificultad cuando conversan acerca de la enfermedad del paciente identificado con excepción del hermano mayor, aunque este tema es el menos tratado por la familia. De igual forma muestran dificultad en la escucha cuando conversan sobre el factor económico, tema tratado con mayor frecuencia y generador de conflicto entre los miembros.

En la familia 2, los hermanos que no conviven con el paciente identificado y la madre son quienes muestran dificultad para centrar su atención en las conversaciones en torno a la enfermedad, siendo este el tema menos tratado. Sin embargo, no se presenta dificultad en el acto de escucha cuando la familia comparte sus experiencias laborales, el cual es el tema preferido de conversación.

Por otra parte en las familias 3 y 4, quienes participan en los diferentes temas de conversación son las personas que conviven con los pacientes identificados, en la familia 3 son la madre y el hermano mayor y en la familia 4 son los padres quienes participan. Los miembros de la familia 3 presentan dificultad para mantener la atención en todos los temas de conversación, ya que hablan y discuten al mismo tiempo, dificultando la escucha, con excepción del tema de la enfermedad del paciente identificado que es el menos tratado.

Por su lado los miembros de la familia 4 conversan frecuentemente sobre los negocios, futuro de sus hijos y nietos y mencionan que no existe dificultad para mantener la atención en sus conversaciones; sin embargo se identifica poco interés cuando es imprescindible hablar sobre el tema de la enfermedad. El tema de la enfermedad del paciente identificado es tratado en última instancia por las familias 1, 2 y 3, mientras que en la familia 4 procuran no hablar sobre este tema a menos que sea estrictamente necesario, de esta manera se identifica que en

todas las familias estudiadas el tema de la enfermedad es tratado muy pocas veces y a su vez dedican poco tiempo para tratarlo.

Se identifica que en las familias 1, 2, 3 y 4 el diagnostico de uno de sus miembros con esquizofrenia producen tensiones no resueltas. Según Ángela Hernández (2001) esto se "refiere a eventos anteriores asociados, en donde la familia no logra superar totalmente un estresor, como por ejemplo la enfermedad crónica de uno de sus miembros" convirtiéndose por lo tanto la enfermedad del paciente identificado como un evento estresante interno y de tipo ambiguo, ya que las familias manifiestan que en algunas ocasiones cuando hablan de la enfermedad se encuentran confundidos y desorientados puesto que no comprenden la causa de las crisis y la evolución en el familiar diagnosticado con esquizofrenia. De tal forma que evitan por todos los medios tratar el tema de la enfermedad, hablando lo necesario y lo que consideren que deba ser atendido, participando pocos miembros en estas conversaciones ya que no se muestran dispuestos a atender, escuchar y participar en estos temas.

El segundo componente del proceso de la comunicación, desarrollo de temas se identifica que en las familias 1 y 2, el tema de la enfermedad no se desarrolla completamente, ya que es un tema difícil de tratar debido a la carga emocional que este contiene. En la familia 3 los temas relacionados con la búsqueda de trabajo del hermano mayor y la venta de la casa por ser temas generadores de conflicto no concluyen debido a las discusiones que se generan; el tema de la

enfermedad logra concluirse, ya que es el único tema de conversación en que los miembros de la familia logran llegar a acuerdos y no se generan discusiones en torno a este.

Se observa que en las familias 1, 2 y 3 el desarrollo de temas se presenta tal como lo describe Ángela Hernández (2001) "casi nunca se lleva a cabo su culminación, mas bien aparece un dislocado cambio de contenido a raíz de los desacuerdos que no logran analizarse sin caer en relaciones de malestar que interrumpen el proceso". En la familia 4 todos los temas de conversación logran concluirse; entre estos el tema de la enfermedad, el cual es evitado por la familia. De esta manera, se logra identificar que el tema de la enfermedad del paciente identificado es el menos tratado por las familias, debido a que este despierta en ellas sentimientos de ira, contrariedad, tristeza y malestar, por lo cual es reemplazado por otros temas de conversación con un contenido menos doloroso.

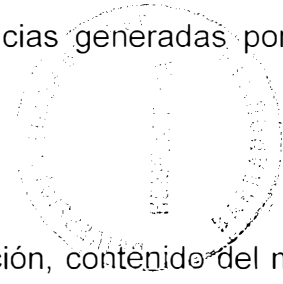
EL tercer componente, ruido de la comunicación se presenta interfiriendo en las conversaciones de la familias 1, 2 y 3, no permitiendo una adecuada transmisión del mensaje puesto que se identifica la intervención de varias voces al mismo tiempo, en la familia 1 esto sucede cuando conversan sobre el manejo de la pensión del padre; en la familia 2, cuando tratan el tema de la enfermedad del paciente identificado y en la familia 3, los diferentes temas de conversación se desarrollan de este modo, alterando el contenido del mensaje y la culminación del tema.

En las familias 2 y 4 no se presentan gritos en las conversaciones, mientras que en las familia 1 y 3 frecuentemente hay presencia de estos; en la familia 1 se presentan únicamente cuando el hermano mayor trata el tema de la situación económica; mientras que en la familia 3 los gritos son frecuentes en los diferentes temas de conversación exceptuando el tema de la enfermedad.

De esta manera se observa lo descrito por Ángela Hernández (2001) con respecto al ruido de la comunicación, donde "aparecen conductas como el de raparse la palabra, elevar el tono de la voz, agitarse o por el contrario responder con monosílabos o actitud de desinterés". Lo que también aplica a las familias 1 y 3, quienes presentan tonos de voz discordantes con la situación o temas tratados; en la familia 1 sucede cuando tratan el tema del aspecto económico, en la familia 3 en todos los temas de conversación entre la madre y su hijo mayor. Por otro lado, en las familias 2 y 4 no se presentan tonos de voz discordantes con los temas tratados.

En los lugares en el que la familia 1 lleva a cabo las conversaciones son: la sala, habitación del hermano mayor, zona de labores y la terraza de la casa. En la familia 2 y 4 el lugar preferido para conversar es la sala; sin embargo, cuando la familia 4 trata el tema de la enfermedad lo hace en la habitación del holón parental. La familia 3 desarrolla sus conversaciones generalmente en la zona de labores. La familia 1 manifiesta tener en ocasiones algunos ruidos externos,

tales como la música y sonidos generados por electrodomésticos. Mientras que en las familias 2, 3, y 4 no se presentan interferencias generadas por ruidos externos del ambiente.



En el cuarto componente del proceso de la comunicación, contenido del mensaje se observa que en las conversaciones de la familia 1 hay presencia de contenidos descalificativos entre el holón de hermanos, específicamente en los hermanos varones del paciente identificado, ya que el hermano mayor considera que su otro hermano solo se preocupa por el aspecto económico y no muestra interés por el bienestar del paciente. Por otro lado, en la familia 3 los contenidos descalificativos se presentan entre la madre y el hermano mayor, manifestando de manera satírica cada uno de éstos que el otro necesita atención psicológica.

En relación a esto, Ángela Hernández (2001) menciona que "cuando el clima familiar es poco funcional, priman los contenidos negativos que definen al mundo y a las personas con atributos descalificativos, dentro de interacciones de reproche, de rechazo y de imperativos que dejan tras lucir las luchas de poder entre los miembros de la familia". De esta forma se identifica que las familia 1 y 3 presentan una relación poco funcional, debido a la manera como interactuan y llevan a cabo sus conversaciones. Los miembros de la familia 4 manifiestan que en sus conversaciones no se emiten contenidos descalificativos hacia los otros.

En cuanto a los contenidos positivos, se identifican en las conversaciones de las familias 1, 3 y 4 en las que hablan sobre el paciente identificado. En las conversaciones de la familia 2 solo se presentan contenidos positivos cuando conversan sobre su hermano menor, quien es la persona que muestra mayor preocupación por el paciente.

En el quinto componente, vías de interacción, se observa que en las familias 1 y 2 el tipo de interacción que presentan es complementaria, debido a que es uno de sus miembros el responsable de la toma de decisiones con respecto a las diferentes situaciones o problemáticas de la familia, así como el cuidado del paciente identificado. Lo que se confirma según la descripción realizada por Ángela Hernández (2001) donde en las familias "existe la tendencia a que sea un miembro del sistema familiar el canal a través del cual se regula la comunicación, con predominancia de intercambios verticales, paralelos, no recíprocos y jerárquicos, donde por su puesto quedan excluidos los procesos de participación y de colaboración". En la familia 1 se identifica una relación de rivalidad y competencia en el holón de hermanos y en este mismo subsistema en la familia 2 la relación es de dominio y sumisión.

En la familia 3 se identifica una interacción simétrica, con un alto nivel de rivalidad y competencia entre la madre y el hijo (holón parental); mientras que en la familia 4, la interacción es simétrica en el holón conyugal. Cumpliéndose en esta familia lo descrito por Watzlawick (1989) quien dice que "en una relación simétrica sana

cada participante puede aceptar la –mismicidad- del otro, lo cual lleva al respeto mutuo y a la confianza en ese respeto, lo que implica una confirmación realista y recíproca del self".

El Sexto y último componente reacciones al contenido se identifican en la familia 1 posturas y expresiones faciales que reflejan tensión y ansiedad cuando conversan sobre el aspecto económico. Cuando se habla sobre el paciente identificado expresan tristeza e incertidumbre. La familia 2 manifiesta que cuando conversan sobre sus experiencias laborales muestran relajación y tranquilidad. Por otro lado, se observó en una de las hermanas del paciente identificado, irritabilidad e incomodidad al hablar sobre la enfermedad.

En la familia 3 las expresiones faciales tanto de la madre como del hijo mayor son de disgusto, burla y ansiedad cuando conversan sobre el poco interés que presenta éste para buscar un empleo. Ante el tema de la enfermedad estos muestran a través de sus posturas y expresiones faciales un afecto aplanado. Por último en la familia 4, cuando se habla sobre la enfermedad, se experimenta tensión, incomodidad y ansiedad, reflejando el padre una actitud de disgusto, frunciendo el ceño y adoptando una posición corporal rígida.

Estas reacciones se presentan cuando se produce un cambio intrafamiliar como lo es la enfermedad de uno de los miembros, característica primordial de la muestra de este estudio (paciente diagnosticado con esquizofrenia paranoide) generando

tensiones en el sistema, esto ocurre hasta el momento en que éste "moviliza alguna capacidad para responder a dicha exigencia; pero cuando no hay una capacidad disponible aparece un estado de estrés" (Hernández 2001) lo cual precipita y mantiene los conflictos.

Dentro de la visión sistémica, los trastornos individuales se connotan como síntomas de una disfunción familiar; el nexo entre los miembros de una familia es tan estrecho que la modificación de uno de sus integrantes provoca modificaciones en los otros y en consecuencia en toda la familia, por lo que ésta ante los cambios debe ser capaz de adaptarse internamente a las nuevas necesidades de sus miembros, y también adaptarse a las necesidades del medio o los otros sistemas con los que interactúa. El estudio de los componentes del proceso de la comunicación permite describir el tipo de interacción de las familias.

En la familia 1 se observa que no todos los miembros tienen la misma capacidad de adaptación, ajuste y equilibrio para lograr que ésta sea capaz de desarrollarse y enfrentar los momentos críticos de una manera adecuada y mantener el equilibrio psicológico de sus integrantes. De igual forma se logra identificar una relación distante lo que refleja una cohesión desligada, descrita por Ángela Hernández (2001) tomando como referencia el modelo de Olson como el tipo de cohesión presentado en familias donde se "favorece un excesivo grado de autonomía, de modo que cada persona hace lo suyo, con escaso apego o compromiso hacia su familia".

Aunque esta familia se encuentra conformada por varios miembros son solo dos de ellos (hermano mayor y su esposa) quienes desde hace pocos años conviven con el paciente, han mostrado interés por el estado y bienestar de éste, brindándole apoyo, atención y cuidado.

Según lo relatado por el hermano mayor, el paciente cuando convivía con los demás familiares no recibía la atención necesaria como el suministro de los medicamentos, así como el cuidado personal por lo que constantemente presentaba recaídas y en muchas ocasiones se extraviaba. De esta manera se identifica uno de los indicadores de crisis familiar, que Ángela Hernández (2001) describe como "una incapacidad de los miembros para desempeñar los roles y las tareas habituales, así como el cuidado de las personas más frágiles (niños, enfermos y ancianos)".

En la familia 2 también se identifica un grado de cohesión desligada, Observándose un bajo apego emocional en este sistema ya que los límites del holón individual son muy rígidos, lo que no permite que los miembros tomen consensualmente decisiones o traten el tema de la enfermedad y otros aspectos como compartir tiempo, espacios, amigos, intereses y recreación. Los miembros de la familia manifiestan que no hay muchos espacios para la recreación y cuando conversan solo lo hacen en torno al tema del trabajo, excluyendo otros aspectos relevantes de su vida personal.

Esta familia no ha logrado la adaptación y por lo tanto, ha utilizado como estrategia de afrontamiento "la pasividad que opera como una respuesta de evitación de los problemas, que tiende a reflejar una actitud pesimista ante los asuntos por resolver". (Hernández, 2001), lo que es observado en los familiares del paciente identificado con excepción del hermano menor, ya que muestran poco interés por conocer aspectos como el diagnóstico e implicaciones de la enfermedad, así como el no acompañarlo a las consultas médicas.

De esta manera también se confirma la teoría referida a que "Los roles del cuidador familiar, quien está al cargo de las necesidades del discapacitado, y los que deja la persona con discapacidad, generalmente se adscriben a la misma persona. Podrían ser distribuidos entre todos los miembros de la familia, pero no suele ser el caso, alguien asume toda la carga". (Navarro, 1999)

En la familia 3 las disputas entre el hermano mayor y la madre son constantes, estas no se presentan cuando tratan el tema de la enfermedad, de esta manera el paciente identificado "opera como un regulador de la estabilidad familiar". (Hernández, 2001). En esta familia no se satisfacen las necesidades emocionales de sus miembros debido a que no hay un ambiente de protección y de afecto incondicional hacia los hijos, ya que en la mayoría de las conversaciones son frecuentes los contenidos descalificativos por parte de la madre hacia el hijo mayor y viceversa, se evidencian reproches continuos y rechazo.

La madre manifiesta que el paciente identificado es "más normal que su hermano mayor". Esto muestra la disfuncionalidad de la familia, además se observa "el dejar traslucir las luchas de poder entre los miembros de esta" (Hernández, 2001).

Una de las tensiones no resueltas que enfrenta esta familia y la cual es motivo de conflicto es el desempeño del hijo mayor como "adulto irresponsable e hijo irrespetuoso" como lo describe la madre, lo que se convierte en un estresor, ya que es una demanda inminente no resuelta de esta, es "un rol dentro de la familia que no llena las expectativas que tienen los demás" (Hernández, 2001). Por lo tanto, como evento estresante se trasforma en uno más de los detonantes de las disputas familiares, a su vez el hijo mayor no reconoce a su madre con ese rol, ya que no llena tampoco sus expectativas por lo cual la trata con irreverencia, además de no llamarla mamá sino por su nombre.

Esta familia ante la cantidad de demandas tanto de tipo económico y familiar cuenta con pocos recursos individuales y familiares (ingresos y bienes de la familia, cohesión, adaptabilidad, comunicación entre padres e hijos, orgullo familiar y estructura familiar.

La familia 4 presenta un tipo de cohesión conectada que es descrita por Ángela Hernández (2001) tomando como referencia el modelo de Olson como el tipo de cohesión que "permite a los individuo lograr tener una experiencia equilibrada entre ser independiente y el estar unido a su familia". Los padres del paciente

identificado le han ofrecido un ambiente que propende su individualidad, puesto que le permiten trabajar, tener espacios de recreación con sus sobrinos y en general de participar en la toma de decisiones de la familia.

Así ante un evento estresor como lo es el tener un miembro diagnosticado con esquizofrenia, la familia utiliza como estrategia interna de afrontamiento la reestructuración, lo que se refiere según Ángela Hernández tomando como referencia a Watzlawick al "cambio del contexto o punto de vista conceptual o emocional dentro del cual se vive una situación, para ubicarla en otro marco que ajuste los hechos de igual o mejor forma, cambiando así su significado".

En las familias 1, 2 y 3 se observa la teoría de Minuchin y Fishman (1997) sobre la responsabilidad que tiene la familia en los patrones de interacción disfuncionales que estos distinguen equivocadamente como "el enfermo". Estas presentan problemáticas internas como las fallas en los componentes del proceso de la comunicación e igualmente fallas en su estructura familiar, por lo tanto, el paciente identificado (P.I) no es más que el resultado y síntoma de un organismo enfermo (familia), siendo el P.I quien "se sacrifica para defender la homeostasis familiar" (Minuchin y Fishman,1997).

En las familias 1 y 2 se observa un comportamiento de desapego, cada individuo se ocupa de sus asuntos personales sin inmiscuirse en la vida del otro, no hay muchas demostraciones de afecto y sus vidas giran en torno a satisfacer sus

necesidades básicas, se preocupan esencialmente por el trabajo, por la situación económica dejando a un lado los lazos de afecto y de preocupación por el otro, si bien esto les permitió el desarrollo individual y económico, la falta de apoyo y atención emocional repercutió en uno de sus integrantes como síntoma para llamar la atención de la familia y promover la unidad familiar, ya que así sea en una proporción mínima la enfermedad de esquizofrenia reúne a la familia en torno al problema tratándose a aquel individuo que es considerado el "enfermo" con consideración y cuidados mostrándose la preocupación como una pequeña prueba de afecto y de existencia por parte de la familia.

Por otro lado, los miembros de la familia 3 aunque constantemente tratan temas de manera agresiva, al conversar sobre la enfermedad del paciente identificado logran desarrollar y culminar dicho tema, permitiendo por ese momento mantener a la familia unida y en calma. De esta manera se afirma la teoría acerca de la homeostasis que incluye "los mecanismos homeostáticos descritos como aquellos que restauran el sistema a su statu quo y de ese modo mantienen enfermo al paciente" (Shazer, 2000).

La familia 4 a diferencia de las otras tres familias se caracteriza por un apego excesivo de los miembros que la conforman, los padres en su rol de holón parental continúan marcando las pautas "con que se vivencia el estilo con que la familia afronta los problemas y los conflictos, así como las negociaciones."

(Minuchin, 1997). Esto se refleja cuando conversan sobre el negocio familiar y las problemáticas que se presentan a diario para darles una pronta solución.

9. CONCLUSIONES

A partir de todo el proceso de recolección, descripción e interpretación de la información se logró concluir:

Que la comunicación del sistema familiar se ve alterada debido al tipo de afrontamiento que este utiliza ante situaciones estresantes, como el es el hecho de que uno de sus miembros sea diagnosticado con esquizofrenia, tema evitado por las familias, lo que se logró identificar a través del estudio de los componentes del proceso de la comunicación, los cuales se presentan disfuncionalmente en las familias 1,2 y 3, mientras que la familia 4 debido a la forma como han manejado este evento estresante han logrado establecer un estilo de comunicación funcional.

En el primer componente capacidad de escucha, se presenta dificultad cuando conversan acerca de la enfermedad del paciente identificado (familias 1,2 y 4) y otros temas de conversación como el aspecto económico en la familia 1 y sobre la búsqueda de empleo del hijo mayor como es en el caso de la familia 3, no presentando dificultad para conversar sobre el tema de la enfermedad.

UNIVERSIDAD SIMÓN BOLÍVAR
HEMEROTECA
BARRANQUILLA

Quienes presentan dificultad en el acto de escucha son los familiares quienes no conviven con el paciente identificado (familias 1 Y 2), especialmente cuando uno de los miembros inicia el tema de la enfermedad, ante los demás familiares adoptan una actitud pasiva, no realizando una retroalimentación a su emisor, de esta manera muestran poco interés por el bienestar y cuidado del paciente. La familia 3 presenta dificultad en el acto de escucha en todos los temas de conversación con excepción del tema de la enfermedad. Esto permite identificar una falta de asimilación de la realidad familiar. Sus niveles de cohesión y vínculos afectivos son deficientes, ya que son familias desligadas, donde la cooperación y ayuda mutua entre los miembros y en torno al paciente identificado es escasa.

A diferencia de la familia 4 quien a pesar de evitar frecuentemente tratar el tema de la enfermedad del paciente identificado, realiza una retroalimentación en los diferentes temas tratados; esta familia ha establecido un tipo de cohesión conectada y con el tipo de afrontamiento de reestructuración, donde la escucha no se ve afectada en los diferentes temas de conversación.

En el componente desarrollo de temas, se encontró que en las familias 1 y 2 el tema que principalmente no se concluye en las conversaciones es la enfermedad. El segundo tema que no logra concluirse en las familias 1 y 3 es el tema referido al aspecto económico ya que se convierte en un detonante de conflicto en la familia. Los miembros de la familia 4 concluyen todos los temas de conversación.

EL tercer componente, ruido de la comunicación (Intervención de varias voces al mismo tiempo, gritos y tonos de voz discordantes con la situación) logran dificultar el acto de escucha y por lo tanto el desarrollo y culminación de cada uno de los temas de conversación. En las conversaciones de la familias 1, 2 y 3 se identifica la intervención de varias voces al mismo tiempo; en la familia 1 sucede cuando conversan sobre el manejo de la pensión del padre; en la familia 2, cuando tratan el tema de la enfermedad del paciente identificado y en la familia 3, los diferentes temas de conversación se desarrollan de este modo.

En las familias 2 y 4 no se presentan gritos en las conversaciones, mientras que en las familia 1 y 3 frecuentemente hay presencia de estos, así como tonos de voz discordantes con la situación. En las familias 2 y 4 no se presentan estos en los temas tratados. La familia 1 manifiesta tener en ocasiones algunos ruidos externos, tales como la música y sonidos generados por electrodomésticos, pero que no interfiere según la familia en la conversación. En las familias 2, 3, y 4 no se presentan interferencias generadas por ruidos externos del ambiente.

En el cuarto componente del proceso de la comunicación, contenido del mensaje se observa que en las conversaciones de la familia 1 y 3 hay presencia de contenidos descalificativos; en la familia 1 en el holón de hermanos; en la familia 3 estos se presentan entre la madre y el hermano mayor en todas las conversaciones, con excepción de aquellas donde se trata el tema de la enfermedad. De esta forma se confirma lo descrito por Ángela Hernández (2001)

quien menciona que "cuando el clima familiar es poco funcional, priman los contenidos negativos que definen al mundo y a las personas con atributos descalificativos, dentro de interacciones de reproche, de rechazo y de imperativos que dejan tras lucir las luchas de poder entre los miembros de la familia". Los miembros de las familias 2 y 4 manifiestan que en sus conversaciones no se emiten contenidos descalificativos hacia los otros.

En cuanto a los contenidos positivos, se identifican en las conversaciones de las familias 1, 3 y 4 en las que hablan sobre el paciente identificado. En la familia 2 solo se presentan contenidos positivos cuando conversan sobre su hermano menor, quien es la persona que muestra mayor preocupación por el paciente.

En el quinto componente, vías de interacción, se observa que en el holón de hermanos de las familias 1 y 2 existe una interacción complementaria debido a que es uno de sus miembros el responsable de la toma de decisiones con respecto a las diferentes situaciones o problemáticas de la familia, así como el cuidado del paciente identificado.

Lo que se confirma según la descripción realizada por Ángela Hernández (2001) donde en las familias "existe la tendencia a que sea un miembro del sistema familiar el canal a través del cual se regula la comunicación, con predominancia de intercambios verticales, paralelos, no recíprocos y jerárquicos, donde por su puesto quedan excluidos los procesos de participación y de colaboración". En la

familia 1 se presenta una relación de rivalidad y competencia, mientras que en la familia 2 se identifica dominio y sumisión.

La interacción de la familia 3 es simétrica, con un alto nivel de rivalidad y competencia entre la madre y el hijo (holón parental); mientras que en la familia 4, la interacción es simétrica sana en el holón conyugal.

En el componente reacciones al contenido se identifica en las familias 1, 2 y 4 una comunicación no verbal que refleja sentimientos de tristeza, ansiedad, irritabilidad e incertidumbre cuando tratan el tema de la enfermedad. Por su lado la familia 3 ante este tema muestra un afecto aplanado. Los miembros de la familia 1 en las conversaciones donde tratan sobre el aspecto económico adoptan posturas y expresiones faciales que reflejan tensión y disgusto. En la familia 3 las posturas y expresiones faciales son de disgusto, burla y ansiedad cuando conversan sobre el tema de la búsqueda de empleo del hijo mayor. Por último en las familias 2 y 4 cuando tratan temas diferentes a la enfermedad, reflejan tranquilidad y sentirse cómodos en dicha situación.

A través de la presente investigación sobre los componentes del proceso de la comunicación se logró identificar y describir el tipo de interacción propio de las familias estudiadas. Las familias 1, 2 y 3 presentan alterados estos componentes, lo cual repercute en la interacción de cada uno de estos sistemas y a su vez la

manera de adaptarse a las diferentes demadas tanto internas como externas a las que se ven sometidas.

Estas familias presentan un tipo de cohesión desligada, no promoviendo el desarrollo favorable de sus miembros, ya que sus jerarquías, límites y roles no están claramente definidos, lo que ha contribuido a que estas establezcan estrategias disfuncionales ante las situaciones de cambio, como la rigidez y la resistencia, provocando una enquistación de los conflictos y por tanto, aparecen síntomas que atentan contra la salud y el desarrollo armónico de sus miembros.

La familia 4 presenta un tipo de cohesión conectada, debido a que sus miembros comparten intereses, espacios y momentos de recreación. Esta ante eventos estresantes como lo es el tener un miembro diagnosticado con esquizofrenia, utiliza como estrategia interna de afrontamiento la reestructuración, lo que ha facilitado la adaptación y rehabilitación social del paciente identificado.

10. RECOMENDACIONES.

El Instituto de Psicoterapia Villa 76 se convierte para los pacientes en un punto de apoyo como red social, así como para su familia, mejorando la calidad de vida de estos, por lo tanto se sugiere vincular al sistema familiar en el tratamiento integral a través de la terapia familiar centrándose en la disolución de los aspectos negativos que impiden una fluida y profunda comunicación intrafamiliar y estableciendo como foco de intervención la modificación de sus límites, sistemas jerárquicos, roles y reglas, con la finalidad de fortalecer sus vínculos familiares, buscando la integración de esta y proveerla de recursos que le permitan adaptarse al cambio.

Así como orientar a las familias para establecer la reestructuración como estrategia de afrontamiento, lo que permitirá ver la enfermedad a pesar de ser un evento estresor, como una situación donde la familia puede crecer y fortalecerse.

A las familias se les sugiere fortalecer sus vínculos familiares, propiciar espacios que permitan la integración y el apoyo mutuo y participar activamente en los programas desarrollados por el Instituto de Psicoterapia Villa 76, así como en la psicoterapia familiar, así como el vincularse a diferentes grupos sociales.

A la universidad Simón Bolívar se le propone motivar a sus estudiantes para que desarrollen investigaciones como:

- El estudio de la comunicación en familias con un miembro diagnosticado con esquizofrenia paranoide en familias con hijos adolescentes.

- Estudiar los componentes de la comunicación en familias con otros tipos de esquizofrenia.

- Describir las estrategias de afrontamiento de las familias frente al diagnóstico de una enfermedad mental.

- Diseñar programas para mejorar la calidad de vida de las familias con un miembro diagnosticado con esquizofrenia.

Todo esto con el fin de contribuir al mejoramiento de la calidad de vida de las familias las cuales por su condición de clínicas, necesitan de una atención e intervención que les permitan desarrollar recursos internos y externos preparándolos para responder a las crisis intrafamiliares y extrafamiliares. Para lo cual se hace imprescindible un cambio de mentalidad, un esfuerzo responsable por parte de instancias públicas y privadas que contribuirán a la integración plena

de las personas con discapacidad en la sociedad a la que pertenecen y a la que pueden y deben contribuir a enriquecer.

BIBLIOGRAFÍA

- Altamar córdoba A., (2002). Línea de investigación familia y desarrollo humano en la costa caribe colombiana. Revista psicogente Nº 9; Universidad Simón Bolívar. Barranquilla.

- Arès P., (2000). Abriendo las puertas de las familia del 2000. Revista psicogente Nº 5; Universidad Simón Bolívar. Barranquilla.

- Aron S. (1999). La relación, conocimiento y lenguaje en la cibernética del segundo orden. http://www.antroposmoderno.com/word/larecibe.doc. Recuperado junio de 2000.

- Cervantes A., Charris R., De La Hoz Y., (2004). Componentes del proceso de la comunicación de la familia con un miembro diagnosticado con cáncer y mastectomía en edades entre 45 – 65 años asistidos a la Liga de Lucha contra el Cáncer de la ciudad de Barranquilla. Universidad Simón Bolívar. Barranquilla.

- De Shazer S., (1997). Pautas de Terapia Familiar Breve. Un enfoque ecosistémico. Ed. Paidos. Barcelona.

- Dumlao J.R., (2005). Interdisciplinary Perspectives on Contemporary Family Communication: Starting Dialogues that Inform our Scholarship. http://www.kon.org/archives/forum/16-1/dumlao_intro.html. Recuperado marzo de 2006

- Fajardo Quiroz L. V., Hernández M., Roldan D., (2001). No tan juntas y bastantes revueltos: procesos de cohesión y adaptabilidad de las familias con hijos adultos cuyo miembro alcohólico es jefe del hogar, vinculados al programa de Alcohólicos Anónimos de la zona A. Grupo semilla de la ciudad de Barranquilla. Resumen de investigación. Revista Psicogente Nº 7. Universidad Simón Bolívar. Barranquilla.

- Gimeno A., Clemente A., Cerviño C., Meléndez J.C., Berzosa A., Prieto J., (2004). Valoración de la competencia familiar a partir de la percepción de padres y madres e hijos adolescentes. Revista de Psicología General y Aplicada Vol. 57. Federación Española de Asociaciones de Psicología.

- Hernández A., (2001). Familia, Ciclo Vital y Psicoterapia Sistémica Breve. Ed. El Buhó. Bogotá.

UNIVERSIDAD SIMÓN BOLÍVAR HEMEROTECA BARRANQUILLA

- Issues Nurs. J.I., (2005). Living With Schizophrenia: A Family Perspective . Kent State University College of Nursing. http://www.medscape.com/viewarticle/499269?src=hp12.lead. Recuperado marzo de 2005

- Minuchin S., Fishman Ch., (1997). Técnica de Terapia Familiar. Editorial Paidos. Barcelona.

- Moebio A., (1998). Introducción a los conceptos básicos de la teoría general de los sistemas. Universidad de Chile. Facultad de Ciencias Sociales. http// rehu.csociales.uchile.cl//publicaciones/moebio/03/frprinci. Recuperado Marzo de 2005.

- Morâo Alves Oliveira M.H., Mendes Gargantini M.B., (2003). Comunicaçâo e Gagueira. Revista Estudos de Psicología. Vol. 20 Nº 1. Pontificia Universidade Catótica. Janeiro.

- Navarro Góngora J., (1999). Familia y discapacidad. Manual de intervención psicosocial. Junta de Castilla y León. Real patrimonio de atención a personas con minusvalía.

- Niño Rojas V.M., (2000). Los Procesos de la Comunicación y del Lenguaje, Fundamentos y Práctica; ECOE ediciones. Bogotá.

- Pérez R.A., (2001). Estrategias de Comunicación. Editorial Ariel S.A. Barcelona.

- Reales A., (2000). Socio investigación; Ed. Antillas. Tercera Edición. Barranquilla.

- Sabino C., (1996). El Proceso de la investigación; Ed. El Cid. Medellín.

- Silva Pertuz M., (2002). Vivencia Intrafamiliar: comunicación y circuito de interacciones. Revista Unicarta, Nº 96; Universidad de Cartagena.

- Toro R.J., Yepes L.E., (1997). Fundamentos de Medicina. Psiquiatría. Corporación para investigaciones biológicas; Tercera edición. Bogotá.

- Watzlawick P., Beavin J., Jackson D.D., (1997) . Teoría de la comunicación Humana; Ed. Herder S.A, undécima edición. Barcelona.

ANEXOS

ANEXO 1
GUIA DE ENTREVISTA SEMI-ESTRUCTURADA.

Esta es una guía de entrevista semi-estructurada, por lo tanto las preguntas no se plantearon de manera textual; fue aplicada como mínimo a dos de los miembros del sistema familiar.

1. ¿Cuáles son los temas preferidos de conversación entre los miembros de la familia?

2. ¿Cuáles son los temas que son motivo de conflicto entre los miembros de la familia?

3. ¿Quiénes participan y en qué lugar lo hacen?

4. ¿Quiénes hablan más sobre la enfermedad y los otros temas?

5. ¿Quiénes hablan menos?

6. ¿Quiénes muestran mayor dificultad para hablar sobre el tema?

7. ¿Con qué frecuencia se habla sobre el tema y quien lo hace?

8. ¿Cuánto tiempo dedican ustedes para hablar y atender cada uno de estos temas?

9. ¿Ante qué temas de conversación no se recibe retroalimentación por parte del interlocutor?

10. ¿A quienes se les dificulta mantener la atención en los diferentes temas de conversación?

11. ¿Qué tema de conversación no se desarrolla completamente? ¿Por qué y quienes no lo terminan?

12. ¿En cuáles temas de conversación se encuentran hablando varios al mismo tiempo?

13. ¿En cuáles hay presencia de gritos?

14. ¿En qué temas de conversación hay presencia de niveles externos del ambiente, como electrodomésticos, ruidos provenientes de la calle, etc.?

15. Cuando conversan acerca de la enfermedad y otros temas ¿Algunos de ustedes aumentan el tono de la voz afectando la conversación del tema?

16. ¿Quiénes creen que frecuentemente lo hacen?

17. ¿En cuáles temas de conversación de la familia observan palabras o términos agradables y/o desagradables?

18. ¿Con respecto a qué temas observan oposición o desaprobación del uno con el otro?

19. ¿En cuáles temas de conversación se observa superioridad y aceptación sin protestar a éstos?

20. Describa la postura del cuerpo, las expresiones del rostro y las emociones que experimentan cuando hablan acerca de la enfermedad y otros temas de conversación.

ANEXO 2

GUÍA DE AUTO - OBSERVACIÓN PARA EL ENTREVISTADOR

1. Manejo y dominio de la entrevista.
2. Explicar al entrevistado claramente el motivo de la entrevista (Encuadre)
3. Establecimiento del rapport con las familias entrevistadas.
4. Controlar por parte del entrevistador las interferencias que surjan durante la entrevista.
5. No involucrar al observador en la entrevista y en la solución de las interferencias que se presentan.
6. Aclarar dudas.
7. No establecer alianzas o coaliciones con los entrevistados.
8. El entrevistador deberá conservar su rol jerárquico.
9. Coherencia entre la comunicación verbal y no verbal.
10. Registrar como se sintió durante la entrevista, qué contenidos psicológicos se removieron, con el fin de redefinirlas y lograr el cierre.
11. Normas y límites: Acuerdos que se establecen entre los miembros del sistema investigativo que participan en el momento de la entrevista.
12. Lenguaje asequible a los entrevistados.

ANEXO 3

GUÍA DE OBSERVACIÓN

1. Manejo y dominio de la entrevista.
2. Explicar al entrevistado claramente el motivo de la entrevista (Encuadre)
3. Establecimiento del rapport con las familias entrevistadas.
4. Controlar por parte del entrevistador las interferencias que surjan durante la entrevista.
5. No involucrar al observador en la entrevista y en la solución de las interferencias que se presentan.
6. Aclarar dudas.
7. No establecer alianzas o coaliciones con los entrevistados.
8. El entrevistador deberá conservar su rol jerárquico.
9. Coherencia entre la comunicación verbal y no verbal.
10. Registrar como observó al entrevistador durante la entrevista, qué contenidos psicológicos se removieron, con el fin de redefinirlas y lograr el cierre.
11. Normas y límites: Acuerdos que se establecen entre los miembros del sistema investigativo que participan en el momento de la entrevista.
12. Lenguaje asequible a los entrevistados.
13. Desarrollo de la guía de entrevista.
14. Cumplimiento de los acuerdos entre el observador y entrevistador.

ANEXO 4

RESULTADOS GUIA DE AUTOOBSERVACION PARA EL ENTREVISTADOR.

1. El entrevistador presentó un adecuado manejo y dominio de la guía de entrevista.

2. El entrevistador realizo el encuadre de la entrevista, explicando la importancia de la investigación y de la participación de las familias en esta.

3. El entrevistador realizo un adecuado rapport con cada una de las familias lo cual permitió establecer un ambiente de confianza.

4. El entrevistador presento habilidad para manejar y controlar las situaciones que interferían el desarrollo normal de las entrevistas.

5. El entrevistador no involucro al observador en el desarrollo de las entrevistas para dar soluciones a las interferencias que se presentaron.

6. El entrevistador aclaro de manera adecuada las dudas presentadas por los miembros de las familias.

7. El entrevistador no estableció alianzas o coaliciones con ninguno de los miembros de las familias.

8. El entrevistador conservo su rol durante las entrevistas, siendo quien formulaba las preguntas; manejo las diferentes situaciones que surgieron y aclaro las dudas que se presentaron.

9. El entrevistador mostró coherencia entre su comunicación verbal y no verbal en cada una de las entrevistas.

10. En las entrevistas de las familias 2 y 3 hubo incomodidad por parte del entrevistador debido a que el padre de familia tomo una postura adusta y poco participativa bloqueando en la primera parte inicial de la entrevista la comunicación de la familia.

11. Para la realización de la entrevista se establecieron y cumplieron normas y limites en cuanto a la participación del observador y el entrevistador.

12. Se utilizó un lenguaje asequible con los entrevistados.

ANEXO 5

RESULTADOS GUIA DE OBSERVACION

1. El entrevistador tuvo un buen manejo y dominio a lo largo de las entrevistas.

2. El entrevistador explicó claramente el objetivo de la investigación y el porque se realizaba la entrevista a la familias. Dio a conocer la importancia de su participación y aportes; además de los beneficios a obtener gracias a los resultados de esta investigación, como lo es el implementar programas que involucren a las familias en el tratamiento integral de los pacientes.

3. El entrevistador logró establecer empatía con cada uno de los integrantes de las familias.

4. El entrevistador manejó y controló las diferentes situaciones que se presentaron a lo largo de la entrevista, como lo fue el llanto presentado por los miembros de la familia 1, así como las interrupciones presentadas en la familia 2, en donde un miembro de la familia era interrumpido por otro cuando este se disponía a responder o le impedían finalizar su intervención, logrando el entrevistador dar participación a todos los miembros de la familia, debido a que uno de sus miembros era quien siempre deseaba responder ante las preguntas y por último las discusiones presentadas entre los miembros de la familia 3.

5. El observador no fue participe activo durante la entrevista y en las soluciones de la interferencias que se presentaron.

6. El entrevistador aclaró las dudas presentadas por los integrantes de cada familia, las cuales giraron alrededor de la enfermedad.

7. El entrevistador no estableció alianzas o coaliciones con ninguno de los miembros de las familias.

8. El entrevistador conservó su rol durante las entrevistas, siendo quien formulaba las preguntas; manejo las diferentes situaciones que surgieron y aclaro las dudas que presentaron las familias.

9. El entrevistador mostró coherencia entre su comunicación verbal y no verbal en cada una de las entrevistas.

10. El entrevistador se observó seguro y espontáneo, con manejo de la guía de entrevista, con dominio conceptual de la enfermedad y del enfoque sistémico, lo que le permitió intervenir en las diversas situaciones presentadas durante las entrevistas.

11. En las entrevistas cada uno de los integrantes del sistema investigativo asumieron sus roles y manejaron los limites establecidos.

12. El entrevistador manejó un lenguaje adecuado y entendible para los entrevistados.

13. El entrevistador desarrolló adecuadamente la guía de entrevista, mostrando gran dominio de esta.

14. Se cumplió todos los acuerdos entre le observador y el entrevistador.

Otros aspectos observados durante la entrevista fueron:

En la familia 1 se observó una total disposición hacia la entrevista, establecieron un trato cordial con el grupo investigativo. Durante la entrevista se manifestaron sentimientos de tristeza e incertidumbre cuando se trataba el tema de la enfermedad del paciente identificado.

En la familia 2 los entrevistados reflejaron una actitud poco empática, aunque su trato fue cordial. Se observó que al tratar el tema de la enfermedad una de las hermanas, quien no convive con el paciente identificado y que se encontraba allí mostraba un comportamiento que reflejaba irritabilidad reflejado en el movimiento constante de las manos junto con un tono de voz alto y el ceño fruncido. De igual manera, esta misma persona interrumpía a sus familiares cuando estos intervenían en la entrevista.

En la familia 3 el hijo mayor al inicio reflejaba ansiedad, lo cual se observó cuando éste se comía las uñas y las escupía al suelo. La madre mostró una actitud colaboradora con deseos de participar, la expresión del rostro era de seriedad al contestar las preguntas. Durante el desarrollo de la entrevista madre e hijo constantemente se agredían verbalmente.

En la familia 4 se observó que los entrevistados tuvieron una actitud de interés en la entrevista. Las posturas del cuerpo por parte de la madre cuando se trataba el tema de la enfermedad reflejaban inquietud, se balanceaba en la mecedora y sonreía frecuentemente. Al tratar este mismo aspecto se evidenciaba en el padre molestia y tensión, expresado a través de sus gestos faciales y una postura rígida.

ANEXO 6
DESCRIPCIÒN DE LAS FAMILIAS ESTUDIADAS

FAMILIAS	DESCRIPCIÓN
No 1	Familia extensa. Constituida por la madre de 81 años. El padre de 85 años. Cuatro hijos. El mayor de 49 años, periodista pero no ejerce su profesión, labora actualmente como secretario de salud en un municipio del Dpto. del Atlántico; casado con una mujer de 38 años, tienen 3 hijos adolescentes. El segundo hijo de 47 años de edad, es abogado y vive con su esposa e hijo en otro domicilio. El tercer hijo es el paciente identificado, de 42 años de edad, quien vive con sus padres, hermano mayor, cuñada y sobrinos. La última hija de 36 años, fue adoptada por el holón conyugal, se encuentra casada y tiene 3 hijos. Los ingresos económicos que poseen son el salario que devenga el hijo mayor por su trabajo y la pensión que recibe del padre.
No 2	Familia monoparental materna, oriundos del Dpto. de Santander, compuesta por la madre de 78 años de edad y once hijos. Con ella viven el paciente identificado de 49 años de edad, quien ocupa el quinto lugar en el holón de los hermanos y dos hijas, madres solteras, cada una de ellas tiene dos hijos. Los otros hermanos viven también en Barranquilla, son propietarios y administradores de diferentes

	tiendas de la ciudad. El hijo menor de 29 años aunque no convive con el paciente, es la persona que atiende las necesidades de éste.
No 3	Familia monoparental materna, conformada por la madre de 46 años, "ama de casa" y 3 hijos. La hija mayor es médico de 31 años de edad y vive en la ciudad de Bogotá, el segundo hijo de 28 años de edad, es bachiller, actualmente no labora, es separado y tiene una hija; el hijo menor es el paciente identificado, tiene 24 años, cursó hasta segundo grado de básica secundaria. La familia cuenta con los recursos necesarios para suplir sus necesidades básicas. El único ingreso que poseen es el aporte económico que hace la hija mayor a la madre.
No 4	Familia nuclear. Constituida por la madre de 54 años de edad, el padre de 60 años, ambos comerciantes, laboran en un almacén donde venden artículos para niños. Tienen 37 años de casados, tres hijos, 2 hijas casadas cada una de ellas tiene dos hijos y viven en otro domicilio. El hijo menor de 28 años, es el paciente identificado, quien convive con sus padres. Los ingresos económicos provienen del negocio de la familia.

ANEXO 7
CATEGORIZACION DE LOS COMPONENTES DEL PROCESO DE LA COMUNICACION

VARIABLE	PREGUNTA	RESPUESTAS				CATEGORIA INDUCTIVA
		F1	F2	F3	F4	
Temas preferidos de conversación	1¿Cuáles son los temas preferidos de conversación de la familia?	La situación económica no es muy estable, hablamos del futuro de los niños, se hacen planes con ellos, se busca la manera de fortalecer los lazos de cariño. Mi cuñado (paciente identificado) habla de mujeres, (relaciones sexuales) mi hijo mayor se quiere ir para la base, y mi cuñado dice que él se va con él para cuidarlo.	Cada uno de los trabajos, de la tierra de uno, cosas de cuando uno estaba joven.	La venta de la casa, cambiar de rutina, problemas económicos y físicos.	Sobre negocio, de mis nietos, de nuestras hijas y de la situación económica.	Temas de conversación
Temas que no se desarrollan completamente	2. ¿Cuáles son los temas que son motivo de conflicto en la familia?	El tema que más preocupa es el tema económico, los recursos para la matrícula, los servicios, con mi hermano (paciente identificado) no hay conflictos (cuñada del	Aquí cada uno trabaja, no hay discusiones, no hay ningún tema que sea motivo de discusión.	No hay problemas de conflictos en la familia, (hermano mayor del paciente identificado). La madre expresa que los temas de conflictos son la venta de la casa, ya que el	No existen ningún tema de conflictos entre nosotros, no nos agrada pelear, ya que no nos gusta discutir.	Temas no desarrollados.

		paciente identificado), nosotros nos preguntamos por qué mi cuñado no se ha curado del todo. Muchas veces mi esposo se altera por la situación de mi cuñado y no me gusta.		quiere que se venda lo mas rápido y esto no es posible y además que el no quiere tener una actitud responsable ni buscar trabajo.		
Contexto donde se desarrolla la comunicación.	3. ¿Quiénes participan y en qué lugar lo hacen?	En el patio y en la terraza, en la sala se habla de cosas sin importancia. (Hermana del paciente identificado) con los niños y esposa en el cuarto. Mi mamá es la que menos habla, mi papá hace pocas intervenciones pero certeras.	Generalmente se habla en la sala.	Por lo general nos gusta (madre e hijos) hablar en el patio, porque es el sitio más fresco de la casa.	Participamos nosotros tres y nos gusta hacerlo en la sala, ya que cada uno tiene su silla en particular.	Contexto en donde se desarrolla la conversación. Participantes de la conversación.
Participación Activa	4 ¿Quiénes hablan más sobre la enfermedad y los otros temas?	Los que hablamos de la enfermedad somos mi esposa y yo.	Mi hermano menor y mis 2 hermanas quienes conviven con mi hermano. (refiriéndose al	Bueno mi hijo mayor y yo somos lo que más hablamos sobre la enfermedad de él. Lo que más	Nosotros no hablamos de la enfermedad ya que a él no le gusta que se hable eso y si él está nos vamos	Participación activa.

			P.I)	hablamos es de cómo se va presentando la enfermedad, como amanece y darle sus medicinas a tiempo.	a hablar a la habitación en voz baja, claro esto cuando es muy necesario hablar sobre la enfermedad y los temas que hablamos son del porque mi hijo recae nuevamente en la crisis, si se toma a tiempo sus medicamentos y además del por qué si es un persona muy tranquila ocurre esta situación.	
Participación pasiva	5. ¿Quiénes hablan menos?	Mis otros dos hermanos que no viven con nosotros.	Mi mamá y mis otros hermanos que viven fuera de la casa.	Mi hijo (P.I) habla menos ya que el es muy callado y mi hija ya que ella vive en bogota.	Mi esposo y mi hijo son los que hablan menos.	Participación pasiva.
Dificultad en el acto de escucha.	6. ¿Quiénes muestran mayor dificultad para hablar sobre el tema?	Mis otros dos hermanos que no viven con nosotros.	Todos hablamos del tema, a todos nos preocupa.	A mi hijo (P.I) no le gusta que se hable sobre eso.	A mi hijo porque le es desa-gradable hablar sobre la enfer-medad que tiene	Dificultad en el acto de escucha.
Frecuencia que dedican para hablar sobre el	7 . ¿Con qué frecuencia se habla sobre el	Constantemente mi esposa, diariamente me	Mi hermano menor habla frecuentemente	Aunque no se habla mucho sobre la	Hablamos con una baja frecuencia y solo	Frecuencia empleada para conversar.

tema de la enfermedad y quien lo hace.	tema y quién lo hace?	informa sobre el estado de mi hermano (P.I) si esta descontrolado ó no, si se tomó la pastilla.	de la enfermedad y los demás participamos en otros temas.	enfermedad, cuando se hace somos mi mamá y yo.	en caso que sea extremadamente necesario hablar sobre el tema. Lo hacemos más cuando se presenta la crisis y lo internamos.	Participantes.
Tiempo que dedican a los temas que son motivo de conversación.	8 ¿Cuánto tiempo dedican ustedes para hablar y atender cada uno de estos temas?	Hablamos mucho sobre la situación económica, sobre todo sobre las deudas, también dedicamos tiempo para hablar sobre el futuro de los niños.	Cuando más hablamos es cuando nos reunimos con nuestros otros hermanos, invertimos bastante tiempo hablando de los negocios de cada uno.	De lo que más hablamos es sobre la venta de la casa, de la búsqueda de trabajo de mi hijo.	Nosotros hablamos poco sobre la enfermedad de mi hijo y esto lo hacemos cuando él no se encuentra ó esta descansando en su habitación, en cuanto a los temas cotidianos hablamos lo normal y cuando llegamos en la noche hablamos como nos fue en el negocio y si estamos viendo el noticiero hacemos comentarios sobre las noticias.	Tiempo empleado para conversar.
Temas en los que no se recibe retroalimentación o respuesta	9. ¿Ante qué temas de conversación no se recibe retroalimentación por parte del	A veces yo (hermano del P.I) dejo hablando sola a mi esposa, por lo general es	En ningún tema quedamos hablando solo.	Yo (madre) quedo hablando sola ante cualquier tema que hablamos ya sea por la	Ante ningún tema quedamos hablando solos.	Temas de conversación no retroalimentados.

	interlocutor?	cuando se habla de plata y evado la situación.		venta de la casa, el que mi hijo consiga un empleo, y que cambie su comportamiento.		
Dificultad en el acto de escucha.	10. ¿A quienes se les dificulta mantener la atención en los diferentes temas de conversación?	A mis otros hermanos se le dificultad hablar sobre mi hermano. (P.I)	Se le dificulta mantener la atención a mi mamá y a mis otros hermanos.	A los dos se nos dificulta mantener la atención en los diferentes temas sobre todo en los que hay conflictos ya que discutimos fuertemente.	A ninguno de nosotros se nos dificulta mantener la atención cuando estamos hablando.	Dificultad en el acto de escucha. Participantes.
Temas que no se desarrollan completamente	11. ¿Qué tema de conversación no se desarrolla completamente? ¿Por qué y quienes no lo terminan?	Son la plata y la enfermedad.	El tema de la enfermedad de mi hermano (P.I)	El tema de la enfermedad de mi hermano (P.I)	Todos los temas se desarrollan completamente y todos se terminan.	Temas de conversación inconclusos Participantes.
Temas en lo que hay varias voces al tiempo.	12. ¿En cuáles temas de conversación se encuentran hablando varios al mismo tiempo?	Cuando hablamos de la pensión de mi padre, ya que esto nos hace discutir.	En ninguno de los temas hablamos al mismo tiempo	Mi hijo y yo siempre hablamos al mismo tiempo en todos los temas de conversación ya que el no me deja terminar lo que estoy diciendo.	Nosotros no hablamos al mismo tiempo, cada uno se toma su tiempo para hablar.	Temas de conversación. Varias voces al mismo tiempo.
Temas en los	13. ¿En cuáles	Me afecta la	No hay gritos.	Hay conversa-	En ningún	Temas de

cuales hay presencia de gritos.	hay presencia de gritos?	situación económica, porque aquí solo se gana $ 800.000 pesos pero se pagan algunas deudas, el año pasado no había empleo, pero ya conseguí. El dinero es lo que generalmente me rebota "no joda." (Hermano del P.I). Yo soy quien tomo la iniciativa para las discusiones, mi esposa me responde.		ciones en las que hay presencia de gritos, pero esto ocurre cuando no estamos de acuerdo con algo, como por ejemplo cuando yo le digo a él que busque un trabajo y que no lo haga por mi si no por su hija, pero él no acepta razones y por eso hemos tenido problemas porque el me trata mal hasta lo he tenido que citar en la comisaría de familia.	momento se presentan gritos en la familia, ya que los temas delicados los tratamos a puerta cerrada en la habitación.	conversación. Presencia de gritos.
Temas de conversación en los cuales hay presencia de ruidos externos.	14. ¿En qué temas de conversación hay presencia de niveles externos del ambiente, como electro-domestico ruidos provenientes de la calle, etc.?	No hay ruidos; algunos sábados, colocan un picó, pero no interfiere en nuestras conversaciones. Y cuando se habla de mi hermano (P.I) difícilmente alguien	En ninguno.	En ningún momento hay presencia de ruidos externos fuertes.	Los temas que conversamos tienen que ver con las necesidades de la casa y no acostumbramos a poner música en alto volumen, además de que el conjunto residencial es muy tranquilo y	Temas de conversación. Ruidos externos.

		interrumpe la conversación ya que nos centramos en este tema. También en ocasiones se presentan ruidos de electrodo-mésticos, pero tampoco nos molestan al conversar.			no se presenta ruidos fuertes en el barrio.	
Temas en los cuales se presenta aumento de la voz.	15. Cuando conversan acerca de la enfermedad y otros temas ¿Algunos de ustedes aumentan el tono de la voz afectando la conversación del tema?	Si se sube un poco la voz cuando se esta hablando de plata.	No nos gusta hablar duro.	Las conver-saciones acerca de la enfermedad se hablan sin ningún problema, ya cuando hablamos sobre otro tema en donde no estemos de acuerdo alzamos la voz, sobretodo porque él (hijo mayor) no entiende las cosas que le estoy diciendo.	Ninguno porque hablamos en voz baja.	Temas de conversación. Aumento de la voz.
Presencia de rivalidad y competencia	16. ¿Quiénes creen que frecuentemente	Soy yo el que siempre lo hago.	Ninguno lo hace.	Nosotros dos (madre y hermano del	Ninguno, porque no deseamos que se	Participantes.

	lo hacen?			paciente identificado)	intranquilice nuestro hijo.	
Temas en los cuales hay presencia de contenidos descalificativos y positivos.	17. ¿En cuáles temas de conversación de la familia observan palabras o términos agradables y/o desagradables?	Cuando se habla de problemas económicos hay algunas veces términos descalificativos.	Todos somos atentos, ninguno es malgeniado, mi hermano menor es un poco malgeniado. Hay palabras positivas hacia nuestro hermano menor quien es la persona que se preocupa más por mi hermano (refiriéndose al P.I)	Mi hijo menor (P.I) no dice groserías; aquí el que dice groserías y me falta al respeto es él (refiriéndose al hijo mayor)	No utilizamos ningún término desagradable, porque somos personas religiosas. Por el contrario hablamos de cosas buenas de nuestro hijo.	Temas de conversación. Contenidos positivos. Contenidos negativos.
Temas en los cuales hay presencia de rivalidad y competencia.	18. ¿Con respecto a qué temas observan oposición o desaprobación del uno con el otro?	La oposición se da cuando hablo con mis hermanos por la plata. Mi hermano se molesta, cuando yo le digo que sí el quiere la plata de la pensión que se haga cargo de mi hermano (P.I), pero el en seguida me dice que no porque la esposa no se la lleva bien con	En la familia no acostumbramos a desaprobar a nadie y nos gusta hablar bien de mi hermano menor.	En todos los temas hay problemas entre nosotros, ya que él (refiriéndose al hijo mayor) no acepta las cosas cuando le estoy hablando y nada le parece bien. Es verdad yo no acepto lo que ella dice, no estoy de acuerdo con nada de lo que habla.	Esto no ocurre nunca.	Temas de conversación. Rivalidad y competencia.

		él.				
Temas en los cuales hay superioridad y competencia entre los miembros.	19. ¿En cuáles temas de conversación se observa superioridad y aceptación sin protestar a éstos?	Mi hermano desarrolla un ego o prepotencia, el nunca quiere aceptar que yo tengo alguna autoridad y él no puede decir que no hay un buen manejo adminis-trativo a nivel familiar, porque él no aporta para ningún servicio y mi hermano (P.I) no se ha enfermado tanto como antes, mi hermano (P.I) fue declarado interdicto y mi hermano es quien tiene la custodia, pero eso no tiene razón de ser porque a mi hermano (P.I) no lo cuida él sino yo y yo tengo que asumir el cuidado porque yo lo cuido, el	Todos aquí somos iguales.	En ningún tema hay aceptación entre nosotros. Mi hijo no me respeta y yo le digo que madre no hay sino una, sin embargo discute conmigo como si yo no fuera la mamá y no acepta nada sin protestar, hasta por lo que estoy haciendo de desayuno protesta.	Entre nosotros no existe superioridad, cada uno tiene derecho de decir las cosas, o sea lo que piensa y respetamos eso aceptándolo.	Temas de conversación. Presencia de superioridad y competencia.

		ha querido pero yo no se lo permito.				
Aspectos de la comunicación no verbal.	20. Describa la postura del cuerpo, las expresiones del rostro y las emociones que experimentan cuando hablan acerca de la enfermedad y otros temas de conversación.	Yo le entiendo cuando él no quiere hablar de eso (cuñada del P.I). Nos entendemos mucho, nos conectamos mucho. Cuando se habla de la enfermedad de mi hermano (P.I) yo veo en mi esposa mucho dolor por lo de mi hermano y yo le interpreto un cariño genuino por el pelao. Cuñada mi esposo le da mucho dolor, y a mi hijo le da mucho pesar el papá.	A mi hermano el al menor se le ve un sentimiento distinto, se preocupa mucho.	Cuando hablo con mi hijo mayor pone una cara de disgusto y me desafía, me alza la voz y eso me altera a mí y comenzamos a pelear. Ella también me dice las cosas de mala manera y no escucha lo que yo digo.	A mi esposo es la persona que se le dificulta hablar sobre el tema de la enfermedad de mi hijo, y eso lo comprendo porque frunce el ceño y se muestra muy tenso.	Aspectos de la comunicación no verbal.

ENTREVISTADOS:

En la familia 1: El hermano mayor y la cuñada del P.I
En la familia 2: Tres hermanas y la madre del P.I
En la familia 3: Madre y hermano mayor del P.I
En la familia 4: Los padres del P.I.

ANEXO 8
DESCRIPCION DE LOS COMPONENTOS DEL PROCESO DE LA COMUNICACIÓN DE LAS FAMILIAS CON UN MIEMBRO DIAGNOSTICADO CON ESQUIZOFRENIA PARANOIDE.

Dimensiones	Índices	F1	F2	F3	F4	DESCRIPCION INTEGRAL
Capacidad de escucha	Temas de conversación y de conflicto en la familia.	El principal tema tratado y que genera desacuerdo o conflictos en la familia se refiere al aspecto económico, debido a que éste no es estable y se requiere dinero para comprar las medicinas del paciente identificado y para satisfacer las necesidades del sistema familiar. Otros temas tratados son el futuro de los niños, la pensión del padre y las inquietudes que tienen respecto a la etiología, desarrollo y tratamiento de la enfermedad.	Los temas de conversación tratados por la familia son: las experiencias de su infancia, el lugar de origen, los trabajos de cada una de las personas que conforma el sistema familiar y la enfermedad del paciente identificado. Estas personas mencionan no tener ningún tipo de conflicto, debido a que cada miembro tiene sus propias actividades, por lo tanto, no se da lugar para involucrarse en asuntos que sean propiamente de tipo familiar	El tema que mayor relevancia tiene para la familia es la venta de la casa, ya que estos necesitan dinero para cumplir con sus compromisos de tipo económico. Un tema de conversación descalificativo y de conflicto tratado por la familia es la aparente preocupación que muestra tanto la madre como el hijo mayor por la salud física y mental del otro Mientras que la salud del paciente identi-ficado no reviste importancia, debido a que	El tema preferido de conversación es el relacionado a los negocios familiares; en segunda instancia conversan sobre el bienestar de los nietos y sus dos hijas y por último hablan sobre la enfermedad, tratando estrictamente lo necesario, manifestando que evitan en lo posible tratar este tema.	Los temas de conversación de las familias 1 y 3 son aquellos relacionados con el aspecto económico, el cual genera conflicto en éstas. Mientras que en la familia 2 y 4 el principal tema de conversación gira alrededor de las experiencias que tiene cada uno de sus miembros en sus lugares de trabajo. No presentándose en estas familias ningún tema de conversación que sea motivo de conflicto. Otros temas tratados por las familias 1 y 4 giran alrededor del bienestar y futuro de los hijos. En la familia 2, otros temas son los recuerdos de su infancia y de su lugar de origen (Dpto. Santander). El tema de la enfermedad del paciente identificado es tratado en última instancia por las familias 1, 2 y 3; mientras que en la familia 4 procuran no hablar sobre este tema a menos que sea estrictamente necesario.

				consideran que su comportamiento es normal. Por otra parte, el hermano mayor del paciente identificado afirma que todos los temas de conversación generan conflicto en la familia, siendo él y la madre quienes los protagonizan, especialmente en temas relacionados con la venta pronta de la casa y la búsqueda de trabajo por parte del hijo mayor.		En todas las familias cuando se trata el tema de la enfermedad se procura hacerse en ausencia del paciente identificado.
	Participantes de la conversación.	El hermano mayor y su esposa son quienes generalmente participan en los temas de conversación. Otros familiares como son el	El hermano menor del paciente identificado es quien participa con mayor frecuencia en los temas de conversación junto con dos hermanas que	Los miembros que participan en los temas de conversación son la madre y el hermano mayor y en pocas ocasiones interviene el paciente identifi-	Los miembros que participan en los temas de conversación son el padre, la madre y el paciente identificado.	En las familias 1 y 2 quienes participan en los diferentes temas de conversación son algunos de los miembros del holón de hermanos. Por su parte en las familias 3 y 4, quienes intervienen son las personas que conviven con los pacientes identificados, en la familia 3 son la madre y el

		padre y dos hermanos intervienen ocasionalmente.	conviven con el paciente.	cado.		hermano mayor y en la familia 4 son los padres quienes participan.
	Frecuencia y tiempo que dedican para hablar sobre los temas de conversación.	Los miembros de la familia tratan con frecuencia temas como la situación económica y la enfermedad del paciente, dedicando mayor tiempo al primer aspecto.	La familia frecuentemente y la mayor parte del tiempo habla sobre el trabajo de cada miembro, y con menor periodicidad dialogan sobre el lugar de origen, su niñez y la enfermedad del paciente.	El tema tratado frecuentemente y al que le dedican mayor tiempo es la venta de la casa, ya que de esta manera darán solución a sus problemas económicos. De igual manera con mayor regularidad la madre trata el tema de la responsabilidad que debe asumir el hijo mayor con respecto al sostenimiento de la casa y la manutención de la hija de éste. En última instancia se dedican a conversar sobre la enfermedad del paciente identificado, hablan de su estado de ánimo	El tema con mayor regularidad tratado por la familia es el de sus negocios; en un nivel intermedio conversan sobre la vida familiar y se evita hablar sobre la enfermedad, tratando este aspecto solo cuando es estrictamente necesario.	En las familias 1 y 3, los temas tratados con mayor frecuencia y a los que le dedican mayor tiempo son aquellos relacionados con el aspecto económico. Por otro lado, en las familias 2 y 4 el tema del área laboral es el más tratado y al que le otorgan mayor tiempo. En las familias (1, 2, 3, 4) el tema de la enfermedad es tratado muy pocas veces por los miembros partícipes en los temas de conversación; siendo este referido en poco tiempo.

				y de su conducta cuando presenta una crisis.		
	Personas a quienes se les dificulta mantener la atención.	Los miembros a los cuales se les dificulta mantener la atención en el tema de la enfermedad son los hermanos del paciente identificado, con excepción del hermano mayor.	En el sistema familiar a quienes se les dificulta mantener la atención en el tema de la enfermedad son: la madre y los hermanos quienes no conviven con el paciente identificado.	Tanto a la madre como al hermano mayor se les dificulta mantener la atención en los diferentes temas de conversación.	No hay personas a quienes se les dificulte mantener la atención en los temas desarrollados.	En la familia 1, son los hermanos del paciente identificado con excepción del hermano mayor, quienes presentan dificultad para mantener la atención en el tema de la enfermedad. En la familia 2, la madre y los hermanos que no conviven con el paciente identificado son quienes muestran dificultad para centrar su atención en las conversaciones en torno a la enfermedad. En la familia 3, tanto la madre como el hermano mayor del paciente identificado presentan dificultad para mantener la atención en todos los temas de conversación, ya que hablan y discuten al mismo tiempo, dificultando la escucha. Los miembros de la familia 4 mencionan que no existe dificultad para mantener la atención en sus conversaciones.

	Temas en los que predomina la participación de una persona y en los que no se recibe retroalimentación.	El tema sobre la enfermedad es el más tratado por el hermano mayor, mientras los otros hermanos evitan hablar sobre este, no permitiendo esto concluir la conversación.	El tema en que predomina la participación de una persona es la enfermedad del paciente identificado el cual es tratado por el hermano menor. Ante esta situación su madre y sus hermanos no se hacen partícipes demostrándolo al no estar atentos y no mostrar preocupación sobre el estado y evolución del paciente. Exceptuando a las dos hermanas que conviven con éste.	Los temas en lo que predomina la participación de una persona son aquellos donde la madre le exige al hijo mayor que trabaje y adquiera responsabilidad, así como asumir un comporta-miento maduro. Ante lo cual el hijo muestra rechazo e indiferencia.	Según lo comentado por la familia no queda ningún miembro hablando solo, ya que dialogan y se escuchan mutuamente.	Se identifica que en las familias 1 y 2 cuando conversan sobre el tema de la enfermedad no se presenta una retroalimentación, por parte de los demás familiares; siendo en la familia 1 el hermano mayor quien expone el tema y en la familia 2 el hermano menor. En la familia 3 el tema ante el cual no se recibe retroalimentación es el de la exigencia que hace la madre al hijo mayor para que obtenga un empleo y asuma respon-sabilidades. La familia 4 no menciona ningún tipo de conversación, donde no se reciba retroalimentación por parte de los otros miembros.
Desarrollo de temas.	Temas que no se desarrollan completamente.	El tema que no se desarrolla completamente en la familia es el relacionado con la enfermedad.	El tema que no se desarrolla completamente en el sistema familiar es la enfermedad del paciente identificado.	La búsqueda del trabajo del hermano mayor y la venta de la casa son temas que generan conflicto entre los miembros de la familia, por lo tanto, estos temas no se	Según la familia todos los temas se desarrollan completamente	En la familia 1 y 2 el tema de la enfermedad no se desarrolla completamente, debido a que es un tema difícil de abordar por los participantes debido a la carga emocional que este contiene. En la familia 3 los temas relacionados con la búsqueda de trabajo del hermano mayor y

				desarrollan completamente.		la venta de la casa por ser temas generadores de conflicto no concluyen debido a las discusiones que se generan. En la familia 4 todos los temas de conversación logran concluirse.
Ruido de la comunicación	Intervención de varias voces al mismo tiempo.	En el tema donde se presentan varias personas hablando al mismo tiempo es la pensión del padre, la que es manejada por el hijo mayor; esto genera conflicto, ya que los otros hermanos muestran interés por recibir parte de esta.	Los miembros de la familia expresan que en sus temas de conversación no se presentan varias voces al mismo tiempo, ya que respetan la intervención de los otros. Sin embargo, se observó que al tratar el tema de la enfermedad, dos hermanas del paciente identificado hablaban al mismo tiempo.	La intervención de varias voces al mismo tiempo se presenta frecuentemente en las conversaciones entre la madre y el hermano, quienes hablan y discuten al mismo tiempo, elevando el tono de la voz, ya que cada uno desea imponer su punto de vista.	En los diferentes temas de conversación no se presentan varias voces al mismo tiempo, ya que cada miembro escucha a su interlocutor y espera que termine su intervención.	En la familia 1, 2 y 3 se presenta intervención de varias voces al mismo tiempo. En la familia 1, cuando conversan sobre el manejo de la pensión del padre; en la familia 2, cuando tratan el tema de la enfermedad del paciente identificado y en la familia 3, los diferentes temas de conversación se desarrollan de este modo, alterando el contenido del mensaje y la culminación del tema. En la familia 4 no se presenta varias voces al mismo tiempo.
	Gritos	Los gritos no se presentan con mayor frecuencia en los temas de conversación de la familia; sin-embargo, en	Debido a que en esta familia no se presentan conflictos, hay ausencia de gritos en los diferentes temas	Los gritos se presentan después de aumentar el tono de la voz con la finalidad de imponerse tanto	No hay presencia de gritos en la familia ya que se evita a toda costa perturbar la tranquilidad	En las familias 1 y 3 hay presencia de gritos en las conversaciones; en la familia 1 se presentan únicamente cuando el hermano mayor trata el tema de la situación económica; mientras que en la

		algunas ocasiones cuando conversan sobre el tema relacionado con la situación económica el hermano mayor se altera y aumenta su tono de voz.	de conversación.	la madre como el hermano mayor en los diferentes temas de conversación.	del paciente identificado.	familia 3 los gritos son frecuentes en los diferentes temas. En las familias 2 y 4 no presentan gritos en sus conversaciones.
	Ruidos externos del ambiente.	En ocasiones cuando la familia conversa se presentan ruidos externos como música y sonidos generados por electrodomésticos.	La familia manifiesta que no existe ninguna interferencia generada por ruidos externos en sus conversaciones.	No se presentan ruidos externos que afecten el desarrollo de la conversación.	No hay presencia de ruidos externos del ambiente que interfieran o afecten la comunicación de la familia.	La familia 1 manifiesta tener en ocasiones algunos ruidos externos, tales como la música y sonidos generados por electrodomésticos. Mientras que en las familias 2, 3, y 4 no se presentan interferencias generadas por ruidos externos del ambiente.
	Tonos de voz discordantes con la situación.	El tema de conversación en donde el tono de voz es discordante, es el aspecto económico, debido a que el hermano mayor se altera cuando sus dos	La familia manifiesta que en sus conversaciones el tono de voz es congruente con cada uno de los temas tratados.	En cualquier tema de conversación donde participen tanto la madre como su hijo mayor el tono de voz se presenta discordante y por lo tanto se genera conflicto	En el desarrollo de los temas de conversación no se presentan tonos de voz discordantes.	En la familia 1 y 3 se presentan tonos de voz discordantes con la situación o temas tratados. En la familia 1, cuando tratan el tema del aspecto económico; en la familia 3 en todos los temas de conversación entre la madre y su hijo mayor. Por otro lado, en las familias 2 y 4 no se presentan tonos de voz discordantes con los temas

		hermanos le preguntan sobre el dinero de la pensión.		entre los miembros.		tratados.
	Lugar de conversación.	Los lugares en donde generalmente la familia conversa son: la sala, habitación del hermano mayor, zona de labores, y terraza de la casa.	El lugar preferido para conversar es la sala.	El principal sitio donde conversa la familia es la zona de labores.	Los temas de conversación como los negocios, la situación económica del país y de la familia se tratan en la sala; el tema de la enfermedad del paciente identificado es tratado en la habitación, solo por el padre y la madre.	En los lugares en el que la familia 1 lleva a cabo las conversaciones son: la sala, sala, habitación del hermano mayor, zona de labores y la terraza de la casa. En la familia 2 y 4 el lugar preferido para conversar es la sala. Sin embargo, en la familia 4 el tema de la enfermedad es tratado en la habitación. La familia 3 desarrolla sus conversaciones generalmente en la zona de labores.
Contenido del mensaje	Presencia de contenidos positivos o descalificativos en los temas de conversación.	Se identifican en la familia contenidos positivos. El hermano mayor y su esposa constantemente se preocupan y se esmeran por el cuidado del paciente identifi-	Los miembros de la familia manifiestan que en sus conversaciones solo se presentan contenidos positivos; especialmente cuando hablan sobre el hermano	Los contenidos positivos que se presentan en los temas de conversación es el que alude al bienestar del paciente identificado, que es el hijo menor. Sin embargo, la	La familia expresa que en sus conversaciones no se presentan términos descalificativos por respeto al otro. En cuanto a los términos	En las familias 1, 3 y 4 se presentan contenidos positivos en las conversaciones en las que se habla sobre el paciente identificado. En las conversaciones de la familia 2 solo se presentan contenidos positivos cuando conversan sobre su hermano menor, quien es la persona que muestra mayor preocupación por el

		cado. También se observa contenidos descalificativos en el holón de hermanos, donde el hermano mayor expresa que su hermano sólo se preocupa por el dinero de la pensión y no por el cuidado o el estado del paciente.	menor, siendo éste quien muestra mayor interés por el cuidado y bienestar del paciente.	madre y el hijo mayor se descalifican mutuamente, expresando cada uno que el otro presenta comportamientos anormales, necesitando mayor atención que el paciente identificado, manifestando esto de manera satírica. De igual manera la madre descalifica a su hijo mayor por la manera de pensar y actuar de éste, así como el no respetarla.	positivos les gusta resaltar en sus conversaciones las cualidades del paciente identificado.	paciente identificado. En la familia 1 se presentan contenidos descalificativos por parte del hermano mayor hacia el hermano menor, ya que considera que éste solo se preocupa por el aspecto económico y no muestra interés por el bienestar del paciente identificado. Por otro lado, en la familia 3, los contenidos descalificativos se presentan entre la madre y el hermano mayor, manifestando de manera satírica cada uno de éstos que el otro necesita atención psicológica.
Vías de interacción	Interacciones simétricas y complementarias que asumen los miembros de la familia en los temas de conversación.	En la familia se presenta rivalidad entre los hermanos (varones) del paciente identificado, donde el hermano mayor manifiesta que no recibe colaboración en el cuidado del	En la familia, el tipo de interacción que se presenta es complementaria, debido a que es el hermano menor quien participa activamente en los temas de conversación y toma de	Se identifica una relación simétrica, debido a que en los diferentes temas de conversación de la familia se presenta rivalidad y competencia entre el hermano mayor y la madre, quienes	La familia manifiesta que ambos padres poseen el mismo nivel de jerarquía, dialogan y toman decisiones unánimemente. El paciente identificado interviene en la	En las familias 1 y 2 el tipo de interacción que asumen las familias es complementaria, debido a que es uno de sus miembros el responsable de la toma de decisiones con respecto a las diferentes situaciones o problemáticas de la familia, así como el cuidado del paciente identificado. Sin embargo, en la familia 1 se presenta rivalidad y competencia en el holón de

		paciente identificado por parte de su otro hermano; de igual manera se presentan conflictos debido a que es el hermano mayor quien ejerce la autoridad, toma decisiones sobre la administración de la pensión del padre y la casa, mostrando de esta manera una relación complementaria.	decisiones en relación al cuidado del paciente identificado, mientras que sus otros hermanos adoptan una posición pasiva o de poco interés ante esta situación.	consideran que en dichos temas tiene cada uno la razón.	toma de decisiones de situaciones o problemas cotidianos de la familia.	hermanos. En la familia 3, se identifica una interacción simétrica, con un alto nivel de rivalidad y competencia entre la madre y el hijo (holón parental); mientras que en la familia 4, la interacción es simétrica en el holón conyugal.
Reacciones al contenido.	Posturas y expresiones faciales que reflejan relajación, tensión y emociones de los miembros que participan en la conversación.	Cuando hablan sobre el aspecto económico el hermano mayor asume expresiones faciales que reflejan el deseo de no continuar hablando sobre el tema, lo cual le genera tensión; en relación al tema de la enfermedad del paciente, los miembros de la	Los miembros de la familia manifiestan que las posturas y expresiones faciales que adoptan en el tema de conversación sobre el aspecto laboral, muestran relajación y/o tranquilidad. Sin embargo, se observó que cuando se trata	Ante los temas de conversación como los problemas económicos, la búsqueda de trabajo del hermano del paciente identificado, las posturas y expresiones faciales que asumen tanto la madre como el hijo mayor son de disgusto y en	Los miembros de la familia demuestran interés y atención en los temas de conversación frecuentemente tratados. Sin embargo cuando el tema es la enfermedad del paciente identificado las posturas de los miembros son	Las posturas y expresiones faciales de la familia 1 cuando conversan sobre el aspecto económico reflejan tensión y ansiedad. Cuando se habla sobre el paciente identificado expresan tristeza e incertidumbre. La familia 2 manifiesta que cuando conversan sobre sus experiencias laborales muestran relajación y tranquilidad. Por otro lado, se observó en una de las hermanas irritabilidad e incomodidad al hablar sobre la enfermedad del paciente.

		familia expresan sentimientos de tristeza e incertidumbre con respecto al diagnostico.	el tema de la enfermedad, una de las hermanas, quien no convive con el paciente identificado, mostraba un comportamiento que reflejaba irritabilidad: tales como movimiento constante de las manos, un tono de voz alto y el ceño fruncido.	algunas ocasiones de burla. Cuando esta lo descalificaba, él reflejaba posturas de desafió y ansiedad mordiéndose y arrojando las uñas al suelo.	de tensión e incomodidad. La expresión facial del padre es de disgusto y en general de resistencia, frunciendo el ceño y adoptando una posición corporal rígida. La madre se muestra ansiosa, balanceándose e incongruentemente sonríe en relación al tema tratado.	En la familia 3 las expresiones faciales tanto de la madre como del hijo mayor son de disgusto, burla y ansiedad cuando conversan sobre el poco interés que presenta éste para buscar un empleo. Por último en la familia 4, cuando se habla sobre la enfermedad, se experimenta tensión, incomodidad y ansiedad, reflejando el padre una actitud de disgusto, frunciendo el ceño y adoptando una posición corporal rígida.

1_ ESQUIZOFRENIA - PSICOPATOLOGIA
2- ESTRATEGIAS DE LA COMUNICACION
3- COMUNICACION HUMANA
4- TERAPIA FAMILIAR
5- PROCESO DE LA COMUNICACION FAMILIAR
6- SALUD MENTAL
7- TRASTORNOS NEUROTICOS
8- COMUNICACION FAMILIAR
9- PSICOLOGIA - TESIS Y DISERTACIONES ASIGNADAS