

**FACTORES PSICOSOCIALES ASOCIADOS A LA DINAMICA
FAMILIAR DE LOS PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA DEL
CENTRO DE ATENCION Y REHABILITACION INTEGRAL
(CARI) DE LA CIUDAD DE BARRANQUILLA**

**FACTORES PSICOSOCIALES ASOCIADOS A LA DINAMICA
FAMILIAR DE LOS PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA DEL
CENTRO DE ATENCION Y REHABILITACION INTEGRAL
(CARI) DE LA CIUDAD DE BARRANQUILLA**

**ROSARIO ESCALANTE
LILIANA DE MOYA
ERIKA RUIZ
ERIKA VILLAFANE**

**CORPORACIÓN EDUCATIVA MAYOR DEL DESARROLLO
SIMON BOLIVAR
FACULTAD DE PSICOLOGIA
BARRANQUILLA
2001**

UNIVERSIDAD SIMON BOLIVAR
BIBLIOTECA
BARRANQUILLA

No INVENTARIO- 4 03 075 9

PRECIO _____

FECHA 01-10-2008

CANJE _____ DONACION _____

**FACTORES PSICOSOCIALES ASOCIADOS A LA DINAMICA
FAMILIAR DE LOS PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA DEL
CENTRO DE ATENCION Y REHABILITACION INTEGRAL
(CARI) DE LA CIUDAD DE BARRANQUILLA**

**ROSARIO ESCALANTE
LILIANA DE MOYA
ERIKA RUIZ
ERIKA VILLAFANE**

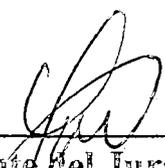
**Informe final de Investigación presentado al Comité de
investigación del Programa de Psicología**

**CORPORACIÓN EDUCATIVA MAYOR DEL DESARROLLO
SIMON BOLIVAR
FACULTAD DE PSICOLOGIA
BARRANQUILLA
2001**

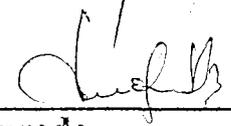
NOTA DE ACEPTACION

4.0

COSTO PUNTO CERO



Presidente del Jurado



Jurado

Jurado

Barranquilla, 2001

Agradezco a Dios, que estuvo presente en todos mis momentos felices y angustiados en este rol de mi vida, por iluminarme, consolarme y acogerme en sus brazos cuando las cosas no tenían el resultado deseado. Gracias Señor por tu gran participación en mi vida.

Una de mis grandes satisfacciones en la vida es la culminación de mi carrera, este éxito lo dedico a mis tres grandes amores: Nicole, Melanie y Maiké; mis hijas, que estuvieron mucho tiempo solas, cuando me ausenté gran parte de los Domingos y las noches que me necesitaban, para cumplir con mi gran meta... ser Psicóloga.

A mis compañeras y amigas por su apoyo y tolerancia y por ser partícipes de mis tristezas y mis alegrías durante este camino.

Rosario.

La culminación de esta etapa quiero compartirla con todos aquellos que siempre me brindaron Amor, Apoyo, Compañía y Colaboración.

A Dios por guiarme e iluminarme en esta ardua tarea.

A mis padres y hermanos que me dieron la Educación, Amor y Ejemplo necesario y con su ayuda moral y estímulo constante comparten hoy con alegría el éxito alcanzado.

A mi esposo e hija a quienes los privé de mi tiempo pero que juntos recogeremos los frutos de esta gran cosecha.

A mis amigas Rosario y Erika por luchar y superar conmigo los momentos difíciles que vivimos.

A Erika quien con su amistad filial me ayudó a superar muchos obstáculos y quien ha sido partícipe en momentos trascendentales en mi vida.

Liliana.

*Deseo manifestar mi felicidad
agradeciéndoles mi triunfo inicialmente a mi
inspiración divina a mis padres que con tanto
esfuerzo y amor me apoyaron a lograr este
éxito, a mis hermanos que me iluminaron en
el camino durante el proceso de formación.*

*A mis compañeras Lilliana, Rosario y Erika
que me apoyaron y motivaron para alcanzar
esta meta.*

*En especial a Dios y a mis padres que
conjuntamente me aportaron la importancia
del Amor, la Fe, la Honestidad, la Amistad y
el trabajo, para que hoy día esté satisfecha y
digna del triunfo alcanzado.*

Erika.

Agradecimientos

Las autoras expresan sus agradecimientos:

A al personal del Centro de Atención y Rehabilitación Integral CARI por su gran ayuda y colaboración.

A las familias de los pacientes esquizofrénicos porque sin su colaboración y disponibilidad no habría sido posible esta investigación.

A Victor Ovalle, Psicólogo y docente en el área de investigación por su asesoría, paciencia y estímulo para seguir adelante.

A todas aquellas personas que de alguna manera participan en la realización de éste estudio.

CONTENIDO

	Pág.
INTRODUCCION	15
1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	19
2. JUSTIFICACION	20
3. OBJETIVOS	22
3.1. OBJETIVO GENERAL	22
3.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS	22
4. MARCO TEORICO	23
4.1. HISTORIA DE LA ESQUIZOFRENIA	23
4.2. DEFINICIÓN DE ESQUIZOFRENIA	25
4.3. MANIFESTACIONES CLÍNICAS	26
4.3.1 Sintomatología aguda o positiva	26
4.3.2 Sintomatología crónica o negativa	29
4.4. TIPOS DE ESQUIZOFRENIA	31
4.4.1 Tipo paranoide	31
4.4.2 Tipo Tipo catatónico	32
4.4.3 Tipo desorganizado	33

4.4.4	Tipo indiferenciado	34
4.4.5	Tipo residual	34
4.5.	CAUSAS POSIBLES DE LA ESQUIZOFRENIA	34
4.6.	TRATAMIENTO DE LA ESQUIZOFRENIA	37
4.6.1	Farmacológico	37
4.6.2	Psicosocial	39
4.7.	FACTORES PSICOSOCIALES EN DINÁMICA FAMILIAR	42
4.7.1	Comunicación	42
4.7.2	Componente afectivo	45
4.7.3	Desempeño de roles	46
4.7.4	Cumplimiento de tareas	47
4.7.5	Control	49
4.7.6	Normas y valores	53
4.8.	RECUENTO HISTÓRICO Y CRÍTICO DE LA TEORÍA DE SISTEMAS	55
4.8.1	Definición de sistemas	55
4.8.2	Subsistemas	57
4.8.3	Propiedades de los sistemas	58
4.8.4	Clasificación de sistemas	60
4.8.5	Sistemas y ambiente	62
4.8.6	Objetivos de la teoría de sistema	63

4.9. LA FAMILIA	65
4.9.1 Recuento histórico de la familia	68
4.9.2 La familia como sistema	72
4.9.3 Tipos de familia	75
4.9.4 Tipología familiar	82
4.9.4.1 Familia normal	83
4.9.4.2 Familia aglutinada o sobreenvuelta	83
4.9.4.3 Familia disgregada	85
4.9.5 Funciones de la familia	86
4.10. CICLO VITAL DE LA FAMILIA	93
4.10.1 Definición	93
4.10.2 Criterios para determinar las fases del ciclo vital	93
5. CONCEPTUALIZACIÓN DE VARIABLES	98
5.1 Definición Conceptual	98
5.1.1 Factores Psicosociales	98
5.1.2 Dinámica familiar	98
5.1.3 Definición operacional	98
6. MÉTODO	101
6.1 TIPOS DE ESTUDIO	101
6.2 POBLACIÓN	102

6.3 MUESTRA	102
6.4 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS	103
6.4.1 Apgar Familiar	103
7. RESULTADOS	107
8. CONCLUSIONES	165
9. DISCUSIONES Y RECOMENDACIONES	167
BIBLIOGRAFIA	
ANEXOS	

LISTA DE CUADROS

	Pag.
Cuadro 1. Distribución por edad de los pacientes esquizofrénicos hospitalizados en el centro de atención y rehabilitación integral (CARI)	103
Cuadro 2. Estado civil de los pacientes esquizofrénicos internos en el centro de atención y rehabilitación integral (CARI)	111
Cuadro 3. Nivel de escolaridad de los pacientes Esquizofrénicos hospitalizados en el hospital Psiquiátrico San Rafael de la ciudad de B/quilla	114
Cuadro 4. Ocupación de los pacientes esquizofrénicos Internos en el centro de atención y rehabilitación integral (CARI)	117
Cuadro 5. Frecuencia con que los miembros de las familias De los pacientes esquizofrénicos hospitalizados En el centro de atención y rehabilitación integral (CARI) expresan libremente sus ideas	120
Cuadro 6. Frecuencia con que se presentan discusiones y Agresiones verbales en las familias de los Pacientes esquizofrénicos hospitalizados en el Centro de atención y rehabilitación integral (CARI)	123
Cuadro 7. Frecuencia con que se han presentado peleas y Agresiones entre los miembros de las familias De los miembros de las familias de los pacientes Esquizofrénicos hospitalizados en el centro de atención y rehabilitación integral (CARI)	126

Cuadro 8. Ocasiones con que llegan a un acuerdo Satisfactorio cuando se presenta un problema en Las familias de los pacientes esquizofrénicos Hospitalizados en el centro de atención y rehabilitación integral (CARI).	129
Cuadro 9. Tipo de actitudes que presentan las familias de Los pacientes esquizofrénicos hospitalizados en El centro de atención y rehabilitación integral (CARI).	132
Cuadro 10. Tipo de relaciones que presentan las familias De los pacientes esquizofrénicos hospitalizados En el centro de atención y rehabilitación integral (CARI).	135
Cuadro 11. Para algunos miembros de las familias no es Importante conocer los problemas de los demás.	138
Cuadro 12. La persona que ejerce la autoridad en la familia De los pacientes esquizofrénicos hospitalizados En el centro de atención y rehabilitación integral (CARI).	141
Cuadro 13. La organización y dirección de las tareas que Realizan los miembros de las familias de los Pacientes esquizofrénicos en el centro de atención y rehabilitación integral (CARI).	144
Cuadro 14. Cuando algún miembro del grupo se encuentra Afectado por algún problema el resto de la Familia le ofrece apoyo.	147
Cuadro 15. Toda la Familia habla de las cosas y consultan Los problemas, buscando solución.	150
Cuadro 16. La familia se siente satisfecha, acepta y apoya Los deseos de cada miembro al emprender Nuevas actividades.	153

Cuadro 17. La familia se siente satisfecha de cómo cada
Miembro expresa sus afectos y responde a sus
Condiciones como tristeza, rabia y amor. 156

Cuadro 18. La familia se siente satisfecha de la forma cómo
Comparten el tiempo, el espacio y el dinero de
Todos sus miembros. 159

LISTA DE GRÁFICOS

	Pag.
Gráfico.1. Distribución por edad de los pacientes esquizofrénicos hospitalizados en el centro de atención y rehabilitación integral (CARI)	110
Gráfico 2. Estado civil de los pacientes esquizofrénicos internos en el centro de atención y rehabilitación integral (CARI)	113
Gráfico 3. Nivel de escolaridad de los pacientes Esquizofrénicos hospitalizados en el hospital Psiquiátrico San Rafael de la ciudad de B/quilla	116
Gráfico 4. Ocupación de los pacientes esquizofrénicos Internos en el centro de atención y rehabilitación integral (CARI)	119
Gráfico 5. Frecuencia con que los miembros de las familias De los pacientes esquizofrénicos hospitalizados En el centro de atención y rehabilitación integral (CARI) expresan libremente sus ideas	122
Gráfico 6. Frecuencia con que se presentan discusiones y Agresiones verbales en las familias de los Pacientes esquizofrénicos hospitalizados en el Centro de atención y rehabilitación integral (CARI)	125
Gráfico 7 Frecuencia con que se han presentado peleas y Agresiones entre los miembros de las familias De los miembros de las familias de los pacientes Esquizofrénicos hospitalizados en el centro de atención y rehabilitación integral (CARI)	128

Gráfico 8. Ocasiones con que llegan a un acuerdo Satisfactorio cuando se presenta un problema en Las familias de los pacientes esquizofrénicos Hospitalizados en el centro de atención y rehabilitación integral (CARI).	131
Gráfico 9. Tipo de actitudes que presentan las familias de Los pacientes esquizofrénicos hospitalizados en El centro de atención y rehabilitación integral (CARI).	134
Gráfico 10. Tipo de relaciones que presentan las familias De los pacientes esquizofrénicos hospitalizados En el centro de atención y rehabilitación integral (CARI).	137
Gráfico 11. Para algunos miembros de las familias no es Importante conocer los problemas de los demás.	140
Gráfico 12. La persona que ejerce la autoridad en la familia De los pacientes esquizofrénicos hospitalizados En el centro de atención y rehabilitación integral (CARI).	143
Gráfico 13. La organización y dirección de las tareas que Realizan los miembros de las familias de los Pacientes esquizofrénicos en el centro de atención y rehabilitación integral (CARI).	146
Gráfico 14. Cuando algún miembro del grupo se encuentra Afectado por algún problema el resto de la Familia le ofrece apoyo.	149
Gráfico 15. Toda la Familia habla de las cosas y consultan Los problemas, buscando solución.	152
Gráfico 16. La familia se siente satisfecha, acepta y apoya Los deseos d cada miembro al emprender Nuevas actividades.	155

Gráfico 17. La familia se siente satisfecha de cómo cada
Miembro expresa sus afectos y responde a sus
Condiciones como tristeza, rabia y amor. 158

Gráfico 18. La familia se siente satisfecha de la forma cómo
Comparten el tiempo, el espacio y el dinero de
Todos sus miembros. 161

LISTA DE ANEXOS

Anexo A. Instrumento de valorización de dinámica
Familiar de los pacientes esquizofrénicos del
Centro de atención y rehabilitación integral

Anexo B. Apgar Familiar

INTRODUCCION

Actualmente se ha observado la importancia decisiva de la integración del paciente con esquizofrenia en la sociedad de la que procede siendo muy negativa la discriminación, el aislamiento o el agrupamiento de pacientes ociosos sin contacto con la realidad; por su parte, la habilitación básica para desempeñarse en comunidad, así como las intervenciones terapéuticas con la familia y ante la misma comunidad, permiten que quienes padecen esquizofrenia, amenazados constantemente por su vulnerabilidad psicobiológica, estén protegidos de rendirse ante las frustraciones, las dificultades y las tensiones propias de los eventos vitales, es por esto, que su rehabilitación va a depender en gran parte de su núcleo familiar.

Es aquí donde se dan las condiciones que facilitan o dificultan la adaptación social de cada miembro, ya que este grupo promueve los factores que van a determinar las condiciones o características individuales influidas por los aspectos predominantes de cada familia.

Por una parte la estructura familiar se define directa o indirectamente por los perfiles de la personalidad de cada miembro y por otro lado el entorno social en el cual se mueve el individuo originan anomalías, disfunciones que afectan de uno u otro modo la estructura interna de la familia.

Para la realización de este estudio investigativo, tomamos como teoría de los autores guías en el capítulo de factores psicosociales y dinámica en el ámbito familiar a: Minuchin, Aherman Norman, Escallón, García Yomaira, Steinchaver y Bertalanfy de la misma forma en el capítulo de esquizofrenia utilizamos los siguientes autores: Robert Feldman, Haslam, Bleuler, Kraepelin, Ricardo Toro, Luis Yepes y el DSM IV.

Los anteriores supuestos permiten formular el problema así: Qué sucede con la dinámica familiar de las personas con esquizofrenia que se encuentran en el Centro de Atención y Rehabilitación Integral (CARI)?, Cuáles son los cambios que se presentan en la estructura interna de la familia.

Para esta investigación se utilizó como instrumento de utilización de datos, una guía de observación que contemplan aspectos relacionados con el tipo de familia como sistema.

Estos aspectos serán investigados con pregunta de tipo cerrado, en los cuales el equipo investigador debe elegir las características que mostraran las familias participantes en las terapias. Así mismos se tuvieron en cuenta aspectos contemplados en el test del APGAR familiar; este instrumento mide funciones como: Adaptación, participación como socio, crecimiento, afecto y resolución y de igual forma nos permitirá detectar el grado de función o disfunción que presenta la familia.

Para la aplicación del instrumento se tuvo en cuenta una población conformada por 19 familias de pacientes esquizofrénicos, las cuales fueron escogidas intencionalmente y basado en esto se tomó una muestra de 10 familias.

Teniendo en cuenta lo anterior nos encontramos ante un estudio descriptivo analítico, en el cual se identificarán y analizarán los factores psicosociales tales como desempeño de roles, comunicación,

normas y valores, tareas y componentes afectivos que inciden en la dinámica familiar de pacientes que padecen esquizofrenia, recluidos en el centro de atención y rehabilitación integral (CARI).

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Los anteriores supuestos permiten formular el problemas así:

¿Cómo influyen los factores psicosociales en la dinámica familiar de los pacientes con esquizofrenia que se encuentran recluidos en el centro de atención y rehabilitación integral CARI?

2. JUSTIFICACION

Teniendo en cuenta que la familia es el núcleo más importante de nuestra sociedad y que de su buen funcionamiento depende la salud integral de cada uno de sus miembros; el equipo investigador se ha interesado en realizar esta investigación, evaluando la familia de los pacientes con esquizofrenia recluidos en el centro de atención y rehabilitación integral CARI. Con el objetivo de identificar cuáles son los factores psicosociales que más incidencia tienen en el sistema familiar, generando disfunción en cada uno de sus miembros, contaminando de tal manera a todo el sistema.

En base a lo anterior nuestro interés en esta investigación será dirigido al centro de atención y rehabilitación integral CARI, la cual es una institución que carece de recursos humanos y económicos que no le permiten a proporcionarle a las familias de los pacientes recluidos ahí, estrategias que le ayuden aceptar y manejar las relaciones familia – paciente para así lograr una mejor recuperación.

Es así que con la ayuda del equipo investigador y de la salud con que cuenta la institución y la participación psicológica en esta problemática, se detectarán y abordarán las causas predominantes en ésta y se llevarán a alternativas de posibles soluciones mediante procesos de terapia familiar.

De igual forma a nivel científico permitirá llegar a conocer exhaustivamente las causas de la esquizofrenia y de la influencia que tiene la familia sobre esta enfermedad, así mismo tendremos la oportunidad de aportar nuevas ideas a las teorías ya establecidas y así crear nuevas técnicas y procedimientos más eficaces para la rehabilitación tanto del paciente como de la familia.

A nivel profesional porque nos permite proporcionarle a las familias de estos pacientes pautas, procedimientos, estrategias y la ayuda oportuna y acertada ante situaciones de crisis en la que se altera la unidad familiar, presentándose disfuncionalidad y lo que se quiere es la "interacción" y adaptación entre ellos y su entorno.

3. OBJETIVOS

3.1. OBJETIVO GENERAL

Identificar los factores psicosociales asociados a la dinámica familiar de los pacientes con esquizofrenia del Centro de Atención y Rehabilitación Integral (CARI) de la ciudad de Barranquilla.

3.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS

-* Identificar los factores psicosociales predisponentes en la dinámica familiar de los pacientes esquizofrénicos del Centro de Atención y Rehabilitación Integral (CARI).

adema muestra .
- (Identificar) los factores desencadenantes de la disfunción familiar de los pacientes con esquizofrenia.

4. MARCO TEORICO

4.1 HISTORIA DE LA ESQUIZOFRENIA

Ya en el siglo XII a.C. se hallan referencias a conductas parecidas a la esquizofrenia, por ejemplo, en el texto indio *Carka Samita*. En 1801, el médico francés Pinel utilizó el término “*demence*”; ese mismo año, su colega inglés, Haslam se refirió a los comportamientos de pacientes esquizofrénicos describiéndolos como un estado de “insania sin pasión furiosa o depresiva”.

Eugen Bleuler examinó el amplio espectro de estas variaciones de la “*dementia praecox*” y las clasificó bajo el rótulo de “grupo de esquizofrenias” (Bleuler, 1911/1950). Todavía hoy continuamos empleando esta denominación, pese a que nuestra comprensión de las perturbaciones esquizofrénicas sigue basándose, en gran parte, en las ideas conceptuales de Kraepelin y sus colegas.

A propósito de esto, se recuerda a los familiares de pacientes esquizofrénicos que la tendencia a enamorarse de extravagantes palabras griegas, como “esquizofrenia”, surgió en un tiempo y lugar que representaron una especie de “Renacimiento” de la medicina, en los que el refinamiento en el uso del lenguaje solía rodear los términos de un aura de validez.

Empero, la búsqueda de nombres para conductas discretas, que se interpretaban como enfermedades distintas, no terminó con Bleuler. Diem (1904) ya había hablado de una “esquizofrenia simple” y a partir de mediados de siglo, las tentativas de centrar la atención en las manifestaciones o curso del “grupo de esquizofrenias” dieron origen a expresiones como estas: “trastorno esquizoafectivo” (Kasanin, 1933), “trastorno esquizofreniforme” (Langfeldt, 1939), esquizofrenia “seudoneurótica” (Hoch y Polantin, 1949), “psicosis cicloide” (Leonhard, 1961), esquizofrenia “de primer orden” (Schneider, 1959) y, más recientemente, esquizofrenias “Tipo I” y “Tipo II” (Crow, 1980).

Cuando utilizamos el término “esquizofrenia”, lo definimos y así proporcionamos una base común para la comunicación entre

nosotros, los pacientes y sus familias. El objeto de todo este discurso en torno a la historia de la esquizofrenia es que la familia aprenda que la clasificación no es sinónimo de diagnóstico sino una ayuda útil para establecerlo.

4.2 DEFINICION DE ESQUIZOFRENIA

La esquizofrenia es una enfermedad del cerebro que afecta todas las habilidades del individuo, con una desorganización severa del funcionamiento social, así como alteraciones características de tipo cognoscitivo, afectiva y de su comportamiento. Su importancia en el campo de la psiquiatría actual depende no tanto del número de personas afectadas, sino de la gravedad del fenómeno, pues su comienzo en plena juventud y sus manifestaciones influyen negativamente en la escolaridad, el trabajo productivo y la vida familiar.¹

La esquizofrenia es en realidad, una enfermedad relativamente común, estimándose que el 1% de la población es diagnosticada con

¹ VALLEJO NAJERA, J.A. Guía Práctica de Pedagogía Familiar. Colección de revistas, Tomo III. Pag. 484.

este mal durante el curso de su vida. La mayoría de quienes la padecen responden bien al tratamiento terapéutico con medicamentos, y muchos pueden conducir sus vidas de una forma satisfactoria y productiva.²

4.3 MANIFESTACIONES CLINICAS

Se dividen en dos grandes grupos sintomatológicos:

- a. Sintomatología aguda o positiva.
- b. Sintomatología crónica.³

4.3.1 Sintomatología aguda o positiva. Comprende básicamente fenómenos de tipo perceptivos (alucinatorios) ideativo (ideas delirantes), y experiencias de pasividad.

a. Trastornos perceptivos: Las alucinaciones aparecen con alta frecuencia, las más comunes son: las auditivas, visuales y somáticas.

² TORO, Ricardo. YEPES, Luis. *Psiquiatría*. 1990, Pág. 254.

³ SARASON G., Irwin y SARASON Barbara, *Psicología Anormal*. Prentice Hall Hispano Americana S.A., pag. 327

Las alucinaciones auditivas tienen un carácter verbal, siendo percibidas en forma de voces que se dirigen al paciente en segunda persona (tú, usted, vos) o hablado él en tercera persona. Constituyen frases cortas y continuas, ésta es muy características.

Las alucinaciones auditivas – verbales permanecen a lo largo del día, desapareciendo solamente durante el sueño. Otra calidad específica es su carácter de diálogo o la forma de comentarios insultantes, amenazantes, burlones o imperativos.

Pueden proceder de lugares distantes o cercanos del propio cuerpo del sujeto, del techo, las paredes o situarse en otras personas.

Los pacientes dicen oír sus propios pensamientos formulados externamente en palabras, o escuchar que son repetidos en voz alta.⁴

b. Trastornos ideativos: Las ideas delirantes es una de sus principales características, generalmente está acompañada de un tono emocional que se ha denominado “humor delirante” a causa de

⁴ Ibid. Pág. 255.

las impresiones angustiosas de algo que puede suceder, pero no es comprendido, la percepción delirante interna da significado a ciertas situaciones reales. Primero viene la percepción y luego la explicación con un sentido de clarividencia, revelación o mensaje oculto. Todo parece estar dispuesto para probar algo o darlo a conocer, de esta forma cualquier cambio normal en el ambiente, puede indicar una situación novedosa como los colores vivos de un vestido, el cual quiere decir que se prepara un golpe de estado, las estrellas anuncian la venida de otro Mesías, etc.

Deben tener en cuenta las ideas de auto-referencia, por las cuales los acontecimientos externos son referidos a la propia persona. Una conversación es interpretada como murmuración relacionada con el paciente, las miradas son dirigidas hacia él, la risa de los otros trata de ridiculizarlos.

Un grado mayor de fenómenos autoreferencial es la llamada "idea delirante de alusión", interpretándose toda situación directamente personal.

c. Trastornos afectivos: El principal trastorno es una especie de indiferencia o insensibilidad emocional aparente, lentitud de reacción y casi ausencia de expresión. En efectos sentimientos finos son conservados, expresándose sólo en determinadas situaciones normales o dando respuesta paradójica que han sido consideradas incongruentes.

Un sujeto puede así manifestar irritabilidad ante un cambio de peinado de una enfermera o emociones de agrado ante circunstancias penosas, son muy típicas las risas sin motivos externos, obvios, o la sensibilidad aparente ante lo que los demás pueden considerar gracioso.⁵

4.3.2. Sintomatología crónica o negativa. El concepto de cronicidad puede referirse a las secuelas que deja en el paciente, una larga permanencia en ambientes institucionales restringidos, pero es conocido que fuera de la atmósfera social hospitalaria aparecen síntomas que corresponden de manera más estricta a la variación

⁵ Ibid. Pag. 256

evolutiva en el tiempo, cuando los episodios agudos se hacen especialmente repetidos.

a. Trastornos ideoverbales: Se ha comprendido con alteraciones neurológicas, recibiendo inicialmente el término de parafasia verbal, se le conoce también con el pensamiento saltigrado, condensación, incoherencia, interpretación temática.

Los síntomas distintivos son mayor confusión o alteración emocional, hay pérdida o laxitud de asociaciones que van a manifestarse como desorganización conceptual expresión fragmentaria y ausencia clara de significados.

Las palabras carecen de precisión o toman un carácter disparatado, con generalizaciones vagas y giros personales en formas metonímicas que son para el observador desprovista de sentido.

Las ideas de todas las formas de esquizofrenia están relacionadas entre sí, desde la esquizofrenia típica o verdadera, pasando por los estados esquizofreniformes hasta las formas limítrofes y la personalidad esquizoide.

4.4 TIPOS DE ESQUIZOFRENIA

La clasificación transversales corresponden a los tipos clásicos que fueron definidos por síntomas y signos. Los cuatro subtipos transversales clásicos son:

- Paranoide
- Catatónico
- Desorganizado
- Indiferenciado
- Residual

4.4.1. Tipo paranoide. Predominio de síntomas de tipo delirante y alucinaciones. Se le considera como la forma típica y la más diagnosticada de nuestro medio, aún cuando la conducta paranoide, se aplica de manera distinta a todo tipo de psicosis. Es difícil encontrar fenómenos absolutamente específicos aunque siempre se menciona para este subtipo la conservación de la personalidad y la edad más tardía de aparición. Las razones para pensar en este diagnóstico, sería la presencia de un cuadro florido de alucinaciones, ideas delirantes de influencia, persecución, referencia

o alucinación. Se encontrarían diversas alteraciones de tipo afectivo y ausencia o poca frecuencia de alteraciones ideoverbales.⁶

4.4.2. Tipo catatónico. Se caracteriza por alteraciones de la conducta motora y puede presentarse bajo forma de estupor o excitación.

En la fase de estupor aparece un notable retardo motor (movimientos espontáneos o a la actividad general), llegando a veces a la inmovilidad total, sin respuesta ante un estímulo ambiental. Algunos pacientes presentan catalepsia que es la tendencia a sostener determinadas posiciones, dando lugar a un estado que puede ser confundido con los fenómenos de rigidez extrapiramidal. También presenta mutismo, ecopraxia y obediencia automática.

En la fase de la excitación aparecen una intensa agitación, movimientos estereotipados y conducta violenta o destructiva. El lenguaje muestra ecolalia, al igual que en forma estuporosa, el paciente puede presentar negativismo, así como alucinaciones

⁶ Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales de D.S.M. IV. Masson, 1995, Pag 279.

auditivas, ideas delirantes, expresión de pasividad y los otros síntomas característicos.⁷

4.4.3. Tipo desorganizado. Caracterizado por lenguaje y comportamiento desorganizado, la afectividad aplanada o inapropiada. El lenguaje desorganizado puede ir acompañado de tonterías y risas que no tienen una clara conexión con el contenido del discurso. La desorganización comportamental puede acarrear una grave disrupción de la capacidad para llevar a cabo actividades de la vida cotidiana.

Las características asociadas incluyen muecas, manerismos y otros comportamientos extraños, habitualmente este subtipo está asociado a una personalidad premorbida y empobrecida.

4.4.4. Tipo indiferenciado. La característica esencial del tipo indiferenciado de la esquizofrenia, es la presencia de síntomas como son: las ideas delirantes, alucinaciones, lenguaje desorganizado, comportamientos negativos (criterio A de la esquizofrenia), aunque

⁷ Ibid. Pag 278

hay que descartar que este cuadro no cumple con los criterios para tipo paranoide desorganizado y catatónico.

4.4.5. Tipo Residual. Este tipo de esquizofrenia se caracteriza cuando ha habido al menos un episodio de esquizofrenia, pero en el cuadro clínico actual no es patente la existencia de síntomas psicóticos positivos. Hay manifestaciones continuas de la actuación como lo indica la presencia de síntomas negativos (afectividad aplanada, pobreza del lenguaje o abulia).

4.5 CAUSAS POSIBLES DE LA ESQUIZOFRENIA

Si quedare alguna duda de que la esquizofrenia es una enfermedad psicobiológica, dócil a la intervención química y a la modificación del ambiente, este será el momento indicado para tratarla.

Según las ideas actuales, la diátesis o vulnerabilidad a las enfermedades esquizofrénicas puede ser adquirida o heredada, pero hasta ahora nadie puede hablar con mucha autoridad acerca de la causa o causas de la esquizofrenia en sí. La anterior descripción de

la psicobiología de la esquizofrenia documenta la gravedad y complejidad del tema etiológico.

Todas las enfermedades infecciosas graves que afectan al cerebro, incluidas las infecciones bacterianas o, quizá, los virus lentos, tal vez predispongan finalmente a un individuo a la esquizofrenia. Los traumas del nacimiento, en particular los que traen consigo una lesión o mala oxigenación del cerebro, pueden ser importantes antecedentes coadyuvantes (Shulsinger et al., 1984).

Pero es indudable que existe otra fuente de vulnerabilidad que, en algunos pacientes, parece heredada. Debemos recordar que las familias transmiten a sus hijos mucho más de los que contienen sus genes; entre otras cosas, les transmiten sus modos característicos de percibir el ambiente, de responder a él y de interactuar con él. Aunque el riesgo de contraer esquizofrenia varía del 1 al 2% entre la población general.

Insistimos en que, si bien existen evidentes nexos entre el historial esquizofrénico de una familia y el riesgo de que uno de sus

miembros sufra un episodio esquizofrénico, ambos progenitores son esquizofrénicos, el índice de riesgo aumenta a un 35 o 40%.

La herencia como tal nos dice algo, en verdad, acerca del hecho de que la esquizofrenia no es un fenómeno aleatorio y, en algunos casos, su causa está vinculada, al menos en parte, con la biología del individuo. Empero, en el momento actual no podemos explicar la mayoría de los casos de esquizofrenia sobre la base de la genética humana sino que debemos buscar otras causas: traumas del nacimiento, enfermedades infecciosas, etc.⁸

En resumen, las percepciones distorsionadas, los estímulos rivalizantes, las sensaciones de sobrecarga, y el terror que provocan, tienen una base en alteraciones de la función cerebral, particularmente en las que afectan a los mensajeros químicos y sus neurosendas. Estas alteraciones se producen en las estructuras importantes del cerebro responsables de las funciones primitivas y básicas del procesamiento de la información (atención) y la regulación de nuestra prontitud para responder (vigilancia). Desde

⁸ Esquizofrenia Fundamentos psicológicos y psiquiátricos de la rehabilitación. Fotocopia.

el punto de vista de la conducta, obstaculizan la capacidad de pensamiento y sentimiento del individuo, denominamos "esquizofrenia" a los signos de esa obstaculización, a falta de un término mejor.

4.6 TRATAMIENTOS DE LA ESQUIZOFRENIA

Como hemos visto, la esquizofrenia afecta varias áreas del funcionamiento de la persona, por lo tanto requiere un tratamiento que tenga en cuenta todos sus aspectos, como son el físico, el emocional, el sociofamiliar y el ocupacional. Para el tratamiento eficaz de la esquizofrenia se debe utilizar por lo menos el tratamiento farmacológico acompañado del psicológico; a continuación se describe el tratamiento integral de la esquizofrenia.

4.6.1. Farmacológico. La efectividad de los antipsicóticos está claramente establecida.

Centenares de estudios controlados, han mostrado que son netamente superiores al placebo en el tratamiento de síntomas esquizofrénicos, esto es evidente, así el grupo placebo reciba psicoterapia individual,

terapia de grupo u otras formas de tratamiento social. Se sabe también que la ausencia de tratamiento con neurolépticos durante un episodio agudo, va a producir efectos nocivos a largo plazo que sólo se hacen evidentes después de unos 5 años.

La acción antipsicótica de estas drogas es global, pero se refleja en algunas manifestaciones especialmente como las alucinaciones, las ideas delirantes, la sobreinclusión, la disfunción de la atención, la inafectividad y la conducta de evitación social. El efecto no es propiamente sedante, aunque el sueño y la excitación mejoren. Consiste solamente en la modificación a nivel de la formación reticular o diversos estímulos irrelevantes, provocando un desenfreno selectivo.

El tratamiento puede ser iniciado con dosis de 400 e iniciando 900 mg diarios, de clorpromazina por vía oral o haloperidol inyectable en forma IM, con 10 mg c/4 horas. Otros neurolépticos que pueden ser empleados son las trifluopromazina, tioproperazina, tioridazina, clozapina.⁹

⁹ Salud mental y psiquiatría. Fotocopia

4.6.2. Psicosocial. La lucha por modificar los síntomas de la esquizofrenia por lograr una mejoría de las relaciones interhumanas y evitar los efectos de deterioro social, ha hecho que se ensayen diversas formas de tratamiento psicosocial que comprenden psicoterapias individuales, grupal, terapia familiar, terapia ambiental, terapia ocupacional y diversas formas de condicionamiento operante.

Analizaremos a continuación las posibilidades ofrecidas por estas formas de tratamiento:

a. Psicoterapia individual: la terapia psicológica individual tiene como finalidad que la persona comprenda y acepte su enfermedad, encaminando sus esfuerzos hacia su recuperación.

b. Psicoterapia de grupo: Aunque hay múltiples formas de terapia de grupo que pueden esconderse desde las más educativas hasta las más definidamente terapéuticas, se puede afirmar que las características comunes son: En primer lugar, que haya un grupo de personas con objetivos terapéuticos. En segundo lugar, que sea

manejada por un personal o líder experto y en último término, que las relaciones e interacciones entre los asistentes al grupo, sirvan de instrumento para clasificar, motivar o cambiar el comportamiento. Las conclusiones de las diversas experiencias controladas con diversas modalidades grupales, demuestran que no hay disminución de psicopatología ni reducción de porcentaje de hospitalización, pero esta guía terapéutica promueve la socialización de los pacientes, especialmente si la técnica está más focalizada en las variables interpersonales que en la introspección. En definitiva, las terapias de grupo dan mayor ventaja junto con otros tratamientos psicosociales al tratamiento farmacológico solo.

c. Terapia familiar: Solo se conoce actualmente 3 evaluaciones controladas sobre este tipo de terapéutica, pero todas ellas demuestran que los pacientes esquizofrénicos así tratados, presentan una mayor habilidad para manejar eventos intrafamiliares, clasificar comunicación y adaptarse en general a interacciones difíciles. Por parte de la familia se observan cambios positivos que puedan puntualizarse en una mejor aceptación de la psicosis, una identificación adecuada de eventos precipitantes y una desarrollada estrategia para evitar o minimizar tales eventos. Esto resulta

especialmente aplicable con esquizofrénicos adolescentes o adultos jóvenes que conviven con su familia.¹⁰

d. Terapia social: Las medidas de tratamiento social actúan en dos niveles: en primer término, reduciendo la tendencia a la invalidez y las limitaciones del paciente, desarrollando por otra parte destrezas compensatorias y en segundo término activándolo para su integración a la comunidad y a un trabajo futuro. En otras palabras se trata de crear condiciones de rehabilitación. Dada la alta reactividad social de este tipo de pacientes, esta rehabilitación debe establecerse en forma gradual, procurando evitar la exacerbación de síntomas agudos. El trabajo debe ser un aspecto importante en esta rehabilitación, pero no el objetivo único. Otros factores como el uso del tiempo libre, son importantes al igual que la creación de capacidades para el manejo de diversas situaciones familiares y social.¹¹

¹⁰ Salud Mental y Psiquiatría. Fotocopia

¹¹ TORO G., Ricardo, YEPES R., Luis. Psiquiatría. 1990. Pág. 262.

4.7 FACTORES PSICOSOCIALES EN DINÁMICA FAMILIAR

Los seres humanos pertenecemos a distintos grupos que podemos llamar sistemas, entre estos tenemos: los sistemas sociales como grupo de amigos, escuelas, etc., pero la familia es el sistema más importante que de acuerdo al buen funcionamiento de esta depende una buena o mala salud mental.

“La familia es una unidad básica de la sociedad, en la cual 2 ó más adultos con o sin hijos, o también adultos con hijos, el compromiso de unirse emocionalmente y físicamente, deciden compartir recursos tales como tiempo, espacio y dinero de los miembros”.¹²

La familia se puede considerar como un sistema complejo en la que sus miembros juegan un papel distinto y se interrelacionan para llevar a cabo funciones para cada individuo de la familia y contribuir a la sociedad.

¹² CARVAJAL, María Eugenia y CRUZ, Víctor. Comportamiento y Salud. Norma. Tomo II. Pag. 52.

El grupo familiar es una institución cultural, que como tal debe cumplir unas metas ordenadas y orientadas hacia la conservación de la especie y la familia misma, promoviendo el desarrollo biológico y social de sus miembros.

El funcionamiento de la unidad familiar conlleva aspectos generales para todos y cada uno de los miembros y se encuentran definidos por las normas familiares que a su vez han sido introyectadas de la familia de origen. Estos criterios universales son: según STEINHAUER.¹³

4.7.1 Comunicación. Este es uno de los aspectos vitales del funcionamiento familiar y es allí donde generalmente se originan las patologías que dificultan el exitoso cumplimiento de las tareas familiares.

Es fundamental el intercambio de información verbal entre un emisor y un receptor para lograr un mutuo entendimiento. Es indispensable que el emisor envíe mensajes claros, directos y

¹³ Ibid. Pag 54

suficientes. El receptor debe ser psicológicamente apto y abierto para recibirlo con una distorsión mínima. Los contenidos pueden ser instrumentales, cuando hacen referencia a las tareas de la vida cotidiana y afectivos cuando se trata de la expresión de sentimientos.

De ahí que se postula que la comunicación en la familia se ejerce a través de dos campos: el campo instrumental y el campo afectivo, se tienen en cuenta igualmente otros dos parámetros; el hecho que la comunicación sea clara o enmascarada y el hecho de que sea directa o indirecta, a partir de estos dos parámetros se pueden identificar cuatro tipos de comunicación posibles:

- Clara y directa
- Clara e indirecta
- Enmascarada y directa
- Enmascarada e indirecta.

Se puede decir que el estilo de comunicación más adecuado y el más eficaz es la comunicación clara y directa y la menos eficaz la enmascarada e indirecta. ¹⁴

4.7.2 Componente afectivo. Esta implicación hace referencia al grado en cuanto a cantidad y calidad del interés de los miembros de la familia, en satisfacer las necesidades emocionales de seguridad y autonomía, suficiente para desarrollar la independencia y autoestima de los otros.

Algunos autores la denominan cohesión y al verlo como función continua, le señalan dos puntos extremos: disgregación y amalgamiento. En el primero el grado de implicación afectiva es bajo y en el segundo es tan intenso como indiferencial produciendo aquello que algunos autores llaman "simbiosis".

Así mismo dicho enlace emocional que los miembros de la familia tiene de unos a otros presentan algunas variables que utilizan para medirlos, estas son: lazos emocionales, los límites, las coaliciones,

¹⁴ Salud Mental y Psiquiatría. Fotocopia.

el espacio, la toma de decisiones, los intereses comunes y las recreaciones, la definen en cuatro categorías:

- Disgregados: muy bajos
- Separados: Moderadamente bajo
- Amalgamado: Muy alto

El autor plantea que los niveles centrales de cohesión (separado y conectado) producen mejores formas de funcionamiento familiar, y los extremos disgregados y amalgamados son más problemáticos y la mayoría de familias que llegan a tratamiento caen en estos extremos.

En las familias amalgamadas hay exceso de identificación y esto hace que la lealtad y el consenso familiar no permitan la individualización de los miembros, en los disgregados el nivel de autonomía lleva a los miembros a pensar solo en ellos y a tener un grado limitado de compromiso familiar.

4.7.3 Desempeño de roles. Al hablar de roles, hacemos referencia a las conductas prescritas y repetitivas que comprenden un grupo de actividades recíprocas con otros miembros de la familia.

La integración de roles se logra cuando estos se distribuyen a través de un acuerdo básico, la distribución de los roles puede hacerse por:

- Atribución
- Acuerdo mutuo
- Asignación

Los roles pueden ser tradicionales e ideosincráticos, es decir los primeros relacionados con las tareas y los segundos frecuentemente son expresiones de alteración individual o familiar, es lo que generalmente se denomina "Chivo Expiatorio" (depositario de la disfuncionalidad de toda la familia).

4.7.4 Cumplimiento de tareas. Este criterio se fundamenta sobre el claro reconocimiento de la autoridad y del liderato para tomar decisiones sobre las vías de acción, necesarias en el logro de las metas. A través del éxito en el cumplimiento de las tareas, es como la familia logra sus metas biológicas, psicológicas y sociales, algunas de las metas son:

- a. Lograr el desarrollo de los miembros de la familia
- b. Proveer seguridad y autonomía
- c. Lograr la cohesión necesaria para mostrar la unión
- d. Tener la adaptabilidad suficiente para cumplir las demandas ambientales y del desarrollo.

Las tareas son de tres tipos:

- **Tareas básicas:** buscan satisfacer las necesidades primarias como: alimentación, salud, protección.
- **Tareas de desarrollo:** Orientadas a promover en forma permanente, el desarrollo de los miembros, combinando el curso del ciclo vital familiar con el cambio de necesidades de desarrollo de los miembros.
- **Tareas críticas:** Se refiere a la forma como la familia enfrenta los periodos críticos de aumento de estrés.

Para el cumplimiento de las tareas se requieren de procesos tales como:

- Exploración de alternativas
- Identificación de tareas
- Acciones
- Evaluación y ajustes

4.7.5 Control. Hace referencia a la integración del sistema, el cual imprime una dirección y hace prescindiblemente su desarrollo en el tiempo. Contempla dos aspectos, el mantener el funcionamiento del sistema y adoptarlo a las nuevas demandas, de cuya flexibilidad depende el grado de adaptabilidad que consiga.¹⁵

Estas constituyen la estructuración familiar que a su vez rige el funcionamiento de los miembros de la familia, define su gama de conductas y facilita su integración recíproca. La familia necesita de una estructura viable para desempeñar sus tareas esenciales, como son: apoyar la individualización, el tiempo que proporciona un sentimiento de pertenencia. Los miembros de la familia no se pueden vivenciar a sí mismo como parte de una estructura familiar.

¹⁵ Ibid.

Todo ser humano se considera una unidad, sabe que influye sobre la conducta de otro individuo, que estos influyen sobre la suya cuando interactúa en el seno de la familia.

La familia está de continuo sometida a las demandas de cambio interno y externo. El cambio es la forma y una observación prolongada de cualquier familia revelará una notable flexibilidad, fluctuación constante y muy probablemente, más desequilibrio que equilibrio.

Al contemplar una familia durante un lapso prolongado, es observarla como un organismo que evolucionará en el tiempo.

Dos células individuales se unen para formar una entidad plural, semejante a una colonia animal. Esta entidad va aumentando la edad en su estado que incluye individualmente sobre cada uno de sus miembros, hasta que las dos células progenitoras decaen y mueren, el tiempo que otras inician el ciclo de vida. Como todos los organismos vivos, el sistema familiar tiende al mismo tiempo a la conservación y la evolución, las exigencias de cambio pueden activar los mecanismos que contrarrestan la atipicidad, pero el

sistema evolucionará hacia la complejidad creciente. Aunque la familia puede fluctuar dentro de ciertos límites, posee una capacidad asombrosa para adaptarse y cambiar, manteniendo su capacidad asombrosa para adaptarse y cambiar, manteniendo su capacidad o continuidad. La familia como sistema vivo, intercambia información y energía con el mundo exterior.

Las fluctuaciones del origen interno o externo, suelen ser seguidas por una respuesta que devuelva el sistema a su estado de constancia.

Pero la fluctuación se hace más amplia, la familia puede entrar en una crisis en que la transformación tenga por resultado un nivel diferente del funcionamiento capaz de superar las alteraciones.

La familia colombiana se ha visto enfrentada a problemas en donde el núcleo familiar es el que resulta afectado por todos los flagelos que dan dentro del sistema en el que se mueve, uno de estos problemas es la esquizofrenia.

Los aspectos más sobresalientes y que se deslumbra como consecuencia de un comportamiento inadecuado de la familia cuya

influencia determina pautas en el individuo y lo hace cada vez más apto a la negatividad de un tratamiento efectivo, éstas son:

- ◆ Rechazo de los padres hacia el paciente.
- ◆ Indiferencia
- ◆ Carencia de comunicación
- ◆ Violencia con los hijos
- ◆ Descuido y falta de interés
- ◆ Discusiones entre padres.

“La posición que adopte la familia va a incidir negativa o positivamente en el paciente”.

La unidad familiar obtiene control a través de diferentes técnicas y estrategias detenidas a influenciar la conducta de sus miembros, presenta 4 estilos básicos como son: rígido, flexible, permisivo y caótico.

4.7.6 Normas y valores. Los valores se definen como guías que orientan la conducta de los seres humanos y les indican sobre como deben comportarse, también implican que tan buena o mala, correcta

o incorrecta es una situación. Constituyen el conjunto de opciones que le dan sentido a la vida; orientan y desarrollan el potencial de la persona y la preparan para vivir en sociedad de manera armónica e integrada.

Cuando se habla de valores, se habla de sesgos, es decir, de manera preferenciales de ver, interpretan de juzgar cualquier situación o persona con la que interactuamos. Estos sesgos valorativos son parte esencial de la vida personal y social, están presente siempre en todas las dimensiones de la vida, aunque no se nombre o incluso aunque no se tenga conciencia de ellos.

Es necesario establecer la diferencia entre valores por un lado y las normas o preceptos directivos de la cuenta, los primeros se toman libremente y los segundos se imponen desde afuera.

Estas normas y valores se encuentran determinadas por todos los anteriores aspectos descritos. Las tareas que deben cumplir los miembros de la familia, la forma como se definen los roles, los patrones de comunicación considerables aceptados, los grados de implicación afectiva y los mecanismos de control utilizados, se

encuentran moldeados por las normas y valores procedentes parcialmente de las influencias de las familias de origen de los padres y por otra parte de los demás elementos culturales como subgrupos a los cuales pertenece la familia, ya sea étnicos, socioeconómicos y etéreos.

La entidad personal de cada uno de los miembros de la familia se define primaria, pero no exclusivamente en las relaciones familiares, se incrementa y define cuando el individuo crece y abandona los límites protectores de la familia y se integran a la sociedad a la cual ésta hace parte.

Entre los seres humanos, unirse para “coexistir” suele significar alguna forma del grupo familiar. La unidad familiar es el contexto natural para crecer y recibir auxilios y de él dependerá su desenvolvimiento y una mejor relación familiar. La familia es grupo natural que en el curso del empleo ha elaborado pautas de integración.¹⁶

¹⁶ Ibid.

4.8 RECUENTO HISTÓRICO Y CRÍTICO DE LA TEORÍA DE SISTEMAS

La noción de teoría general de sistemas se debe a Von Bertalanffy, quien la formuló por primera vez en los años treinta; especialmente le interesó elaborar la “Teoría de Sistemas Abiertos”, es decir, sistemas que intercambian materiales con el medio ambiente como todo sistema “vivo”. La teoría General de Sistemas pretende establecer principios generales para sistemas, esto es, entidades organizadas, independientemente de su naturaleza física, biológica o sociológica. Cada uno de los elementos que componen el sistema, no importando su tamaño tienen propiedades que lo convierten en una totalidad, es decir, en elementos independientes.¹⁷

4.8.1 Definición de Sistema. Sistema es el conjunto de partes coordinadas y en interacción para alcanzar un conjunto de objetivos.

¹⁷ BERTALANFFY, Ludwin. *Perspectiva en la teoría general de sistemas*. Madrid: Alianza, 1979.

Otra definición señala que un sistema es un grupo de partes que interactúan y que forman un todo o que se encuentran bajo la influencia de fuerzas en alguna relación definida.¹⁸

Afanasiev define sistema como un conjunto de elementos, cuya interacción produce la aparición de nuevas cualidades, no inherentes a los componentes aislados que constituyen el sistema. La relación entre sus componentes es tan estrecha que la modificación de uno de ellos produce cambios en los otros, y con frecuencia la de todo el sistema.¹⁹

Un ejemplo de sistema es el ser humano, maravillosamente constituido y diseñado con muchas partes diferentes que contribuyen de distinta forma a mantener su vida, su reproducción y su acción.

Podemos señalar que los sistemas consisten en individualidades, por lo tanto son indivisibles como sistema. Poseen partes y subsistemas, pero estos son ya otras individualidades.

¹⁸ BERTOGLIO, Oscar. Introducción a la teoría general de los sistemas. México: Limusa, 1992. Pag 28.

¹⁹ AFANASIEV, V. El enfoque sistémico aplicado al conocimiento social. Barcelona: Gedisa, 1989. Pag. 51.

Bertoglio, se pregunta qué es un individuo y señala que significa un objeto que espacial, temporal y dinámicamente constituyen algo distinto del otro ser de su misma categoría y que como tal, pasa por un terminado ciclo vital.²⁰ El autor denota que individuo significa indivisible pero como hemos visto en el ejemplo del sistema humano (el hombre), es posible dividirlo en otros sistemas (células), es como indica Von Bertalanffy precisamente “individuo” y se multiplica a través de la división.

4.8.2 Subsistema. Se entiende por subsistema, el conjunto de partes e interrelaciones que se encuentran estructural y funcionalmente dentro de un sistema mayor, y posee sus propias características. Así, los subsistemas son sistemas dentro de los sistemas mayores.

El enfoque sistémico corresponde a la integración de los subsistemas para una mayor comprensión del todo y las interrelaciones de sus partes.

²⁰ BERTOGLIO, O.J. Op Cit.

4.8.3 Propiedades de los sistemas.

- **Totalidad e independencia.** Las partes de un sistema están relacionadas entre sí, de tal forma que un cambio en una causa un cambio en las otras y en el sistema total. Se puede decir que el sistema corresponde a un todo.
- **Segregación progresiva.** El sistema sigue un proceso de segregación progresiva, usa los cambios de la totalidad a la sumatoria. Existen dos clases de segregación progresiva: de decadencia y de crecimiento.
- **Sistematización progresiva.** Es el opuesto a la segregación progresiva. Aquí el cambio va hacia la totalidad. Puede consistir en refuerzo de relaciones existentes, desarrollo de nuevas relaciones, etc. Es posible que en el mismo sistema se de la segregación y la sistematización simultánea e indefinidamente, de modo que el sistema existe en un estado permanente.

- **Centralización.** Un sistema centralizado es aquel en que un elemento o subsistema juega un rol dominante en las operaciones del sistema.²¹

Otros autores sugieren que las propiedades de un sistema se caracterizan por cuatro aspectos fundamentales:

- a. Los componentes del sistema.
 - b. La estructura
 - c. La función
 - d. La integración
-
- a. Los componentes del sistema son unidades estructurales cuya interacción provoca y garantiza los aspectos cualitativos del sistema.
 - b. La estructura es la forma interna del sistema que constituye el modo de interconexión e interacción de los componentes que lo integran. La estructura es condición necesaria para la

²¹ *Ibid.* p.285

acumulación de cambios cuantitativos dentro del sistema, necesarios para su desarrollo y transformación.

- c. La función es la actividad del sistema, esta se manifiesta a través de sus acciones que son el resultado del funcionamiento integrado de los componentes que lo forman. Existe una dependencia funcional entre los componentes y el sistema en su totalidad, y entre esta totalidad y un sistema más amplio del cual forman parte.
- d. La integración es el aspecto más importante del sistema, garantiza su funcionamiento y desarrollo.²²

4.8.4 Clasificación de sistemas. Kenneth Boulding, publicó en 1956 en la revista *Management Science*, un artículo titulado “teoría general de sistemas, el esqueleto de las ciencias” en el cual hizo una clasificación general de los sistemas agrupados en nueve grupos o niveles:

²² RODRIGUEZ, Carlos. *Terapia Familiar Funcionamiento y evaluación*. Bogotá: Kely, 1987. Pag 111

1. Sistemas de las estructuras rígidas (vigas, puentes, edificios).
2. Sistemas de los mecanismos simples (reloj, máquinas simples).
3. Sistemas cibernéticos (termostato, reguladores de velocidad).
4. Sistemas de célula.
5. Sistemas de plantas o reino vegetal.
6. Sistemas de animales o reino animal.
7. Sistemas de seres humanos
8. Sistemas de organizaciones sociales.
9. Sistemas trascendentales.²³

Posteriormente estos tipos de sistemas fueron clasificados como sistemas cerrados (ejemplo los tres primeros de la lista anterior) ellos existen o se los diseñan de modo que reaccionen en una forma previsible ante estímulos previstos.

Sistemas abiertos son aquellos que tienen la capacidad de respuesta y adaptación ante estímulos del ambiente, es decir, que permiten la entrada y salida de información intercambiándola con otros sistemas;

²³ BOULDING, Kenneth. Teoría general de los sistemas. El esqueleto de las ciencias. Fotocopia.

produciendo interacciones dentro del sistema. Ejemplo, los seis siguientes de la lista anterior corresponden a este tipo de sistemas.

4.8.5 Sistemas y ambiente. Si examinamos cualquier sistema, veremos que este no existe en forma aislada, sino que está ligado a un ambiente que es el que posibilita la existencia y da sentido al sistema. Entendiendo por ambiente el conjunto de todos los objetos que rodean al sistema y lo afectan.

Las interrelaciones con el ambiente pueden ser de distinto tipo, por ejemplo:

1. El ambiente recibirá y utilizará el producto u objetivo del sistema examinado.
2. El ambiente proporcionará los insumos que necesita el sistema para desarrollar el proceso que lo lleva a alcanzar su objetivo.
3. En el transcurso de ese proceso, los elementos del sistema necesitan realizar ciertas transacciones con el ambiente.

De lo expuesto, se puede concluir que siempre existe una interrelación vital entre cualquier sistema y su medio ambiente;

conformando los dos un universos y la subdivisión en dos conjuntos, sistema y ambiente, puede realizarse de varias maneras que son de hecho arbitrarias y que depende de las intenciones del que está estudiando el universo particular.²⁴

4.8.6 Objetivos de la teoría de sistemas. La teoría general de sistemas tiene por objeto dar un marco conceptual para analizar la naturaleza que nos advierte que al estudiar cualquier parte de ella, no podemos olvidar que esa parte tiene relaciones vitales con un medio ambiente formada por los sistemas más próximos a ella y las relaciones más difusas con los sistemas lejanos.

Por otra parte este marco conceptual nos advierte que para estudiar cada parte de la naturaleza que nos interesa, es conveniente enmarcarla en un sistema definido por sus tres componentes: objetivo, elemento, interrelaciones, así como el ambiente; todo lo cual es necesario identificar para comprender en todas sus implicaciones la parte de la naturaleza que queremos estudiar.

²⁴ HAIL, AD y FAGEN, R.E. Historia de la Psiquiatría. Fotocopia

Así la teoría general de sistemas nos permite analizar:

- a. “Cómo” se relacionan determinados elementos y para que se relacionan (Investigaciones a partir de los elementos para descubrir el objetivo, el sistema y el ambiente).
- b. “Cuáles” elementos son necesarios y “cómo” se interrelacionan para producir determinado resultado (Investigación a partir de un objetivo que se conoce para descubrir el sistema que lo produce).
- c. “Para qué” existen determinadas interrelaciones entre ciertos elementos y “cuáles” son todos los elementos involucrados. (Investigación a partir de ciertos elementos e interrelaciones por descubrir el sistema y su objetivo).

Aunque la amplitud de la Teoría General de Sistemas ha tenido múltiples efectos en el estudio de la realidad, conviene señalar dos de gran importancia:

- a. La necesidad de estudiar los problemas importantes a través de grupos multidisciplinarios.
- b. El nacimiento de nuevos enfoques y teorías en disciplinas diversas.

El concepto de sistema permite establecer un paralelo entre un organismo simple como la ameba y un sistema más complejo como la familia. Existen similitudes entre ambos: la familia tiene límites y dentro de ellos hay una organización que sus miembros se afanan por mantener.

4.9 LA FAMILIA

Giovanni Guareschi (1962), define la familia como una unidad social que enfrenta una serie de tareas de desarrollo. Estas difieren de acuerdo con los parámetros de las diferencias culturales pero poseen raíces universales.²⁵

²⁵ GUARESCHI, Giovanni. En: My Home Swet Home. Fotocopia. Pag. 78.

Murdock,(1969), citado por García O., define la familia como un grupo social caracterizado por residencia común, cooperación económica y reproducción.

Levi – Straus (1973) hace referencia a un grupo social que posee por lo menos tres características:

1. Tiene su origen en el matrimonio.
2. Está conformado por el marido, la esposa y los hijos nacidos del matrimonio, aunque es probable que otros parientes encuentren su lugar cerca del grupo nuclear.
3. Los miembros de la familia están unidos por:
 - a. Lazos legales
 - b. Derechos y obligaciones económicas y de otros tipos.
 - c. Una red precisa de derechos y prohibiciones sexuales más una cantidad variable y diversificada de sentimientos psicológicos tales como: amor, afecto, respeto, temor.

Leiton (1976),²⁶ define la familia como un grupo íntimo y fuertemente organizado, compuesto por los cónyuges y los descendientes (familia conyugal), o un grupo difuso y poco organizado de parientes consanguíneos (familia consanguínea). Esta definición es la más general e incluye los dos tipos de familia que más se refiere la literatura, la familia nuclear y la familia extensa.

En todas las culturas la familia imprime a sus miembros un sentimiento de identidad independiente. En los procesos de socialización, las familias moldean y programan la conducta del niño y su identidad. El sentido de pertenencia se acompaña con una acomodación por parte del niño a los grupos familiares y con la asunción de pautas transaccionales en la estructura familiar que se mantiene a través de los diferentes acontecimientos de la vida.²⁷

4.9.1 Recuento histórico de la familia. La familia es la matriz del desarrollo psicosocial de sus miembros y debe acomodarse a la sociedad garantizando alguna continuidad a su cultura.

²⁶ LEITON, . Citado por García Yomaira. Op cit. Fotocopia, 1976

²⁷ MINUCHIN, Salvador. Técnicas de terapia familiar. Barcelona: Gedisa, 1977

Un modelo inicial de familia fue el gestado por los pueblos nómadas quienes se agruparon para obtener beneficios mutuos de protección y subsistencia. El modelo primitivo de familias indígenas era el resultado de la suma de un Cacique o jefe con guerreros, mujeres y niños a su alrededor, modelo que aún permanece en las agrupaciones indígenas existentes.

En el periodo de la Colonia aparece un típico patrón de familia extendida trigeneracional, donde se concentran además de parientes, la servidumbre y los esclavos. Aquí la figura masculina se caracterizó por formas casi exclusivamente parte del subsistema de autoridad y poder. La familia en esta instancia histórica tenía la facultad de controlar vocación, empleo, religión, matrimonio y ubicación de sus miembros. Este modelo de familia se refuerza en el periodo republicano.

En nuestro medio, la familia ha estado influenciada por múltiples factores sociales, económicos, políticos y culturales, estos han sido los mismos que han regido socialmente a lo largo de la historia.²⁸

²⁸ ESCALLON, Carmen II seminario sobre salud familiar. Cartagena: 1991.

Con la movilización de las grandes masas poblacionales del campo a la ciudad, fenómeno que se incrementa en Colombia en la década del 80, trayendo consecuencia los cinturones de miseria en las grandes ciudades, cambiando el ambiente rural – agrícola del país por el urbano – industrial; se producen cambios sustanciales en el tipo de familia y en su funcionamiento, tendiendo a desaparecer el modelo de familia extensa por el predominio de familia nuclear; la misma distribución espacial que se da en los planes urbanísticos del momento; en los cuales, los espacios reducidos (apartamento) propician la exclusión de la familia extensa; la mujer, figura importante en la familia en la fase republicana, sale en este momento de ella, con el objeto de producir o de satisfacer necesidades profesionales.

Dentro de la familia del final del siglo XX la producción es una nieta de casi todos los miembros, desde, los padres hasta los hijos. De esta manera, se modifica después de la salida de la mujer de la familia, el subsistema de autoridad, pasa de ser autocrática (ejercida por el padre), a ser compartida; así mismo, el subsistema de creencias sufre modificaciones en cuanto a los valores sociales, políticos y económicos; favorece notablemente este cambio la

comunicación masiva, tanto nacional como la tomada del extranjero. La familia nuclear sufre fragmentación, apareciendo los modelos de familia nuclear incompleta.

La familia se ha modificado y su papel se ha evaluado de modo diferente a lo largo de la historia. Existen por un lado defensores acérrimos de la familia los cuales señalan el papel de esta para la sobrevivencia de la especie. Se hace hincapié dentro de esta perspectiva a la situación paradójica del hombre que a pesar de ser el más evolucionado de la especie, sin embargo, es el más desvalido e incapaz de subsistir por si mismo, necesita depender de su relación con otros.

Existe otro punto de vista compartido por antifamiliólogos, los cuales ven en la familia elementos conservadores, favorecedores de privatizaciones, encargados de conservar el Status – quo generadora de traumas y otros conflictos en el ser humano; ejemplo, padres excesivamente autoritarios y carentes de normas y de expresión de afecto o padres ausentes o periféricos.

Los grupos feministas han atacado la familia, concretamente el modelo de Pearson, en el cual se le adjudican roles a cada uno de los miembros de la familia. Uno de los representantes de este movimiento interfamilístico, es Laing. Para él, la familia, en el modelo actual debería desaparecer. Sin embargo, los detractores de la familia son muy pocos y es debido a que ningún ser humano vive su vida solo. Aquellos que tratan de hacerlo están destinados a desintegrarse como seres humanos.

Por supuesto que algunos aspectos de la experiencia vital son más individuales que sociales y otros más sociales que individuales, pero no por ello la vida deja de ser una experiencia compartida. En los años tempranos se la comparte casi exclusivamente con los miembros de nuestra familia.²⁹

La familia es la unidad básica de desarrollo y experiencia, de realización y fracaso. Es también la unidad básica de la enfermedad y la salud. Acheman N.³⁰ Unidad flexible que se adapta sutilmente a las influencias que actúan sobre ella, tanto desde dentro como

²⁹ *Ibit*

³⁰ ACHEMAN, Norman. *Diagnóstico y Tratamiento de las relaciones familiares*.
Fotocopia

desde fuera. La familia no es el pilar de la sociedad, es más bien la sociedad la que moldea el funcionamiento de la familia para lograr su mayor utilidad. En sus relaciones externas debe adaptarse a las costumbres y normas morales prevalecientes y debe hacer conexiones amplias y viables con fuerzas raciales, religiosas, sociales y económicas.

4.9.2 La familia como sistema. La familia es concebida como un sistema dentro de un macrosistema (compuesto por otro sistema).

Es un sistema abierto dependiente de los sistemas externos y compuesto a su vez por subsistemas que actúan entre sí. Todo ser humano se considera una unidad, un todo en interacción con otras unidades. Sabe que influye la conducta de otros individuos y que estos influyen sobre la suya.³¹

Hay una relación fundamental entre individuo, familia y sociedad. Es así, como la unidad psicológica de la familia es moldeada continuamente tanto por las condiciones externas como por su

³¹ MINUCHIN, Salvador. Técnicas de terapia familiar. Barcelona: Gedisa, 1977.

organización interna. Así como en el desarrollo del individuo hay crisis decisivas, así también en la vida de la familia hay periodos críticos, en los que el vínculo de la familia misma puede fortalecerse o debilitarse.³²

Por lo general se reconoce que las relaciones familiares pueden estar influenciadas en una amplia variedad de formas, ya sea por un ambiente social amistoso, protector, o por uno hostil y peligroso. Un ambiente social que impone peligros, puede hacer que una familia se desintegre; la unidad familiar puede desmoronarse al ser invadida por fuerzas externas. Por el contrario, una familia puede reaccionar con un reforzamiento defensivo de solidaridad.

Un ambiente externo amistoso que proporciona oportunidades de autoexpresión y recompensa en la comunidad más amplia, puede los lazos de la familia y fomentar en sus miembros una mayor movilidad social; si la familia está organizada así internamente, puede reaccionar con mayor acercamiento y satisfacción para los miembros individuales que se congregan en ella. Con un cambio en la

³² GANIN, Alvaro. Familia terapia y sociedad. Op Cit, p 27, 28

estructura familiar como respuesta al cambio social, las ligaduras de amor y lealtad pueden fortalecer o debilitarse; pueden cambiar notoriamente la participación en las experiencias, la división del trabajo y la distribución de la autoridad entre el padre y la madre.

Es importante considerar que cualquier problema surgido en el seno de una familia repercutirá en cada uno de sus miembros y los llevará a presentar dificultades de adaptación en su convivencia con los demás. La estabilidad entre los miembros de la familia creará de por sí un mecanismo capaz de hacer desempeñar a cada uno su rol apropiado e impedir que en determinado momento, cualquier situación estresante acabe con la armonía familiar y se trastornen algunos de sus personajes, creando un caos dentro de los demás.

De acuerdo con la teoría familiar de la enfermedad emocional, los niños crecen hasta alcanzar niveles de diferenciación del "YO" respecto a la masa familiar. Algunos alcanzan una diferenciación casi completa. Hasta convertirse en individuos maduros cuyos egos poseen fronteras claras. Estos individuos son unidades emocionales bien definidas.

Las personas tienden a casarse con otras en las cuales buscan afinidad emocional. Cuando una persona establece emocionalmente un matrimonio con otra que también haya alcanzado un nivel alto de identidad y control emocional, estos esposos son capaces de mantener una clara individualidad y al mismo tiempo, sostener una intimidad emotiva intensa, madura que no resulta amenazadora.

4.9.3 Tipos de familia. Al abordar la familia por cualquier interés de investigación o intervención se deben considerar las diferentes tipologías existentes en nuestra región, no olvidando la conformación triétnica de la Colombia Caribe (indio, negro e hispano), con cierta prevalencia del indio y el negro; este patrón cultural es de origen influyente en los diferentes tipos de familias predominantes, influidos posiblemente por factores sociales, religiosos, políticos, económicos entre otros. Se han clasificado los diferentes tipos de familias como sigue:³³

³³ ESCALLON, Carmen. Op Cit

1. Familia nuclear: Formada por padres e hijos en una unión socialmente reconocible, en este número de miembros se forman los diferentes subsistemas intrafamiliares.
2. Familia extensa: Se refiere a la relación de unión por parentesco, más amplia que la nuclear, estarán incluidos tíos, abuelos, etc.
3. Familia mixta: Es la que se forma existiendo hijos de un progenitor o de ambos, producto de relaciones anteriores, lo lógico es que estos hijos se “nuclearan” interviniendo en los subsistemas a los que pertenecen los hijos en una familia, estableciéndose límites claros, los que deberán ser respetados.
4. Familias nucleares incompletas: Dentro de estos grupos encontramos familias con un solo padre o ausencia de ambos padres o pérdida de los hijos.
5. Familia con progenitor viudo: La muerte de los padres en un momento temprano del ciclo vital familiar, produce un estado de familia acéfala debiendo la familia reajustar aquellos

subsistemas a los que pertenecía el padre muerto, si el ausente formaba parte del subsistema de autoridad o de protección, los hijos sufrirán esta ausencia, la cual debería ser asumida por el progenitor viudo u otro familiar.

6. Familia con progenitor divorciado: Si el divorcio es "fisiológico" quedando los hijos al cuidado de ambos padres, los cuales a pesar de la separación del subsistema conyugal, mantienen su interacción como padres, la familia seguirá su curso en forma funcional. La mayoría de los divorcios se gestan en condiciones patológicas, donde los hijos atrapan en la conyugalidad rota de sus padres, dando lugar a diversas patologías familiares.

7. Familia con progenitor abandonado: El progenitor que se ausenta (generalmente el padre), abandona física y afectivamente al cónyuge y a los hijos. Podría parecerse a la familia con progenitor viudo. Pero en el abandono se produce en la familia un sentimiento de culpa en ocasiones exagerando hacia el que abandonó en forma voluntaria el hogar; es causa de notables disfunciones familiares.

8. Familia con progenitor soltero: Este modelo es bastante frecuente en nuestras comunidades subnormales, en la forma de madresolterismo, donde la madre tiene varios hijos de diferentes padres, dando un modelo especial de familia: matriarcalismo con hijos de diferentes padres en su mayoría sin existir una relación temporaria importante con los padres. Es un modelo que merece extrema atención por ser de alto riesgo funcional.
9. Familia con progenitor temporario: La salida frecuente y prolongada de un progenitor de la familia por motivos laborales, por enfermedad o por otra causa, producen cambios importantes dentro del sistema el cual debe readaptarse a la salida y entrada de este miembro. Ocurre con las familias con padre navegante, agente viajero, aviador, etc.
10. Familia incompleta trigeracional: La familia nucleada incompleta introduce miembros de una tercera generación, con frecuencia abuelos, tíos; se crea una confusión en los subsistemas de autoridad, poder, límites, ocurren triangulaciones abuelo -nieto y alianza de esta diada contra el

progenitor. Se crea un modelo de autoridad resquebrajada; con límites no claros trayendo consecuencias en los niños tales como: bajo rendimiento escolar, trastornos de comportamiento, adolescentes drogadictos o fuera de control. Este tipo de organización se da con frecuencia en la costa atlántica.

11. Familia incompleta en acordeón: Este tipo de familia suele gestarse en la familia con padre temporario, el repliegue o estirón que sufre la familia (acordeón) con la salida y entrada del progenitor puede darse en una forma fisiológica o patológica generalmente parentalizada a un hijo mayor, tomando éste en cierta forma la función de padre, pudiendo esto ofrecer un motivo de aparición de enfermedad familiar, sobre todo si la responsabilidad de este rol es exagerada para el hijo o si este no sede su papel cuando la familia se estira con la llegada del padre.
12. Familia incompleta en "pas de deux": En este modelo de familia existe una alianza intensamente estrecha entre dos miembros del sistema. Frecuentemente se da entre el

progenitor y un hijo. Hay una verdadera simbiosis entre los dos hasta el punto que esta diada pierde objetividad para hacer autocrítica y ante una amenaza de separación por parte del resto de la familia se produce una interacción negativa; con cierta frecuencia la pareja simbiótica relega a un lado el resto del sistema familiar.

13. Familia incompleta con soporte: Esta familia incompleta toma a un miembro intra o extrafamiliar como soporte ante la falta de progenitor, este miembro puede ser un hijo, de acuerdo a lo revisado en la familia acordeón, esta triangulación es altamente patológica. En otras familias el soporte puede ser un abuelo, un amigo, un vecino o un profesional de la salud.
14. Familia incompleta institucional: Este tipo de familias como soporte una institución que puede ser de salud: la consulta frecuente al médico hasta para tomar una decisión intrascendente, o el Instituto de Bienestar Familiar donde acude la mujer a buscar asesoría, alimentos y alivio para sus quejas cotidianas. La iglesia, la escuela u otra institución sirve

de soporte a esta familia, con la grave consecuencia de impedir el crecimiento interior del sistema familiar.

15. Familia incompleta con miembro fantasma: En esta organización que sale del sistema por muerte o abandono es irremplazable; entorno a este miembro ausente la familia se acopla; nadie suple la figura del padre y a través de los sentimientos de rabia, culpa por dolor hacia el ausente la familia gira: en ocasiones se toma al miembro fantasma como figura de autoridad y control: “Debes obedecer a tu padre que está en el cielo observándote en todo momento”.

16. Familia incompleta descontrolada: Estas familias poseen una dificultad enorme para organizar los subsistemas y las funciones están aglutinadas; muestran patología psicosomática; pueden mostrarse como familias donde no se discuten las dificultades. Este tipo de familia ofrece un blanco fácil para la enfermedad y un alto riesgo funcional.³⁴

³⁴ ESCALLON, C. Op Cit

4.9.4 Tipología familiar “Varios intentos se han hecho para clasificar familiar desde diferentes puntos de vista. Algunos autores, en épocas anteriores, establecieron categorías con base en el síntoma que exhibía el miembro enfermo del grupo familiar.

Sin embargo, es más preciso ubicarlos desde el marco de la teoría de sistema, haciendo hincapié en su estructura. Es importante hacer salvedad de cómo su clasificación pretende establecer una diferencia entre lo funcional y lo disfuncional, lo normal y lo patológico se refiere fundamentalmente, al tipo de interacción que caracteriza el núcleo familiar en un momento determinado. Desde su perspectiva, existen tres clases de familia, estas son:

4.9.4.1. Familia normal. Es aquella que posee límites claramente definidas entre los diferentes subtemas y personas que lo conforman. Dichos límites se caracterizan igualmente por su permeabilidad, permitiendo la comunicación y el intercambio entre sus miembros, las funciones protectora y de socialización a su interior. Es un grupo que se acomoda fácilmente a los cambios y mantiene un balance óptimo entre la dependencia y la autonomía. Los problemas y las tensiones son notadas y percibidas por todos los miembros,

quienes se movilizan para ayudar y proteger, y de esta manera son solucionadas apropiadamente.

Respecto al medio externo, permite el acceso de las personas a él y mantiene lazos de unión con él. Los sentimientos de lealtad y pertenencia son elaborados apropiadamente y ellos entorpecen la libertad de cada uno.

4.9.4.2. Familia aglutinada o sobreenvuelta. Se destaca como un grupo con un grado excesivo de fusión entre sus componentes y por lo tanto con unos límites muy difusos entre ellos. Esta situación facilita la intromisión de unos en los asuntos íntimos y privados de los otros, disminuye las posibilidades de autonomía e independencia de las personas ubicadas en él, se disminuyen la distancia e incrementa la comunicación y la preocupación por todos.

Como no hay clara diferenciación de sus subsistemas, fácilmente se encuentra en esta categoría hijos ejecutando funciones parentales, abuelos líderes con autoridad directa sobre sus nietos, hijos convertidos en compañeros confidentes de madre o padre completamente subyugados, reducidos a ser un vástago más. Dada

las conexiones tan estrechas, establecidas al interior de estas familias, un problema en uno de sus miembros afecta inmensamente a todos y cada uno. En igual forma un cambio en cualquiera de sus partes fácilmente puede inducir transformaciones generales o parciales en el sistema total o en otros de sus subsistemas.

Cuando el grupo debe hacer frente a modificaciones externas o presiones del medio ambiente, movilizándolo sus propios recursos, se responde con gran rapidez e intensidad. Una de sus características es el alto nivel de solidaridad que poseen.³⁵

4.9.4.3. Familia Disgregada. En el otro extremo del espectro se encuentra este tipo de sistema caracterizado por la existencia de unos límites muy rígidos entre sus partes. La comunicación y el contacto es pobre y sus miembros son excesivamente independiente de los otros. Las funciones de protección y apoyo se limitan considerablemente a expensas de una gran autonomía.

³⁵ Ibid.

Algunos autores la han descrito como la familia tipo hotel, donde sólo se va a comer y a dormir y poco importan, lo que piensen y sientan los demás.

Las personas que se ubican en estos grupos, aunque pueden funcionar muy independientemente, carecen de sentimiento, de lealtad y pertenencia o éstos son precarias, su capacidad de depender y de pedir apoyo cuando se necesita, se ve reducido y empobrecida.

Las familias colocadas en esta categoría toleran una amplia gama de comportamiento y aun de desviaciones, ni cuenta se dan de ello. Las tensiones en un miembro no afectan a los otros, ni se riegan por todo el sistema. Solamente un problema grave o un alto nivel de ansiedad logra reactivar los recursos de ayuda del grupo.

Este modelo de clasificación es útil para evaluar la funcionalidad de un sistema de detectar áreas de conflicto. Es importante destacar cómo la familia puede ubicarse en una línea en cuyos extremos están los tipos aglutinados y desintegrados de interacción. Al categorizar una familia, se especifica más tendencia a un estilo y se tiene en cuenta la etapa del ciclo vital en que están. Es común encontrar

también familia de tipo mixto con subsistemas muy desintegrados como entre esposos y otros muy sobre envueltos, creándose una fuerte relación entre madre e hijos para compensar quizás la frialdad y lejanía de la relación con su cónyuge.

4.9.5 Funciones de la familia. Las funciones básicas de la familia se refieren a la supervivencia física y la construcción de la esencia humana del hombre. Satisfacer las necesidades biológicas básicas es lo esencial para sobrevivir pero saciar solamente estas necesidades no garantiza de ninguna manera que se desarrollen las cualidades humanas. La matriz para el desarrollo de estas cualidades humanas es la experiencia familiar de estar juntos. Esta unión está representada por la unión de madre e hijo y se refleja posteriormente en los lazos de identidad del individuo y la familia y a su vez la familia y la comunidad más amplia.

Los fines sociales que cumple la familia moderna, de acuerdo con Norman Acheman son:

1. Provisión de alimento, abrigo y otras necesidades materiales que mantienen la vida y proveen protección ante los peligros

externos,, función que se realiza mejor bajo condiciones de unidad y cooperación social.

2. Provisión de unión social que es la matriz de los lazos afectivos de las relaciones familiares y la capacidad de relación con otros seres humanos.
3. Oportunidad para desarrollar la identidad personal, ligada a la identidad familiar; este vínculo de identidad proporciona la integridad y fuerza psíquica para enfrentar experiencias nuevas.
4. El moldeamiento de los roles sexuales con el fin de preparar el camino para maduración y la realización sexual.
5. Oportunidad para que los miembros se adiestren en tareas de participación social e integración de los roles sociales.
6. Promover el desarrollo, el aprendizaje y la realización creativa de los miembros en forma individualizada.

7. Mantener la unión y la solidaridad de la familia con un sentimiento positivo de libertad.³⁶

Como señala Minuchin (1974), hace 400 años no se consideraba la familia como una unidad de educación del niño y fué mucho más tarde que se reconoció a los niños como individuos con sus propios derechos.

La función socializadora y protectora es asumida hoy por otras instancias de la sociedad, particularmente en países avanzados. El mismo autor señala además, que la familia se encuentra en un momento de transición y debido a las dificultades que este momento implica, la tarea psicosexual de la familia (apoyar a sus miembros) ha alcanzado más importancia que nunca haciéndose evidente que la familia puede promover o impedir el desarrollo de los individuos que la componen.³⁷

El sistema familiar como subsistema del sistema social, es una institución cultural, y como tal debe cumplir unas metas ordenadas,

³⁶ ACHEMAN, Norman Diagnóstico y tratamiento de las relaciones familiares. Fotocopia.

³⁷ MINUCHIN, Salvador. Op. Cit., p 27.

fundamentalmente dirigidas a la conservación de la especie y la familia misma promoviendo el desarrollo biológico, psicológico y social de sus miembros. Esto exige que la familia cumpla ciertas tareas básicas que varían en el curso de su ciclo vital.

Steinhauer (1990), citado por Rodríguez C.³⁸ propone un modelo de funcionamiento familiar donde señala los criterios universales e funcionamiento familiar tales como: cumplimiento de tareas, desempeño de roles, comunicación, implicación afectiva, control, valores y normas.

Olson D., propuso un modelo para evaluar y entender la tipología familiar y su funcionamiento. Este modelo está hecho sobre tres dimensiones de la conducta familiar: Cohesión, Adaptabilidad y Comunicación.³⁹

a. Cohesión. Es el enlace emocional que los miembros de la familia tienden de unos a otros. Algunas de las variables que

³⁸ STEINHAUER, Citado por Rodríguez C. Op. Cit., 1990. p 54

³⁹ OLSON, D. Sprenkle, D. and RUSSELL, C. Circumplex model of marital and family systems: Cohesion and adaptability dimensions, family types, and clinical applications. Fam. Proc., 1979; 18: 3 - 15.

utilizan para medirlas son: los lazos emocionales, los límites, las coaliciones, el espacio, la toma de decisiones, los intereses comunes y la recreación. Los definen en cuatro categorías:

Disgregado (muy bajo)

Separado (moderadamente bajo)

Conectado (moderadamente alto)

Amalgamado (muy alto)

El autor plantea que los niveles centrales de cohesión (separado y conectado) producen mejores formas de funcionamiento familiar y los extremos (disgregado y amalgamado) son más problemáticos y la mayoría de familias que llegan a tratamiento caen en estos extremos. En las familias amalgamadas hay exceso de identificación y esto hace que la lealtad y el consenso familiar no permitan la individualización de esos miembros. En las disgregadas el nivel de autonomía lleva a los miembros a pensar sólo en ellos y a tener un grado limitado de compromiso familiar.

- b. Adaptabilidad: Se refiere a la habilidad de un sistema marital o familiar para cambiar su estructura de poder, roles y reglas

de relación en respuesta a las demandas de las situaciones y el desarrollo. Para medir este parámetro utilizan una variedad de dimensiones tales como: poder (control), estilos y capacidad de negociación, roles y reglas de relación; va de un extremo muy bajo a otro muy alto y señalan cuatro niveles:

Rígido (muy bajo)

Estructurado (moderadamente bajo)

Flexible (moderadamente alto)

Caótico (muy alto)

- c. Comunicación: Es considerada como una actividad facilitadora y crítica para que la familia se mueva en las otras dos dimensiones señaladas .

La comunicación positiva (el escuchar reflexivo, la empatía y los compromisos de apoyo), le permite a las familias compartir sus necesidades de cambio en las otras dimensiones.

Mientras que la comunicación negativa (mensajes dobles, doble vínculo y la crítica) reducen la habilidad de los miembros de la

familia para compartir sus sentimientos y restringirse sus movimientos en las otras dimensiones.

Sanin. A., señala que la comunicación es muy importante en las relaciones padre – hijo y mientras más clara sea la misma, mejor entendimiento habrá entre las partes; entre padres e hijos se dan diferentes estilos de comunicación y como tal generan consecuencias en los hijos.

4.10 CICLO VITAL DE LA FAMILIA

4.10.1 Definición. El ciclo vital de la familia es el término que se utiliza para referirse a las fases que atraviesa una familia durante su existencia. La familia como cualquier organización no es estática, está en permanente cambio; estos cambios implican que sus miembros deben hacer una serie de ajustes para ir adaptándose a cada una de las etapas por las que va atravesando.⁴⁰

⁴⁰ GARCÍA, Yomaira. Op. Cit. Fotocopia.

4.10.2 Criterios para determinar las fases del ciclo vital.

1. Describir las etapas en función del tiempo de relación de la pareja.
2. Criterio con base en las tareas que se espera de los miembros.

La clasificación del ciclo vital más frecuente es la que se establece con base en la edad de los hijos y el tiempo de relación de la pareja.

- **Periodo de Galanteo.** Es la etapa inicial, se considera desde el momento en que los jóvenes comienzan a cumplir sus roles de adultos relacionándose con el sexo opuesto y formalizando un noviazgo.
- **Formación de pareja.** En este periodo se elaboran las pautas de interacción que constituyen la estructura del subsistema conyugal.

Una de las tareas de esta etapa es que la pareja armonice los estilos de vida de cada uno y trate de integrar sus mutuas expectativas. De la misma manera ir creando reglas sobre la intimidad, contactos con otros subsistemas; áreas de especialización de cada uno. Se le

indican procesos de conocimiento de las necesidades del otro, tratar de percibir lo que es importante para el otro.

- **El nacimiento del primer hijo.** En este momento aparece otro subsistema parental. La pareja se debe reorganizar para enfrentar las nuevas tareas y elaborar nuevas reglas. El nacimiento del hijo para algunas parejas puede ser fuente de amor y satisfacción mientras que para otras no lo es. La mujer en estos últimos casos puede percibir un alejamiento del hombre hacia afuera y a la vez el hombre se queja de la falta de atención hacia él.

Surgen los vínculos con otros subsistemas, esta situación si bien puede ser fuente de apoyo para la joven pareja, también puede traer consigo dificultades a ésta, es la vinculación con la familia de origen (en nuestro medio es muy frecuente que los abuelos participen en la crianza de los nietos y en la organización del nuevo hogar).

- **Familia con hijos en edad pre – escolar.** En la medida en que lleguen más miembros a la familia, se van complejizando las relaciones. Aparece el subsistema fraterno.

Se suelen formar coaliciones entre los miembros, las cuales pueden ser fijas o momentáneas. Por ejemplo, la madre coaligarse con un hijo contra el padre manteniéndose éste en una posición periférica. Los padres tiene que ejercer funciones de control y jerarquía y del acuerdo a que lleguen, así mismo será la eficacia de la autoridad.

- **Familia con hijos en edad escolar.** En esta fase la pareja se encuentra en los años intermedios en los cuales se da el cuestionamiento de la relación. Suele darse que la mujer ingrese al trabajo nuevamente o lo haga por primera vez porque los hijos están más grandes; todo esto implica reajustes que debe hacer la pareja. Las actividades escolares y los horarios en la casa también requieren reajustes.

- **Familia con hijos adolescentes.** La pareja se encuentra generalmente en una edad mediana. La adolescencia ha sido vista como un periodo de crisis individual. Los problemas y los

hijos se ven enfrentados por la autonomía e independencia que estos procuran. Las normas antes vigentes ya no funcionan para los jóvenes; debe darse una negociación. Los padres, a su vez empiezan a preocuparse por cambios que le sobrevienen a nivel orgánico particularmente. Las relaciones extramaritales suelen venir. Otras situaciones que suelen presentarse es la pérdida de sus progenitores.

- **Familia con hijos adultos.** En esta etapa, los hijos han creado sus propios compromisos, tiene un estilo de vida, una carrera y probablemente un cónyuge. En nuestro medio donde la separación de la casa paterna ocurre a raíz del matrimonio, se ve la reducción de la familia en este momento a un sistema de dos personas. Esto requiere una reorganización. Se suele llamar a este período de "nido vacío", para referirse a la depresión de la madre cuando se van los hijos. Sin embargo, esto no es universal, es una etapa de pérdida también pero puede ser de ganancias para la pareja de acuerdo con lo que han vivido. Es otra oportunidad para realizar expectativas que estaban inalcanzables por la crianza de los hijos. Como necesidad individual se produce un análisis

de cómo ellos han conducido sus vidas a nivel individual y de conjunto; se produce un reencuentro de la pareja.

- **Etapa de disolución.** Es el último estado y empieza cuando uno de los cónyuges muere. En esta etapa el cónyuge sobreviviente vive su proceso de duelo, el cual es en ocasiones precedido por un periodo de enfermedad crónica. Es un tiempo en el que las generaciones de hijos y nietos permanecen cercanas al padre o madre sobreviviente, esta es la mayor expectativa social. La persona que sobrevive tiene como tarea individual la revisión de su proceso vital, aceptación y enfrentamiento de la muerte del cónyuge y debe además, prepararse para su propia muerte. La final de este estadio se da con la muerte del segundo cónyuge.⁴¹

⁴¹ ARIAS, Lilibiana. Ciclo Vital Familiar. II Seminario de Salud Familiar. Bogotá: Recopilación Bibliográfica, 1992.

5. CONCEPTUALIZACIÓN DE VARIABLES

5.1 DEFINICIÓN CONCEPTUAL

5.1.1 Factores Psicosociales. Son todos aquellos agentes externos que generan en el individuo cambios en su comportamiento, alterando sus sistema o ciclo vital.

5.1.2 Dinámica Familiar. Es un sistema o grupo de partes que interactúan y que forman un todo; cuya interacción produce la aparición de nuevas cualidades, no inherentes a los componentes aislados que contribuyen el sistema. La relación entre sus componentes es tan estrecha que la modificación de uno de ellos produce en los otros, y con frecuencia la de todo el sistema.

5.1.3 Definición Operacional. Se determinará de acuerdo con el resultado que arroje la guía de valoración y el instrumento de medición apgar familiar.

En la guía de valoración de Dinámica Familiar tendremos en cuenta:

- Identificación personal
- Paciente
- Edad
- Sexo
- Estado civil
- Nivel de escolaridad
- Ocupación
- Expresión de ideas en los miembros de la familia
- Discusiones y agresiones en la familia
- Acuerdos en la familia
- Relaciones entre los miembros de la familia
- Límites establecidos en el sistema
- Organización y tareas en el sistema.

En cuanto al instrumento de medición apgar familiar tendremos en cuenta para evaluar:

- Adaptación
- Participación como socio

- Crecimiento
- Afecto
- Resolución

Componentes que medirán el grado de funcionalidad o disfuncionalidad de la familia.

6. MÉTODO

6.1 TIPO DE ESTUDIO

Tomando como punto de partida, las técnicas que sustentan la presente investigación, nos encontramos ante un estudio descriptivo – analítico, ya que en este se mostrarán los factores psicosociales que inciden en la dinámica familiar tales como el desempeño de roles, la comunicación, autoridad, tareas, normas y valores y componentes afectivos de los pacientes que padecen esquizofrenia recluidos en el centro de atención y rehabilitación integral CARI.

Por otra parte, se analizarán cómo estos aspectos psicosociales influyen en la estructura familiar y su dinámica interna.

6.2 POBLACIÓN

Para la realización de esta investigación se seleccionaron 10 familias de manera intencional, ya que las restantes no tenían familias y eran indigentes.

6.3 MUESTRA

Conformada por los familiares de los pacientes con Psicosis Esquizofrénica, recluidos en el Centro de Atención y Rehabilitación Integral (CARI).

Se encontraron hospitalizados 10 pacientes, los cuales tienen familia, lo que determina que nuestro universo de estudio se encuentra conformado por 10 familias. No está demás, anotar que se encontraron otros pacientes con esta misma patología, los cuales no tenían familia y eran indigentes.

6.4 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS

Se utilizó como instrumento de recolección de datos, una guía de observación que contempla aspectos relacionados con el tipo de familia como sistema. Estos aspectos serán investigados con preguntas de tipo cerrado, en las cuales el equipo investigador debe elegir las características que mostrarán las familias participantes en las terapias.

Por otra parte se investigarán los componentes relacionados con el APGAR familiar, como son: adaptación, participación como socio, crecimiento, efecto y resolución.

6.4.1 Apgar Familiar. Es un instrumento ágil para detectar el grado de funcionamiento o disfunción de la familia. Para esto se ha creado un cuestionario de 5 preguntas, que mediante una escala de 0-2, evalúa el estado funcional de la familia.

Para mayor facilidad, se utilizan las letras APGAR, con el fin de recordar cada una de las funciones que se van a medir.

Los componentes de APGAR son:

- **Adaptación:** Es la utilización de los recursos intra y extrafamiliares para resolver los problemas cuando el equilibrio de la familia se ve amenazado por un estrés durante período de crisis.⁴²
- **Participación como socio:** Es la participación como socio en compartir la toma de decisiones y responsabilidades, como miembro de la familia. Define el grado de poder de los miembros de la familia.⁴³
- **Crecimiento:** Es el logro en la maduración emocional y física y en la autorealización de los miembros de la familia a través del soporte y guía mutua.⁴⁴

⁴² MEJIA, Diego. Salud Familiar para América Latina. Bogotá: 1991. Pag 75 - 76

⁴³ Ibid.

⁴⁴ Ibid.

- **Afecto:** Es la relación de amor y atención que existe entre los miembros de la familia.
- **Resolución:** Es el compromiso o detención de dedicar el tiempo, espacio y dinero a los otros miembros de la familia.

El APGAR familiar puede usarse periódicamente para detectar problemas en la familia. Puede incluirse en la evaluación inicial y también como evaluación a través del tiempo. El resultado puede ser diferente para cada miembro de la familia, ya que la percepción individual o la situación de cada uno puede variar. El modo de clasificar numéricamente al APGAR es así: casi siempre vale 2 puntos. A veces vale 1 punto y casi nunca vale 0.

Apgar:

8-10 puntos: sugiere muy buena función familiar.

4-7 puntos: sugiere una disfuncionalidad.

0-3 puntos: sugiere una disfuncionalidad severa.

Como se puede observar, el APGAR no solo sirve para descubrir disfuncionalidad, sino que guía al profesional de salud, para

explorar aquellas áreas que la persona ha señalado como problemáticas. Por supuesto no tiene una precisión absoluta, ya que en algunas familias con problemas de falta de definición de límites, entre sus subsistemas se han encontrado calificaciones de alta funcionalidad, según MINUCHIN.⁴⁵

⁴⁵ TORO, Ricardo y YEPES, Luis. *Psiquiatría*. Pág. 254.

7. RESULTADOS

Representación de datos generales del Apgar familiar de los pacientes hospitalizados en el Centro de Atención y Rehabilitación Integral (CARI).

ALTERNATIVAS	NÚMERO	%
BUENA FUNCION FAMILIAR	1	10
DISFUNCIONALIDAD	1	10
DISFUNCIONALIDAD SEVERA	8	80
TOTAL	10	100

FUENTE:

Familiares de los pacientes esquizofrénicos hospitalizados en el Centro de Atención y Rehabilitación Integral (CARI).

PRESENTACION TABULAR Y GRAFICA DE LOS RESULTADOS

CUADRO No. 1

**DISTRIBUCION POR EDAD DE LOS PACIENTES ESQUIZOFRENICOS
HOSPITALIZADOS EN EL CENTRO DE ATENCION Y
REHABILITACION INTEGRAL (CARI)**

ALTERNATIVAS	NÚMERO	%
DE 10 – 20 AÑOS	-	-
21 – 25 AÑOS	-	-
26 – 30 AÑOS	2	20
31 Y MÁS AÑOS	8	80
TOTAL	10	100

FUENTE:

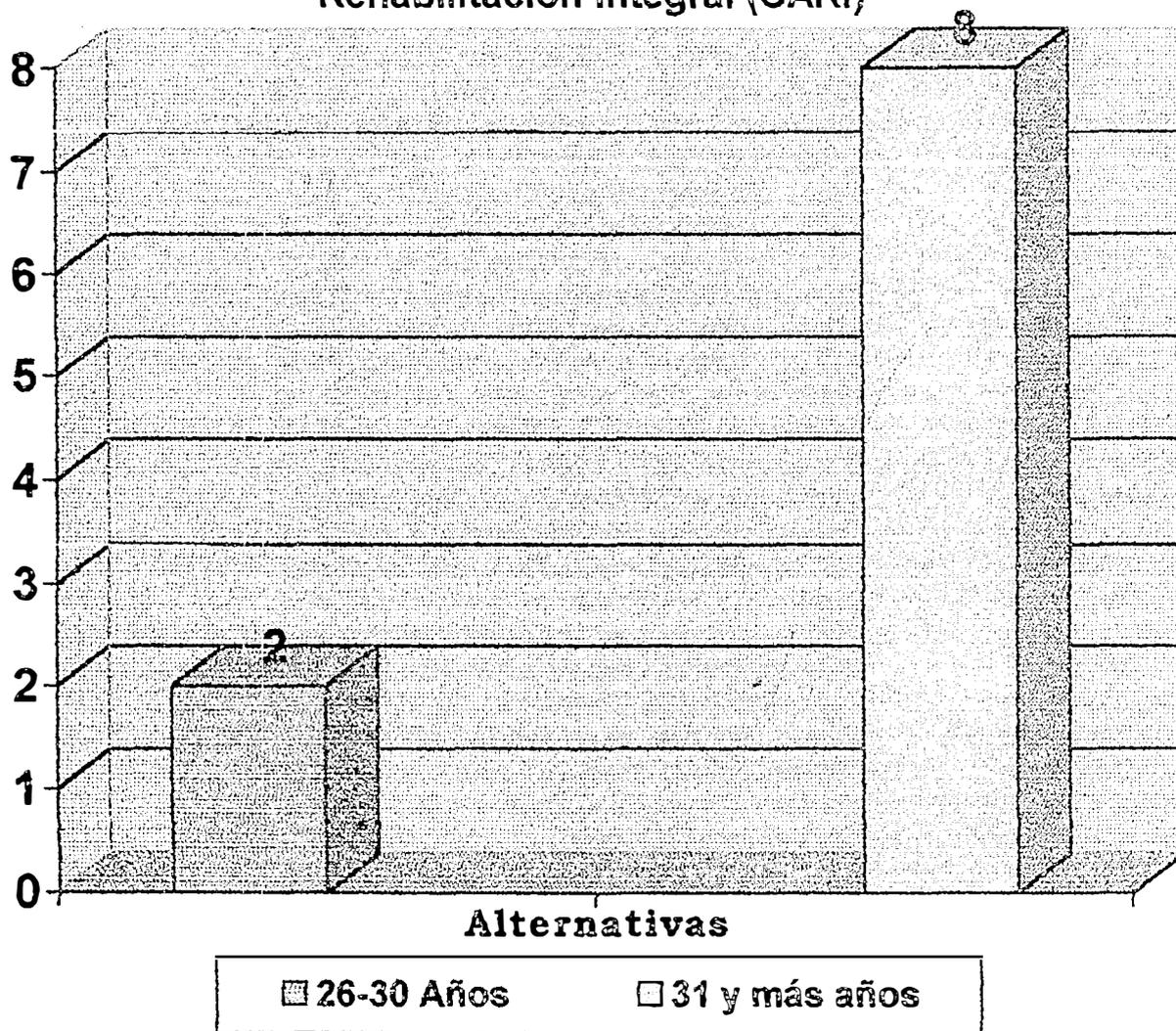
Historia clínica de los pacientes esquizofrénicos hospitalizados en el Centro de Atención y Rehabilitación Integral (CARI)

ANÁLISIS CUALITATIVO Y CUANTITATIVO

En los datos obtenidos para determinar los grupos de edades en los cuales se ubican los pacientes internos en el Centro de Atención y Rehabilitación Integral (CARI), encontramos que de los 10 pacientes observados, 8 de ellos representado por el 80% de la población, se encontraban ubicados en el grupo de 30 años y más encontrándose pacientes, cuya edad supera los 56 años, por otra parte se encontraron dos pacientes que correspondían a edades de 26 a 30 años, lo cual representaba el 20% de la población total.

Inicialmente se contemplaron 2 alternativas de grupos de edades entre las cuales figuraban de 18 a 20 años y de 21 a 25 años, estos 2 debieron ser excluidos, ya que al momento de aplicar, no se encontraron pacientes en estos grupos.

GRAFICA No. 1
Edades de los Pacientes Esquizofrénicos
Hospitalizados en el Centro de Atención y
Rehabilitación Integral (CARI)



Fuente: historia clínica

CUADRO No. 2
ESTADO CIVIL DE LOS PACIENTES EQUIZOFRENICOS INTERNOS
EN EL CENTRO DE ATENCION Y REHABILITACION INTEGRAL
(CARI)

ALTERNATIVAS	NÚMERO	%
SOLTERO	7	70
CASADO	3	30
UNION LIBRE	-	-
SEPARADO	-	-
TOTAL	10	100

FUENTE:

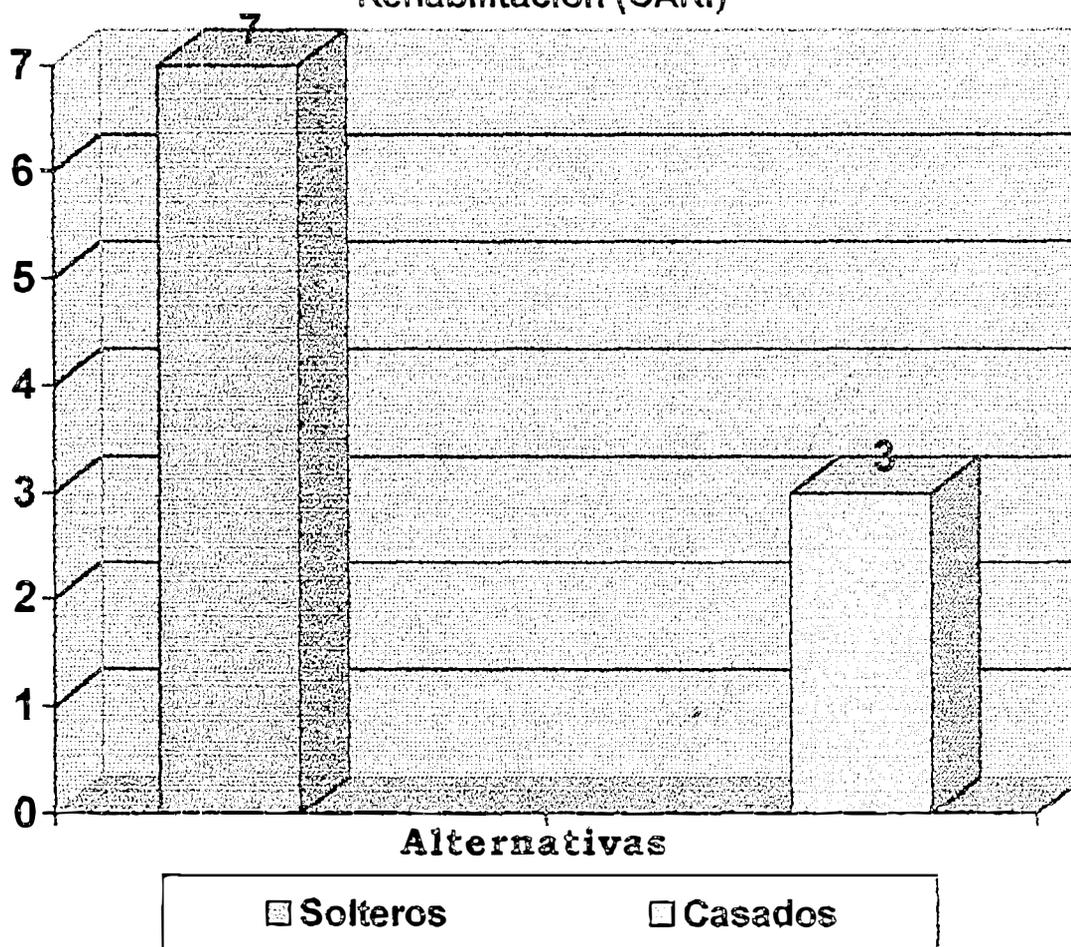
Historia clínica de los pacientes esquizofrénicos hospitalizados en el Centro de Atención y Rehabilitación Integral (CARI)

ANALISIS CUALITATIVO Y CUANTITATIVO

En los datos obtenidos para determinar el estado civil de los pacientes internos en el Centro de Atención y Rehabilitación Integral (CARI), encontramos que de las 10 familias observadas, 7 de ellas representada por el 70% de la población, se encontraban ubicados en el grupo de soltero, también se encontraba un grupo de 3 pacientes, casados que representa el 30% de la población.

Inicialmente se contempló otra alternativa (U. Libre, viudo y separado), la cual fue excluida, ya que al aplicar sus instrumentos, no se encontraron pacientes entre grupo.

GRAFICA No. 2
Estado civil de los pacientes esquizofrénicos
hospitalizados en el Centro de Atención y
Rehabilitación (CARI)



Fuente: historia clínica

CUADRO No. 3

NIVEL DE ESCOLARIDAD DE LOS PACIENTES

ESQUIZOFRENICOS HOSPITALIZADO EN EL CENTRO

DE ATENCION Y REHABILITACION INTEGRAL (CARI)

ALTERNATIVAS	NÚMERO	%
ANALFABETA	2	20
PRIMARIA		
P.C.	3	30
P.I.	-	-
BACHILLERATO		
B.C.	2	20
B.I.	3	30
TECNICO	-	-
UNIVERSITARIO	-	-
TOTAL	10	100

FUENTE:

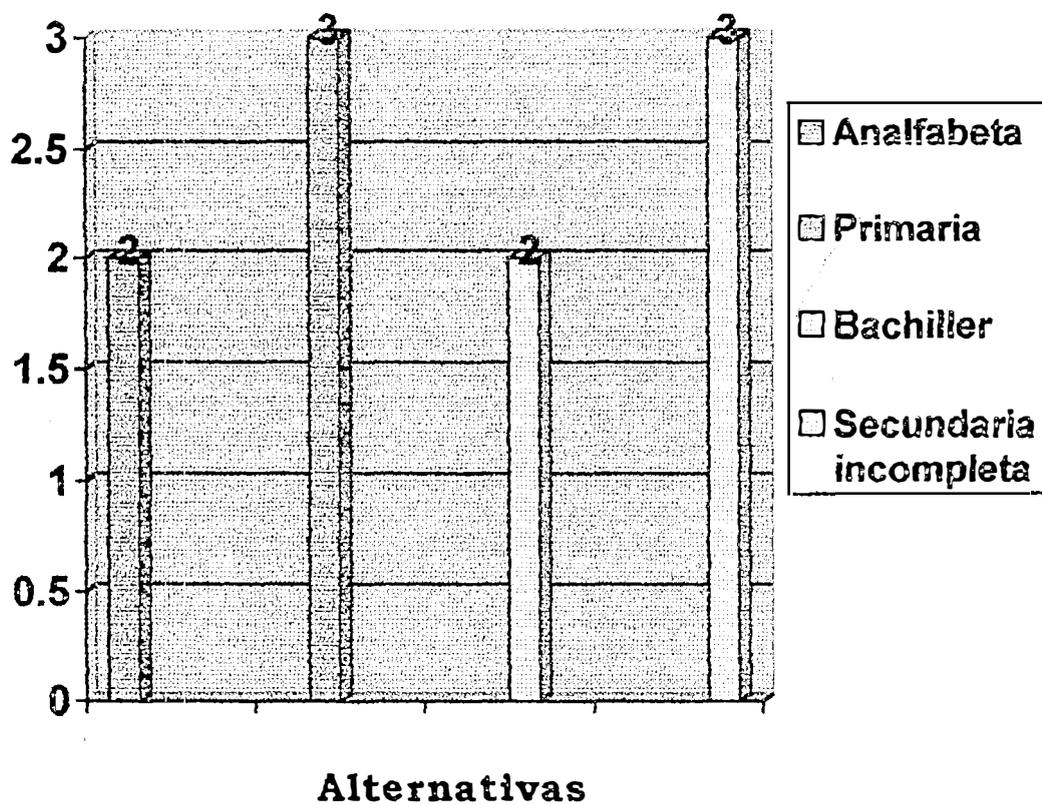
Historia Clínica de los pacientes esquizofrénicos hospitalizados en el Centro de Atención y Rehabilitación Integral (CARI).

ANALISIS CUALITATIVO Y CUANTITATIVO

En el reporte obtenido para determinar el nivel de escolaridad de los pacientes internos en el Centro de Atención y Rehabilitación Integral (CARI), encontramos que de los 10 pacientes observados, 3 hicieron la Primaria completa y que representa el 30% de la población, 2 bachillerato incompleto que representa un 20% de la población y 2 son analfabetas, que representa un 20% de la población.

Unicamente se contemplaron 5 alternativas, de las cuales 2 fueron omitidas, las cuales fueron: Técnico y Universitario, ya que al momento de aplicar no se encontraron pacientes entre estos grupos.

GRAFICA No. 3
Nivel de escolaridad de los pacientes
esquizofrénicos hospitalizados en
el Centro de Atención y
Rehabilitación Integral (CARI)



Fuente: historia clínica

CUADRO No. 4**OCUPACION DE LOS PACIENTES EQUIZOFRENICOS INTERNOS EN
EL CENTRO DE ATENCION Y REHABILITACION INTEGRAL (CARI)**

ALTERNATIVAS	NÚMERO	%
NINGUNA	8	80
OBRERO	-	-
INDEPENDIENTE	1	10
EMPLEADO	1	10
TOTAL	10	100

FUENTE:

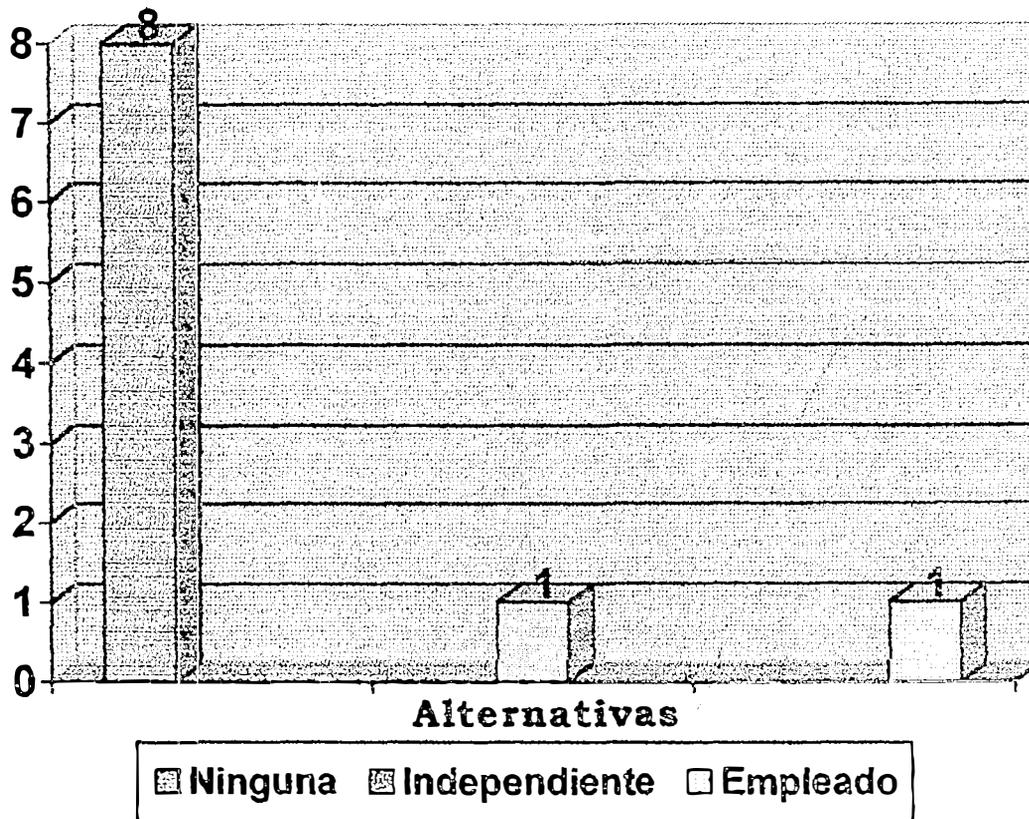
Historia clínica de los pacientes esquizofrénicos hospitalizados en el Centro de Atención y Rehabilitación Integral (CARI)

ANALISIS CUALITATIVO Y CUANTITATIVO

En los datos obtenidos para determinar la ocupación de los pacientes internos en el Centro de Atención y Rehabilitación Integral (CARI), encontramos que de las 10 familias observadas, 8 de ellos representa un 80% de la población no tiene ninguna ocupación, 1 que representa un 10% de la población es empleado.

Se contemplaron inicialmente 4 alternativas, obrero, ya que al momento de aplicar no se encontraron pacientes en estos grupos.

GRAFICA No. 4
Ocupación de los pacientes esquizofrénicos
hospitalizados en el Centro de Atención y
Rehabilitación (CARI)



Fuente: historia clínica

CUADRO No. 5

**FRECUENCIA CON QUE LOS MIEMBROS DE LAS FAMILIAS DE LOS
PACIENTES ESQUIZOFRENICOS HOSPITALIZADOS EN EL CENTRO
DE ATENCION Y REHABILITACION INTEGRAL (CARI) EXPRESAN
LIBREMENTE SUS IDEAS**

ALTERNATIVAS	NÚMERO	%
SIEMPRE	1	10
OCASIONALMENTE	8	80
NUNCA	1	10
TOTAL	10	100

FUENTE:

Familiares de los pacientes esquizofrénicos hospitalizados en el Centro de Atención y Rehabilitación Integral (CARI).

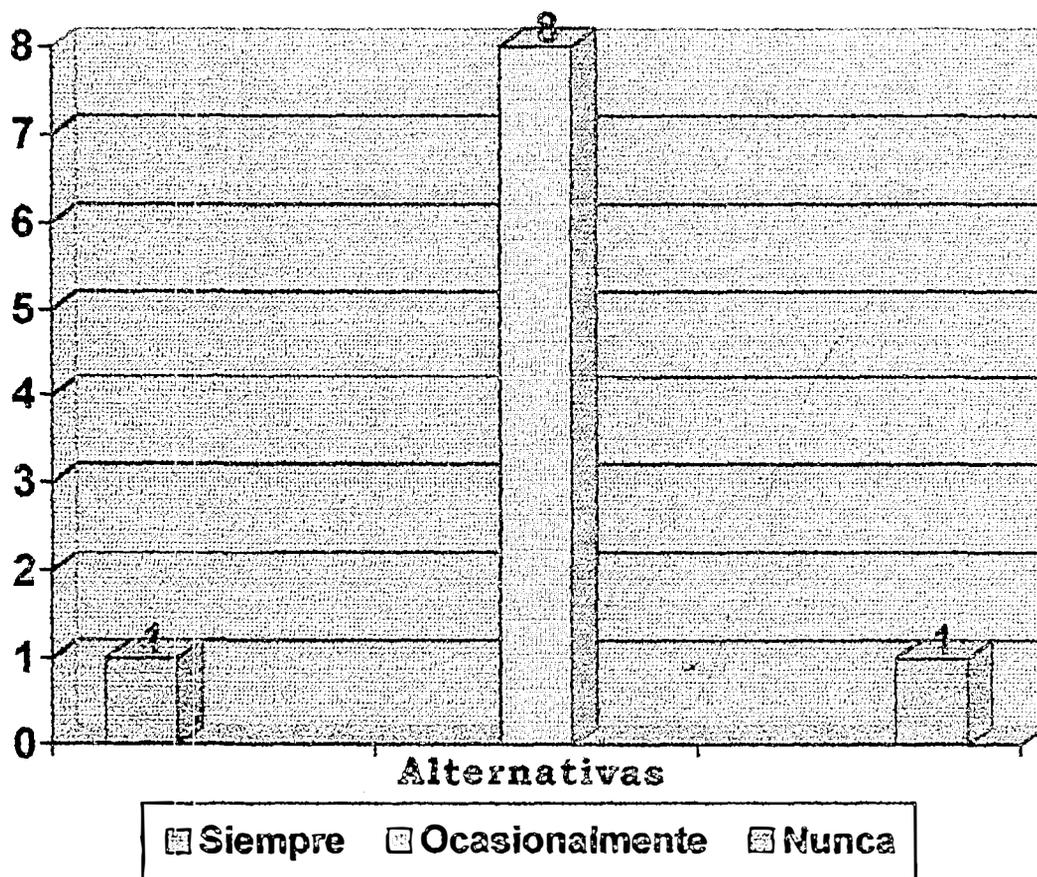
ANÁLISIS CUALITATIVO Y CUANTITATIVO

En los datos obtenidos para determinar la frecuencia con que los miembros de la familia de los pacientes internos en el Centro de Atención y Rehabilitación Integral (CARI), expresan libremente sus ideas. Encontramos que 8 de ellos representada por el 80% de la población analizada expresan ocasionalmente sus ideas, 1 que representa el 10% de la población; nunca expresan sus ideas en la familia.

Al obtener que un 80% de la población analizada presenta dificultad de comunicación entre sus familias, podemos determinar que en esto no se da un buen intercambio de la formación verbal, la cual es importante para lograr un mutuo entendimiento, teniendo en cuenta que la comunicación es un aspecto muy importante en el buen funcionamiento familiar, y es aquí donde generalmente se originan las patologías que dificultan el cumplimiento de las teorías familiares.

GRAFICA No. 5

Frecuencia con que los miembros de la familia de los pacientes esquizofrénicos hospitalizados en el Centro de Atención y Rehabilitación (CARI) expresan libremente sus Ideas



Fuente: Familiares de los pacientes

CUADRO No. 6

**FRECUENCIA CON QUE SE PRESENTAN DISCUSIONES Y
AGREGACIONES VERBALES EN LAS FAMILIAS DE LOS
PACIENTES ESQUIZOFRENICOS HOSPITALIZADOS EN EL CENTRO
DE ATENCION Y REHABILITACION INTEGRAL (CARI)**

ALTERNATIVAS	NÚMERO	%
PERMANENTEMENTE	3	30
OCASIONALMENTE	5	50
NUNCA	2	20
TOTAL	10	100

FUENTE:

Familiares de los pacientes esquizofrénicos hospitalizados en el Centro de Atención y Rehabilitación Integral (CARI).

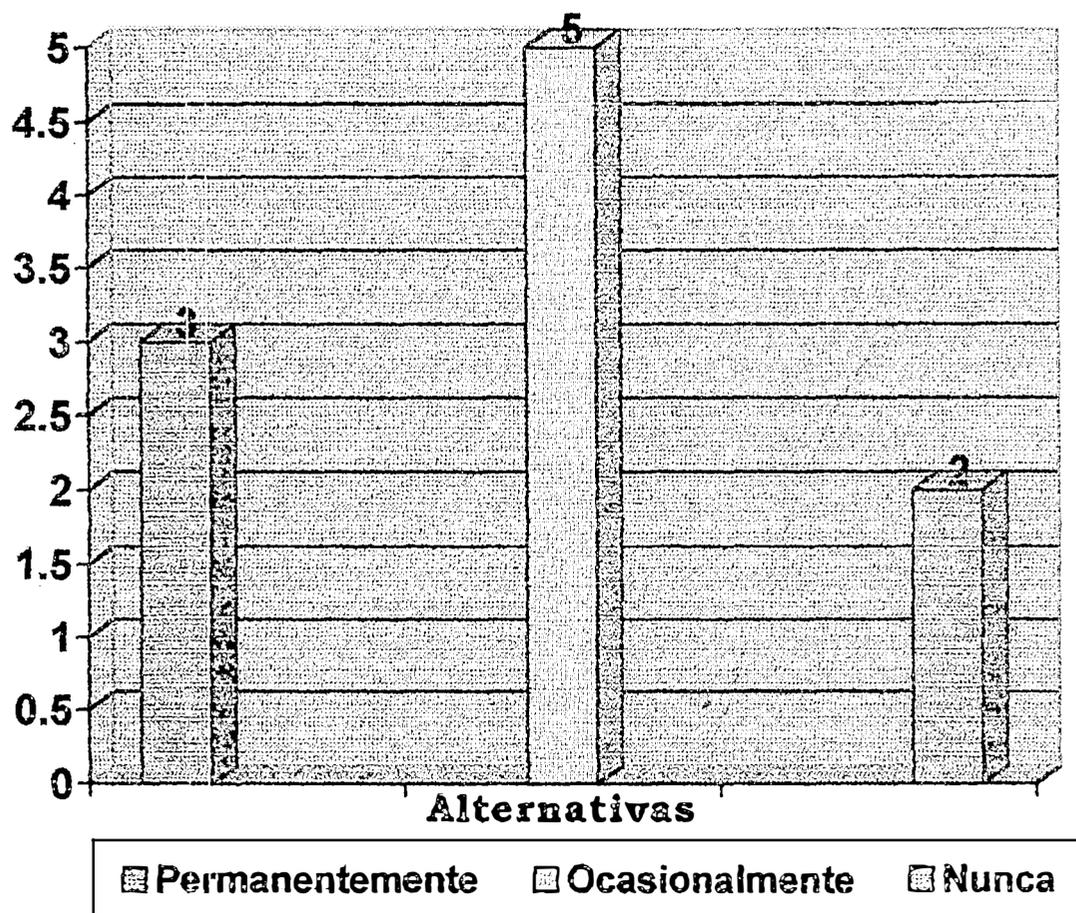
ANALISIS CUALITATIVO Y CUANTITATIVO

En los datos obtenidos para determinar la frecuencia con que se presentan discusiones y agresiones verbales en las familias de los pacientes internos en el Centro de Atención y Rehabilitación Integral (CARI), obtuvimos que en 5 de ellos que representan un 50% de la población, se presentan agresiones verbales, discusiones ocasionalmente, 3 que representan un 30% de la población permanentemente y que dos representan un 20% de la población observada nunca. Se presentan discusiones y agresiones verbales.

El alto número de familias con características de relaciones agresivas y discusiones ocasionalmente viene dado por las características de la familia, observable en la Gráfica No. 10 y también teniendo en cuenta la variedad de sentimiento de un miembro con el diagnóstico que nos ocupa.

GRAFICA No. 6

Frecuencia con que se presentan discusiones y agresiones verbales en las familias de los pacientes esquizofrénicos hospitalizados en el Centro de Atención y Rehabilitación (CARI)



Fuente: Familiares de los pacientes

CUADRO No. 7**FRECUENCIA CON QUE SE HAN PRESENTADO PELEAS Y
AGRESIONES FISICAS ENTRE LOS MIEMBROS DE LAS FAMILIAS
DE LOS PACIENTES ESQUIZOFRENICOS HOSPITALIZADOS EN EL
CENTRO DE ATENCION Y REHABILITACION INTEGRAL (CARI)**

ALTERNATIVAS	NÚMERO	%
SIEMPRE	1	10
ALGUNAS VECES	7	70
NUNCA	2	20
TOTAL	10	100

FUENTE:

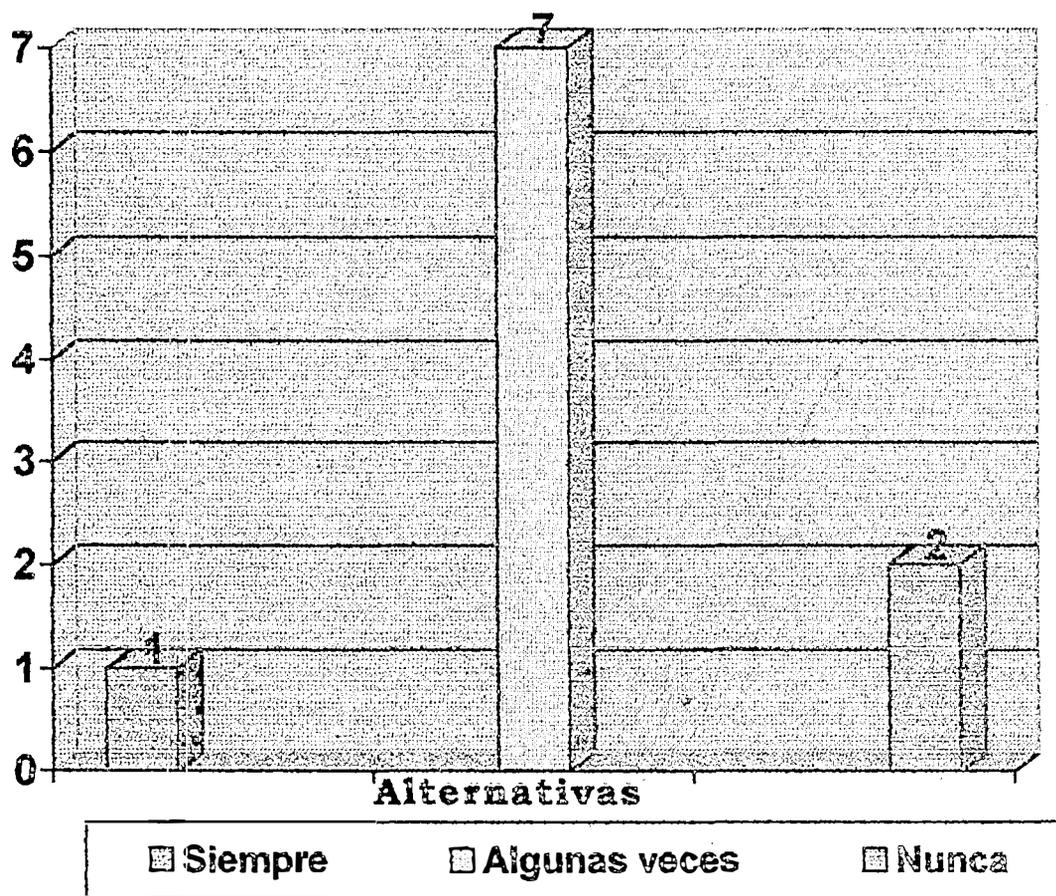
Familiares de los pacientes esquizofrénicos hospitalizados en el Centro de Atención y Rehabilitación Integral (CARI).

ANALISIS CUALITATIVO Y CUANTITATIVO

En los datos obtenidos para determinar la frecuencia con que se han presentado peleas y agresiones físicas entre los miembros de los pacientes internos en el Centro de Atención y Rehabilitación Integral (CARI), encontramos que 7 de ellos representada por el 70% de la población, se presentan peleas y agresiones físicas algunas veces, 2 de ellos que representan un 20% de la población, nunca y 1 que representa un 10% de la población siempre.

GRAFICA No. 7

Frecuencia con que se presentan peleas y agresiones físicas entre los miembros de la familia de los pacientes esquizofrénicos hospitalizados en el Centro de Atención y Rehabilitación (CAR)



Fuente: Familiares de los pacientes

CUADRO No. 8

**OCASIONES CON QUE LLEGAN A UN ACUERDO SATISFACTORIO
CUANDO SE PRESENTA UN PROBLEMA EN LAS FAMILIAS DE LOS
PACIENTES ESQUIZOFRENICOS HOSPITALIZADOS EN EL CENTRO
DE ATENCION Y REHABILITACION INTEGRAL (CARI)**

ALTERNATIVAS	NÚMERO	%
EN TODA OCASIÓN	1	10
EN ALGUNA OCASIÓN	5	50
NUNCA	4	40
TOTAL	10	100

FUENTE:

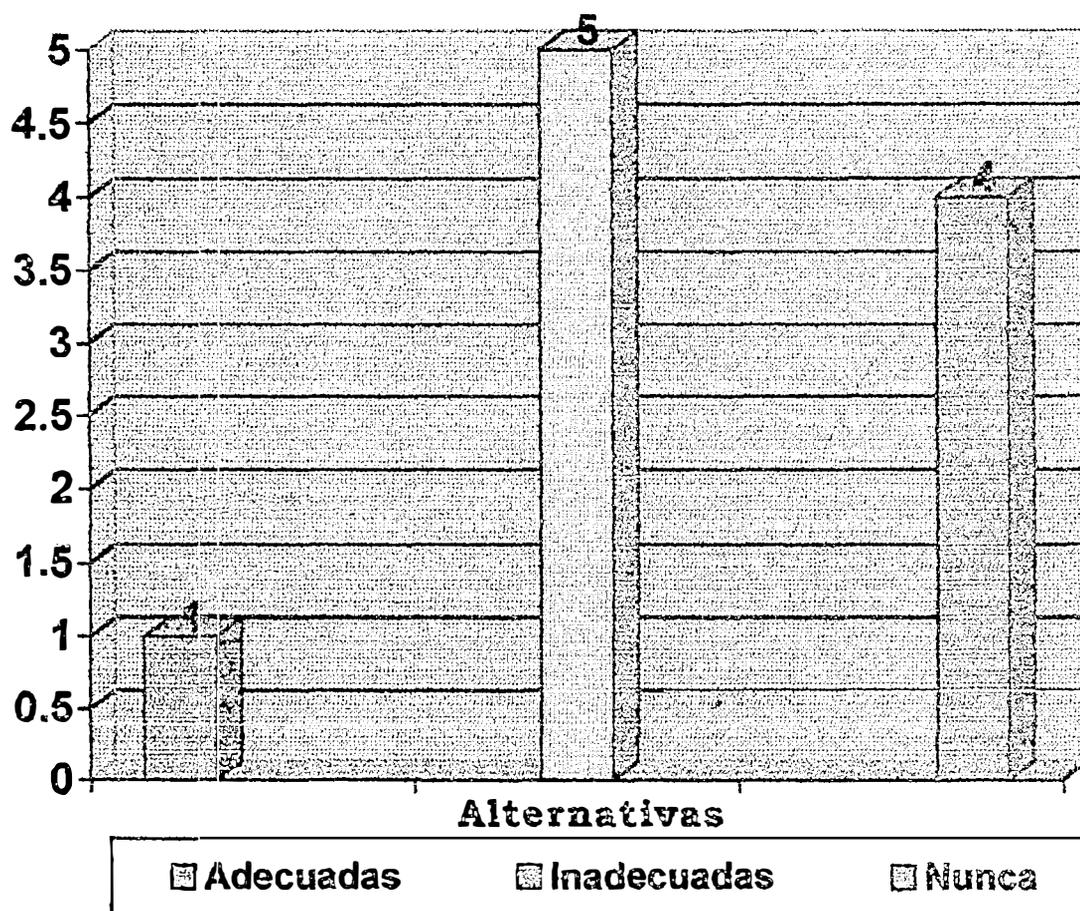
Familiares de los pacientes esquizofrénicos hospitalizados en el Centro de Atención y Rehabilitación Integral (CARI).

ANALISIS CUALITATIVO Y CUANTITATIVO

En los datos obtenidos para determinar las ocasiones con que se llega a un acuerdo satisfactorio cuando se presenta un problema en las familias de los pacientes internos en el Centro de Atención y Rehabilitación Integral (CARI), encontramos que 5 de ellos representada por el 50% de la población llegan a un acuerdo satisfactorio. Cuando se presenta un problema en sus familias en algunas ocasiones, 4 de ellos que se representan en el 40% de la población nunca y 1 de ellos que representan un 10% de la población en todas ocasiones.

GRAFICA No. 8

Ocasiones en que se llega a un acuerdo satisfactorio por problemas en las familias de los pacientes Esquizofrénicos hospitalizados en el Centro de Atención y Rehabilitación (CARI)



Fuente: Familiares de los Pacientes

CUADRO No. 9**TIPO DE ACTITUDES QUE PRESENTAN LAS FAMILIAS DE LOS
PACIENTES ESQUIZOFRENICOS HOSPITALIZADOS EN EL CENTRO
DE ATENCION Y REHABILITACION INTEGRAL (CARI)**

ALTERNATIVAS	NÚMERO	%
RECHAZO	2	20
INDIFERENCIA	1	10
ACEPTACION	7	70
TOTAL	10	100

FUENTE:

Familiares de los pacientes esquizofrénicos hospitalizados en el Centro de Atención y Rehabilitación Integral (CARI).

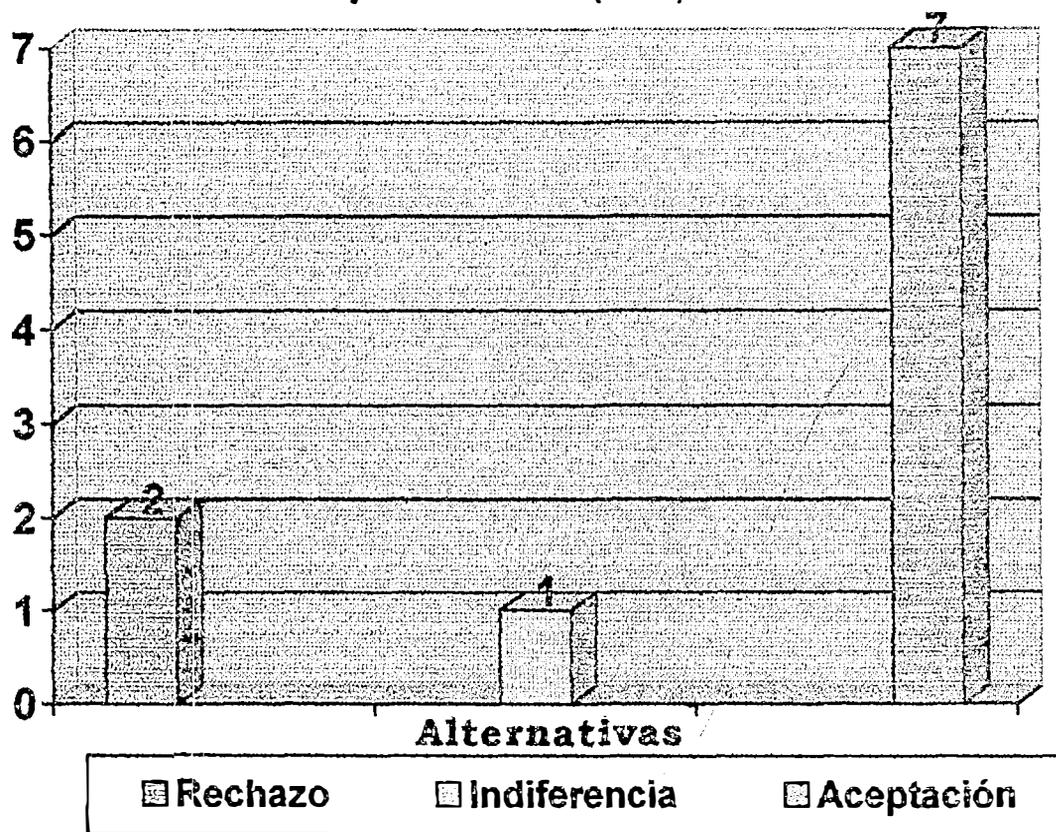
ANÁLISIS CUALITATIVO Y CUANTITATIVO

En los datos obtenidos para determinar el tipo de actitud hacia el paciente hospitalizado en el Centro de Atención y Rehabilitación Integral (CARI), encontramos que 7 de ellos representada por el 70% de la población presenta una actitud de aceptación, 2 de ellos que representan un 20%, presenta una actitud de rechazo y 1 que representa el 10%, presenta una actitud de indiferencia.

Inicialmente se incluyó una alternativa que es sobreprotección, la cual se omitió, ya que no se presentaron pacientes entre este grupo.

GRAFICA No. 9

Tipo de actitud que presentan las familias
de los pacientes esquizofrénicos
hospitalizados en el Centro de Atención
y Rehabilitación (CARI)



Fuente: Familiares de los pacientes

CUADRO No. 10

**TIPO DE RELACIONES QUE PRESENTAN LAS FAMILIAS DE LOS
PACIENTES ESQUIZOFRENICOS HOSPITALIZADOS EN EL CENTRO
DE ATENCION Y REHABILITACION INTEGRAL (CARI)**

ALTERNATIVAS	NÚMERO	%
ADECUADOS	3	30
INADECUADOS	7	70
ACEPTACION	7	70
TOTAL	10	100

FUENTE:

Familiares de los pacientes esquizofrénicos hospitalizados en el Centro de Atención y Rehabilitación Integral (CARI).

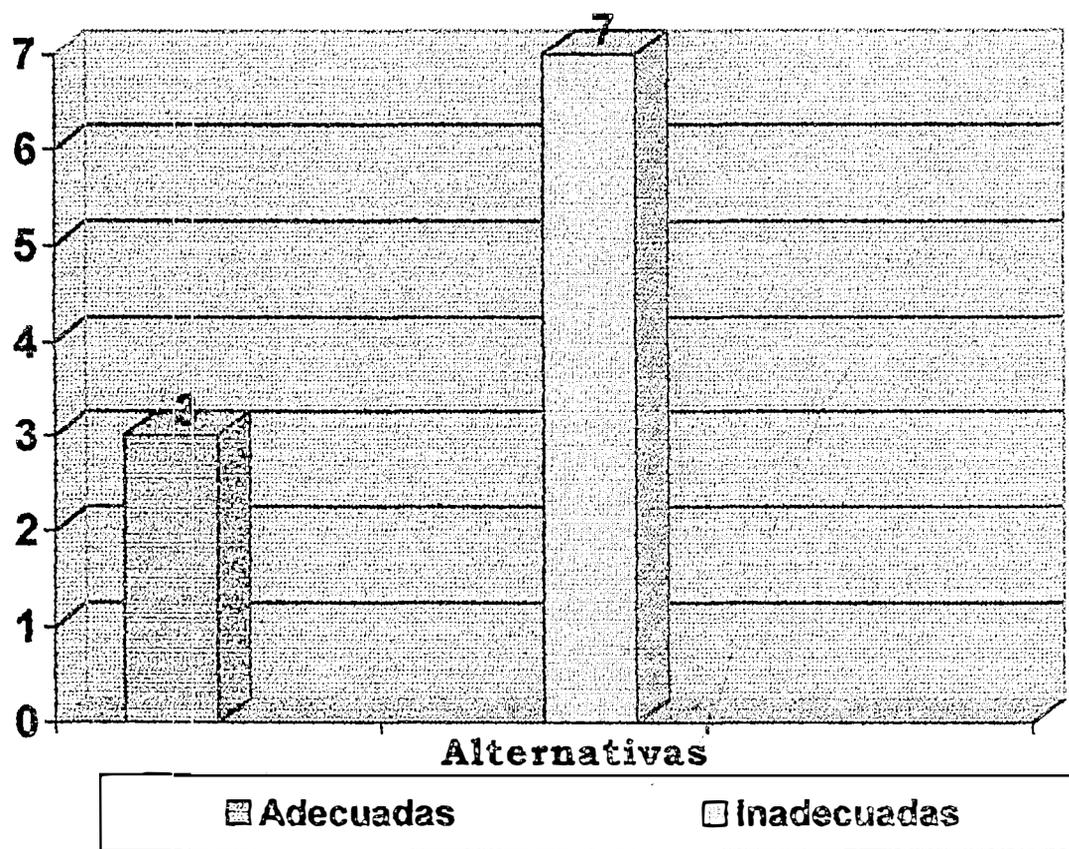
ANALISIS CUALITATIVO Y CUANTITATIVO

En el reporte obtenido para establecer el tipo de relación entre los miembros de las familias de los pacientes internos en el Centro de Atención y Rehabilitación Integral (CARI), obtuvimos que 7 de ellos representan un 70% de la población, las relaciones son inadecuadas y 3 de ellos que representan un 30% de la población analizada las relaciones son adecuadas.

Teniendo en cuenta que la mayoría de la población que está representada en un 70% de las familias estudiadas y que el resultado de la población fue relaciones inadecuadas, podemos decir que estas familias se encuentran en el tipo de familia disgregada, la cual se caracteriza por la existencia de unos límites entre sus partes, la comunicación y el contacto es pobre y sus miembros son excesivamente independientes de los otros, las funciones de protección y apoyo se limitan considerablemente a expensas de una gran autonomía.

GRAFICA No. 10

Tipo de relaciones que presentan las familias de los pacientes esquizofrénicos hospitalizados en el Centro de Atención y Rehabilitación (CARI)



Fuente: Familiares de los pacientes

CUADRO No. 11

**PARA ALGUNOS MIEMBROS DE LAS FAMILIAS NO ES
IMPORTANTE CONOCER LOS PROBLEMAS DE LOS DEMAS**

ALTERNATIVAS	NÚMERO	%
TOTALMENTE DE ACUERDO	1	10
DE ACUERDO EN ALG. ASPECTOS	6	60
EN DESACUERDO	3	30
TOTAL	10	100

FUENTE:

Familiares de los pacientes esquizofrénicos hospitalizados en el Centro de Atención y Rehabilitación Integral (CARI).

ANÁLISIS CUALITATIVO Y CUANTITATIVO

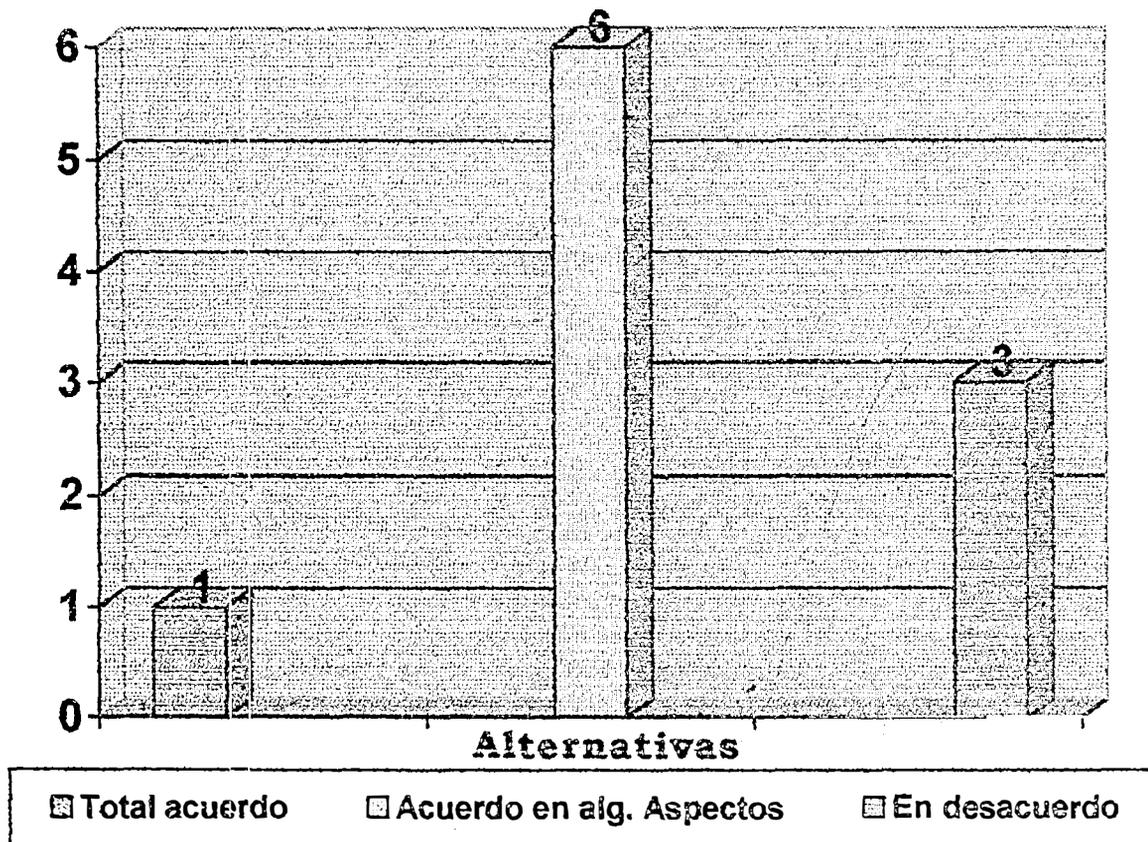
Para establecer las actitudes de las familias ante el supuesto de que para algunos miembros de la familia no es importante conocer los problemas de los demás integrantes, encontramos que el 60% de población representada por 6 familias,

está de acuerdo en algunos aspectos, un 30% representada en 3 familias en desacuerdo y un 10% representada por 1 familia, está totalmente de acuerdo.

El más alto número de respuestas encontradas en el ítems de acuerdo en algunos aspectos nos vuelve a remitir a las características de las familias, de los pacientes en cuestión, ya que para estos grupos, el hecho de conocer los problemas de los otros miembros de la misma familia, no tiene una importancia fundamental

GRAFICA No. 11

Importancia que tiene conocer los problemas de los demás para los miembros de las familias de los pacientes esquizofrénicos hospitalizados en el Centro de Atención y Rehabilitación (CARI)



Fuente: Familiares de los pacientes

CUADRO No. 12

**LA PERSONA QUE EJERCE LA AUTORIDAD EN LAS FAMILIAS DE
LOS PACIENTES ESQUIZOFRENICOS HOSPITALIZADOS EN EL
CENTRO DE ATENCION Y REHABILITACION INTEGRAL (CARI)**

ALTERNATIVAS	NÚMERO	%
PADRE	3	30
MADRE	3	30
HERMANO	1	10
NINGUNO	2	20
TODOS	1	10
TOTAL	10	100

FUENTE:

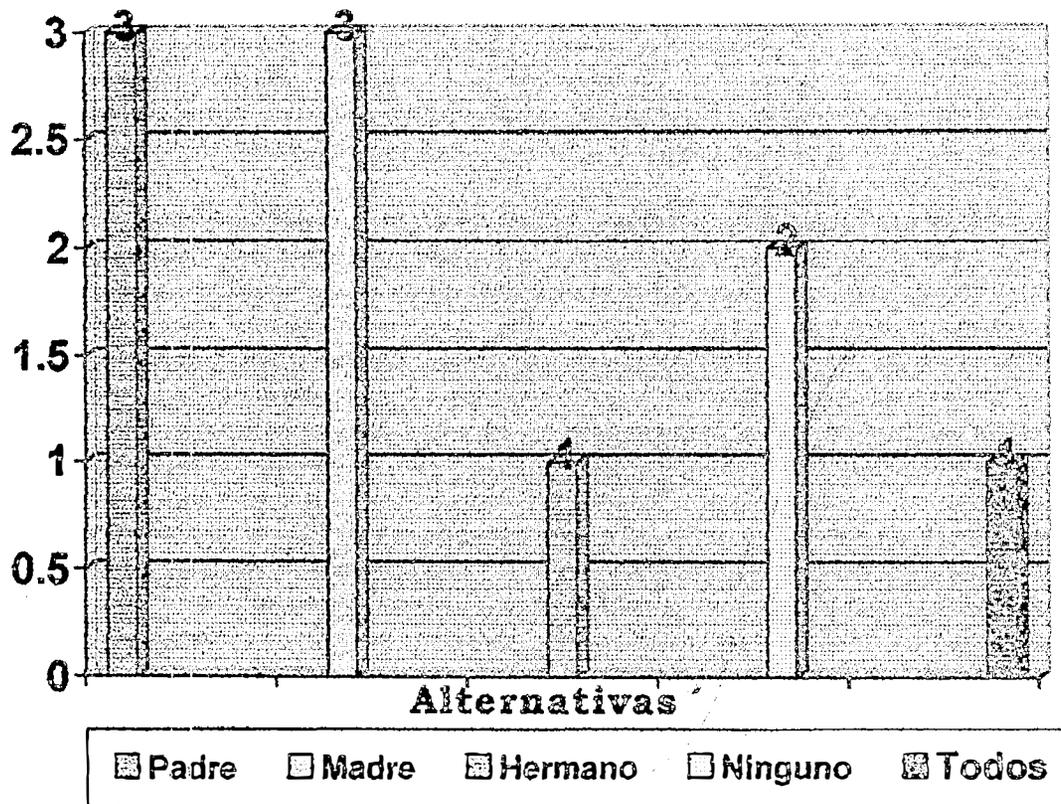
Familiares de los pacientes esquizofrénicos hospitalizados en el Centro de Atención y Rehabilitación Integral (CARI).

ANALISIS CUALITATIVO Y CUANTITATIVO

De acuerdo a los datos obtenidos que determinaron la persona que ejerce la autoridad en las familias de los pacientes internos en el Centro de Atención y Rehabilitación Integral (CARI), encontramos que de las 10 familias encuestadas, 3 la ejerce el padre y representa el 30% de la población, 3 la ejerce la madre y representa otro 30% de la población, 2 la ejercen ninguno y representa un 20% de la población, 1 el hermano y representa un 10% la población y 1 todos el cual la representa otro 10% de la población.

Inicialmente se contemplaron 6 alternativas de las cuales se omitió 1, ya ue no se encontraba entre el grupo de respuesta acertadas.

GRAFICA No. 12
Personas que ejercen la autoridad en las familias
de los pacientes esquizofrénicos hospitalizados
en el Centro de Atención y
Rehabilitación (CARI)



Fuente: Familiares de los pacientes

CUADRO No. 13

**LA ORGANIZACIÓN Y DIRECCION DE LAS TAREAS QUE
REALIZAN LOS MIEMBROS DE LAS FAMILIAS DE LOS PACIENTES
ESQUIZOFRENICOS HOSPITALIZADOS EN EL CENTRO DE
ATENCION Y REHABILITACION INTEGRAL (CARI)**

ALTERNATIVAS	NÚMERO	%
SIEMPRE	3	30
OCASIONALMENTE	3	30
NUNCA	4	40
TOTAL	10	100

FUENTE:

Familiares de los pacientes esquizofrénicos hospitalizados en el Centro de Atención y Rehabilitación Integral (CARI).

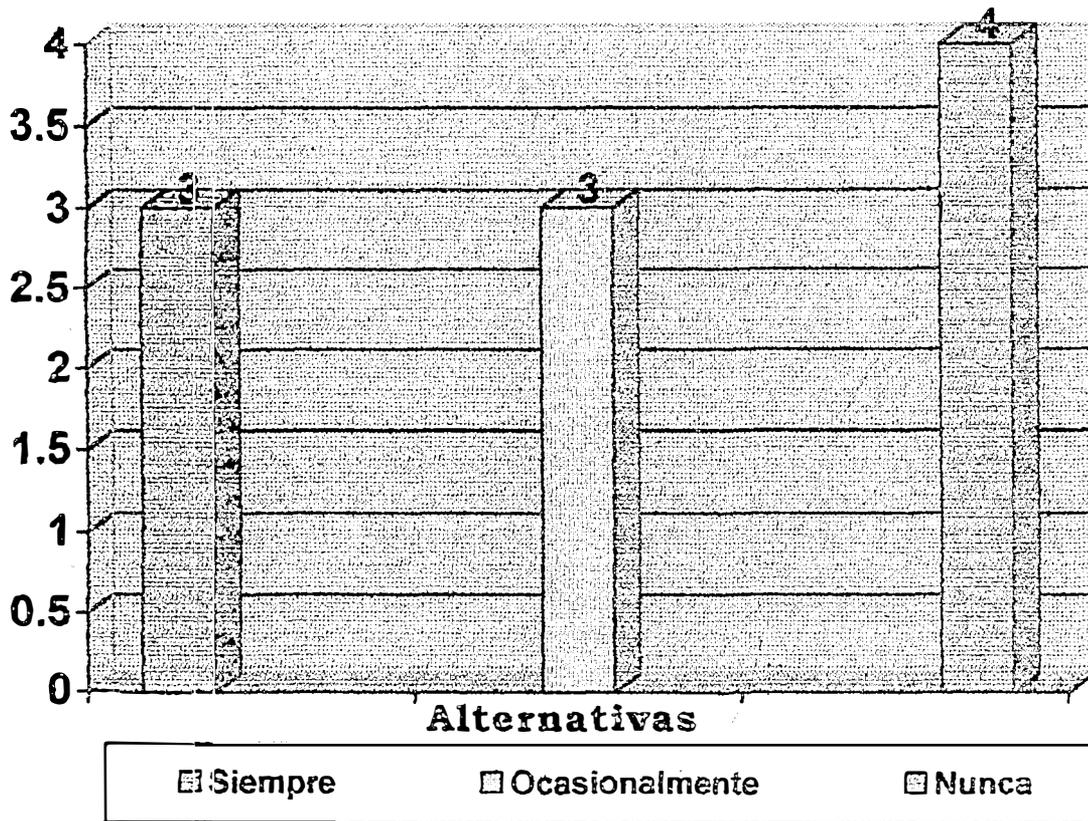
ANALISIS CUALITATIVO Y CUANTITATIVO

Teniendo en cuenta los datos obtenidos sobre la organización y dirección de las tareas que realizan los miembros de la familia de los pacientes esquizofrénicos internados en el Centro de Atención y Rehabilitación Integral (CARI), determinando si la organización está a cargo de personas específicas.

Teniendo un mayor resultado nunca representado el 40% de la población integrada por 4 familias, un 30% de la población ocasionalmente representada por 3 familias y un 30% siempre representada por 3 familias.

GRAFICA No. 13

Organización y dirección de las tareas que realizan los miembros de las familias de los pacientes esquizofrénicos hospitalizados en el Centro de Atención y Rehabilitación (CARI)



Fuente: Familiares de los pacientes

APGAR FAMILIAR

CUADRO No. 14

ADAPTACION

Cuando algún miembro del grupo se encuentra afectado por algún problema, el resto de la familia le ofrece apoyo.

ALTERNATIVAS	NÚMERO	%
CASI SIEMPRE	1	10
A VECES	7	70
NUNCA	2	20
TOTAL	10	100

FUENTE:

Familiares de los pacientes esquizofrénicos hospitalizados en el Centro de Atención y Rehabilitación Integral (CARI).

ANALISIS CUALITATIVO Y CUANTITATIVO

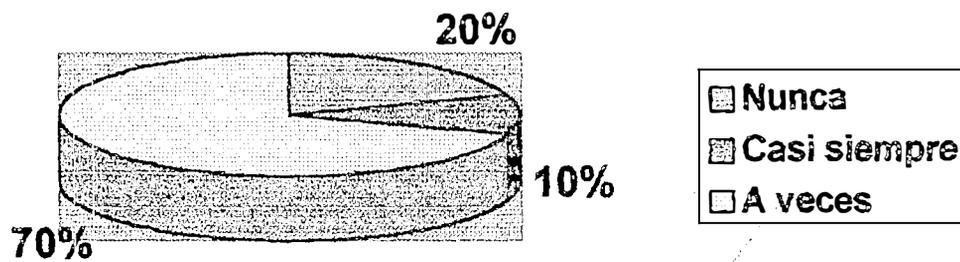
Primer componente:

ADAPTACION

Cuando algún miembro de el grupo se encuentra afectado por un problema, el resto de la familia lo apoya, al analizar este parámetro encontramos que de las familias, objeto de estudio, 7 de ellos está representada en un 70% de la población. Respondieron a veces, encontrando una familia disfuncional, lo que quiere decir que hay un desequilibrio para resolver los problemas durante el período de crisis. Por otra parte se encuentran 2 familias representadas en un 20% y que respondieron que nunca han mostrado una disfuncionalidad severa y una familia representada en un 10% de la población, objeto de estudio. Respondieron que tienen una buena funcionalidad familiar.

Gráfica No. 14
ADAPTACION

Cuando algún miembro del grupo se encuentra afectado por algún problema el resto de la familia le ofrece apoyo



Alternativas

Fuente: Familiares de los pacientes

CUADRO No. 15**PARTICIPACION COMO SOCIO**

Toda la familia habla de las cosas y consulta los problemas, buscando solución.

ALTERNATIVAS	NÚMERO	%
CASI SIEMPRE	1	10
A VECES	3	30
NUNCA	6	60
TOTAL	10	100

FUENTE:

Familiares de los pacientes esquizofrénicos hospitalizados en el Centro de Atención y Rehabilitación Integral (CARI).

ANALISIS CUALITATIVO Y CUANTITATIVO

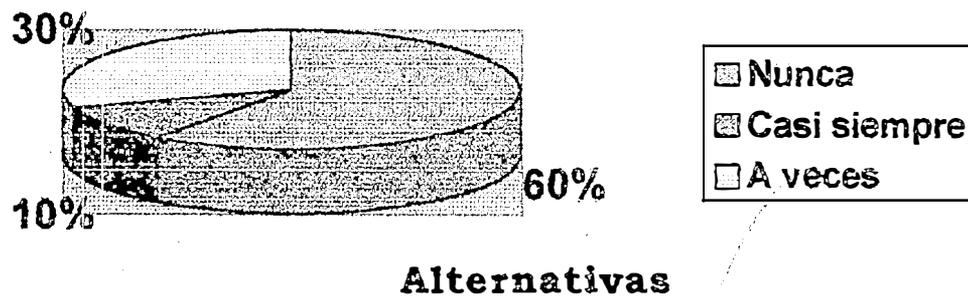
Segundo componente:

PARTICIPACION COMO SOCIO

Toda la familia habla de las cosas y consultan los problemas buscando solución, observamos que de las 10 familias objeto de estudio, 6 de ellos representada en un 60% de la población estudiada respondieron que nunca, encontrando una disfuncionalidad severa, en la participación de forma de decisiones y responsabilidades como miembro de la familia, por otra parte se encontraron que 3 familias representadas en un 30%, respondieron a veces, observando una familia disfuncional representada en un 10% respondió que casi siempre, mostrando que tiene una buena funcionalidad familiar.

Gráfica No. 15

PARTICIPACION COMO SOCIO
Toda la familia habla de las cosas y
consultan los problemas,
buscando solución



Fuente: Familiares de los pacientes

CUADRO No. 16**CRECIMIENTO**

La familia se siente satisfecha, aceptada y apoya los deseos de cada miembro al emprender nuevas actividades.

ALTERNATIVAS	NÚMERO	%
CASI SIEMPRE	1	10
A VECES	2	20
NUNCA	7	70
TOTAL	10	100

FUENTE:

Familiares de los pacientes esquizofrénicos hospitalizados en el Centro de Atención y Rehabilitación Integral (CARI).

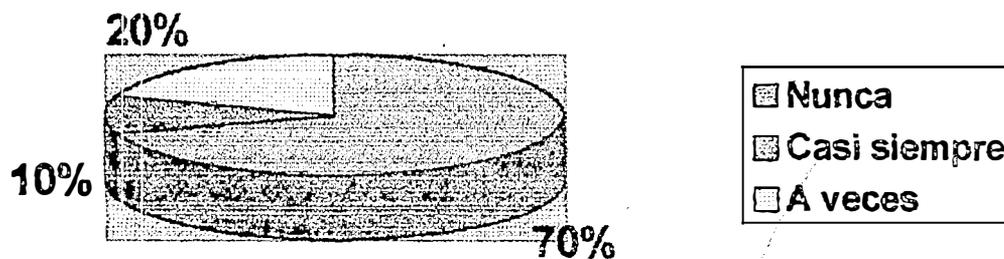
ANÁLISIS CUALITATIVO Y CUANTITATIVO

Tercer componente:

CRECIMIENTO

Encontramos que de las 10 familias objeto de estudio de 7 de ellas representadas en un 70% de la población estudiada, responden nunca, observamos una disfuncionalidad severa en el logro emocional, físico y autorealización de los miembros de la familia, así como el soporte y guía mutua, además encontramos 2 familias representadas en un 20% de la población estudiada respondieron a veces, indica una disfuncionalidad y por último 1 familia representada en un 10% de la población que casi siempre mostrando una buena funcionalidad familiar.

Gráfica No. 16
CRECIMIENTO
La familia se siente satisfecha,
acepta y apoya los
deseos de cada miembro
al emprender
nuevas actividades



Alternativas

Fuente: Familiares de los pacientes

CUADRO No. 17**AFECTO**

La familia se siente satisfecha de cómo cada miembro expresa sus afectos y responde a sus condiciones, tales como la tristeza, rabia y amor.

ALTERNATIVAS	NÚMERO	%
CASI SIEMPRE	1	10
A VECES	2	20
NUNCA	7	70
TOTAL	10	100

FUENTE:

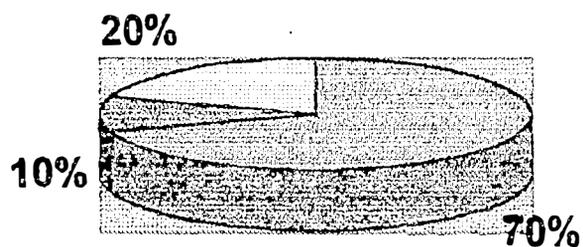
Familiares de los pacientes esquizofrénicos hospitalizados en el Centro de Atención y Rehabilitación Integral (CARI).

ANALISIS CUALITATIVO Y CUANTITATIVO

Cuarto componente:

AFECTO: Encontramos que de las 10 familias, 7 de ellas representa en un 70% de la población objeto de estudio respondieron nunca, observando una disfuncionalidad severa en la relación de amor y atención que existe entre los miembros de las familias. Por otra parte 2 de las familias representada en un 20% de la población, respondieron a veces, encontrando una disfuncionalidad y por último una familia representada en un 10% de la población contestaron casi siempre, mostrando una buena funcionalidad familiar.

Grafica No. 17
AFECTO
La familia se siente
satisfecha de cómo
cada miembro expresa sus
afectos y responde a sus
condiciones
como tristeza, rabia y amor



Alternativas

Fuente: Familiares de los pacientes

CUADRO No. 18**RESOLUCION**

La familia se siente satisfecha en la forma cómo compone, el tiempo, el espacio y el dinero de todos sus miembros.

ALTERNATIVAS	NÚMERO	%
CASI SIEMPRE	0	0
A VECES	3	30
NUNCA	7	70
TOTAL	10	100

FUENTE:

Familiares de los pacientes esquizofrénicos hospitalizados en el Centro de Atención y Rehabilitación Integral (CARI).

ANALISIS CUALITATIVO Y CUANTITATIVO

Quinto componente:

RESOLUCION

Encontramos en este componente que de las 10 familias, 7 de ellas representadas en un 70% de la población respondieron que nunca han encontrado una disfuncionalidad severa en el compromiso y determinación de dedicar el tiempo, espacio, dinero a los otros miembros, además 3 familias equivalen al 30% respondieron que a veces, esto nos indica una disfuncionalidad y en la respuesta casi siempre no se encontró ninguna familia dentro de esta categoría.

Para obtener los datos generales del Apgar familiar se procedió de la siguiente forma:

Se sumaron todas las escalas, dándonos unos valores y de acuerdo a esto se categorizaron en los 3 niveles que comprenden el Apgar familiar como son:

8-10 sugiere buena funcionalidad familiar.

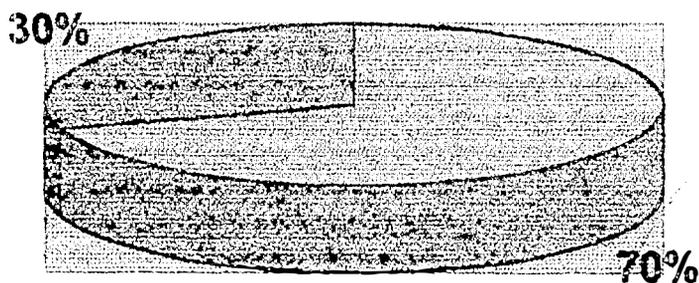
4-7 sugiere disfunción.

0-3 sugiere disfuncionalidad severa.

Grafica No.18

RESOLUCION

La familia se siente satisfecha de la forma
cómo comparten el tiempo, el espacio y
el dinero de todos sus miembros



Fuente: Familiares de los pacientes

ANALISIS CUALITATIVO Y CUANTITATIVO

De acuerdo al análisis general de la información obtenida, encontramos que un 80% de las familias estudiadas representa una disfuncionalidad severa, que responde a una familia de tipo disgregada, aunque pueda funcionar en forma muy independiente, carecen de sentido, lealtad y pertenencia, su capacidad de depender y de pedir apoyo, cuando se necesita se ve reducido y empobrecido.

Las familias que se encuentran en estas categorías, presentan una serie de conductas inadecuadas, que muchas veces no son conscientes de ello. Las tensiones y los problemas de un miembro de la familia, no involucra aparentemente a los miembros del sistema. Solamente un alto nivel de ansiedad, logra activar los recursos del grupo familiar.

Después de haber realizado la descripción de los resultados obtenidos a la presente investigación hemos analizado los factores psicosociales que más incidencia presentan en la disfuncionalidad del sistema familiar con pacientes esquizofrénicos entre los cuales tenemos: carencia e inadecuada comunicación , la falta de interés

que presenta cada miembro del sistema, la carencia o falta de límites en normas y valores establecidos, no se refleja el sentido de pertenencia de cada miembro, ni tampoco se logra identificar el desempeño de roles que debe poseer cada sistema simplemente percibidos que de acuerdo a los resultados estamos ante una familia de tipo disgregada en la que sus miembros manifiestan una interacción pero de tipo conflictivo ya que en este tipo de familia sus miembros presentan características particulares como lo son la carencia de sentimientos de lealtad, pertenencia.

Es en base a este resultado, como nos damos cuenta de la frialdad emocional y el desinterés con el que funciona este tipo de familia, el cual demuestra esta disfuncionalidad entre ellos negándoles algún tipo de ayuda a estos pacientes esquizofrénicos.

Partiendo de esto notamos que los resultados arrojados nos muestran características totalmente diferentes a las teorías postuladas por Minuchin la cual sostiene que la familia es considerada como una unidad de educación y de crecimiento de los miembros del sistema familiar; así mismo en su teoría considera que cada sistema debe cumplir con la función socializadora haciéndose presente como un

sistema social y cultural, con el propósito de que cada familia luche por promover el buen desarrollo biológico, psicológico y social de sus miembros, basadas en la adecuada comunicación, en la demostración de afecto, en el interés y el apoyo que debe manifestar los miembros de la familia ante alguna problemática, sobre el respeto, los valores y el desempeño de roles de cada subsistema dentro de la familia; todo lo anterior se escribe y suena muy bonito pero realmente nos damos cuenta que la realidad vivida por estas familias son oscuras e inciertas contribuyendo así negativamente a su sistema familiar y más específicamente al paciente esquizofrénico.

8. CONCLUSIONES

El presente estudio investigativo nos arroja resultados cualitativos que demuestran que las familias de estos pacientes, poseen un mínimo grado de cultura lo que no facilita una buena comunicación entre ellos ni con sus parejas; aunque la mayoría de estos se encuentran solteros. Tomando como punto de referencia la comunicación, factor básico en todas las relaciones: familiares, personales y laborales; en la población Centro de Atención Integral (CARI), analizando el factor que más incidencia tiene en las dificultades que presentan estas familias sumándole a esto un mal manejo en el desempeño de roles, la poca demostración de afecto, el incumplimiento de normas en las personas que integran estas familias y como segundo factor incidente el desconocimiento de normas y valores de las familias estudiadas, lo que determina el poco interés por la recuperación del paciente y la integración familiar.

Al haber culminado el informe de investigación, a lo largo de todo nuestro proceso investigativo notamos la marcada influencia negativa que genera o ejerce la familia que tiene individuos esquizofrénicos en su sistema familiar. Y esto fue comprobado cuando al aplicar el instrumento de valoración a las familias de los pacientes con esquizofrenia hospitalizados en el Centro de Atención y Rehabilitación Integral (CARI) se detectó que en un 80% de las familias hay disfuncionalidad severa la cual es desencadenada por los siguientes factores.

Poca expresión verbal y no verbal de los sentimientos como: alegría, amor, pobre comunicación entre cada uno de ellos, agresión verbal y física, falta de comunicación e interés por el bienestar del paciente hospitalizado.

Otro dato importante que nos arrojó esta investigación es que todas las familias de las muestras estudiadas (Pacientes esquizofrénicos) residen en barrios de estratos bajos y realmente sus condiciones de vida son infrahumanas. Lo que nos hace pensar que este factor no le permite a sus miembros brindarle una mejor calidad de vida.

9. DISCUSIONES Y RECOMENDACIONES

Este trabajo investigativo pone de relieve que de los factores psicosociales que más incidencia tiene en la disfuncionalidad familiar con pacientes esquizofrénicos es la comunicación, aspecto vital del buen funcionamiento familiar y del desarrollo de un ambiente social, necesaria además para el intercambio de información verbal entre los emisores y receptores de una familia para lograr un mutuo entendimiento.

El contexto familiar de estos pacientes ofrece múltiples situaciones que distorsionan la adecuada estructura de ésta, si tenemos en cuenta el bajo grado de cultura que poseen y la poca demostración de afecto, que no le permiten el extraño comportamiento que presenta un miembro de su familia y mucho menos la oportuna asistencia profesional en sus primeros síntomas.

Otro factor que tiene gran incidencia en el mal funcionamiento de éstas familias es el desconocimiento de normas y valores definidos

estos como guías orientadoras de la conducta de los seres humanos, indicadores también del comportamiento de los miembros de un grupo social, familiar y laboral. Las normas establecidas en un grupo social constituyen un conjunto de opciones que le dan sentido a una vida organizada y permiten resolver situaciones que mejoren el funcionamiento de éste grupo.

Los valores que representan maneras preferenciales de ver, interpretar y de juzgar cualquier situación entre las personas que interactúan en un grupo no se reflejan en la dinámica de estas familias, lo que les impide tener conciencia de la problemática que se presenta con un miembro que padece esquizofrenia.

Al finalizar nuestro informe de investigación y siendo conscientes que el escenario donde regresan los esquizofrénicos después de su hospitalización es su entorno familiar, y teniendo en cuenta los resultados arrojados por las estadísticas, recomendamos el apoyo integral de la familia, basados en la comunicación, comprensión, aceptación y el reconocimiento de normas y valores en el manejo sobre todo que hay que brindarles a estos pacientes, logrando así una

mejor dinámica familiar donde no solo se beneficia él mismo sino su familia.

De igual forma se recomienda al sistema familiar la orientación profesional de un terapeuta de familia para obtener mejores resultados en su recuperación.

Por otro lado se le sugiere al centro de atención y rehabilitación integral CARI, concientizar a las familias de los pacientes esquizofrénicos sobre la importancia que ejerce la unidad familiar en el tratamiento, seguimiento, rehabilitación y reubicación social del paciente esquizofrénico.

Por último se recomienda seguir indagando sobre el tema de investigación con el fin de aportar nuevas teorías que sustenten la investigación y poder crear algunas técnicas y procedimientos más eficaces para la rehabilitación tanto del paciente como de la familia.

BIBLIOGRAFÍA

ACHERMAN, Norman. Diagnóstico y tratamiento de las relaciones Familiares. Fotocopia.

AFANASIEV, V. El Enfoque Sistémico Aplicado al Conocimiento Social. Barcelona: Gedisa, 1989.

ARIAS, Liliana. Ciclo Vital Familiar. II Seminario de Salud Familiar. Bogotá; Recopilación bibliográfica, 1992.

BOULDING, Kenneth. Teoría General de los Sistemas. Fotocopia.

BERTOGLIO, Oscar. Introducción a la Teoría General de los Sistemas. México: Limusa, 1992

BERTALANFY, Ludwin. Perspectiva en la Teoría General de los Sistemas. Madrid: Alianza, 1979.

CARVAJAL, María Eugenia y CRUZ, Víctor. Comportamiento y Salud. Norma.

ESCALLÓN, Carmen. II Seminario sobre Salud Familiar. Cartagena: 1991.

FISHMAN, Heyle. Técnicas de Terapia Familiar. Barcelona: Paidós McGraw - Hill, 1992.

FELDMAN, Roberts. Psicología. Interamericana de México.

GANIN, Alvaro. Familia Terapia y Sociedad. Fotocopia.

GARCÍA, Yomaira. Fotocopia.

GUARESCHI, Giovanni. En My Home Swet Homme. Fotocopia.

HAIL, Ad y FAGEN, R.E. Historia de la Psiquiatría. Fotocopia.
HERNANDEZ CÓRDOBA, Angela. Familia Ciclo Vital y
Psicoterapia Sistémica Breve. El Búho.

LEITON, Citado por García Yomaira. Fotocopia.

Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales DSM IV.
Masson, 1995.

MARTIN, Helena. Cuarto Estudio sobre familia. Bogotá: Nexos,
1990.

MEJIA, Diego. Salud Familiar para América Latina, Bogotá: 1991.

MINUCHIN, Salvador. Técnicas de Terapia Familiar. Barcelona.
Editorial: Gedisa, 1977.

OLSON, D., SPRENKLE, D. And RUSELL, C. Circumplex model
of marital and afamily systems: Cohesion and adaptability
dimensions, family types and clinical applications. Fam pro 1979.

RODRIGUEZ, Carlos. Terapia Familiar Funcionamiento y
Evaluación. Bogotá: Kely, 1987.

Salud Mental y Psiquiátrica. Fotocopia.

SARASON, Irwin G. SARASON R., Barbara. Psicología Anormal.
Prentice Hall hispanoamericana S.A.

SULLIVAN. Harry S. Entrevista Psiquiátrica. Buenos Aires:
Psique, 1972.

STEINHUER R, P.D. Santa Barbara J. The Procese Model Of
Family Funtioning. Uclao, 1996.

TORO, Ricardo. YEPES, Luis. Psiquiatría. 1990.

VALLEJO NÁGERA, J.A. Guía Práctica de Pedagogía Familiar -
Colección de Revistas. Tomo III.

ANEXOS

ANEXO A

**INSTRUMENTO DE VALORIZACION DE DINAMICA
FAMILIAR DE LOS PACIENTES ESQUIZOFRENICOS
DEL CENTRO DE ATENCION Y REHABILITACION
INTEGRAL (CARI)**

I. IDENTIFICACION PERSONAL

1. FAMILIA:

2. PACIENTES:

3. EDAD: DE 18 A 20 AÑOS _____
DE 21 A 25 AÑOS _____
DE 26 A 30 AÑOS _____
DE 30 Y MÁS _____

4. SEXO: FEMENINO _____
MASCULINO _____

5. ESTADO CIVIL: SOLTERA _____
CASADA _____
U. LIBRE _____
SEPARADO _____
VIUDO _____

6. NIVEL DE ESCOLARIDAD:

ANALFABETA	:	_____	
PRIMARIA	:	C _____	I _____
BACHILLERATO	:	C _____	I _____
TECNICO	:	C _____	I _____
UNIVERSITARIO	:	C _____	I _____

7. OCUPACION:

OBRERO _____

EMPLEADO _____
INDEPENDIENTE _____
NINGUNA _____

II. COMPOSICION FAMILIAR

NOMBRE	PARENTESCO	EDAD	SEXO	NIVEL EDUC	OCUPACION

III. COMUNICACION

8. EN LA FAMILIA CADA UNO DE SUS MIEMBROS EXPRESA LIBREMENTE SUS IDEAS:

SIEMPRE _____
OCASIONALMENTE _____
NUNCA _____

9. SE PRESENTAN DISCUSIONES Y AGRESIONES VERBAL EN LA FAMILIA:

PERMANENTEMENTE _____
OCASIONALMENTE _____
NUNCA _____

10. SE HAN PRESENTADO PELEAS Y AGRESIONES FISICAS ENTRE LOS MIEMBROS DE LA FAMILIA:

SIEMPRE _____
ALGUNAS VECES _____
NUNCA _____

11. SI LLEGA A UN ACUERDO SATISFACTORIO CUANDO SE PRESENTA UN PROBLEMA:

EN TODAS LAS OCASIONES _____
EN ALGUNAS OCASIONES _____
NUNCA _____

IV. RELACIONES

12. LA FAMILIA MUESTRA HACIA EL PACIENTE UNA ACTITUD DE:

RECHAZO _____
SOBREPROTECCION _____
INDIFERENCIA _____
ACEPTACION _____
RECHAZO _____

13. LAS RELACIONES ENTRE LOS MIEMBROS DE LA FAMILIA SON:

TOTALMENTE ADECUADAS _____
ADECUADAS SOLO EN ALGUNOS ASPECTOS _____
INADECUADAS _____

14. PARA ALGUNOS MIEMBROS DE LA FAMILIA NO ES IMPORTANTE CONOCER LOS PROBLEMAS DE LOS DEMAS.

TOTALMENTE _____
DE ACUERDO EN ALGUNOS ASPECTOS _____
EN DESACUERDO _____

V. LIMITES

PADRE _____
MADRE _____
HERMANO _____
OTRO _____
NINGUNO _____
TODOS _____

15. LA ORGANIZACIÓN Y DIRECCION DE LAS TAREAS QUE REALIZAN LOS MIEMBROS DE LA FAMILIA GENERALMENTE ESTA A CARGO DE UNA PERSONA ESPECIFICA:

SIEMPRE _____
OCASIONALMENTE _____
NUNCA _____

ANEXO B

APGAR FAMILIAR

Cuando algún miembro del grupo se encuentra afectado por un problema, el resto de la familia le ofrece apoyo.

CASI SIEMPRE	A VECES	CASI NUNCA
---------------------	----------------	-------------------

Comentario

Toda la familia habla de las cosas y consultan los problemas buscando solución.

CASI SIEMPRE	A VECES	CASI NUNCA
---------------------	----------------	-------------------

Comentario

La familia se siente satisfecha, acepta y apoya los deseos de cada miembro, al emprender nuevas actividades.

CASI SIEMPRE	A VECES	CASI NUNCA
---------------------	----------------	-------------------



Comentario

La familia se siente satisfecha de cómo cada miembro expresa sus afectos y responde a sus emociones tales como tristezas, rabia, amor.

CASI SIEMPRE	A VECES	CASI NUNCA

Comentario

La familia se siente satisfecha en la forma cómo comparten el tiempo, el espacio y el dinero de todos sus miembros.

CASI SIEMPRE	A VECES	CASI NUNCA

Valores del Apgar familiar

8-10 puntos: Sugiere muy buena función familiar.

4-7 puntos: Sugiere una disfuncionalidad.

0-3 puntos: Sugiere una disfuncionalidad.