



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
ESCUELA NACIONAL DE TRABAJO SOCIAL

“BASES TEÓRICAS Y METODÓLOGICAS PARA EL LICENCIADO EN TRABAJO  
SOCIAL EN LA INTERVENCIÓN DE LA FAMILIA DEL PACIENTE CON  
EZQUIZOFRENIA PARANOIDE”

TESIS  
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE  
LICENCIADAS EN TRABAJO SOCIAL  
PRESENTAN:

ANA ISABEL ALCÁNTARA RIVERA  
KARINA JUDITH ARZATE ROQUE

DIRECTOR DE TESIS: DR. SATURNO MACIEL MAGAÑA



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

## INDICE

JUSTIFICACIÓN	7
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	9
OBJETIVO GENERAL	11
INTRODUCCION	12
CAPÍTULO I. ELEMENTOS PARA EL ESTUDIO DE LA FAMILIA	13
1.1. Definición de familia	13
1.2. Concepto de familia	13
1.3. Tipos de familia	14
1.3.1. Por su desarrollo	14
1.3.2. Por su nivel socioeconómico	14
1.3.3. Por su demografía	14
1.4. Etapas del ciclo vital de la familia	15
1.4.1. El desprendimiento	15
1.4.2. El encuentro	15
1.4.3. Los hijos	16
1.4.4. La adolescencia	16
1.4.5. El reencuentro	16
1.4.6. La vejez	17
1.5. Estructura de la familia	17
1.5.1. Nuclear	17
1.5.2. Extensa	17
1.5.3. Compuesta	17
1.5.4. Monoparental	17
1.5.5. Colateral	17
1.6. La familia como sistema	18
1.6.1. Organización familiar	20
1.6.1.1. Modelos de organización familiar	21
1.6.2. Dinámica Familiar	22
1.6.3. Sistema familiar funcional	23
1.6.4. Sistema familiar disfuncional	26

CAPÍTULO II. LA SALUD MENTAL Y LA FAMILIA	28
2.1. Definición de Salud Mental	28
2.2. Concepto de Salud Mental	28
2.3. Concepto de Enfermedad Mental	29
2.4. Factores asociados a la enfermedad mental	30
2.4.1. Factores biológicos	30
2.4.1.1. Genéticos	30
2.4.1.2. Biológicos ambientales	31
2.4.2. Factores psicosociales	32
2.4.3. Factores protectores y de riesgo	33
2.5. Epidemiología de la Enfermedad Mental en el Ámbito Internacional	34
2.6. Epidemiología de la Enfermedad Mental en el Ámbito Nacional	35
2.6.1. Población adulta	35
2.6.2. Población infantil y adolescente	36
2.7. La Familia frente a la Enfermedad Mental	38
2.7.1. Situaciones de crisis y momentos críticos	38
CAPÍTULO III. EL TRASTORNO DE ESQUIZOFRENIA	39
3.1. Concepto de esquizofrenia	39
3.2. Antecedentes históricos de la esquizofrenia	39
3.3. Causas de la esquizofrenia	45
3.4. Esquizofrenia ubicada en el DSM-IV	47
3.4.1. Criterios para el diagnóstico de la esquizofrenia	48
3.4.2. Subtipos de esquizofrenia	49
3.4.2.1. Tipo paranoide	49
3.4.2.2. Tipo desorganizada	50
3.4.2.3. Tipo catatónico	51
3.4.2.4. Tipo indiferenciada o simple	51
3.4.2.5. Tipo residual	51
3.4.3. Tratamiento	52
3.5. Tratamiento psicosocial	52
3.6. Curso de la enfermedad	53
3.6.1. Signos previos	53
3.6.2. Fase prodrómica	53
3.6.3. Fase aguda o activa	53

3.6.4. Fase residual	54
3.7. Pronóstico de la Esquizofrenia	55
3.7.1. Factores que afectan el pronóstico de la esquizofrenia	56
3.7.1.1. Factores culturales	56
3.7.1.2. Sexo	57
3.8. Factores que intervienen en el inicio agudo y en la recaída	57
3.9. Epidemiología de la Esquizofrenia	59
3.9.1. Factores sociales y familiares	60
3.10. Prevalencia de la esquizofrenia en México	60
<b>CAPÍTULO IV. PARANOIA, ESQUIZOFRENIA PARANOIDE Y LA FAMILIA</b>	<b>62</b>
4.1. Concepto de paranoia	62
4.2. Concepto de personalidad	62
4.3. Personalidad paranoide	63
4.4. Trastorno paranoide de la personalidad	63
4.5. Características del pensamiento paranoide	64
4.5.1. Pensamiento proyectivo	64
4.5.2. Hostilidad	64
4.5.3. Susplicacia	65
4.5.4. Ideas delirantes	65
4.5.5. Pérdida de autonomía	65
4.5.6. Sentimientos de grandeza	65
4.6. Esquizofrenia Paranoide	66
4.6.1. Antecedentes de la Esquizofrenia Paranoide	66
4.6.2. Subtipo paranoide ubicado en el DSM-IV	66
4.6.3. Características asociadas	66
4.7. El paciente con Esquizofrenia y su Familia	66
4.7.1. El paciente	66
4.7.2. Inhabilitación social e incapacidad social	68
4.7.3. Reacciones adversas frente a la enfermedad	68
4.7.4. La familia	69
4.7.5. Alteraciones en la familia por el impacto de la enfermedad	69
4.8. Proceso de rehabilitación del paciente con esquizofrenia	70
4.8.1. Evaluación del paciente	70
4.8.2. Formulación del plan de rehabilitación	71

4.8.3. Asesoramiento a la familia	71
<b>CAPÍTULO V. TRABAJO SOCIAL, TRABAJO SOCIAL PSIQUIÁTRICO Y MODELOS PSICOEDUCATIVOS</b>	<b>73</b>
5.1. Concepto de Trabajo Social	73
5.1.1. Objetivo General	73
5.1.2. Objetivos Específicos	73
5.2. Funciones del Profesional en Trabajo Social	73
5.2.1. Funciones compartidas	74
5.2.2. Funciones específicas	74
5.2.3. Roles del Licenciado en Trabajo Social	75
5.3. Trabajo Social en Salud	80
5.4. Introducción al Trabajo Social Psiquiátrico	81
5.5. La función de la institución psiquiátrica	82
5.6. El Trabajador Social en el Ámbito Psiquiátrico	82
5.7. Concepto de Trabajo Social Psiquiátrico	83
5.8. Función del Trabajador Social en las Instituciones Psiquiátricas	84
5.9. La tarea del Trabajador Social Psiquiátrico	86
5.9.1. Con la familia	86
5.9.2. La relación	87
5.9.3. La adaptación	88
5.9.4. La entrevista	88
5.9.4.1. Distintos tipos de Entrevistas	89
5.9.4.2. Observar, Escuchar y la autocrítica en la Entrevista	90
5.10. El Diagnóstico en el Trabajo Social Psiquiátrico	90
5.10.1. El Diagnóstico y la Evaluación	91
5.11. La prevención en el Ámbito Psiquiátrico	91
5.11.1. Prevención	91
5.11.2. El Trabajar Social en los diferentes niveles de prevención	91
5.12. Niveles de intervención familiar	93
5.12.1. Información	93
5.12.2. Educación	93
5.12.3. Orientación	93
5.12.4. Terapia familiar	93
5.12.5. Psicoterapia familiar	94

5.13. Modelo Psicoeducativo	94
5.13.1. Concepto de psicoeducación	94
5.13.2. Antecedentes	94
5.13.3. Modelo psicoeducativo	95
5.13.4. Psicoeducación en esquizofrenia	96
5.14. Concepto de Rehabilitación	97
<b>CAPÍTULO VI. BASES TEORICAS Y METODOLOGICAS PARA LA INTERVENCIÓN DEL TRABAJO SOCIAL EN FAMILIAS</b>	<b>98</b>
6.1. Metodología del Trabajo Social	98
6.1.1. Concepto de metodología	98
6.1.2. El objeto de intervención en el Trabajo Social	98
6.1.3. Propuesta Metodológica para la Intervención Profesional	99
6.1.4. Modalidades del Trabajo Social	101
6.1.4.1. Trabajo Social Comunitario	101
6.1.4.2. Trabajo Social de Caso	101
6.1.4.3. Trabajo Social con Grupo	102
6.1.4.3.1. Antecedentes del Trabajo Social con Grupo	102
6.1.4.3.2. Definición de Trabajo Social con Grupo	104
6.1.4.3.3. Concepto de Trabajo Social con Grupo	104
6.1.4.3.4. Rol del Trabajador Social con Grupo	105
6.1.4.3.5. Principios básicos del Trabajo Social con Grupo	106
6.1.4.3.6. Clasificación de los grupos	106
6.1.4.3.7. Generalidades del método	107
6.1.4.3.8. Etapas de la vida de un grupo	109
6.1.4.3.8.1. Etapa de formación	109
6.1.4.3.8.2. Etapa de organización	110
6.1.4.3.8.3. Etapa de integración	110
6.2. Grupos de autoayuda	111
6.2.1. Tipos de grupos de autoayuda	112
6.3. Aspectos que se deben tener en cuenta para la elaboración de proyectos en Trabajo Social	112
6.4. La concepción de grupo a partir de la Teoría General de Sistemas	114
6.4.1. Antecedentes de la Teoría General de Sistemas	114

6.4.2. Concepto, características y principios de la Teoría General de Sistemas	115
6.4.3. Sistemas sociales	120
6.4.3.1. Características específicas de los sistemas sociales	120
6.4.4. La familia bajo el enfoque sistémico	121
6.5. El Trabajo Social con Grupos de familias	121
6.6. La Intervención con Familias	122
6.7. El Taller	124
6.7.1. Concepto de taller	124
6.7.2. El Taller. Una Propuesta para el trabajo con familias	126
6.7.3. Taller: “Conociendo la enfermedad de la Esquizofrenia Paranoide”	127
6.7.3.1. Objetivo	127
6.7.3.2. Cronograma	127
APORTE AL TRABAJO SOCIAL	129
CONCLUSIONES	130
GLOSARIO	132
BIBLIOGRAFÍA	135



## JUSTIFICACIÓN

A partir del quehacer del Trabajador Social como agente de cambio en las diferentes problemáticas de la sociedad como lo son: la pobreza, la desnutrición, el analfabetismo, el desempleo y en el caso que nos ocupa los problemas de salud pública y la falta de promoción de la salud mental se ha observado que sus consecuencias afectan de forma importante tanto al individuo que lo sufre como al grupo familiar al que pertenece teniendo repercusiones en las diferentes esferas en las que se desenvuelve. J. Flores (1997), nos dice que de acuerdo con la encuesta aplicada a nivel nacional, la familia continúa siendo de gran importancia para la sociedad mexicana. Con la idea de familia se asociaron significados altamente positivos como los son de unión, hijos, salud, amor, hogar, bienestar, padres comprensivos, entre otros no menos importantes. Al mismo tiempo los índices de asociación de la idea de familia con la palabra sociedad nos remite a una concepción de la familia como unidad.

La familia se refiere al grupo que comparte cercanía y convivencia por lazos de consanguinidad y parentesco. Como un sistema de relaciones que influye a sus miembros de manera individual y que está en constante interacción, de tal forma que el cambio de alguno de ellos va seguido de cambios en los demás miembros, lo que a su vez provoca modificación en los núcleos familiares y sociales.

En el área de la salud mental, y particularmente en la de la esquizofrenia los problemas del manejo del paciente en el hogar, la sobrecarga emocional y la falta de conocimientos sobre la enfermedad, obligan a pensar en las necesidades que presenta este tipo de población. En la mayoría de los casos éstas son únicamente sentidas por la familia, pero por muchas razones se pasa por alto la posibilidad de recibir apoyo, buscando sólo atención para el paciente. En nuestro país hay pocas alternativas para atender al paciente con esquizofrenia y a su familia; a pesar de que las familias de estos pacientes casi siempre están a cargo del cuidado primario, usualmente no reciben la capacitación ni la ayuda profesional que requieren, es decir, es raro que a un familiar se le de la atención que necesita para poder manejar la problemática que manifiesta el paciente.

El siguiente proyecto se realiza con el propósito de dar a la familia la oportunidad de conocer, valorar y en la medida de lo posible disminuir la incertidumbre que sufre ésta al tener un miembro con esquizofrenia, con el fin de que dicho grupo primario se encuentre informado y en condiciones de utilizar sus propios recursos al enfrentarse a esta enfermedad.

Cualquier enfermedad repercute en la dinámica familiar y social, sobre todo si se trata de una enfermedad mental, como en el caso de la esquizofrenia, la cual llama de manera especial nuestro interés debido a los estragos que causa tanto a nivel familiar como a nivel social, además de que en la prevalencia de la esquizofrenia en la población adulta en zonas urbanas es de el 2.1%<sup>1</sup>. La esquizofrenia causa serias alteraciones en el individuo el cual hasta la fecha sigue siendo estigmatizado e incomprendido por el resto de la sociedad. Encontramos en esta situación la importancia de la utilización de los recursos de la familia, con el fin de apoyar al paciente y así puedan contar con un nivel de vida digno, tarea para la que el profesional en Trabajo Social debe encontrarse preparado con las bases teóricas y metodológicas para la atención de esta población.

---

<sup>1</sup> Caraveo y Cols. Características psicopatológicas de la población urbana adulta en México. Resultados de una encuesta Nacional en Hogares. AN. Instituto Mexicano de Psiquiatría, 1998. Pág. 6.

## **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

La esquizofrenia es uno de los trastornos mentales que producen más dificultades a nivel familiar. El efecto negativo de la enfermedad, generalmente, recae básicamente en quienes la padecen y en las personas que conviven con ellas. Cuando un miembro de la familia tiene esquizofrenia se afecta gravemente la dinámica familiar ya que las características clínicas de esta enfermedad generan un gran número de situaciones negativas como: dificultad en las relaciones familiares, deterioro en la calidad de vida, aislamiento social, lo que interfiere en el funcionamiento laboral, escolar y en el propio hogar aumentando el nivel de estrés, lo cual se ha llegado a considerar como un precipitante de las recaídas, de la exacerbación de síntomas y de las rehospitalizaciones. Por lo tanto es evidente que los integrantes de la familia requieren ayuda y apoyo para que puedan manejar a estos pacientes tanto en la casa como en el hospital.

Cuando en una familia de estructura nuclear se desarrolla la enfermedad de la esquizofrenia en uno de los hijos, por lo regular, y de acuerdo a los criterios diagnósticos según el DSM-IV, el primer brote de la enfermedad se presenta con más frecuencia en la etapa de la adolescencia o adultez joven en los hombres (entre los 15 y 25 años), edad en la que los individuos regularmente aún pertenecen a la familia de procreación, están a punto de abandonarla o acaban de hacerlo, por lo que los lazos afectivos con los padres son aún estrechos y en algunos casos dependientes, por lo que la familia se ve envuelta en un miedo paralizante, incertidumbre, preocupación entre otros aspectos negativos, además de enfrentarse a una enfermedad desconocida; al saber u observar las consecuencias y los cambios que ésta traerá en el individuo enfermo tanto él como la familia se enfrentan a la pérdida de expectativas, lo que llamaremos el duelo por la pérdida de las habilidades tanto físicas como mentales, que por lo regular a esta edad son de suma importancia y la base de las metas fijadas para el paciente y para la familia.

Debido a que la esquizofrenia es una enfermedad incurable, con mal pronóstico, en la mayoría de los casos, se convierte en una enfermedad estigmatizada por la sociedad, sobre todo al observar las limitaciones y los cambios que causa en la persona que la padece, ya que debido a las características de la enfermedad el paciente puede llegar a convertirse en una persona desconocida para su familia, tornándose agresivo, indiferente afectivamente, descuidado en su persona, etc.

En estos casos se observan distintas reacciones en los miembros del grupo primario al que pertenece el paciente, las cuales varían de acuerdo a los valores, recursos, nivel

económico, educación, usos y costumbres, creencias, etc. con los que cuentan. En algunos casos la familia estará dispuesta a conocer, tolerar y más adelante a aceptar los cambios. En otros sucederá en menor medida, sin embargo, habrá familias con poca tolerancia, que se nieguen a hacer conciencia de la enfermedad y por lo tanto exponer al paciente al abandono. Se puede decir que el grupo familiar incide directamente en la estabilidad y capacidad de adaptación del individuo. Beatriz Rivera (1996) escribe que las familias estables son fomentadoras de la seguridad básica de sus integrantes, evitan conductas patológicas, por el contrario, una familia conflictiva donde no existen lazos afectivos ni intereses en común, con canales estrechos de comunicación, acentúan fuertes conflictos.

Por lo que creemos necesario la intervención del Trabajador Social en la familia, procurando que ésta última reconozca, identifique y utilice sus propios recursos para enfrentarse al duelo sufrido por la pérdida tanto de las habilidades como de las expectativas que se tenían con respecto al paciente, procurando que la familia tenga conciencia de que la persona que la padece podría presentar una relativa mejoría, sin embargo, deberá que estar sometida a un tratamiento farmacológico y terapéutico constante a lo largo de su vida, mismo en el que el apoyo y la comprensión de la familia es fundamental.

## **OBJETIVO GENERAL**

- Proporcionar al Licenciado en Trabajo Social las bases teóricas y metodológicas para que éste brinde a la familia del paciente con esquizofrenia paranoide la atención necesaria para lograr que se encuentre preparada al enfrentarse a la enfermedad disminuyendo su incertidumbre y evitando un deterioro en la calidad de vida.

## INTRODUCCION

El siguiente capitulado aborda puntos esenciales para el profesional en Trabajo Social en el trabajo con la familia de la persona con esquizofrenia paranoide, la cual hemos hecho objeto de nuestra intervención, a fin de contar con los conocimientos necesarios para su abordaje, manejando un lenguaje en común con nuestro universo de trabajo. Iniciando con los elementos fundamentales para conocer el funcionamiento, la dinámica y otros aspectos del grupo familiar, y tener las herramientas necesarias para su clasificación tomando en cuenta sus diferentes dimensiones lo que nos dará las bases para una intervención apropiada; posteriormente abordaremos aspectos tanto generales como específicos de la enfermedad mental con el fin de entender el contexto en el que se desenvuelve la problemática detectada; más adelante siguiendo con un marco general se hablará sobre la enfermedad de la esquizofrenia, sus implicaciones, la influencia del medio social, sus causas, su evolución, sus consecuencias, etc.; para dar paso de manera más específica al tema de la esquizofrenia paranoide, capítulo en el que manejaremos conceptos de temas en común, aspectos implicados, características, que nos permitan contar con el conocimiento necesario sobre la enfermedad, así como sus consecuencias y algunas reacciones comunes en la familia de la persona enferma; enseguida hablaremos de los antecedentes del Trabajo Social Psiquiátrico y sus implicaciones en este ámbito y se ofrece una opción para el abordaje de las familias del paciente con esquizofrenia: los modelos psicoeducativos; por último, se desarrollarán las bases teóricas y metodológicas necesarias para que el profesional en Trabajo Social intervenga con la familia de la persona con esquizofrenia paranoide, considerando el Trabajo Social de Grupo como el método mas adecuado para nuestro trabajo, así como, la Teoría General de Sistemas como base para la concepción del funcionamiento de un grupo que es parte de un todo.

# CAPITULO I

## ELEMENTOS PARA EL ESTUDIO DE LA FAMILIA

### **1.1. DEFINICIÓN DE FAMILIA**

Familia del latín "Familus": "sirviente".<sup>1</sup>

Grupo social básico creado por vínculos de parentesco o matrimonio presente en todas las sociedades. Idealmente, la familia proporciona a sus miembros protección, compañía, seguridad y socialización. La familia es un organismo social y dinámico, que funciona por interacción e interdependencia (Bradshaw 2001).

### **1.2. CONCEPTO DE FAMILIA**

La familia es una unidad fundamental de la organización social compuesta como mínimo, por dos individuos del sexo opuesto que conviven de forma estable en una misma vivienda como consecuencia de algún tipo de matrimonio mantienen relaciones sexuales y afectivas, ayuda regularmente en la cooperación material de su existencia repartiéndose el trabajo dentro y fuera de la unidad; y cuyas vivencias, las relaciones sexuales y afectivas, la cooperación económicas son aprobadas y reconocidas como legítimas en conformidad a ciertas normas sociales, en primer lugar las que regulan el matrimonio - por la sociedad de la que forman parte. O bien, por dos individuos de sexo igual o distinto, unidos por una relación de ascendencia/o descendencia biológica directa (sustituidas a veces por relaciones de adopción), que conviven en forma estable y cooperan en el plano económico - si bien en algunos casos esa cooperación puede reducirse al menos por algún periodo, a la manutención de los descendientes por el ascendiente - cuyas relaciones de ascendencia/descendencia biológica de convivencia y de cooperación económica son igualmente aprobadas y reconocidas como legítimas por la sociedad siempre a cambio de la conformidad a determinadas normas. Debido a la integración de los elementos sociales, culturales y afectivos que se observan en ella, la familia reviste en casi todas las sociedades el carácter de una institución y representa en general el núcleo de mayor condensación de los sistemas de parentesco.<sup>2</sup>

---

<sup>1</sup> Curso de Trabajo Social Psiquiátrico. Material proporcionado por el Instituto Nacional de Psiquiatría, 2002. Pág. 16

<sup>2</sup> Galino, Luciano. "Diccionario de Sociología". Edit. Siglo XXI, México 1995. Pág. 425

### **1.3. TIPOS DE FAMILIA**

Al estudiar a las familias en relación a su organización, nivel de vida, estructura, lugar de residencia, entre otros aspectos distinguimos la siguiente tipología:

#### **1.3.1. Por su desarrollo:**

*Tradicional:* El padre es el proveedor económico, la madre es la administradora; difícilmente la madre puede acceder a una vida laboral, ella es la que transmite valores, costumbres y normas. La madre juega un rol de dependencia con respecto al padre y al faltar el padre, el hijo mayor es quien se responsabiliza de la familia.

*Moderna:* Los roles son compartidos, igualitarios, ambos progenitores son proveedores económicos, son familias abiertas, cuentan con la capacidad de adaptación al cambio.

#### **1.3.2. Por su nivel socioeconómico:**

*Clase baja o Proletaria:* Concepto de la doctrina marxista y este tipo de familias las componen los obreros y campesinos, la característica principal de las familias que forman parte de esta denominación es la pobreza.

##### *Clase Media:*

*Baja:* Este tipo de familias las componen los empleados y los comerciantes no establecidos.

*Media:* Son compuestas por las familias de los profesionales, medios y supervisores.

*Acomodada:* Se compone por las familias de los intelectuales, investigadores y comerciantes establecidos.

*Clase Alta:* Se compone por las familias de altos funcionarios, empresarios e industriales.

#### **1.3.3. Por su demografía:**

*Urbana:* Existe una concentración de bienes y servicios en el lugar donde éstas residen, su actividad económica se encuentra en función del sector secundario de la economía. No es un círculo cerrado ya que se conforma por familias tradicionales y modernas, las cuales mantienen lazos de funcionalidad a partir de controles internos y externos como el caso de las instituciones.

*Rural:* Se dedican al sector primario de la economía, se encuentran fuertemente vinculadas a la tierra, tienden a ser familias unidas, cerradas, que comparten normas, valores, etc. Su reproducción es numerosa, ya que cada familia acostumbra a procrear como mínimo seis hijos, sus costumbres son arcaicas y tradicionales.



#### **1.4. ETAPAS DEL CICLO VITAL DE LA FAMILIA<sup>3</sup>**

La vida de un individuo recorre diversas etapas: el desprendimiento, el encuentro, los hijos, la adolescencia, el re-encuentro y la vejez. Si bien están determinadas por su biología, la cultura de cada época y sociedad, le dan un significado específico y el propio individuo puede decidir de manera particular en cada momento. Sin embargo la mayor parte de estos periodos los vive dentro de la institución familiar, quien lejos de permanecer estática e inmutable, se desenvuelve a través de diferentes etapas, según las trayectorias de quien la forma. El ciclo de la familia se une así al curso de vida de sus integrantes.

Las ventajas que ofrece trabajar con esta herramienta del “Ciclo Vital” son primordialmente dos:

1. El concepto del ciclo vital ofrece el instrumento de organización y sistematización invaluable para el pensamiento clínico que permite llegar con menos tropiezos al diagnóstico.
2. Brinda, además, la oportunidad de revisar casos clínicos que suelen dar la pauta para reconocer fenómenos similares en otras familias y que indican también las vías que conducen a la intervención terapéutica oportuna.<sup>4</sup>

El ciclo estudia las etapas por las cuales se desenvuelve la familia:

##### **1.4.1. El desprendimiento**

En esta etapa la pareja se conoce y empieza el noviazgo. Cada cónyuge deberá llegar a la unión marital con una identidad personal ya formada, aún cuando todavía sea incompleta. En la búsqueda de un compañero puede intervenir la búsqueda de cercanía y compañía y la búsqueda de fusión. Cuando se habla de fusión, se entiende al estado en donde no se ha logrado adquirir una individualidad.

##### **1.4.2. El encuentro**

Es una fase de adaptación, en la pareja se establecen nuevas reglas y roles en cada uno. Existen normas implícitas y explícitas. Se definen la relación, la comunicación y la economía. En esta nueva etapa se trata de integrar un sistema de seguridad emocional interno, que incluya a uno mismo y al nuevo compañero. En la etapa del encuentro se va a dar el “contrato matrimonial”, este va a regir la vida psíquica, emocional e instrumental de la nueva pareja

---

<sup>3</sup> Estrada Inda, Lauro. “El Ciclo Vital de la Familia”, Edit. Grijalbo, México, 1997. Pag. 41

<sup>4</sup> Estrada Inda, Lauro, “El Ciclo Vital de la Familia”, Edit. Grijalbo, México 1997. Pág. 18

### **1.4.3. Los hijos**

Etapa que pone en crisis a la pareja. La llegada de un hijo requiere de espacio físico y emocional. Esto plantea la necesidad de reestructurar el contrato matrimonial, modifica los roles y tareas familiares. Pueden aparecer frustraciones, inseguridad por el embarazo, celos por los amigos y el bebé. La responsabilidad de la crianza aparece y el cuidado de las enfermedades propias de la misma. Se establecen las alianzas padre-hijo, madre-hija y el principal riesgo es que la comunicación en la pareja solo se efectúa en torno a los hijos; por lo que es importante mantener el equilibrio. Resulta fundamental considerar los aspectos físicos y emocionales para saber a cuantas personas puede alojar ese “sistema familiar”. En ocasiones tener un hijo favorece la intimidad de la pareja, estimulando la diferenciación u elaboración de diferentes facetas de la personalidad de cada uno. Puede producir y realizar además un sentimiento de continuidad. El niño facilita que penetre al sistema familiar el impacto social y cultural del ambiente a través de la escuela, de los amigos del niño, de las otras familias y de los otros grupos.

### **1.4.4. La adolescencia**

En esta etapa los hijos adolescentes tienen que redefinir las reglas de convivencia, los principios de conducta, la causa de la crisis familiar, ya que puede darse el inicio de la vida sexual, el embarazo, nuevas reglas, castigos, seguridad, permisos y autoridad. Se da también la consolidación del matrimonio, ya no existe duda en cuanto a la pareja, se da una disminución de la relación sexual. En la adolescencia se presentan con mayor frecuencia los problemas emocionales serios. Los padres, aún cuando muchas veces ya se encuentran en la adultez, se ven obligados nuevamente a revivir su propia adolescencia. La edad de los abuelos por lo general es crítica; se acercan a no poder mantenerse por si mismos, la soledad y la muerte se avecinan; esto es motivo de otra preocupación.

### **1.4.5. El reencuentro**

El hombre recibe el impacto de la biología que declina, además se dan cambios sociales y familiares. Resulta necesario admitir y hacer lugar a nuevos miembros en la familia como por ejemplo los cónyuges de los hijos, está el nacimiento de los nietos, la muerte de la generación anterior, la jubilación y la declinación en la capacidad física, aparecen las enfermedades.

Encontramos el conflicto con las nuevas generaciones, el problema económico de los hijos que inician una nueva familia. Hay la necesidad de explorar nuevos caminos y horizontes, de independizarse de los hijos y nietos para otra vez formar una pareja.

Aquí la pareja se hace a la idea de estar juntos, buscan la tranquilidad; se presentan conflictos por la pérdida de atractivo, de la habilidad física, de las relaciones sexuales, ya sean parciales o totales y de la autoridad o imagen; los hijos son los que mandan en la casa.

#### **1.4.6. *La vejez***

En esta etapa se da un enfrentamiento con la enfermedad y la muerte, nacen los nietos, la pareja se queda sola, hay 30 o 40 años de unión y 50 a 80 años de edad. Se pierden las habilidades físicas, se da un miedo a la muerte y se presenta una intervención en la educación de los nietos; sin embargo el viejo está tan vivo como cualquiera, siente y se entristece por el acerbo rechazo del que es víctima. Se logra redefinir y reintegrar no solo los propios roles emocionales, sino también para ayudar a apoyar a los otros familiares.<sup>5</sup>

### **1.5. *ESTRUCTURA DE LA FAMILIA***

#### **1.5.1. *Nuclear***

Llamada también " elemental", " simple" o "básica", es aquella constituida por el hombre, la mujer y los hijos socialmente reconocidos.

#### **1.5.2. *Extensa***

Hace referencia al conjunto de ascendientes, descendientes, colaterales y afines de una familia nuclear. Generalmente, en las sociedades industrializadas la familia extensa no habita en la misma vivienda.

#### **1.5.3. *Compuesta***

Grupo formado por familias nucleares o por parte de éstas, por ejemplo un hogar poligínico constituido por un hombre, sus esposas y sus respectivos hijos. O bien una familia integrada por viudas/os, o divorciadas/os que tienen hijos y contraen nuevas nupcias.<sup>6</sup>

#### **1.5.4. *Monoparental***

Esta familia está compuesta por un padre o una madre que son cabeza de familia y sus hijos. En la variable matricéntrica (madre soltera) la figura de la madre es central y la del padre o se desconoce, es temporal o periférica.

#### **1.5.5. *Colateral***

Estructura familiar organizada en las grandes ciudades en función de compartir una vivienda o mitigar el aislamiento y la soledad. Se forman con hermanos solteros, viudos o

---

<sup>5</sup> Estrada Inda, Lauro, "El Ciclo Vital de la Familia", Edit. Grijalbo, México 1997. Pág. 129

<sup>6</sup> Estrada Inda, Lauro. "El Ciclo Vital de la Familia", Edit. Grijalbo, México 1997. Pág 20.

monoparentales; individuos unidos a parientes de segundo o tercer grado; individuo con uno o dos amigos (as) sin mantener relaciones sexuales entre ellos.

### **1.6. LA FAMILIA COMO SISTEMA**

La familia es en esencia un sistema vivo de tipo Abierto” tal como lo describió Bertalanffy en 1968. Al conceptualizarlo así, veremos que dicho sistema se encuentra ligado e intercomunicado con otros sistemas, como el biológico, el psicológico, el social y el ecológico. Además, la familia pasa por un ciclo donde despliega sus funciones: nacer, crecer, reproducirse y morir, las cuales pueden encontrarse dentro de un marco de salud y normalidad o bien adquirir ciertas características de enfermedad o patología. Al enfocar el sistema familia atravesando por un ciclo vital, podemos hacer algunas consideraciones, ya sea de tipo práctico, teórico o clínico, para su mejor comprensión y entendimiento. De tal suerte que, dado el caso tengamos la posibilidad y oportunidad de tomar medidas –ya sea preventivas o de tratamiento- que contribuyan a salvaguardar este sistemas tanto de la enfermedad como de su destrucción total.<sup>7</sup>

La familia constituye el ambiente social primario para los seres humanos, de las relaciones que entre sus miembros se establecen dependen en gran medida el desarrollo adecuado del proceso de socialización de los hijos. En ese proceso también intervienen la escuela y la iglesia, pero indudablemente la influencia de la familia es mas importante y mas temprana en la transmisión de la cultura y en el aprendizaje de las normas que hacen posible la vida desde un punto de vista psicológico, Ackerman ha definido a la familia como el grupo en donde experimentamos nuestros amores mas fuertes, nuestros odios mas grandes, donde disfrutamos las satisfacciones mas profundas y las penas mas intensas.<sup>8</sup>

Utilizaremos el concepto de sistema para tener una mejor comprensión del funcionamiento familiar, sus dificultades de interacción y la posible solución de algunos de sus problemas.

Aristóteles expresó en una frase el principio de sistema cuando dijo "El todo es más que la suma de sus partes": en esta frase se refleja cómo un conjunto de cosas formado por varios elementos, que al estar unidos unos a otros se fortalecen y potencian, y al pertenecer a ese sistema siempre están en interacción. Por lo tanto, lo que le sucede a uno de ellos -ya sea bueno o malo- repercute en todos los demás. Si hay un problema con uno de ellos todo el sistema lo resiente y sólo entre todos pueden arreglarlo.

---

<sup>7</sup> Estrada Inda, Lauro. "El Ciclo Vital de la Familia", Edit. Grijalbo, México 1997. Pág.

<sup>8</sup> Curso de Trabajo Social Psiquiátrico. Material proporcionado por el Instituto Nacional de Psiquiatría. Pág. 15

Tomemos en cuenta que la familia difiere de otros grupos humanos en otros aspectos tales como la duración y la intensidad de los lazos afectivos que unen a sus integrantes a las funciones que estos desempeñan. Las características de la familia son más que la suma de las personalidades individuales de los miembros. Para entender su funcionamiento se requiere conocer también sus relaciones interpersonales pues las acciones de cada uno de ellos producen reacciones y contrarreacciones en los demás y en él mismo. En otras palabras, las características de la familia son las propias de un sistema siempre en proceso de transformación.<sup>9</sup>

La familia en sí misma es un sistema: es decir un conjunto de personas que, por el hecho de estar juntas y unidas mediante lazos de sangre y afecto, forman un todo original y único.

Si la familia no se observa en ese sentido, los problemas de sus miembros pueden verse como si fueran individuales: "es una persona de esa familia la que tiene el problema y ella es la que debe cambiar si quiere resolverlo." "Si uno sufre por alguna pérdida o enfermedad, es a él a quien le corresponde 'curarse' y 'arreglarse' para que el resto de los miembros puedan volver a la normalidad"; sin embargo, concibiendo a la familia como sistema; es la familia completa la que tiene un problema; de no reconocerlo en forma conjunta, difícilmente podrán darle solución y crecer sanamente.

Con este enfoque global podremos comprender mejor a la familia en equilibrio; o bien indagar como éste puede ser recuperado y mantenido cuando algún problema, ya sea interno o externo, ha venido a perturbarla. Sin interacción no existe el sistema.

Cualquier sistema familiar está compuesto por relaciones y para poderla estudiar es necesario observar las conexiones e interacciones que establecen los individuos que lo conforman. Al interior del sistema cada persona es parcialmente un todo y totalmente una parte; cada persona tiene su propia individualidad y al mismo tiempo lleva la huella de todo el sistema familiar.

Estos pueden ser cerrados, flexibles o abiertos. En los sistemas cerrados, las conexiones, estructuras y relaciones son fijas y rígidas; los patrones de comportamiento permanecen esencialmente iguales. El patrón de comportamiento tiende a ser inamovible, sin importar que el problema radique en el dinero, el sexo, los hijos, o la familia política.

Los sistemas familiares, se relacionan a través de un proceso llamado retroalimentación. Es esta la que mantiene el funcionamiento de los mismos.

---

<sup>9</sup> Curso de Trabajo Social Psiquiátrico. Material proporcionado por el Instituto Nacional de Psiquiatría. Pág. 57

En los sistemas familiares cerrados la retroalimentación es negativa y lo único que hace es mantener el sistema estático e inalterable.

Los sistemas familiares crónicamente disfuncionales tienen que ver con malos lazos de comunicación y con la mala retroalimentación que ocurre cuando las reglas que rigen el comportamiento son negativas. En un sistema familiar, el componente principal es la relación que tanto la madre el padre sostienen consigo mismos y la que sostienen como pareja.

Como todos los sistemas sociales, la familia también tiene necesidades básicas, entre las que destacan: el sentido de valía, de seguridad física, de productividad, de intimidad, de relación, de estructura unificada, de responsabilidad, de reto, de estimulación, de alegría, de afirmación y de contexto espiritual.

La relación entre el padre y la madre afecta a toda la familia. Cada uno de los miembros de la familia se adaptará al estrés adjudicándose uno o varios roles y perdiendo en el ejercicio de ellos su verdadera identidad.

Los sistemas familiares sanos ejercen roles sanos. El papel de los padres es enseñarles a sus hijos para que aprendan:

- Como ser hombres y mujeres.
- Como ser esposos y esposas
- Como ser padres y madres.
- Como relacionarse íntimamente.
- Como ser seres funcionales.
- Como establecer límites.

Los padres tienen el papel de nutrir a sus hijos siendo sus maestros y proporcionándoles tiempo, atención y dirección.

En su papel de aprendices, los niños requieren dirección. Los niños son curiosos, tienen capacidad de asombro y para cubrir sus necesidades básicas deben aprender a conocer, amar, sentir, elegir e imaginar de manera efectiva y creativa.

En los sistemas familiares sanos, los roles son flexibles e intercambiables.

### **1.6.1. Organización familiar**

Se refiere a las formas como el grupo familiar se distribuye tareas, acepta pautas de interrelación extra e intrafamiliar y define valores y objetivos a lograr tanto como grupo como para cada miembro. Una de estas normas se encuentra establecida por el derecho civil y otras, de carácter informal son transmitidas de generación en generación, sugeridas por la educación o imitadas de los medios de comunicación. De acuerdo a esta organización se

clasifican seis modelos organizativos basados en los roles de los miembros, al ejercicio de la autoridad, toma de decisiones sobre el lugar de residencia, definición del presupuesto, formación, número de hijo, etc.

El rol es el papel asignado a cada miembro: de padre, madre, hijo, hija, nieto, tío, abuelo, primo. Viene a ser la pauta estructurada alrededor de derechos y deberes específicos, asociada con una posición de status particular dentro de un grupo.

#### **1.6.1.1. Modelos de organización familiar**

*Jerárquico vertical:* equivale a la forma patriarcal, en donde el padre manda, la esposa transmite las órdenes a los hijos y estos según las edades, cumplen y traspasan los mandatos. Aquí la coerción (imposición psico-física) y la tradición imperan, por que se considera que el interés del padre es el de toda la familia. Lo tipifica la familia indígena.

*Jerárquico triangular:* expresa una organización mas moderna, en donde el esposo y la esposa comparten las decisiones, pero las imponen a los hijos, quienes solo obedecen. Aquí se combina la coerción con el consenso, por que se considera que los intereses de los padres son también los de los hijos.

*Jerárquica matricéntrica:* representativa de una familia extendida o monoparental. En ella la figura de la madre es central, no solo como figura simbólica, sino dentro de la estructura de poder y toma de decisiones. En cambio la figura del padre resulta periférica. Se le denomina organización de "abeja reina" formada por la abuela, las hijas mujeres y su prole. Las hijas hacen el aporte económico y la abuela administra el hogar y cuida a los niños. Ellas toman las decisiones fundamentales.

*Jerárquico bipolar:* se manifiesta en el tipo de familia extensa o multigrupal en donde la autoridad queda escindida entre los diferentes "grupos de poder" de la familia. Lo que no significa que se consulte el parecer de todos o que las decisiones sean comunes.

*Atomística:* ocurre en el tipo de familia colateral donde cada uno de los miembros actúa con independencia de los demás, manteniendo proyectos particulares. No es equivalente a desintegración forzosamente; constituye una organización sin liderazgos fijos o convencionales y en donde se colabora en asuntos bien delimitados de manera voluntaria.

*El circular participativo:* basado en la comunicación constante entre los miembros a los cuales siempre se les consulta en la toma de decisiones. Aquí el consenso es la base de la organización, por que se toman en cuenta los intereses del padre, la madre y los hijos. Alfredo Adler muestra cuan diferentes son los roles del hermano primogénito, del segundo, del tercero, entre los cuales el segundo se convierte en "el de en medio", mientras que el siguiente puede circunstancialmente ser como un primogénito si tiene una cierta distancia

de edad respecto de los otros. El rasgo esencial de esta problemática reside en que en el seno familiar existe una competencia en torno a la predilección de los padres, que no transcurre sin crisis, puesto que se trata por una lucha del poder. Además la composición de los hermanos según el sexo jerarquiza sus roles.

### **1.6.2. *Dinámica familiar***

La dinámica familiar es el conjunto de fuerzas positivas y negativas que afectan la conducta de cada miembro y hacen que la familia funcione bien o mal; es una mezcla de sentimientos, comportamientos y expectativas entre cada miembro, esto permite a cada uno crecer y desarrollarse, no se sienten aislados y cuentan con el apoyo de los otros miembros.

La forma que tiene cada miembro de la familia de pensar, de sentir, de reaccionar y de presentarse ante los demás puede producir: unión o desunión, superación o estancamiento, seguridad o confianza, ansiedad o depresión y se establece a través de la comunicación, los roles, la autoridad, los límites, la expresión de sentimientos, su individualidad, etc.

Se dice que una familia es funcional cuando funciona bien, ésta se caracteriza por tener una comunicación clara, directa, específica y congruente, al igual que el diálogo; se muestra una individualidad para todos. Las diferencias individuales no son rechazadas sino que sirven como estímulo para el crecimiento emocional; las decisiones se toman en base al problema; su resultado es ordenado y predecible. El sistema familiar es suficientemente flexible para cambiar las exigencias de adaptación al medio ambiente. No hay angustia, formación de síntomas, se da una responsabilidad. La familia funcional no es la que no tiene conflictos, sino la que los supera.

Como familia disfuncional podemos entender a aquella familia que cuenta con una comunicación no clara, indirecta, no específica, incongruente, ésta suele llevar a la agresión. La individualidad se ve obstaculizada; las decisiones se hacen en cuanto a la lucha por el poder y no lo que es más apropiado. Esto da un resultado caótico e impredecible. Todas las exigencias a cambiar abruma al sistema que anda mal. El resultado es tensión, formación de síntomas y patología.<sup>10</sup>

Aquí se muestran ampliamente las características de las familias funcionales y disfuncionales:

---

<sup>10</sup> Curso de Trabajo Social Psiquiátrico. Material proporcionado por el Instituto Nacional de Psiquiatría. Pág. 77



### **1.6.3. Sistema familiar funcional**

Se habla de funcional cuando algo se desempeña correctamente. Una familia sana es cuando sus miembros son completamente funcionales. Una familia funcional es la que permite que los individuos se transformen en seres humanos maduros; ya que:

1. La familia es la unidad de supervivencia y crecimiento.
2. La familia satisface las necesidades emocionales de sus miembros, logrando un balance entre autonomía y dependencia, entre socialización y sexualidad.
3. Una familia sana permite el crecimiento y el desarrollo de todos sus miembros, incluyendo a sus padres.
4. Es en la familia donde los individuos obtienen una autoestima sólida.
5. La sociedad sólo puede perdurar basándose en la familia, pues es en ella donde los individuos aprenden a socializar.
6. En el seno de la familia se forman el carácter y los valores morales en los niños.

Un ambiente familiar sano proporciona las oportunidades para que todos sus miembros satisfagan de la mejor manera posible sus necesidades personales.

La emoción es una de las facultades humanas básicas; son señales que el cuerpo utiliza para indicar saciedad, necesidad o pérdida; son expresiones directas de la realidad y estas opuestas a los pensamientos. Mediante las emociones obtenemos información importante respecto a lo que necesitamos hacer, a lo que deseamos o a lo que queremos cambiar. La facultad de sentir nos permite conocer nuestra realidad, espontánea y única. Las distintas emociones revelan diferentes necesidades. El miedo es la energía del discernimiento. Al hacernos conscientes del peligro, nos permite satisfacer nuestras necesidades. La tristeza es la energía de las despedidas y de la aflicción que causan las pérdidas. El pensar y la tristeza nos dan energías para dar por terminado el pasado. La culpa es la energía que forma nuestra conciencia; es nuestra vergüenza moral. Mediante la culpa creamos valores interiores que a la larga nos permitirán actuar y comprometernos con las cosas o personas a las que creemos. La vergüenza es la energía que nos ubica el que somos limitados y finitos, además nos permite cometer errores y reconocer que necesitamos ayuda; es también la fuente de nuestra espiritualidad. La alegría es la energía que nos señala que todo marcha bien que nuestras necesidades están cubiertas y que nos estamos transformando y creciendo. Las personas tienen la facultad de elegir, de querer y de desear. Esta energía generalmente se conoce como facultad volitiva o voluntad. La voluntad es el poder de desear y de convertir los deseos en realidad a través de las acciones. Con elecciones le damos forma a la realidad y a nuestra vida. La voluntad es la fuente del amor.

La imaginación nos abre nuevas posibilidades, nos permite traspasar fronteras, es la madre de la innovación, el avance y el progreso mundial. La facultad cognitiva se desarrolla gradualmente durante los primeros 16 años de vida, atravesando por distintas fases: la lógica, la abstracta y el pensamiento simbólico. Todos los seres humanos nacemos con un profundo sentido de valía. Somos valiosos, irrepetibles, únicos e inocentes; sin embargo, somos inmaduros y dependemos totalmente de las personas que nos cuidan, quienes al principio de nuestra vida, moldearan nuestro destino de manera impresionante. La inteligencia emocional se caracteriza por la autodiferenciación, la conciencia de uno mismo, la empatía, la persistencia o motivación y la destreza social. La conciencia que tenemos de nosotros mismos fundamenta la inteligencia emocional ya que facilita el autocontrol, y nos permite conocer la diferencia entre nuestras percepciones, pensamientos, sentimientos y deseos. La empatía es una cualidad innata moldeada por la experiencia. La persistencia es la habilidad de automotivarnos continuamente y parece estar relacionada con el optimismo. La destreza social tiene que ver con el buen manejo de las relaciones interpersonales. La inteligencia emocional se desarrolla cuando el niño puede identificar y diferenciar sus sentimientos y necesidades, y cuando es capaz de contener su ira. La comunicación afectiva tiene que ver con la capacidad de los individuos de diferenciarse de los demás. Los buenos comunicadores son conscientes de sus procesos internos y de los procesos de los demás. Las personas conscientes de sí mismas están al tanto de sus percepciones, proyecciones, sentimientos y deseos. La conciencia del otro se obtiene mediante la observación sensorial y la habilidad de poner en palabras las experiencias sensibles: la observación sensorial requiere de un contacto interpersonal a un nivel neurológico: el necesario traducir los códigos de comunicación del otro y escuchar lo que dice.

Dichos códigos de comunicación tienen que ver con la respiración, las expresiones faciales, el movimiento; la inflexión y el tono de voz. Las señales neurológicas son indicadores de que un proceso interior está ocurriendo; el cual se relaciona con la experiencia vital.

Para poner en palabras una experiencia sensorial es necesario brindar atención tanto al contenido de lo que se dice como proceso del habla; esto se le conoce como atención activa. Y que consiste en buscar la congruencia en lo que se escucha.

Cuando una persona es sana y funcional, sabe diferenciarse internamente y esto la capacita a pensar sobre sus sentimientos. Cuando somos capaces de analizar un acontecimiento, podemos contener nuestros sentimientos y actuar de manera apropiada. La

habilidad de separar el pensamiento del sentimiento forma parte de la inteligencia emocional y fomenta la autonomía. Pensar sobre nuestros sentimientos nos permite hacer mejores elecciones y cuando no lo sabemos diferenciar reaccionamos de manera impulsiva.

Las reglas en una familia funcional son abiertas y claras. Tanto el esposo como la esposa asumen que tienen diferentes formas de actuar, de comportarse y de comunicarse; entienden estas diferencias y las negocian. Asumen que son diferentes: ninguno de ellos está equivocado o tienen un punto de vista incorrecto. Ambos están comprometidos a buscar soluciones; esto no significa que carezcan de problemas. Los conflictos sanos son una manera de hacer contacto y denotan la intimidad y la sanidad de una familia.

Las reglas familiares son las que determinan lo que significa ser un ser humano.

Las reglas funcionales familiares son:

1. Los problemas se reconocen y se resuelven.
2. Los seres humanos requieren expresar libremente las cinco facultades que constituyen la fuerza humana, estas son: 1) la facultad de percibir, 2) la facultad de pensar e interpretar, 3) la facultad de emocionarse, 4) la facultad de elegir, de querer (desear), de amar, 5) la facultad de tomar riesgos mediante el uso de la imaginación.
3. Los miembros familiares pueden expresar sus percepciones, sentimientos, pensamientos, deseos y fantasías de manera libre y apropiada.
4. Las relaciones son dialécticas, las personas tienen el mismo valor sin importar qué papel desempeñen y las limitaciones infantiles son tomadas en cuenta.
5. La comunicación es directa, congruente, concreta, específica, y está basada en la experiencia sensorial.
6. Los miembros familiares satisfacen la mayoría de sus necesidades.
7. Se aceptan las diferencias individuales.
8. Los padres cumplen lo que dicen, son disciplinados y disciplinan a sus hijos.
9. Los roles familiares se eligen y son flexibles.
10. La atmósfera es divertida y espontánea.
11. Las reglas son precisas y su incumplimiento trae consecuencias.
12. La violación de los derechos ajenos, el menosprecio de la valía del otro, produce culpa.
13. Los errores son perdonados y considerados como herramientas de aprendizaje.
14. El sistema familiar promueve el bienestar individual.
15. Los padres son conscientes de su propia vergüenza sana.

#### **1.6.4. Sistema familiar disfuncional**

Las familias disfuncionales se originan inicialmente por altos niveles de ansiedad relacionados con una situación estresante.

Una de las características trágicas de los individuos disfuncionales radica en que casi siempre encuentran otros individuos que - en menor o mayor grado- también se relacionan de manera disfuncional.

Un hecho observable en las familias disfuncionales es que forman parte de un proceso multigeneracional. Los individuos disfuncionales que se casan con otros individuos disfuncionales provienen de familias disfuncionales y el círculo continúa, a esto se le llama "proceso de transmisión multigeneracional" (Bowen)

Las personas incompletas o carentes de autoestima, muy difícilmente podrán amar a los demás. De esta manera, cuando dos seres humanos incompletos se unen, buscarán complementarse en vez de reafirmarse el uno al otro; en contraparte, cuando una persona está inmersa en su propio proceso de integración, podrá ayudar a otra a integrarse.

Los límites que tienen las familias disfuncionales son muy rígidos o muy débiles. El enmarañamiento es el término utilizado para describir la violación de límites personales. Las reglas de las familias enmarañadas son confusas y encubiertas; nunca son directas ni concretas. Las personas que viven en familias con límites amurallados generalmente carecen de la espontaneidad y no establecen un contacto real con los demás; esta situación se conoce clínicamente como no-reciprocidad, también desarrollan un sentimiento de soledad. Tanto en las familias amuralladas como en las enmarañadas existen altos niveles de ansiedad.

Los miembros de las familias enmarañadas juegan roles rígidos; cualquier rol es una actuación. Cuando una persona desempeña un papel pierde el contacto con sus sentimientos, deseos y necesidades. Cada uno pretende ser lo que no son. El falso yo de cada individuo es el disfraz de un íntimo (y secreto) sentimiento de insuficiencia, falta de adecuación y vergüenza. El falso es rígido y promueve un tipo de comportamiento que evita que los miembros familiares puedan expresar lo que realmente sienten, piensan y desean. Los roles rígidos son defensas que cubren la esencia avergonzada. La vergüenza engendra vergüenza. La vergüenza es el principio organizador de casi todas las familias disfuncionales.

El falso yo se crea en un afán de encubrir al yo verdadero, secreto y privado; sin embargo, cada nueva experiencia vergonzante fortalece más al falso yo. Cuando una

persona reprime sus emociones durante un buen número de años, la inteligencia disminuye y se contamina considerablemente. Los patrones estáticos se vuelven crónicos.

En las familias crónicamente disfuncionales, los miembros suprimen muchos de sus sentimientos y desempeñan papeles rígidos. Los roles que se juegan en una familia disfuncional no son elegidos ni flexibles, son requeridos por las necesidades abiertas y encubiertas del sistema familiar. Funcionan para mantener al sistema familiar balanceado. La persona pierde contacto consigo mismo al desempeñar el papel que su sistema familiar requiere.

Los roles rígidos no sólo buscan el balance de los sistemas familiares, también se transforman en el falso yo, basado en la vergüenza, que los miembros familiares usan en un intento por mantener bajo control la angustia que la familia experimenta.

El control es un resultado de la voluntad deshabilitada y es una de las mayores defensas que existen contra la vergüenza. La vergüenza es un sentimiento de insuficiencia y falta de valía, que nos permite ocultarlo y a vivirlo en secreto.

La codependencia es la principal consecuencia de un sistema familiar disfuncional; es una enfermedad de la autoestima. Las personas codependientes no están en contacto con pensamientos propios, deseos y necesidades, desempeñan papeles rígidos mediante los cuales representan la angustia familiar.

Quizá sea la negación lo que más caracteriza a las familias disfuncionales. La negación obliga a que los miembros familiares crean en los mitos y en las mentiras a pesar de las evidencias. Las familias disfuncionales viven engañadas, el engaño es una negación sincera.

Los límites culturales mantienen bajo control el flujo de información que entra y sale de una familia, también gobiernan el comportamiento que los miembros familiares deberían tener con el "otro": los extraños los que no pertenece a su clan cultural. Estos límites pueden contribuir en gran medida a la disfunción familiar.

Los límites subculturales contribuyen a mantener el sistema familiar cerrado mediante el control de conocimiento y de la información.

## **CAPITULO II**

### **LA SALUD MENTAL Y LA FAMILIA**

#### **2.1. DEFINICIÓN DE SALUD MENTAL**

“La salud mental se define como el estado de bienestar emocional, producto del ajuste del individuo a su realidad interna y externa, y que se manifiesta por buenas relaciones interpersonales, estabilidad, productividad, adaptabilidad y capacidad de obtener en su oportunidad biológica y social una satisfacción plena de la unión conyugal con personas del sexo contrario”. Por su parte la OMS define a la salud mental como la capacidad del individuo, el grupo y el ambiente de interactuar el uno con el otro de forma tal que se promueva el bienestar subjetivo, el óptimo desarrollo y el uso de las habilidades mentales (cognitivas, afectivas y relacionales), la adquisición de las metas individuales y colectivas en forma congruente con la justicia y la adquisición y preservación de las condiciones de la equidad fundamental.<sup>1</sup>

#### **2.2. CONCEPTO DE SALUD MENTAL**

La salud representa la fase de adaptación del organismo a su medio, lo cual vale para todo ser vivo, ya que solo se puede sobrevivir y funcionar eficazmente si se logra un ajuste de las peculiaridades de una situación determinada. La Organización Mundial de la Salud establece el concepto de que: “la salud es el estado de completo bienestar físico, mental y social; y no sólo la ausencia de enfermedad”.<sup>2</sup>

La salud mental tiene que ver con el desarrollo de personalidades emocionalmente maduras que contribuye a una vida más satisfactoria, eficaz y libre de inhibiciones. La salud mental no debe considerarse en ningún caso en términos de liberación de un estado de enfermedad sino en términos de realización de un hombre como ser social; su tutela plantea de por sí problemas que se refieren a la estructura de las relaciones entre las personas dentro de una sociedad.<sup>3</sup>

Enfrentar las crisis que se presentan en la vida cotidiana y que inevitablemente envuelven momentos de tristeza, coraje, miedo y desconfianza, se ajustan a lo que constituye una persona mentalmente sana. Por otro lado investigaciones del equipo de Asistencia Sociológica Integradora sostienen que en la salud mental del hombre siempre

---

<sup>1</sup> Programa de Acción en Salud Mental. Secretaría de Salud. México 2001. Pag. 30

<sup>2</sup> Velasco Fernández, Rafael. “Salud Mental, Enfermedad Mental y Alcoholismo”. Edit. ANUIES, México, 1980. Pag. 21

<sup>3</sup> Cancrini, Luigi; Malagdi Fogliatti Marisa. “Psiquiatría y Relaciones Sociales”. Edit. Nueva Imagen. México, 1979. Pág. 24

participan factores biológicos, sociales y psicológicos mismos que dependen de cuatro cualidades básicas de la personalidad: *la identidad*, que implica el reconocimiento de uno mismo; *la individuación*, que se refiere a la delimitación de lo propio y lo ajeno; *la discriminación*, que es el juicio por el cual percibimos las diferencias entre las cosas; y *la integración*, que significa el reconocerse como parte de un medio social.

“La Salud Mental es un estado relativo y no absoluto en el cual la persona ha logrado una interacción razonable de sus tendencias instintivas su integración es aceptable para si mismo y para su medio social como se refleja en sus relaciones interpersonales, en su nivel de satisfacción vital, en su flexibilidad y en el grado de madurez que ha alcanzado”.<sup>4</sup>

### **2.3. CONCEPTO DE ENFERMEDAD MENTAL**

“Las principales manifestaciones de la enfermedad mental reflejan una alteración de las funciones cerebrales, como la atención, la memoria, el pensamiento, el estado de ánimo, la sensopercepción, el aprendizaje y la conducta, entre otros; los cuales interfieren en la vida y la productividad del individuo. El inicio de un trastorno mental puede ser súbito; sin embargo, en la mayoría de las ocasiones suelen ser lentos o paulatinos y pueden desencadenarse por una situación de intenso estrés y en otras se comportan como una enfermedad crónica. La detección temprana e intervención oportuna llegan a cambiar drásticamente el curso de la mayoría de estos, reduciendo significativamente la discapacidad que generan”.<sup>5</sup>

La enfermedad representa pues una falla en la adaptación; un rompimiento en el intento del organismo por mantener el proceso biológico autorregulador, que conserva el equilibrio del cuerpo con su medio interno y con su hábitat (Cannon, 1940). Existen tres estímulos que potencialmente pueden dañar al organismo, al grado de producir enfermedad, los cuales son de naturaleza física, psicológica y social. Sin embargo esta distinción es relativa ya que cualquiera de ellos presenta matices correspondientes a los otros dos. Los estímulos físicos, incluyendo los de carácter infeccioso, pueden romper el equilibrio del organismo en sus propiedades químicas, antigénicas o propiamente físicas. Los estímulos psicológicos derivan de pensamientos o sentimientos que son inaceptables porque provocarían conflicto; finalmente los estímulos sociales tienden a alcanzar el desencadenamiento de enfermedades, produciéndose, en este caso, la pérdida de las

---

<sup>4</sup> Velasco Fernández, Rafael. “Salud Mental, Enfermedad Mental y Alcoholismo”. Edit. ANUIES. México, 1980. Pág. 57.

<sup>5</sup> Programa de Acción en Salud Mental. Secretaría de Salud. México, 2001. Pág. 30.

relaciones interpersonales de mayor significación para el individuo. La enfermedad es el estado que se presenta en el individuo cuando los estímulos físicos, psicológicos o sociales, inciden sobre él con una suficiente intensidad y una determinada cualidad, de tal modo que la movilización adaptativa del organismo no es suficiente para reestablecer la homeostasis.\* No obstante debe agregarse que la respuesta de este compuesto biopsicosocial depende de los factores hereditarios, constitucionales, experienciales y del desarrollo. Esto quiere decir que la capacidad adaptativa del individuo está condicionada por sus propias características innatas; por las reacciones de las personas que influyen en su desarrollo, por sus experiencias vitales y por la interrelación de todos estos factores debido a la influencia que tienen entre sí.

## **2.4. FACTORES ASOCIADOS A LA ENFERMEDAD MENTAL**

Son diversas las circunstancias que en la actualidad influyen en las condiciones de salud mental de la población y, que a partir de un enfoque multifactorial, se asocian a condiciones de tipo biológico (genético y ambiental) y psicosocial (económico, cultural y demográfico), que al interactuar afectan de diferente forma a individuos, familias y grupos sociales.

### **2.4.1. Factores biológicos**

#### *2.4.1.1. Genéticos*

La influencia de los factores genéticos en el desarrollo de la enfermedad mental está fuera de toda discusión.

Los estudios de concordancia en gemelos han corroborado su participación de manera inobjetable; esto queda confirmado por los estudios de adopción, ya que independientemente de que una persona sea educada por padres no consanguíneos, su riesgo para sufrir la enfermedad dependerá de la cercanía genética con sus padres biológicos. Se ha demostrado que muchos de los principales trastornos psiquiátricos están asociados a factores hereditarios. En el caso de la esquizofrenia, por ejemplo, un familiar de primer grado de un paciente afectado tiene alrededor de 10% de posibilidades de padecer la enfermedad, posibilidad que aumenta hasta casi 50% si el afectado es un hermano gemelo monocigótico; el trastorno depresivo presenta una agrupación familiar similar; en los familiares de primer grado es de 8 a 18 veces más probable padecer un trastorno del ánimo que en la población general, mientras que los gemelos monocigóticos presentan una

---

\* La homeostasis es un equilibrio dinámico que caracteriza la buena relación entre el individuo y su medio.



concordancia de 50%. De hecho se ha mencionado al componente genético como el primer determinante de la personalidad.

A pesar de que en algunos padecimientos neurológicos y psiquiátricos esté bien identificado el cromosoma o gen responsable del mismo padecimiento, como en la enfermedad de Parkinson, Corea de Huntington y algunos casos de enfermedad de Alzheimer, en las enfermedades psiquiátricas como en la esquizofrenia, la depresión, la ansiedad y los trastornos del desarrollo infantil no se ha logrado identificar un cromosoma o gen responsable. Lo más probable es que la conducta sea el resultado de la expresión de los productos de miles de genes, aunque las mutaciones específicas de un único gen puede influir en ciertos comportamientos de forma manifiesta. Los estudios de la conducta animal han documentado muchos comportamientos heredados como rasgos de un solo gen, mientras que en otras conductas se ha observado que son la interacción de alguno de ellos; en otras más solo se saben que son heredadas, ignorándose, al igual que en las enfermedades mentales, la forma de transmisión y cromosomas o genes implicados. En psiquiatría, el mayor obstáculo en el proceso de asignación de rasgos de conducta a genes específicos, es la definición clínica rigurosa de los rasgos o entidades psiquiátricas. El DSM-IV proporciona una clasificación precisa para la mayoría de los trastornos mentales; sin embargo, puede que incluya una población de pacientes genéticamente heterogénea en cada categoría diagnóstica; esto la limita ya que llega a clasificar síndromes y no entidades nosológicas. La situación se hace más compleja por la falta de pruebas cuantitativas confiables de las enfermedades psiquiátricas. Actualmente el consenso de la comunidad científica propone que la enfermedad mental tiene una causa poligénica y multifactorial.

#### 2.4.1.2. *Biológicos ambientales.*

Si bien el factor genético es considerado como el más importante en relación con la enfermedad mental, no explica por sí solo el 100% de las causas de estos trastornos. Existen factores ambientales biológicos que también se han asociado, aunque en menor medida, a los trastornos psiquiátricos. Los factores ambientales biológicos han sido identificados con más precisión y la asociación de éstos con las enfermedades mentales es cada vez más evidente. Un ejemplo de ello lo podemos observar en la esquizofrenia, donde el trauma obstétrico eleva hasta siete veces el riesgo de padecerla; asimismo, se han relacionado las infecciones virales prenatales, la preeclampsia, el uso de sustancias tóxicas por la madre en el embarazo y el trauma obstétrico, en otros padecimientos tales como el trastorno por déficit de atención y la epilepsia, por nombrar algunos. Las agresiones del medio ambiente sobre el desarrollo del sistema nervioso central, desde la gestación hasta la

madurez, repercuten en una alteración de su formación, que irá en relación directa a la intensidad de la agresión, la etapa del desarrollo en que se produzca y la vulnerabilidad genética del individuo. Estas agresiones sobre el individuo pueden ocurrir en la etapa prenatal, perinatal y postnatal. Dentro de los factores prenatales asociados más frecuentemente a los trastornos mentales, se encuentran la desnutrición, las infecciones, la incompatibilidad sanguínea, el abuso de sustancias o medicamentos y los accidentes y enfermedades de la madre. Los factores perinatales más asociados al desarrollo posterior de trastornos mentales son el trauma obstétrico, el más estudiado de los factores, las alteraciones de peso del producto, la edad gestacional, las infecciones intrauterinas y enfermedades propias de la madre como la preeclampsia.

Los factores postnatales, del nacimiento hasta la madurez del sistema nervioso central, se han asociado a enfermedades psiquiátricas como el retraso mental; dichos factores son las infecciones, la desnutrición y los traumatismos craneoencefálicos, principalmente.

#### ***2.4.2. Factores Psicosociales***

Los factores psicosociales son aquellos que están relacionados con el medio ambiente físico y social; éstos, siempre han estado presentes como condicionantes, en diversa medida, de la salud mental. La modernidad económica ha producido grandes logros y avances en la vida del país, pero también ha provocado intensos desequilibrios regionales, crecimiento explosivo de la población así como la consecuente sobreexplotación de los recursos naturales; esto ha modificado la distribución territorial a partir de intensos flujos migratorios, campo-ciudad. Esta situación ha producido, además de una marcada polarización social, una demanda creciente y compleja de los grupos sociales para replantear sus valores, costumbres y estilos de comportamiento, lo que repercute de manera importante en la calidad de vida y en el bienestar de las familias y de la sociedad en su conjunto.

Se ha demostrado la relación entre la exposición a factores psicosociales y la salud en general; esto tiene su origen en la agresión hacia el individuo provocada por la inseguridad y tensión que se produce en el contexto físico y social. Este proceso daña la convivencia humana, propicia la aparición y mantenimiento de diversos fenómenos sociales como pobreza, violencia urbana, violencia familiar, fuerte presión en el lugar de trabajo, inseguridad de empleo, bajo apoyo social, conductas adictivas, desintegración familiar, niños en situación de calle, explotación sexual y abuso físico de menores, entre otros, así como el incremento de los problemas epidemiológicos del subdesarrollo como la

desnutrición e infecciones, que se mezclan con las enfermedades originalmente propias del primer mundo.

Asimismo, la OMS a través de la revisión de trabajos de investigación internacionales, incluidos los de México, afirma que la posición desventajosa de las mujeres en la sociedad es en la actualidad internacionalmente reconocida como resultado de la disparidad de sus derechos humanos, así como de la barrera en su desarrollo. En el caso de la salud, los factores sociales, económicos y políticos disminuyen su habilidad para proteger y promover su propia salud física y emocional, incluyendo el uso efectivo de los servicios de salud para ellas. La relación entre los factores sociales y la enfermedad mental se ejemplifica en el trastorno depresivo, ya que la muerte de los padres, el abuso sexual y el maltrato físico en el niño elevan el riesgo de presentar este trastorno. También se ha observado que el factor estresante social asociado con mayor frecuencia al inicio de un episodio depresivo es la pérdida del cónyuge. Varios estudios han encontrado que la pérdida del esposo durante el embarazo se ha asociado a un aumento en el riesgo del producto de presentar esquizofrenia en la edad juvenil.

#### ***2.4.3. Factores protectores y de riesgo***

Los determinantes de la salud que operan en una comunidad se traducen en factores de riesgo y de protección que influyen en la salud física y mental de los individuos que la integran. Los factores protectores son las condiciones, situaciones o características de la persona, familia o grupo social que funcionan como mecanismos para proteger o para potenciar sus capacidades y que les permite estar fortalecidos ante las situaciones de riesgo o cuando se encuentran en una situación de adversidad. Éstos moderan el impacto del estrés y regulan los síntomas transitorios para lograr el bienestar físico y psicosocial, además de reducir la posibilidad de que se presente un trastorno.

Los factores de riesgo son todas aquellas condiciones que propician que un trastorno mental se desarrolle y pueda agravar las circunstancias, el estado de salud físico, emocional o social de la persona, familia o comunidad expuesta a los factores biológicos y psicosociales. Los factores de un solo riesgo pueden tener diversos niveles de impacto y crear combinaciones de gran efecto interactivo, por lo que la exposición prolongada a varios factores de riesgo tiene un efecto acumulativo. Las cadenas de riesgo operan a través del tiempo para aumentar la vulnerabilidad, como es el caso de la pobreza; sin embargo, existen otros que pueden precipitar la aparición de algún trastorno, como es el caso de la falta de atención a los hijos por parte de los padres.

Muchos de estos factores son específicos de ciertas etapas de la vida, en particular de la infancia; otros tienen impacto a lo largo de la vida como la desventaja socioeconómica. La comprensión epidemiológica de las causas, determinantes y factores protectores y de riesgo de problemas y trastornos mentales, sobre todo en niños, está más clara ahora que hace 20 años. Es evidente que muchas de estas influencias se encuentran fuera del campo de los servicios de salud mental.<sup>6</sup>

## ***2.5. EPIDEMIOLOGIA DE LA ENFERMEDAD MENTAL EN EL AMBITO INTERNACIONAL***

De acuerdo a estudios realizados por la OMS se estima que 400 millones de personas sufren actualmente trastornos psiquiátricos y neurológicos; en América Latina y el Caribe se calcula que 17 millones de niñas y niños de 4 a 16 años sufren de algún trastorno psiquiátrico que amerita atención. En el primer nivel de atención la frecuencia de trastornos mentales en la infancia fue entre 12 y 29%. En el panorama epidemiológico, el Banco Mundial calcula que los padecimientos neurológicos y psiquiátricos contribuyen con 12% del costo total de las enfermedades médicas y para la OMS representa 20%; estos trastornos medidos por años de vida ajustados por discapacidad (AVAD), representan 11.5% de la carga total de enfermedades. Entre ellas destacan la depresión, que por sí sola representa 36.5% del total y el alcoholismo con 11.3%. En un análisis realizado por la OMS en 1996, sobre el diagnóstico situacional en salud mental, se detectó que cinco de las causas líderes generadoras de discapacidad en el mundo se refieren a trastornos mentales. El impacto de la depresión sobre los AVAD representa 17% del total de la población afectada por problemas mentales, seguido de las lesiones auto infligidas con 16%, enfermedad de Alzheimer y demencias con 13%, la dependencia al alcohol representa 12%, la epilepsia con 9%, psicosis con 7%, farmacodependencia y estrés postraumático con 5% cada uno y 16% corresponde a otros padecimientos.

El estudio transnacional sobre la prevalencia de los trastornos mentales que realizó el Consorcio Internacional en Epidemiología Psiquiátrica (ICPE) presenta una gran variación de país a país, un 40% para los Países Bajos y los Estados Unidos, bajando a niveles de 20% en México y a 12% en Turquía. En este reporte se sugiere que los trastornos mentales tienen una edad temprana de aparición, con medianas estimadas de 15 años para los trastornos de ansiedad, 21 años para los relacionados con el uso de sustancias y 26 años

---

<sup>6</sup> Programa de Acción en Salud Mental. Secretaría de Salud. México, 2001. Pag. 34

para los trastornos del estado de ánimo. Los problemas de salud mental, que incluyen a las adicciones, se han incrementado drásticamente en las últimas décadas en el contexto internacional y en nuestro país; de la población mundial, entre 5 y 10% se encuentra afectada por complicaciones a causa del consumo del alcohol.<sup>7</sup>

## ***2.6. EPIDEMIOLOGÍA DE LA ENFERMEDAD MENTAL EN EL ÁMBITO NACIONAL***

En la República Mexicana, a través de diversos estudios epidemiológicos, se ha tratado de dimensionar la magnitud de los trastornos mentales y del comportamiento que permiten conocer con relativa certeza las características del problema. Dentro de las encuestas nacionales de salud mental se cuenta con la que aplicaron conjuntamente la Secretaría de Educación Pública, el Sistema de Vigilancia Epidemiológica (SISVEA) y el Sistema de Reporte de Información en Drogas (SRID).

Para fines prácticos se ha dividido la información epidemiológica nacional en dos grupos etáricos: a) adultos y b) niños y adolescentes.

### *2.6.1. Población adulta.*

En 1994, los resultados obtenidos de la Encuesta Nacional de Adicciones realizadas en zonas urbanas, detectaron la prevalencia de trastornos mentales entre el 15 y el 18% de la población en general; en esta encuesta se observa que la depresión es el trastorno más frecuente tanto en hombres como en mujeres. De acuerdo con los estudios realizados en México otros países se indican que una de cada seis personas sufrirá un problema de salud mental que podría requerir atención médica especializada; esto significa que en nuestro país padecen trastornos mentales aproximadamente 15 millones de personas, lo que equivale a una sexta parte de nuestra población.

Los anuarios estadísticos de la SSA consignan un incremento continuo y significativo en la demanda de consulta externa de salud mental. En 1990 se otorgaron 239 327 consultas lo que aumentó en 1995 a 366 963 y para 1999 se registraron 583 760 consultas. En cuanto a los egresos hospitalarios referentes a trastornos mentales se registran en 1990, 2 422; en 1995, 3 857 egresos y para 1999, 19 604, lo que corresponde a un incremento de más de 500%.

---

<sup>7</sup> Programa de Acción en Salud Mental. Secretaría de Salud. México, 2001. Pag. 43

En el Anuario Estadístico de la SSA para 1999, se observa una mayor demanda de atención en la consulta externa por parte del hombre, 338 581 en comparación con las de mujeres, que fueron 245 179.

La misma situación se observó en cuestión de internamientos, 13 270 para los hombres y 6 333 de mujeres.

La detección temprana del trastorno mental está directamente relacionada a la evolución del padecimiento, por lo que una mejor educación sobre las enfermedades mentales ha propiciado un cambio en cuanto a la respuesta de los pacientes y familiares hacia la búsqueda de ayuda profesional. Un estudio comparativo muestra que en 1988 las personas que buscaron ayuda relacionada con problemas de salud mental recurrieron en primer lugar a familiares y amigos, como segundo lugar a la automedicación y siguiendo este orden asistieron al clérigo, a los servicios de salud mental y al curandero. Para 1997 el tipo de ayuda solicitada en orden de importancia fue, en el primer nivel de atención, psicólogos, psiquiatras, clérigo y curanderos.

Algunos estudios que han analizado las barreras para buscar atención, demuestran que las principales razones para no hacerlo están relacionadas con la poca credibilidad que se le da al tratamiento médico, con 58% de hombres y 68% de mujeres con esta percepción; 16% y 22%, respectivamente, opinan que el acceso a los servicios de salud es difícil; 8% y 14% opinan que falta información para el paciente. Estas barreras están relacionadas con el bajo nivel de escolaridad e ingresos de las familias y con la estigmatización de los trastornos mentales.

#### *2.6.2. Población infantil y adolescente*

En México hay 33 470 538 de niñas y niños, de los cuales más de 10 millones son menores de cinco años y casi 23 millones se encuentran entre los 5 y 14 años; en la región centro-sur del país la concentración de menores es de más de un millón de niños por estado; en la zona norte en menos de un millón de niños por estado y disminuye en la zona del caribe con menos de 500 mil niños por estado.

Estudios en México reportan alrededor de 15% de prevalencia de trastornos psiquiátricos en niños, esto indica que cinco millones de niños y niñas sufren algún problema de salud mental; de este total, la mitad de la población infantil requiere de una atención especializada e integral.

De acuerdo al Prontuario Estadístico de la Dirección de Educación Especial de la SEP para el período 2000-2001, en los Centros de Atención Múltiple (CAM) en el Distrito Federal, fueron atendidos un total de 8 137 alumnos, de los cuales 397 padecen ceguera,

221 discapacidad visual, 598 sordera, 353 discapacidad auditiva, 750 discapacidad motriz, 5,696 discapacidad intelectual y otras discapacidades 122. De esta manera dos terceras partes de los niños discapacitados atendidos en los CAM corresponden a trastornos mentales. La falta de habilidades de algunos jóvenes para la vida social tiene antecedentes en problemas escolares y familiares tempranos que no fueron atendidos oportunamente, así como en la variabilidad evolutiva de algún trastorno en el desarrollo, predisponiendo al niño a manifestar deficiencias posteriores. Se observa que a mayor gravedad de trastornos en edades tempranas no tratados a tiempo, mayor repercusión y riesgo en el individuo de padecer alguna alteración psiquiátrica al llegar a la vida adulta, generándole una conflictiva no sólo personal, sino en sus relaciones interpersonales, de pareja, familiar, social y laboral. En nuestro país, la distribución de la población adolescente no es homogénea: el estado de México tiene más de un millón de adolescentes entre los 15 y 19 años de edad; el D.F., Jalisco, Puebla, Querétaro y Veracruz tienen entre 500 mil y un millón de adolescentes cada uno y el resto del país tiene menos de 500 mil por estado.

La Encuesta Nacional de Salud de 1988, única que existe en su especialidad, detectó que el grupo de edad entre 15 y 24 años es de alto riesgo, ya que la incidencia anual de accidentes y acciones violentas, muchas de ellas vinculadas a problemas de salud mental, alcanzó 2.3% en la población masculina y 0.6% en la femenina. Los problemas psiquiátricos que con más frecuencia se detectaron fueron caracterizados por angustia y depresión, así como intentos de suicidio y suicidios consumados. Se observa que la mayoría de las personas que atentan contra su vida padecen más de un problema mental, y que 35% de estos jóvenes abusan de sustancias.

Los datos epidemiológicos reportados en México son similares a los presentados en el ámbito mundial en cuanto a la prevalencia de los trastornos en el desarrollo infantil y la adolescencia. Complementariamente se tienen datos nacionales de los hospitales psiquiátricos de la Secretaría de Salud, que reportan la consulta externa por grupos de edad y los diez principales motivos de demanda en estas unidades operativas durante 1999.

Los datos reportados por el Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro” indican que la prevalencia de los trastornos mentales se ha modificado a lo largo de la última década. La siguiente gráfica muestra que la prevalencia de la dependencia a sustancias se ubica como la principal causa de internamiento psiquiátrico en adolescentes. Se encontró que el trastorno depresivo ha aumentado y ascendió al segundo lugar, mientras que el trastorno psicótico agudo y transitorio disminuyó, colocándose en tercer lugar. El

retraso mental, la epilepsia y los trastornos de conducta se mantienen, en promedio, con la misma prevalencia.<sup>8</sup>

## **2.7. LA FAMILIA FRENTE A LA ENFERMEDAD MENTAL**

La enfermedad mental en la familia es un fenómeno interpersonal. La salud emocional de cada miembro afecta directamente la salud de cada uno de los demás. Cuando un miembro se siente incómodo o presenta síntomas, los demás miembros resultan afectados.

Hace más de dos décadas, Don Jackson introdujo la idea de que cada unidad familiar busca mantener un equilibrio emocional, un equilibrio homeostático, como él mismo lo denominó. Esta homeostasis se logra a través de los hábitos, los comportamientos y las expectativas propias de la familia. Cada miembro tiene una función en el mantenimiento del equilibrio emocional familiar. Algunas de las funciones son muy sutiles, otras son muy manifiestas. Cada persona desempeña un papel dentro de su familia, y cada una tiene también una inversión emocional. En consecuencia, cada miembro pugna según su propia manera, ya sea consciente o inconscientemente, por mantener la homeostasis familiar. Sin embargo, a veces un miembro es incapaz de llenar su papel familiar o no quiere hacerlo y se precipita así el cambio dentro de la familia. Cuando esto ocurre los demás miembros reaccionan para reestablecer el equilibrio emocional.

### **2.7.1. Situaciones de crisis y momentos críticos**

Podemos distinguir entre la situación que rompe la armonía y desencadena la crisis, y, el momento crítico en el cual, y de forma temporal, se agudizan los aspectos estresantes, por lo que el apoyo y los recursos de afrontamiento se hacen doblemente valiosos. Por otro lado, podemos reconocer momentos puntuales en los que se producen cambios en la evolución de dicha crítica, los cuales se convierten en decisivos para un posterior desarrollo o integración del conflicto.

Se consideran ambos aspectos temporales, momento y periodo, entrelazados. Es importante detectar el ámbito donde se da la crisis (Spiegel, 1992) y como se generan momentos críticos donde la intervención puede obtener doble significado o ser doblemente eficaz.<sup>9</sup>

---

<sup>8</sup> Programa de Acción en Salud Mental. Secretaría de Salud. México, 2001. Pag. 44

<sup>9</sup> San Juan Guillén, César (Coordinador) "Intervención Psicosocial, Elementos de Programación y Evaluación Socialmente Eficaces" Anthropos. Editorial El Hombre, Colombia 1996, Pág. 105.



## CAPITULO III

### EL TRASTORNO DE ESQUIZOFRENIA

#### **3.1. CONCEPTO DE ESQUIZOFRENIA**

Grave psicosis que sobreviene en el adulto joven, habitualmente crónica, clínicamente caracterizada por signos de disociación mental, discordancia afectiva y actividad delirante incoherente, entrañando por lo general una ruptura de contacto con el mundo exterior y un repliegue autístico. Este síndrome identifica por la presencia de síntomas positivos: delirios, alucinaciones, comportamiento extravagante e insomnio; y de síntomas negativos: afectividad inapropiada (anhedonia, aplanamiento), retraimiento social y deterioro de las actividades habituales del sujeto. Suele iniciarse en la adolescencia o en la juventud, cursa con brotes o recaídas que deja como secuela un deterioro cognitivo, afectivo y social.<sup>1</sup>

“La esquizofrenia es un conjunto de trastornos que se caracteriza por distorsiones fundamentales y típicas de la percepción, del pensamiento y de las emociones” (OMS, 1992).

#### **3.2. ANTECEDENTES HISTORICOS DE LA ESQUIZOFRENIA<sup>2</sup>**

*Primeras Observaciones:* Los síntomas de lo que hoy se llama esquizofrenia han fascinado a los médicos y a los filósofos durante miles de años. En el 1400 a. De J. C. Un fragmento hindú del libro Rig Yagur Atarba describió una enfermedad producida por los demonios, en la cual la persona que la sufre es glotón, sucio, anda desnudo, ha perdido la memoria y se mueve de un lado a otro de manera difícil (Zilboog y Henry, 1941). En el siglo I d. De J. C.: El médico Areteo de Capadocia notó la diferencia cualitativa esencial entre los pacientes que padecían de la manía y aquellos que él describió como <estúpidos, ausentes y musitantes>, términos posiblemente equivalentes a la terminología moderna aplicada a las esquizofrenias, que en la actualidad se describen como estuporosos, preocupados y con escaso contacto con la realidad. Areteo también observó el deterioro de las facultades mentales y de la personalidad en algunos pacientes, que bien podían haber sido esquizofrénicos, de tales pacientes escribe: Caen en tal estado de degradación que hundidos en una fastuosidad absoluta, se olvidan de sí mismos y pasan el resto de sus vidas

---

<sup>1</sup> Sanz Marín, Ana Isabel. “Diccionario de Psicología”. Edit. Libro-Hobby-Club, España, 2000. Pag. 116

<sup>2</sup> Rendules, Guillermo y otros. “Las esquizofrenias”. Edit. Júcar, Madrid España, 1990. Pag. 19

como bestias brutas y los hábitos de sus cuerpos pierden toda dignidad humana. De semejante manera, entre aquellos que él denominaba melancólicos, Areteo describe claramente los síndromes paranoides, por ejemplo: ideas delirantes de ser envenenado, retraimiento y preocupaciones religiosas. En el siglo II d. De J. C.: Sorano describe delirios de grandeza en pacientes que creen ser dioses o que no quieren orinar por miedo a causar un nuevo diluvio; este autor nos da también descripciones cuidadosas de los estados estuporosos.

Después de esta época primitiva de interés clínico distante y escasos intentos de tratamiento, los esquizofrénicos se hundieron durante unos mil años en la sombra de la superstición y de las obsesiones religiosas. Incontables esquizofrénicos fueron juzgados y condenados a la hoguera o condenados y confinados por la sociedad en jaulas. Las condiciones increíbles de los asilos del tipo de Bedlam en Gran Bretaña, y Bicetré en Francia. Durante ese período, el esquizofrénico fue separado del público y lo colocaron virtualmente inaccesible a los estudios clínicos y científicos.

*Sobre el Tratamiento:* La idea de cuidar a la gente con enfermedades mentales en lugar de confinarlos no surge de nuevo hasta el siglo XVIII. El argumento terapéutico de los primeros médicos se había hallado restringido durante siglos y a pocos procedimientos estándar tales como las sangrías, las purgas, y la administración de hemáticos. Existía una farmacopea fantástica que debía la mayoría de sus principios a los alquimistas medievales. Ocasionalmente se utilizaban las convulsiones producidas por el alcanfor y la anestesia por éter. Los tratamientos de shock, en los siglos XVIII y XIX, consistían en hacer dar vueltas a un paciente sobre un banco hasta que perdía el conocimiento, o bien a través de una trampa, se le hacía caer en un recipiente lleno de agua (Haisch, 1951). El magnetismo animal o mesmerismo, que estuvo de moda durante un breve período de tiempo a finales del siglo XVIII y a principios del XIX, no se utilizó probablemente con mucha frecuencia en el tratamiento de psicóticos. Sin embargo, el tratamiento moral se aplicaba ampliamente a los pacientes psicóticos hospitalizados en EEUU a mediados del siglo XIX y recordaba la terapéutica de hoy en día y otras terapéuticas sociales que también se utilizan en la actualidad. Probablemente se trataba de un enfoque terapéutico efectivo para los pacientes esquizofrénicos de aquella época. Con el advenimiento de los grandes hospitales mentales del siglo XX en los cuales se hizo imposible el enfoque personal, el tratamiento moral y sus éxitos terapéuticos se perdieron. Así durante medio siglo se produjo un vacío terapéutico hasta la aparición, a mediados de 1930, el tratamiento de comas hipoglucémicos de Sakel; y la terapéutica convulsiva de Meduna. Los neurolépticos en 1950 aportaron importantes

beneficios, particularmente para el control sostenido de las manifestaciones esquizofrénicas.

A pesar de la firme creencia de Freud, compartida por la mayor parte de los primeros psicoanalistas, de que la psicoterapia no sería efectiva en el tratamiento de la esquizofrenia, a lo largo de las últimas décadas se ha demostrado que no solamente es posible practicar psicoterapia en la esquizofrenia y que frecuentemente es efectiva, sino que además, puede resultar de vital importancia para la compleja psicopatología del paciente esquizofrénico (Federn, 1952; Fromm – Reichman, 1950).

*Sobre las Causas:* A lo largo de los siglos han existido muchas teorías sobre las causas de las alteraciones psicóticas. Entre las primeras teorías se encontraban las creencias de que la locura provenía de la posesión del demonio o de los espíritus malignos y que la persona insana indicaba un castigo de los dioses. Los factores físicos en forma de vapores y presiones en el cerebro eran remitidos como responsables por aquellos que más tarde intentaron la curación de tales estados mediante soluciones venenosas y purgas. En el siglo XVIII, George Stahe introdujo la idea de la fuerza vital en la teoría de la enfermedad. En el siglo XIX Heinrich Neuman sugirió que la locura era debido a una pérdida del sentido comunitario. Durante este siglo se desarrolló una violenta controversia entre aquellos psiquiatras que, como Griesinger, proclamaban enfáticamente que todas las enfermedades mentales eran debidas a una enfermedad física del cerebro, y aquellos que pensaban que estas enfermedades eran debidas a una lucha dinámica psicológica entre la libertad y los obstáculos, el pecado y la culpa y otras fuerzas psicológicas.

Los psiquiatras del siglo XIX también consideraron la herencia como una de las posibles causas de la psicosis. Morel describe el caso de un muchacho cuya madre había sido excéntrica, y sugirió que la herencia podía ser un factor causal definitivo.

El debate entre las escuelas somatogénicas y psicogénicas sobre las causas de la enfermedad mental y la controversia entre naturaleza y ambiente continúan hasta nuestros días. Sin embargo, la cuestión principal sigue pendiente, la enfermedad mental, ¿se encuentra determinada constitucional y genéticamente, o es adquirida?.

*Clasificación y Diagnóstico:* La larga búsqueda de las causas y curas de las manifestaciones esquizofrénicas ha sido ciertamente dificultada por el hecho de que lo que hoy se conoce con el nombre de esquizofrenia no fue descrito como enfermedad hasta 1896, año en que Emil Kraepelin aglutinó con el término de <demencia precoz>, una gran variedad de síndromes psicóticos previamente etiquetados como enfermedades separadas.

Clasificaciones en el siglo XVIII: K. G. Neumann indujo el término “recuperación con defectos”.

En Francia, Esquirol, un discípulo del gran reformador Pinel, enriqueció la terminología psiquiátrica con la introducción del término alucinaciones que él definió con tanta precisión como se hace hoy día; describió también un tipo especial de psicosis, denominada “monomanía” que parece corresponder a determinadas formas de la esquizofrenia paranoide o parafrénica. Morel, un contemporáneo de Kraepelin, fue el primero en introducir el término “demencia precoz”, en 1856, y lo aplicó a la situación de un paciente adolescente originalmente brillante y activo, que de manera gradual se fue haciendo triste, silencioso y retraído; el muchacho manifestaba sentimientos de odio hacia su padre y tenía pensamientos de matarle. En esta época, también la primera distinción metodológica hubo de realizarse entre los términos “idiocia” y “demencia”: la idiocia se refería a conceptos genéticos o muy tempranos y la demencia se refería a defectos adquiridos o reversibles.

El concepto francés de “délires”, que significa estados con convicciones delirantes, fue traducido en Alemania como “paranoia”. Este término fue utilizado por primera vez por Vogel en 1764.

Wilhelm Sander, en 1866, describió los estados paranoicos de una manera muy parecida a como los entendemos hoy día, y Lasegue, en 1871, publicó su estudio sobre “delires de persecuciones”.

Heinroh distinguió 48 enfermedades mentales separadas y con ello ha introducido una considerable confusión, pero Neumann rechazó todas estas clasificaciones y declaró en 1860 que la psiquiatría no sería capaz de progresar hasta que hubiera decidido “arrojar todo el tema de las clasificaciones... sólo existe un tipo de deterioro mental: es lo que llamamos locura.

Kalhbaum, describió un cuadro característico con una tensión motora patológicamente anormal, a la que dio el nombre de “catatonía”, en 1868.

Hecker, describió el cuadro sintomático de la hebefrenia y le dio su nombre en 1870 al señalar que esta enfermedad se presenta fundamentalmente en jóvenes o adolescentes y que en general termina en deterioro.

Kraepelin, como ya hemos dicho, a finales del s. XIX y desde una cátedra universitaria, fue el que dio la denominación de “demencia precoz”, a una gran variedad de síndromes psicóticos. Al principio, Kraepelin, pensó que la demencia precoz era idéntica a la hebefrenia y que la catatonía y la demencia paranoide eran enfermedades separadas;

adoptó este punto de vista en 1867. La edición de 1896, presentó un trabajo titulado “Diagnóstico y pronóstico de la demencia precoz”; en él unificaba todas las demencias primarias y secundarias en una única enfermedad mental caracterizada por la ausencia de causas externas, por su presentación fundamentalmente en la juventud y en personas previamente sanas y, más importante que lo anterior, por su deterioro final. Hubo una gran oposición a los conceptos de Kraepelin, si bien él mantuvo su punto de vista y así se transformó en el fundador del sistema moderno de la clasificación psiquiátrica al distinguir entre la demencia precoz y la psicosis maniaco-depresiva, Kraepelin centraba la atención fundamentalmente en el resultado final: deterioro y no deterioro. La descripción por parte de Kraepelin de la demencia precoz suponía que no sólo los factores de pronóstico especialmente de deterioro final, sino también los fenómenos clínicos observados del tipo de alucinaciones, convicciones delirantes estereotipias y alteraciones del humor. Estos factores constituían una ayuda sustancial para el diagnóstico; mas para determinar un diagnóstico definitivo el clínico debería esperar hasta observar el resultado final del defecto y confirmar la impresión diagnóstica presumible de demencia precoz.

*Clasificaciones del siglo XX:* Eugen Bleuler rompió el callejón sin salida de Kraepelin con sus nuevas conceptualizaciones sobre el problema total con el nuevo término de “esquizofrenia” para la demencia precoz; traducido literalmente este término significa “mente hendida”, y Bleuler se refería a la división de la personalidad más que al proceso disociativo como rasgo central de la enfermedad. Este autor ya no consideraba las características de la incurabilidad o deterioro terminal como rasgos necesarios de la esquizofrenia.

Para él, la esquizofrenia era tanto una entidad morbosa, como una reacción psicopatológica, es decir, un síndrome. En consecuencia podría esperarse que unos pacientes se deterioran y que otros se recuperaran, con defecto o sin él.

La contribución fundamental de Bleuler fue la introducción de una jerarquía de síntomas para reemplazar las meras descripciones de fenómenos clínicos no sopesados; en la nueva jerarquía introdujo la idea de síntomas primarios y secundarios, de los cuales lo primero para Bleuler supone las alteraciones del humor, de la asociación y de la volición y los síntomas secundarios: negativismo y estupor (es decir, todos los síntomas secundarios de Bleuler son el cuadro clínico que Kraepelin describió como típico de la patología esquizofrénica). Por otra parte la ambivalencia y el concepto nuevo e importante que Bleuler describió por primera vez y que denominó autismo son rasgos centrales en el cuadro clínico de la esquizofrenia.

Carl Gustav Jung influido por las interpretaciones de Freud sobre los fenómenos psicopatológicos en los pacientes histéricos aplicó los nuevos métodos y los nuevos puntos de vista del psicoanálisis a los síntomas de los pacientes esquizofrénicos. Además Jung desarrolló el primer método experimental de utilizar las asociaciones en la exploración de determinadas situaciones y actitudes inconscientes, que él denominó complejos, y además realizó la distinción original entre personas introvertidas y extrovertidas: la esquizofrenia sería el summum de introversión.

Adolf Meyer fue la cuarta figura importante en el desarrollo del concepto de esquizofrenia; la denominó “parergasia”, término que nunca ha sido ampliamente aceptado y la definió como un reacción frente a los acontecimientos traumáticos de la vida y el resultado de una configuración de hábitos y respuestas desadaptadoras, Meyer (1951) creía que la conducta esquizofrénica no se producía por causas escondidas psíquicas o físicas sino que era el resultado natural de la historia vital que podía ser trazada claramente a través de diversos factores físicos, sociales y psicológicos a lo largo del pasado del paciente. Este autor no se adhirió a los sistemas de clasificación de Kraepelin o de Bleuler, aunque reconocía el valor histórico de Kraepelin como el de un verdadero genio. Tampoco aceptaba Meyer el amplio cuadro teórico de Freud porque Meyer más que explicar los síntomas del paciente en términos de un número determinado de principios psicodinámicos universales o de alteraciones diagnósticas basadas en todos los principios generales de clasificación, insistía en la naturaleza única e idiosincrasia de la alteración en cada paciente psiquiátrico; cada paciente, tal como Meyer lo veía, presentaba su propio desafío de investigación y necesitaba un estudio individual intenso llevado a cabo por el clínico sin los recursos fáciles de las explicaciones teóricas tradicionales o de los procedimientos de etiquetado diagnóstico estándar.

Carl Schneider (1942) consideraba la esquizofrenia como la fragmentación patológica de tres funciones básicas que se encuentran plenamente integradas en la persona normal; estas tres funciones son: sentimiento de identidad no alterado, continuidad de los procesos psíquicos y contacto con la realidad. Y cuando se produce un rompimiento de estas tres funciones aparecen los tres siguientes complejos:

- Retracción del pensamiento: manifestado por: detención del pensamiento, contaminación del pensamiento, eco del pensamiento, perplejidad, experiencias de estar controlado y alteraciones del lenguaje.

- Pérdida del sentido de realidad: los síntomas relacionados con este complejo son: indiferencia afectiva, ira inapropiada, depresión, desesperanza, despersonalización y alucinaciones.
- “Falsen”: este término difícil de traducir, se refiere a un comportamiento extravagante; su significado supone pensamiento y charla desconectada, con los siguientes síntomas: convicciones delirantes, pérdida de las asociaciones, respuestas emocionales inadecuadas, e impulsos extraños del yo.

Schneider se hallaba convencido de que sólo a través de este análisis sistemático de los complejos sintomáticos que se originan en estas tres unidades funcionales será posible alcanzar las causas subyacentes en el deterioro esquizofrénico.

Leonhard (1959) ha dedicado la mayor parte de su carrera a intentar separar determinados síntomas esquizofrénicos denominados atípicos de la verdadera esquizofrenia y establecerlos como enfermedades independientes clasificadas como psicosis esquizofrénicas no sistemáticas (Fish, 1964).

### ***3.3. CAUSAS DE LA ESQUIZOFRENIA***

La idea de que la esquizofrenia es transmitida por medio de los genes, ha sido objeto de numerosas polémicas, lo que ha llevado a diversos estudios tanto de la familia en donde los padres son biológicos como en las que éstos son adoptivos, al mismo tiempo que se ha estudiado su entorno. Todas las investigaciones coinciden en que lo que cuenta a la hora de evaluar el riesgo de padecer la enfermedad es la condición de los padres biológicos, es decir, la esquizofrenia no es transmitida por la educación o por el entorno en el que se desenvuelve el individuo, en cambio queda demostrada su transmisión a través de los genes. Sin embargo, la genética no explica totalmente el riesgo de padecer la enfermedad, ya que el individuo al tener padres con esquizofrenia el riesgo no es mayor al 50%, siendo así, si la enfermedad fuera puramente genética el riesgo en estos casos sería del 100%. Por lo que se llega a la conclusión de que deben existir factores ambientales que influyan en la aparición y desarrollo de la enfermedad, incluso es posible que algunas formas de esquizofrenia no tengan causalidad genética y estén totalmente condicionadas por factores ambientales, por ejemplo: se especula actualmente que ciertas infecciones víricas en el embarazo o alteraciones durante el parto podrían ser causa de la enfermedad. A pesar de estar fuera de discusión la transmisión genética de la esquizofrenia, no se sabe aún cómo se produce ésta, lo que es afirmable es que no sigue un modelo de herencia simple, dichos estudios se encuentran en plena expansión, sin embargo arrojan resultados en los que se

puede observar posibles alteraciones en los cromosomas 6, 8 y 22 como localizaciones de los genes susceptibles de jugar un papel importante en la etiología de la esquizofrenia.

Los datos actuales hacen pensar que lo que se hereda es una vulnerabilidad a padecer algún tipo de trastorno psicótico más o menos grave.

Se desconoce porque en unos casos la enfermedad se presenta como esquizofrenia y en otros adopta otra forma; porque un individuo vulnerable llega a padecer la enfermedad y otro no, si bien, existen factores precipitantes negativos, como el consumo de drogas o el entorno social estresante, que pueden favorecer el desarrollo de la enfermedad en un individuo vulnerable, también influye la presencia de factores protectores como el buen ambiente familiar o la ausencia de estrés que compensan el condicionamiento genético.

Sin embargo, el hecho de tener una anomalía genética determinada no asegura ni la presencia de enfermedad ni que se desarrolle en un futuro. Por otro lado, más allá de la carga genética, existen múltiples factores ambientales que causan y/o modifican el curso de las enfermedades como lo pueden ser los traumatismos, las infecciones, la alimentación, la radiación, entre otros. Estos agentes externos pueden tener una relación más o menos directa con otros de carácter psicosocial, pero, no se debe asignar otro que no sea su peso específico.

En este sentido se han tomado en cuenta dos aspectos que adquieren importancia en nuestro tema como lo son: las complicaciones en el embarazo y el parto y la infección vírica prenatal. En la mayoría de los estudios en los que se han abordado estas cuestiones se ha concluido que la persona con esquizofrenia ha sufrido con mayor frecuencia complicaciones en el embarazo y el parto que una persona sana; estas complicaciones incluyen: sufrimiento del feto en el útero materno, falta de oxigenación, trabajo de parto prolongado o complicado, traumatismos físicos, hemorragias, etc., todo lo cual afectaría al desarrollo normal del cerebro del feto y provocaría lesiones o alteraciones decisivas para el futuro del individuo, sin embargo, el hecho de sufrir tales complicaciones no condiciona a un individuo al desarrollo de la enfermedad, una posibilidad es que individuos con predisposición genética al sufrir complicaciones desencadenen la enfermedad. En lo que respecta a la infección vírica prenatal existen virus que pueden infectar el feto en el claustro materno y provocar una serie de alteraciones en el sistema nervioso; por otro lado existen hallazgos que podrían reforzar dicha teoría ya que la persona con esquizofrenia tiene una mayor propensión que los demás enfermos mentales, a padecer anomalías físicas menores, que se presentan como sutiles malformaciones en la anatomía de la cara, del paladar o en



las huellas dactilares, tales anomalías podrían obedecer a la misma etiología vírica que altera simultáneamente el desarrollo de la piel y del sistema nervioso central.

En lo que respecta a los factores psicosociales las teorías sobre el origen social de la esquizofrenia son muy variadas y adquirieron mayor importancia entre las décadas de 1950 y 1960 con el movimiento antipsiquiátrico, el cual negaba a la esquizofrenia como una enfermedad; un hipótesis de su origen fue la llamada “Teoría del doble vínculo”, que menciona la influencia de una madre esquizofrenógena sobre su hijo, este tipo de mujer sería sobreprotectora y enviaría señales contradictorias y confusas al niño provocándole alteraciones emocionales, dicha teoría sostiene que ciertos tipos de comunicación en el seno familiar generan la conducta esquizofrénica. No obstante estas especulaciones no han soportado el análisis riguroso de la investigación científica por lo que su validez no es confiable. Sin embargo, los factores psicosociales no dejan de tener importancia en la génesis y el desarrollo de la esquizofrenia, la cual se trata de una enfermedad de las emociones, del lenguaje, del pensamiento y de la conducta social. En este sentido los acontecimientos vitales y los patrones de comunicación familiar han sido factores importantes en el curso de la enfermedad; nos referimos a los primeros como hechos que tienen propiedad emocionalmente intensa o estresante como podría ser un divorcio, una separación o el nacimiento de un miembro de la familia. Lo cual debido a que la persona con esquizofrenia es especialmente vulnerable al estrés. La emoción expresada es un índice que agrupa una serie de parámetros de la comunicación familiar como los comentarios críticos que los familiares hacen al enfermo, la hostilidad, el exceso de implicación emocional por parte de la familia, el tiempo de contacto cara a cara del enfermo con la familia, entre otros. Se ha comprobado que en las familias donde la carga emocional es elevada el enfermo tiene más riesgo de recaídas.

A manera de conclusión puede decirse que el origen de la esquizofrenia es multicausal, en donde intervienen tanto factores genéticos como externos y psicosociales.

### ***3.4. ESQUIZOFRENIA UBICADA EN EL DSM-IV<sup>3</sup>***

La esquizofrenia es una alteración que persiste un mínimo de 6 meses e incluye por lo menos 1 mes de síntomas de la fase activa, por ejemplo, dos o más de los siguientes:

---

<sup>3</sup> El *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, cuarta edición (DSM-IV)*, es el sistema de diagnóstico psiquiátrico que se utiliza actualmente en Estados Unidos y que usan clínicos e investigadores de todo el mundo. Es la última clasificación aceptada internacionalmente de enfermedades psiquiátricas, y data de 1994.

ideas delirantes, alucinaciones, lenguaje desorganizado, comportamiento gravemente desorganizado o catatónico y síntomas negativos.

Las características esenciales de la esquizofrenia son una mezcla de signos y síntomas peculiares (tanto positivos como negativos) que han estado presentes una parte significativa de tiempo durante un período de 1 mes y con algunos signos del trastorno que han persistido durante al menos 6 meses.

Estos signos y síntomas están asociados a una marcada disfunción social o laboral.

Los síntomas positivos parecen reflejar un exceso o distorsión de las funciones normales, mientras que los síntomas negativos parecen reflejar una disminución o pérdida de las funciones normales. Los síntomas positivos incluyen distorsiones o exageraciones del pensamiento inferencial (ideas delirantes), la percepción (alucinaciones), el lenguaje y la comunicación (lenguaje desorganizado), y la organización comportamental (comportamiento gravemente desorganizado o catatónico). Estos síntomas positivos incluyen dos dimensiones distintas, que, a su vez, pueden estar relacionadas con mecanismos neurales subyacentes y correlaciones clínicas diferentes: la «dimensión psicótica» incluye ideas delirantes y alucinaciones, mientras que la «dimensión de desorganización» incluye el comportamiento y el lenguaje desorganizados. Los síntomas negativos comprenden restricciones del ámbito y la intensidad de la expresión emocional (aplanamiento afectivo), de la fluidez y la productividad del pensamiento y el lenguaje (alogia), y del inicio del comportamiento dirigido a un objetivo (abulia). Las ideas delirantes son creencias erróneas que habitualmente implican una mala interpretación de las percepciones o las experiencias. Su contenido puede incluir diversos temas por ejemplo, de persecución, de autorreferencia, somáticos, religiosos o grandiosos. Las ideas delirantes de persecución son las más frecuentes; la persona cree que está siendo molestada, seguida, engañada, espiada o ridiculizada. Las ideas delirantes autorreferenciales también son corrientes: la persona cree que ciertos gestos, comentarios, pasajes de libros, periódicos, canciones u otros elementos del entorno están especialmente dirigidos a ella. La distinción entre una idea delirante y una idea sostenida tenazmente resulta a veces difícil de establecer, y depende del grado de convicción con la que se mantiene la creencia, a pesar de las claras evidencias en sentido contrario.

#### **3.4.1. Criterios para el diagnóstico de la esquizofrenia:**

A. *Síntomas característicos*: Ideas delirantes, alucinaciones, lenguaje desorganizado (p. ej., descarrilamiento frecuente o incoherencia), comportamiento catatónico o

gravemente desorganizado, síntomas negativos, por ejemplo, aplanamiento afectivo, alergia o abulia.

B. *Disfunción social y laboral*: Durante una parte significativa del tiempo desde el inicio de la alteración, una o más áreas importantes de actividad, como son el trabajo, las relaciones interpersonales o el cuidado de uno mismo, están claramente por debajo del nivel previo al inicio del trastorno (o, cuando el inicio es en la infancia o adolescencia, fracaso en cuanto a alcanzar el nivel esperable de rendimiento interpersonal, académico o laboral).

C. *Duración*: Persisten signos continuos de la alteración durante al menos 6 meses.

D. *Exclusión de los trastornos esquizoafectivo y del estado de ánimo*.

E. *Exclusión de consumo de sustancias y de enfermedad médica*.

F. *Relación con un trastorno generalizado del desarrollo*.

### **3.4.2. Subtipos de la esquizofrenia:**

Los subtipos de esquizofrenia están definidos por la sintomatología predominante en el momento de la evaluación. Si bien las implicaciones pronósticas y terapéuticas de los subtipos son variables, los tipos paranoide y desorganizado tienden a ser, respectivamente, los de menor y mayor gravedad. El diagnóstico de un subtipo en particular está basado en el cuadro clínico que ha motivado la evaluación o el ingreso más recientes y, por tanto, puede cambiar con el tiempo. Es frecuente que el cuadro incluya síntomas que son característicos de más de un subtipo. La elección del subtipo se apoya en el siguiente algoritmo: se asigna el tipo catatónico siempre y cuando haya síntomas catatónicos acusados (independientemente de la presencia de otros síntomas); se asigna el tipo desorganizado siempre que predomine un comportamiento y lenguaje desorganizados, y que sea patente una afectividad aplanada o inapropiada (a menos que aparezca en el tipo catatónico); se asigna el tipo paranoide en caso de que predomine una preocupación causada por ideas delirantes o cuando existan alucinaciones frecuentes (a menos que se den en el tipo catatónico o el desorganizado). El tipo indiferenciado es una categoría residual que describe cuadros en los que predominan síntomas de la fase activa que no cumplen los criterios para los tipos catatónico, desorganizado o paranoide. El tipo residual es para aquellos cuadros en los que hay manifestaciones continuas de la alteración, sin que se cumplan ya los criterios para la fase activa.

#### *3.4.2.1. Tipo paranoide*

La característica principal del tipo paranoide de esquizofrenia consiste en la presencia de claras ideas delirantes o alucinaciones auditivas, en el contexto de una conservación relativa de la capacidad cognoscitiva y de la afectividad. Los síntomas

característicos de los tipos desorganizado y catatónico (p. ej., lenguaje desorganizado, afectividad aplanada o inapropiada, comportamiento catatónico o desorganizado) no son muy acusados. Fundamentalmente, las ideas delirantes son de persecución, de grandeza o ambas, pero también puede presentarse ideas delirantes con otra temática (p. ej., celos, religiosidad o somatización). Las ideas delirantes pueden ser múltiples, pero suelen estar organizadas alrededor de un tema coherente. También es habitual que las alucinaciones estén relacionadas con el contenido de la temática delirante. Los síntomas asociados incluyen ansiedad, ira, retraimiento y tendencia a discutir. El sujeto puede presentar un aire de superioridad y condescendencia y también pomposidad, atildamiento, falta de naturalidad o vehemencia extrema en las interacciones interpersonales. Los temas persecutorios pueden predisponer al sujeto al comportamiento suicida, y la combinación de las ideas delirantes de persecución y de grandeza con las reacciones de ira puede predisponerle a la violencia. El inicio tiende a ser más tardío que en otros tipos de esquizofrenia y las características distintivas pueden ser más estables en el tiempo. Habitualmente, estos sujetos muestran un deterioro mínimo o nulo en las pruebas neuropsicológicas y en los tests cognoscitivos. Algunos datos sugieren que el pronóstico para el tipo paranoide puede ser considerablemente mejor que para otros tipos de esquizofrenia, especialmente en lo que respecta a la actividad laboral y a la capacidad para llevar una vida independiente.

#### 3.4.2.2. *Tipo desorganizada*

Las características principales del tipo desorganizado de esquizofrenia son el lenguaje desorganizado, el comportamiento desorganizado y 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 (p. ej., falta de orientación hacia un objetivo) puede acarrear una grave disrupción de la capacidad para llevar a cabo actividades de la vida cotidiana (p. ej., ducharse, vestirse o preparar la comida). No se cumplen los criterios para el tipo catatónico de esquizofrenia y, si hay ideas delirantes y alucinaciones, son fragmentadas y no están organizadas en torno a un tema coherente. Las características asociadas incluyen muecas, manierismos y otras rarezas del comportamiento. El deterioro del rendimiento puede apreciarse por medio de diversas pruebas neuropsicológicas y tests cognoscitivos. Habitualmente, este subtipo también está asociado a una personalidad premórbida, empobrecida, a un inicio temprano e insidioso y a un curso continuo sin remisiones

significativas. Históricamente, y en otros sistemas clasificatorios, este tipo se denomina *hebefrénico*.

#### 3.4.2.3. *Tipo catatónico*

La característica principal del tipo catatónico de esquizofrenia es una marcada alteración psicomotora que puede incluir inmovilidad, actividad motora excesiva, negativismo extremo, mutismo, peculiaridades del movimiento voluntario, ecolalia o ecopraxia. La inmovilidad puede manifestarse por catalepsia o estupor. Aparentemente la actividad motora excesiva carece de propósito y no está influida por estímulos externos. Puede haber un negativismo extremo que se manifiesta por el mantenimiento de una postura rígida en contra de cualquier intento de ser movido o por la resistencia a todas las órdenes que se den. Las peculiaridades del movimiento voluntario se manifiestan por la adopción voluntaria de posturas raras o inapropiadas, o por realizar muecas llamativas. La ecolalia es la repetición patológica, como lo haría un loro o aparentemente sin sentido, de una palabra o frase que acaba de decir otra persona. La ecopraxia consiste en la imitación repetitiva de los movimientos de otra persona. Otras características serían las estereotipias, manierismos y la obediencia automática o la imitación burlona. Durante el estupor o la agitación catatónica graves, el sujeto puede requerir una cuidadosa supervisión para evitar que se cause daño a sí mismo o a otras personas. Hay riesgo potencial de mal nutrición, agotamiento, hiperpirexia o autolesiones.

#### 3.4.2.4. *Tipo indiferenciado o simple*

La característica esencial del tipo indiferenciado de esquizofrenia es la presencia de síntomas de la esquizofrenia, pero que no cumplen los criterios para los tipos paranoide, desorganizado o catatónico.

#### 3.4.2.5. *Tipo residual*

El tipo residual de esquizofrenia debe utilizarse cuando ha habido al menos un episodio de esquizofrenia, pero en el cuadro clínico actual no es patente la existencia de síntomas psicóticos positivos (p. ej., ideas delirantes, alucinaciones, comportamiento o lenguaje desorganizados). Hay manifestaciones continuas de la alteración como lo indica la presencia de síntomas negativos (p. ej., afectividad aplanada, pobreza del lenguaje o abulia) o dos o más síntomas positivos atenuados (p. ej., comportamiento excéntrico, lenguaje levemente desorganizado o creencias raras). Si existen ideas delirantes o alucinaciones, no son muy acusadas y no se acompañan de una carga afectiva fuerte. El curso del tipo residual puede ser limitado en el tiempo y representar una transición entre un episodio

florido y la remisión completa. No obstante, también puede persistir durante muchos años, con o sin exacerbaciones agudas.

### **3.4.3. Tratamiento**

Cuando se habla de las causas de la esquizofrenia se menciona que en el sistema nervioso de los enfermos, y en particular en el cerebro, algunas sustancias químicas, empleadas por las células cerebrales (neuronas) para comunicarse, pueden tener una actividad anormal. La actividad de estas sustancias químicas, llegan a normalizarse si para ello se emplean otras sustancias químicas, los medicamentos antipsicóticos, llamados así porque combaten los síntomas de la psicosis. Estos fármacos, son conocidos y se emplean para tratar la esquizofrenia desde hace cincuenta años.

### **3.5. TRATAMIENTO PSICOSOCIAL**

Una persona mentalmente enferma es una persona en situación de discapacidad, es decir, no está en posibilidad de hacer las cosas que debiera y quisiera hacer. Esta discapacidad psicológica o mental va a hacer que quien la sufre requiera del apoyo de los demás, especialmente de su familia, para satisfacer sus necesidades. Claro que existen tratamientos médicos que son muy útiles para mejorar los síntomas de la enfermedad, pero además de ello los enfermos van a requerir de ayuda en una serie de aspectos de su vida, tales como poder asistir a la escuela y mejorar su preparación, tener un empleo útil y remunerado que les permita subsistir en forma decorosa ( si es posible), recibir ayuda psicológica que les permita ir resolviendo sus problemas de adaptación, tener actividades de esparcimiento y diversión como las que requerimos todos, y poder establecer relaciones con otras personas.

Para este tipo de manejo Dixon y Lehman (investigadores norteamericanos) mencionan cuatro condiciones fundamentales:

- Debe reconocerse a la Esquizofrenia como una enfermedad, es decir, como un problema médico o de salud, que no es por lo tanto culpa del enfermo, de su familia o de los sistemas sanitarios.
- Debe reconocerse que el ambiente familiar no es responsable de que la enfermedad haya aparecido.
- Las familias deben siempre involucrarse como agentes terapéuticos.
- La ayuda que puede prestar el tratamiento psicosocial se ofrece en forma conjunta con el tratamiento con medicamentos y las demás modalidades de atención clínica al enfermo, que son indispensables.

### **3.6. CURSO DE LA ENFERMEDAD**

#### **3.6.1. Signos previos**

Antes de presentar una sintomatología clara, muchos esquizofrénicos manifiestan ciertas alteraciones sutiles en su comportamiento o en sus rendimientos intelectuales. Estos rasgos o signos premórbidos pueden ser detectados de forma objetiva desde la primera infancia por medio de un control detallado y de pruebas específicas.

Por lo regular, estas observaciones iniciales son hechas por la familia al percatarse de los problemas que tuvo el enfermo para aprender a caminar y a hablar, que de pequeño era tímido y solía jugar solo, o bien, recuerdan que siempre fue una persona desconfiada y agresiva. Por otro lado los maestros pueden apreciar que se trata de un niño o de un adolescente con problemas serios de concentración; que su rendimiento es pobre o que tiene grandes dificultades para integrarse a un grupo. Es preciso aclarar que estas características no son indicadores seguros de un futuro esquizofrénico si se consideran de forma aislada, pero resultan indicativos cuando se agrupan en ciertos patrones y se producen en determinados contextos.

#### **3.6.2. Fase Prodrómica**

En las semanas o días previos a la aparición de un brote agudo, se puede detectar a veces una fase prodrómica, en la que ya se insinúan cambios en la persona, como irritabilidad, agresividad, depresión o trastornos emocionales, ideas y conducta extrañas, o cambios extravagantes en la apariencia física o en la vestimenta. Es común que los familiares y amigos explique posteriormente haber notado un cambio de personalidad en quien la padece, manifestado por el lento y gradual desarrollo de diversos signos y síntomas (p. ej., aislamiento social, pérdida de interés en los estudios o el trabajo, deterioro de la higiene y el aseo, comportamiento extraño y explosiones de ira). A los familiares les puede resultar difícil interpretar este comportamiento y pueden pensar que el sujeto «está pasando una etapa difícil».

#### **3.6.3. Fase aguda o activa**

La edad media de inicio para el primer episodio psicótico de la esquizofrenia es a mitad de la tercera década de la vida en los varones y al final de esa década en las mujeres. El inicio puede ser brusco o insidioso, pero la mayoría de los sujetos muestran la fase prodrómica antes mencionada. Sin embargo, en un momento dado, la aparición de algún síntoma de la fase activa califica el trastorno como una esquizofrenia. La edad de inicio puede tener significado tanto fisiopatológico como pronóstico. Los sujetos con un inicio a

una edad más temprana suelen ser varones y tienen peor adaptación premórbida, menor nivel de estudios, más evidencia de anomalías cerebrales estructurales, signos y síntomas negativos más sobresalientes, más evidencia de deterioro cognoscitivo evaluado neuropsicológicamente y peor evolución. Por el contrario, los sujetos con un inicio más tardío son más a menudo mujeres, muestran menor evidencia de anomalías cerebrales estructurales o deterioro cognoscitivo y presentan una mejor evolución.

En esta etapa se observa la sintomatología en toda su plenitud. A veces la irrupción de los síntomas es brusca, en forma de brote y supone un corte brutal en la vida del paciente. Es frecuente la detección de factores desencadenantes, como algunos hechos de la vida personal que podemos relacionar de forma razonable con el inicio de la enfermedad. Estos sucesos pueden ser muy variados, pero tienen en común la elevada carga emocional que comportan como un desengaño amoroso; una mala experiencia con las drogas, un viaje al extranjero, etc. Es conveniente insistir en que estos sucesos no provocan la enfermedad, sino que actúan como precipitadores de lo que ya existía en potencia.

No obstante, el inicio no siempre es igual, en muchas ocasiones principalmente en los casos en los que predominan los síntomas negativos, el paso de la fase prodrómica a la activa es gradual y encubierta, por lo que resulta muy difícil determinar la fecha exacta del inicio del cuadro clínico.

#### **3.4.4. Fase residual**

Cuando el paciente ya no experimenta síntomas positivos pero sigue padeciendo aislamiento social y síntomas negativos, se habla de una fase residual. En este sentido el uso o abuso de drogas o alcohol contribuye, cuando se da el caso, a padecer recaídas y ensombrecer el pronóstico. Más de un tercio de los casos de esquizofrenia sufre un deterioro grave.

La mayoría de los estudios del curso y la evolución de la esquizofrenia sugieren que el primero es variable, con exacerbaciones y remisiones en algunos sujetos, mientras que otros permanecen crónicamente enfermos. Debido a la variabilidad de la definición y la evaluación no es posible disponer de unas conclusiones precisas en cuanto a la evolución a largo plazo de la esquizofrenia. Probablemente, la remisión completa (es decir, el retorno total al nivel premórbido) no es habitual en este trastorno. De los que siguen presentando la enfermedad, algunos parecen tener un curso relativamente estable, mientras que otros muestran un empeoramiento progresivo asociado a una incapacidad grave. Ya al comienzo de la enfermedad los síntomas negativos pueden ser acusados, apareciendo primariamente como características prodrómicas. Los síntomas positivos aparecen después. Y los mismos



son especialmente sensibles al tratamiento, suelen disminuir, pero en muchos sujetos los síntomas negativos persisten entre los episodios de síntomas positivos. Se ha sugerido que los síntomas negativos pueden volverse progresivamente más acusados en algunos sujetos a lo largo del curso de la enfermedad. Numerosos estudios han señalado un grupo de factores que están asociados con un mejor pronóstico. Estos incluyen el buen ajuste premórbido, el inicio agudo a una edad más avanzada, sexo femenino, acontecimientos precipitantes, alteraciones del estado de ánimo asociadas, duración breve de los síntomas de la fase activa, buen funcionamiento entre los episodios, síntomas residuales mínimos, ausencia de anomalías cerebrales estructurales, función neurológica normal, historia familiar de trastorno del estado de ánimo y no tener historia familiar de esquizofrenia.

### ***3.7. PRONÓSTICO DE LA ESQUIZOFRENIA***

El pronóstico puede referirse a dos aspectos: al grado de severidad de los síntomas o a la recuperación en funcionamiento social. Aunque es difícil realizar uno individual en las primeras fases de la enfermedad, diversos estudios han detectado ciertos factores que predicen un buen pronóstico. No obstante, algunas constataciones suelen ensombrecer estos buenos augurios: el riesgo de suicidio en casos de esquizofrenia es superior al de la población normal. Aproximadamente un 10% de los afectados se suicida.

El curso clínico y la evolución en la esquizofrenia se ha estudiado y debatido desde que Kraepelin describiera por primera vez la demencia precoz (*dementia praecox*) como un inevitable y grave deterioro crónico y progresivo. Recientemente, Hegarty y Cols(1994) resumía el curso de 51,800 pacientes esquizofrénicos de 320 estudios encontrados en la literatura psiquiátrica entre 1895 y 1992. Seguidos durante una media de casi 6 años, el 40% de los pacientes había mejorado. La mejoría se definía básicamente como la recuperación, remisión o bienestar con mínimos síntomas. Referirán que la evolución era mucho mejor si los pacientes eran diagnosticados con criterios amplios (mejoraba el 47%), mas que con criterios restringidos (mejoraba el 27%). Así mismo, la proporción de pacientes que mejoraba era mayor después de mediados de siglo que antes (49% frente al 35%), lo que quizá refleje un concepto más amplio de la esquizofrenia además de los avances del tratamiento. Desde 1975 la tasa de mejoría ha disminuido hasta el 36% lo que quizá refleje la reaparición de criterios diagnósticos mas restringidos. Se han publicado varios estudios de seguimiento a largo plazo que han usado los criterios estadounidenses actuales de la esquizofrenia. Dos de los más conocidos son el Iowa 500, en el que se utilizan los criterios de San Luis y el estudio de Chestnut Lodge, que usó los criterios del

DSM-III. Los hallazgos de estos estudios son muy similares (Mc Glashan, 1984; Tsuang y cols., 1979). En el estudio de Iowa 500, 186 pacientes que habían sido ingresados entre 1934 y 1944 en los hospitales de la Universidad de Iowa fueron seguidos hasta finales de la década de 1970. El 20% de los pacientes esquizofrénicos se mantuvieron libres de síntomas psiquiátricos durante el seguimiento, mientras que el 54% presentó síntomas psiquiátricos incapacitantes; el 21% estaban casados o viudos, mientras que el 67% nunca se había casado; el 34% vivía en su propia casa o con un familiar y el 18% residía en instituciones psiquiátricas; el 35% era laboralmente productivo mientras que el 58% nunca había trabajado. Globalmente, el grupo estudiado se caracterizaba por un exceso de mortalidad, tanto por causas naturales como accidentales, mientras que cerca del 10% de los pacientes se suicidó. En un nuevo y reciente análisis de este primer estudio Winokur y Tsuang (1996) refería que solo dos de los pacientes esquizofrénicos seguidos estaban completamente libres de síntomas (presentaban cero síntomas). Concluyeron que aunque pueda considerarse que un paciente ha mejorado y que es capaz de trabajar y vivir independientemente, es poco probable que esté libre de todos los síntomas.

En el estudio de Chestnut Lodge se hizo el seguimiento hasta mediados de la década de 1980, de 163 pacientes esquizofrénicos dados de alta de un hospital privado entre 1950 y 1975. Mientras que el 37% vivía en un hospital en un entorno protegido, el 28% vivía independientemente; el 26% había estado empleado durante un 50% o más del tiempo de seguimiento; el 41% fue considerado incapacitado permanentemente; y un 6% se recuperó. McGlashan (1984) llegó a la conclusión de que aproximadamente dos tercios de los pacientes esquizofrénicos funcionaron de forma mala o mediocre a lo largo del seguimiento y que un 7% se suicidó durante ese periodo.

En resumen, los estudios de evolución muestran que la esquizofrenia es una enfermedad devastadora que afecta todos los aspectos de la vida del paciente. Afortunadamente, como mínimo uno de cada cuatro a cinco pacientes con esquizofrenia tendrán un pronóstico relativamente bueno y muchos podrán evitar el deterioro grave que algunos autores consideran la piedra angular de este trastorno.

### ***3.7.1. Factores que afectan el pronóstico de la esquizofrenia***

#### ***3.7.1.1. Factores Culturales***

Los estudios interculturales han observado que los pacientes esquizofrénicos de países menos desarrollados tienden a presentar mejores pronósticos que los de países desarrollados. Este hallazgo inesperado fue constatado en el Internacional Pilot Study of Schizophrenia (WHO 1975), en el cual se demostró que el pronóstico medio era bastante

mejor en los países subdesarrollados (Colombia, India y Nigeria) que en los industrializados (la antigua Checoslovaquia, Dinamarca, Gran Bretaña, Estados Unidos y la Unión Soviética). A pesar de que en los países industrializados había más facilidades para llevar a cabo el seguimiento una gran proporción de los enfermos tuvo más recaídas psicóticas, hecho que no se observó en los países subdesarrollados. Aunque no se encontraron diferencias importantes en los síntomas iniciales ni en países estudiados, no pueden excluirse la posibilidad de que existieran diferencias no detectadas en el tipo de pacientes que requieren tratamiento en cada país. Es posible que los pacientes esquizofrénicos sean mejor aceptados en los países en vías de desarrollo, requieran menos necesidades y puedan ser cuidados por miembros de su familia. Es interesante destacar que este fenómeno se constató en un estudio de comparación de pronóstico entre Londres e Islas Mauricio (Murphy y Raman 1971).

#### 3.7.1.2. *Sexo*

Parece que las mujeres presentan mejor pronóstico que los hombres en cuanto a la respuesta al tratamiento. La actividad social y el pronóstico general En un estudio de 121 pacientes esquizofrénicos del Reino Unido (Natt y Cols. 1983) se observó que durante el seguimiento a 5 años, el 62% de las mujeres estaba en el grupo de buen pronóstico, en comparación con el 35% de los hombres. Las mujeres también disfrutaban de mejores condiciones de vivienda. Tal vez por que es menos probable que vivan solas o que sean ingresadas. En un estudio con 278 pacientes esquizofrénicas realizado en Alemania (Argemeyer y Cols. 1989) se observó que en las mujeres se daban menos rehospitalizaciones y que las estancias eran más cortas.

### **3.8. FACTORES QUE INTERVIENEN EN EL INICIO AGUDO Y EN LA RECAIDA**

Los episodios psicóticos agudos son las características más visibles y fácilmente reconocibles de la esquizofrenia y aún cuando sean de breve duración causan mucho sufrimiento, trastornos y molestias para pacientes y familiares. Por lo tanto, es importante cualquier información que ayude a prevenir los episodios. Entre los factores que aceleran el proceso se incluyen el consumo de alcohol y drogas como las anfetaminas y los bromuros, algunas enfermedades como los tumores cerebrales, la epilepsia del lóbulo temporal, la porfiria\*. En muchos casos no se encuentra ningún factor de este tipo, pero parecen

---

\* La porfiria es una enfermedad metabólica familiar con herencia dominante. En su forma aguda intermitente es donde se presentan los trastornos mentales.

frecuentes los factores sociales y personales que pueden provocar la presencia de los síntomas. Aunque la investigación de tales puntos es metodológicamente difícil, y los resultados no pueden considerarse concluyentes, existen pruebas razonables de la importancia de al menos tres tipos de factores ambientales.

El primero consiste en sucesos que trastornan personalmente al paciente, y no sólo los que parezcan amenazadores o desfavorables, como una pérdida o una enfermedad, o los desagradables y depresivos como presenciar algún accidente en la calle, sino también aquellos que excitan o entusiasman, como el ganar un juego o recibir un ascenso en el trabajo (Brown y Birley, 1970). Esta diversidad de sucesos exacerbantes es mucho más amplia que la que se encuentra en la depresión o en los estados de ansiedad, y significa que es difícil lograr la prevención, salvo cuando se vive en un ambiente muy protegido o restringido. Sin embargo en las personas que han sufrido ya la enfermedad de esquizofrenia presentan menor tolerancia al estrés que el promedio, y la consecuencia de cualquier circunstancia desfavorable puede acarrear posteriormente un episodio psicótico, que podría ser desastroso.

El segundo tipo de factor exacerbante surge de las relaciones íntimas, de manera particular aquellas que son críticas, dominantes, en donde hay intromisiones, y que se presentan en un 40% de las familias en el momento de la recaída (Brown 1972). El número de comentarios de crítica realizados por algún pariente con respecto a un paciente, puede ser confiable y se ha observado que está estrechamente relacionado con una recaída subsiguiente; sobre todo si hay un alto grado de confrontación entre paciente y pariente y no se ha tomado medicamento alguno. Estos últimos dos factores son potencialmente modificables y, por lo tanto, proporcionan una posibilidad práctica de acción preventiva en el caso de un paciente que viva en un hogar "conflictivo". También puede ser conveniente intercambiar opiniones con los parientes que desaprobaban la conducta del paciente, de modo particular porque las críticas se refieren a aspectos de la personalidad del paciente como pueden ser la indiferencia social, la falta de motivación para el trabajo etc., que ellos no consideran como parte de la enfermedad y, por lo tanto, no son indulgentes (Freeman y Simmons, 1963). El paciente por su lado, puede evitar hasta cierto punto las intromisiones una vez identificado su efecto notable desfavorable.

El tercer tipo de factor exacerbante es yatrogénico\*. Las reactivaciones ocasionales de delirios y alucinaciones cuando un paciente sufre demasiada presión en un programa de

---

\* Provocado por el médico tratante.

rehabilitación o ha sido dado de alta prematuramente son bien conocidas en la práctica nosocómica y se han observado en los estudios de investigación sistémica. Por lo mismo, es de gran importancia de modo de cómo se planifiquen y lleven a cabo los programas de rehabilitación.

El nexo común entre estos tres tipos de factores exacerbantes puede ser un incremento en el estrés o angustia. Claramente no es algo específico, en sentido de que el estrés lo experimenta todo el mundo en la vida cotidiana y puede conducir a una amplia variedad de síntomas psiquiátricos o a una superación bien lograda sin que aparezca ningún síntoma. La característica específica es la vulnerabilidad de la gente que padece esquizofrenia a derrumbarse, con síntomas psicóticos agudos o de orden inferior, lo cual puede presentarse aún cuando no exista ningún factor exacerbante obvio. No se conoce la naturaleza de la vulnerabilidad, sin embargo, estudios psicofisiológicos indican que interviene el sistema límbico. Los pacientes con esquizofrenia suelen tener un ritmo cardiaco más acelerado, una actividad más acelerada de las glándulas sudoríparas, una habituación más lenta en las fluctuaciones espontáneas de conductancia cutánea que la normal y el grado de excitación se correlaciona con el grado de lentitud, poca actividad y retraimiento afectivo. Algunas observaciones indican que la excitación tiene diferentes características según los pacientes provengan de hogares con muchos o pocos conflictos.

### ***3.9. EPIDEMIOLOGIA DE LA ESQUIZOFRENIA***

La esquizofrenia supone un reto único para el epidemiólogo debido a los desacuerdos sobre la definición de sus síntomas nucleares y la amplitud de su espectro. El desarrollo de criterios operativos, como los del DSM-IV, ha proporcionado una mayor especificidad para el diagnóstico de esquizofrénico y ha dado como resultado más cuidado en el uso de su concepto. Esto ha conducido a una reevaluación de los estudios epidemiológicos previos basados en definiciones más antiguas y que habían aportado determinados porcentajes. A pesar de estos avances la identificación de casos sigue siendo un problema para los epidemiólogos. Algunos esfuerzos al estandarizar el diagnóstico han tenido cierto éxito, como el examen del estado actual (Present State Examination PSE) utilizando en el internacional Pilot Study of Schizophrenia y la entrevista diagnóstica internacional compuesta utilizando en el reciente Nacional Comorbidity Study (Kessler y Cols. 1994).

### **3.9.1. Factores sociales y familiares**

Las teorías sobre el papel de la sociedad. La urbanización y el estrés en el desarrollo de una enfermedad mental, incluyendo la esquizofrenia, fueron muy populares en las décadas de 1940 y 1950. En un estudio sobre la distribución geográfica de las enfermedades mentales, Fans y Dirham (1939) hallaron una mayor tasa de ingresos psiquiátricos entre los habitantes de barrios bajos que entre las zonas más ricas. Este hallazgo fue reproducido posteriormente en otras ciudades de Estados Unidos y Europa.

Se concluyó que la esquizofrenia era causada por las malas condiciones de los barrios bajos, donde la gente tenía que enfrentarse al enorme estrés ocasionado por la desorganización social, la pobreza y la influencia global adversa de pertenecer a una clase social baja. Se consideró que estas condiciones producían o engendraban la esquizofrenia (Hare 1956).

Pronto se desarrolló una explicación alternativa para el fenómeno del aislamiento geográfico. La hipótesis del éxodo sostenía que el hecho de vivir en zonas pobre será el resultado y no la causa de la esquizofrenia (Wender y Cols 1973).

La enfermedad conduce a ausencia de motivación, deterioro cognitivo, pobreza en la higiene y otros síntomas que hacen que el paciente esquizofrénico sea posible el mantenimiento de un empleo y la supervivencia en las estructuras de la clase media o alta, haciendo que las personas con esquizofrenia vayan derivando hacia clases inferiores a medida que la enfermedad progresa. Este punto de vista ha sido apoyado por posteriores investigaciones. Silverton y Mednick (1984) encontraron, por ejemplo, que los pacientes esquizofrénicos tienen por término medio, un estatus social mas bajo que sus padres.

### **3.10. PREVALENCIA DE LA ESQUIZOFRENIA EN MEXICO**

Existen discrepancias en la prevalencia de esquizofrenia en diferentes estudios porque se han empleado metodologías diferentes (p. ej., medio rural *versus* urbano, población general *versus* medio clínico u hospitalario) y diferentes definiciones de esquizofrenia (restrictiva *versus* amplia, basada en criterios *versus* clínica). Las estimaciones de la prevalencia en muchos estudios extensos han variado desde el 0.2 al 2.0 %. Las tasas de prevalencia son similares en todo el mundo, pero se ha descrito la existencia de bolsas de alta prevalencia en algunas áreas específicas. Teniendo en cuenta todas estas fuentes de información, la prevalencia de la esquizofrenia se estima actualmente entre el 0,5 y el 1 %. Puesto que la esquizofrenia tiende a ser crónica, las tasas de

incidencia son considerablemente inferiores a las tasas de prevalencia y se estiman en aproximadamente 1/10.000 al año.

## CAPITULO IV

### PARANOIA, ESQUIZOFRENIA PARANOIDE Y LA FAMILIA

#### 4.1. CONCEPTO DE PARANOIA

Los fenómenos paranoides pueden tener diversos significados, dependiendo del sistema de referencias utilizado. La conducta y el pensamiento paranoide se ha personificado en distintas personas importantes en la historia, tal vez el ejemplo con más trascendencia fue el de Hitler. Por otro lado los individuos “normales” reaccionan en ocasiones de un modo paranoide, incluso algunas veces con efectos constructivos; sin embargo, los individuos clínicamente paranoides presentan características tales como suspicacia excesiva, sensación de ser perseguidos, o maltratados, hipersensibilidad frente a la crítica, y pautas de conducta como el recelo, la hostilidad o la arrogancia. El paranoide ejerce gran influencia y es en ésta, una de las bases sobre la que se construye el marco de referencia para su comprensión. “Freud, en 1922, señaló que desde el punto de vista psicodinámico estos pacientes quedaban bien delimitados, en cuanto a la transformación de sus sentimientos amorosos en vivencias de odio y persecución, y llegó a la conclusión de que el paciente paranoide se hallaba fijado a un nivel evolutivo que lo distinguía de pacientes con otros síndromes”.<sup>1</sup>

#### 4.2. CONCEPTO DE PERSONALIDAD

La personalidad es el sentido peculiar que adquiere la vida psíquica de cada individuo en su desarrollo evolutivo y en su relación con el mundo y con el prójimo. es la síntesis de todos los elementos que concurren para dar al sujeto la fisonomía propia que lo diferencia de los otros a través de su existencia. Los elementos con los cuales se constituye la personalidad son: el *temperamento*, que resume las tendencias hereditarias y constitucionales del sujeto, es una especie de plataforma orgánica en la cual se asienta su vida psíquica; la *conciencia*, que es, por una parte la autoconciencia o saber inmediato de sí mismo, y por otra, representación estructurada del mundo; la unidad e identidad del *yo*, que permite al sujeto ser un todo coherente y organizado; el *carácter*, sólida estructura psíquica estrechamente ligada con la voluntad y el obrar humanos, en relación con la valoración que el sujeto hace de sí mismo y del mundo. Si bien estos factores son indispensables para la formación, el desarrollo y la fijación de la personalidad, ésta no es la suma de todos ellos, la

---

<sup>1</sup> Rendules, Guillermo y otros. “Las esquizofrenias”. Edit. Júcar. Madrid, España, 1990. Pág. 31.



personalidad es el individuo mismo en su continuidad temporal y en su totalidad que trasciende hacia un mundo de valores espirituales.

#### **4.3. PERSONALIDAD PARANOIDE**

La personalidad paranoide se caracteriza por la existencia permanente de desconfianza y suspicacia, dadas por: -Sospechas -sin bases suficientes para ello- de que están abusando de él o lo están defraudando. -Dudas injustificadas acerca de la lealtad de amigos o asociados. -Ve ocultos significados en los actos normales de los demás. -Tiene rencor permanente por perjuicios o desaires que la hayan hecho otros. -Sospechas permanentes de la fidelidad de su pareja. Sin embargo, dichas ideas son parte de la personalidad del individuo.

#### **4.4. TRASTORNO PARANOIDE DE LA PERSONALIDAD**

Cuando las actitudes de una persona afectan su normal desenvolvimiento en el medio social, se estructura un trastorno de la personalidad. Para realizar dicho diagnóstico es necesario la observancia de los siguientes criterios:

-Que la actitud y conducta de la persona afecten las áreas involucradas en la forma en que ésta se relaciona con los demás.

-Que este patrón de actitud y conducta sean permanentes.

-El mismo patrón impide que la persona pueda adaptarse a situaciones variadas en el campo social.

-El patrón anormal de comportamiento lleva a la angustia personal.

-El trastorno está usualmente asociado con dificultades para desempeñar adecuadamente las funciones ocupacionales de la vida adulta, con los estragos sociales y económicos que esto conlleva.

Cuando el individuo sufre de trastorno paranoide de la personalidad tiene la frecuente sensación de que los demás intentan explotarle, dañarle o perjudicarlo. Con frecuencia pone en cuestión sus relaciones más íntimas (por si estuviera siendo objeto de engaño). De estímulos neutrales, benévolos o que tienen una inocente maldad deduce interpretaciones hostiles (“Lo hacen para fastidiarme”, “para burlarse de mí”). Recuerdan frases hirientes durante largo tiempo, y a menudo entrelazan distintos desaires para construir conspiraciones. Controla la información que da por temor a que pueda ser utilizada en su contra. Al más pequeño desprecio o trato frío reacciona con ira desusada y contraataca con facilidad. El sujeto tiende a ser muy sensible a los temas de infidelidad

(viendo más señales de las reales). Cree estar muy seguro de las intenciones retorcidas de los demás. Culpan a los demás de sus propios problemas, teniendo poca o nula conciencia de las dificultades que acarrea su conducta. Tienden a reaccionar desproporcionadamente ante acontecimientos ambiguos. Necesitan independencia y control de sus relaciones. Piensan que lo justo es recibir más de lo que ofrecen. Buscan indicios hostiles potenciales o que confirmen expectativas negativas previas. Tienen dificultad para relajarse y formar parte de una dinámica de juego.

Las conductas hiperdesarrolladas observadas son: vigilar, desconfiar y suspicacia. Las conductas hipodesarrolladas son: confiar, aceptar, tolerar y desinhibirse.

#### **4.5. CARACTERÍSTICAS DEL PENSAMIENTO PARANOIDE <sup>2</sup>**

De acuerdo con algunos autores como: Swanson, Bohner y Smith el pensamiento paranoide se centra básicamente en las siguientes características:

**4.5.1. *Pensamiento proyectivo*:** Es considerado como la característica que se presenta más frecuentemente en la esencia paranoide. Se afirma que lo básico del dinamismo paranoide radica en la transferencia del sentimiento de culpa. El proceso de proyección se describe como: cuando ella persona paranoide, en un cierto estado de tensión y de expectación predispuesta, pone su atención en un objeto y capta un indicio significativo que puede convencerle de algún motivo o intención, cristaliza en consecuencia su espera ya predispuesta en cierta forma concreta. El pensamiento paranoide es inflexible y no permite corrección, su razonamiento se basa en ignorar lo aparente y buscar únicamente signos que confirmen su desviación. Se llega a la conclusión de las tendencias proyectivas son la característica central de este tipo de pensamiento paranoide. La proyección también debería ser concebida como una localización de los pensamientos que pone de manifiesto la esencia del significado e intencionalidad del individuo, en lugar donde sean por sí mismos significativos, esto es, en otras personas.

**4.5.2. *Hostilidad*:** Es la sensación de que otros sostienen sentimientos antagónicos hacia uno. El paranoico tiende a ser un recaudador de injusticias. Mas inherente a esta forma de actividad, una relación con el mundo externo, o al menos con algunas facetas de él, de tipo defensivo y ambivalente.

**4.5.3. *Susplicacia*:** Puede manifestarse de varias maneras, ya sea en forma de mirada paranoide o con una preocupación excesiva acerca del mantenimiento de la relación

---

<sup>2</sup> Readules Guillermo y otros. "Las esquizofrenias". Edit. Juncar. Madrid, España, 1967. Pág. 34

confidencial. El pensamiento suspicaz del paranoide presenta las siguientes características: rigidez, atención dirigida constantemente hacia actitudes indagatorias, desviación, hipervigilancia e hipersensitividad.

La existencia de un continuo estado de cautelosa alerta constituye la condición más general de los caracteres paranoides y representa realmente la manifestación de un estado de continua experiencia proyectiva. La persona paranoide, se mantiene a sí misma en un perpetuo estado de vigilancia y sensibilidad frente a cualquier posible peligro externo. La perspectiva paranoide no conduce simplemente a un estado de temor y a la imaginación de cosas. La persona suspicaz indaga y examina cuidadosamente lo que está a su alrededor.

**4.5.4. Ideas delirantes:** Representan la externalización de los deseos, conflictos o temores del individuo, tal como ocurre en la proyección. Representa la realidad subjetiva del individuo que está basada en su relación fundamental con el mundo. Cada individuo considera el mundo en términos de sus propios sentimientos subjetivos, lo cual introduce cierto falseamiento. Temas como la muerte, la libertad en relación al control, realización y reconocimiento por parte de la sociedad, tienden a convertirse en los componentes principales de los sistemas delirantes.

**4.5.5. Pérdida de autonomía:** Se puede manifestar como un miedo irracional a tomar medicamentos o como una resistencia a someterse a la autoridad del jefe. La naturaleza de los intereses más característicos de la persona paranoide, tanto aquellos que son elaborados proyectivamente como los que no lo son, representan distintas variantes de su preocupación por la autonomía. Las personas paranoides sienten este interés acerca de la pérdida de autonomía tan intensamente, que viven preparadas como para una situación de emergencia. Mantienen un estado de hipervigilancia total, de movilización total y prontitud para atacar y contraatacar. La postura paranoide predispone a la persona para enfrentarse a cualquier amenaza externa, reflejándose esto en la tendencia a controlar su propio comportamiento para no descubrirse. Cada movimiento tiene una finalidad, incluso el sonreír y hablar están cuidadosamente controlados. No se permiten la jovialidad ni la espontaneidad, ni tampoco dispensan fácilmente los sentimientos afectuosos. El paranoico se siente sutilmente manejado sin su consentimiento, y tal aberración llega al máximo en las ideas delirantes de ser controlado a distancia. En el paranoide el sentido de autonomía es tan tenue que le obliga a mantenerse rígido e inflexible, con el objeto de evitar entregarse ya sea al dominio externo o bien a los impulsos internos.

**4.5.6. Sentimientos de grandeza:** Parece oponerse a muchos de los rasgos considerados como esenciales y que tenían una connotación negativa. El paranoide imbuido

de grandeza, cree que ha logrado la perfección y que es universalmente admirado. Está convencido de su papel de gran artista, inventor famoso o filósofo importante y brillante que puede planificar de forma maestra el universo. Esto se manifiesta en la creencia personal de sentirse único, o bien el hecho de adoptar actitudes condescendientes.

El paranoico se siente lleno de grandeza, cree a menudo que ha recibido un mandato especial de Dios, pudiendo llegar a organizar movimientos religiosos. Las ideas de grandeza suelen estar bien estructuradas y muestran una relativa estabilidad.

#### **4.6. ESQUIZOFRENIA PARANOIDE**

##### **4.6.1. Antecedentes de la esquizofrenia paranoide:**

Kraepelin fue el primero en identificar un subtipo paranoide de esquizofrenia, en el que los pacientes presentaban ideas delirantes, extravagantes y fragmentadas y finalmente un deterioro de la personalidad. El concepto de subtipo paranoide se incluyó en el DSM-I (American Psychiatric Association 1952) y se ha mantenido hasta hoy. Se caracteriza por una preocupación por una o más ideas delirantes y/o por la presencia de frecuentes alucinaciones auditivas; el comportamiento o lenguaje desorganizado, el comportamiento catatónico y un afecto aplanado o inapropiado no suelen ser muy marcados o son nulos. A diferencia de otros subtipos, los pacientes con esquizofrenia paranoide tienen una edad mayor al inicio, mejor actividad premórbida y mejor evolución. Sus probabilidades de casarse son mayores y desempeñan su actividad laboral mejor que los pacientes de otros subtipos.

**4.6.2. Subtipo de esquizofrenia paranoide ubicado en el DSM-IV:** Véase capítulo IV.

**4.6.3. Características asociadas:** La esquizofrenia paranoide frecuentemente se asocia con ira, ansiedad, tendencia a discutir, violencia. A veces se observa falta de naturalidad o vehemencia extrema en las interacciones personales.

#### **4.7. EL PACIENTE CON ESQUIZOFRENIA Y SU FAMILIA**

**4.7.1. El paciente:** las personas que han sido diagnosticadas con esquizofrenia presentan varios problemas que tienen que ver con lo que generalmente se relaciona con el curso de deterioro de la esquizofrenia. La mayoría de ellas se manifiestan como pasajeros de la vida y declaran su desesperanza sobre el futuro, o bien dicen que ocurrirá algún acontecimiento asombroso y fortuito que les permitirá concretar sus planes. Las preguntas

sobre detalles actuales de la vida de estas personas habitualmente generan descripciones de un estilo de vida de sentirse arrinconados.

En respuesta a las preguntas que alientan a las personas a explicar su situación, habitualmente ellas refieren variaciones del “cuento triste”.

“Según la etapa que una persona ha alcanzado en su trayectoria, uno comprueba habitualmente que ella elabora una imagen del curso de su vida -pasado, presente y futuro- que selecciona, abstrae y deforma las cosas de manera tal que le suministran una visión de sí mismo que útilmente proyecta a situaciones actuales. En términos muy generales la línea defensiva de la persona la lleva a alinearse apropiadamente junto a los valores básicos de su sociedad y esto bien puede llamarse una excusa. Si los hechos del pasado y del presente de una persona son extremadamente deplorables, entonces lo mejor que ella puede hacer es mostrar que no es responsable del estado al que ha llegado, de manera que aquí la expresión “cuento triste” resulta apropiada. Es interesante comprobar que cuando el pasado más fuerza a la persona a alinearse aparentemente junto a sus propios valores morales, con tanta mayor frecuencia la persona se siente compelida a referir su “cuento triste” en cualquier parte que se encuentre” (Goffman, 1961).

Los valores básicos de los que se habla en el párrafo anterior podrían referirse a las nociones culturalmente producidas sobre la especificación de la personalidad, la que es en alto grado individualista. “Al trazar la historia social de los modos en que los seres humanos son sometidos, nos lleva a pensar que tiene que ver con el ordenamiento y distribución de los seres humanos en el espacio para convertirlos en cuerpos dóciles; lo cual es el resultado de una técnica disciplinaria llamada “juicio normalizador”, una técnica de sujeción y control sociales derivada de la distribución de las personas alrededor de una norma. Esta especificación, en alto grado individualista de la personalidad, pone fuerte énfasis en criterios normativos tales como coherencia, consistencia, posesión de sí mismo, contención de sí mismo, automaximización, autonomía, productividad, integración, totalidad, en este sentido el juicio normalizador somete y descalifica el poder personal, tanto más que no suministra puntos fijos en virtud de los cuales las personas puedan formular sus propios juicios, puntos fijos alrededor de los cuales las personas puedan protestar” (Foucault, 1979). La sujeción a este proceso de normalización hace que la persona que experimenta el fenómeno clasificado como esquizofrenia, sienta como un extraordinario fracaso el no llegar a ser una persona, en respuesta a esta sensación, desarrolla una elaborada y extensa urdimbre de excusas que es su “cuento triste” y, entonces, el estilo de vida de sentirse arrinconado se hace más completo.

**4.7.2. Inhabilitación social e incapacidad social:** Cuando la persona con esquizofrenia sufre frecuentes recaídas con episodios psicóticos agudos tiene la probabilidad de llegar a la inhabilitación social, en tal caso, la edad de inicio, el sexo, la personalidad “premórbida” y la falta o exceso de estímulos provenientes del medio pueden servir de pistas para el pronóstico. La importancia de las anormalidades premórbidas vuelve particularmente difícil la evaluación del grado en que los otros factores, cada uno de los cuales puede por sí mismo exacerbar la inhabilitación social, desempeñan una parte en la determinación del curso de la esquizofrenia.

Es importante tomar en cuenta las formas en que los ambientes sociales hostiles o carencias, la falta de oportunidad para desarrollar aptitudes sociales o vocacionales, los estigmas, la pobreza el desempleo, el desamparo y otras experiencias desfavorables semejantes, antes y después del ataque de esquizofrenia, pueden conducir al desarrollo de un grado innecesario de inhabilitación social, que se puede corregir o prevenir en ciertos niveles. Los trastornos clínicos, desde luego, pueden ser muy graves, incluso en el mejor ambiente social que se pueda idear, y sobrevenir hasta en un individuo que haya tenido una infancia y adolescencia afortunada o privilegiada. En tales casos, los trastornos son la causa principal de la inhabilitación social; pero dichos trastornos pueden conducir por sí mismos a incapacidad social, y así a una inhabilitación adicional. Dicha interacción es particularmente marcada en gente que tuvo antecedentes de poca socialización que se remonta a la infancia antes del primer ataque. Además de la falta de aprovechamiento escolar, quizá hayan tenido relaciones personales adversas en la familia, carecido de habilidades o apoyos sociales, no tenga inclinación vocacional, pero sí antecedentes insatisfactorios en el trabajo, y quizá se haya trasladado, fuera de su casa, a zonas aisladas de la ciudad. A este respecto se dice: “Parece ser más aceptable la hipótesis de que se ha llegado a la enfermedad y no que ésta se haya generado” (Cooper, 1978).

**4.7.3. Reacciones adversas frente a la enfermedad:** La forma en que reacciona la gente al trastorno de la esquizofrenia, varía según las personas, pero por la falta de factores de protección especiales, sufrir esas experiencias adversas probablemente causará depresión, desesperación, sobredependencia y, finalmente falta de motivación para sobreponerse. Las opiniones de los que se encuentran en el ambiente de la persona socialmente inhabilitada, parientes, compañeros, amigos etc., y también las actitudes en público, generalmente acaban reflejándose en las actitudes de la persona. En el caso de un trastorno severo es inevitable la dependencia. Alguien que tenga esquizofrenia podrá limitar sus contactos íntimos y su confianza sólo a algunas personas en las que puede

confiar que no lo rechazarán ni se entrometerán demasiado en su vida. Sin embargo, en ocasiones la relación es excesiva y se añade un elemento innecesario de inhabilitación secundaria en aquellos que no pueden ser ayudados. Un ejemplo de lo anterior es la estancia hospitalaria, en donde se puede encontrar una satisfacción que se va adquiriendo gradualmente con la vida en la institución, lo que culmina con el deseo del individuo de no querer tener otro tipo de vida, lo cual le puede ocurrir incluso a pacientes ligeramente trastornados. Sin embargo, las variaciones en los individuos pueden ser muy amplias, presentándose los casos en los que los pacientes intentarán cualquier cosa por huir, mientras que a otros nada les inducirá a intentar la fuga.

#### ***4.7.4. La familia:***

Habitualmente los parientes de la persona con esquizofrenia y particularmente los padres, en la medida en que se acompaña a esa persona en curso de deterioro de su vida, se sienten cada vez más responsables por haberla descuidado. Cuando ese estilo de vida de sentirse arrinconado se extiende, los parientes se hacen más activos para obrar en favor de la persona. Y entonces, llega a ser más abrumadora la experiencia de los miembros de la familia que se adhieren a la idea de que la persona en cuestión no es una persona. Generalmente puede discernirse una dirección en la cual los miembros de la familia colaboran en la perduración del estilo de vida de sentirse arrinconado. Este es un rumbo al que los miembros de la familia se acostumbran progresivamente y aceptan la situación de deterioro. Generalmente, los miembros de la familia no advierten ese rumbo y son incapaces de detectar la diferencia que hay entre el grado en que están participando en ese estilo de vida en un momento dado y el grado en que lo están haciendo en otro momento. En este proceso, los miembros de la familia llegan a los límites de su flexibilidad y experimentan crecientes sensaciones de frustración, impotencia y fracaso.<sup>3</sup>

#### ***4.7.5. Alteraciones en la familia por el impacto de la enfermedad***

La enfermedad es sufrida por un miembro en concreto de la familia pero es padecida en mayor o menor grado por lo demás integrantes de la familia que deben convivir con ella en un momento evolutivo determinado. La familia se ve obligadamente sometida a un fuerte impacto con alteraciones estructurales y funcionales necesitando un nuevo proceso de adaptación. En las alteraciones que se observan en la familia frente a la presencia de la enfermedad las más frecuentes son:

- Se desarrollan en la familia coaliciones y exclusiones emocionales.

---

<sup>3</sup> White, Michael. "Guías para una terapia familiar sistémica" Edit. Gedisa. Barcelona, España, 1994. Pág. 81

- Adherencia a patrones rígidos.
- Falta de flexibilidad en el momento de actuar en una fase de crisis o crónica.
- Patrones rígidos entre cuidador primario familiar y el resto de la familia.
- Sobreprotección al enfermo.
- Aislamiento social.
- Cambios estructurales en los roles familiares y en el poder.
- Las necesidades de la familia se someten a las del paciente.
- El problema del cuidador primario.
- Sentimientos de contrariedad, culpa, resentimiento e impotencia.
- Malas experiencias con el sistema médico. Duelo por la salud y funciones perdidas.<sup>4</sup>

#### **4.8. PROCESO DE REHABILITACIÓN DEL PACIENTE CON ESQUIZOFRENIA**

##### **4.8.1. Evaluación del paciente**

La evaluación del paciente consiste en determinar la severidad y cronicidad de la inhabilitación y sus causas principales, descubrir qué talentos se pueden desarrollar; trazar un plan de rehabilitación, y proporcionar la ayuda profesional idónea para pacientes y parientes. El modo como el paciente haya reaccionado en el pasado indica cómo lo hará en el futuro, qué intervenciones tendrán probablemente éxito y cómo se debe proceder en las mismas. La evaluación social es tan importante como la clínica, puesto que abarca factores de ambiente social que con probabilidad son tanto dañinos como protectores. Se deben evaluar las actitudes y las respuestas de los parientes con respecto al paciente que está en casa, a las relaciones personales, a los síntomas y trastornos así como a la medicación. Es importante tener en cuenta de forma solidaria los problemas que los parientes experimentan. La esquizofrenia a veces da como resultado una invalidez estable que presenta problemas semejantes a los del retraso mental grave. Entonces los parientes pueden saber hasta que grado deben responsabilizarse del paciente, sin embargo, esto no siempre es así, la esquizofrenia no es como una invalidez física estable, el proceso de esta enfermedad tiende a fluctuar, pues el paciente logra desarrollar normalmente actividades o con una restricción sólo moderada, pero en otros momentos requiere de supervisión y cuidados considerables; lo cual crea grandes dificultades a los parientes, es especial cuando el paciente se percata apenas de estas fluctuaciones. Además existe con el paso de los años la tendencia a llegar a un ajuste entre parientes y pacientes, si no se desintegra la familia.

---

<sup>4</sup> Navarro Góngora, José, Fuertes Martín, Antonio. “Prevención e Intervención en Salud Mental”, Edit. Amarú. España, 1999. Pág. 281



La influencia del ambiente donde se hacen las observaciones no se debe pasar por alto, el comportamiento y el rendimiento observados en un ambiente protegido quizá no correspondan donde las expectativas se acercan más a las que se encuentran en un empleo abierto o en el hogar. Por lo tanto el proceso de evaluación debe ser continuo y no sólo restringirlo al periodo inicial de observación. Posteriormente se emprenderá una evaluación más general de las capacidades laborales, domésticas, del cuidado personal y del tiempo libre, de las deficiencias y las potencialidades. Por otro lado, la experiencia del paciente y sus reacciones a la medicación necesitan, de manera similar, una evaluación cuidadosa, puesto que ésta puede proporcionar información vital para su tratamiento futuro.

#### ***4.8.2. Formulación del plan de rehabilitación***

El proceso de la evaluación es la base de un plan de rehabilitación y, de manera más general, el tratamiento prolongado. Los problemas que podrían ser el blanco de la atención se seleccionan en orden de prioridad; las metas reales se señalan de acuerdo con el paciente, los parientes y demás personas interesadas; el progreso se supervisa y se analiza con las personas interesadas, y si es preciso se adoptan nuevas metas. Lo principal es reducir gradualmente la dependencia usando una amplia variedad de opciones para lograr un progreso, pero sólo hasta el punto que las crecientes demandas comienzan a producir efectos perniciosos. En muchos casos el modelo "escalera" de rehabilitación, puede ser el más apropiado, ya que se supone debe haber descansos para aquellas personas que no pueden realizar un progreso constante a la cima, y se llega a un acuerdo satisfactorio cuando las posibilidades del paciente alcanzan su punto máximo, aunque diste mucho de la independencia total. La meta es mantener una condición óptima e impedir el deterioro o la recaída.

#### ***4.8.3. Asesoramiento a la familia***

La tradicional relación entre pacientes y doctor o cliente y trabajador social impide a veces que los profesionales acepten oportunidades de que los parientes colaboren útilmente en el cuidado de los pacientes. Cuando la mayor parte de los pacientes que padecían esquizofrenia permanecían internados largo tiempo, los parientes quedaban exonerados de su responsabilidad. En la actualidad, requieren de toda la ayuda de que pueden disponer. Una de las quejas más comunes de los parientes es que no reciben consejo práctico sobre cómo reaccionar ante pacientes con episodios de delirio o retraídos; qué hacer cuando una paciente se rehúsa a conocer los beneficios del medicamento prescrito o a tomarlo; o

incluso cómo hacer frente a los celos de un paciente hacia su hermano "normal".<sup>5</sup> En la actualidad se cuenta con una considerable cantidad de conocimientos acerca de la esquizofrenia, sin embargo, no siempre se aplica. Los parientes tienen que aprender que rara vez sirve de algo discutir con un paciente que sufre de delirio; que es posible llegar a eso con el propósito de motivar a un individuo lento o apático, pero que exagerar puede inducir un retraimiento protector a una recaída; que lo que parece ser flojera o egoísmo puede ser, en realidad, incapacidad; y que a veces no es razonable esperar una cura.

Algunos factores que pueden controlar los parientes son: crear un ambiente acogedor y sin críticas, proporcionar estimulación social sin entrometerse desmedidamente; mantener reales las expectativas; superar la capacidad introspectiva variable; responder a ideas raras o conducta extraña; entender el embotamiento afectivo y el retraimiento social; saber qué esperar de la medicación; aprender a usar los servicios médicos y sociales; contribuir a fomentar la confianza y conocimiento de sí mismo en el paciente; etc.

---

<sup>5</sup> Watts, Fraser N. y Douglas H. Bennett, compiladores. "Rehabilitación Psiquiátrica. Teoría y práctica". Edit. Limusa. México, 1990, pp.73.

# CAPÍTULO V

## TRABAJO SOCIAL, TRABAJO SOCIAL PSIQUIÁTRICO

### MODELOS PSICOEDUCATIVOS

#### **5.1. CONCEPTO DE TRABAJO SOCIAL**

El Trabajo Social es una profesión y/o disciplina de las ciencias sociales, que mediante su metodología científica identifica problemas sociales (carencias y necesidades) que afectan al individuo, en forma individual o grupal; interviniendo para promover la atención de los mismos; a través de la planeación, organización, integración y control, con el fin de contribuir así al bienestar social, requiriendo igualmente de la participación comunitaria, la educación informal y la movilización consciente de la colectividad, todo ello con el propósito de lograr las transformaciones sociales para el desarrollo integral del hombre.

##### **5.1.1. Objetivo General**

- Contribuir a la concientización y movilización de las personas para lograr su participación en las transformaciones sociales, la consecución del bienestar social.

Se desea resaltar que el Trabajador Social es un dinamizador del cambio, participa, no está aislado del contexto social, sino inmerso en él, para lograr el desarrollo integral de los individuos.

##### **5.1.2. Objetivos Específicos**

- Lograr con las personas el análisis de su realidad y del contexto que determina.
- Contribuir con la planeación organizada y consciente de la población en las acciones para el desarrollo social.
- Contribuir a la planificación, a la promoción y a la ejecución de acciones para el desarrollo social.

Para el logro de los objetivos se requiere de la investigación, organización, planificación y administración social, por lo cual es importante determinar las funciones básicas de la profesión.

#### **5.2. FUNCIONES DEL PROFESIONAL EN TRABAJO SOCIAL**

Entendidas las funciones, como la acción y el ejercicio propio de este campo profesional, éstas podrían clasificarse en dos categorías principales:

### **5.2.1. Funciones compartidas**

Tal como su denominación indica, se trata de funciones que también realizan otros profesionales. En ese sentido no son exclusivas o específicas del trabajo social, aunque se realicen en la práctica cotidiana de su ejercicio. Hay trabajos o servicios que demandan la actuación de profesionales de diferentes disciplinas para el tratamiento de una misma situación.

Las funciones compartidas de los trabajadores sociales son de dos tipos:

#### *Implementador de políticas sociales.*

Cuando se hace referencia a esta función su acción comprende la realización de actividades en la prestación de servicios sociales específicos que benefician a los ciudadanos, habida cuenta de los derechos sociales reconocidos por la Constitución y las leyes. Se trata de los medios e instrumentos de que dispone la sociedad y que, a través de los organismos públicos y entidades privadas, se canalizan para la atención de las necesidades individuales, grupales y comunitarias.

Esto se hace mediante la distribución y prestación de bienes y servicios con fines de asistencia, socorro, prevención, rehabilitación y/o promoción, pero que es necesario concretar, realizar e implementar en la "primera línea de fuego", en contacto y trabajo directo con la gente.

#### *Educador social informal y animador-promotor.*

En cuanto a la función de educador social y de animador-promotor que se le atribuye al trabajador social, no es una función propia o específica de esta profesión, ni de ninguna otra. Se trata de una calificación necesaria tanto para la práctica de esta profesión como de otras también. A este respecto cabe advertir que esta función está presente en casi todas las acciones de implementación de políticas sociales.

Lo sustancial de esta función consiste en impulsar y generar acciones que potencien el desarrollo de individuos, grupos y comunidades, tendiendo a facilitar las condiciones para la participación activa de la gente en la solución de sus propios problemas. Ya sea que se llame "promotor", "animador", "facilitador" o cualquier otra denominación, de lo que se trata es de desatar un proceso de dinamización para el autodesarrollo, bien sea individual, grupal o comunitario.<sup>1</sup>

### **5.2.2. Funciones específicas**

Las funciones específicas del trabajador social podrían resumirse en las siguientes:  
-Consultor-asesor-orientador-consejero social;

---

<sup>1</sup> Ander-Egg, Ezequiel. "Introducción al Trabajo Social" Edit. El Ateneo. Buenos Aires, Argentina, 1992. Pág. 27

- Proveedor de servicios sociales;
- Informador-agente de remisión de recursos y servicios;
- Gestor-intermediario entre usuarios e instituciones, entre recursos y necesidades;
- Investigador y diagnosticador de problemas sociales;
- Identificador de situaciones-problema y recursos;
- Planificador-programador de tratamientos, intervenciones y proyectos sociales para mejorar la calidad de vida;
- Administrador de programas y servicios sociales;
- Movilizador de recursos humanos, institucionales, técnicos, materiales y financieros;
- Ejecutor de programas, proyectos sociales y actividades de atención, ayuda y apoyo;
- Evaluador de necesidades, servicios y programas y de su propia intervención social;
- Reformador de instituciones-activista social;
- Educador social informal;
- Animador-facilitador-movilizador-concientizador.

Para el desarrollo-realización de estas funciones, los trabajadores sociales llevan a cabo un conjunto de tareas y desempeñan una serie de roles.<sup>2</sup>

### ***5.2.3. Roles Del Licenciado En Trabajo Social***

El rol se trata del papel que se espera que desempeñen los diferentes actores sociales en la vida de relación.

En un sentido más restringido se habla de roles profesionales, haciendo referencia a aquellos comportamientos, pautas y normas de actuación que desempeñan -y otros esperan que desempeñen- quienes ejercen una determinada profesión, en cada una de las situaciones específicas en que realizan las tareas propias de su ámbito de actuación.

Sin embargo, los roles del trabajador social no están bien delimitados (como tampoco su perfil profesional), ni las expectativas son claramente delimitadas, además de que se da con frecuencia, lo que L. Krappman denomina “tolerancia de la ambigüedad” que él mismo ha definido “como la capacidad del individuo para participar de una interacción en la que aparecen normas y roles ambiguos o polivalentes, incluso contradictorios, y estructuras de motivaciones opuestas entre si” . Este concepto es clave para comprender los roles del trabajador social: por una parte, son claramente polivalentes, y, por otra parte, está cargada de ambigüedad, como la práctica lo revela.

El que un trabajador social realice unos u otros roles depende de una serie de circunstancias:

---

<sup>2</sup> Ander-Egg, Ezequiel. “Introducción al Trabajo Social” Edit. El Ateneo. Buenos Aires, Argentina, 1992. Pág. 28

- De las características de la persona o personas que solicitan el servicio y de la situación contextual o escenario en que están insertos dentro del tejido social del que forman parte;
- De la situación-problema que requiere de la acción profesional y que supone una determinada área o sector de intervención;
- De los recursos disponibles (actuales y potenciales);
- De los niveles técnico/administrativos desde los cuales actúa el trabajador social; no son los mismos roles si está a nivel gerencial o en la "línea de fuego", es decir, actuando directamente con la gente.

Subyaciendo a estas situaciones concretas, que condicionan el desempeño de roles, también influyen en ellos, los valores y las opciones (filosóficas, políticas, ideológicas, religiosas, etc.) del trabajador social y de su metodología de actuación. Igualmente influye el modo de ser personal de cada uno y de sus habilidades específicas.

#### *Consultor-asesor-orientador-consejero*

- Asesora a individuos, grupos u organizaciones a buscar alternativas que permitan satisfacer necesidades sociales básicas (alimentación, trabajo, vivienda, salud, educación, vestido, uso del tiempo libre, etc.).
- Orienta a la gente para que organice sus actividades con miras a la consecución de determinados objetivos tendientes a la resolución de problemas y a la satisfacción de necesidades.
- Ayuda a utilizar más efectivamente los servicios existentes y poner a los individuos y grupos en contacto con ellos.
- Hace posible que los individuos y organizaciones de base conozcan los procedimientos y estrategias que les permitan utilizar los servicios sociales existentes.

#### *Proveedor de servicios*

- Ofrece servicios de sostén y ayuda a personas en estado de dependencia, especialmente a las que están en situación de emergencia o de marginación social; esta ayuda puede significar:

-solucionar el problema;

-generar conductas que sirvan para que el sujeto que demanda la ayuda resuelva el problema por sí mismo.

- Presta servicios sociales específicos que benefician a los ciudadanos.

### *Informador-agente de remisión*

- Informa -y canaliza cuando es necesario- acerca de los recursos institucionales disponibles, ya sean servicios especializados, legislación social, recursos sociales, temas relacionados con problemas sociales y con derechos sociales.
- Informa sobre los servicios que ofrece con el fin de hacerlos accesibles al mayor número posible de personas (usuarios potenciales) y de fomentar la participación de la gente en la formulación de los programas (no hay que olvidar que la participación ciudadana tiene su base en que la gente conozca a fondo aquello en lo que puede participar).
- Facilita información sobre otros servicios, recursos externos o fuentes alternativas de ayuda a los que es posible recurrir.

### *Gestor-intermediario*

Esta tarea de gestor es de orientación; la realiza como intermediario entre los usuarios y las instituciones; mediador entre recursos y necesidades.

- Relaciona al individuo, familia, grupo u organización, con las instituciones que prestan los servicios que necesitan y/o demandan.
- Procura que efectivamente obtengan los servicios o recursos en la institución más apropiada a su necesidad.

### *Investigador*

- Diseña y realiza investigaciones aplicadas, recopilando y analizando datos para diagnosticar necesidades o problemas sociales, en las áreas o sectores propios de los trabajadores sociales. Estos estudios deben realizarse desde una doble perspectiva:
  - teniendo en cuenta los sujetos de las necesidades (ya sea a nivel individual, grupal o comunal);
  - a partir de las manifestaciones de determinadas carencias en las diferentes áreas o sectores de la vida social.
- Estudia y analiza la situación de personas o grupos afectados sin necesidad de recurrir a procedimientos de investigación excesivamente formalizados, con el fin de identificar los problemas y necesidades y estableciendo la naturaleza y magnitud de las mismas, dentro de una situación-problema que es objeto de intervención.
- A través de procedimientos como los de la investigación/acción/participativa, promueve o asesora la realización de investigaciones en las que la gente involucrada estudia sus propios problemas de cara a la solución de los mismos.

- Analiza los recursos y necesidades de los servicios sociales y de los programas de acción social en general.

#### *Planificador*

- Ayuda a los individuos de un grupo, organización o colectividad a formular y desarrollar programas comunales para satisfacer las necesidades, resolver problemas, promover el bienestar social o el mejoramiento de la calidad de vida.
- Planifica las actividades de su unidad operativa, proponiendo objetivos y metas alcanzables.
- Programa sus propias actividades.
- Elabora proyectos específicos.
- Formula estrategias de utilización más racional de los recursos y de descentralización de las actividades.

#### *Administrador*

- Lleva a cabo las actividades administrativas directamente relacionadas con sus tareas específicas, según sea su nivel de actuación, dentro de la escala jerárquica administrativa.
- Planifica, dirige y controla el sistema de organización de sus actividades, programas o servicios (en función del nivel jerárquico en que actúa dentro de la institución).

#### *Ejecutor de programas, proyectos y/o actividades*

- Cuando el trabajador social realiza una actividad, ésta puede ser:
- Parte de un programa o proyecto que comparte con otros profesionales, en la implementación de determinados aspectos de la política social.
- Actividades y tareas programadas en un servicio o proyecto específico y que le son propias, esto es, le son asignadas como profesional del trabajo social: atención de "casos sociales", apoyo técnico a grupos, trabajo comunitario,
- Una actividad propia y concreta dentro de los servicios que presta.

#### *Evaluador*

Controla y valora, en función de la continuidad de un servicio y brindar o no su mantenimiento, tal como pudiera presentarse en un momento dado:

- Las actividades propias.
- Las actividades y funcionamiento de la institución en donde trabaja.
- Los programas en que interviene de manera directa o indirecta.



Esta tarea de evaluación puede asumir diferentes modalidades:

- Evaluación del diseño y conceptualización del programa.
- Evaluación del seguimiento e instrumentación del programa (evaluación del proceso).
- Evaluación de la eficacia y eficiencia del programa (evaluación de resultados y efectos)

*Reformador de las instituciones.*

- Realiza una tarea de promoción de cambios institucionales tendentes a mejorar el funcionamiento de las actividades propias de la profesión.
- Valora las carencias cualitativas y cuantitativas de los servicios sociales, con el fin de mejorarlos y reorganizarlos, y, en algunos casos, para crear los que fuesen precisos.
- Sugiere reformas en la organización y funcionamiento de los servicios sociales para que éstos sean lo más eficaces y útiles posibles a los usuarios.

*Identificador de situaciones*

- Busca e identifica aquellas situaciones individuales o colectivas que dentro de su ámbito de actuación, se encuentran en litigio con unas situaciones aceptables.
- Identifica recursos que pueden:
  - ser de ayuda a individuos o grupos en situación-problema o necesidad;
  - tener una incidencia positiva en el proceso de solución o transformación de una situación-problema o la satisfacción de una necesidad.

*Educador social informal*

- Ayuda a la gente para que aumente sus conocimientos, destrezas y habilidades a fin de que puedan resolver sus problemas; se trata de ofrecer ayuda a las personas para que sean capaces de ayudarse a sí mismas. Esto es lo que se ha denominado como "transferencia de tecnologías sociales".
- Es un catalizador de los procesos de cambio, usando diferentes modalidades de intervención para crear condiciones favorables que contribuyan a generar una participación activa de individuos, grupos o comunidades en el mejoramiento de sus condiciones de vida. .
- Procura los medios para que las personas y las instituciones asimilen constructivamente los cambios que se derivan de la evolución de la sociedad.

*Animador-facilitador-movilizador-concientizador*

Realiza estas tareas:

- Facilitando el acceso a ámbitos de participación social.
- Fomentando el asociacionismo y la creación de grupos y organizaciones,
- Asesorando a la gente para que a través de sus organizaciones cree las actividades y servicios que, administrados por ellos mismos, sirvan para mejorar las condiciones de vida.
- Estimulando la creación de nuevas formas y canales de participación social,
- Realizando junto con la gente una revelación crítica de los factores alienantes y deshumanizantes de la sociedad en que les toca vivir y buscando los caminos de una praxis liberadora. (En este punto, para mayor precisar nuestro pensamiento, debemos decir que es un "concientizador-concientizándose").

*Movilizador de recursos humanos*

- Identifica las potencialidades humanas de individuos, grupos y comunidades y promueve su utilización y desarrollo en actividades de servicio y cooperación social.
- Facilita y promueve la participación de la misma gente en el estudio de sus necesidades, la toma de decisiones para afrontarlas y la organización para ejecutar las acciones comunes que permitan su resolución.
- Trata de generar la toma de conciencia social ante problemas y necesidades mediante el efecto multiplicador y de demostración de la misma gente.<sup>3</sup>

### **5.3. TRABAJO SOCIAL EN SALUD**

Este ha sido uno de los campos de mayor y más antigua implantación del Trabajo Social. Aceptado que la atención a los problemas de salud va más allá de la actuación de médicos y enfermeras se pensó incorporar otro tipo de profesional capaz de atender lo que podría denominarse como la dimensión social de los problemas de la salud.

Actualmente, el Trabajo Social en salud se basa en la premisa de las relaciones entre salud y los factores sociales. Las funciones más importantes en este ámbito son:

- Atender las problemáticas sociales detectadas en los centros sanitarios que afectan a la salud de los usuarios del mismo y que es posible atenuar, atender o prevenir con la acción realizada desde los mismos centros.

---

<sup>3</sup> Ander-Egg, Ezequiel. "Introducción al Trabajo Social". Edit. El Ateneo, Buenos Aires, Argentina 1992. Pág. 34.

- Promover y fortalecer la organización de grupos de pacientes o expacientes, grupos de madres y talleres de rehabilitación.
- Participar en equipos de trabajo de educación sanitaria y salud pública, dentro de programas de atención primaria donde se desarrolla una función básicamente preventiva con participación de la comunidad.
- Participar en equipos de trabajo del área sociosanitaria promoviendo la formación de consejos locales de salud y programas de medicina y salud comunitaria.
- Rehabilitación de disminuidos temporales y crónicos en todo lo que concierne a problemas de reinserción social.
- Reinserción de enfermos después de un tratamiento u hospitalización que ha producido una ruptura con la normalidad de su vida cotidiana.
- Atender el problema de la angustia de hospitalización que produce el internamiento a determinadas personas.<sup>4</sup>

#### ***5.4. INTRODUCCIÓN AL TRABAJO SOCIAL PSIQUIÁTRICO***

El trabajo social psiquiátrico, aunque evidentemente posee características que le son propias, es esencialmente “trabajo social” y se rige por los mismos principios fundamentales: “principio de aceptación” y “derecho a la propia determinación”.

Principio de aceptación: se trata de la aceptación del paciente como persona y entender que la conducta desornada que presenta es el síntoma de la enfermedad que padece. Esta actitud de aceptación se adquiere a través de los conocimientos teóricos, perfeccionándose en la práctica y se llega a arraigar tan profundamente que se convierte en una actitud automática de comprensión disciplinada, en una actitud profesional.

El Trabajador Social Psiquiátrico tiene que realizar algo todavía mas difícil que la aceptación del enfermo como persona; es el aceptarse a si mismo como la persona que es. El propio conocimiento es la tarea mas ardua de lograr, pero imprescindible cuando se trata de trabajar en el área psiquiátrica.

El enfermo mental necesita, antes de cualquier intento terapéutico, ser aceptado como la persona que es.

La aceptación configura toda una gama de hechos y conductas dirigidas a transmitir al paciente, el que se respete y entienda a si mismo, como nosotros lo entendemos, como una persona que, por ese simple o complejo hecho de ser, posee valoración y dignidad las

---

<sup>4</sup> Ander-Egg, Ezequiel. “Diccionario de Trabajo Social”. Edit. Lumen. Buenos Aires, Argentina, 1995. Pág. 318

cuales no pueden perderse por el hecho de estar enfermo, aunque su enfermedad sea “mental”.

Aceptar al enfermo implica una no valoración ética de su conducta; no hay que olvidar que la conducta del paciente mental, representa el síntoma de una enfermedad.

### ***5.5. LA FUNCIÓN DE LA INSTITUCIÓN PSIQUIÁTRICA***

La función de la institución psiquiátrica deberá ser la de constituir un medio no patógeno. Esto no quiere decir que será una utopía o una abstracción idealizada de la realidad, sin que se constituya en un medio capaz de proporcionar experiencias sociales correctivas que le permitan al paciente restablecer la integridad de su personalidad en el más alto nivel que pueda alcanzar, a fin de integrarse a la sociedad exterior.

Los pacientes deben ser tomados en cuenta como elementos activos y tomar parte en la programación de las actividades recreativas, como única manera lógica de que éstas satisfagan sus necesidades.

### ***5.6. EL TRABAJADOR SOCIAL EN EL AMBITO PSIQUIATRICO***

La Psiquiatría se ha vuelto un esfuerzo de equipo y la trabajadora social junto con la enfermera, el psicólogo clínico, el terapeuta ocupacional y otros, son un miembro sumamente valioso de dicho equipo. Desgraciadamente los servicios de la trabajadora social no son siempre utilizados de forma eficaz; ésta debe jugar una parte importante en todas las etapas del proceso de tratamiento; por ejemplo, en obtener antecedentes respecto a la enfermedad y a sus posibles factores precipitantes a fin de facilitar el diagnóstico; en proporcionar apoyo y ayuda práctica al paciente y a sus familiares; en preparar al paciente para la rehabilitación y en reducir las sobrecargas ambientales que pudieran afectarlo adversamente cuando regrese a su hogar; y en supervisar al paciente y a su familia después de que aquel ha sido dado de alta en el hospital. En cualquier nivel, una gran parte del trabajo social está relacionado con resolver problemas. Con bastante frecuencia la trabajadora social recibe el problema mas intratable cuando ya todo lo demás se ha tratado y fallado. Cuando el caso que se le encarga no es sino lo que otras personas han desechado, se están desaprovechando muchas de las habilidades especiales de la trabajadora social.

Para el Trabajador Social no es necesario el enfoque clínico del médico, su interés está en la curación de su cliente, no necesita tener la misma participación profesional del psiquiatra, ni hacer una distinción tan definida entre salud y enfermedad; es mas factible que se considere en los términos dinámicos de la reacción de un individuo hacia el

ambiente y sus sobrecargas. Por la naturaleza de su trabajo, la trabajadora social ve al paciente no como una entidad separada sino como una unidad en su familia y en su medio social más amplio.<sup>5</sup>

Dentro del ámbito de la Psiquiatría, estamos con el postulado de que no se puede hablar de un individuo enfermo sino que hay que hablar de un grupo familiar enfermo. Ackerman dice: “La familia es la unidad básica de la enfermedad y la salud”.

Uno de los objetivos del trabajo social psiquiátrico consisten crear las condiciones que hagan posible que las personas mentalmente enfermas puedan aceptarse a sí mismas y logren mejorar sus relaciones con las otras personas teniendo en cuenta esta segunda parte (ayudar a los pacientes a mejorar sus relaciones interpersonales) se hace evidente la necesidad que tiene el Trabajador Social de preparar su personalidad, ya que esta es, ni más ni menos que la primer y fundamental herramienta que va a tener que utilizar.

La forma en que instrumente su propia personalidad como elemento terapéutico dependerá en mucho, su labor futura en el complejo y muchas veces inexplicable campo de la psiquiatría.

Los criterios para enfermedad y salud mental vemos que no pueden restringirse solo al individuo, sino que deben abarcarlo dentro de grupo porque los males del individuo, la familia y la sociedad forman un continuo.

Partes de enfermedad y partes de salud pueden coexistir en proporciones variables en una misma persona, debemos considerar la salud mental en términos de proceso de equilibrio y adaptación.

Lo que a menudo altera el resultado del tratamiento psiquiátrico y psicosocial es el fracaso en evaluar el ambiente o el lograr controlarlo eficazmente. Si el miembro de una familia comienza un tratamiento individual cualquier cambio en las actitudes y conducta del paciente alterará la conducta de los otros miembros. Durante un tiempo el centro crítico del conflicto y ansiedad pueden trasladarse de un miembro a otro.<sup>6</sup>

### ***5.7. CONCEPTO DE TRABAJO SOCIAL PSIQUIÁTRICO***

La creciente incorporación del Trabajo Social al campo de la salud mental en general y de la psiquiatría en particular dentro de los equipos interdisciplinarios que atienden este tipo de servicios asistenciales, ha dado lugar a la aparición del denominado

---

<sup>5</sup> Alistair Munro, M.D. y Wallace McCulloch, M.Sc. “Psiquiatría Para Trabajo Social” Cia. Editorial Continental S.A. de C.V. México 1984. Pág 28.

<sup>6</sup> Becerra, Rosa María. “Elementos Básicos para el Trabajo Social Psiquiátrico”. Edit. Ecro. Buenos Aires, Argentina, 1977. Pág. 12

“Trabajo Social Psiquiátrico”, que abarca todas las actuaciones del Trabajador Social en el ámbito de la salud mental.

En los comienzos, la tarea se limitó a comprobar y completar la historia clínica de los enfermos, pero, progresivamente, su acción se fue extendiendo hasta participar en la solución de los problemas planteados por las enfermedades mentales. La labor del Trabajo Social fue adquiriendo importancia en la medida en que la psiquiatría comprobada con los trastornos mentales muchas veces están condicionados por el medio en el que vive el enfermo por sus circunstancias vitales y por la dinámica de las relaciones interpersonales.

En este campo de actuación del trabajo social, se suelen distinguir dos áreas de acción; intramuros (cuando el trabajo se lleva a cabo en hospitales psiquiátricos) y extramuros (en los casos en que se realiza un trabajo ambulatorio a partir de centros de día o donde el enfermo mental está totalmente inserto en su medio social). En el primer caso, el trabajo se reduce prácticamente a la atención individualizada y familiar de los pacientes, mientras que en el segundo caso hay que añadir tareas específicas de terapia familiar, actuaciones en grupo donde participan el paciente, gestiones de recursos para el desenvolvimiento autónomo del enfermo o su familia. Además dentro de este campo cobra cada vez más importancia el trabajo preventivo de carácter comunitario, en donde está implicada la propia comunidad.<sup>7</sup>

## ***5.8. FUNCIÓN DEL TRABAJADOR SOCIAL EN LAS INSTITUCIONES PSIQUIÁTRICAS***

*En los hospitales psiquiátricos:* la función de este tipo de institución consiste en el tratamiento integral del enfermo mental, ya sea en internación o en consultorio externo.

El Trabajo Social se integra a esta función a través de distintas funciones parciales, como:

- 1) entrevista de admisión, tanto al enfermo como al familiar o a quien lo acompañe.
- 2) integrante del equipo psiquiátrico que atenderá al paciente.
- 3) tratamiento a la familia, si ello es necesario, pero en todos los casos trabajar con ella para mantenerla al tanto de la evolución de los pacientes.
- 4) seguimiento de los casos dados de alta por un periodo determinado, según cada caso.
- 5) proyección de la comunidad inmediata y mediata, ya sea trabajando con ella o a través de charlas informativas, organizadas al efecto de motivar a la comunidad para la aceptación del enfermo mental rehabilitado.
- 6) orientación y/o derivación a otras instituciones de los casos que así lo requieran.

---

<sup>7</sup> Ander-Egg, Ezequiel. “Diccionario de Trabajo Social”. Edit. Lumen. Buenos Aires, Argentina, 1995. Pág. 324

7) investigaciones que permitan ir esclareciendo la problemática del enfermo mental.<sup>8</sup>

*En los Centros de Salud:* cumplen con distintos tipos de funciones; promocionales, preventivas, asistenciales, de rehabilitación y de investigación. La primera está referida a promocionar la salud mental y las otras a prevenir, asistir, rehabilitar e investigar la enfermedad mental.

- 1) **acciones promocionales:** efectuar acciones de promoción de la salud mental a través de tareas de educación sanitaria a nivel del establecimiento y en el campo de influencia comunitaria.
- 2) **acciones preventivas:** efectuar acciones preventivas procurando la participación de estructuras comunitarias que graviten sobre la población, tales como escuelas, centros religiosos, laborales, recreativos y culturales. Estas acciones se llevarán a cabo a través del trabajo con grupos ya existentes o a formarse; dirigir las acciones preventivas, tanto al fortalecimiento inespecífico de la personalidad, como a la prevención específica del riesgo, las acciones estarán fundamentalmente centradas en la prevención del desajuste y la inestabilidad familiar, en la preparación para encarar la problemática psicosocial determinada por los ciclos vitales y periodos transicionales, en la información de educadores y líderes comunitarios sobre principios básicos de higiene mental.
- 3) **acciones asistenciales:** aplicar a aquellos pacientes a los que el centro de salud mental otorgue prestaciones a nivel secundario (tratamiento ambulatorio, internaciones breves), de acuerdo con las pautas establecidas para este tipo de pacientes de la normatización de funciones de los hospitales psiquiátricos; proporcionar la información de grupos cuyos integrantes presenten aspectos similares de patología psicosocial; actuar en la atención de los problemas sociales detectados en las emergencias psiquiátricas tales como represiones, crisis familiares, intentos de suicidio, brotes psicóticos, etc.
- 4) **acciones de rehabilitación:** trabajar en la rehabilitación individual para obtener el máximo de aptitud social, conducta adecuada y aceptación y tolerancia mutua entre individuo y medio ambiente. Estas acciones no sólo comprenderán al paciente, sino que sus efectos deberán alcanzar tanto al ámbito familiar como al comunitario; trabajar en la rehabilitación y la resocialización del paciente en los establecimientos adecuados y en otras instituciones de la comunidad.

---

<sup>8</sup> Becerra, Rosa María. "Elementos Básicos para el Trabajo Social Psiquiátrico". Edit. Ecro. Buenos Aires, Argentina, 1977. Pág. 131

- 5) **acciones de investigación:** participar en el planeamiento y ejecución de las investigaciones epidemiológicas que se efectúen, al igual que en otras investigaciones de la comunidad.<sup>9</sup>

### **5.9. LA TAREA DEL TRABAJADOR SOCIAL PSIQUIÁTRICO**

Las actitudes de la familia, los amigos, los empleadores, la comunidad toda para el enfermo mental, constituyen factores relevantes que actúan sobre la capacidad de recuperación del paciente. Es decir, que una actitud prejuiciada hacia él, limita en mucho su posibilidad de volverse a integrar la comunidad como un miembro productivo de ella.

Es evidente que , para llegar a modificar integralmente esta actitud prejuiciada ante el enfermo mental o ante quienes han recibido atención psiquiátrica, lo útil y necesario es una campaña educativa continua a nivel nacional pero, a falta de ella, el Trabajador Social Psiquiátrico debe tomar a su cargo, en la medida de sus posibilidades, cubrir esta necesidad.

El Trabajador Social Psiquiátrico debe informar y enseñar la manera de comprender la conducta de los enfermos mentales a su familia, maestros, empleadores. Todo el tratamiento al paciente debería estar acompañado por esta tarea paralela, ya que esa es la manera más segura de alcanzar el éxito.

**5.9.1. Con la familia:** al utilizar el término “familia”, no se limita a él las relaciones de parentesco, sino que comprendemos a todas aquellas personas que han mantenido o mantienen un vínculo relevante para el enfermo. El trabajo con la familia comprende distintos aspectos que, si bien no pueden ser correlativos, tampoco son excluyentes sino complementarios. Las prioridades del enfoque están determinadas por cada caso en particular y siempre partiendo de la premisa de que, la no participación de la familia en el tratamiento, es el camino más seguro de un futuro reingreso del paciente a la institución psiquiátrica, con el consiguiente desgaste y frustración.

Se trabaja con la familia para:

- 1) Realizar un estudio de su problemática sociofamiliar que pudiera estar coadyuvando a la patología del paciente.
- 2) Efectuar el análisis de las relaciones de la familia con el enfermo.
- 3) Realzar el tratamiento social a través de reuniones periódicas en las que orientará mediante técnicas de clarificación, a los distintos miembros para que logren alcanzar

---

<sup>9</sup> Becerra, Rosa María. “Elementos Básicos para el Trabajo Social Psiquiátrico”. Edit. Ecro. Buenos Aires, Argentina, 1977. Pág 136



niveles más armónicos de convivencia y un mayor grado de equilibrio, contribuyéndose con ello a la terapéutica global

- 4) Preparar para el reingreso del paciente a su núcleo familiar. La proximidad del alta de un paciente implica el cambio estructural de su personalidad; por ende, la reincorporación al grupo familiar promueve una reacomodación de las relaciones entre todos los miembros. La forma más eficiente de lograr esa reacomodación está dada por el hecho de que el grupo familiar haya acompañado al enfermo en su evolución, que se haya preparado para asumir nuevos roles que deriven en conductas más adaptadas a una realidad actual, distinta de aquella en que se dio la enfermedad mental.

La experiencia demuestra que las familias que han permanecido al margen del tratamiento del enfermo son las más reacias a aceptarlo al recuperarse.

Otra manera de trabajar con familias es, a través de grupos con familiares de enfermos mentales; se trata de grupos integrados por lo familiares de enfermos con patología similar, el objetivo es atenuar las ansiedades que provoca la enfermedad mental, a través de proceso de interacción entre los miembros del grupo. El Trabajador Social orienta y clarifica a los integrantes del grupo para que encuentren soluciones comunes, apoyándose en el intercambio de problemáticas similares.

La comprensión y aceptación de la familia para con el enfermo mental recuperado, como persona capaz de incorporarse nuevamente a la sociedad con plenitud, constituye la base fundamental para que la comunidad también lo acepte.<sup>10</sup>

### ***5.9.2. La relación***

Debemos partir de la premisa que no hay enfermedades como elementos abstractos, sino que hay seres humanos enfermos. El hombre no puede ser considerado como un objeto de estudio, sino como una persona que tiene y vive con sus grupos (familiar,

Debemos diferenciar la relación profesional de la mera relación social; la primera es únicamente para beneficio de una de las partes, mientras que la segunda comprende el dar y tomar de una situación social el logro de un beneficio equitativo para ambas partes integrantes de esa relación.

Cuando un Trabajador Social está obteniendo demasiada satisfacción de un caso, debería detenerse a analizar esa situación porque generalmente, por obtener estas satisfacciones, está desatendiendo las necesidades del cliente.

---

<sup>10</sup> Becerra, Rosa María. "Elementos Básicos para el Trabajo Social Psiquiátrico". Edit. Ecro. Buenos Aires, Argentina, 1977. Pág. 97

El Trabajador Social no debe apoyarse en demasía en su facilidad para establecer relación con los clientes, sino que debe capacitarse para poder usarla de una manera consciente. La relación ha sido tradicionalmente considerada como una situación de mutuo agrado y el Trabajador Social cree que ha alcanzado una buena relación porque tanto él al cliente como éste a aquél se encuentran simpáticos. Una relación profesional va mucho más allá de una mera simpatía y, a veces, prescinde de ella.

Una buena relación en el sentido terapéutico puede tener rasgos negativos en el aspecto puramente social. A veces una relación socialmente negativa puede ser tan importante y fuerte como una positiva.

Es necesario señalar que si bien la relación es muy importante en trabajo social como instrumento técnico, no lo es todo, como, para de por sí, solucionar los casos.

### **5.9.3. La adaptación**

Si analizamos la multiplicidad de definiciones, tanto de lo que significa la tarea del Trabajo Social, como las que explicitan en que consiste la salud mental, nos encontramos con un común denominador en la mayoría de ellas, que es la palabra “adaptación”.

Si tomamos la palabra adaptación como el ajustar una cosa con otra, lo primero que es necesario hacer es identificar a esas dos cosas, por un lado tenemos al individuo al cual se trata de hacer objeto de la adaptación y, por el otro, a las normas sociales a las cuales se lo pretende ajustar. Y así parecería que el grado de salud mental de las personas estuviera en relación directa con el grado de adaptación a las normas sociales que rigen la sociedad en la cual está inmerso.<sup>11</sup>

En la tarea con las familias de los enfermos mentales, juega un rol importante el Trabajador Social y por lo tanto debe ejercitarse en él capacitándose teórica y prácticamente.<sup>12</sup>

### **5.9.4. La entrevista**

La entrevista constituye una situación de interrelación cara a cara entre dos o más personas.

Las entrevistas que se realizan en trabajo social son de carácter profesional, no constituyen un fin en sí mismas, sino un instrumento para alcanzar determinado propósito.

Ninguna de nuestras entrevistas puede ser casual; por el contrario, necesita ser preparada previamente. La cual debe realizarse, teniendo como base el respeto por el entrevistado, aceptándolo tal como éste es. Esto quiere decir: comprenderlo, discernir los

---

<sup>11</sup> Becerra, Rosa María. “Elementos Básicos para el Trabajo Social Psiquiátrico”. Edit. Ecro. Buenos Aires, Argentina, 1977. Pág. 19

<sup>12</sup> Becerra, Rosa María. “Elementos Básicos para el Trabajo Social Psiquiátrico”. Edit. Ecro. Buenos Aires, Argentina, 1977. Pág. 30

móviles que guían su conducta y absteniéndose de realizar juicios de valor sobre la misma. Es asumir una actitud realista que no significa tampoco, aprobar su conducta.

Toda entrevista profesional lleva siempre implícito un objetivo y por lo tanto no debe improvisarse; las entrevistas improvisadas no suelen fructíferas.

Preparar la entrevista consiste en un ponerse al tanto de los antecedentes que haya, interiorizarse del ambiente y el mundo de experiencias del entrevistado, reflexionar sobre todos los datos obtenidos y ver de encarar la situación recordando los detalles fundamentales que permitan luego ser manejado en la entrevista, a fin de aclarar conceptos.<sup>13</sup>

No se puede establecer una receta rígida para la mejor manera de realizar entrevistas, por cuanto tratándose de personas, siempre surgen en el desarrollo emergentes que hacen necesario introducir modificaciones; lo importante es estar conscientes de estos cambios que se van dando y del por qué de los mismos.

Los objetivos de la entrevista pueden ser variados de acuerdo a l momento de la acción del Trabajo Social: 1) entrevistas con fines recibir o de recepción; 2) entrevistas para el estudio o investigación; 3) entrevistas para la recolección de datos; 4) entrevistas con fines de diagnóstico social; 5) entrevistas con fines de tratamiento social e integral.

#### **5.9.4.1. Distintos tipos de Entrevistas**

*Dirigida:* es la que responde a un esquema establecido a priori por el trabajador social y en la cual el profesional va orientando la misma hacia dicho esquema. Este constituye el más útil cuando se trabaja con enfermos mentales.

*Abierta:* es flexible y centralizada en la problemática del paciente; aunque es libre no deja de tener una cierta guía por parte del profesional para recoger aspectos útiles de todo el material producido.

*Diagnóstica:* se realiza con fines precisos y generalmente, es bastante dirigida a fin de poder dilucidar aspectos bien concretos sobre el paciente.

*Terapéutica:* aunque toda entrevista bien llevada tiene siempre algo de terapéutica, en el desarrollo de éstas el objetivo consiste en el tratamiento mismo y esa es su finalidad básica.

*Individual:* consiste en la interrelación cara a cara de dos personas, pero en la misma suelen desfilar toda una serie de personajes no presentes.

---

<sup>13</sup> Becerra, Rosa María. "Elementos Básicos para el Trabajo Social Psiquiátrico". Edit. Ecro. Buenos Aires, Argentina, 1977. Pág. 71

*Grupal*: existen tres tipos: 1) más de un entrevistador con un entrevistado; 2) más de un entrevistador con más de un entrevistado; 3) un entrevistador con varios entrevistados.<sup>14</sup>

#### **5.9.4.2. Observar, Escuchar y la autocrítica en la Entrevista**

El Trabajador Social tiene que saber observar todo lo que sucede en el transcurso de la entrevista, evaluar las actitudes y gestos, la presentación y todas las manifestaciones no verbales de la comunicación, que evidentemente, están tratando de enviar mensajes. Saber escuchar consiste en oír con atención lo que el entrevistado está diciendo y tomar en cuenta lo que no dice o pretende ocultar.

También es necesario cuidar el lenguaje que se utiliza; el uso inmediato de términos técnicos, bloquea enormemente la comunicación y generalmente se convierte en originador de ansiedad.

Es necesario prestar atención a todas y las distintas actitudes que pueda tener el entrevistado, así como el tono de voz, el aspecto físico, la forma de vestirse, los movimientos que realiza. Si bien analizados separadamente todos estos aspectos pueden parecer detalles sin importancia, si se toman en conjunto, suelen tener una gran significación.

Es necesario que el Trabajador Social realice su autocrítica a fines de seleccionar imparcialmente sus observaciones acerca de lo acontecido en la entrevista, y no dejarse llevar por aquellos aspectos del material de la entrevista que coincidan con sus propias opiniones o prejuicios. El profesional debe mantener a lo largo de toda la entrevista, seriedad y objetividad profesional, a la vez que la va orientando hacia la finalidad para la cual fue realizada.<sup>15</sup>

### **5.10. EL DIAGNÓSTICO EN EL TRABAJO SOCIAL PSIQUIÁTRICO**

El diagnóstico es el resultado que obtenemos en el análisis y correlación de las observaciones obtenidas a través del estudio del caso, reflejando a la persona en situación de problema.

El diagnóstico incluye:

- a) descripción del individuo
- b) descripción de la situación
- c) establece relación de causa-efecto
- d) evaluación de potencialidades y recursos

---

<sup>14</sup> Becerra, Rosa María. "Elementos Básicos para el Trabajo Social Psiquiátrico". Edit. Ecro. Buenos Aires, Argentina, 1977. Pág. 72

<sup>15</sup> Becerra, Rosa María. "Elementos Básicos para el Trabajo Social Psiquiátrico". Edit. Ecro. Buenos Aires, Argentina, 1977. Pág. 74

Esta división se realiza sólo a los efectos de comprender las partes que configuran el diagnóstico, pero en la formulación del mismo se debe ensamblar toda una unidad que resulte operativa.<sup>16</sup>

### **5.10.1. *El Diagnóstico y la Evaluación***

Tanto el diagnóstico como la evaluación son procesos complementarios que comienzan, en realidad, desde la primera entrevista. El diagnóstico estaría respondiendo a lo que pasa y la evaluación sería el análisis de las capacidades o recursos y limitaciones con que se cuenta para enfrentar eso que pasa.

Es necesario, no sólo diagnosticar la situación problema sino conocer los recursos con que se podrá contar para formular un plan de tratamiento.

Todo diagnóstico debe tener también la intencionalidad de una plan de acción. Ackerman señala que cualquier diagnóstico carece de sentido si no va acompañado de la elaboración de un plan de acción.

Este diagnóstico social en psiquiatría, irá a relacionarse con los otros diagnósticos de los diferentes miembros del equipo terapéutico, para elaborar un único diagnóstico del enfermo que lo contemplará no sólo en su aspecto psicológico, como persona aislada, sino como ser social que vive en un ambiente determinado.<sup>17</sup>

## **5.11. LA PREVENCIÓN EN EL ÁMBITO PSIQUIÁTRICO**

### **5.11.1. *Prevención***

Definiéndola como el cuerpo de conocimientos profesionales, tanto teóricos como prácticos, que pueden utilizarse para planear y llevar a cabo programas tendientes a reducir la frecuencia en una comunidad, de los trastornos mentales de todo tipo.

Prevención primaria	-	Mas vale prevenir que curar.
Prevención secundaria	-	Mas vale curar que rehabilitar
Prevención terciaria	-	Mas vale rehabilitar que cronificar

### **5.12. *El Trabajador Social en los diferentes niveles de prevención***

Prevención primaria: para que un individuo posea un desarrollo evolutivo normal, es necesario la provisión de determinados aspectos básicos a saber:

- a) Físicos: alimentación, vivienda, estimulación sensorial, es decir, factores que inciden en el desarrollo físico. El Trabajador Social en este nivel debe tratar de fomentar la

---

<sup>16</sup> Becerra, Rosa María. “Elementos Básicos para el Trabajo Social Psiquiátrico”. Edit. Ecro. Buenos Aires, Argentina, 1977. Pág. 99

<sup>17</sup> Becerra, Rosa María. “Elementos Básicos para el Trabajo Social Psiquiátrico”. Edit. Ecro. Buenos Aires, Argentina, 1977. Pág. 100

provisión de los aportes básicos o la neutralización de las influencias que tienden a impedir esta provisión.

- b) Aportes psicosociales: incluyen la estimulación del desarrollo intelectual y afectivo de una persona, por medio de la interacción personal con los miembros significativos de la familia, escuela, trabajo. Los aportes psicosociales de mayor importancia son provistos por las relaciones familiares siendo uno de los objetivos más importantes de la prevención primaria, la protección de la integridad familiar.
- c) Aportes socio-culturales: son las influencias que sobre el desarrollo y funcionamiento de la personalidad ejercen las costumbres y los valores de la cultura y de la estructura social.<sup>18</sup>

Prevención secundaria: comprende los programas tendientes a reducir la incapacidad de vida a un trastorno disminuyendo la proporción de trastornos de la población. Uno de los pasos principales en la prevención secundaria es el diagnóstico precoz.

El Trabajador Social es el encargado de transmitir, directamente a la población, lo planificado por el equipo suministrando la información necesaria para que la comunidad pueda detectar los indicios básicos de trastornos y donde concurrir en estos casos.<sup>19</sup>

Prevención terciaria: procura reducir en la comunidad la proporción de funcionamiento defectuoso debido a trastornos mentales. La prevención terciario abarca la primaria y secundaria ya que el defecto debido al trastorno mental incluye la incapacidad provocada por el funcionamiento alterado del paciente.

La prevención terciaria actúa mediante la rehabilitación, en gran escala, del paciente para devolverle su capacidad productiva en menos tiempo. Esta recuperación debe comenzar desde el momento del diagnóstico y continuar sin interrupción durante la enfermedad. El rol del Trabajador Social dentro del equipo en este nivel es el evitar, por un lado, los prejuicios de la familia del paciente al considerarlo como un individuo que no puede realizar tarea alguna. Esto está ligado a mantener la comunicación del paciente en el caso de internación con sus redes sociales para evitar que la familia, cierren sus filas ante la ausencia del enfermo, conservar viva la idea del retorno, tratar de mantener abierta la comunicación del paciente con la comunidad.<sup>20</sup>

---

<sup>18</sup> Becerra, Rosa María. “Elementos Básicos para el Trabajo Social Psiquiátrico”. Edit. Ecro. Buenos Aires, Argentina, 1977. Pág. 56

<sup>19</sup> Becerra, Rosa María. “Elementos Básicos para el Trabajo Social Psiquiátrico”. Edit. Ecro. Buenos Aires, Argentina, 1977. Pág. 57

<sup>20</sup> Becerra, Rosa María. “Elementos Básicos para el Trabajo Social Psiquiátrico”. Edit. Ecro. Buenos Aires, Argentina, 1977. Pág. 58

## **5.12. NIVELES DE INTERVENCIÓN FAMILIAR**

### **5.12.1. Información**

Es un proceso por el cual un contenido es transmitido de un sujeto a otro. Hechos presentados. Si se hace en forma narrativa y no numérica se denomina información cualitativa, si los hechos son presentados en números se llama información cuantitativa.

### **5.12.2. Educación**

En sentido amplio del término se identifica con la socialización, en cuanto proceso de transmisión, de valores, normas, creencias, comportamientos, pero, generalmente, se sostiene que la educación es solo una parte del proceso de socialización. En un sentido más restringido, el término educación designa a todo acto o acción intencional, sistemática y metódica que el educador realiza sobre el educando para favorecer el desarrollo de las cualidades morales, intelectuales o físicas, que todo hombre posee. Actualmente la idea de educación como acción sobre una persona o un grupo para proporcionarle conocimientos, habilidades y actitudes está siendo reemplazada por una idea de la educación concebida como una acción recíproca, ya se trate de una persona, de un grupo o de una colectividad.

### **5.12.3. Orientación**

Es un proceso de ayuda al individuo para que alcance autonomía personal y madurez social, a fin de que sea capaz de lograr la máxima integración posible de su personalidad, la capacidad de relacionarse con los demás y el compromiso de contribuir al desarrollo del conjunto de la sociedad. Esta denominación es utilizada por Jung para designar el principio general de un enfoque psíquico, mencionando que “Todo enfoque se guía por un punto de vista determinado, ya se esté conciente o no, el llamado enfoque de poder ser orientadas según el punto de vista del poder del yo sobre las influencias y los condicionamientos opresivos. Un enfoque del pensamiento, por ejemplo, se guía por el principio lógico, al que considera como su máxima ley. Un enfoque de sensibilidad se guía por la percepción sensorial de los hechos”.<sup>21</sup>

### **5.12.4. Terapia familiar**

Del griego therapéa, abstracto de therapeuo, “yo curo”, es un conjunto de acciones que se ejercen sobre la familia mediante la intervención o el tratamiento físico o psicológico cuyo fin es curar, aliviar o prevenir un mal o perturbación.

---

<sup>21</sup> Doucet, Friedrich W. “Diccionario del Psicoanálisis Clásico”. Edit. Labor S.A. Barcelona España, 1975. Pág. 139.

### **5.12.5. Psicoterapia familiar**

Es una variante de la psicoterapia de grupo. Se trata de emprender el tratamiento, no de un grupo cualquiera sino de una unidad familiar y actuar sobre ella. Nathan Ackerman, pionero de la psicoterapia familiar, enfocada con técnicas de base psicoanalítica, la considera como un método específico de desarrollo y adaptación de la familia, delineando distorsiones en la interacción, definiendo el juego entre conflictos interpersonales e intrapersonales y resolviendo las relaciones entre el funcionamiento psicosocial del grupo familiar y el destino emocional de cualquiera de sus miembros.

## **5.13. MODELO PSICOEDUCATIVO**

### **5.13.1. Concepto de Psicoeducación**

Consiste en una aproximación terapéutica en la cual se proporciona a los familiares de un paciente información específica acerca de la enfermedad, y entrenamiento en técnicas para afrontar el problema.

Debe redundar en primer término en beneficio del paciente, y su objetivo consiste en mejorar la calidad de vida de paciente y familia, creando ambientes bajos en estresores, y disminuyendo así la probabilidad de recaída y la carga familiar.

Se puede definir la psicoeducación como la educación de una persona con trastornos psiquiátricos en los temas que sirven a los objetivos del tratamiento y la rehabilitación.

La educación de los pacientes puede adoptar una variedad de formas según las capacidades y el interés de las familias. Por ejemplo, la educación puede ocurrir en grupos pequeños o de forma individual, puede incluir el uso de videos o folletos o una combinación de estos.<sup>22</sup>

### **5.13.2. Antecedentes**

La investigación centrada en el ambiente familia tiene su inicio en la década de los 50, en Londres, encabezada por Brown (1959). En esta primera fase, lo que se intentaba dilucidar era ¿por qué? los pacientes una vez dados de alta que regresaban al hogar familiar recaían más que aquellos que regresaban a otros tipos de residencias. Otros investigadores empezaron a identificar una serie de actitudes familiares, que podían tener un cierto valor predictivo en relación a las recaídas. En 1976 a raíz de una réplica de Christine Vauhn y Julian Leff (1976) se introduce el concepto de “Expresión de Emociones” y se operativiza en torno a cinco escalas específicas: Comentarios Críticos; sobreimplicación emocional;

---

<sup>22</sup> Pekkala E, Merinder L. Artículo de Psicoeducación para la esquizofrenia, <http://www.update-software.com/abstractsES/AB002831-ES.htm>. De *La Biblioteca Cochrane Plus*, número 4, 2005. Oxford, Update Software Ltd.



Hostilidad; calor y comentarios positivos, teniendo mayor papel predictivo las primeras tres escalas. Como conclusión se pensaba que aquellos ambientes familiares que puntuaban alto, los pacientes esquizofrénicos tenían mayor probabilidad de recaída, que aquellos que puntuaban bajo.

La confluencia de estos factores ha llevado un interés cada vez mayor en aprovechar los recursos de la familia, sea para el acatamiento de la medicación sea para reducir los estresores que puedan actuar como desencadenantes de las recaídas. Esto dio paso a lo que Anderson (1980) llamara programas “psicoeducativos”, porque incluían una serie de materiales didácticos destinados a la familia y a los pacientes y estrategias terapéuticas destinadas a mejorar el manejo del estrés familiar a través de una mejoría de la comunicación y habilidades para resolver problemas.<sup>23</sup>

### **5.13.3. Modelo Psicoeducativo**

- A) Alianza terapéutica: que promueva una relación de trabajo con el paciente y su familia.
- B) Información de la enfermedad y el tratamiento.
- C) Fomentar un ambiente familiar, laboral y social apropiado.
- D) Integrar al paciente a sus roles.
- E) Continuidad en el tratamiento y vinculación institucional.

#### *Objetivos primarios:*

- Conciencia de enfermedad.
- Cumplimiento terapéutico.
- Detección precoz de síntomas prodrómicos.

#### *Objetivos Secundarios:*

- Controlar el estrés.
- Evitar el uso y abuso de sustancias.
- Lograr regularidad en el estilo de vida.
- Prevenir la conducta suicida.

#### *Modalidades de psicoeducación.*

- Individual: información y consentimiento informado.
- Familiar: orientación y apoyo; manejo psicoeducativo de una familia o multifamiliar.
- Grupal: manejo psicoeducativo comunitario.

---

<sup>23</sup> Navarro Góngora, José, Fuertes Martín Antonio. “Prevención e Intervención en Salud Mental”. Edit. Amarú. España, 1999. Pág. 279

#### **5.13.4. Psicoeducación en Esquizofrenia**

La intención es que el paciente y su familia desarrollen estrategias que les permitan en última instancia obtener una mejor calidad de vida.<sup>24</sup>

Siendo la esquizofrenia una de las enfermedades mentales mas discapacitantes, por lo que provoca dependencia del enfermo hacia su familia en mayor o menor grado, se le debe considerar como una enfermedad familiar en la que la familia debe involucrarse como agente terapéutico, pero también ser objeto de atención y apoyo por parte del equipo de salud mental.

En ese sentido, la educación es parte fundamental del tratamiento psicosocial y cuando nos valemos de ella para apoyar a una persona mentalmente enferma se le llama psicoeducación, la cual consiste en proporcionar a los familiares de un paciente información específica acerca de la enfermedad así como entrenamiento en técnicas para afrontar el problema.

Las intervenciones psicoeducativas en familias de pacientes con esquizofrenia se dirigen a: 1) proveerles información acerca de la enfermedad del paciente y de su tratamiento; 2) mejorar los patrones de comunicación dentro de la familia; 3) aumentar las habilidades de la familia para resolver problemas; 4) mejorar las estrategias de contención de los familiares; 5) comprometer el involucramiento de los familiares en actividades sociales fuera del ámbito familiar.

Así, capacitar a los pacientes y familiares sobre la esquizofrenia e informar a la población en general es fundamental, con el fin de que se puedan detectar tempranamente a los individuos en riesgo de desarrollar el padecimiento y no solo a quienes ya presenten síntomas prodrómicos, psicóticos o cualquier otro trastorno dentro del espectro de la esquizofrenia.

Se calcula que más del 60% de los pacientes con esquizofrenia no son diagnosticados adecuadamente y por lo consiguiente no reciben un tratamiento efectivo, debido a ello muchos permanecen en episodio psicótico continuo y los más con deterioro significativo.

En síntesis, educar al paciente y familiares sobre la enfermedad y su comportamiento, sobre la necesidad de medicación de por vida y contar con el apoyo de los profesionales en la salud son solo algunos de los objetivos fundamentales en el tratamiento del paciente con esquizofrenia para alcanzar su reinserción el entorno familiar, escolar y/o

---

<sup>24</sup> XVII Jornadas Científicas de la Sociedad Panameña de Psiquiatría, las Jornadas de Actualización en Esquizofrenia de la Asociación Psiquiátrica de América Latina, 30 de Julio de 2005.

laboral y social. Esto se logra principalmente a través de un proceso de psicoeducación, lo que permite vincular al paciente con su familia, integrándolo en su dinámica, para que tenga una participación adecuada en ella estableciendo los roles que el paciente puede desempeñar dentro de esa dinámica familiar.<sup>25</sup>

#### **5.14. CONCEPTO DE REHABILITACIÓN**

Es una forma de terapia que se ocupa principalmente de ayudar al paciente a lograr un papel social óptimo (en la familia, en el trabajo, en la comunidad en general), dentro de su capacidad y sus potencialidades. La tarea de rehabilitación constituye algo separado del tratamiento de la enfermedad en sí, se considera a la rehabilitación como la acción desarrollada para la integración social del paciente.

La rehabilitación no es algo que comienza en cualquier momento, ni algo que está al final de los tratamientos, sino que toda la tarea terapéutica desarrollada por los distintos profesionales (médicos, trabajadores sociales, enfermeros, terapistas, psicólogos) llevan imbricada la idea de rehabilitación.

La rehabilitación es un proceso que comienza en el primer contacto con el enfermo en la terapia, se desarrolla a lo largo de todo el tratamiento y se concluye con el logro de la independencia del enfermo hacia el equipo tratante y la realización equilibrada con su vida. La rehabilitación del enfermo mental depende, fundamentalmente, de encontrar solución para tres necesidades fundamentales del ser humano en general:

- 1) un sitio donde vivir
- 2) alguien que se preocupe por su bienestar y,
- 3) un trabajo que desempeñar.

La tarea del trabajador social psiquiátrico con la familia apunta a lograr los dos primeros puntos, y una vez alcanzado este primer objetivo, la misma familia, el paciente y el Trabajador Social Psiquiátrico, en forma conjunta y acompañados por una campaña de esclarecimiento, podrán tener las máximas posibilidades para cubrir esa tercera necesidad. Recién en ese momento se podrá hablar del éxito de los tratamientos psiquiátricos y no cuando se da un alta hospitalaria.<sup>26</sup>

---

<sup>25</sup> Wazcar Verduzco Fragoso, Dr. Coordinador del grupo de trabajo sobre Esquizofrenia, Asociación Psiquiátrica Mexicana a.c. Psicoeducación En Esquizofrenia, Art. Publicado: 27 de marzo de 2005.

<sup>26</sup> Becerra, Rosa María. "Elementos Básicos para el Trabajo Social Psiquiátrico". Edit. Ecro. Buenos Aires, Argentina, 1977. Pág. 138

# CAPITULO VI

## BASES TEORICAS Y METODOLÓGICAS PARA LA INTERVENCIÓN DEL TRABAJO SOCIAL EN FAMILIAS

### **6.1. METODOLOGÍA DEL TRABAJO SOCIAL**

#### **6.1.1. Concepto de Metodología**

Es el estudio del conjunto de actividades intelectuales que con los contenidos específicos establece los procedimientos lógicos, formas de razonar, operaciones y reglas que, de una manera ordenada y sistemática, deben seguirse para lograr un fin dado o resultado. Este fin o resultado puede ser el conocer y/o el actuar sobre un aspecto o fragmento de la realidad.<sup>1</sup>

Es el conjunto de operaciones o actividades que dentro de un proceso pre-establecido, se realizan de una manera sistemática para conocer y actuar sobre la realidad social. La metodología y práctica del Trabajo Social están configuradas por la integración y fusión de cuatro componentes:

- El estudio de la realidad, de sus problemas, necesidades, recursos y conflictos.
- La programación de las actividades.
- La acción social conducida de manera racional y con una determinada intencionalidad (mantener, mejorar o transformar la realidad social sobre la que se actúa).
- La evaluación de lo realizado o de lo que se está realizando.<sup>2</sup>

#### **6.1.2. El Objeto de Intervención en el Trabajo Social**

La determinación del objeto de intervención no es una construcción puramente racional o un producto de cierto ordenamiento empírico. En contraposición, entendemos esa construcción como un proceso teórico-práctico en el sentido que toda intervención tiene una matriz teórica que la sustenta y un instrumental metodológico que le permite recrear dichos conceptos en la realidad social. Por lo tanto realidad y conceptos se relacionan dialécticamente como construcción de un saber especializado y mediados por una metodología.

---

<sup>1</sup> Ander-Egg, Ezequiel. "Métodos de Trabajo Social". Edit. Espacio. Buenos Aires Argentina, 1997. Pág. 15

<sup>2</sup> Ander-Egg, Ezequiel. "Metodología y Práctica del Trabajo Social". Edit. El Ateneo. México, 1994. Pág. 13

El objeto de intervención se construye desde la producción cotidiana de la vida social de los sujetos, explícita a partir de múltiples necesidades que se expresan como demandas y carencias y que de esta forma llegan a las instituciones para ser canalizadas o no.

Para la comprensión del objeto de intervención como campo problemático es necesario desarrollar un concepto de intervención profesional que de cuenta de la naturaleza de dicha intervención, a fin de recuperar el sentido de la construcción del objeto de intervención como elaboración teórico-práctica desde una matriz teórica y sustentada por el conocimiento de cómo proceder metodológicamente.

La intervención parte del supuesto que ella se conforme en el desarrollo de los procesos sociales reproducidos cotidianamente. Por ello, no es considerado como una actividad, o varias actividades, o la ejecución de un proyecto planificado y, por último, no son respuestas múltiples y anárquicas al conjunto de necesidades que los actores sociales demandan.

Es un proceso de construcción histórico-social que se genera en el desarrollo de la dinámica social de los actores que intervienen en el ejercicio profesional. Dicha dinámica social está referida a la relación sujeto-necesidad como expresión particular de la cuestión social. Es en esta dinámica generada por esa relación que se construye el objeto de intervención profesional.<sup>3</sup>

### ***6.1.3. Propuesta Metodológica para la Intervención Profesional***

Para llegar al objeto de intervención profesional es necesario articular una forma de proceder que organice y de significado al conjunto de las acciones que sean necesarias en la construcción del objeto de intervención. Esa forma de proceder se realiza a través del conocimiento de cómo hacer. A su vez, ese ¿cómo? no es un conjunto de etapas o secuencias lineales rígidamente establecidas es una guía de cómo intervenir que se nutre y se enriquece en la práctica de los distintos actores y que le dan sentido, direccionalidad y la hacen particular, así como particulares son las circunstancias en las que se produce la acción profesional.

En esta línea de análisis la metodología de intervención entendida como proceso construye y reconstruye el desarrollo de la práctica. Si bien es cierto que empieza con la inserción como ubicación del contexto espacial y social de la acción, entendemos la metodología de intervención en Trabajo Social como un conjunto de procedimientos que

---

<sup>3</sup> Rozas Pagaza, Margarita. *Una Perspectiva Teórica Metodológica de la Intervención en Trabajo Social*. Edit. Espacio, Buenos Aires, Argentina, 1998. Pág. 59

ordenan y dan sentido a la intervención pero fundamentalmente como una estrategia flexible que articula la acción específica del trabajador social con el contexto. Una estrategia que permite una reflexión dialéctica y crítica sobre las situaciones problemáticas sobre las cuales se establece la intervención profesional.

Toda intervención pensada con actitud investigadora no puede de ninguna manera prescindir de la práctica.

El ordenamiento metodológico de la acción es un proceso permanente de investigación en función del objeto de intervención que garantiza la determinación de objetivos precisos para la planificación de acciones y las alternativas que pueden ser de carácter educativo, promocionales y asistenciales, traducidas técnicamente en un proyecto y evaluadas en función de su naturaleza.

En este proceso se pueden combinar abordajes de carácter individual-familiar, grupal-comunitario y distintas técnicas de acuerdo con la problemática del objeto de intervención, también se pueden orientar diversas alternativas de acción en la que estén incorporadas las tres miradas de los actores de la intervención: la institución, el sujeto y el trabajador social. En esa dirección la perspectiva teórica y la metodología permiten recrear permanentemente el objeto de intervención y al mismo tiempo, resignificar el contexto de las prácticas de los actores social. Una metodología ayuda a comprender la relación particular entre contexto y acción.

La viabilidad de una metodología de intervención está garantizada en la medida que hay una comprensión rigurosa no solo de la problemática del objeto de intervención si no también del movimiento particular de los actores, de la interpretación correcta de sus necesidades, intereses y aspiraciones.

El movimiento de los actores no es lineal porque las normas de conducta establecidas institucionalmente y reproducidas a partir de los procesos de socialización no son guías normativas, sino prácticas concretas que tienen significados, representaciones e imaginarios que se pueden constituir en fuentes esenciales de recursos cognitivos. Estas fuentes alimentan la direccionalidad de la intervención. Por otro lado, las normas constituyen un proceso y un producto.

La función del lenguaje y la comunicación en general son herramientas fundamentales para la acción profesional dado que el lenguaje en los códigos de comunicación posibilitan conocer el significado que le asignan los sujetos a sus necesidades, así como sus posibles soluciones. El saber comunicarse y establecer por lo tanto un diálogo pertinente con los sujetos de la acción profesional, constituye una fuente

de indagación y comprensión sobre el contexto particular de la vida cotidiana de los sujetos. En definitiva son aspectos necesarios e ineludibles a tener en cuenta para darle contenido y significado a la metodología.

Es necesario remarcar que la construcción del objeto de intervención no depende solamente de la lectura adecuada de los conceptos claves ni de la racionalidad de una metodología es sobretodo, una construcción que articula de manera dialéctica conceptos, realidad y procedimientos. Estos son los elementos que permiten explicar el contexto de la acción y que le dan significado y sentido al proceder profesional.<sup>4</sup>

#### **6.1.4. Modalidades del Trabajo Social**

Según sea el caso del ámbito de actuación del profesional en Trabajo Social existen tres modalidades con las que puede desempeñar su labor, las cuales son:

##### **6.1.4.1. Trabajo Social Comunitario**

El Trabajo Social Comunitario tal como hoy se presenta es el resultado de dos desarrollos metodológicos separados que, por otra parte, pretendieron ser respuesta a problemáticas diferentes:

- El de la organización de la comunidad, que surge dentro de la profesión y que tiene su principal desarrollo en la emoción expresada.
- El de desarrollo de la comunidad, que nace y se desarrolla fuera del campo del trabajo social profesional, en un primer momento en países de África y Asia, luego en América Latina y Europa.

En resumen el Trabajo Social Comunitario son aquellos procesos en los que los esfuerzos de una población se suman a los del gobierno para mejorar las condiciones económicas, sociales y culturales de las comunidades, integrar éstas a la vida del país y permitirles contribuir plenamente al progreso nacional.<sup>5</sup>

##### **6.1.4.2. Trabajo Social de Caso**

Con esta expresión se designa la ayuda social que se presta a nivel individual utilizando una serie de procedimientos que configuran el llamado método de caso individual.

El proceso se inicia cuando alguien solicita ayuda a una institución, sea esta un servicio o una prestación con la que el demandante cree poder resolver su problema o necesidad.

---

<sup>4</sup> Rozas Pagaza, Margarita. *“Una Perspectiva Teórica Metodológica en Trabajo Social”*. Edit. Espacio, Buenos Aires, Argentina, 1998. Pág. 70

<sup>5</sup> Ander-Egg, Ezequiel. *“Diccionario de Trabajo Social”*. Edit. Lumen. Buenos Aires, Argentina, 1995. Pág. 297

Desde la primera fase, es importante establecer una relación/comunicación adecuada con el usuario/a, la que comporta dos cuestiones fundamentales: revelar verdadero interés por la persona y garantizar el secreto de lo que se trata.

Se estimula al sujeto/usuario para analizar su situación y reconocer su problema, pero, sobre todo, para que tome la iniciativa de cara a resolverlo, o a comenzar a hacerlo.

El tratamiento o seguimiento del caso puede ser muy variado, de acuerdo con el problema y las características del usuario, podría exigir, tanto visitas domiciliarias como que la persona siga concurriendo a la oficina de Trabajo Social. Lo sustancial del trabajo en esta fase es orientar la búsqueda de los medios disponibles para la solución del problema.

Por último, como en todo tratamiento está el fin del proceso: se cierra el caso, ya sea por que está resuelto o por que se ha llegado al límite de un periodo dispuesto por la institución para el tratamiento de determinados problemas, o bien por que se produce un retiro gradual conforme se va resolviendo el problema o satisfaciendo una necesidad.<sup>6</sup>

### **6.1.4.3. Trabajo Social con Grupo**

#### *6.1.4.3.1. Antecedentes del Trabajo Social con Grupo*

Durante más de veinte años el Trabajo Social Individual fue el único método profesional reconocido. La práctica del trabajo con grupos nace antes de que apareciera el *social work* como profesión, y se desarrolla luego, desligado de este campo profesional. Ya en los años veinte, los trabajadores sociales utilizaban el trabajo con grupos como forma de intervención profesional en programas de juventud, recreación, organización y funcionamiento de los centros vecinales. Todas estas experiencias van planteando la necesidad de sistematizar las formas y procedimientos de trabajar en y con grupos. El grupo de trabajo fue considerado inicialmente como un campo de actuación, luego un movimiento y más tarde un objetivo o meta. Pero a medida que se fue perfilando su enfoque, ámbito y modalidad operativa, fue adquiriendo el carácter de método específico del trabajo social.<sup>7</sup>

Bajo el impulso de ideas humanistas y preocupaciones éticas y religiosas, se inicia en Inglaterra, a mediados del siglo XIX, dos tipos de movimientos que implican un trabajo con grupos, en los que se establece una cierta formalización de reglas de actuación. Por un lado, está el *settlement movement* y por otro las Asociaciones Cristianas de Jóvenes. A principios de la década de 1880 Toynbee, profesor de la Universidad de Oxford, para mejorar su tarea en la promoción con la gente decide vivir en forma similar a la mayor parte de la población de un pueblo trabajador, su acción consistía en compartir con ellos la

---

<sup>6</sup> Ander-Egg, Ezequiel. "Diccionario de Trabajo Social". Edit. Lumen. Buenos Aires, Argentina, 1995. Pág. 305

<sup>7</sup> Ander-Egg, Ezequiel. "Métodos de Trabajo Social". Edit. Espacio. Buenos Aires, Argentina, 1997. Pág.68



vida de grupo. El canónigo Samuel Banett, organizó en su parroquia de San Judas, en Londres un centro vecinal al que denomina Toynbee may y que comienza a funcionar en 1884, esta asociación no atendía casos individuales. La actividad fundamental consistía en que los trabajadores, conjuntamente con los estudiantes y los profesionales sensibilizados, en relación amistosa, organizaban actividades concretas en el campo de la ayuda médica, la educación, la organización y funcionamiento de clubes de niños y jóvenes, etc.

Este trabajo contaba con dos principios básicos: los problemas se resuelven mejor dentro del grupo; y los grupos organizados compensan a los ciudadanos de la sensación de aislamiento y soledad que ha traído consigo la revolución industrial.

Además de la experiencia en los *settlements*, se desarrolló otro movimiento que, por su misma práctica, significa tanto la utilización, como la acumulación de una amplia experiencia del trabajo con grupos. George Williams fundó las Asociaciones Cristianas de Jóvenes cuya acción ha sido la realización de actividades a través de la organización de programas y actividades de grupo. Posteriormente aparecen otros movimientos como: los Boys Scouts, la organización de campamentos, programas de recreación, clubes de niños, etc., los cuales dan lugar al trabajo con grupos, realizado con una cierta formalización de procedimientos. Otras experiencias como los centros judíos, los camping y los campamentos femeninos, condujeron a un tipo de organizaciones que denominaron Agencias de Trabajo con Grupos.

A partir de 1912 se inicia una aplicación más tecnificada del trabajo con grupos, cuando comienza su labor con colectivos de niños en las barriadas pobres. Con posterioridad se organizan programas con grupos infantiles. Las experiencias de ambos van sistematizándose y fundamentándose científicamente. Sin embargo, antes, a comienzos de los años veinte, Mary Richmond y Edward Lindeman vislumbran las tendencias hacia el trabajo con grupos: la primera habla de un tratamiento social que podría llamarse psicología del grupo pequeño, y Lindeman habla de algunas modalidades en el trabajo con grupos.

El trabajo en los *Settlements Houses* adquiere un gran desarrollo, ellos constituyen un importante campo de aplicación del trabajo con grupos dentro de la experiencia norteamericana.

Alrededor de 1934 se inicia un movimiento dentro de Social Work que tiene por finalidad definir la técnica y objetivos de este tipo de trabajo. Es en 1935 cuando la National Conference of Social Work comienza a considerar al trabajo con grupos como una de las ramas del Trabajo Social y lo pone en igualdad con los otros tres sectores reconocidos dentro de la profesión, los cuales se denominaban: “caso social”,

“organización de la comunidad” y “acción social”. En este mismo año, los editores del Social Year Book, introducen el workgroup como una de las cuatro partes del Trabajo Social, lo cual no significa que se haya reconocido como método autónomo y específico de la profesión. Se puede decir que a mediados de la década de los treinta, el trabajo con grupos es reconocido como un modus operandi de la profesión y como una de las especializaciones básicas. En 1936 se fundó la Asociación Nacional para el Estudio del Trabajo con Grupo, con el fin de esclarecer y definir tanto la filosofía como la práctica del trabajo con grupo. Sin embargo, el Trabajo Social con Grupos fue aceptado como un método propio de la profesión a partir de 1936, luego de que Grace L. Coyle presentó a la Conferencia Nacional de Trabajo Social el estudio que fundamentó el nuevo método profesional. En este estudio Coyle entiende por Trabajo Social el “uso conciente de las relaciones sociales en el desempeño de ciertas funciones de la comunidad y a partir de estos parámetros de referencia profesional analiza los atributos de trabajo con grupo en cuanto campo de actuación profesional y concluye que “El Trabajo con Grupo como método cae dentro del más amplio campo de Trabajo Social como método de intervención.

#### 6.1.4.3.2. *Definición del Trabajo Social con Grupo*

El Trabajo Social con Grupo es un método de educación socializante, en el que se refuerzan los valores del individuo, ubicándolo en la realidad social que lo rodea para promover su cooperación y responsabilidad en una acción integradora en el proceso de desarrollo. Es una acción organizada con fines educativos que proyecta al ser humano por medio de la participación grupal, proporcionando al hombre el que se sienta dentro de una sociedad a la cual pertenece y respeta y con la que va a contribuir para alcanzar mejores niveles de vida. Su función se fundamenta en medidas correctivas, preventivas y rehabilitatorias.<sup>8</sup>

#### 6.1.4.3.3. *Concepto de Trabajo Social con Grupo*

Es una forma de acción social realizada en situación de grupo que puede perseguir propósitos muy diversos entre los que encontramos los educativos, terapéuticos, correctivos, preventivos, de promoción, entre otros, cuya finalidad es el crecimiento de los individuos en el grupo y a través de grupo y el desarrollo del grupo hacia tareas específicas y como medio para actuar sobre ámbitos sociales más amplios. Dentro del Trabajo Social de Grupo existen dos ideas fundamentales: el crecimiento y desarrollo de los individuos

---

<sup>8</sup> Contreras de Wilhem, Yolanda, “Trabajo Social de Grupos”. Edit. Pax-México. México, 1980. Pág. 15.

mediante la experiencia de grupo, y el empleo del grupo por sus miembros para propósitos sociales que ellos mismos consideran deseables.

Vinter lo considera como instrumento para inducir cambios deseables, y lo define como una forma de prestar servicios a individuos, dentro y a través de pequeños grupos. Esta práctica se utiliza junto a otros procesos de ayuda. Los grupos se utilizan de forma amplia para: solucionar problemas (grupos de tratamiento); para realizar tareas (grupos de intervención orientados hacia la acción). Un grupo es un medio y un contexto de ayuda, ya sea para los individuos que lo constituyen o bien para brindar apoyo a otros grupos sociales.<sup>9</sup>

El Trabajo Social con Grupo actualmente se considera como un proceso que a través de experiencias se busca capacitar al individuo para que conozca su realidad objetiva y la forma de actuar sobre su estructura social. De esta manera el hombre obtiene mayores posibilidades dentro de su interrelación social que le permite solucionar de un modo más efectivo sus problemas personales, familiares, grupales y comunitarios, pues se maneja y funciona mejor socialmente. Por lo tanto, es un instrumento esencial en la motivación y educación social de los ciudadanos para el cambio de estructuras. Asimismo es un factor terapéutico, preventivo y rehabilitatorio. El Trabajo Social de Grupo deja de ser efectivo si no actúa en la realidad social en la que vive, ya que el individuo es parte de este sistema, se sirve del grupo, sirve al grupo y a los grupos de la comunidad, convirtiéndose el proceso en un cambio que se efectúa en primera instancia en el hombre y luego en la sociedad de la que forma parte.<sup>10</sup>

#### 6.1.4.3.4. *Rol del Trabajador Social con Grupo*

El Trabajador Social con Grupo debe tener dos cualidades/capacidades/destrezas: **procedimentales**, que entraña un buen manejo de procedimientos de técnicas grupales, lo cual es mejor desempeñado si se cuenta con conocimientos teóricos y prácticos de la dinámica de grupos; e **interaccionales**, que hace referencia a su implicación personal, a sus cualidades humanas y a la forma de relacionarse y de actuar con los otros. Lo que debe conocer bien un trabajador social de grupo son las técnicas grupales, es decir, aquellos instrumentos que aplicados al trabajo de grupo, sirven para desarrollar su eficacia y hacer realidad sus potencialidades. Su objetivo es lograr productividad y gratificación en el grupo. Su rol principal es el de hacer de animador, catalizador, o facilitador del grupo, ya sea que procure el desarrollo personal de los integrantes, pretenda realizar una tarea o

---

<sup>9</sup> Ander-Egg, Ezequiel. "Métodos de Trabajo Social". Edit. Espacio. Buenos Aires Argentina, 1997. Pág. 75.

<sup>10</sup> Contreras de Wilhelm, Yolanda. "Trabajo Social de Grupos". Edit. Pax-México. México, 1980. Pág. 11

busque alcanzar alguno de los propósitos específicos del trabajador social de grupo: educador, rehabilitador, terapeuta, etc. Existe un rol permanente y básico que subyace a todos los otros roles específicos: ser catalizador/animador de la vida del grupo, creando y fortaleciendo un clima vivificante dentro del mismo, para que cada miembro aporte voluntariamente su esfuerzo cooperativo y común al logro de los objetivos del grupo.<sup>11</sup>

#### 6.1.4.3.5. *Principios básicos de la práctica del Trabajo Social con Grupo*

Según la autora más reconocida en este campo el Trabajo Social con Grupo descansa en lo que llama principios básicos de actuación, los cuales son: 1. Reconocimiento y subsiguiente acción en relación con la peculiar diferencia de cada individuo (individualización del grupo). 2. Reconocimiento y subsiguiente acción en relación con la amplia variedad de los grupos, en cuanto grupos (individualización de los grupos). 3. Genuina aceptación de cada individuo con su particular fuerza y debilidad. 4. Establecimiento de una relación de ayuda deliberada entre el grupo worker y los miembros del grupo. 5. Estímulo y posibilidad de relaciones de ayuda y cooperación entre los miembros del grupo. 6. Modificación apropiada del proceso de grupo. 7. Estímulo a cada miembro a participar de acuerdo con el grado de su capacidad, contribuyendo a hacerle más eficaz. 8. Capacitación de los miembros del grupo para que se impliquen en el proceso de solución de los problemas. 9. Capacitación de los miembros del grupo para que experimenten formas crecientemente satisfactorias de resolver los conflictos. 10. Ofrecimiento de oportunidades para experiencias nuevas y diferenciadas en relaciones y habilidades. 11. Juicioso uso de limitaciones referidas a la valoración del diagnóstico de cada individuo y a la situación total. 12. Utilización deliberada y diferencial del programa de acción, de conformidad con la evaluación del diagnóstico de los miembros individuales, con el propósito del grupo y con los objetivos sociales apropiados. 13. Evaluación periódica del progreso individual y del grupo. 14. El uso cordial, humano y disciplinado de sí mismo por parte del group worker.<sup>12</sup>

#### 6.1.4.3.6. *Clasificación de los grupos*

El hombre no puede vivir aislado; tiene que agruparse con sus semejantes para satisfacer sus necesidades materiales y espirituales. Así, todo ser humano forma parte de diversos grupos: familiares religiosos, laborales, recreativos, etc. Todo grupo se compone de dos o más individuos, ligados por intereses comunes e interactuando para la obtención de un objetivo. La agrupación es necesaria para vivir y para formar un conjunto armónico,

---

<sup>11</sup> Ander-Egg, Ezequiel. "Métodos de Trabajo Social". Edit. Espacio. Buenos Aires Argentina, 1997. Pág. 76

<sup>12</sup> Ander-Egg, Ezequiel. "Métodos de Trabajo Social". Edit. Espacio. Buenos Aires Argentina, 1997. Pág. 78

una sociedad que se preocupa por el bienestar de la colectividad en general. Los grupos se pueden clasificar por su naturaleza, por su integración o por su estructura, sin embargo de acuerdo al tema que nos ocupa se darán sólo la descripción de los primeros que son: Grupos primarios y secundarios, que son los que forman la naturaleza social, se caracterizan por una asociación y cooperación íntima que es la función de los individuos en un todo común, de modo que el propio yo de uno, es la vida común y el propósito del grupo, la forma más simple de describir esta totalidad es afirmando que es un nosotros. Las relaciones en este tipo de grupos son íntimas y personales ya que surgen de una comunicación continua, los roles y status configuran una estrecha estructura de interrelaciones, son informales y duraderos, de ahí su influencia. Las normas son aprendidas, practicadas y reforzadas. Un grupo primario es la familia, donde se encuentran las características de lo que llegarán a ser en la vida adulta los miembros que la conforman. La primera experiencia de grupo la tiene un niño en su hogar. Las relaciones buenas o malas que se establezcan en este periodo de la vida infantil influyen después en las actitudes que el niño, el adolescente y el adulto asumen en otros grupos. El grupo secundario está caracterizado por una relación funcional en base a un interés específico, el que al perderse o terminarse lleva a la disolución. A veces su duración es breve. Suelen ser formales y estar inmersos en la sociedad moderna.<sup>13</sup>

#### 6.1.4.3.7. *Generalidades del Método*

Un adelanto de nuestros tiempos es la sistematización de conocimientos que nos permiten con claridad seguir una secuencia de hechos que nos conducen a los objetivos propuestos. El valor del método de Trabajo Social de Grupos está señalado en la eficiencia que tiene para operar sobre la social y en la flexibilidad para adaptarse a situaciones concretas.<sup>14</sup>

Las técnicas de Trabajo Social de Grupo adecuadas y oportunamente aplicadas, proporcionan resultados altamente positivos.

Esta técnica reside en la sensibilidad del Trabajador Social, en su relación con los miembros del grupo, su firme relación con la institución y su política, así como su claro enfoque de los problemas. La técnica, sólo se logra cuando los conceptos se hacen convicciones y éstas se ponen a prueba en el trabajo con las personas, integrando el conocimiento con la experiencia viva y real. La técnica se debe aplicar de acuerdo a cada situación y a las necesidades del grupo, no nacen de un propósito enunciativo, sino que deben ser captadas a lo largo de toda la teoría, debido a que surgen del todo y de la

---

<sup>13</sup> Contreras de Wilhelm, Yolanda. "Trabajo Social de Grupos", Edit. Pax-México. México, 1980. Pág. 23

<sup>14</sup> Contreras de Wilhelm, Yolanda. "Trabajo Social de Grupos", Edit. Pax-México. México, 1980. Pág. 33

experiencia. Pueden unificarse y combinarse de determinados casos, sin perder de vista los objetivos del método y del programa, así como la realidad donde se ha de aplicar, respetando los valores, patrones y pautas culturales. Sin embargo, la técnica aplicada a situaciones concretas, requiere de estructuras que le sirvan de apoyo, entendiendo ésta como un conjunto de elementos constitutivos de un todo, cuya razón de ser se define por su funcionalidad con miras a un objetivo determinado. Las partes que integran este todo, unidas dentro de una red de interacción, se llaman roles. La estabilidad de una estructura estará dada por la cohesión de los roles que la integran, ya que un cambio obliga a los diferentes elementos a reubicarse, modificarse o coordinarse con las nuevas variables ofrecidas. El individuo es al grupo, como la célula al cuerpo.

Los vínculos que unen a los roles son las normas, los valores y la relación afectiva establecida. Asimismo, conforman la red de canales de comunicación entre los miembros, que como sistema de enlace, configuran la estructura. La forma como son utilizados los canales de comunicación determina los distintos tipos de estructuras. En todo grupo existe una subyacente, que resulta de la interacción afectiva o socio-emocional y una estructura manifiesta, dada por la actividad. Las estructuras que determinan los sistemas de comunicación son: la autocrática; la paternalista, la permisiva y la participativa o democrática, siendo esta última la ideal para el Trabajo Social de Grupos.

La idea de formar un grupo puede surgir en varias situaciones y bajo diversas circunstancias. En este caso surge ante la necesidad de enfrentar un problema, el cual es común entre los miembros que formarán el grupo. Una vez que la idea es aprobada, surgen los enunciados de los motivos que lo originan en donde se determinan los objetivos. Sin embargo estos no se pueden señalar con precisión en tanto no se investigue el material humano con el que se constituirá el grupo y su medio ambiente en que se desenvuelve, ya que se reconoce que cada miembro y los factores del ambiente pueden influir poderosamente en el desarrollo del grupo. Dicha investigación estará enfocada al conocimiento claro del tipo de población que se agrupará. Quiénes son, qué hacen, qué estudios tienen, de que tipo de familias proceden, cuales son sus tradiciones y costumbres, que necesidades presentan, que esperan del programa que se les ofrece, que nivel de disponibilidad se observa, etc. Asimismo se realizará un estudio del medio ambiente en el que se desenvuelve el individuo, tomando en cuenta los elementos mencionados en el Capítulo I. (Vease Capítulo 1).

Las personas y los grupos humanos toman gradualmente conciencia de que se puede mejorar su nivel de vida tanto material como emocional. Surgen así exigencias y

necesidades de la llamada revolución de las expectativas crecientes. De esta manera satisfacen poco a poco todos los requerimientos que tiene el individuo y la comunidad, recordando que el hombre debe cubrir sus necesidades elementales y básicas para poder desarrollar otras funciones. Por esto es necesario que el Trabajador Social de Grupos sea conciente de la realidad en la que se desenvuelve, manteniéndose en una situación que parta del análisis, de la realidad global concreta a la luz de los valores que postula la profesión.

Un grupo no puede desarrollarse sin recursos, por lo que deben señalarse antes de iniciar las actividades, ya que el programa dependerá en gran medida de los recursos con los que se cuente, de igual manera, la duración, aún cuando el grupo termine siendo auto suficiente, debido a que todo grupo surge de una necesidad, es indispensable señalar y ejecutar un sistema de evaluación que nos permita conocer los resultados de la acción, modificando errores y retroalimentando conceptos. Puntualizando el proceso de un grupo se resumiría de la siguiente manera:

- Concepción de la idea.
- Proceso de conocimientos, la investigación.
- Proceso de reflexión, análisis diagnóstico.
- Proceso de decisión, planteamiento del grupo.
- Proceso de acción, el desarrollo del programa y sus objetivos.
- Proceso de evaluación, retroalimentación de la teoría y práctica.

#### 6.1.4.3.8. *Etapas de la vida de un grupo*<sup>15</sup>

##### 6.1.4.3.8.1. *Etapa de formación.*

Es el nacimiento del grupo. En esta etapa, el líder profesional identifica los intereses comunes que poseen un conjunto de personas y las ayuda a asociarse. A veces, la formación es natural, la gente se agrupa espontáneamente; en otras corresponde a un técnico hacerlo. Al señalar líder profesional, nos referimos al Trabajador Social.

Las funciones del Trabajador Social en esta fase y previa a ella, incluyen estudios o investigación para la formación del grupo, un diagnóstico inicial que permitirá formular metas y toda la planeación que se realizará en la etapa de formación.

El procedimiento sugerido por Yolanda Contreras es:

1. Motivación de la asociación, por medio de:
  - Carteles alusivos
  - Volantes impresos

---

<sup>15</sup> Contreras de Wilhelm, Yolanda. "Trabajo Social de Grupos". Edit. Pax-México. México, 1980. Pág. 43

- La encuesta
  - Visita domiciliaria
  - Entrevista personal
2. Entrevista y distribución de las personas en grupos, por su:
- Interés común
  - Tiempo libre
  - Número de miembros
  - Edad
  - Sexo
  - Nivel cultural
3. Condiciones que aseguren la duración y continuidad del grupo, procurando:
- Cuidar la asistencia de los asociados
  - Asegurar la frecuencia de las reuniones
  - El lugar de la reunión
  - La presencia del líder profesional
  - Programa con valor educativo
  - Programa con valor socioeducativo
  - Formación de costumbres y tradiciones<sup>16</sup>

#### 6.1.4.3.8.2. *Etapa de organización.*

En esta etapa, el grupo elabora los sistemas que le permite el desarrollo de la capacidad para autodirigirse o autogobernarse. El Trabajador Social lo encauza hacia su organización a través de las necesidades de los miembros y de los objetivos de método de grupos como tal.<sup>17</sup>

#### 6.1.4.3.8.3. *Etapa de integración.*

Es la etapa de maduración del grupo, durante la cual se adquiere independencia del liderazgo del Trabajador Social. Se considera terminada cuando se pronostica que el grupo continuará su asociación porque ha aceptado un ritmo de reuniones, y porque armoniza en líneas generales los intereses personales y los de la institución que patrocina.

Características:

1. Estabilización de la estructura del grupo
2. Logro de los propósitos
3. Respuestas eficaces a las tensiones internas y externas

<sup>16</sup> Contreras de Wilhelm, Yolanda. *“Trabajo Social de Grupos”*, Edit. Pax-México. México, 1980. Pág. 43

<sup>17</sup> Contreras de Wilhelm, Yolanda. *“Trabajo Social de Grupos”*, Edit. Pax-México. México, 1980. Pág. 57



4. Consenso y dirección en relación con los objetivos Proceso de gobierno y funcionamiento adecuado
5. Extensa cultura grupal
6. Desarrollo que favorece el cambio<sup>18</sup>

Sin embargo cada etapa tiene sus propias condiciones básicas y sus procedimientos, la aplicación varía de acuerdo al tipo de grupo que se maneja.

## **6.2. GRUPOS DE AUTOAYUDA**

Un grupo de autoayuda es un foro en donde los individuos que comparten un problema o situación similar, ventilan emociones y sentimientos, intercambian experiencias y se brindan apoyo mutuo.

A la persona directamente afectada, le brinda la oportunidad de compartir los sentimientos, problemas, ideas e información con otros individuos que están pasando por la misma experiencia. Los ayuda a tomar conciencia de su problema, atender sus propias necesidades y comenzar a cuidarse a sí mismos. También les proporciona la satisfacción que resulta de compartir y ayudar a otros, y descubrir que no se está solo.

El propósito de un grupo de autoayuda es el de proporcionar a sus integrantes y de esta manera permitirles sobrellevar mejor la situación que les aqueja a través de:

- Compartir sus sentimientos y experiencias.
- Aprender mas acerca de la enfermedad y el cuidado que implica este problema, ofreciéndole al individuo la oportunidad de hablar sobre los problemas que le afectan o las decisiones que debe de tomar.
- Escuchar a otros para compartir los sentimientos y experiencias similares
- Ayuda a otros, intercambiar ideas, información y brindar apoyo.
- Aprender a resolver problemas.
- Ofrecer al cuidador un descanso y una oportunidad de salir de la casa.
- Fomentar en los familiares el cuidado personal, salvaguardando así su salud y bienestar.
- Saber que no son los únicos y por lo tanto que no están solos.

Es importante saber que los grupos de autoayuda no son grupos de psicoterapia.

El grupo de autoayuda te permite:

- Ventilar frustraciones.

---

<sup>18</sup> Contreras de Wilhelm, Yolanda. “Trabajo Social de Grupos”, Edit. Pax-México. México, 1980. Pág. 95

- Intercambiar técnicas para cuidar y resolver problemas.
- Aprender a verbalizar y a pedir ayuda.
- Aprender a partir de la experiencia personal, la espontaneidad, la intuición y el sentido común.
- Descubrir los recursos personales.
- Mantener o incrementar los sentimientos de autoestima.
- El desarrollo de actitudes nuevas y positivas.
- Sentirse menos desvalidos.
- Dar y recibir apoyo mutuo.
- Contar con un espacio de franqueza y confidencialidad.
- Encontrar esperanza al ver que otros han podido con la difícil tarea de salir adelante.
- Reforzar el valor y el apoyo moral.
- Comprender mejor la propia experiencia.

#### ***6.2.1. Tipos de grupos de autoayuda***

- Abiertos: Existen mientras haya grupo. Si la asistencia se mantiene el grupo existirá.
- Cerrados: Con límite temporal, pueden reunirse una vez a la semana durante 8-10 semanas.
- Mixtos: en donde participan hombres y mujeres de todas las edades.
- Específicos: exclusivamente para hombres o mujeres, cónyuges, hijos adultos, hijos adolescentes, nietos, familiares de pacientes jóvenes, familiares de personas en etapas iniciales de la enfermedad, deudos (familiares de alguien que ya murió o que acaba de morir y sobrevivientes (familiares de alguien que murió hace tiempo, en el lapso de dos años), para personas recién diagnosticadas en fases iniciales de alguna enfermedad, para padres y para hermanos de personas con discapacidad o enfermedad mental.<sup>19</sup>

### ***6.3. ASPECTOS QUE SE DEBEN TENER EN CUENTA PARA LA ELABORACIÓN DE PROYECTOS EN TRABAJO SOCIAL***

- **El Título del proyecto** debe dar cuenta de la problemática a tratar.

---

<sup>19</sup> Mendoza Martínez, Lilia, Caro López Elizabeth, “Manual de Grupos de autoayuda, sugerencias para organizar, establecer y dirigir grupos de autoayuda”, Gobierno del Distrito Federal Secretaría de Desarrollo Social Dirección General de Equidad y Desarrollo Social. México 1ra. Edición 1999. Pág. 17

- **La fundamentación** debe explicar los motivos por los cuales se ha tomado esa y no otra problemática en el proyecto. Esta argumentación nace del conocimiento alcanzado hasta del momento y de la preparación de mecanismos de participación y ejecución del mismo.
- **La determinación de objetivos y actividades** que deben involucrar a los otros actores, sobre todo, verificar que esté orientado a dar respuestas aunque sea parcialmente a las necesidades de los sectores sociales con los cuales se trabaja. Desde luego, ello debe incorporar el análisis del contexto para no dejar de considerar la complejidad del significado social de las acciones.  
Los objetivos y actividades deben ser viables, alcanzables y precisos. Se deben articular a las acciones de los distintos actores para darles posibilidad en la participación y en los niveles de decisión a los sujetos sociales involucrados en el proyecto.
- **Establecer adecuadamente los recursos** con los cuales se va a contar, tanto humanos como económicos.
- **Las relaciones y coordinaciones inter e intrainstitucionales.**
- **El cronograma de acciones** que ordene las actividades en tiempos y la organización en comisiones de trabajo.
- **La evaluación permanente** que permite redimensionar las acciones de manera permanente, porque este tipo de proyectos, por la complejidad de las problemáticas y las relaciones entre los actores no siempre desarrollan su implementación de manera lineal. Al contrario, los proyectos deben asumir la turbulencia del contexto.
- **El Trabajador Social no debe pensar que una vez establecido el proyecto se tiene que implementar tal como se había programado.** Al contrario dicho proyecto se puede ir reformulando en tanto se involucre a los otros actores en una instancia evaluativo permanente que posibilite cambios pertinentes si son necesarios.<sup>20</sup>

---

<sup>20</sup> Rozas Pagaza, Margarita. “Una Perspectiva Teórica Metodológica en Trabajo Social”. Edit. Espacio, Buenos Aires, Argentina, 1998. Pág. 93

## **6.4. LA CONCEPCION DE GRUPO A PARTIR DE LA TEORIA GENERAL DE SISTEMAS**

### **6.4.1. Antecedentes de la Teoría General de Sistemas**

La teoría general de los sistemas surge como consecuencia del esfuerzo de Ludwig Von Bertalanffy por formular un modelo que permita superar los vados que el reduccionismo mecanicista dejaba en la investigación y en la teoría biológica. En 1925 aboga por una teoría orgásmica siguiendo la influencia lejana de Claude Bernard y la inmediata de las concepciones de Kohler. En 1927 postuló una teoría de los sistemas Inorgánicos. En 1925 y 1932 aparecen los planteamientos de Canon sobre homeostasis.

El modelo homeostático, que propone Canon, resuelve el problema de equilibrio orgánico. Es decir el problema del mantenimiento de los sistemas orgánicos; pero deja sin explicación fenómenos como el cambio, el crecimiento, la diferenciación, etc., que también le son inherentes. (Quiero decir con ello que si fuera así, que si los organismos estuvieron regidos tan solo por la homeostasis, si revertisese toda modificación al estado de equilibrio inicial, sería imposible los procesos de desarrollo y diferenciación). Por cierto que el mismo Canon se hace consciente de ello y postuló la necesaria existencia de mecanismos reguladores de fenómenos de otra naturaleza que la homeostasis y lo que denomina la heterostasia.

En 1937 en la Universidad de Chicago Von Bertalanffy presenta el cañamazo de un nuevo modelo que denomina -Teoría General de los Sistemas. Se trató de una generalización de la física, la cinética y la termodinámica que desemboca en la formulación de una teoría de los sistemas abiertos y de los estados uniformes. Ello conduce a una reconceptualización epistemológica, de los que se derivan la formulación de una serie de principios que son válidos para los sistemas en general. La formulación entre otros de los principios de equifinalidad y de diferenciación progresiva afectan nuclearmente a los modelos de causalidad y de degradación Kelviniana. A partir de aquí se impone la distinción entre sistemas cerrados (los físicos) y sistemas abiertos (los biológicos y los sociales). Los sistemas físicos siguen sujetos a los principios de causalidad lineal, al 2º principio de la termodinámica, a la influencia de la entropía. En los sistemas biológicos y sociales, se reconceptualiza la causa final Aristotélica y se contempla la perspectiva teleológica, se soslaya el equilibrio termodinámico y se plantean los conceptos de neguentropía y estado uniforme.

La teoría general de los sistemas ofrece a los investigadores en psicoterapia familiar soporte conceptual a cuestiones como los de: totalidad y no actividad; interacción dinámica;

organización y orden jerárquico; mantenimiento estructural y diferenciación progresivo; causalidad y teleología, etc.

#### **6.4.2. Concepto, características y principios de la Teoría General de Sistemas**

La Teoría General de Sistemas se refiere a los conceptos generales, principios, instrumentos, problemas, métodos y técnicas relacionados con todos aquellos objetos concebidos como sistemas. La palabra “sistema” denomina a una disposición de componentes de un objeto que están interrelacionados para formar un todo.

La característica fundamental para comprender lo que es un sistema es que éste solamente es definible por su cohesión, es decir, por las interacciones entre los elementos que lo componen; un sistema no se estructura solo de cosas que se unen entre si, sino por la forma específica como se cohesionan para formar el objeto sistémico.

El creador de esta teoría fue Ludwig von Bertalanffy, quien la expuso por primera vez a finales de los años 30 del siglo XX con la intención de dar una nueva forma de comprensión a fenómenos de naturaleza material, social o psicológica en los que aparecen aspectos, correspondencias o formas de comportamiento generales que le son comunes o equivalentes.

La concepción sistémica constituye en si misma un paradigma de indagación, de construcción de conocimiento y de filosofía de la ciencia. Se denomina “paradigma” a las soluciones concretas a problemas (de conocimiento sobre la realidad o de acción instrumental sobre ella) que empleadas como modelos o ejemplos, pueden reemplazar reglas explícitas como base de la solución de los restantes problemas de la realidad, de una disciplina o de la aplicación profesional de una ciencia.

Como paradigma, la Teoría General de Sistemas tiene su propia matriz conceptual, léxico propio, determina el conjunto de problemas que tienen viabilidad de solución a través de sus conceptos y propone procedimientos de análisis y de solución de problemas.

La Teoría General de Sistemas es un paradigma transdisciplinario que subsume patrones de construcción de conocimiento de diversas disciplinas a una forma común de comprensión y solución de problemas de conocimiento, en razón de equivalencias o analogías que pueden abstraerse y generalizarse.

El paradigma sistémico define a los objetos de estudio como organizaciones dinámicas, compuestas por conjuntos de elementos relacionados entre sí y con el medio. La especificación de un sistema constituye un “modelo” de índole general, es decir es un correlato conceptual de los rasgos universales de los objetos observados.

El origen de la Teoría General de Sistemas está relacionado con la necesidad de una comprensión mas profunda de los fenómenos biológicos, psicológicos y sociales, diferente a la concepción clásica de la indagación científica que explica a los objetos de estudio mediante un paradigma funcional, es decir, determinados por sus relaciones causales, como una colección de fenómenos aislados con probabilidad (alta o baja) de relacionarse entre sí. El enfoque de sistemas tiene como propósito dilucidar esa complejidad y, sobre la base de los esfuerzos de comprensión de la realidad social y de sus componentes, construir los procesos que pueden dar vía a un mayor bienestar común a través de la organización de la asistencia social.

La idea es que la Teoría General de Sistemas es base para entender los procesos sociales y a las instituciones de asistencia para seleccionar o diseñar los modelos o prototipos que posibiliten el mejoramiento de las diferentes comunidades.

De acuerdo con la Teoría General de Sistemas, se pueden diferenciar los sistemas reales de los sistemas abstractos. Los primeros son las entidades percibidas o deducidas de la observación, cuya existencia es independiente del observador. Son objetos que sólo se definen mediante su cohesión, es decir, por las interrelaciones entre los elementos que lo componen

Los sistemas abstractos son constructos simbólicos o conceptuales en sí mismos, de los que se deriva una subclase constitutiva de los sistemas o ciencias como la lógica o las matemáticas o la música, que están relacionadas con diferentes aspectos de la realidad, pero no tienen corporeidad más que en forma simbólica mediante representaciones de signos, como es el caso de la notación musical o la nomenclatura matemática.

Cuando se propone un modelo sistémico sobre algún objeto, se plantea en realidad una hipótesis sobre los elementos y sus interacciones que lo hacen comprensible. El conocimiento de los sistemas depende de la interacción entre cognoscente (sujeto que conoce) y cognoscendo (objeto que es conocido), de una gran variedad de factores biológicos, psicológicos, culturales y lingüísticos. La característica principal de estos constructos es que estiman la realidad como una jerarquía de totalidades organizadas; de esta manera, se puede definir un sistema, sus subsistemas correspondientes a la vez que un subsistema puede configurarse, en sí mismo, como un sistema con sus subsistemas respectivos.

Se pueden diferenciar también sistemas abiertos y sistemas, cerrados. Esto puede establecerse en razón de que las estructuras que controlan los procesos de comunicación dentro del sistema se mantienen a la vez que se destruyen, se amalgaman y se regeneran o

transforman, se descomponen y se recomponen. El mantenimiento de un sistema deriva de la noción de "sistema abierto", con la cual se entiende que existe un flujo continuo de relaciones y comunicación desde el sistema hacia el entorno y a la inversa, lo que hace posible la regeneración continua del sistema, su transformación, en razón de las formas que adoptan esas relaciones en diferentes situaciones de tiempo o escenario.

La noción de sistema cerrado se aplica a situaciones que se consideran aisladas del medio circundante en las que se desarrolla un proceso hasta cierta magnitud y el proceso se detiene en un estado probable de equilibrio; a dicha magnitud se le denomina "entropía". La entropía es una medida de probabilidad, de acuerdo con la cual un sistema cerrado tiende al estado de distribución más factible. Esta característica también presenta una paradoja pues, según Bertalanffy, la tendencia hacia la máxima entropía o la distribución más probable es un estado de completo desorden.

Las instituciones sociales, como lo es el sistema de asistencia social, por su naturaleza no pueden ser consideradas sino como sistemas reales y abiertos.

#### Características de los sistemas abiertos

Los sistemas abiertos, cualquiera que sea su naturaleza actúan bajo la determinación de principios .que permiten comprender de mejor manera cómo funcionan en realidad y cómo se podría intervenir en ellos a fin de reorientar sus acciones hacia el cumplimiento de sus objetivos.

Los principios son los siguientes:

La cohesión de un sistema se establece una vez que existe una reunión o enlace entre sus partes constitutivas, cuando se adhieren unas a otras para lograr un mismo fin. Esto significa que las partes se definen por él mismo.

Un elemento es parte de un sistema si funciona con los mismos objetivos y se interrelaciona con otros; si se observa la acción de un elemento aislado del todo, pierde significado; de la misma manera, cualquier sistema es definible solamente por las interacciones de sus elementos.

#### *Organización*

El comportamiento de un sistema no puede explicarse por la suma de las propiedades y modos de acción que corresponden a sus elementos considerados aisladamente, sino mediante la identificación de las formas de relación que existen entre ellos.

Las interrelaciones en un sistema se establecen en un orden, sujeto a reglas de armonía, número y dependencia de las partes, lo cual permite la coordinación de los

elementos de un objeto o sistema para la realización de los procesos que le son de propia naturaleza. Los procesos, desde el punto de vista sistémico, se ordenan con el fin de alcanzar la autopreservación, el desarrollo y evolución del sistema.

### *Integralidad*

El principio de integralidad indica que todo sistema actúa en conjunto hacia un fin determinado, sin perder orden ni jerarquía entre los elementos o componentes del sistema. La modificación del comportamiento de uno de los elementos o de alguna de las interrelaciones afecta a todo el conjunto.

En el caso de los sistemas sociales, la integralidad no es orgánica como en la vida de la naturaleza, es decir, la noción de integralidad tiene que estar sujeta a la convicción de cada uno de los individuos que forman una comunidad, así como también estar impregnada por un sentido de responsabilidad compartido entre todos a fin de hacer conciencia de que las acciones de uno afectan a todo el conjunto del sistema. En una entidad ordenada, los procesos que realiza una parte del sistema son precursores necesarios para la ejecución de los procesos del estamento subsiguiente de manera que, si una parte del sistema retrasa, modifica o suprime sus procesos, el resto de los elementos no puede funcionar adecuadamente o tiene que modificarse para sustituir los procesos del estamento anterior.

### *Teleología (finalidad)*

Los sistemas no actúan al azar, sino invariablemente con una finalidad; esto es lo que le da sentido a todas las acciones y los procesos que se desarrollan en cada estamento del sistema y por cada uno de los individuos que lo conforman. Sus elementos pueden tener sus propios fines estructurales, pero es el sentido de finalidad común lo que les da coherencia y les permite ser considerados como parte del sistema. La finalidad significa que el comportamiento actual de un sistema está determinado por la previsión de la meta que se pretende alcanzar.

### *Equifinalidad*

Señala una tendencia a un estado final (o meta, objetivo o finalidad) característico a partir de diferentes estados iniciales del sistema y por distintos caminos, fundamentado en la interacción dinámica de los elementos que componen el sistema abierto, siempre bajo la intención de alcanzar un estado uniforme.

El principio de equifinalidad permite intuir que la acción social tendiente a la satisfacción de necesidades de una población determinada; es susceptible de planificarse mediante el diseño de diferentes estrategias que anticipen las condiciones probables o las situaciones posibles en que puede encontrarse el sistema, de manera que mantenga el



sentido para el que ha sido establecido, es decir, conserve las actividades dirigidas a las metas preestablecidas.

### *Homeostasis*

Es un término originalmente tomado de la biología que indica el equilibrio funcional que recuperan los organismos vivos habiendo pasado por alguna perturbación de cualquier orden. En la TGS, la homeostasis se entiende de la misma manera: los sistemas tienden a conservar un estado estable por lo que ante una perturbación estructural o funcional, los sistemas dirigen las interrelaciones entre los elementos que los componen de tal manera que recuperan el equilibrio.

El equilibrio o constancia relativa del medio sistémico se logra por medio de un mecanismo denominado "retroalimentación". Ésta tiene como función detectar cualquier desviación, respecto de un valor determinado, del sistema o de sus elementos o de sus interrelaciones, y a producir una "señal" que tiende a restaurar la situación normal.

### *Diferenciación*

Se determina porque en el proceso de evolución o de maduración de un sistema, éste pasa por estadios de progresiva heterogeneidad y complejidad que lo diferencian de su entorno, de otros sistemas de estadios anteriores de él mismo.

Este principio aplicado a los sistemas sociales nos hace advertir la pertinencia de la aplicación de soluciones homogéneas a problema del mismo tipo o, en otras palabras, adaptar los modelos de solución de problemas de satisfacción de necesidades sociales a las diferencias específicas de tradición y cultura de las comunidades beneficiarias- mediante la puesta en operación de estrategias diseñadas ad hoc sin perder de vista lo que es común a los propósitos de la asistencia social.

### *Estratificación*

Es un caso especial de diferenciación. Es el principio por el cual los sistemas pueden diferenciar sistemas parciales que, a su vez, llegan a formar sistemas adicionales o complementarios, pero esto sólo es posible en las organizaciones sociales que funcionan mediante reglas formales. La estratificación es una manera de simplificar los estamentos diferenciables de un sistema general, pues facilita la observación de éste y establece la acción posible dentro del campo de la intervención social.

La estratificación es una modalidad de la formación de sistemas que expresa la unidad de los sistemas complejos y, siendo una modalidad, no siempre los sistemas se forman como estratos. De manera que el principio establece la posibilidad de definir subsistemas y subsistemas de subsistemas, los cuales tienen sentido en cuanto que

pertenecen al sistema general en razón de los mismos propósitos siempre que dicha estratificación permita facilitar la comprensión de la complejidad sistémica y el cumplimiento de las acciones que le son propias.

### **6.4.3. *Sistemas Sociales***

Niklas Luhmann ha propuesto los lineamientos para una Teoría General de los Sistemas Sociales (TGSS) que complementa los conceptos de la TGS, pero considera lo que de suyo es característico de las relaciones humanas en sociedad: la comunicación y el sentido de la misma.

Esta idea pretende tener un alcance general para aplicarse a diversos dominios de la actividad humana y de las ciencias sociales. Es una teoría interdisciplinaria pues no sólo propone explicaciones de las disciplinas que estudian el espíritu social, sino que también incorpora, para estas explicaciones, los hallazgos de las ciencias naturales.

Luhmann propone considerar a la sociedad no como conjunto de individuos interrelacionados sino como conjunto de comunicaciones que tienen un sentido (teleología). Para la TGSS un sistema social es aquel conjunto de comunicaciones determinadas por la relación entre individuos. Un tipo específico de comunicación determina el carácter del sistema social correspondiente.

Cada sistema social se diferencia respecto de su entorno y construye su propio modo de operar, así como sus reglas de observación de la complejidad que le rodea, llevando a cabo determinadas actividades que caracterizan su modo de actuación y su reproducción.

En el caso de la TGSS, elemento es la unidad de relación (comunicativa) que se da al menos entre dos individuos en razón del sistema (de sus objetivos, del sentido de la comunicación), el cual recurre a ese elemento para establecer sus relaciones diferenciadas lo que significa, a su vez, que un sistema social solamente puede constituirse o cambiar en tanto que sus elementos se comunican para alcanzar tales fines y no a través de su descomposición y reorganización, como se propone en la TGS.

#### **6.4.3.1. *Características específicas de los sistemas sociales***

Algunas de las características son la autorreferencia en razón de sus diferencias con el entorno y con otros sistemas; la autorreproducción por la consecución de los fines para los cuales fue creado; la comunicación entre individuos que conforman el sistema social; y la interpenetración entre sistemas o subsistemas.

Para Luhmann lo que caracteriza a los sistemas sociales son la autorreferencia y la autorreproducibilidad (autopoiéticos).

Como sistemas autorreferentes, los sociales se describen por su diferencia respecto de su medio o contexto, es decir, se definen por sus propios fines, por la misión para la cual han sido fundados y sus estructuras y funciones están creadas a voluntad en razón de esos fines o misión social (a diferencia de los sistemas biológicos creados por desarrollo genético).<sup>21</sup>

#### **6.4.4. La Familia Bajo el Enfoque Sistémico**

El abordaje que proponemos para la problemática de la familia implica por consiguiente su redefinición en los términos de un modelo sistémico abierto. En el que por tanto en primer lugar, la naturaleza de los procesos transaccionales trasciende la actividad de los elementos que le constituyen, en segundo lugar, la definición de límites; fundamentalmente para determinar la identidad de un sistema familiar; viene determinado por la amplitud de sus procesos reguladores. No se asienta por ende en lazos sanguíneos, sino en lazos emocionales; en concreto en la amplitud del sistema operativo emocional.<sup>22</sup>

Se considera a la familia como una unidad funcional y como tal se le trata. Los individuos de la familia que tienen los problemas más sobresalientes se consideran los miembros más sintomáticos de la enfermedad familiar. Los síntomas que presentan ciertos miembros de la familia sirven para importantes funciones, inclusive a veces la de evitar que una familia se desintegre. Sea cual fuere el caso, el tratamiento no se dirigirá solamente al miembro sintomático sino al clima creado por las relaciones entre los miembros.

Uno o más miembros quizá funcionen aparentemente bien precisamente debido a que otro de ellos muestra síntomas de mala adaptación. La familia demuestra su motivación para lograr una homeostasis emocional fructífera cuando se interesa y no falta a la terapia.

La relación de los padres influencia las relaciones de todos los miembros de la familia.

#### **6.5. EL TRABAJO SOCIAL CON GRUPOS DE FAMILIAS**

Decir familia no es dar por hecho todas las virtudes esperadas, consideradas casi como naturalmente intrínsecas a la estructura familiar; antes al contrario es descubrir un mundo de pequeños y grandes conflictos humanos que generan, a veces de manera encubierta, las mayores confianzas y los mayores afectos al lado de grandes odios y resentimientos.

---

<sup>21</sup> Guía Técnica de Teoría de Sistemas Aplicada a la Asistencia Social. Dirección de Modelos de Atención. DIF. 1977-2002. Pág. 33.

<sup>22</sup> Ortega Brevia, Francisco J. “Terapia Familiar y Sistémica” 2da. Edición. Edit. Universidad de Sevilla. Utrera, Sevilla 2001. Pág. 28.

La crisis moral que aparece en la familia contemporánea no es otra que la crisis de la autenticidad, de la responsabilidad, y del egoísmo humano, agravados por una sociedad de consumo masivo materialista, en el que los valores espirituales han pasado a un segundo plano.

Pero precisamente es la familia uno de los lugares en donde se puede realimentar la aspiración espiritual de hombre. El ambiente familiar tiende a ser una ocasión para el nuevo impulso moral necesario.

La crisis familiar parece apuntar claramente a esta necesidad de cambio y de superación íntima del hombre, en este sentido, entendemos que la familia se encuentra en esta constante situación debido a los cambios propios de la vida, sin embargo, éstas se ven exacerbadas con la presencia de las enfermedades mentales.

De lo dicho anteriormente se deriva la importancia de una acción de orientación y educación para la vida familiar, caso en el que el Trabajador Social cuenta con la metodología de El Trabajo Social de Grupos, para lo cual este profesional debe contar además con los conocimientos específicos necesarios de la enfermedad a la que se enfrenta el sujeto de intervención, en el caso que nos ocupa de la esquizofrenia paranoide. Esto le permitirá al profesional hacer un plan de trabajo dirigido específicamente a la problemática detectada, con lo cual se obtendrán óptimos resultados.

Las investigaciones sobre el medio familiar de las personas que sufren esta enfermedad se consideran como estudios sobre la manera en que la aparición de tal condición patológica influye sobre la familia y la influencia que la familia, a su vez, puede tener sobre su aparición y su evolución.

Nos ocupamos de personas, de sus interrelaciones y de las características de la familia como un sistema compuesto de una multiplicidad de personas. Nuestra posición teórica, por lo que toca especialmente a nuestro método es la siguiente: cada persona no es solo un objeto en el mundo de los otros, sino que es también una posición en el espacio y en el tiempo a partir de los cuales tiene experiencias, forma parte y actúa en su mundo. Es su propio centro, con sus propios puntos de vista y es precisamente la perspectiva de cada persona en la situación que comparte con los demás lo que debemos descubrir para cumplir con nuestros objetivos.

## ***6.6. LA INTERVENCIÓN CON FAMILIAS***

La acción de los Trabajadores Sociales, en su esencia más conservadora, a menudo dejamos poco lugar y tiempo para formularnos preguntas en relación a la intervención.

Nuestra dificultad en someternos a la reflexión profunda y la indagación, características de todo proceso investigativo, se explica en parte por la urgencias de las demandas en los servicios lo que entorpece la comprensión de la complejidad de la trama social y familiar.

Sin esta condición, resulta imposible operar para incidir en la transformación de situaciones sociales y familiares. Por ello nuestro interés como profesionales debería remitir a comprender y/o explicar los fenómenos sociales pero sobre todo incidir en la transformación de situaciones deficitarias o conflictivas o poco saludables que constituyen la base de los problemas sociales y familiares y sobre los que resulta indispensable investigar teniendo en cuenta la trayectoria de la familia, su historia, su organización, los aspectos saludables o dañinos y sus estrategias para sobrevivir que es donde podemos encontrar las bases para alcanzar los cambios necesarios en su cotidianeidad.

La investigación no se reduce a la explicación o la simple observación de un hecho. Es indispensable para recrear la intervención y sus herramientas, pueden ser de carácter cualitativo sin desechar o combinando también las cuantitativas.

La intervención con familias como un proceso investigativo permite conocer no solo la integración material de la familia en su medio sino también su integración simbólica, su cultura que es la que va a dar cuenta de las posibilidades que posee para facilitar su transformación.

La familia como unidad de integración a la sociedad se transforma, y si los profesionales tenemos una actitud de indagación permanente sosteniendo una perspectiva teórico-metodológica crítica seremos capaces de desentrañar no solo patrones culturales, sino su carácter de sujeto histórico que es, en definitiva, el que cambiará las relaciones sociales.

La intervención no se trata de aplicar técnicas puras, no es “sin intención” o “sin dirección” como a veces se pretende hacer aparecer nuestra intervención, porque por un lado supone un derecho materializado o expresado como necesidad y por el otro una posibilidad. El mal o el bien no está en la asistencia, sino en el modo de comprenderla y operarla.

Para obtener información sobre un mismo problema pueden emplearse métodos y técnicas distintas, sin embargo, lo relevante en la investigación científica radica en seleccionar los adecuados, dependiendo de la naturaleza del fenómeno, que se pretende abordar, de la dirección de la intervención y la perspectiva teórica para el análisis.<sup>23</sup>

---

<sup>23</sup> Barg, Liliana. “La Intervención con Familias. Una perspectiva de Trabajo Social”. Edit. Espacio , Argentina, 2000. 107

## **6.7. EL TALLER**

### **6.7.1. Concepto de Taller**

La denominación Taller ha sido utilizada para una diversidad de actividades en el ámbito de la educación no formal, especialmente en la educación de adultos o educación popular, sobre todo a partir de la influencia del marco epistemológico de Paulo Freyre. En general se usa este término para indicar que se trata de un opción pedagógica alternativa al Curso o Seminario, como una modalidad opuesta a una enseñanza de tipo expositiva, memorística.

Se pueden reconocer algunos elementos constitutivos del Taller:

- una opción por trabajar en pequeños grupos;
- una valoración de la participación de los propios sujetos en la responsabilidad de sus propios aprendizajes;
- una integración de las experiencias personales de cada participante en el proceso de enseñanza-aprendizaje;
- Una intencionalidad operativa, es decir, que los aprendizajes adquiridos en el Taller tengan una influencia en la acción de los propios participantes<sup>24</sup>.

El Taller se constituye en una experiencia social en la medida en la que los participantes interactúan entre sí en torno a una tarea específica. Dicha experiencia modifica el rol del educando, de un rol pasivo a un rol protagónico en el aprendizaje. Es decir, que el propio sujeto se convierte en objeto de estudio. Participa del grupo para vivir un proceso colectivo de conocimiento tendiente a la comprensión global de la realidad. De esa manera el proceso de conocimiento es asumido por el grupo, el que cuenta con una coordinación de carácter cooperativo y que favorece la democracia grupal.

Podemos definir el Taller, como tiempo-espacio para la vivencia, la reflexión y la conceptualización. La vivencia puede entenderse como el primer paso en el cual se implementarán ciertas técnicas disparadoras con el objetivo de romper el hielo y movilizar algunas estructuras cognitivas en relación al tema que se trate. Esta vivencia puede desarrollarse progresivamente desde un escaso compromiso intelectual-afectivo, hasta un momento de alto grado de compromiso. Ello dependerá del tipo de grupo, del grado de confianza e integración de los miembros del mismo.

El tiempo-espacio para la reflexión es tan rico como el anterior, en el que repiensa acerca del cómo se sintió la experiencia y que ideas aporta, desde ese pensar, cada

---

<sup>24</sup> García, Dora. "El Grupo. Métodos y Técnicas Participativas" Edit. Espacio. Buenos Aires Argentina, 2001. Pág. 20

integrante, con lo cual se van hilvanando distintos contenidos mas emocionales que conceptuales, en relación con las técnicas disparadoras. Esos contenidos se dejan en suspenso hasta la siguiente etapa, en la que se busca articular aquel hacer con el sentir para producir nuevas hipótesis que llevarán a la síntesis y conceptualización final.

De esta manera en el Taller se van produciendo diferentes aprendizajes. Entiendo por aprender aquel proceso que lleva a un sujeto humano a inquirir, indagar, investigar la realidad y que le permite tomarla para producir las modificaciones en ella, al mismo tiempo que se realizan en el propio sujeto. Ese transitar por las diferentes experiencias, lo lleva a ratificar o rectificar modelos aprehendidos, actitudes, comportamientos. También, durante la tarea educativa, se movilizan las estructuras personales, rompiendo con los estereotipos que no ayudan a crecer.

Es necesario destacar que todo aprendizaje parte de una experiencia previa y de una red de interacciones, que en el Taller se ponen de manifiesto, mostrando una acuarela de fragmentos que es preciso integrar. Por lo tanto el Taller puede convertirse en un lugar de vínculos, de participación, donde se desarrollan distintos estilos de comunicación y, por ende, un lugar de producción social de objetos, hechos y conocimientos.

En el Taller confluyen prácticamente, el método y la técnica, es decir, una metodología que, como tal, exige la relación entre los objetivos, los contenidos en que se plasman los objetivos, los métodos con los cuales se lleva adelante el proceso de generación y apropiación de contenidos; al mismo tiempo se deben tener en cuenta las técnicas o instrumentos que se requieren para generar acciones de cambio tendientes a los objetivos planteados en la planificación.

El espacio del Taller se inicia con la presentación de un problema, a partir del cual se da un proceso de desestructuración, de desconstrucción, para llegar a través de los pasos sucesivos a una nueva estructuración. Proceso éste, dialéctico por naturaleza, que nos permitirá ir de la acción a la reflexión y a una nueva conceptualización, resultado de la dinámica que se produce en el Taller.

Cada Taller necesita una programación pertinente y previsible,. No es cuestión de improvisar a partir del uso de determinadas técnicas, sino por el contrario tener en cuenta algunas variables fundamentales. En relación a los pasos previos al desarrollo de cualquier actividad, es fundamental tener presente:

1. Conocimiento de las personas que formarán parte del Taller. Si es un grupo conocido; si algunos integrantes se conocen y otros no; qué características tienen

esas personas: son miembros de una comunidad, de una escuela, si son profesores, técnicos, docentes, padres adolescentes, embarazadas, etc.

2. Conocer cual es la demanda del grupo, en otras palabras, cual es la necesidad. Diferenciar entre necesidades personales, grupales, comunitarias o institucionales. Esclarecer concretamente tal necesidad para enfocar la tarea profesionalmente. Descubrir si esa demanda tiene relación con algún programa nacional, provincial, zonal o local, para mantener la coherencia.
3. A partir de especificar bien la demanda, elaborar objetivos de alcance concreto, si es posible, factibles de lograr en el Taller o disparadores para analizar en un corto plazo.
4. En coherencia con la demanda y los objetivos, planificar el número de encuentros que serán necesarios para cumplimentar la tarea. Muchas veces se solicita un taller, pensando erróneamente que de esa manera se producirán cambios y naturalmente que esto no ocurre, lo que deja una cuota de frustración importante como para revertir la situación.
5. Quien va a oficiar de Coordinador, aquí es importante analizar ¿cuál? de su capacidad, su experiencia, su grado de compromiso, su habilidad para tomar decisiones en relación a la necesidad del grupo o la Institución.
6. A veces, teniendo los puntos anteriores en cuenta, se pierde de vista la relevancia del tiempo y espacio físico, y entonces, la tarea se suspende por no haber previsto este tema. Es otra de las situaciones que pueden generar sensación de fracaso.
7. Algo muy importante: no dejar librado al azar el tema de los recursos y los materiales. Es parte de la infraestructura educativa.
8. Por último, para muchos Talleres es fundamental contar con material bibliográfico adicional ya que los participantes, a través del Taller, descubren otros conocimientos y sienten avidez por este tipo de material<sup>25</sup>.

#### ***6.7.2. El taller. Una propuesta para el trabajo con la familia.***

La propuesta de realizar un Taller para la atención de la familia del paciente con esquizofrenia paranoide surge a partir de que consideramos que es el modo más eficaz para el desarrollo del modelo psicoeducativo, que nos llevará al alcance de los objetivos fijados de forma participativa y logrando una retroalimentación entre los integrantes del grupo y el Trabajador Social, ya que por las características de su implementación nos permitirá, de

---

<sup>25</sup> García, Dora. “El Grupo. Métodos y Técnicas participativas” Edit. Espacio. Buenos Aires Argentina, 2001. Pág. 22



hacerlo adecuadamente, el intercambio de opiniones, experiencias, ideas para el enriquecimiento y crecimiento de los asistentes.

Debemos tener en cuenta que nuestra intervención debe ir de la mano con el tratamiento terapéutico y farmacológico del paciente, destacando la importancia que tiene cada uno de éstos en su rehabilitación.

### ***6.7.3. Taller: “Conociendo la enfermedad de Esquizofrenia Paranoide”***

#### ***6.7.3.1. Objetivo***

Promover el respeto, confianza, esperanza y aliento en la familia del paciente con esquizofrenia paranoide, por medio de la comprensión de los síntomas, la identificación de sus capacidades, el conocimiento de la recuperación y la importancia de ellos en la rehabilitación del paciente.

El Taller Titulado “Conociendo la Enfermedad de Esquizofrenia Paranoide” tendrá una duración de un mes, dividido en ocho sesiones de dos horas cada una los días martes y jueves de 09:00 a 11:00 hrs.

#### ***6.7.3.2. Cronograma***

<b>Martes</b> <b>Primera sesión</b>	<b>Jueves</b> <b>Segunda sesión</b>	<b>Martes</b> <b>Tercera sesión</b>	<b>Jueves</b> <b>Cuarta sesión</b>
Tema: La Familia <ul style="list-style-type: none"> <li>Definición y concepto de familia.</li> <li>Tipos de familia.</li> <li>Etapas del ciclo vital de la familia.</li> <li>Participación de los asistentes.</li> </ul>	Tema: El funcionamiento de la familia <ul style="list-style-type: none"> <li>Estructura familiar.</li> <li>Organización familiar.</li> <li>Dinámica familiar.</li> <li>Características de la familia.</li> <li>Participación de los asistentes.</li> </ul>	Tema: La salud y la enfermedad mental <ul style="list-style-type: none"> <li>Concepto de enfermedad mental.</li> <li>Factores asociados a la enfermedad mental.</li> <li>Participación de los asistentes.</li> </ul>	Continuación <ul style="list-style-type: none"> <li>Factores protectores y de riesgo en la enfermedad mental.</li> <li>La familia y la enfermedad mental.</li> <li>Situaciones de crisis y momentos críticos.</li> <li>Participación de los asistentes.</li> </ul>

<b>Martes</b> <b>Quinta sesión</b>	<b>Jueves</b> <b>Sexta sesión</b>	<b>Martes</b> <b>Séptima sesión</b>	<b>Jueves</b> <b>Octava sesión</b>
Tema: El trastorno de Esquizofrenia <ul style="list-style-type: none"> <li>Concepto de Esquizofrenia.</li> <li>Características de la enfermedad.</li> <li>Tipos de Esquizofrenia.</li> <li>Curso de la enfermedad.</li> <li>Participación de los asistentes.</li> </ul>	Tema: Paranoia y Esquizofrenia Paranoide <ul style="list-style-type: none"> <li>Paranoia.</li> <li>Personalidad Paranoide.</li> <li>Características de la Esquizofrenia Paranoide.</li> <li>Pronóstico de la Esquizofrenia Paranoide.</li> <li>Participación de los asistentes.</li> </ul>	Tema: Tratamiento de Esquizofrenia paranoide <ul style="list-style-type: none"> <li>Tratamiento para la Esquizofrenia Paranoide.</li> <li>Tratamiento psicosocial.</li> <li>Importancia del tratamiento.</li> <li>Importancia de la familia en el tratamiento.</li> <li>Participación de los asistentes.</li> </ul>	Tema: El paciente con Esquizofrenia Paranoide y su familia <ul style="list-style-type: none"> <li>Deterioro en el paciente con Esquizofrenia Paranoide.</li> <li>Importancia del apoyo de la familia en la rehabilitación del paciente con Esquizofrenia Paranoide</li> <li>Participación de los asistentes..</li> </ul>

## **APORTE AL TRABAJO SOCIAL**

Con la propuesta presentada en base a la investigación documental realizada, el Trabajo Social se verá beneficiado con las bases Teóricas y Metodológicas para la intervención en el campo de la Salud Mental, de tal forma que los aportes de este Profesional contribuyan de manera más eficaz tanto a las instituciones que brindan atención psiquiátrica como a los usuarios de éstas. El Licenciado en Trabajo Social podrá capacitarse para identificar las necesidades de la familia de un paciente con Esquizofrenia Paranoide y proporcionarles información general y específica acerca del padecimiento y sus implicaciones para promover los recursos de la familia en su propio beneficio. Esta propuesta está dirigida específicamente en la atención de la familia del paciente con Esquizofrenia Paranoide, sin embargo, podrá ser usada como guía para la investigación el abordaje de cualquier otra enfermedad mental realizando las adecuaciones necesarias.

De manera más específica se aporta una propuesta para la planeación de un Taller con familias, abordando los temas sugeridos por la Psicoeducación para lograr una intervención satisfactoria en la familia del paciente con esquizofrenia paraoide, como parte de sus funciones en el ámbito psiquiátrico.

Nos parece importante puntualizar que el conocimiento más específico de las causas, consecuencias, definiciones y opciones de tratamiento de la enfermedad es fundamental para la intervención del Lic. en Trabajo Social en la atención a las familias de los pacientes con trastornos mentales, con el objeto de obtener resultados satisfactorios y así brindar nuevas áreas de conocimiento e intervención para este profesional.

Por otro lado se podrán fincar las bases para el seguimiento de caso y ampliar las actividades del Licenciado en Trabajo Social en el área de la Psiquiatría.

## CONCLUSIONES

“El enfermo mental es diferente a cualquier otro enfermo, por que la mente no es algo que se mida, cambie de color o se inflame cuando enfermamos de ella. Todos estos enfermos son arrojados fuera de la sociedad en gigantescos navíos metafóricos llamados “Naves de los locos”, sin puertas que los reciban, sin rumbo, solos a la deriva”.<sup>1</sup>

La familia funciona como una unidad, y para la conservación de su equilibrio, depende del adecuado funcionamiento de cada uno de sus miembros, por lo tanto, la familia bien integrada puede hacer frente a las presiones externas e internas que se presenten, tratando de ajustarse a cada situación.

Se ha comprobado que los trastornos mentales son influenciados en diversas ocasiones por el medio en donde vive el enfermo, por las circunstancias vitales y por la dinámica de las relaciones interpersonales.

La familia es una parte fundamental para los individuos y su integración en la sociedad; más aún para aquellos que tienen una enfermedad mental, es por ello que consideramos de gran importancia su estudio.

En esta investigación encontramos las diferentes etapas por las que transita la familia a lo largo de su ciclo vital, identificamos los momentos por los cuales podría pasar cada uno de sus integrantes y en cual de estas etapas podría presentarse una crisis familiar alterando la dinámica de ésta y provocando en alguno de sus integrantes alteración mental de cualquier índole.

El estudio de la familia siempre ha sido importante para los investigadores en todas las disciplinas y en el área psiquiátrica no puede ser la excepción.

Con la incorporación del Trabajo Social en el área psiquiátrica se ha adquirido la experiencia necesaria para que este profesional tenga una intervención multidisciplinaria en dicho ámbito, participando como agente mediador entre la institución y la familia del paciente.

Se hace hincapié que el ámbito familiar es definitivo, primordial y determinante en el éxito o fracaso del tratamiento y rehabilitación del paciente por lo que la intervención del Trabajador Social en la familia es importante, ya que ésta debe estar informada y preparada para enfrentar a la enfermedad y sus consecuencias. Por tal motivo creemos necesario que se implementen programas dirigidos a la orientación de estas familias con respecto al trato

---

<sup>1</sup> Salin-Pascual, Rafael J. “Reflexiones Sobre La Psiquiatría en el Siglo XXI” Edit. Libros para todos. México 2003. Pag. 159.

y atención del paciente, con el fin de que ésta contribuya activamente en la rehabilitación de aquel integrante que manifieste algún trastorno mental.

La técnica propuesta para la intervención de este profesional con las familias es el Taller ya que nos brinda la oportunidad de mantener una relación directa con el sujeto de intervención.

Contando con los conocimientos como lo son bases teóricas y metodológicas puede adquirir las herramientas para su intervención en los tres niveles que comprenden la atención psiquiátrica (prevención, atención y rehabilitación). En el tercer nivel es importante contar con conocimientos más específicos de las enfermedades mentales para poder brindar una atención dirigida a la familia; detectando así desde el tipo de relaciones familiares, hasta los recursos con los que cuenta para su óptima participación en la rehabilitación del paciente.

El Dr. Rafael J. Salín P. (2003) menciona que tan eficaces son psiquiatras, trabajadores sociales, psicólogos y enfermeras en el tratamiento de pacientes psiquiátricos como el trabajo con los familiares, ya que una persona atenta, involucrada profesionalmente y empática puede ser de igual eficacia. Lo importante es que tanto el paciente como la familia hablen y sean escuchados para que se puedan buscar soluciones a sus problemas.

Para nosotros implementar estrategias sociales, familiares y de grupo como la elaboración de este trabajo es muy importante ya que contribuimos al enriquecimiento en el conocimiento de la formación del Profesional en Trabajo Social.

La esperanza para los enfermos psiquiátricos está latente, ojalá se logre cambiar la visión que se tiene de ellos y sean considerados antes que enfermos personas.

## GLOSARIO

**Afecto.** Patrón de comportamientos observables que es la expresión de sentimientos (emoción) experimentados subjetivamente. Tristeza, alegría y cólera son ejemplos usuales de afecto. A diferencia del *humor*, que concierne a un «clima» emocional más generalizado y persistente, el término *afecto* se refiere a cambios más fluctuantes en el «tiempo» emocional. Varía considerablemente lo que se considera gama normal de la expresión del afecto, tanto entre culturas diferentes como en cada una de ellas. Los trastornos del afecto incluyen las siguientes modalidades:

**Aplanado.** Ausencia o casi ausencia de cualquier signo de expresión afectiva.

**Inapropiado.** Discordancia entre la expresión afectiva y el contenido del habla o ideación.

**Alucinación.** Percepción sensorial que tiene el convincente sentido de la realidad de una percepción real, pero que ocurre sin estimulación externa del órgano sensorial implicado. Las alucinaciones deben distinguirse de las *ilusiones*, en las que un estímulo externo real es percibido o interpretado erróneamente. El sujeto puede tener conciencia o no tenerla de que está experimentando una alucinación. Una persona con alucinaciones auditivas puede reconocer que está teniendo una experiencia sensorial falsa, mientras otra puede estar convencida de que la causa de la experiencia sensorial cuenta con una realidad física independiente. El término *alucinación* no suele aplicarse a las falsas percepciones que se producen mientras se sueña, cuando se concilia el sueño (*hipnagógicas*) o cuando se produce el despertar (*hipnopómpicas*). Algunas personas sin trastorno mental tienen experiencias alucinatorias transitorias.

### **Tipos de alucinaciones:**

**Auditiva.** Alucinación que implica la percepción de sonidos, más frecuentemente de voces.

Algunos clínicos e investigadores no incluyen las experiencias que se perciben como originadas dentro de la cabeza y limitan el concepto de alucinaciones auditivas verdaderas a los sonidos cuyo origen sea percibido como externo. Sin embargo, en el DSM-IV no se distingue si el origen de las voces es percibido dentro o fuera de la cabeza.

**Gustativa.** Alucinación que implica la percepción de sabores (habitualmente desagradables).

**Olfativa.** Alucinación que implica la percepción de olores, por ejemplo, de goma quemada o pescado podrido.

**Somática.** Alucinación que implica la percepción de una experiencia física localizada en el cuerpo (tal como una sensación de electricidad). Debe distinguirse una alucinación somática de ciertas sensaciones físicas nacidas de una enfermedad médica todavía no diagnosticada, de una preocupación hipocondríaca con sensaciones físicas normales y de una alucinación táctil.

**Táctiles.** Alucinación que implica la percepción de ser tocado o de tener algo bajo la propia piel. Las alucinaciones táctiles más frecuentes son sensaciones de descargas eléctricas y de *hormigueo* (la sensación de que algo se mueve o reptaba bajo la piel).

**Visual.** Alucinación que implica ver imágenes estructuradas, por ejemplo, unas personas, o imágenes informales, por ejemplo, destellos de luz. Las alucinaciones visuales deben distinguirse de las ilusiones, que son percepciones erróneas de estímulos externos reales.

**Ansiedad.** Anticipación aprensiva de un daño o desgracia futuros, acompañada de un sentimiento de disforia o de síntomas somáticos de tensión. El objetivo del daño anticipado puede ser interno o externo.

**Descarrilamiento** («pérdida de asociaciones»). Patrón de lenguaje en el que las ideas de una persona se separan entre sí de modo que no guardan relación mutua alguna o sólo están relacionadas tangencialmente. Al pasar de una frase o oración a otra, el sujeto cambia idiosincrásicamente el tema desde un marco de referencia a otro, pudiendo decir las cosas según una yuxtaposición que carece de relaciones significativas. El trastorno tiene lugar *entre* oraciones, a diferencia de la incoherencia, donde el trastorno se produce *dentro* de las oraciones. Un cambio ocasional de tema inadvertido o sin conexión obvia no constituye descarrilamiento.

**Desorientación.** Confusión acerca de la hora del día, la fecha o la estación (temporal), acerca de donde se encuentra uno (lugar) o de quién es (persona).

**Fase residual.** La fase de una enfermedad que ocurre tras la remisión de los síntomas floridos o del síndrome completo.

**Grandeza.** Evaluación desmesurada del valor, poder, conocimientos, importancia o identidad de uno mismo. Cuando es extrema, la grandeza puede alcanzar proporciones delirantes.

**Idea delirante.** Falsa creencia basada en una inferencia incorrecta relativa a la realidad externa que es firmemente sostenida, a pesar de lo que casi todo el mundo cree y a pesar de cuanto constituye una prueba o evidencia incontrovertible y obvia de lo contrario. La creencia no está aceptada ordinariamente por otros miembros de la subcultura o cultura a la que pertenece el sujeto (p. ej., no es un artículo de fe religiosa). Cuando una creencia errónea implica un juicio de valor, sólo se considera idea delirante cuando el juicio es tan extremo que desafía toda credibilidad.

La convicción delirante se produce a lo largo de un *continuum* y a veces puede inferirse del comportamiento del individuo. Con frecuencia es difícil distinguir entre una idea delirante y una idea sobrevalorada (en cuyo caso el individuo tiene una creencia o idea no razonable, pero no la sostiene tan firmemente como en el caso de una idea delirante).

**De grandeza.** Idea delirante de valor, poder, conocimientos o identidad exagerados, o de una relación especial con una deidad o una persona famosa.

**De referencia.** Idea delirante cuya temática consiste en que ciertos hechos, objetos o personas del ambiente inmediato del sujeto adoptan una significación particular y desusada. Estas ideas delirantes suelen ser de naturaleza negativa o peyorativa, pero también pueden ser de grandiosidad. Difieren de las *ideas de referencia*, donde la falsa creencia no se sostiene tan firmemente ni está tan organizada como una verdadera creencia.

**De ser controlado.** Idea delirante en que ciertos sentimientos, impulsos o actos se experimentan como si estuvieran bajo el control de alguna fuerza externa más que bajo el de uno mismo.

**Extraña.** Idea delirante que implica un fenómeno que la cultura del sujeto consideraría totalmente inverosímil.

**Ideación paranoide.** Ideación que implica sospechas o creencia de estar siendo atormentado, perseguido o tratado injustamente, pero de proporciones inferiores a las de una idea delirante.

**Incoherencia.** Lenguaje o pensamiento que resulta esencialmente incomprensible a los demás porque las palabras o las frases se unen sin una conexión lógica o significativa. La irregularidad ocurre *dentro* de las oraciones, a diferencia del descarrilamiento o dispersión, en el que la alteración se produce *entre* las oraciones. La incoherencia a veces ha sido denominada «ensalada de palabras» para poner de manifiesto el grado de desorganización lingüística. No deben considerarse como incoherencia ciertas construcciones escasamente gramaticales o usos idiomáticos característicos de una cultura o región particulares, una falta de escolarización o un bajo nivel intelectual.

El término no suele aplicarse cuando hay pruebas de que el trastorno del habla se debe a una afasia.

**Papel o rol sexual.** Actitudes, patrones de comportamiento y atributos de personalidad definidos por la cultura en que el individuo vive como papeles sociales estereotipadamente «masculinos» o «femeninos».

**Personalidad.** Patrones duraderos de percibir, relacionarse y pensar acerca del ambiente y de uno mismo. Los *rasgos de personalidad* son aspectos prominentes de la personalidad que se manifiestan en una amplia gama de contextos sociales y personales importantes. Los rasgos de personalidad sólo constituyen un trastorno de personalidad cuando son inflexibles y desadaptativos y provocan malestar subjetivo o déficit funcional significativo.

**Pródromo.** Signo o síntoma premonitorio o anticipado de un trastorno.

**Psicótico.** Este término ha recibido históricamente numerosas definiciones diferentes, ninguna de las cuales ha conseguido ser aceptada universalmente. La definición más estricta de *psicótico* se limita a ideas delirantes o alucinaciones prominentes, en ausencia de conciencia acerca de su naturaleza patológica. Una definición algo menos restrictiva también incluiría alucinaciones significativas que el individuo acepta como experiencias alucinatorias. Todavía es más amplia una definición que incluya asimismo otros síntomas positivos de esquizofrenia (esto es, habla desorganizada, comportamiento intensamente desorganizado o catatónico). A diferencia de estas definiciones basadas en síntomas, la definición utilizada en el DSM-II y en la CIE-9 era probablemente demasiado inclusiva y se centraba en la gravedad de la incapacidad funcional, de modo que un trastorno mental era denominado *psicótico* si daba lugar a «una alteración que interfiere seriamente en la capacidad para satisfacer exigencias corrientes de la vida». Finalmente, el término ha sido definido conceptualmente como una pérdida de los límites del yo o una importante alteración de la verificación de la realidad. Basándose en sus rasgos característicos, los distintos trastornos del DSM-IV subrayan diferentes aspectos de las definiciones de *psicótico*.

**Sexo.** *Status* biológico de una persona en cuanto varón, hembra o incierto. En función de las circunstancias, esta determinación puede basarse en la apariencia de los genitales externos o del cariotipo.

**Signo.** Manifestación objetiva de un estado patológico. Los signos son observados por el clínico más que descritos por el individuo afectado.

**Síntoma.** Manifestación subjetiva de un estado patológico. Los síntomas son descritos por el individuo afectado más que observados por el examinador.



## BIBLIOGRAFÍA

1. Alistair Munro, M.D. y Wallace McCulloch, M.Sc. "Psiquiatría para trabajo social" Cia. Editorial Continental S.A. de C.V. México 1984. 295 Págs.
2. Ander-Egg, Ezequiel, "Diccionario de Trabajo Social", Edit. Humanitas, Buenos Aires, Argentina 1995. 351 Págs.
3. Ander-Egg, Ezequiel "Diccionario de Trabajo Social" Edit. Lumen, Buenos Aires, Argentina, 1995. 351 Págs.
4. Ander-Egg, Ezequiel "Introducción al Trabajo Social" Editorial El Ateneo, Buenos Aires, Argentina 1992. 269 Págs.
5. Ander-Egg, Ezequiel "Metodología del Trabajo Social" Edit. El Ateneo, México, 1994. 244 Págs.
6. Ander-Egg, Ezequiel. "Métodos de Trabajo Social". Edit. Espacio. Buenos Aires Argentina, 1997. 158 Págs.
7. Barg, Liliana. "La Intervención con Familias. Una Perspectiva de Trabajo Social". Edit. Espacio, Argentina, 2000. 142 Págs.
8. Becerra, Rosa María. "Elementos Básicos para el Trabajo Social Psiquiátrico". Edit. Ecro, Buenos Aires, Argentina, 1977. 142 Págs.
9. Bradshaw, John, "La Familia". Edit. Selector, México 2001. 364 Págs.
10. Cancrini, Luigi; Malagoli Togliatti Marisa. "Psiquiatría y Relaciones Sociales". Edit. Nueva Imagen. México, 1979. 116 Págs.
11. Caraveo y Cols. Características psicopatológicas de la población urbana adulta en México. Resultados de una encuesta Nacional en Hogares. AN. Instituto Mexicano de Psiquiatría, 1998.
12. Caso, Antonio "Sociología". Edit. Libreros Mexicanos Unidos. México, 1960. 395 Págs.
13. Claramunt López, Fernando. "Psiquiatría y Asistencia Social". Edit. Gedisa. Madrid España, 1970. 362 Págs.
14. Contreras de Wilhelm, Yolanda, "Trabajo Social de Grupos". Edit. PAX-MÉXICO. México, 1980. 159 Págs.
15. Curso de Trabajo Social Psiquiátrico. Material proporcionado por el Instituto Nacional de Psiquiatría. 2002, 118 Págs.

16. Doucet, Friedrich W. “Diccionario del Psicoanálisis Clásico”. Edit. Labor S.A. Barcelona España, 1975. 221 Págs.
17. DSM-IV libro de casos : compañero del DSM-IV : Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales / dirs., Robert L. Spitzer ... [et al.] ; tr. Guillem Massana Montejo, Eric Massana Montejo. Edit. Masson. Barcelona ; Mexico, 1995. 597 Págs.
18. DSM-IV Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales / trs. Tomas de Flores i Formenti ... Edit. Masson. Barcelona, 1996. 909 Págs.
19. Estrada Inda, Lauro, “El Ciclo Vital de la Familia”, Edit. Grijalbo, México 1997. 133 Págs.
20. Follari, Roberto, Soms, Esteban. “El Trabajo Práctico en la Formación Profesional” Ediciones Gernika. México 1989. 133 Págs.
21. Galino, Luciano, “Diccionario de Sociología”, Edt. Siglo XXI, México 1995, 1003 Págs.
22. García, Dora. “Métodos y Técnicas Participativas”. Edit. Espacio, Buenos Aires, Argentina, 2001. 139 Págs.
23. Guía Técnica de Teoría de Sistemas Aplicada a la Asistencia Social. Dirección de Modelos de Atención. DIF 2002. 50 Págs.
24. Laing, Ronald David, A. Esterson. “Cordura, locura y familia, familias de esquizofrénicos”. Edit. Fondo de Cultura Económica. Primera edición en español. México, 1967. 234 Págs.
25. Lazo, Yolanda “La Familia” Edit. Limusa, México, 1988. 48 Págs.
26. Mendoza Martínez, Lilia, Caro López Elizabeth, “Manual de Grupos de autoayuda, sugerencias para organizar, establecer y dirigir grupos de autoayuda”. Gobierno del Distrito Federal Secretaría de Desarrollo Social Dirección General de Equidad y Desarrollo Social. México 1a. Edición, 1999. 33 Págs.
27. Navarro Góngora, José; Fuertes Martín, Antonio. “Prevención e Intervención en Salud Mental” Edit. Amarú. España 1999. 441 Págs.
28. Ortega Bevia, Francisco J. “Terapia Familiar y Sistémica” 2da. Edición. Edit. Universidad de Sevilla. Utrera, Sevilla 2001. 231 Págs.
29. Pekkala E, Merinder L. Artículo de Psicoeducación para la esquizofrenia, <http://www.update-software.com/abstractsES/AB002831-ES.htm>. De *La Biblioteca Cochrane Plus*, número 4, 2005. Oxford, Update Software Ltd.

30. Programa de Acción en Salud Mental. Secretaría de Salud. México, 2001. 192 Págs.
31. Rendules, Guillermo y otros. “Las Esquizofrenias”. Edit. Júcar. Madrid, España, 1990. 182 Págs.
32. Rios González, José Antonio “Crisis Familiares. Causas y Repercusiones” Edit. Nancea, Madrid, España, 1983. 49 Págs.
33. Rozas Pagaza, Margarita. “Una Perspectiva Teórica Metodológica dela Intervención en Trabajo Social”. Edit. Espacio, Buenos Aires, Argentina, 1998. 118 Págs.
34. Salín-Pascual, Rafael J. “Reflexiones Sobre La Psiquiatría En El Siglo XXI”. Edit. Libros para todos. México 2003. 232 Págs.
35. San Juan Guillén, César (Coordinador) “Intervención Psicosocial: Elementos de Programación y Evaluación Socialmente Eficaces” Anthropos. Editorial El Hombre, Colombia 1996, 270 Págs.
36. Saz Marín, Ana Isabel. “Diccionario de Psicología”. Edit. Libro-Hobby-Club, España, 2000. 313 Págs.
37. Soms, Esteban; Follari, Roberto. “El Trabajo Práctico en la Formación Profesional” Edit. Gemika, México, 1989. 136 Págs.
38. XVII Jornadas Científicas de la Sociedad Panameña de Psiquiatría, 1as Jornadas de Actualización en Esquizofrenia de la Asociación Psiquiátrica de América Latina, 30 de Julio de 2005.
39. Velasco Fernández, Rafael. “Salud Mental, Enfermedad Mental y Alcoholismo”. Edit. ANUIES. México, 1980. 130 Págs.
40. Watts, Fraser N. y Douglas H. Bennett, compiladores. “Rehabilitación Psiquiátrica. Teoría y práctica”. Edit. Limusa. México, 1990. 393 Págs.
41. Wazcar Verduzco Fragoso, Dr., Coordinador del grupo de trabajo sobre Esquizofrenia, Asociación Psiquiátrica Mexicana a.c. Psicoeducación En Esquizofrenia, Art. Publicado: 27 de marzo de 2005.
42. White, Michael. “Guías para una Terapia Familiar Sistémica” Edit. Gedisa. Barcelona, España, 1994. 237 Págs.