



UNIVERSIDAD NACIONAL  
AUTÓNOMA DE  
MÉXICO

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE  
MÉXICO

---

---

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

***TALLER DE COMUNICACIÓN PARA LOS FAMILIARES  
DE UNA PERSONA CON ESQUIZOFRENIA.***

**T E S I N A**

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE  
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA**

**P R E S E N T A:**

**IRMA ELIA VALDIVIA LEMUS**

**DIRECTORA: LIC. ROSARIO MUÑOZ CEBADA**



**FACULTAD  
DE PSICOLOGÍA**

México, D.F.

2007



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**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.

## **AGRADECIMIENTOS**

¡Gracias! Licenciada Rosario Muñoz Cebada por haberme ayudado a concluir un sueño. Esa constancia con la que me solicitaba que entregara la información me sirvió para ver mis avances y saber que cada vez faltaba menos para poner fin al trabajo iniciado.

¡Gracias a mis sinodales! Mtra. Ma. Cristina Heredia Ancona; Mtra. Laura Angela Somarriba Rocha; Lic. Aída Araceli Mendoza Ibarrola y la Lic. Lidia Díaz San Juan. Quienes al realizar sus observaciones, enriquecieron mi trabajo.

¡Gracias a la UNAM! Por mi formación académica, por el compromiso profesional y social que forjó en mi.

¡Gracias a todo el personal de la Biblioteca! Siempre estuvieron dispuestos a ayudarme.

Un agradecimiento especial a la División de Educación Continúa a través de quienes los representan, por haber creado un programa tan exitoso como el que tienen para la titulación.

**A todos ustedes ¡MIL GRACIAS!**

## **AGRADECIMIENTOS**

Gracias a Dios por el don de la vida por haberme dado la visión desde muy joven, acerca de cuál sería mi misión en esta vida y por permitirme llegar hasta hoy.

Gracias ¡Mil gracias! por los padres que me diste, especialmente por la gran maestra de vida que fue mi madre.

Gracias Mamá a donde quiera que estés, por haberme tenido, gracias por tu ejemplo, por tu cuidado y cariño.

Gracias Papá por siempre recordarme que debía concluir y por tu presencia en los momentos más importantes de mi vida.

Gracias Ar por facilitarme siempre el camino para alcanzar mis sueños, gracias por tu apoyo, compañía y presencia, pero sobre todo. Gracias por ser el esposo que eres. ¡Te amo ¡

Gracias familia, hermanos y sobrinos. El amor hacia ustedes me inspiró siempre para seguir adelante y saber que lo podía lograr.

Gracias a todos los amigos y personas que de una u otra manera siempre creyeron en mí.

Gracias a todos aquellos que también obstaculizaron mi camino y que queriéndolo o no, sólo lograron fortalecer mi carácter y mis ganas de llegar a lograr uno de mis sueños.

Un especial agradecimiento a mis pacientes, esas personas “especiales” que me enseñaron a conocer la parte más humana y sensible que poseo. Lupita, Rey, Manuel, Rocío, Salomé, Marco Antonio, Iván, Alex, Tito, Abraham, Gustavo y también a sus familias. ¡Que Dios los bendiga y cuide!

**A todos y cada uno de ustedes mi agradecimiento eterno. ¡Los amo ¡**

## Índice

Pág.

Introducción	1
I Comunicación	4
Teoría del doble vínculo	
El doble vínculo y su efecto	
Teoría de la comunicación Humana	
Algunos axiomas de la comunicación Humana	
Comunicación en la familia	
II La Familia	34
Definiciones de familia	
Sus funciones y su ciclo vital	
Características de la familia con un miembro que padece esquizofrenia.	
III Esquizofrenia	65
Antecedentes	
Datos históricos sobre algunos de los hospitales psiquiátricos en México.	
Principales características de la enfermedad	
Tratamientos	
Criterios para el diagnóstico de esquizofrenia	
Subtipos de esquizofrenia	
Propuesta de un Taller de comunicación	91
Sesiones	94
Discusión y Conclusiones	99
Referencias	101
Anexos	104

## Introducción

La esquizofrenia es una enfermedad considerada como un trastorno mental grave, que afecta aproximadamente al 1% de la población mundial mayor de 15 años. El padecimiento afecta en igual proporción a hombres y mujeres, sin embargo, tiene algunas diferencias de género: Los hombres la inician entre los 15 y los 25 años, las mujeres, entre los 20 y 35 años. Este hecho hace que los hombres se vean más afectados.

Las funciones que se ven alteradas con dicho padecimiento son: el pensamiento, el afecto, la sensopercepción y la conducta. Incapacitando a quién la padece para llevar a cabo una vida normal ya que se ven afectadas las áreas: laboral, social, familiar y su vida afectiva.

La familia a partir del diagnóstico tiene un papel preponderante en el manejo y rehabilitación del paciente, ya que deberá recibir información, cambiar patrones de relación y apoyar en muchas áreas la vida del familiar enfermo. La investigación sobre esquizofrenia realizada en los últimos años ha proporcionado a las familias, herramientas para el manejo del familiar enfermo. Esto abarca programas psicoeducativos para familias y pacientes. La farmacología también les brinda un amplio espectro de opciones para el tratamiento farmacológico de la enfermedad. Sin embargo en la práctica clínica sigue presentándose una gran problemática en los hogares de éstas personas, tanto para las familias en general, como el paciente en particular.

La aportación de este trabajo es un taller de comunicación teórico vivencial para los familiares de una persona que padece esquizofrenia.

(Sánchez y Gutiérrez, 2000) nos comenta que de los primeros trabajos en comunicación que se tienen noticias son los realizados precisamente con familias que tenían una característica especial, uno de sus miembros presentaba el padecimiento de la esquizofrenia. Y es así como surge también el inicio de la Psicoterapia Familiar. Los pioneros de este estudio

fueron Don D. Jackson y Jay Haley en el Mental Research Institute (MRI) en 1958.

Watzlawick (2002) menciona que la comunicación es un proceso de interacción que se realiza de manera constante, es imposible no comunicarnos. Todo proceso tiene un desarrollo, así la comunicación tiene elementos que la componen uno es la transmisión de información, otro es el significado que tiene esa información y finalmente la conducta que se observa ante esa información. Estas fases del proceso son interdependientes es por eso que si alguna de ellas falla o se altera, se pierde o distorsiona el sentido de la comunicación.

Barrowclough y Tarrier (1995) señalan la importancia de valorar los problemas de comunicación entre los miembros de una familia en donde este presente el padecimiento de esquizofrenia y de manera particular los desacuerdos y disputas que se generan al interior del hogar, así como las expresiones de irritabilidad.

Kuipers, Leff y Lam (2004) definen el constructo **EE** así, Emoción Expresada es una técnica de investigación y sus componentes son: comentarios críticos, hostilidad y sobreinvolucración. El criticismo es una expresión directa del enfado, indica el grado de enfado que el cuidador tiene con el paciente. La hostilidad es una forma extrema de criticismo y representa un enfado intenso, que puede ir acompañado por un rechazo global del paciente. La sobreinvolucración está alimentada por una mezcla de ansiedad y culpa.

La carga emocional que viven tanto el paciente como la familia es intensa y la manera de mejorar esa convivencia cotidiana puede darse a través de una mejor comunicación.

Esta propuesta de taller de comunicación teórico vivencial, tiene como objetivo principal brindar algunos elementos que les permitan reconocer problemas de comunicación y relación en las familias que tienen un

pariente que presenta esquizofrenia. Esto es para el manejo, convivencia y apoyo que se tendrá con el familiar enfermo y la relación que prevalecerá al interior de la familia. Está dirigido a adultos hombres y mujeres de 18 años en adelante que sean familiares de una paciente que padece esta enfermedad.

El taller constará de 4 sesiones que abarquen en general, comunicación, familia y esquizofrenia. Así como la Emoción Expresada, constructo, que ha sido foco de interés en el estudio de las recaídas.

Se espera que la ventaja del taller sea abordar a este tipo de familias desde un tema “indirecto”, debido a que son muy susceptibles de recibir ayuda. Tal vez sea por la penosa y ardua situación que enfrentan al tener que ser ahora quienes apoyarán a lo largo de su vida al paciente identificado, “Su ser querido que ha dejado de tener una vida independiente”.



## **CAPITULO 1**

### **COMUNICACIÓN**

Para entender el fenómeno de la comunicación es necesario entender que éste es un proceso y tomar en cuenta todos los elementos que lo forman. Ya que si alguno de sus elementos falta o se encuentra alterado, no se llevará a cabo una buena comunicación o ésta será distorsionada. También será necesario valorar a las personas, los mensajes que desean transmitir o quieren comunicar, la relación que se da a partir de su comunicación y el contexto en el que sucede dicho fenómeno. Y es que sólo uniendo todos los elementos podemos obtener una explicación satisfactoria de lo que es la comunicación. Esta es un tema fundamental en el manejo de nuestras relaciones, se sabe por ejemplo que si existen problemas en la pareja, podría ser una causa la mala comunicación. Si tenemos conflictos familiares habrá que mejorar nuestra comunicación.

Nos encontramos viviendo los inicios del Siglo XXI con un gran avance tecnológico en medios de comunicación y sin embargo, uno de los grandes desafíos de la humanidad sigue siendo aprender el arte de comunicarse. Y es que de la forma de comunicarse depende, muchas veces, la felicidad o la desgracia. La paz o la guerra, así que revisar los elementos que debemos tener en cuenta para mejorar nuestra comunicación es básico e imprescindible para relacionarnos de una mejor manera.

Las primeras investigaciones que realizan los profesionales con este tipo de familias que presentaban a un miembro con esquizofrenia, giran en torno a la comunicación. Ellos estaban interesados en saber cual era el tipo de relación e interacción que existía al interior de éstas familias y si había algo en esa comunicación que fuera causante de la etiología del padecimiento y es así como también da inicio la Psicoterapia Familiar.

Sánchez y Gutiérrez (2000) menciona que el modelo de comunicación de la esquizofrenia fue desarrollado por Jackson y Haley, ellos fueron los pioneros de este estudio en el Mental Research Institute (MRI)., Jackson fundó este instituto en noviembre de 1958. En el grupo original también se encontraban Riskin y Satir, posteriormente se les unieron, Weakland y Watzlawick.

Es así como surge la primera Teoría que pretendía explicar las alteraciones de una comunicación distorsionada al interior de una familia con estas características. La primera vez que se habló de la **Teoría del Doble Vínculo** fue en un trabajo de investigación realizado por autores como Bateson, Jackson, Haley y Weakland al que titularon “Hacia una teoría de la esquizofrenia” postulando el concepto del doble vínculo en el año de 1956.

## **TEORÍA DEL DOBLE VÍNCULO**

De la observación que se tuvo con pacientes esquizofrénicos y sus familias, se deriva una descripción y las condiciones necesarias para que se de una situación de “DOBLE VÍNCULO”. En donde se establece una situación en la cual una persona haga lo que haga no puede acertar a una respuesta correcta”.

Para Jackson (1977) los elementos necesarios para que se de una situación de doble vínculo son:

- a). Dos o más personas. Una de ellas la “víctima”.
  
- b). Una experiencia repetida, tiene la condición de ser reiterativa en la experiencia habitual o cotidiana de quién la vive.
  
- c). Una orden negativa primaria. Presentando una de éstas dos formas: 1) “No hagas eso, o te castigaré”; 2) “Si no haces eso te castigaré”.

- d). Una orden secundaria que contradice a la primaria en un plano más vago o alejado de la realidad. Y sin embargo con la característica de castigo o señal que pone en peligro la supervivencia.
- e). Una orden negativa terciaria que impide a la víctima el poder escapar. Este autor señala este punto como inútil, debido a que los dos puntos anteriores ponen de manifiesto la amenaza para sobrevivir debido a que esto ocurre durante la infancia con lo cual se supone la imposibilidad de poder huir.
- f). Este último punto señala que para la víctima no es necesario que se den por completo todos los componentes del doble vínculo. Casi cualquier orden en el que se presenten estos elementos la predispone al terror o la furia.

### **El doble vínculo y su efecto**

Bateson, Haley, Weakland y Jackson (1977) para explicar el efecto del doble vínculo ponen como ejemplo al maestro del Budismo Zen y su discípulo en la situación de aprendizaje e iluminación. El maestro sostiene una vara sobre la cabeza del alumno y le dice con tono de crueldad. "Si dices que esta vara es real, te golpearé con ella. Si dices que no es real, te golpearé con ella. Si no dices nada, te golpearé con ella". (p.59)

Solo que aquí en la analogía con el paciente que padece esquizofrenia en vez de la iluminación se da una confusión. Alguna otra alternativa que podría tener el discípulo sería la de arrebatarle la vara, sólo que en el caso de un paciente con este padecimiento difícilmente dispondría de una alternativa semejante.

La Teoría del Doble Vínculo propone como hipótesis que se produce una pérdida en la capacidad de la persona para discriminar los **Tipos Lógicos**

que es la parte fundamental de dicha teoría. Esta Teoría nació, se estudio y observó en las familias que tenían un paciente con esquizofrenia.

Las características que se presentan ante una situación así son:

1. Cuando el individuo está involucrado en una relación intensa. Una relación en donde sienta de vital importancia responder de la manera más adecuada a los mensajes que le están transmitiendo.
2. Este sujeto se encuentra en una relación en que la otra persona expresa dos órdenes del mensaje y una niega a la otra.
3. El individuo no puede preguntar sobre el mensaje expresado para corregir su interpretación, no puede hacer una observación metacomunicativa.

Moguillansky y Seiguer (1996) nos relatan “El cuento de la buena Pipa” para ejemplificar aún más este juego de quién inicia un diálogo y quién responde a él, pero utilizando otras reglas para inducir al equívoco. Esto es un malentendido a partir del sobreentendido.

- ¿Querés que te cuente el cuento de la buena pipa?
- Sí.
- Yo no te dije “sí”, te dije “¿querés que te cuente el cuento de la buena pipa”
- Sí, contame.
- Yo no te dije “sí, contame”, te dije “¿querés...?”

Sánchez y Gutiérrez (2000) nos dice que esta teoría del doble vínculo se basa en los conceptos de la comunicación de los “tipos lógicos” del autor Bertrand Rusell. Su enunciado dice que aquello que clasifica no puede pertenecer a lo clasificado. Es de un orden distinto cada uno de los libros de una biblioteca, que el catálogo de esos volúmenes. “Cuando se presentan ciertas pautas formales de fractura en la comunicación entre la madre y el hijo, se producirán síntomas cuyo diagnóstico patológico será de esquizofrenia.” (p.127)

Los elementos que se han revisado forman parte del marco de referencia que tiene el modelo de comunicación precursor de la terapia familiar.

Durante el decenio de 1950 -1959, Bateson encabezaba un gran proyecto, titulado "Aprendiendo a aprender" que intentaba clasificar la comunicación por niveles:

Niveles de significado y significante.

Niveles de tipo lógico, lineal y metafórico.

Niveles de aprendizaje-cognición.

Según Bateson (1977) las personas dementes o esquizofrénicas tienen la capacidad de utilizar las figuras de "dicción", esto es hablan en metáfora sin reconocerlo. Este autor y su grupo plantearon la hipótesis de que una persona con esquizofrenia podría "aprender a aprender". Si era posible este tipo de aprendizaje, como consecuencia también se comprenderían los misterios del habla del esquizofrénico. Este autor pensaba que acaso la familia del esquizofrénico haya moldeado estas formas peculiares de comunicación, en el doble vínculo.

Psicoterapeutas que atendían a pacientes esquizofrénicos en el marco de la familia, observaron que si el paciente mejoraba, otro miembro de la familia empeoraba. El grupo de Bateson no sólo encontró pruebas de esta suposición, sino que quedó impresionado, porque la familia fomentaba y aún exigía que el paciente mostrara un comportamiento irracional.

Jackson (1977) aportó el término de "homeostasis familiar" y describió la interacción familiar como "un sistema de información cerrada en que las variaciones del producto o el comportamiento son alimentadas para corregir la respuesta del sistema", Otra de sus aportaciones fue el concepto de "prescripción del síntoma", es decir aumentar el ángulo de desviación de los pacientes ante el resto de la familia, prescribiendo que incremente el síntoma (prescripción paradójica) como medida terapéutica. Según el modelo del MRI, la patología de la familia se determina a través de la

comunicación y toma como sinónimos el comportamiento patológico y la comunicación patológica.

Los terapeutas de la comunicación del MRI adoptaron, de la cibernética el concepto de “caja negra”, para el trabajo con las familias. Este modelo se concentra únicamente en las entradas y salidas de la comunicación, sin importar lo que suceda dentro del individuo (esto no significa que lo ignoren, sino que le dan poca importancia). Al trabajar con las familias, aplicaban los conceptos de control de error y objetivos dirigidos al sistema y su interacción.

### **TEORÍA DE LA COMUNICACIÓN DEL DOBLE VÍNCULO**

Ésta es una de las aportaciones más importantes del MRI y es el concepto más trascendente sobre la comunicación de los pacientes esquizofrénicos y sus familias, pues incorpora el aspecto emocional de la comunicación, como producto de una amplia variedad de conductas y comunicación humanas. Esta teoría afirma que toda comunicación implica la utilización de clases y categorías. Su interés se centra en la aparición de síntomas de clasificación en la comunicación, que engendran una paradoja. Se da gran énfasis a la manera en que se transmiten dos o más mensajes o metamensajes y su relación recíproca, así como la clasificación de éstos para la producción de paradojas tipo russelliano.

La teoría del doble vínculo se concretó gracias a las aportaciones y deducciones de Bateson (op. cit), formuladas a partir de las características de la comunicación del paciente esquizofrénico quien presenta en su discurso una confusión de mensaje y metamensaje. Nunca existe un mensaje aislado, sino que siempre se encuentra asociado a dos o más mensajes relacionados entre sí, en diferentes planos y, por lo general, transmitidos por diferentes canales: cinestésicos, visuales, gestuales y, por supuesto, verbales. Estos mensajes pueden ser ampliamente incoherentes entre sí, crear grandes pugnas y desconcierto, es decir, dar un mensaje ambivalente.

La primera aproximación de este modelo fue realizada en 1956, cuando aparecieron los primeros trabajos hechos por Jackson, Haley, Weakland y Bateson: Schizophrenic double bind Theory (1956), seguidos de una serie de publicaciones como: La comunicación del esquizofrénico y la naturaleza de la esquizofrenia, donde se analiza la deformación de la comunicación. El contexto de la familia como un factor etiológico y como tema de estudio en sí mismos, aquí se estudia la esquizofrenia y su etiología a partir de la comunicación de la madre; la terapia, es un trabajo sobre el psicoanálisis en función de la comunicación.

El proyecto de Bateson y de estas investigaciones se llevó a cabo durante 10 años y después tuvo que terminar por falta de financiamiento. El grupo concluyó lo siguiente con respecto al doble vínculo:

1. Es una clase de secuencia que aparece cuando se dan pautas contradictorias en la comunicación.
2. Es una condición necesaria para la esquizofrenia pero no suficiente para explicar su etiología y, a la inversa, es un producto inevitable de la comunicación esquizofrénica.
3. El estudio y el tratamiento de los individuos y la familia deberán enfatizar la comunicación observable, la conducta y los contextos que los relacionan, en lugar de sólo observar los estados afectivos y perceptivos de los individuos.
4. La dinámica en que se presenta el doble vínculo no es la de un victimario y el de una víctima, sino que se trata de personas atrapadas en un sistema en marcha que produce pugna en cuanto a las relaciones y una consiguiente angustia subjetiva (Bateson, 1977).

Esta teoría se basa en los conceptos de la comunicación de los “tipos lógicos” de Rusell, cuya tesis central dice que existe una discontinuidad entre una clase y sus miembros; la clase no puede ser miembro de sí mismo, ni uno de sus miembros puede ser la clase, ante lo cual se debe

esperar que se produzca una patología en el organismo humano. En este caso es la esquizofrenia.

Este término ya había sido abordado por Gralnick en 1942 con la expresión Folie á Deux (locura de dos), la que involucra a dos personas que comparten las mismas alucinaciones paranoides de la esquizofrenia. Uno de ellos es generalmente el paranoico dominante que engaña. El otro suele ser un paranoico sugestible, dependiente, que acepta los engaños del dominante en forma total. Gralnick, encontró que estas dos personas habitualmente viven relaciones muy cercanas por mucho tiempo. La relación dominante-dominado se presenta siempre en la Folie á Deux, la persona dominante hará que el engañado se convierta en más dependiente, ya que el dominado buscará en el dominante la relación objetal perdida, por medio de la identificación. Esta identificación podrá ser con el dominante o con el engañado. Las dos personas involucradas en la Folie á Deux vivirán una relación muy cerrada, como si hubiera lazos perversos de unión entre ambos.

Los ingredientes que determinan la posibilidad de que se presente el doble vínculo, según el MRI, son los siguientes:

1. Dos o más personas, como la víctima, y otra como victimario. No se supone que la causante sólo sea la madre, también pueden ser el padre o los hermanos.
2. Experiencias repetitivas. Se supone que el doble vínculo es un elemento recurrente en la experiencia de la víctima, hasta llegar a ser una expectativa habitual.
3. Un mandato negativo en primer plano que puede tener dos formas: "No hagas tal o cual cosa, o te castigaré" y "Si haces tal o cual cosa, te castigaré". En estas dos órdenes o mensajes, encontramos el contexto del aprendizaje en la evitación del castigo y no en búsqueda de recompensa. El castigo puede ser el retiro del amor o la expresión de odio o cólera y el desamparo.
4. Un mandato secundario que choca con el primero. Este es el mensaje que se da en forma contradictoria o desconcertante.



5. Un mandato terciario, negativo, que prohíbe a la víctima escapar del vínculo. La fuga, por supuesto, resulta imposible ya que se mantienen atrapados por promesas de cariño.

Los conceptos de doble vínculo son impuestos durante la infancia. Cuando el paciente ha aprendido a percibir su universo en pautas de doble vínculo, cualquier secuencia puede ser suficiente para precipitar el pánico o la cólera. El esquema del doble vínculo puede ser reemplazado por voces alucinantes. Una herramienta terapéutica será la posición paradójica de prescribir el síntoma, donde éste último ha de ser el instrumento que rompa la patología.

Otro de los investigadores que conformó este grupo de pioneros que investigaron acerca del fenómeno de la comunicación y quién realizó grandes aportaciones en este campo, sin duda alguna es Paul Watzlawick, integrante del Mental Research Institute (MRI) quién propone la Teoría de la Comunicación Humana.

## **TEORÍA DE LA COMUNICACIÓN HUMANA**

Watzlawick (2002) introduce la Teoría de la Comunicación Humana para tratar de explicar el fenómeno de la comunicación en este tipo de familias y de relaciones que se establecían entre quienes formaban parte del grupo familiar y el enfermo. “Un fenómeno permanece inexplicable en tanto el margen de observación no es suficientemente amplio como para incluir el contexto en el que dicho fenómeno tiene lugar”. (p.22)

Este autor señala que mientras más elementos se tengan para analizar un hecho o un fenómeno, éste podrá ser mejor entendido o explicado. Y en el marco de la comunicación es imprescindible contar con la mayor cantidad de información para llegar a un entendimiento o comprensión comunicativos.

En un área ubicada al norte de Canadá tiene lugar el siguiente hecho: Los zorros que ahí habitan alcanzan cada cuatro años su punto máximo y

después disminuyen hasta casi extinguirse y este fenómeno se vuelve a repetir. Si un estudioso de éste fenómeno solo observara este hecho, no encontraría comprensión en este ciclo. Pues no hay nada en la naturaleza del zorro que explique tal variación. Sin embargo al saber que los zorros se alimentan en forma casi exclusiva de conejos salvajes y que éstos casi no tienen otro enemigo natural, entonces sí se puede entender la relación entre éstas dos especies y el fenómeno queda explicado. Ya que los conejos salvajes exhiben un ciclo igual pero invertido. Mientras más conejos existen, menor es el número de zorros y viceversa.

En el estudio de las relaciones humanas y la conducta se deben, tomar en cuenta todas las manifestaciones observables entre los sujetos; para saber como es su relación. Y el medio esencial por el cual los seres humanos nos relacionamos es la comunicación.

A través de la comunicación expresamos anhelos, sueños, necesidades, encuentros y desencuentros, con nosotros mismos y con los demás.

Rusch y Bateson (1984) dicen que cuando la gente se reúne algo ocurre: ya que se influyen unos y otros a través de sus ideas, sentimientos, acciones y reacciones. Durante la reunión y después de que esta ha terminado ya se han influenciado mutuamente.

Watzlawick (2002) menciona que el estudio de la Comunicación Humana puede dividirse en tres áreas:

- Sintáctica: Se encarga de transmitir información.
- Semántica: Se encarga del significado
- Pragmática: Si la información afecta la conducta, éste es un aspecto pragmático.

La Teoría de la Comunicación Humana toma de la gramática éstos tres conceptos: sintaxis, semántica y pragmática.

**Sintaxis.** Se centra en el modo en que se transmite la información y las pautas de decodificación de ésta, además en los canales utilizados en la

comunicación: capacidad verbal, ruido y la redundancia inherente a los patrones de comunicación y lenguaje. Estos conceptos se toman de la información recibida, como características particulares de la comunicación. En las familias se debe cuestionar: ¿quién habla?, ¿quién le habla a quién?, ¿cuánto tiempo habla cada uno (dominación de los canales de comunicación)?, así como la relación de información y ruido en la información.

**Semántica.** Es el significado de la comunicación. Aquí la habilidad para transmitir y recibir el mensaje es de suma importancia para que el terapeuta pueda observar la claridad de los mensajes en la familia, la existencia de incoherencia en la comunicación de alguno o de todos los miembros, la concordancia versus confusión, así como la posible existencia de coaliciones o bloqueos de la comunicación, mismos que en la terapia son de relevante interés.

**Pragmática.** Se refiere al comportamiento como consecuencia de la comunicación. A mejor comunicación, mayor coherencia. La pragmática deberá estar basada en contextos reales y específicos; si la comunicación no es clara ni coherente, es muy probable que se pueda presentar un concepto de doble vínculo.

Otras disciplinas del conocimiento con las que se pueden relacionar éstos elementos de la comunicación serían:

- La sintáctica con la lógica matemática.
- La semántica con la filosofía o filosofía de la ciencia.
- La pragmática con la psicología.

Existen algunos conceptos que fueron tomados de otras disciplinas, para explicar el fenómeno de la Comunicación Humana.

Antes una breve revisión de la Teoría de los números. En el pasado los números eran magnitudes, pero en 1591, cuando Vieta introduce las letras sustituyendo a los números, aparece el concepto de variable,

proporcionando una innovación en las matemáticas, porque aparece entonces el concepto de variable y la relación entre variables constituyen el concepto de **función**.

Este hecho da a los matemáticos la posibilidad de simbolizar cosas y de simbolizar las relaciones que existen entre ellas. Sin pretender afirmar su existencia, realidad o eficacia. Este hecho en la psicología tiene el sentido de **relación**.

Nuevos conocimientos trajeron la cibernética, dentro de los cuales se encuentra el descubrimiento de la **retroalimentación**, la cual puede ser positiva o negativa. Esta última es tomada en psicología para hablar de la **homeostasis**, que es un estado constante o de equilibrio que desempeña un papel importante en el logro y mantenimiento de las relaciones.

En psicología los sistemas interpersonales llámense: familias, parejas, grupos de desconocidos, relaciones psicoterapéuticas, etc. pueden entenderse como circuitos de retroalimentación, ya que unos y otros nos vemos mutuamente afectados por nuestras conductas.

Otro concepto que aparece en la comunicación humana casi sin darnos cuenta de ello es el de la **redundancia**. Un hecho que se refiere en la pragmática como fenómeno de interacción: Los efectos de la persona O sobre la persona P, sin tener en cuenta que todo lo que P hace, influye sobre la siguiente acción de O y que ambos sufren la influencia del contexto en el que dicha interacción se desarrolla.

Para Jackson (1977) metacomunicación es la capacidad para comunicarse, para comentar las acciones significativas de uno mismo y de los demás, que es esencial para las relaciones sociales exitosas. En cualquier relación normal hay un constante intercambio de mensajes metacomunicativos tales como "¿qué quieres decir?" o "¿por qué hiciste eso?" o "¿estás bromeando?", etc. Para discriminar con exactitud lo que la gente expresa en realidad debemos estar en condiciones de comentar dicha expresión en forma directa o indirecta. El esquizofrénico parece incapaz de usar con

éxito esto que es la **metacomunicación**. Contamos incluso con etiquetas psiquiátricas para personas que no pueden evaluar con precisión el significado de un mensaje. Estos individuos no pueden adivinar en forma adecuada cuáles son las actitudes, intenciones o sentimientos que se expresan a través de la metacomunicación. (Satir, 1986).

Tabla 1. Los conceptos que aparecen en esta tabla son de Watzlawick (2002) los tomó de otras disciplinas como las matemáticas, la cibernética, la teoría de la información y la telecomunicación, para explicar aspectos de la comunicación humana.

Matemáticas	Cibernética	Teoría de la inf.	Telecomunicación
Conceptos:	Concepto	Conceptos:	Concepto
Número – variable	Retroalimentación	Información; retroalimentación- homeostasis.	Caja negra
Función – relación		Redundancia	
Metacomunicación			

Todos los conceptos revisados hasta ahora estarían presentes en la comunicación cotidiana que utilizamos la mayoría de nosotros. Sin embargo en la **psicopatología** existen otros conceptos que aunque no son exclusivos de esta área se les considera de importancia, éstos son los siguientes conceptos: Caja Negra, Conciencia o inconsciencia, Presente Versus Pasado, Efecto Versus causa, circularidad de las pautas de comunicación, la relatividad de lo normal y lo anormal.

Concepto de la **Caja Negra** ya que es imposible estar observando en todo momento el funcionamiento de la mente se ha tomado este concepto de Caja Negra sacado del campo de la telecomunicación para concentrarse en el estudio de sus relaciones específicas de entradas y salidas, que permiten hacer deducciones de lo que realmente sucede al interior del aparato. Estas relaciones observables de entradas y salidas son la comunicación. Los síntomas que una persona presenta serían como las múltiples formas de entrada al sistema familiar.

**Conciencia o inconsciencia** en la conducta humana un intercambio de información puede ser consciente o inconsciente. Sin embargo en la comunicación la atribución de “significado” que puede ser intencional o no resulta de suma importancia para la experiencia subjetiva de comunicarnos.

**Presente Versus Pasado** aunque la revisión de la experiencia previa es importante lo que se pretende con esto es buscar configuraciones de comunicación (reglas de conducta) que permitan encontrar la estrategia más adecuada para la intervención terapéutica.

**Efecto Versus Causa** Un síntoma es un fragmento de conducta que ejerce efectos profundos sobre todos los que rodean al sujeto. Por ello se considera relevante el efecto de la conducta.

**Circularidad de las pautas de comunicación** En un círculo no hay principio ni fin. En las relaciones humanas, los unos reaccionan frente a la conducta de los otros, sin tomar en cuenta que su reacción es la que los retroalimenta en forma continua.

**La relatividad de lo normal y lo anormal** en sí mismos estos términos son cuestionables, que es “normal” y que es “anormal”. Se ha observado que incluso en un paciente con “esquizofrenia” existen cambios que dependerán de una situación interpersonal, pero que no es un proceso estático el que presenta. Y esto puede observarse desde dos puntos de vista distintos.

Watzlawick (2002) menciona dos marcos conceptuales para definir la esquizofrenia. Esta puede ser vista como una enfermedad incurable y progresiva de una mente individual o bien ser entendida como la única reacción posible frente a un contexto de comunicación absurdo.

## ALGUNOS AXIOMAS DE LA COMUNICACIÓN HUMANA

Existen algunos principios en el proceso de la comunicación que será necesario revisar debido a su importancia y su aplicación dentro de éste fenómeno.

- Es imposible no comunicar
- Toda comunicación implica un compromiso
- Toda comunicación tiene un aspecto de contenido y un aspecto relacional, el segundo clasifica al primero y a esto se le conoce como metacomunicación.
- La puntuación de la secuencia de hechos
- Comunicación analógica y Comunicación digital
- Interacción simétrica y complementaria
- Definición del yo (self\*) y el otro, en el campo metacomunicacional.

Watzlawick (2002) en su libro sobre la Teoría de la Comunicación Humana, señala los siguientes axiomas:

Es imposible no comunicar: Toda conducta en una situación e interacción tiene valor de mensaje, es comunicación, por lo tanto se deduce que por más que uno lo intente, no podemos dejar de comunicarnos. Si permanecemos activos o inactivos, si hablamos o nos mantenemos callados. Todo esto tiene siempre valor de mensaje, influyen sobre los demás, quienes a su vez de alguna manera responderán y con ello también estarán comunicándose.

Toda comunicación implica un compromiso: Cuando uno envía un mensaje toma en cuenta a quién se lo está enviando, por ende define el modo en que el emisor concibe su relación con el receptor.

Toda comunicación tiene un aspecto de contenido y un aspecto relacional, el segundo clasifica al primero y a esto se le conoce como metacomunicación: La capacidad para metacomunicarse en forma adecuada constituye una

condición sin la cuál no existe una comunicación eficaz. Está estrechamente relacionada con el yo (self) y el otro.

La puntuación de la secuencia de hechos: Es fundamental en la comunicación y se refiere al intercambio de mensajes entre dos personas que se están comunicando. Con una característica muy particular, los intercambios tienen una secuencia estímulo – respuesta – refuerzo.

Es tan importante ésta característica que la naturaleza de una relación depende de la puntuación de las secuencias de comunicación entre los comunicantes. La falta de acuerdo con respecto a la manera de puntuar la secuencia de hechos es la causa de incontables conflictos en las relaciones.

Comunicación analógica y Comunicación digital: La comunicación analógica es todo lo no verbal, postura, gestos, expresión facial, la inflexión de la voz, la secuencia, el ritmo y la cadencia de las palabras. Estos mensajes tienen un significado a nivel relacional. La comunicación digital esta creada para expresar, comunicar y tiene un significado a nivel de contenido.

Interacción simétrica y complementaria: “Todos los intercambios comunicacionales son simétricos o complementarios, según estén basados en la igualdad o en la diferencia.” (p.70)

La simetría y la complementariedad en la comunicación son importantes y deben estar presentes en cualquier relación sana, de manera alterna y ocupando diferentes áreas.

El fenómeno del desacuerdo ofrece un buen marco de referencia para estudiar los trastornos de la comunicación debidos a la confusión entre contenido y relación. El desacuerdo puede surgir en cualquiera de los dos niveles y ambas formas dependen una de la otra.

Definición del yo (self\*) y el otro, en el campo metacomunicacional. El desacuerdo equivale a algo muy importante. En el nivel relacional no se comunica nada externo a la relación, sino que ambos sujetos



relacionándose proponen mutuamente definiciones de esta relación. Es inherente a la naturaleza de la comunicación humana el hecho de que existan tres respuestas posibles por parte de C a la autodefinición de D, y las tres son de gran importancia para la pragmática de la comunicación humana: Confirmación, Rechazo y Desconfirmación.

### Confirmación

C puede corroborar o confirmar la definición que D da de sí mismo. Y este podría ser el punto central de toda comunicación humana debido a que eso es en realidad lo que pretendemos al comunicarnos. Que al relacionarnos tengamos ese efecto autoconfirmador.

### Rechazo

La segunda respuesta posible que C podría dar ante lo que D refiere acerca de sí mismo es el rechazo. Sin embargo aún en el rechazo existe un reconocimiento limitado, no negando necesariamente la realidad que D tiene de sí mismo. Incluso como ejemplo de esto podría ser la negación del terapeuta de aceptar la definición que el paciente tiene de sí mismo en la situación transferencial y con la que pretende imponer el “juego relacional” aprendido.

### Desconfirmación

La tercera respuesta posible que es tal vez la más importante desde el punto de vista pragmático y psicopatológico. Es la desconfirmación. William James citado por Laing en Watzlawick (2002) plantea “No podría idearse un castigo más monstruoso, aun cuando ello fuera físicamente posible, que soltar a un individuo en una sociedad y hacer que pasara totalmente desapercibido para sus miembros” (p.87)

Ya que la desconfirmación no sólo se refiere a la verdad o falsedad de la definición que D da de sí mismo, sino que niega la realidad de D como

origen de tal definición. La desconfirmación es equivalente a decirle a D **“Tú no existes”**.

Steiffant (1983) nos dice que los problemas en comunicación humana surgen debido a que los seres humanos tenemos la capacidad para percibir la misma situación en forma diferente y es que lo que decimos que es "la realidad" puede mostrar un sinnúmero de variantes. Si a esto agregamos que la comunicación implica símbolos y que los símbolos representan alguna cosa sin ser en realidad esa cosa y que a su vez es un proceso, el cual tiene una gran cantidad de variables, entonces nos enfrentamos al estudio de un fenómeno complejo, como lo es la comunicación humana. "La comunicación es un proceso que implica el intercambio de símbolos de comprensión mutua" (p. 9)

Solo cuando podemos intercambiar con los demás en un lenguaje común nuestros intereses o necesidades, es cuando podemos llegar a acuerdos mutuos y tener buenas relaciones.

### **Comunicación en la familia**

La familia es una organización social que aparece en casi todas las épocas de la historia de la humanidad y en todas las culturas, está estrechamente vinculada a la historia del ser humano. A la familia se le considera como la unidad básica del desarrollo de la sociedad, nos brinda desarrollo, experiencia y realización o bien enfermedad o salud.

Cualquiera que sea su estructura o forma, tiene diversas tareas a realizar en diferentes ámbitos como el privado o público; deberá cubrir necesidades para sus integrantes como son: la salud, el afecto, la educación, el bienestar y desarrollo, así como funciones sociales que le impondrá la cultura a la que pertenezca. Al ser producto de la evolución la familia tiene que adaptarse a todos los cambios que existan dentro y fuera, contará para ello con recursos y potencialidades y si no los tiene o dónde están limitados tendrá obstáculos para cubrir sus funciones.

Rascón (2002) hasta hace poco tiempo se tenía un concepto sacralizado de lo familiar, pero es bajo la óptica de la investigación que hoy se sabe que la familia ha tenido dificultades, desintegración y ajustes que realizar. Actualmente se han observado cambios por la crisis de la familia nuclear-conyugal y es que al interior de la familia hay que tener una dedicación extraordinaria para atender las muchas necesidades cotidianas y con ello salvaguardar su autonomía. {"En un estudio realizado en mil familias mexicanas del Distrito Federal: se observó que cada vez es más alto el nivel de aislamiento y la soledad familiar, principalmente en los casos de madres solteras y en el de muchos hogares de personas de mayor edad abandonadas por sus parientes cercanos . . . Esta característica está presente, en las familias con un pariente enfermo o minusválido (entre el 3% y 6% que sumados pueden llegar hasta el 9%), requieren apoyos especiales para los propios padres, más que los puramente asistenciales para los minusválidos.}" Leñero 1994 (citado en Rascón, 2002). (p. 31)

En esta seria problemática se plantea que los principales tropiezos o problemas que se presentan son el aislamiento, la limitación de recursos humanos y económicos, así como la comunicación que interviene o influye de manera significativa en los conflictos intrafamiliares.

Un hallazgo significativo en materia de comunicación, encontrado en las familias de pacientes con esquizofrenia fue la situación del doble vínculo.

Jackson (1977) junto con Bateson; Haley; y Weakland en la realización de este trabajo formularon la hipótesis de que la situación de la familia del esquizofrénico posee las siguientes características:

1. Un niño cuya madre se vuelve ansiosa y se retira si el niño le responde como a una madre cariñosa. O sea, que la existencia misma del niño tiene un significado especial para la madre, que despierta la ansiedad y hostilidad de ésta cuando se encuentra en peligro de tener un contacto íntimo con el niño.

2. Una madre para quien los sentimientos de ansiedad y hostilidad hacia el niño no son aceptables y cuya manera de negarlos consiste en expresar una franca conducta afectuosa, para persuadir al niño de que responda a ella como a una madre cariñosa y retirarse de él si no lo hace. “Conducta afectuosa” no implica necesariamente “afecto”; por ejemplo, puede establecerse en un marco de hacer lo correcto, influir de manera insensible en la realización de alguna actividad, “bondad”, etc.
3. La falta de algún miembro de la familia, como un padre fuerte y perspicaz, que pueda intervenir en la relación entre la madre y el niño y respaldar a éste en las contradicciones involucradas.

Satir (1986) se refiere a la comunicación como el proceso de dar y recibir información y señala que los seres humanos no podríamos sobrevivir sin comunicación y que ésta es fundamental en la psicoterapia, ya que sirve para estrechar la brecha entre inferencia y observación y a documentar la relación entre las pautas de comunicación y la conducta sintomática. Esto último lo demostró trabajando con Jackson y Riskin.

Menciona que cuando una persona dentro de una familia (el paciente) sufre de algo que se manifiesta en síntomas, todos los miembros de la familia sienten ese dolor de alguna manera. Los psicoterapeutas han encontrado útil llamar al miembro que tiene el síntoma paciente identificado “PI”, en lugar de llamarlo como lo hace la familia “el enfermo”, “el raro”, o “el culpable”, el profesional de la salud hace esto porque considera que los síntomas del paciente identificado cumplen una función familiar y también una función individual.

En 1954 Jackson introdujo el término “homeostasis familiar”, para designar a la familia que se comporta como si fuera una unidad. La familia actúa como si deseara obtener un equilibrio en las relaciones y los miembros ayudan a mantener ese equilibrio en forma abierta o encubierta, las pautas de

comunicación de la familia son repetitivas, circulares y predecibles, revelan este equilibrio. Cuando la homeostasis familiar es precaria, los miembros hacen un gran esfuerzo para mantenerla. La relación conyugal es el eje en torno al cual se forman todas las otras relaciones familiares ya que los esposos son los “arquitectos” de la familia y en una relación conyugal penosa se tienden a producir acciones parentales disfuncionales. El Paciente identificado es el miembro de la familia a quién más obviamente afecta la relación conyugal penosa y el que está más sujeto a las acciones parentales disfuncionales. Los síntomas del PI son un “S.O.S.” para que alguien ayude a aliviar el dolor de sus padres y resuelva el desequilibrio familiar resultante, esos síntomas son un mensaje de la distorsión de su propio crecimiento como resultados de aliviar y absorber el dolor de sus padres.

Anderson y Reiss (1986) ante el diagnóstico de la esquizofrenia en alguno de los miembros de la familia, se provoca un impacto en todos los demás. La desesperación y la angustia se apoderan de ellos, pueden temer el haber contribuido a causar los problemas del paciente. Ven cómo su ser querido desarrolla ideas y percepciones extrañas, se angustia y agita cada vez más, adopta rituales o sistemas de creencias insólitos y, a veces, adquiere una conducta extremadamente disociadora y en ocasiones hasta violenta.

Aznar y Berlanga (2004) refieren que en el inicio de la enfermedad, varios de los comportamientos del familiar enfermo los pueden atribuir a “cosas de la edad”, al estrés y la presión en el trabajo o los estudios, al primer desengaño amoroso o bien a cualquier otra circunstancia que haya ocurrido al mismo tiempo y que pueda justificar los cambios que ha estado presentando el paciente. En otras ocasiones también estos cambios pueden producirse de forma repentina. Cualquiera que sea el caso tras diagnosticar la esquizofrenia, los familiares y el paciente reciben un impacto emocional importante. Muchos familiares quedan desolados cuando el médico les dice que “es para toda la vida” y que “no tiene cura”.

Los principales tropiezos que enfrenta una familia son los problemas que se presentan para mantener un buen clima familiar y para proporcionar apoyo; los problemas más comunes suelen ser los sentimientos de culpabilidad, las dificultades para llegar a acuerdos, la sobreimplicación y los problemas de comunicación.

#### Problemas para comunicarse adecuadamente con el familiar enfermo

En ocasiones, las dificultades de muchas personas para ayudar y apoyar al familiar provienen de los problemas para entenderse con él. Realmente es comprensible que existan problemas para comunicarse con su familiar porque con frecuencia tropiezan con uno o varios de estos problemas.

- Como consecuencia de la enfermedad y la medicación, puede estar menos comunicativo y expresivo. Es posible que tenga muy poca conversación espontánea y conteste con monosílabos cuando se le pregunta sobre algo que antes hubiera generado una larga charla, o que tenga un semblante muy serio y apenas sonría. Resulta difícil hablar con una persona a la que hay que sacarle las palabras con sacacorchos.
- Los problemas de atención y de memoria pueden dificultar que pueda seguir una conversación en forma hilada y sin distraerse o que recuerde lo que le hemos dicho. Esto suele dar la sensación a mucha gente de que la persona no tiene interés en la conversación, o que no le importa en absoluto lo que se le está diciendo.
- En algunos momentos, determinadas costumbres sociales en la comunicación, como mirar a los ojos o aproximarse cara a cara, para hablar con él, pueden resultarle molestas e incluso hacerle sentir mal y parecernos huidizo y desinteresado.
- Puede tener períodos en los que esté más irritable y contestarnos de malos modos, o elevar la voz ante comentarios que en otras ocasiones no provocaban en él ningún malestar.

Desde luego que los familiares suelen alarmarse y con frecuencia esta preocupación les hace más estar encima de ellos lo cual refuerza un círculo vicioso en el que existe enfado por parte de los familiares y el paciente se muestra más huidizo y retraído. Es importante recordar que este tipo de dificultades forman parte de la propia enfermedad y que no es por un desinterés genuino o por querer fastidiarles. En muchos casos a medida que la persona va restaurando su nivel de actividad y ajuste, esto suele mejorar. El enojo aparece más fácilmente cuando estos problemas se atribuyen a desinterés o mala fe que cuando se sabe que son verdaderas dificultades que el familiar enfrenta y está intentando superar.

Algunas pautas que proponen Aznar y Berlanga (2004) para evitar problemas y ayudar al familiar enfermo:

1. Dirigirse al Paciente Identificado (PI) con normalidad, pero procurando adaptar el tiempo de conversación a su capacidad para atenderle. Si ve que se distrae o que se pone nervioso, finalice con tranquilidad y discreción la plática e iníciela en otro momento.
2. Si habla poco, préstele atención cuando se dirija a usted por iniciativa propia, potencie que inicie conversaciones atendiendo y valorando lo que dice.
3. Cuando quiera que haga algo, pídale clara y concisamente lo que espera de él. Si le da una charla muy larga y repleta de explicaciones, es más probable que no llegue a enterarse por distracción o que olvide lo realmente importante.
4. Intente saber si algo de lo que usted hace cuando le habla le molesta o lo pone nervioso y procure no hacerlo.

Existen otros obstáculos para tener una buena comunicación y éstos se derivan del estado emocional de los familiares. El afrontamiento de la enfermedad es una experiencia difícil para toda la familia y no es fácil mantener la calma y hacer lo adecuado en cada momento. Esto es normal y humano, si ocurre ocasionalmente no tiene mayor importancia. Sin embargo en la medida que los familiares se sobreimplican – (que se involucren

emocionalmente y lo sobreprotejan en exceso) – se someten ellos mismos a un desgaste psicológico y emocional extenuante, ya que se sienten obligados a estar pendientes constantemente de su familiar y sacrifican su vida personal de tal forma que acaban girando exclusivamente en torno al familiar enfermo y la enfermedad. Cuando esto ocurre suelen estar agobiados y con altos niveles de ansiedad. En esta situación es más fácil que la persona se muestre crítica y hostil con todos, especialmente con el familiar enfermo.

Barrowclough y Tarrrier (1995) señalan que en los últimos años, el foco de interés se ha desplazado al papel que desempeñan los ambientes familiares en la precipitación de las recaídas en los individuos vulnerables que ya han experimentado un episodio de esquizofrenia, encontrando como un importante factor de riesgo la **Emoción Expresada (EE)** - (en esencia, una medida del tono de voz y de las expresiones verbales) - se traduce en un proceso de interacción familiar reiterativo.

Kuipers, Leff y Lam (2004) acerca del constructo **(EE)** señalan que está compuesto por los siguientes términos técnicos (comentarios críticos, hostilidad y sobreinvolucración). Estos no son nombres de emociones, aunque, existen emociones claramente identificables que son las que dan lugar a las respuestas y conductas que mide la EE que es una técnica de investigación. Dichos autores definen así estos términos: “El criticismo es una expresión directa de enfado, y el número de comentarios críticos registrados durante una entrevista indica el grado de enfado que el cuidador tiene con el paciente. La hostilidad es una forma extrema de criticismo y representa un enfado muy intenso, que puede ir acompañado por un rechazo global del paciente. La sobreinvolucración ésta alimentada por una mezcla de ansiedad y culpa. La culpa proviene de sentirse responsable de la enfermedad del paciente, y es mucho más común entre los padres que entre otros familiares”.

Aznar y Berlanga (2004) en la Emoción Expresada esa reprobación o criticismo suele caracterizarse por:



- Una frecuente expresión de emociones negativas ejemplo: “¡eres mi cruz!”, “¡no te aguanto!”, “eres un fastidio!”.
- Una focalización en las cosas que el familiar hace incorrectamente y dificultades para percibir, valorar y apreciar lo que hace correctamente ejemplo: “¡siempre dejas los platos en la mesa!”, “¡siempre haces los mismo, por más que te diga que no!”, “¡vaya!, hoy si el jovencito tendió su cama!”.
- Una tendencia a establecer etiquetas generales y globales a partir de comportamientos específicos: “eres un enfermo” (no entiendo lo que quieres decirme), “eres un vago” (no has puesto la mesa), “eres un fastidio” (me molesta que me digas eso ahora).

Desde luego que este estilo de interacción con el familiar enfermo tiene un efecto muy negativo en la evolución de la enfermedad. Ya que como lo hemos referido, las personas que padecen esquizofrenia suelen ser muy sensibles al estrés y a los ambientes muy demandantes. La exposición continua a este tipo de interacciones incrementa la probabilidad de recaídas, empeora el estado clínico de la persona y contribuye muy poco a que tenga una sensación de eficacia personal, a que crea en sus capacidades y se esfuerce por hacer las cosas.

Mantener el mínimo de tensiones y disputas, fomentar la mejora de la situación, respetar y valorar al familiar es lo que contribuye en forma más eficaz a una interacción adecuada y útil para conseguir su recuperación.

Conseguir cambiar un estilo de relación ya establecido, no es fácil. Por un lado, los familiares actúan así porque no son conscientes de cuánto empeoran las cosas cuando se plantean de esta forma. Por otro lado, suelen estar agotados emocionalmente y les resulta extremadamente difícil ver las cosas de otra forma, y hacer esto les ayuda a descargar el malestar acumulado y se sienten menos sobrecargados, convirtiéndose entonces la interacción en un círculo vicioso.

Aznar y Berlanga (2004) proponen algunas pautas para la comunicación sin tensiones:

- Cuidar lo que dice y la forma en que se dice. Los seres humanos nos comunicamos más allá de las palabras. Podemos enviar un mensaje con un contenido apropiado, pero acompañado de un tono y unos gestos inadecuados.
- Procurar expresar lo que uno quiere, no lo que no quiere.
- Procurar utilizar el lenguaje para comunicarse, no para desahogarse. Si se encuentra muy enfadado o alterado, procurar esperar a calmarse para comentar lo que ha molestado. Acostumbrarse a utilizar las señales de enfado, ira y nerviosismo como señales para aplazar la discusión de un problema.
- Centrarse en la conducta manifiesta del familiar, evitar elucubrar sobre las causas o la intencionalidad de un determinado comportamiento.
- Hablar de las cosas que a uno le molestan, utilizando el “lenguaje del yo”.
- Comenzar cualquier crítica reconociendo los aspectos positivos del comportamiento del otro, por pequeños que sean.
- Ser específico en las demandas de cambio en el otro; pedir de forma breve, concreta y clara lo que le gustaría que hiciera.
- Expresar en forma explícita su confianza en que el familiar va a intentar hacer las cosas de la mejor forma posible.
- Seleccionar un momento y un lugar apropiados para hablar.
- Ir expresando poco a poco y en momentos apropiados las cosas que molestan o que le gustaría que cambiara, no ir acumulando las cosas hasta sentirse muy cargado.
- Si a lo largo de la conversación se empieza a elevar la voz o comienzan las acusaciones, los insultos, etc., es mejor aplazar la discusión para otro momento y preparar mejor el contenido de la misma.

Barrowclough y Tarrier (1995) señalan que al inicio de la enfermedad se deben valorar seis áreas de intervención familiar:

- 1) la angustia de los familiares, y situaciones (entre ellas pensamientos) que desencadenen angustia.
- 2) estrategias de afrontamiento usadas para hacer frente a los síntomas tanto positivos como negativos, y qué efecto tienen sobre los miembros de la familia y el paciente.
- 3) capacidad de comprensión de la enfermedad, los síntomas, la medicación, etc., por parte del familiar.
- 4) consecuencias de la enfermedad sobre el familiar, teniendo en cuenta las restricciones (por ejemplo, en la vida social, profesión) y privaciones económicas.
- 5) relación con el paciente e identificación de las insatisfacciones que el familiar tiene sobre aspectos concretos de su comportamiento.
- 6) áreas de fuerza: por ejemplo, una estrategia de afrontamiento eficaz, apoyos sociales, relación positiva con el paciente.

Aunque en la actualidad se ha estudiado en forma exhaustiva la problemática de éste tipo de familias, es precisamente en el ámbito de la comunicación en dónde no se han dado los mayores avances. La revisión de la literatura para la realización de éste trabajo nos muestra una amplia gama de estudios en el tratamiento farmacológico, en el tratamiento psicoeducativo para las familias y los pacientes, el valor que tiene la terapia ocupacional, así como la importancia de reinsertar al paciente en el ámbito educacional, laboral y social. Sin embargo es en el campo de la comunicación – (que es imprescindible para tener relaciones exitosas) - en donde los estudios que se encontraron son de varios años atrás y uno que otro relativamente reciente. Y paradójicamente los primeros estudios en teoría de la comunicación y terapia familiar fueron iniciados con las familias de pacientes que presentaban esquizofrenia, es así como nacen éstas importantes áreas del conocimiento.

## **CAPITULO 2**

### **LA FAMILIA**

De todos los seres vivos que hasta ahora se conocen, el ser humano es el que al nacer requiere de mayores cuidados y por un tiempo más prolongado. Es por eso que algunos autores mencionan el origen natural de la familia y es que es lo que precisamente requerimos al llegar a la vida. Necesitamos ser cuidados, protegidos, amamantados, educados, acompañados y esto entre otras muchas funciones son las que ejercerá una familia ante su nuevo miembro. Un bebé nace siendo totalmente dependiente e indefenso, es por ello que requerirá de alguien que lo nutra física y emocionalmente, necesitará que lo protejan del medio ambiente, que le den cobijo; necesita ser resguardado de las inclemencias del clima, para ello habrá que tener un espacio, necesitará de los otros, de personas que lo cuiden y le enseñen, necesita socializar con el grupo al que pertenece. La cultura también le aportará información valiosísima que le permita seguir valores, costumbres y tradiciones de sus antepasados y todo esto no podría suceder sin que los sujetos tuvieran una familia, que es la que básicamente se encargará de realizar todas estas funciones y algunas más como pueden ser los lazos de amor y de desamor que nos van a unir con padres, abuelos, hermanos, tíos, primos, etc.

Todo ser humano trae al nacer una herencia genética compartida con sus antepasados, pertenece o forma parte de la historia de una familia, que mientras siga reproduciéndose seguirá perpetuando a ese grupo familiar y éste hecho es trascendental para la sociedad y para el ser humano como especie de ahí la importancia de la familia.

## **Definiciones de familia**

Estas son algunas de las definiciones que han dado diversos autores al concepto de familia, que varían desde las antropológicas y sociales, hasta las psicológicas.

T. Pearson (citado en Berestein, 1987) definió a la familia norteamericana como un sistema abierto, multilineal y conyugal. La familia conyugal estaría compuesta por padres e hijos y a ellos se les denomina “familia”, en tanto a los demás miembros reunidos por condiciones de parentesco los denominó “parientes”.

R. Linton (1987) el término “familia” lo aplica a dos unidades sociales básicamente diferentes. Designa al grupo familiar compuesto por los cónyuges y descendientes “familia conyugal” y al grupo difuso y poco organizado de parientes consanguíneos lo llama “familia consanguínea”.

Sportt (1987) a la familia la define como el conjunto de personas ligadas por lazos de parentesco determinados en virtud de alguna relación consanguínea real o putativa.

Radcliffe-Brown (1987) denomina “familia elemental” al conjunto formado por un hombre, su esposa e hijos o hijas y nos dice que ésta tiene tres tipos de relación social; relaciones de primer orden: las que se dan entre padres e hijo o entre los hijos de los mismos padres, o entre marido y mujer en tanto padres de los mismos niños; relaciones de segundo orden: aquellas que la familia elemental tiene por medio de un miembro común, con otra familia elemental: el hermano de la madre, el hermano del marido, la hermana de la mujer; relaciones de tercer orden: las que se tienen por medio del hijo del hermano del padre, la mujer del hermano de la madre y así sucesivamente hasta llegar a enumerar relaciones del enésimo orden.

Levi- Strauss (1987) nos dice que el sistema de parentesco dispone de dos subsistemas: el primero consiste en términos que denominan la relación del

parentesco: padre, madre, hijo, hermano, tío, etc. El segundo incluye una serie de sentimientos que generan actitudes variadas que van desde el amor, cariño, ternura, hasta la hostilidad y el resentimiento.

Este autor señala que en la estructura elemental del parentesco existen tres tipos de vínculos o relaciones familiares dadas en la sociedad humana: la relación de consanguinidad: esto es entre hermano y hermana; la relación de alianza: entre marido y mujer; la relación de filiación: entre progenitor e hijo.

Liman C. Wynne (1987) su trabajo lo realizó con familias que tenían un paciente con esquizofrenia y definió la unidad familiar como aquella que incluye a los padres e hijos.

Jackson (1987) se refiere a la familia de dos maneras. El grupo básico es padre, madre e hijo o hija e incluye a los hermanos vivan cerca o lejos y este es un sentido práctico del concepto familia. Describe al grupo familiar como un conjunto relacional, no pone énfasis en el lazo consanguíneo pero sí en la relación de sus integrantes. Ésta última definición tiene un sentido teórico en virtud de incluir la noción de sistema al describir al grupo familiar como un conjunto relacional.

Todas las familias están formadas por sus integrantes, las hay de diversos tamaños, algunas son grandes y otras pequeñas. Sin embargo será preciso revisar cuales son las funciones que cada uno de ellos realiza, ya que éste hecho será imprescindible, para darle una razón de ser a la familia.

Escardo (1974) la unión biológica de la pareja va a verse consumada con los hijos, con lo cual se formará un grupo primario llamado familia y el cual tendrá funciones claramente definidas.

La familia al estar inmersa en la sociedad recibe un sinnúmero de influencias y sin embargo no podemos hablar de la familia como de una institución estándar, fija e invariable. Mucho menos ahora que el papel de la mujer ha

cambiado asumiendo intervenciones en el campo laboral, político, cultural y social. Si bien la familia como fin primordial representa todo un sistema de seguridad para el individuo, la verdad es que también es en la familia alterada o no sana donde pudiera no ser garantizado el desarrollo físico, mental, afectivo y social que un niño requiere. Basta ver como han cambiado hoy los distintos tipos de familias a las que pertenecemos y como han alterado la vida familiar el nivel económico, los cambios de costumbres, el régimen de vivienda, la persistencia o liberación de los aspectos religiosos, la emigración a diferentes regiones, la limitación voluntaria de los nacimientos, las familias reconstituidas, etc, etc. Todas estas diferencias suelen ser fuentes de conflicto para la familia.

“... la familia no es un sistema perfecto y ordenado fijamente, sino una institución evolutiva inmersa en la totalidad social y sensiblemente sometida a sus transformaciones”. Escardo (op. cit). (p.11)

La familia de hoy tiene muchos retos a cubrir y como en toda transición el ajuste llevará tiempo, resistencias y reajustes por parte de sus miembros. En el pasado la vida familiar era todo, era la vida misma, hoy no lo es tanto, cada integrante de la familia tiene sus propias actividades muy respetables y son menos frecuentes y más breves los tiempos compartidos. En la vida actual tenemos dos tipos de vida: una vida familiar y una vida propia. Es por eso necesario que los padres de hoy tengan una conciencia más clara de la integridad de sus funciones, ya que si bien es cierto que todos nos vemos afectados por los cambios, los niños siguen siendo los más vulnerables y en tales circunstancias podrían ser los más afectados.

Para quienes decidan constituir una familia y hacerlo lo mejor posible, deberán ser maduros emocionalmente, ya que el desequilibrio conyugal tiene su origen en la falta de madurez emocional por uno o ambos cónyuges. La seguridad afectiva es la piedra angular del conjunto familiar y su eficacia funcional dependerá de la capacidad que tengan sus integrantes para el ajuste y el acuerdo ante el desacuerdo o la discrepancia. Escardo (1974) lo define de esta manera: el afecto es un deber familiar constituido

con una equilibrada y continúa combinación de apoyo, respeto, tolerancia y comprensión. No es un sentimiento, sino una actitud razonada, una línea de conducta que permita guiar el cariño cuando éste exista o sustituirlo en gran parte cuando falte.

### **Funciones de la familia**

Ackerman (1988) menciona que la familia cumple fundamentalmente dos funciones: asegura la supervivencia física y nos construye en lo humano como hombres y mujeres. En lo social los fines de la familia moderna son:

1. Provisión de alimento abrigo y otras necesidades materiales que preservan la vida y protegen de peligros externos.
2. Provisión de unión social, que es la matriz de los lazos afectivos de las relaciones familiares.
3. Proporciona la oportunidad para desplegar la identidad personal, ligada a la identidad familiar; este vínculo de identidad proporciona la integridad y fuerza psíquicas para enfrentar experiencias nuevas.
4. Brinda el moldeamiento de los roles sexuales, prepara el camino para la maduración y realización sexual.
5. Ejercita para integrarse en roles sociales y aceptar la responsabilidad social.
6. Fomenta el aprendizaje y apoyo de la creatividad e iniciativa individual.

La conformación de la familia determina las formas de conducta que se requerirán para efectuar los distintos roles de la familia y éstos sólo se adquieren al interior de esta.

### **FUNCIÓN DE LA PAREJA**

Para Escardo (1974) la pareja representa una entidad peculiar, autónoma y específicamente diferenciada siendo más que la suma de sus componentes. En épocas pasadas todo el poder, autoridad y guía era conferido al esposo,



hoy con el desenvolvimiento de la mujer en todos los campos ha vuelto al varón pareja.

Los roles deben cambiar para permitir la transformación y la evolución de las personas. Es así como la pareja tendrá que modificarse con la llegada de un hijo, desde la concepción el hijo ya existe y todo será distinto en el futuro. Asumir la realidad y el nuevo rol será un problema de pareja como unidad. La mujer al sentirse embarazada experimentará una necesidad lógica de apoyo y protección, modificando el rol del compañero, ya que el marido tendrá que asumir un rol maternal, dar protección y seguridad, cuidando maternalmente a su mujer embarazada como un modo de cuidar también al hijo y asumir así su paternidad.

Según Escardo (op. cit) la estructura interna de la pareja tiene tres postulados fundamentales:

- la conciencia de pareja como entidad diferenciada y autónoma superior a la suma de sus componentes individuales.
- la intimidad en el sentido de seguridad en el otro, como miembro de la pareja.
- el mantenimiento de la personalidad de cada uno, preservando los elementos biográficos que son intransferibles y que entrañan una aceptación consciente de la diferencia. Así como la decisión y el cumplimiento de compartir experiencias vitales comunes.

Ackerman (1988) menciona que la identidad de una nueva familia se va a moldear incorporando algo de la imagen de cada uno de los cónyuges y de las imágenes de sus respectivas familias de origen, desarrollando además algo nuevo y único, a través de la interacción, fusión y rediferenciación de la pareja.

## LAS FUNCIONES FAMILIARES

Para Escardo (1974) cada uno de los miembros de una familia tiene en la convivencia un papel determinado, establecido por la suma de funciones que desempeña dentro de la composición familiar.

Un ejemplo es el siguiente: una pareja que se une y se van a vivir solos, ella tendrá la función esposa y él la función esposo y nada más, el juego familiar estará simplificado por lo menos en el hogar y en el sentido funcional. Pero si la pareja va a vivir con los padres de ella, las funciones se cumplen así: la mujer tendrá la función esposa, la función hija; al marido la función esposo, la función yerno; suponiendo que en la casa paterna viva una hija todavía soltera, entonces les correspondería una función más. A la esposa le correspondería la función hermana y al esposo la función cuñado. Para un buen desempeño familiar es necesario que cada quién asuma plenamente la función que tiene dentro del núcleo familiar.

Por otra parte aunque las funciones familiares tengan ciertas áreas de cumplimiento común, son en esencia específicas e intransferibles. Y son precisamente causa de conflictos familiares las semidelegaciones y las semitransferencias de dichas funciones.

Lo importante de las funciones:

1. cada componente de una familia tiene como tal una función personal y definida.
2. tal función debe ser conocida y aceptada por cada integrante familiar.
3. esa función no debe ser, en principio, ejercida sino por aquella persona que dentro del esquema familiar está destinada a cumplirla.
4. en cada persona coinciden tantas funciones como relaciones recíprocas puedan establecerse entre los miembros de la familia. Pero también en cada persona, cada una de esas funciones debe ser separable dentro de una escala jerárquica.

Recordemos que la familia es una antigua institución sostenida por la tradición, la cultura, las religiones, los códigos, los tabúes y los prejuicios. Es por ello que las funciones están dadas tomando en cuenta su contexto y razón de ser. Ahora bien las familias tienen que abrirse combinando sus funciones con las de otros núcleos sociales de no hacerlo así, sus miembros no evolucionarán y su familia tampoco. Y recordemos que esto es esencial para el sano desarrollo de un individuo, que sería en resumen la función de la familia.

El paradigma del fenómeno familia es el nacimiento de un niño, la paternidad es la consecuencia natural de la unión de un hombre y una mujer en el acto amoroso a partir del cual la mujer se torna en madre y el hombre en padre. Las contribuciones biológicas de cada uno en la creación de sus descendientes son únicas y fundamentales. Pero esta misma singularidad en sus funciones biológicas de ambos sexos crea condiciones de estructuración distinta de las relaciones emocionales y sociales de la madre con el hijo y del padre con su hijo. Ackerman (1988).

## LA FUNCIÓN MADRE

Diversos autores (Ackerman, 1988; Escardo, 1974; y Soifer, 1979) hacen alusión a la función madre en los siguientes términos: señalan que la madre es el progenitor principal. Es a través de su función de amamantar, la primera fuente de nutrición, de seguridad, confort y supervivencia. Un bebé depende de los cuidados de su madre o de quién realice esta función. La madre se convierte en la principal reguladora de las emociones debido a su capacidad de intuición y comprensión psicológica, inherentes a su condición femenina. Ella será la encargada de saber cada cual lo que está sintiendo o por lo menos se esforzará en hacerlo y tratará de hacerlo saber a los demás miembros de la familia. Lo distintivo en la función de madre es el poder comprender y hacer comprender los sentimientos y emociones de los miembros de la familia. La función de madre se da porque es ella la que cuenta con una base afectiva eficaz para ello.

Escardo (1974) señala que no sólo el amor bastará para educar bien a un niño, se necesitará del conocimiento, la reflexión y la disciplina. Igualmente esencial será que la madre y el niño tengan una exacta noción de las funciones intrafamiliares y del terreno en que cada una de ellas tiene que ser cumplida. La madre tiene que obtener que el niño respete en absoluto los límites de lo que dentro del juego familiar corresponde al ejercicio de otras funciones como puede ser la función conyugal; si no está alerta al respecto el niño tenderá inmediatamente a introducirse entre la pareja absorbiendo a la madre, otro aspecto importante será conservar a salvo las funciones que atañen a su propia persona, ya que dependerá de la eficacia con que pueda manejar todo esto su buen desempeño. Debe dar al niño lo justo, tan malo es que le dé de menos, como que le dé de más.

La madre sentimental que hace que el hijo duerma en su cuarto y cree que con ello cumple su deber de ternura y protección, en realidad confunde sus funciones intrafamiliares y haciendo más de lo justo por su hijo, hace menos de lo justo por su esposo y/o por sí misma e introduce el caos en el orden familiar, debe ejercer ante el hijo un definido respeto por el esposo y sus funciones familiares y personales. El niño forja arquetipos con sus mayores y todo lo que contribuya a destruirlos colabora a su inseguridad psíquica y angustia. Lo mismo sucede cuando se le habla mal de los tíos, abuelos, maestros, etc. o de quién de una manera u otra el niño necesite recibir protección, apoyo o dirección.

Ackerman (citado en Escardo, 1974) menciona que “ ... . en cada casamiento que termina en divorcio hay muchos en que los cónyuges permanecen juntos, pero están emocionalmente separados unos de otros. Siguen juntos, no por razones de amor, sino por necesidades económicas, deber hacia los hijos, dependencia personal, temor a la soledad o simplemente, por que no hay otra parte a donde ir. La familia permanece físicamente unida, pero hay en realidad una separación emocional entre los padres.” (p.61)

Estas situaciones son las que pueden distorsionar el desarrollo de la personalidad de un niño y ser la diferencia entre salud y enfermedad. Los

problemas graves del carácter infantil no se dan por la separación física de los padres, sino por la falta de delimitación de sus funciones y las interferencias emocionales que éstas provocan en el ánimo del niño, así como la falta de dirección educativa.

En la primera etapa la función materna reside en servir con cariño; en esta etapa la madre debe darse en la relación, estar presente. En la segunda etapa el acompañar con afecto y estimular hacia la autonomía, será su función. Si una madre persiste en servir a su hijo todo el tiempo, impide la diferenciación de su hijo y ninguno de los dos crece.

Desafortunadamente y con más frecuencia de la que pensamos las madres tienen malas relaciones con sus hijos, como ejemplos vale mencionar a la madre hostil, representada por la que no tiene paciencia con su niño, lo reprende de forma reiterada, le grita sin cesar, lo ofende, le observa constantemente, etc, etc. En ocasiones la hostilidad puede ser más sutil o refinada, la burla, hacerle ver constantemente al niño su falta de destreza en ciertas actividades, etc. Otra variedad de la madre hostil es la madre perfeccionista, llamada también hipercrítica o exigente; quiere que su hijo sea el más correcto, el mejor arreglado, el sobresaliente en todo y para obtenerlo arroja sobre él toda una sarta de advertencias. Son personas, en general inmaduras e insatisfechas, esclavas de las convenciones sociales, que buscan en un perfeccionamiento externo la compensación de un real sentimiento de inferioridad. Otra forma de maltrato es la negligencia o el abandono y una forma clásica y sutil del rechazo es la sobreprotección; es difícil aceptar que una madre que está en constante preocupación porque a su hijo no le falte nada, sea en el fondo una madre rechazante y aunque es inconsciente, sus cuidados adquieren un tono ansioso y conflictual. Un tipo más es la madre celosa y absorbente que recela que su hijo pueda tener afecto a cualquier otra mujer, que no le permite ir a casa de sus tías o abuelas y pretende que el "hijo sea para ella sola"; después recelará de las maestras y no encuentran novia o esposa digna de su hijo, escondiendo en el fondo de tales exigencias el temor a una rival y si el hijo se llega a casar, las relaciones con la nuera son tirantes y difíciles, en aras de una pretendida

adoración pueden frustrarles la vida. Una distorsión más es la que se cumple cuando una madre, aferrándose a su hijo, descuida su función de esposa y descarga ante el hijo el rencor o desencanto que siente hacia su marido y el pequeño percibe la realidad de sus sentimientos, estas mujeres no tienen un hijo con su esposo, sino un hijo contra su esposo.

Para la salud mental de todo ser humano se necesitará tener imágenes de padre y madre que constituyan un modelo positivo y una base afectiva en que apoyarse, y que el hijo tenga una buena imagen paterna eficaz mucho dependerá de la buena función de madre que ésta realice.

Winicott (1994) habla del efecto de la psicosis en la vida familiar y esto lo resume en que muchas familias se deshacen debido a la existencia de la esquizofrenia en alguno de sus miembros. Es frecuente que los padres se sientan culpables de la enfermedad del hijo, y a veces, sin que puedan explicarlo, confunden la enfermedad del hijo con un merecido castigo. En el caso de que la enfermedad recaiga en uno de los progenitores, puede ser que el otro lejos de quedarse con los hijos, decline su responsabilidad para salvaguardar su propia cordura. La vida de los niños se ve seriamente perturbada así como su desarrollo, cuando es principalmente la madre quién padece la enfermedad.

## LA FUNCIÓN PADRE

Para Escardo (1974) el niño necesita para su futuro equilibrio anímico contar con una imagen paterna solidaria e integrada a su vida emocional. El ejercicio de la función padre tiene también etapas evolutivas, y la primera en el tiempo se ejerce a través de la madre. Cabe destacar que el proceso del embarazo no es una etapa fácil para la madre y que después del nacimiento esa mujer no volverá a ser la misma, es por eso que el esposo deberá cumplir un papel muy importante dándole confianza, compañerismo y que el cambio sirva para fincar un lazo de unión más trascendente. Cuidando a la mujer, el esposo cuida a su hijo y comienza a ejercer la función de padre. Esta misión de compañía y apoyo la podrá concretar cuando el bebé haya

nacido, será importantísimo que este presente en todas las funciones que realice la madre con el bebé, su presencia regular y constante será la mejor aportación que puede dar a su hijo y a su esposa.

Los contactos tienen muchos matices pero será necesario que él dé tiempo de calidad. El niño debe crecer viendo a sus padres juntos y solidarios como presencia y como imagen. A medida que crezca el niño, va a ir necesitando físicamente de su padre como de un compañero fuerte y seguro. El padre deberá jugar con él, porque estas serán experiencias importantes en la relación padre hijo, la iniciativa del juego deberá favorecerla el hijo. La necesidad de padre en el niño comienza hacia el segundo año de vida y es progresivamente creciente hasta el fin del séptimo año, en el que la vida del chico se vuelve más activa hacia el exterior y el padre debe ayudarlo a lograr la autosuficiencia.

La función de padre también se verá ejercida cuando el niño busque al padre y tengan un encuentro positivo, el hecho de que un hijo sienta al padre cercano y sepa que siempre podrá contar con su apoyo y guía, es de suma importancia para ambos. El pequeño que siente que ha colaborado con el padre y que el aprecia dicha colaboración como un privilegio cariñoso y exclusivo, marcará la relación en forma significativa. El padre también debe buscar salir a pasear con su hijo, en familias con varios hijos es del todo necesario que el padre salga con cada uno en particular. En todas las situaciones, el padre será siempre una imagen fuerte, protectora y guiadora del niño; no su igual o camarada; al hijo no le gusta sentir a su padre en un plano de igualdad y considera ridículo verlo así. La eficacia de la conducta del padre con respecto a su hijo se asienta en la conducta del padre frente a sí mismo.

El respeto es básico como función intrafamiliar para la seguridad afectiva y emocional del niño, para quién durante los años de infancia los parientes son imágenes tutelares y no seres humanos comunes. Es por eso que los padres no deben hablar mal de los tíos, abuelos y demás parientes, sin motivo grave.

Flanders (citado en Escardo, 1974) escribe: "Si los padres regulan su propia conducta, no tendrán que regular la de sus hijos". (p. 81) Un padre ha de portarse frente a su hijo siempre como un padre y para esto puede valerse de su propia imaginación, cómo le hubiera gustado que se portaran con él en una circunstancia similar.

Distorsiones de la función paterna: el padre también puede ser rechazante, hostil, negligente, hipercrítico o exigente y sobreprotector. Un padre puede utilizar a su esposa como intermediaria de su función de padre y esto será motivo de conflicto y problemas familiares. Un padre que no tiene tiempo de ocuparse de sus hijos, por más que busque un pretexto honorable o justificable, en realidad estará huyendo de su papel de padre. Si un padre falta, el niño busca instintivamente una figura paterna, en el tío o el abuelo, un primo o un maestro. Sin embargo estas imágenes paternas son substitutos, lo que un niño requiere es a sus padres juntos. Sólo eso le dará integración a un hijo.

Soifer (1979) menciona que la función del padre le da su mayor capacidad de pensamiento lógico llevándolo a ejercer con más firmeza el principio de autoridad. Sirve en la función de desimbiotización (simbiosis madre – hijo). Tal intervención ayuda a la esposa a rescatarse de su adhesión emocional con el hijo. Finalmente es su función servir como modelo masculino adulto para sus hijos varones, que se identificarán con él, a la vez que para sus hijas dar una imagen viril, características que ellas buscarán luego en sus compañeros.

Para Escardo (1974) la función paterna se cumple no sólo directamente, sino por intermedio de la madre y con la madre. El afecto que un niño pueda mostrar por su madre, proviene de su experiencia directa con ella, pero la consideración y el respeto que tenga por ella, provendrá del trato que su padre le dé. La cotidianidad gasta el ejercicio de la autoridad y siempre llega un momento en el que la madre necesita el refuerzo de la autoridad paterna,



que debe haberse mantenido lo más íntegro posible. El padre siempre en situación del hijo debe ser ejemplo y modelo y tal vez en esto reside lo esencial de la función del padre. Escardo (op. cit).

## LA FUNCIÓN HIJO

La familia es una institución que se ha ido modificando muy lenta y paulatinamente a lo largo de la historia, y en cada cultura adquiere una modalidad distinta. Escardo dice que. Sin embargo aunque coexistan diferentes tipos de organización familiar, lo típico es la persistencia de un plan organizado. En una familia organizada la noche pertenece funcionalmente a los padres; y esto debe ser entendido y aprendido prontamente por el hijo, con la ayuda de sus padres. Escardo, (1974).

La forma más común de alteración de la función hijo son los celos, estos se pueden presentar en el terreno interconyugal o bien cuando tiene que compartir con otro niño su posición intrafamiliar. Sin embargo eso no es del todo real, si como vemos se cumplen las funciones de todos los integrantes de la familia en forma adecuada. Lo que hace sufrir a un hermano, no es compartir sus derechos con el nuevo hermano, sino compartir sus privilegios; esto es perder lo que tenía de más por su condición de hijo único ante la llegada de otro niño. Otra situación importante es que los padres no quieren por igual a todos sus hijos y lo malo comienza, cuando tal sentimiento se traduce en actitudes básicamente desiguales con uno u otro. Si los padres controlan con suficiente conciencia su conducta, este desequilibrio aunque no pueda anularse se atenúa, sin cursar por consecuencias lastimosas. Un padre justo puede encontrar la adecuada conducta para cada uno de sus hijos, tratándolos de acuerdo a sus necesidades anímicas y madurativas de cada quién.

En resumen la aceptación funcional de cada miembro de la casa es una de las obligaciones del hijo, pero para ello es preciso que haya entendido la diferencia funcional personal y recíproca que existe en la familia.

Los hermanos juegan un papel fundamental dentro de la familia, a ellos debemos nuestro entrenamiento social.

La función de los hijos es esencialmente la de aprender y este aprendizaje implica aceptar el modelo propuesto y recrearlo, cumpliendo con experimentar, errar y rectificar. Así resume esta función de hijo Soifer (1979).

## LA FUNCIÓN HERMANO

Si la función de los adultos es hacer conocer al niño de un modo vivencial la seguridad, el equilibrio y la justicia; la función de los hermanos es poner la vida del niño en contacto con la inseguridad, el desequilibrio y la injusticia en intensidad y dosis suficientes como para que se constituya una experiencia y no una agresión. Y esta es en sí la principal función del hermano. Cuando aparece el segundo hermano, el primero encuentra necesariamente en él a un rival que le quita parte de lo que hasta entonces era de uso exclusivo; tal rivalidad inevitable es para el niño un aprendizaje social necesario y trascendental. En las familias bien constituidas el sentimiento de rivalidad evoluciona rápidamente hacia las formas positivas de la cooperación y la amistad; esa evolución es signo de un adecuado funcionamiento familiar y cuando no se produce no se han cumplido las delimitaciones funcionales de sus integrantes. Escardo (1974).

Forma parte de la función de hermano la educación en algunos aspectos de la función sexual; es conveniente que desde pequeños los hermanos de distinto sexo puedan verse desnudos y reconozcan sin sobresaltos y de modo natural sus diferencias anatómicas, esto los prepara para una actitud sana y normal frente al sexo complementario. El sentimiento que como hermanos tienen los hijos proviene en buena parte de las pretensiones que los padres pusieron en ellos.

Un niño debe ser buscado y deseado por sí mismo y no como remediador de circunstancias externas que ni siquiera le atañen. La idea del hijo

cemento o hijo sedante es uno de los tantos despropósitos originados por el olvido de la niñez como una experiencia esencialmente humana y como tal digna y merecedora del más alto respeto y del trato más serio y responsable.

Soifer (1979) menciona que mucho se ha escrito acerca de los progenitores que no saben criar a sus hijos y que con sus actitudes erradas, los enferman. Sin embargo en su trabajo clínico lo que encontró en relación al paciente identificado PI es que la base de interacción en las familias esta dada por las “deposiciones” entre sus diversos miembros. Tal deposición consiste en el mecanismo de proyección, por medio del cual se coloca en el otro distintos aspectos de la fantasía, del propio yo, de la realidad y de las idealizaciones.

Para el Dr. Pichon Rivière (citado en Soifer, 1979) el rol del chivo emisario, (otra forma de nombrar al PI), corresponde al integrante de la familia sobre quién se realizan las deposiciones negativas de ésta y que a su vez se hace cargo de lo depositado, con lo cual se convierte en el portavoz de la enfermedad familiar. En la deposición existe un interjuego entre el depositante (que es quién realiza la proyección, lo depositado (la proyección) y el depositario (quién la recibe).

Las familias como cualquier otro ser vivo atraviesan por diferentes etapas, que las van transformando, enriqueciendo y haciéndolas funcionar. Todas las familias pasan por este proceso. Cualquiera que sea el tipo de familia a la que pertenezcamos, cambiará a lo largo del tiempo, pasará por varias etapas y su estructura se modificará, recordemos que una familia se constituye, crece, madura, decae y muere. A esto se le conoce como ciclo vital de la familia.

### **Fases del Ciclo Vital de la Familia**

Sabemos que para todos los seres humanos las pérdidas o los desprendimientos son dolorosos, pero en el caso de decir adiós a los padres

para formar una nueva familia es particularmente difícil, Y sin embargo es el primer paso para que el ciclo vital familiar tenga un buen comienzo.

Estrada (1990) lo describe así. “De no ser por la fuerza vital extraordinaria con que el niño viene dotado, tal vez nunca tendería a desprenderse de su madre para lanzarse solo a la aventura de la vida. De hecho hay algunos que se quedan adheridos a ella para siempre”. (p. 43)

Este autor delimito seis fases críticas de momentos especiales o de dificultad por los que atraviesa la familia:

- a) El desprendimiento
- b) El encuentro
- c) Los hijos
- d) La adolescencia
- e) El reencuentro
- f) La vejez

Los objetivos de cada una de las etapas del ciclo vital de la familia podrían dividirse en dos grandes grupos:

- a. resolver las tareas o crisis que van confrontando a la familia en las subsecuentes etapas del desarrollo.
- b. aportar los complementos a las necesidades de sus miembros con objeto de que puedan lograr una satisfacción en el presente y una preparación segura y adecuada para el futuro.

#### PRIMERA FASE: DESPRENDIMIENTO

Al llegar el momento de la separación de las familias de origen pueden sobrevenir diferentes tipos de conflictos como pueden ser: el que uno de los cónyuges tenga la esperanza de que el otro le solucionará sus problemas personales. Otro es la idealización hacia la persona con la que se formará pareja y que es una fuente de fortaleza para separarse de los padres. De hecho es en esta etapa donde se pondrán a prueba todos los conflictos personales no resueltos. Y sólo el desprenderse de las familias de origen

podrá hacerlos libres e independientes para ofrecer al compañero un anclaje emocional fuerte en sustitución del anterior, el de los padres.

## SEGUNDA FASE: EL ENCUENTRO

Aprender el rol de cónyuge no es una tarea sencilla, requiere entre otras cosas de haber renunciado a las ganancias emocionales que proporcionan las etapas anteriores al ser pretendiente e hijo, y tener la disponibilidad física y emocional para seguir aventurándose en el quehacer del vivir y formar una nueva familia. Desde luego que en esta etapa será importante tener en cuenta que, lo primero que sucederá, es que cada uno eche a andar los mecanismos ya conocidos y aprendidos en su sistema familiar de origen, los cuales difícilmente funcionarán con su nueva pareja. Y será necesario que sepan que la calidad del matrimonio que formen va a depender en gran parte del grado de satisfacción y complementariedad que se le puedan dar a las expectativas de cada uno de los cónyuges, en los cuales están todas las profundas necesidades y deseos del psiquismo individual.

Dichas necesidades pueden ser de dos tipos:

- saludables y realistas, ó
- neuróticas y conflictivas.

Sager (citado en Estrada, 1990) nos dice que en esta etapa se lleva a cabo el “contrato matrimonial” que va a regir la vida psíquica, emocional e instrumental de la nueva pareja. Este contrato abarcará todos aquellos conceptos individuales, conscientes e inconscientes expresados o no, que cada uno piensa acerca de los derechos y obligaciones que espera recibir del matrimonio. Tan pronto como suceda que algunos de los términos del contrato individual no sean cumplidos, aparecen, la desilusión, el resentimiento, la sensación de haber sido timado, engañado, y por lo tanto habrá enojo y frustración. Más peligroso será que alguno de los dos sienta que él o ella si han cumplido con la parte que le corresponde.

Las razones por las cuales resulta tan difícil llevar a cabo dicho contrato son:

- porque se ignora
- los dos socios del matrimonio operan bajo dos contratos totalmente diferentes e incongruentes.
- las expectativas son imposibles de obtener
- la fantasía sobrepasa por mucho la realidad

El estudio de Sager y Kaplan (citado en Estrada, 1990) describe tres niveles en el contrato matrimonial:

1. Un nivel consciente que se verbaliza y que incluye todo aquello que se le comunica al compañero, acerca de sus expectativas de dar y recibir, dicho de forma clara y comprensible.
2. Un nivel que aún cuando es consciente no se verbaliza. Se tienen un sin número de creencias, planes, deseos, fantasías y demás que por temor o vergüenza no se comunican y esto casi siempre ocurre debido a los temores inconscientes de ser víctima de un rechazo doloroso.
3. Este nivel va más allá de la percepción consciente y se refiere a todos aquellos deseos y necesidades de naturaleza irracional por lo tanto contradictorios. Al ser desconocidos o inconscientes, pasan desapercibidos para ambos. Este punto se refiere a la problemática personal, muchas veces de naturaleza neurótica o psicótica.

Para dar solución a una problemática de pareja que incluya este tercer nivel del contrato matrimonial, se necesita trabajar de manera personal y dejar de atribuirle a la pareja una culpa que no le pertenece.

### TERCERA FASE LOS HIJOS

Para darle la llegada a un hijo se requiere de espacio físico y emocional. La pareja tendrá que reestructurar el contrato matrimonial hasta entonces vigente y trabajar en cuatro áreas fundamentales: Área de la identidad – adquiriendo un nuevo anclaje de relación emocional con el niño y la

capacidad de ayudar al compañero a realizarla. Área del sexo – reafirmar lo importante que ha sido realizarse a través de la reproducción. Área económica – identificar adecuadamente el área económica afectada para poder definir cuáles son las labores tanto del trabajo como del hogar y ayudarse mutuamente para cumplirlas. Área de fortalecimiento del yo – para poder ejercer su paternidad y su maternidad, tanto el hombre como la mujer deben aprender una gran variedad de comportamientos y apoyarse mutuamente.

Todos los acontecimientos que le suceden a la familia desde luego que la afectan, pero es sin duda la llegada de la adolescencia la que más pone a prueba la flexibilidad y los recursos con que cuenta la familia.

#### CUARTA FASE LA ADOLESCENCIA

En esta etapa existen varios factores que pueden representar verdaderamente una encrucijada.

- a) En esta edad se presentan con mayor frecuencia los problemas emocionales serios.
- b) Los padres; aún cuando pueden encontrarse ya en la madurez, se ven obligados a revivir su propia adolescencia.
- c) La edad de los abuelos por lo general es crítica; se acercan a no poder mantenerse por sí mismos y la soledad y la muerte se avecinan, esto es motivo de otra preocupación.

#### QUINTA FASE EL RE-ENCUENTRO

Mc Iver (citado en Estrada, 1990) llamó a esta fase el “Síndrome del nido vacío”; refiriéndose al aislamiento y la depresión de la pareja, ya que a estas alturas sus actividades de crianza han concluido. Además se dan cambios sociales y familiares de la mayor importancia, como son:

- a) La necesidad de admitir y hacer lugar a nuevos miembros en la familia como son los (cónyuges de los hijos).
- b) El nacimiento de los nietos

- c) La muerte de la generación anterior
- d) La jubilación
- e) La declinación en la capacidad física, así como la aparición de las enfermedades.
- f) El conflicto con las nuevas generaciones.
- g) El problema económico de los hijos que inician una nueva familia
- h) La necesidad de explorar nuevos caminos y horizontes.
- i) La necesidad de independizarse de hijos y nietos para otra vez formar una pareja.

## SEXTA FASE LA VEJEZ

No resulta fácil enfrentar esta etapa y su inevitable fin, debido a que la fuerza vital de antaño se invierte y ahora el viejo puede volverse ensimismado, olvidarse del mundo exterior y además estar enfermo. Las nuevas generaciones pueden soslayar las necesidades y vivencias de los ancianos. En la actualidad se tiende a ignorar a los viejos, a sentir impaciencia con ellos y en ocasiones hasta negarlos.

Hablar acerca de la familia puede ser un tema extenso debido a que tiene tantas implicaciones, temas, cuestiones, asuntos, momentos que tratar. Sin embargo es fundamental en el tema de la esquizofrenia revisar el panorama general de lo que envuelve a una familia con estas características.

### **Características de la familia con un miembro que padece esquizofrenia**

Rodríguez (1991) encontró los siguientes rasgos predominantes de la familia de pacientes que padecen esquizofrenia:

- En la mayoría de los casos este tipo de pacientes ha vivido dentro de una organización patológica.
- Fallas en los seis parámetros de la estructura familiar según Minuchin (citado en Rodríguez, 1991): Autonomía, Autoridad, Límites, Alianzas, Centralidad y Geografía.



Las familias esquizofrénicas se caracterizan por ser caóticas y rígidas y los padres se esfuerzan a menudo en establecer y desarrollar relaciones simbióticas de dependencia con los descendientes, son una entidad casi siempre patológica. Sin embargo en todas las familias “disfuncionales”, “caóticas” o “problemáticas” se han encontrado las mismas pautas de interacción y los mismos mecanismos para afrontar la ansiedad. Así como desórdenes en la comunicación.

Jackson (citado en Rodríguez, 1991) nos dice que el sistema homeostático de estas familias es fuerte y de una interacción patológica, sus relaciones son insatisfactorias y penosas para todos sus integrantes.

Estas familias se caracterizan por tener una relación padre - hijo excesivamente punitiva y hostil, una inadaptación entre ellos con discordancias importantes, una capacidad por parte de los padres para deformar la realidad de conformidad a sus necesidades personales. Los padres son a la vez o continuamente indispensables u odiados.

Rodríguez (1991) estas familias “experimentan la necesidad de infantilizar al hijo y de percibirlo como incompetente, pero no sólo pasan por alto claras anomalías y contradicciones, sino que tergiversan el sentido de la conducta, aceptan tendencias desviadas y niegan la significación de obvias anomalías”. (p. 133)

Un niño que se cría en un ambiente así, no desarrolla las habilidades necesarias para una adaptación social eficaz. El paciente que padece esquizofrenia no puede fiarse de su comprensión, de su percepción, de sus sentimientos y ante estas experiencias tempranas de su infancia, surge el miedo a la intimidad, la desconfianza, la ambivalencia y su dependencia que permeará todos sus contactos humanos. Perpetuando esta conducta errática y persistente, preferirá vivir en un mundo autístico, separado de los demás. Se encierra en un círculo de creencias, deseos y sentimientos intensos e irreales, en un infierno de relaciones ambiguas, frágiles e

inestables, que se esfuerza en destruir y en recrear sin tregua, ya que a partir de la situación parental, el enfermo proyecta en todos los que lo rodean los afectos y fragmentos de imágenes que son como “fantasmas” de sus primeras relaciones significativas.

**Autonomía:** en estas familias los límites interpersonales son difusos y las relaciones son intrusivas. Existe una interferencia en el desarrollo y funcionamiento de sus miembros. El paciente que padece esquizofrenia tiene dificultad para diferenciarse de sí mismo respecto de la estructura de roles familiares, esto significa que experimenta una invasión de parte de la familia que lo abarca todo. No existe un límite adecuado entre los roles familiares.

Wynne L. (citado en Rodríguez, 1991) dice que estas familias exhiben las siguientes características:

- No hay variación de roles, a pesar de alteraciones físicas y situaciones en la vida de sus miembros, a pesar de los cambios que se experimentan en la vida familiar.
- Signos de intensa preocupación con respecto a cualquier divergencia o independencia con respecto a la estructura de roles.
- Ausencia de espontaneidad, novedad, humor y entusiasmo en la participación conjunta.
- La familia se muestra como un sistema cerrado frente a la sociedad circundante. Su organización gira en torno a enérgicos lazos ambivalentes entre sus miembros.
- Esta relación ambivalente y de simbiosis es sobre todo frecuente entre la madre y el niño y en tal relación el padre es excluido.
- La madre transmite en forma inconsciente una especie de “marco de referencia en espejo” al cual se ajusta inmediatamente el niño.

El paciente con esquizofrenia experimenta tanto el deseo como el temor a fundirse en una unión simbiótica con otra gente, inicialmente esto proviene de haber experimentado de niño confusión y temor por la experiencia alternada de rechazo y sobreprotección asfixiante en su relación con la

madre. Desea tener una existencia y una entidad propia, ser distinto y estar separado. Sin embargo teme al aislamiento, al abandono y a la pérdida de seguridad. Tiene dificultad para establecer cualquier contacto interpersonal.

**Autoridad:** dentro de estas familias el poder se manifiesta en una forma rígida, fija o inmutable. Rodríguez, (1991) la define así: La autoridad no está definida en el contexto familiar, esto se debe a la baja de autoestima que tiene como consecuencia esa sensación de ansiedad e inseguridad; en la relación familiar piensan sólo en lo que los demás pueden dar. Existen temores, sufren desilusiones y desconfían de la gente. Bajo este contexto la toma de decisiones que es un aspecto muy importante en la forma de expresar la autoridad se vuelve una batalla a “gritos o silencios” acerca de quién es el que tiene el derecho de decirle al otro lo que tiene que hacer.

**Límites:** en estas familias los límites están alterados debido a que existe una constante descalificación de las declaraciones de cada uno, su norma es negar siempre lo que el otro dice. Tienden a desautorizar lo que comunica el otro. No se establece un sistema de normas claro o bien definido y también se prohíbe reconocer que cualquier miembro de la familia está estableciendo determinadas normas. No aceptan su responsabilidad de estar influyendo en la conducta de los demás y admitir que cualquier otro miembro de la familia esté regulando su conducta. Debido a esta falta de responsabilidad en cada uno de los miembros de la familia constantemente tenderán a desacreditarse.

Para Jackson (citado en Rodríguez, 1991) las “reglas” prescriben y limitan la conducta de los individuos en lo que atañe a una amplia variedad de contenidos, organizando su interacción para formar un sistema razonablemente estable. Sin embargo en estas familias la comunicación y por tanto sus relaciones son incompletas, borrosas, confusas e inseguras. Su percepción y su pensamiento adolecen de claridad y objetividad.

Bajo este sistema familiar y de desconfianza, devaluación, inconformidad, sobreprotección y rigidez, la comunicación se da por “rumor”, “secreto” o

“mitos”. Si no se habla de algo es como si no existiera y por eso no funciona, es como si las personas estuvieran sordas, mudas y ciegas.

Cualquier regla que prohíba comentarios de los miembros de la familia, ayuda a desarrollar personas cohibidas, ignorantes y poco creativas. Los resentimientos se acrecientan imposibilitando la interacción.

Lidz (citado en Rodríguez, 1991) señala otro aspecto importante que limita y confunde la comunicación. Dentro de la dinámica familiar se da el “enmascaramiento”, que suele incluir el autoengaño, el esfuerzo de ocultar algo a los demás, pero esto implica una negación tanto consciente como inconsciente. Los padres son los primeros en ocultar alguna situación muy perturbadora de la familia y actúan como si no existiera. En esta situación es imposible resolver los problemas que los miembros de la familia no pueden reconocer.

A este respecto Imber (1999) lo describe así: en el marco de las relaciones más significativas los secretos nacen, respiran, viven, estallan o se resuelven. Ellos modelan, facilitan o restringen las posibilidades de vincularse dentro y fuera de la familia. Los secretos que a veces quieren proteger, terminan erosionando las relaciones que se esperan preservar. Cuando las palabras faltan las acciones ocupan su lugar y el silencio impide que se reciba ayuda o contención. Estar siempre en guardia para que un secreto no se descubra provoca ansiedad. Aunque existen varios tipos de secretos, todo secreto forma una triangulación en la que alguien queda excluido y eso es profundamente doloroso. Los secretos envenenan las relaciones, desorientan la identidad y desquician la vida. Cercenan la capacidad para realizar elecciones claras, utilizar recursos en forma eficaz y participar en relaciones auténticas.

**Alianza:** la alianza es la asociación abierta o encubierta entre dos o más miembros de la familia, la familia son los “otros significantes” en la vida del paciente, sean ellos, la madre, el padre, la hermana, el hermano, etc. Los hijos dentro de un sistema familiar cumplen una función de importancia en el

mantenimiento del equilibrio. Así los padres pueden ver al hijo como un posible aliado contra el otro cónyuge; un mensajero a través del cual los padres se podrán comunicar o la persona que puede calmar al otro cónyuge.

En las relaciones disfuncionales, ambos cónyuges buscan que el hijo satisfaga sus necesidades emocionales que la relación conyugal ha frustrado. Es por eso que ambos padres piden al niño que tome partido, brinde apoyo y asuma una posición frente al otro progenitor. Los niños no pueden aliarse con uno de los padres sin ambivalencia. El hijo no desea perder a ninguno de los padres, los ama y los necesita a ambos.

**Centralidad:** un ser humano depende de otras personas, no sólo para su supervivencia, sino como guía de identidad. Cuando los roles de cada miembro son negados o existe un proceso de adjudicación y asunción de ellos en forma no adecuada, aunque este se de por parte de alguno de los miembros del grupo familiar surgen malentendidos en la familia y los procesos de comunicación se alteran frecuentemente distorsionando de manera constante la lectura de la realidad. Debido a lo anterior un paciente con esquizofrenia ha tenido pautas de identificación muy pobres con ambos progenitores y tiene una interacción deficiente.

**Geografía:** en este tipo de familias la estructura grupal se altera, las personas se invaden unas a otras no diferenciándose como individuos separados con sus propias necesidades y demandas, la dinámica familiar se caracteriza por la rigidez en las reglas, existe falta de confianza y la comunicación se encuentra alterada y tienen un mal manejo del conflicto. No tienen contacto con su medio ambiente, se encuentran aislados y sienten que nadie los puede ayudar o temen que si piden ayuda puedan sufrir rechazo. Tienen problemas en el sistema de adjudicación y aceptación de roles, aparecen mecanismos de segregación del enfermo, dependiendo en gran medida del pronóstico del caso, de la intensidad de estos mecanismos de segregación. Así el enfermo es alienado por su grupo inmediato. La emergencia de atender la esquizofrenia en el ambiente familiar significa que

un miembro de este grupo asume el rol de “diferente” y se transforma en el portavoz y “depositario” de la ansiedad del grupo.

Si ya todo esto representaría un caos en sí mismo, el hecho de que aparezca una enfermedad crónica como lo es la esquizofrenia, afectará la vida del individuo enfermo y su entorno familiar. Sobreviniendo cambios bruscos que generan crisis irreversibles a las que hay que responder de la mejor forma posible y ello no siempre significa que la elección sea la más adecuada o eficaz. Van a surgir una serie de cambios y modificaciones de los hábitos, las expectativas, los proyectos de vida y aparecerá la inseguridad y el temor respecto al futuro. Robles (1967).

Rolland (2000) para apoyar a estas familias desde el punto de vista sistémico los profesionales deben considerar el funcionamiento familiar y las demandas psicosociales a lo largo del tiempo, desde la flexibilidad, la fortaleza y el grado de compromiso que requerirá dar respuesta a una enfermedad como la esquizofrenia.

Se concibe la esquizofrenia como un trastorno de base orgánica que vuelve al paciente altamente sensible al estrés y las familias tienen que enfrentar difíciles respuestas emocionales como son: la culpa, el sentimiento de pérdida, el enfado, la depresión y el estigma. En consecuencia el enfoque terapéutico implica tratamiento farmacológico en conjunción con el trabajo psicoeducativo con familias y pacientes, la intervención en conjunto es lo que ha aportado mejores resultados en este padecimiento. Kuipers, Leff y Lam, (2004).

Anderson y Reiss (1986) “cuando una persona sufre de esquizofrenia, provoca un impacto en todos los miembros de su familia. Estos ven cómo un ser querido desarrolla ideas y percepciones extrañas, se angustia y agita cada vez más, adopta rituales o sistemas de creencias insólitos y, a veces, adquiere una conducta extremadamente disociadora y hasta violenta. A menudo, la desesperación y la angustia que sienten en esos momentos se

complican con el temor de que ellos hayan contribuido, quizás, a causar los problemas del paciente”. (p.51)

Bowen (1976) señala que en este tipo de familias existe una simbiosis familiar. Sin embargo sus integrantes están ávidos de tener una verdadera familia, tienen deseos de una mayor intimidad y una mejor relación interpersonal, desearían que hubiera más racionalidad entre ellos. Tienen el anhelo de convertirse auténticamente en una familia y estas ganas de alcanzar la salud o un cierto grado de funcionalidad se los puede ofrecer la terapia familiar.

Rascón (2001) en nuestro país, la familia es el único agente de cuidado comunitario del paciente psicótico, (en especial el familiar responsable o el cuidador principal). La familia está involucrada en cada etapa durante el transcurso de la enfermedad: en el inicio, en el internamiento hospitalario; durante la hospitalización; cuando es dado de alta y en el proceso de reintegración familiar, más del 85% de los pacientes que padecen esquizofrenia viven con su familia.

Si pudiéramos encontrar formas más eficaces de comunicación, cooperación y relación al interior de estas familias, mejoraríamos la difícil y penosa situación que enfrentan ellos y el familiar que padece esquizofrenia.

## **CAPITULO 3**

### **ESQUIZOFRENIA**

La esquizofrenia es un padecimiento mental grave al que la gente desafortunadamente se refiere con demasiada frecuencia, sin tener un verdadero conocimiento de su origen, sus características, las implicaciones que tiene para quién la padece y para sus allegados. Son más los mitos y las creencias equivocadas o escuchadas que la realidad. Los legos suelen referirse a ellos como “locos”, agresivos, peligrosos, con una inteligencia limitada, que ellos no sirven para nada, los consideran gente de deshecho, que no tiene sentido su existencia. Socialmente son estigmatizados ellos y sus familias.

#### **Antecedentes**

Sue (1995) en tiempos remotos las personas no distinguían entre las enfermedades mentales y físicas, más bien atribuían estos padecimientos a espíritus malignos o demoníacos que controlaban el cuerpo de las personas. Es en el florecimiento de las civilizaciones griega y romana (500 a. C. 500 d. C) cuando las explicaciones que se dan a éstos fenómenos, comienzan a hacer una distinción entre lo sobrenatural y lo que podría tener una explicación más racional o científica. Después en la Edad Media con el fervor cristiano se vuelven a los conceptos de herejía y castigo.

En los manicomios de aquella época los enfermos mentales eran encadenados, enjaulados, matados de hambre, azotados e incluso exhibidos al público por una módica cuota como animales de zoológico. Un nuevo resurgimiento se da hasta los siglos (XV y XVI) en la época del Renacimiento cuando, los avances en la ciencia y el humanismo, enfatizan el bienestar humano e introducen nuevos métodos de tratamiento a los enfermos mentales.



El movimiento de reforma en los siglos (XVIII y XIX) en Francia con Philippe Pinel (1745-1826), trae consigo un trato diferente para este tipo de enfermos. Se les quitaran las cadenas a los internos, reemplazando los calabozos por cuartos soleados, fomentando en ellos el ejercicio al aire libre en los jardines de La Bicêtre, el hospital para hombres en París. Este trato humano pareció favorecer la recuperación y el mejoramiento de la conducta en este tipo de enfermos. Pinel instituyó reformas igual de exitosas en La Salpêtrière, un gran hospital para mujeres en París.

En Inglaterra William Tuke (1732-1822) prominente comerciante estableció un refugio en York, una finca campestre para el “tratamiento moral” de pacientes mentales. Aquí trabajaban, oraban, descansaban y hablaban de sus problemas, en un ambiente de amabilidad.

El psiquiatra alemán Emil Kraepelin (1856-1926) observó a grupos de personas que padecían ciertos síntomas que ocurrían de manera regular, estos síntomas eran llamados síndromes y suponía que cada grupo de síntomas representaba un trastorno mental con su propia causa única, curso y resultado. Atribuyó todos estos trastornos a una de las cuatro causas orgánicas: perturbación metabólica, dificultad endocrina, enfermedad cerebral o herencia. Kraepelin diseñó un sistema de clasificación de las enfermedades mentales con base en sus causas orgánicas y esta fue la base original del Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM).

### **Datos históricos sobre lo que se ha hecho por los enfermos mentales en México.**

Ramírez (1934) dice que es el antiguo **Hospital de San Hipólito** el primer establecimiento en América y de los primeros del mundo en donde se dio albergue a los enfermos mentales. Ayudado por los señores Miguel Dueñas y su mujer Isabel de Ojeda. El filántropo Andaluz Bernardino Álvarez lo fundó el 2 de noviembre de 1566. Cabe señalar que dichos enfermos venían del **Hospital de Nuestra Señora de la Concepción**, el más antiguo de

América. La construcción fue mejorando gracias a la ayuda de varios eclesiásticos que constituyeron la congregación llamada **Hermanos de la Caridad**, que aprobada por Gregorio XIII y Sixto V, después se llamaría de **Los Hipólitos**. El hospital en un principio, no se dedicó exclusivamente al cuidado de los vesánicos, pero la población creció tan rápidamente que los obligó a ello.

La Orden de **Los Hipólitos** fue suprimida por decreto de las Cortes Españolas el 1º. de octubre de 1821, fecha en que el hospital pasó a manos del Ayuntamiento y el Municipio lo conservó y los religiosos enclaustrados siguieron cuidando a los enajenados hasta 1843. Santa Ana vendió los bajos del hospital y las accesorias de los costados de la iglesia en 1842 y en 1846 se fundó el Hospital Militar, por el pronunciamiento de los polkos; de 1847 a 1850, fue Hospital Municipal y el 1º. de septiembre de 1850 se cedió a la Escuela de Medicina que se quedó hasta 1853.

En 1864 le escribió Don José María Andrade al Emperador Maximiliano acerca de las deplorables condiciones en que se encontraban los enfermos y es hasta 1877, que el Virrey Bucareli, envía fondos por \$6,000.00 para la reconstrucción del inmueble. La iglesia de **San Hipólito** fue famosa en la Historia de la Nueva España, porque ahí se celebraba **la fiesta del pendón**, o sea, la conquista de la Nueva España, en ella era expuesto el estandarte con que Hernán Cortés entró a México.

**Manicomio de la Canoa: El Hospital del Divino Salvador** para mujeres enajenadas se encontraba ubicado en la calle de la Canoa, por lo que se le llamaba comúnmente **Manicomio de la Canoa** que fue la iniciativa de un hombre humilde quién lo estableció. El carpintero José Sáyago y su esposa, se dedicaron a recoger mujeres enajenadas que deambulaban por las calles de la Nueva España. El arzobispo de México de aquella época Don Francisco de Aguiar y Seijos los ayudó hasta su muerte. Fundándose la **Congregación del Divino Salvador**, el 13 de junio de 1824 le fueron otorgadas las utilidades de una lotería que persistió hasta 1861, mejorando las condiciones de las enfermas. Después el Hospital pasó a las **Hermanos**

**de la Caridad**, hasta el 20 de diciembre de 1874, en que fueron lanzadas, quedando a cargo del Ayuntamiento y después pasando a la Junta de Beneficencia.

Años después caería en un lamentable abandono hasta que en 1905, fue nombrado director el doctor Juan Peón del Valle, hijo del ilustre médico y excelente poeta doctor José Peón Contreras. El Hospital se modificó dentro de los límites posibles, debido a que se entreveía la construcción del Manicomio General. La labor que se le reconoce al doctor Peón del Valle es el estudio de numerosas cuestiones psiquiátricas de gran interés, p. ej. el tratamiento de la epilepsia, el uso inocuo de los bromuros, el estudio de las psicosis puerperales; la campaña de desarrollo contra el alcoholismo, etc, etc.

**Manicomio de la Castañeda:** Es para la celebración del Centenario de la Independencia de México que el primero de septiembre de 1910. El presidente Porfirio Díaz inaugura el hospital para vesánicos más grande de México y uno de los más grandes de América Latina. Se construyó en los terrenos de la antigua **Hacienda de la Castañeda**. En ese año se trasladaron los enfermos de **San Hipólito** y las enfermas de **La Canoa** para ocupar respectivamente los departamentos de hombres y de mujeres. La construcción se hizo de acuerdo con la ideología de la época y con una capacidad suficiente para entonces.

González (1980) menciona que ante la urgente e imperiosa necesidad de atención de los enfermos mentales, la Secretaría de Fomento comisionó al Dr. Román Ramírez para que estudiara y propusiera las medidas que debían tomarse para establecer un hospital para la atención de los enfermos mentales, y es así como la Secretaría de Gobernación adquiere la Hacienda de la Castañeda en Mixcoac. El proyecto del edificio fue realizado por los ingenieros Porfirio Díaz, hijo e Ignacio de la Barra. Se construyó en catorce meses y costó \$1,783,357.13. Al iniciar las labores tenía un cupo de 1,330 camas y una población de 848 enfermos, hacia su clausura en 1965 tenía una población de 3,500 asilados.

En 1934 se reconstruyó y se trató de reorganizar, su abandono era lamentable; pisos rotos, ratas por todas partes, los servicios sanitarios producían horror, los muros estaban cuarteados, la atención era inhumana, el personal era inapropiado y no era raro reconocer las violaciones de empleados a enfermos. La solución sólo fue temporal y con el tiempo se agravó. “La castañeda” al transcurrir de los años resultó insuficiente y anacrónica, por lo que fue cerrada el 26 de marzo de 1965.

Calderón (1995) nos refiere que hacia finales de 1965 y durante el período del presidente Gustavo Díaz Ordaz, el Secretario de la Secretaría de Salubridad y Asistencia, Dr. Rafael Moreno Valle visitó “La Castañeda” y el Dr. Guillermo Calderón Narváez, presidente de la sociedad médica del manicomio general, le mostró las lamentables condiciones en las que se encontraba este lugar, siendo tal el impacto causado tanto a él como a sus colaboradores, se encargó fuera una prioridad el análisis detallado de una posible solución, por lo que se efectuó un exhaustivo análisis de la situación, dando como resultado, la redistribución de los enfermos a nuevas instalaciones.

La alternativa ponderada fue la construcción de los siguientes edificios:

1. Un Hospital de 600 camas para enfermos mentales en etapas agudas del padecimiento psiquiátrico.
2. Un Hospital Pediátrico de 200 camas para la rehabilitación psiconeurológica.
3. Tres Hospitales Campestres de 500 camas cada una destinada a dar atención a pacientes con padecimientos crónico-psiquiátricos.
4. Un Hospital Hogar de 600 camas para enfermos mentales de “difícil” recuperación.

La inversión prevista para los gastos de construcción y equipo de las nuevas instalaciones se calculó en \$110,000,000.00 pero llegó al final de su terminación a \$160,000,000.00 fue valiosa la ayuda de varias dependencias de la misma Secretaría y se iniciaron las actividades. Para cada nueva

institución se elaboraron tres plantillas de personal: la ideal, la mínima y una intermedia. En cada una de ellas había que cubrir los puestos desde la dirección hasta la última plaza de intendencia. Al personal se le capacitó para reubicarlo y se abrieron nuevas plazas.

Una vez terminado el traslado de los enfermos a las nuevas instituciones, procedió la clausura simbólica de La Castañeda. Su último director Agustín Caso, acompañó la ceremonia junto con algunos otros médicos. En la puerta principal se colocó una gruesa cadena y candado. Terminando así un capítulo importante de la psiquiatría mexicana. Una institución que pese a sus defectos había albergado a 60,000 enfermos de todo el país y había sido una escuela de buenos médicos.

La Castañeda había sido sustituida por: el Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro”; el Hospital “Fray Bernardino Álvarez” para enfermos mentales agudos; el Hospital “Dr. Rafael Serrano” en la exhacienda “El Batán” en Puebla; el “Dr. Samuel Ramírez Moreno” en Tlahuac, Distrito Federal; el “Dr. Adolfo M. Nieto” en Tepexpan, Edo. de México y el Hospital Psiquiátrico Campestre “Dr. Fernando Ocaranza” en la exhacienda de San Miguel Eyecalco, Edo. de Hidalgo.

Dorsch (1994) en su diccionario de Psicología define así este concepto: “Esquizofrenia: 1) Después de haber descrito Kraepelin la -> demencia precoz, reunió Bleuler (1911) bajo la denominación de esquizofrenia un grupo de enfermedades mentales que, a pesar de las diferencias existentes entre ellas, tenían en común ciertas características que les conferían una evidente semejanza y presentaban múltiples formas de transición. . . Son síntomas importantes de la esquizofrenia los siguientes: trastornos del pensamiento (disgregación, pérdida de la conexión lógica, decadencia mental), ideas delirantes, vivencias de interpretación morbosa (de persecución de grandeza), perturbaciones del lenguaje (“ensalada de palabras”, verbigeración, énfasis en el hablar), trastornos sensoriales (alucinaciones, ilusiones, especialmente supuestas voces, y también en muchos casos, falsas percepciones internas), perturbaciones en los

movimientos (amaneramientos, catatonía, flexibilidad cérica y estereotipias). Aparecen en primer término trastornos de la afectividad, la voluntad y la personalidad: alteraciones diversas del estado de ánimo, ideas súbitas, éxtasis, desatinos, apatía, pérdida de la capacidad de contacto social, autismo, trastornos esenciales de la personalidad total, sensación de ser ajeno a las vivencias propias, alternancia de hiperexcitabilidad y de indiferencia (que puede presentarse en relación con áreas diversas de vivencias), escisión de la personalidad” (p. 281)

### **Principales características de la enfermedad**

Secretaría de Salubridad y Asistencia (SSA), la esquizofrenia es un trastorno mental que afecta aproximadamente al 1% de la población a nivel mundial, la padecen igual número de personas del sexo masculino y femenino, aparece normalmente al final de la adolescencia o en los primeros años de la vida adulta. Existe una diferencia de género, los varones la inician entre los 15 y 25 años y las mujeres entre los 20 y 35 años de edad, motivo por el cual ellos pueden sufrir un mayor deterioro. Suele tener un curso episódico, interrumpido por exacerbaciones de los síntomas que requieren hospitalizaciones breves y dura toda la vida.

La mayoría de las investigaciones han llegado a la conclusión de que existen diferencias anatómicas en los cerebros de los pacientes con esquizofrenia en relación a la población general. Estas áreas son la corteza prefrontal, el hipocampo y el tálamo, así como estructuras corticales y subcorticales que forman parte del sistema límbico, el cual interviene de manera importante en los procesos cognitivos, sensoriales, afectivos y conductuales de los seres humanos. Aunque una teoría fuertemente arraigada en la explicación de este padecimiento es la dopaminérgica que explica que es el papel del neurotransmisor-dopamina en el cerebro el que genera todos los trastornos que estos sujetos, presentan.

De acuerdo a esta teoría se ha postulado que los síntomas positivos (alucinaciones e ideas delirantes) se deben a un exceso de dopamina

(hiperdopaminergia) en el sistema mesolímbico; mientras que los síntomas negativos y cognoscitivos se deben a una disminución de dopamina (hipodopaminérgica) a nivel mesocortical. La acción de los antipsicóticos descubiertos en los años sesentas por los doctores Carlsson y Linqvist es inhibir o acelerar estos procesos del neurotransmisor.

Las funciones que se ven afectadas con dicho padecimiento son: el pensamiento o las habilidades cognoscitivas, el afecto, la sensorio-percepción, la motricidad y la conducta. Incapacitando a quién la padece para llevar a cabo una vida normal ya que se ven afectadas su área personal, laboral, social, familiar y su vida afectiva. Sin embargo las distintas alteraciones no se presentan en todos los casos y se combinan de forma muy diversa.

DSM-IV-TR, (2002) La esquizofrenia está clasificada como un trastorno mental que presenta los siguientes síntomas:

**Síntomas positivos:** ideas delirantes, alucinaciones, lenguaje, pensamiento y comportamiento desorganizados.

**Ideas delirantes:** Son creencias erróneas o una mala interpretación de las percepciones o las experiencias. Su contenido puede incluir diversos temas de persecución, de auto referencia, 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 auto referenciales también son comunes: 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 en parte del grado de convicción con la que se mantiene la creencia, a pesar de las evidencias en sentido contrario. Las alucinaciones pueden ocurrir en cualquier modalidad sensorial (p. ej., auditivas, visuales, olfativas, gustativas y táctiles), pero las alucinaciones auditivas son las más habituales. Las alucinaciones auditivas son experimentadas generalmente como voces, ya sean conocidas o

desconocidas que son percibidas como distintas de los pensamientos de la propia persona.

**Pensamiento desorganizado:** Ha sido considerado por algunos autores como la característica más importante de la esquizofrenia. Debido a la dificultad intrínseca para establecer una definición objetiva del “trastorno del pensamiento”. El lenguaje de los sujetos con esquizofrenia puede presentar diversas formas de desorganización. El sujeto puede “perder el hilo”, saltando de un tema a otro (“descarrilamiento” o pérdida de las asociaciones); en raras ocasiones, el lenguaje puede estar gravemente desorganizado que es casi incomprensible.

**Comportamiento gravemente desorganizado:** Puede manifestarse en varias formas, desde las tonterías infantiles hasta la agitación impredecible. Cabe observar problemas en cualquier forma de comportamiento dirigido a un fin, ocasionando dificultades en la realización de actividades de la vida cotidiana como organizar las comidas o mantener la higiene. El sujeto puede presentarse exageradamente despeinado, vestir de una forma poco corriente (p. ej., llevando varios abrigos, bufandas y guantes en un día caluroso) o presentar un comportamiento sexual claramente inapropiado (p. ej., masturbarse en público), o una agitación impredecible e inmotivada (p. ej., gritar o insultar).

**Comportamientos motores catatónicos:** Incluyen una importante disminución de la reactividad al entorno que, algunas veces, alcanza un grado extremo de falta de atención (estupor catatónico), manteniendo una postura rígida y resistiendo la fuerza ejercida para ser movido (rigidez catatónica), la resistencia activa a las órdenes o los intentos de ser movido (negativismo catatónico), el asumir posturas inapropiadas o extrañas (posturas catatónicas) o una actividad motora excesiva sin propósito ni estímulo provocador (agitación catatónica).

**Los síntomas negativos de la esquizofrenia son:** aplanamiento afectivo, alogia, abulia, anhedonia y aislamiento social.



**El aplanamiento afectivo:** es especialmente frecuente y está caracterizado por la inmovilidad y falta de respuesta en la expresión facial del sujeto, contacto visual pobre y reducción del lenguaje corporal. Aunque en ocasiones puedan sonreír o mostrarse cálidos, la mayoría del tiempo el abanico de su expresividad emocional está claramente disminuido.

**Alogia:** Es una pobreza en el habla que se manifiesta por réplicas breves, tienen disminución de los pensamientos que se refleja en el descenso de la fluidez y la productividad del habla.

**Abulia:** Es la Incapacidad para iniciar y persistir en actividades dirigidas a un fin. Tiene que ver directamente con la voluntad.

**Anhedonia:** Es la dificultad para experimentar placer e interés por las cosas que antes disfrutaba. Se manifiesta por la ausencia de hobbies, menos interacciones sexuales, disminución del nivel de actividad e incapacidad para establecer nuevas relaciones.

**Aislamiento social:** Pueden parecer indiferentes a los demás y tener dificultades para establecer una relación o conservarla y mejor se retraen para establecer contacto con las personas.

La esquizofrenia implica una disfunción en una o más de las principales áreas de actividad ej., las relaciones interpersonales, el trabajo, los estudios o el cuidado de sí mismos. El progreso educativo está frecuentemente alterado y el sujeto puede ser incapaz de finalizar la escolaridad, muchos sujetos son incapaces de mantener un trabajo por períodos prolongados. El (60 – 70%) de los sujetos con esquizofrenia no se casan y tienen contactos sociales relativamente limitados.

Secretaría de Salubridad y Asistencia (SSA), los principales factores ambientales biológicos de riesgo que se han encontrado para padecer esquizofrenia son: el trauma obstétrico, la infección viral de la madre en

etapa prenatal (2do. trimestre del embarazo), la incompatibilidad a RH o grupo sanguíneo y la desnutrición prenatal, de este grupo de factores el trauma obstétrico es el más estudiado.

El mecanismo fisiopatológico no es del todo claro, los investigadores han realizado estudios con animales de laboratorio en los que se ocasiona hipoxia neonatal y cuya alteración consiste en un aumento de dopamina en el sistema nigroestriatal (fisiopatología imputada a la esquizofrenia). Estas y otras investigaciones han dado sustento a la hipótesis de que la esquizofrenia es un trastorno del neuro - desarrollo propiciado por una lesión de causas diversas durante la fase crítica del crecimiento.

En cuanto a los factores sociales lo que se ha encontrado es que si bien los estresores sociales pueden desencadenar un episodio psicótico, el ambiente familiar y social se han descartado como etiología de la esquizofrenia.

Aznar y Berlanga (2004) se han encontrado evidencias de que muchos de los factores estudiados podrían participar en el desarrollo de la enfermedad, pero hasta ahora no se ha podido determinar una causa única del padecimiento. Las teorías actuales plantean que la esquizofrenia se desencadenará cuando se den a la vez combinaciones de diferentes características biológicas, personales y ambientales.

Las personas con esquizofrenia no presentan siempre la misma sintomatología, ya que la enfermedad evoluciona en tres fases:

**Fase Prodrómica:** en esta fase la persona experimenta trastornos menores que preceden a la fase aguda; son cambios inespecíficos y muy diversos que ocurren antes de que se desencadenen los síntomas propios de una crisis – (alucinaciones, delirios, etc). - son muy variados y no siempre que aparecen significa que vendrá una crisis. La persona puede presentar (tensión, nerviosismo, desorganización en las comidas, dificultad para concentrarse, para dormir, aislamiento, etc.)

**Fase aguda:** es cuando aparece o se reagudiza la sintomatología positiva de la enfermedad (alucinaciones, delirios, etc), y la conducta de la persona cambia y se desorganiza, requiere la administración de medicación neuroléptica a dosis altas, el cambio en el comportamiento es llamativo y produce alarma en quienes le rodean. La duración varía según la persona y puede llegar a necesitar hospitalización.

**Fase residual:** se produce cuando la persona supera la crisis. Los síntomas positivos desaparecen o son menos intensos y se caracterizan por estar asintomáticos o exhibir irritabilidad, depresión o deterioro cognitivo.

## **Tratamiento**

Para la esquizofrenia se dispone de dos tipos de tratamiento:

1. Tratamientos farmacológicos: fundamentalmente antipsicóticos o neurolépticos, en inyecciones, pastillas o gotas. Éstos, generalmente, se administran en combinación con otros fármacos.

2. Tratamientos no farmacológicos: son intervenciones que complementan el tratamiento farmacológico y que inciden en distintos aspectos de la problemática. Son fundamentalmente intervenciones psicológicas y sociales que se administran en función de las características y necesidades específicas de cada paciente.

Tratamiento farmacológico: a partir del descubrimiento de los efectos de la clorpromacina (Largactil) que fue el primer antipsicótico que se descubrió para controlar la esquizofrenia, se desarrolló una investigación intensa de cuyos resultados fueron elaborándose variaciones del compuesto original que dieron como resultado nuevos fármacos. Éstos se conocen actualmente como neurolépticos tradicionales y se sabe que inciden sobre una sustancia llamada dopamina que se encuentra en el cerebro.

El diccionario de especialidades farmacéuticas PLM (2007). Publica lo último en medicamentos que se utilizan en el tratamiento de la esquizofrenia elaborados por distintos laboratorios de la industria farmacéutica.

### **Antipsicóticos atípicos:**

Nombre del compuesto	Nombre comercial
Aripiprazol	Abilify
Clozapina	Clofax
Clozapina	Clozapina Mk.
Olanzapina	Dozic
Olanzapina	Frenial
Clozapina	Labinclöz
Olanzapina	Prolanz
Risperidona	Rizofren
Risperidona	Risperdal consta
Risperidona	Risperdal/Quicklet
Olanzapina	Zelta 5 y 10
Olanzapina	Zyprexa
Olanzapina	Zyprexa Zydis

### **Antipsicóticos convencionales:**

Nombre del compuesto	Nombre comercial
Haloperidol gotas	Apracal
Haloperido ampollas	Halopidol decanoato
Halopidol solución oral	Haloperidol
Trifluoperacina	Modiur
Flufenazina	Prolixin - D
Trifluoperazina tabs.	Stelazine

### **Hipnóticos - sedantes:**

#### **No barbituratos simples**

Nombre del compuesto	Nombre comercial
Diazepam	Diazepam - Ecar
Diazepam inyectable	Distensar

Zolpidem  
Midazolam  
Zopiclona  
Brotizolam  
Zopiclona  
Zolpidem tabs.  
Zolpidem comps.  
Triazolam  
Zolpidem tabs.  
Zopiclona  
Zolpidem tabs. recubiertas  
Zolpidem tabs. ranuradas  
Zolpidem  
Zopiclona

Dormeben 10  
Dormicum  
Ezolin  
Lindormin  
Sedorm  
Solpirem  
Somnil  
Trialam  
Zimor  
Zoiplon  
Zolpidem Genfar  
Zolpidem La sante  
Zolpidem Mk.  
Zopiclona Genfar

### **Hipnóticos - sedantes herbales**

Nombre del compuesto  
Raíces de valeriana  
v.  
Melissa officinalis

Nombre comercial  
Cirkulin grageas de  
Soñax

### **Tranquilizantes**

Nombre del compuesto  
Alprazolam  
Alprazolam  
Bromazepam  
Lorazepam  
Alprazolam  
Bromazepam  
Bromazepam  
Buspirona  
Alprazolam

Nombre comercial  
Alprazolam La sante  
Alprazolam Merck  
Ansiosel  
Ativan 1 y 2 mgs.  
Benzolam  
Bromazepam  
Bromazepam Merck  
Buspirona Genfar  
Dixin

Bromazepam

Alprazolam

Buspirona tabs.

Bromazepam

Alprazolam

Lexotan

Nirvan

Normaton 5 y 10

Octanyl

Tensivan

Otro aspecto importante de tener en cuenta ante la ingesta de estos medicamentos serán los efectos secundarios o reacciones adversas que el enfermo pudiera presentar. Los familiares tendrán la facultad, el derecho y la obligación de comentarlo con el médico tratante.

### **Efectos Secundarios o Reacciones Adversas (Información tomada del PLM, 2007)**

**Antipsicóticos** como el Haloperidol pueden ocasionar visión borrosa, resequedad de boca, estreñimiento, pesadez de brazos y piernas, temblor en las extremidades conocido como acatisia. Poco frecuente es que cause náuseas, somnolencia, cansancio o reacciones cutáneas.

Flufenazina puede causar congestión nasal, estreñimiento, intranquilidad, sacudidas de los músculos de cara y cuello, dificultad para caminar, temblor en las extremidades conocido como acatisia.

Abilify puede causar rigidez muscular, presión arterial irregular, taquicardia, insuficiencia renal aguda, hiperglucemia y diabetes mellitas entre otros.

Clozapina puede causar agranulocitosis en aproximadamente el 1% de los pacientes tratados en un año. Se requiere hacer exámenes de leucocitos mensualmente., durante el tratamiento.

Zyprexa - Olanzapina puede causar vértigo, astenia, acatisia, aumento del apetito, boca seca y constipación entre otros.

Risperidona puede causar ganancia de peso, depresión, fatiga, estreñimiento, eventos adversos cerebrovasculares y síntomas extrapiramidales entre otros.

**Hipnóticos - sedantes** como el Diazepam puede causar vértigo, somnolencia. Poco frecuentes: dolor abdominal, diarrea, estreñimiento y resequedad en la boca, vómito y dificultad para orinar entre otros.

Midazolam puede causar depresión, paro respiratorio, hipotensión, hipo. Poco frecuentes: visión borrosa, tos, mareo, somnolencia prolongada, cefalea, náuseas y vómito.

Triazolam puede causar somnolencia, aturdimiento, mareo, cefalea, incoordinación muscular, náuseas, vómito. Poco frecuentes: dolor abdominal, depresión mental, confusión, cansancio o debilidad, inquietud, sensación de bienestar y visión borrosa entre otros.

Zopiclona puede causar somnolencia, aturdimiento, mareo, cefalea, fatiga, incoordinación muscular, sabor agrio en la boca, náuseas, vómito. Con dosis altas y administración prolongada causa dependencia psíquica y física. Poco frecuentes: sequedad de boca, insomnio de rebote.

El más importante tratamiento es el farmacológico. Sin embargo también existen otros tratamientos dignos de tenerse en cuenta.

Tratamientos no farmacológicos: del mismo modo que hay gente que rechaza la medicación como recurso terapéutico, otros creen todo lo contrario, que al ser una enfermedad, el único remedio es farmacológico, y que la terapia psicológica no resulta pertinente ni eficaz. Aunque es cierto que las terapias psicológicas no han tenido demasiado impacto en la evolución de la enfermedad, también es cierto que en los últimos años se han desarrollado un conjunto de estrategias de intervención que han demostrado su efectividad. Dentro de este tipo de programas se encuentran los siguientes según Aznar y Berlanga (2004):

- **Intervenciones con los familiares**, se centran en proporcionar orientación y apoyo a los parientes que se encargan cotidianamente del cuidado de estas personas.
- **Entrenamiento en habilidades sociales**, se pretende enseñar a los pacientes formas más adecuadas de comportamiento en su vida cotidiana y sus relaciones interpersonales.
- **Programas de psicoeducación**, se plantean como un medio para conseguir que las personas y sus familias desarrollen mejores estrategias, para una óptima evolución de la enfermedad.
- **Terapia cognitivo – conductual**, se centra fundamentalmente en las consecuencias psicológicas de la enfermedad y con los síntomas que no remiten con el tratamiento farmacológico. Este tipo de terapia consigue disminuir al menos síntomas de las alucinaciones y los delirios que no ceden con la medicación, haciendo más llevadera la enfermedad.

Otras intervenciones son:

- **Actividades de ocio y tiempo libre**, tienen el valor de programas terapéuticos per se. Son útiles especialmente para tratar los síntomas negativos por ejemplo el grave aislamiento social o inactividad, la estigmatización o el miedo al rechazo, que les impide la integración a un ambiente más normalizado.

Anderson y Reiss (1986) sin un tratamiento continuo, los pacientes no recibirán la protección que brindan los medicamentos, y el apoyo y guía constantes que necesitan, quedando más vulnerables a las recaídas. Esto puede predisponerlos a hospitalizaciones reiteradas; esto no sólo es estresante para el paciente y su familia sino que a la larga, puede ocasionar la pérdida de las habilidades necesarias para el funcionamiento del paciente dentro de la comunidad (con cada nueva recaída el paciente se va deteriorando). Las familias pueden ser las aliadas más importantes del enfermo y del profesional de la salud en el tratamiento de esta enfermedad difícil y penosa.



## **Criterios para el diagnóstico de esquizofrenia**

DSM-IV-TR (2002) manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (Asociación Psiquiátrica Americana), la esquizofrenia es una alteración que persiste durante por lo menos 6 meses e incluye por lo menos 1 mes de síntomas de la fase activa.

### **F20.xx Esquizofrenia**

A. Síntomas característicos: Dos ó más de los siguientes síntomas, cada uno por un período de tiempo de un mes (o menos si hubo un tratamiento exitoso):

1. ideas delirantes
2. alucinaciones
3. lenguaje desorganizado
4. comportamiento catatónico o gravemente desorganizado
5. síntomas negativos, por ejemplo, aplanamiento afectivo, alogia o abulia.

B. Disfunción social/laboral: Durante un tiempo significativo desde el comienzo de la alteración, ha habido fallas en áreas como la del trabajo, las relaciones interpersonales o lo referente al cuidado de uno mismo, todo ello conduce a una disminución significativa en el nivel de logros previos al comienzo de la alteración. Cuando esta da inicio en la pubertad o la adolescencia aparecen fallas en el nivel esperable de rendimiento interpersonal, académico o laboral.

C. Duración: Persisten los signos en forma continua durante un período de 6 meses por lo menos. Este período incluye la presencia de los síntomas del criterio A (o menos si ha sido útil el tratamiento) y puede incluir manifestaciones prodrómicas o residuales. Durante estas fases

prodrómica o residual las únicas manifestaciones de la enfermedad pueden ser algunos síntomas negativos o dos o más de los síntomas del criterio A, presentes en forma atenuada p. ej., creencias raras o experiencias perceptivas no habituales).

D. Exclusión de los trastornos esquizoafectivo y del estado de ánimo con síntomas psicóticos: Se han descartado por:

1) no ha habido ningún episodio depresivo mayor, maníaco o mixto

simultáneo con los síntomas de la fase activa; o

2) si han coexistido síntomas del estado de ánimo durante la fase

activa y su duración ha sido breve en relación a los períodos activo y

residual de la enfermedad.

E. Exclusión de consumo de sustancias y de enfermedad médica: La enfermedad actual no es la consecuencia directa de una alteración fisiológica producida por alguna sustancia de la que se abuse o prescrita con fines médicos o debida a una condición médica general.

F. Relación con un trastorno generalizado del desarrollo: Si existe una historia de trastorno autista o algún otro trastorno profundo del desarrollo, el diagnóstico se hará únicamente si son muy notables los delirios o las alucinaciones durante por lo menos 1 mes o menos si hubo un tratamiento efectivo.

### **Subtipos de esquizofrenia**

El diagnóstico de un subtipo en particular está basado en el cuadro clínico que ha motivado la evaluación o el ingreso más reciente, por lo tanto puede

cambiar con el tiempo. Las implicaciones pronósticas y terapéuticas de los subtipos son variables. Sin embargo, los tipos paranoide y desorganizado tienden a ser normalmente, los de menor y mayor gravedad.

### **Clasificación DSM-IV-TR con códigos CIE-10**

#### **F20.0x Tipo paranoide [295.30]**

- A. Preocupación por uno o más delirios o alucinaciones auditivas.
- B. Ninguno de los siguientes síntomas : discurso desorganizado, conducta desorganizada o catatónica, afecto aplanado o inapropiado

#### **F20.1x Tipo desorganizado [2295.10]**

- A. Predominan
  - 1. lenguaje desorganizado
  - 2. comportamiento desorganizado
  - 3. Afecto aplanado o inapropiado
- B. No se cumplen los criterios para el tipo catatónico

#### **F20.2x Tipo catatónico [295.20]** Al menos dos de los siguientes síntomas:

- 1. inmovilidad motora puesta en evidencia por catalepsia (incluída la flexibilidad cética) o estupor.
- 2. actividad motora excesiva (sin pronóstico aparente y no influida por los estímulos externos).
- 3. negativismo extremo (resistencia a todas las instrucciones sin motivo  
o mantenimiento de una posición rígida contra los intentos de ser movido o mutismo.
- 4. Particularidades del movimiento voluntario manifestadas por la adopción de posturas extrañas o inapropiadas, movimientos estereotipados, manierismos o gestos exagerados.
- 5. Ecolalia o ecopraxia.

**F20.3x Tipo indiferenciado [295.90]** Un tipo de esquizofrenia en el que se cumplen los síntomas del criterio A, pero no cumple los criterios del tipo paranoide, desorganizado y catatónico.

**F20.5x Tipo residual [295.60]**

- A. Ausencia de delirios, alucinaciones, lenguaje desorganizado y comportamiento catatónico o gravemente desorganizado.
- B. Existen manifestaciones continuas de enfermedad, que pueden notarse por la presencia de síntomas negativos o de dos o más síntomas enumerados en el criterio A en forma acentuada (p. ej., creencias singulares, experiencias perceptuales poco comunes).

CIE - 10 (2000) clasificación internacional de las enfermedades (trastornos mentales y del comportamiento).

**F20.0 Esquizofrenia paranoide**

- a) Ideas delirantes de persecución, de referencia, de celos, genealógicas, de tener una misión especial o de transformación corporal.
- b) Voces alucinatorias que increpan al enfermo dándole órdenes, o alucinaciones auditivas sin contenido verbal, (p. ej., silbidos, risas o murmullo).
- c) Alucinaciones olfativas, gustativas, sexuales u otro tipo de sensaciones corporales. Pueden presentarse también alucinaciones visuales, aunque rara vez dominan.

Incluye: Esquizofrenia parafrénica

Excluye: Estado paranoide involutivo (F22.8)

Paranoia (F22.0)

**F20.1 Esquizofrenia hebefrénica**

Los trastornos afectivos son importantes, las ideas delirantes y alucinaciones son transitorias y fragmentadas y es frecuente el comportamiento irresponsable e imprevisible y los manierismos. La afectividad es superficial e inadecuada y se acompaña con frecuencia de

risas insulsas o sonrisas absortas como de satisfacción de sí mismo, de un modo despectivo de actuar, de muecas, manierismos, burlas, quejas hipocondríacas y de frases repetitivas. El pensamiento aparece desorganizado y el lenguaje es incoherente. Existe una tendencia a permanecer solitario y el comportamiento carece de propósito y de resonancia afectiva.

Incluye: Esquizofrenia desorganizada

Hebefrenia

### **F20.2 Esquizofrenia catatónica**

- a) Estupor o mutismo
- b) Excitación
- c) Catalepsia
- d) Negativismo
- e) Rigidez
- f) Flexibilidad cérea
- g) Obediencia automática

Incluye: Estupor catatónico

Catalepsia esquizofrénica

Catatonía esquizofrénica

Flexibilidad cérea esquizofrénica

### **F20.3 Esquizofrenia indiferenciada**

- a) Satisface las pautas para el diagnóstico de esquizofrenia
- b) No satisface las pautas de los tipos catatónico, hebefrénico o paranoide
- c) No reúne las pautas para la esquizofrenia residual o la depresión postesquizofrénica.

Incluye: Esquizofrenia atípica

#### **F220.4 Depresión postesquizofrénica**

- a) El enfermo ha tenido en los últimos meses una enfermedad esquizofrénica que satisfacía las pautas generales de la esquizofrenia.
- b) Persisten algunos síntomas esquizofrénicos.
- c) Los síntomas depresivos son destacados, fuente de malestar y cumplen al menos las pautas de un episodio depresivo (F32) y han estado presentes por lo menos durante dos semanas.

#### **F20.5 Esquizofrenia residual**

- a) Presencia de síntomas esquizofrénicos “negativos”
- b) Se ha hecho en el pasado el diagnóstico de esquizofrenia
- c) Un período de por lo menos un año durante el cual la intensidad de los síntomas “positivos” ha sido mínima o claramente apagada.
- d) Ausencia de demencia u otro trastorno cerebral orgánico o de otras causas de deterioro.

Incluye: Esquizofrenia crónica no diferenciada

Estado esquizofrénico residual.

#### **F20.6 Esquizofrenia simple**

Difícil de diagnosticar. Desarrollo progresivo de síntomas “negativos” característicos de la residual, sin que hayan existido antecedentes de alucinaciones, de ideas delirantes ni otras manifestaciones de un episodio psicótico pasado. Marcada pérdida de interés, ociosidades y aislamiento social.

#### **F20.8 Otra esquizofrenia**

Incluye: Esquizofrenia cenestopática

Trastorno esquizofreniforme sin especificación.

#### **F20.9 Esquizofrenia sin especificación**

Dentro del mismo capítulo, pero sin pertenecer a las formas de la esquizofrenia, el CIE - 10 incluye otros cuadros que corresponderían, de acuerdo con otros enfoques, más bien a un apartado de “Diagnóstico

diferencial de la esquizofrenia” apenas por organizarse; nos limitaremos a señalar las patologías.

Para calificar la forma de evolución se utiliza un quinto carácter:

F20.x0 Continua

F20.x1 Episódica con defecto progresivo

F20.x2 Episódica con defecto estable

F20.x3 Episódica con remisiones completas

F20.x4 Remisión incompleta

F20.x5 Remisión completa

F20.x8 Otra forma de remisión

F20.x9 Período de observación menor de un año.

La esquizofrenia es considerada un trastorno mental grave con repercusiones en distintas áreas en la vida del sujeto, modificando su desempeño de por vida. Es para el área de la salud un reto constante el presentarles alternativas que puedan servirles para hacer más llevadera esta enfermedad. Es por eso que la familia podría tener una mejor interacción familiar y social, si pudiera mejorar su comunicación. Así mismo el contar con un adecuado tratamiento farmacológico y finalmente una actitud de aceptación y responsabilidad ante la enfermedad por parte de todos los involucrados incluido el enfermo. Son todos estos factores que pueden redundar en un mejor pronóstico ante este padecimiento.

## **PROPUESTA DE UN TALLER DE COMUNICACIÓN TEÓRICO VIVENCIAL PARA LOS FAMILIARES DE UNA PERSONA CON ESQUIZOFRENIA**

La comunicación es un tema fundamental en el manejo de nuestras relaciones. Es a través de la comunicación como nos relacionamos con nosotros mismos y con todas las personas que se tratan a lo largo de la vida, especialmente y de manera particular con la familia. La comunicación es una dotación natural de los seres humanos para interactuar. Sin embargo, no basta tener la capacidad fonológica para comunicarnos, hay que aprender a hacerlo.

De los primeros trabajos en comunicación que se tienen noticias son los realizados precisamente con familias que tenían una característica así. Uno de sus miembros presentaba el padecimiento de la esquizofrenia. Y es así como también da inicio la Psicoterapia familiar.

Sánchez y Gutiérrez (2000) nos dice que los pioneros del estudio del modelo de comunicación de la esquizofrenia fueron: Jackson y Haley en el Mental Research Institute (MRI). Jackson fundó este instituto en noviembre de 1958. Después se les unirían otras muchas personalidades como: Riskin, Satir, Weakland y Watzlawick.

Watzlawick (2002) introduce la Teoría de la Comunicación Humana para tratar de explicar el fenómeno de la comunicación en éste tipo de familias y las relaciones que se establecían entre quienes conformaban este grupo familiar.

Este autor señala que mientras más elementos se tengan para analizar un hecho o fenómeno, este podrá ser mejor entendido o explicado.

Barrowclough y Tarrier (1995) consideran relevante valorar los problemas de comunicación entre los miembros de una familia en dónde esta presente el padecimiento de esquizofrenia.



## **JUSTIFICACIÓN**

La esquizofrenia es un problema de salud pública que afecta al 1% de la población a nivel mundial. La familia a partir de que se da el diagnóstico, tiene un papel preponderante en el manejo y rehabilitación del paciente, ya que deberá recibir información, cambiar patrones de relación y apoyar en muchas áreas la vida del paciente identificado (PI). Las funciones que se ven alteradas con dicho padecimiento son: el pensamiento, el afecto, la sensopercepción y la conducta. Incapacitando a quién la padece para llevar a cabo una vida normal ya que se ven afectadas sus áreas: laboral, social, familiar y su vida afectiva. Es una enfermedad crónica, que dura toda la vida. Rascón (2001) en nuestro país, la familia es el único agente de cuidado comunitario del paciente psicótico, (en especial el familiar responsable o cuidador principal). La familia está involucrada en cada etapa durante el transcurso de la enfermedad: en el inicio, en el internamiento hospitalario; durante la hospitalización; más del 85% de los pacientes que padecen esquizofrenia viven con su familia.

La carga emocional que viven tanto el paciente como la familia es intensa y la manera de mejorar esa convivencia cotidiana puede darse a través de una mejor comunicación.

## **OBJETIVO GENERAL**

Que a través de este taller teórico vivencial, se les brinden a los familiares de éstos pacientes elementos que les permitan reconocer problemas de comunicación y relación. “La información modifica la conducta”.

## **POBLACIÓN**

- Está dirigido a adultos hombres y mujeres de 18 años en adelante
- No interesa el nivel socioeconómico y/o sociocultural
- Requisito de inclusión: ser familiar de una persona que padece esquizofrenia.

## **ESCENARIO**

El taller teórico vivencial se llevará a cabo en un espacio amplio, ventilado, iluminado y limpio.

## **MATERIAL**

Sillas de preferencia con papeleta

Pizarrón o rotafolio

Hojas

Lápices

Fotocopias de una carta compromiso que deberán firmar cada uno de los asistentes.

## **SESIONES**

El taller está conformado por 4 sesiones de 3 hrs. c/u 2 días a la semana

## SESIÓN 1

### **TEMA:** Comunicación

- Teoría del doble vínculo y sus efectos
- Teoría de la comunicación
- Elementos que tiene la comunicación
- Reflexión
- Conclusiones

**OBJETIVO ESPECÍFICO:** Resaltar la importancia de la comunicación y los elementos que la conforman.

### **ACTIVIDAD**

Se dará la bienvenida al grupo participante. Se presentará el instructor(a) y realizará una dinámica de integración grupal, con el objetivo de obtener un buen rapport y fomentar, el respeto, la integración y la participación del grupo.

Esta dinámica será llevada a cabo a través de que se formen parejas de integrantes en las que cada uno presente al otro pero destacando intereses, logros y un sentimiento de orgullo por algún hecho relevante en sus vidas.

Se firmará la carta compromiso por todos y cada uno de los participantes del grupo (Ver anexo 1). El instructor(a) dará inicio al tema, explicando cada una de las teorías y los elementos que tiene la comunicación, a través de una exposición.

Se llevará acabo la reflexión acerca de la importancia de la comunicación apoyado(a) por la lectura de un anónimo titulado “la forma de decir las cosas” (Ver anexo 2). Finalmente se sacarán las conclusiones del grupo.

## SESIÓN 2

**TEMA:** Esquizofrenia y Comunicación.

- Esquizofrenia características generales de la enfermedad
- Aspectos difíciles en el manejo de la enfermedad
- Cómo comunicarse con el paciente
- Reflexión
- Conclusiones

**OBJETIVO ESPECÍFICO:** Qué los participantes conozcan cuáles son las dificultades que enfrentan ante la esquizofrenia y como hablar de ellas.

### ACTIVIDAD

El instructor(a) realizará a través de una exposición la explicación general de todos los aspectos que conforman la esquizofrenia: abarcando factores de riesgo, síntomas positivos, negativos y cognitivos. Así como los elementos que deberán tenerse en cuenta para evitar una recaída y las pautas de comunicación que pueden emplearse con el Paciente Identificado (PI).

Se llevará acabo la reflexión que estará apoyada por la lectura de una carta de un paciente (Ver anexo 3). Por confidencialidad se han guardado los datos de su identidad.

Después se sacarán las conclusiones del grupo.

## SESIÓN 3

**TEMA:** Familia y comunicación

- La familia con un miembro que padece esquizofrenia
- Funciones de la familia
- Ciclo vital de la familia
- Reflexión
- Conclusiones

**OBJETIVO ESPECÍFICO:** Qué los participantes conozcan las características de una familia con un miembro que padece esquizofrenia.

### ACTIVIDAD

El instructor(a) a través de una exposición hará una revisión de las características que distinguen a una familia con una persona que padece esquizofrenia, las funciones que deberá desarrollar una familia para desempeñar sus roles en forma adecuada y la importancia de tomar en cuenta la fase del ciclo vital por el que la familia está transitando.

Se llevará acabo la reflexión acerca de las características de la familia con un miembro que padece esquizofrenia. En esta ocasión la reflexión será de las vivencias que cada uno de los participantes han tenido al interior de sus familias y se sacarán las conclusiones.

## SESIÓN 4

**TEMA:** Manejo de la Emoción Expresada

- Expresión de hostilidad
- Expresión de comentarios críticos
- Manejo de la sobreinvolucración.

**OBJETIVO ESPECÍFICO:** Que los familiares aprendan como poder expresar lo que se conoce como Emoción Expresada.

### **ACTIVIDAD**

El instructor(a) a través de una exposición hará la revisión de los aspectos que constituyen el constructo de Emoción Expresada, y el manejo que podrán hacer con su familiar, para obtener una mejor relación.

Se llevará a cabo una reflexión acerca de éste tema que ha constituido el foco de interés en el tema de las recaídas.

Se sacarán las conclusiones del tema y a su vez del taller en general.

## **DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES**

La aportación de este taller de comunicación teórico vivencial para los familiares de una persona con esquizofrenia es poderles brindar algunos recursos para mejorar su comunicación y por lo tanto su relación. “La información modifica la conducta”.

Las ventajas que puede ofrecer el taller con estas características son: su brevedad, no tiene costo, es un tema “indirecto” de la enfermedad. Y un beneficio adicional es, que se puede aplicar a muchas otras áreas de la vida.

Las limitaciones que puede presentar son: El hecho de que está dirigido a una población vulnerable y susceptible de rechazar cualquier intervención que no sea hospitalaria o farmacológica, en el momento de una crisis. Viven con tanto estrés que “parece que se oponen a un acontecimiento más, aunque sea en beneficio”. Sin embargo como lo señalan Kuipers, Leff y Lam (2004) es probable que las familias acepten la ayuda en un momento de crisis y la tarea terapéutica será vincular a la familia y la estrategia para conseguirlo es ofrecer experiencias de contacto positivas al ritmo que la familia lo permita.

Difícilmente más de un miembro de la familia se involucra activamente, (casi toda la responsabilidad recae sobre el cuidador principal o familiar responsable). Los estudios del impacto psicológico del familiar que cuida del paciente revelan que presentan niveles elevados de ansiedad o depresión y particularmente son las mujeres – madres, quienes padecen mayores riesgos de salud. Rascón (2001). De aquí la importancia de que el taller esté dirigido a los familiares de un paciente que padece esquizofrenia.

En la práctica clínica se sigue viendo mucho sufrimiento y desinformación por parte de los familiares en relación con la enfermedad y su manejo. Al interior de estas familias existe una falta de comunicación clara entre sus



integrantes, falta de acuerdos y de compromiso. Así como una mala relación familiar.

Paradójicamente los primeros estudios en teoría de la comunicación y terapia familiar fueron iniciados con las familias de pacientes que presentaban esquizofrenia, y aunque en la actualidad se ha estudiado en forma exhaustiva la problemática de éste tipo de familias, es precisamente en el ámbito de la comunicación en dónde no se han dado los mayores avances.

La revisión de la literatura para la realización de éste trabajo nos muestra una amplia gama de estudios en el tratamiento de la esquizofrenia como son: el tratamiento farmacológico, el tratamiento psicoeducativo para las familias y los pacientes, el tratamiento cognitivo conductal, la terapia ocupacional y psicológica, así como la importancia de reinserir al paciente en el ámbito educacional, laboral y social. Sin embargo es en el campo de la comunicación - (que es imprescindible para tener relaciones sociales exitosas) - en donde los estudios que se encontraron son de varios años atrás y uno que otro relativamente reciente. Autores como Aznar y Berlanga (2004); Barrowclough y Tarrier (1995); Kuipers, Leff y Lam (2004). Lo abordan pero en forma sucinta. Es por ello que se sugieren estudios y programas que abarquen este tema con mayor profundidad y alcance.

Si pudiéramos encontrar formas más eficaces de comunicación al interior de estas familias y en relación con el paciente. Podríamos brindarles un apoyo adicional para la difícil y penosa situación que enfrentan.

## REFERENCIAS

- Anderson, C. y Reiss. (1986). *Esquizofrenia y familia*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Ackerman, N. (1988). *Diagnóstico y tratamiento de las relaciones familiares*. Psicodinamismos de la vida familiar. Buenos Aires: Horme.
- Aznar, E. y Berlanga. (2004). *Guía práctica para el manejo de la esquizofrenia* Madrid: Pirámide.
- Barrowclough, C y Tarrier, N (1995) Intervenciones con las familias en
- Birchwood, M. y Tarrier, N. (1995). *El tratamiento psicológico de la esquizofrenia*. Barcelona:Ariel.
- Bateson, G. y Ruesch. (1984). *Comunicación: la matriz social de la psiquiatría*. Barcelona: Ediciones - Paidós.
- Berestein, I. (1976). *Familia y enfermedad mental*. Buenos Aires: Paidós
- Bowen, M. (1976). Psicoterapia familiar de la esquizofrenia en el hospital y en la práctica privada en Boszormeny, I. (1976) *Terapia familiar intensiva*. México: Trillas.
- Calderón, G. (1995). *Psiquis*. México. 4, núm. 3, 40 - 48
- CIE-10 (2000). *Clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento*. Madrid: Edit. Médica panamericana.
- Escardo, F. (1974). *Anatomía de la Familia*. Buenos Aires: El ateneo.
- Estrada L. (1990). *El ciclo vital de la familia*. Edit. Posada.

Dorsch, F. (1994). *Diccionario de psicología*. (12ª. Ed.) Barcelona Herder.

DSM - IV - TR, (2002). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Masson.

González, R. (1980). *Breve historia de los hospitales de la ciudad de México*. Asociación Mexicana de Hospitales, A. C. Sociedad Mexicana de Historia y Filosofía de la Medicina.

Imber, E. (1999). *La vida secreta de las familias: verdad, privacidad y reconciliación en una sociedad del "decirlo todo"*. Barcelona. Gedisa.

Jackson, A. (1977). *Comunicación, familia y matrimonio*. Buenos Aires: Nueva visión.

Kuipers, E., Leff, J., y Lam, D. (2004). *Esquizofrenia. Guía práctica de trabajo con las familias*. Barcelona: Paidós Ibérica.

Moguillansky, R y Seiguer, G. (1996). *La vida emocional de la familia: su complejidad, vínculos y estados vinculares*. Buenos Aires.

PLM (2007). *Diccionario de especialidades farmacéuticas*.

Rámirez, S. (1934). *Revista Mexicana de Psiquiatría, Neurología y Medicina Legal*,1, 7-19. Hospital Fray Bernardino Alvarez.

Robles, T. (1967). *El enfermo crónico y su familia*. México, Nuevo mar.

Rascón, L. (2001). *Estudio de familias de pacientes con esquizofrenia*. Tesis doctoral. Universidad Nacional Autónoma de México, México.

Rodríguez, I. (1991). *Rasgos predominantes de la familia de pacientes esquizofrénicos*. Tesis de Licenciatura. Universidad Nacional Autónoma de México, México.

Rolland, J. (2000). *Familia, enfermedad y discapacidad*. Terapia Sistémica. Gedisa.

Sánchez, D. (2000). *Terapia familiar: modelos y técnicas*. México: Manual Moderno.

Satir, V. (1986). *Terapia familiar conjunta*. (2da. Ed.) México: Prensa Médica Mexicana.

S.S.A., (S/N). Secretaría de Salubridad y Asistencia. *Guía para la detección temprana*. Servicios de salud mental. Esquizofrenia.

Soifer, R. (1979). *¿Para qué la familia?*. Buenos Aires: Kapeluz.

Steffant, T. (1983). *Comunicación Humana*. México: Diana.

Sue, D. (1995). *Comportamiento anormal*. México: Mc. Graw Hill.

Watzlawick, P. (2002). *Teoría de la comunicación humana: introducción, patologías y paradojas*. (12ª. Ed.) Barcelona Herder.

Winnicott, D. (1994). *La familia y el desarrollo del individuo*. Buenos Aires: Horme.

# **ANEXOS**

# ANEXO 1

México, D. F., a 28 de Enero de 2008.

## CARTA COMPROMISO

Por medio de la presente manifiesto mi deseo de participar voluntariamente en el “Taller de comunicación para familiares de una persona con esquizofrenia”, mismo que se desarrollará en cuatro sesiones, con una duración de tres horas cada una.

De la misma manera, me comprometo a asistir a cada una de las sesiones en las fechas y horarios acordados con el instructor(a), hasta completar el taller y a llevar a cabo todas las actividades que forman parte del mismo.

---

Nombre y Firma del Participante

---

Nombre y Firma del Instructor

## ANEXO 2

### LA FORMA DE DECIR LAS COSAS

Una sabia y conocida anécdota árabe dice que en una ocasión, un Sultán soñó que había perdido todos los dientes. Después de despertar, mandó a llamar a un Adivino para que interpretase su sueño.

- ¡Qué desgracia, Mi Señor! - exclamó el Adivino - Cada diente caído representa la pérdida de un pariente de Vuestra Majestad.
- ¡Qué insolencia! – gritó el Sultán enfurecido - ¿Cómo de atreves a decirme semejante cosa? ¡¡¡ Fuera de aquí !!!

Llamó a su guardia y ordenó que le dieran cien latigazos.

Más tarde ordenó que le trajesen a otro Adivino y le contó lo que había soñado.

Éste, después de escuchar al Sultán con atención, le dijo:

- ¡Excelso Señor! Gran felicidad os ha sido reservada... ¡El sueño significa que sobreviviréis a todos vuestros parientes!

Iluminóse el semblante del Sultán con una gran sonrisa ordenó le dieran cien monedas de oro.

Cuando éste salía del palacio, uno de los cortesanos le dijo admirado:

No es posible!, la interpretación que habéis hecho de los sueños es la misma que el primer Adivino. No entiendo porque al primero le pagó con cien latigazos y a ti con cien monedas de oro...

- Recuerda bien, amigo mío – respondió el segundo Adivino – que todo depende de la forma en el decir... uno de los grandes desafíos de la humanidad es aprender el arte de comunicarse.

De la comunicación depende, muchas veces, la felicidad o la desgracia, la paz o la guerra.

Que la verdad debe ser dicha en cualquier situación, de esto no cabe duda, más la forma con que debe ser comunicada es lo que provoca, en algunos casos, grandes problemas.

La verdad puede compararse con una piedra preciosa. Si la lanzamos contra el rostro de alguien, puede herir, pero si la envolvemos en un delicado embalaje y la ofrecemos con ternura, ciertamente será aceptada con agrado.

## ANEXO 3

### CARTA DE UN PACIENTE CON ESQUIZOFRENIA

Deseo compartir brevemente a ustedes como he ido manejando la problemática y cuales han sido los avances, logros, retos, esperanzas y posibilidades que alguien con este padecimiento en cualquiera de sus formas y grados tiene por delante.

De infancia feliz y alegre, pase a una adolescencia un poco introvertida pero sociable, quizá con ganas de comunicarme. En 1993 comencé a buscar una solución a mi problemática de comunicación y encontré una escuela de oratoria, comunicación, relaciones humanas y ahí comenzó un parte aguas entre lo anterior y lo actual que deseo compartir.

En 1997 en el verano comencé con los primeros rasgos del padecimiento, pues tuve ideas de persecución, luego supe que eso se llamaba paranoia.

Regresé a casa de la familia en septiembre de 1997 y comencé el psicoanálisis con la Dra. Margarita de Leonardo, a quien estimo profundamente y con quien trabaje arduamente mi historia personal desde mi nacimiento el 7 de agosto del 66, pasaje por pasaje, vivencia por vivencia. Este proceso duró casi 8 años.

También asistí al grupo Shalom (espiritual) del 4 y 5 paso de Alcohólicos Anónimos por 3 años. Hice esto en una hacienda un fin de semana, con Martín y Vicente, los guías del grupo de autoayuda. Asistí a Neuróticos Anónimos durante 1 mes.

En la escuela de oratoria me comunicaba y hacia amigos y proyectos de comunicación y artesanías de mecate, con el maestro y amigo Abel Luciano Cruz.

Entre 1999 y 2000 volví a tener ideas de persecución y se me comenzó a medicar, para entonces asistía tanto a psicoanálisis, como a psiquiatría y comencé a tomar Ziprexa de 5 mg, con la Dra. Marisa Haro.

En 2003 tuve mi primera crisis de paranoia y esquizofrenia pura. Fue interesante y profunda. Gracias a Dios todo sucedió en la casa de la familia. Y estuve hospitalizado por 1 mes 15 días. Porque no quería volver a tomar Ziprexa. Cambié con el Dr. Eduardo Thomas he hice amistad con la Dra. Angeli Landeros, y la Psicóloga Rosa Mary Lázaro del Sanatorio Español, Sala 9 de Psiquiatría.

Casi a finales del 2003 platicué a profundidad con dos amigos, el Dr. Neurólogo Jaime Ruíz Chávez y el Dr. en Psicología Marcos Alexis Basilakis Rentarías sobre la problemática de salud que me aquejaba y sigo en pláticas con ellos.

Desde 1966 hasta hoy 2006 casi por cumplir 40 años, al igual que todos los demás he tenido la construcción de mi vida, mis estudios, trabajo, proyectos, amigos, novias, amigas, etc... y un permanente auto análisis de mi vida personal



que comenzó a los 14 años. Con el objetivo de realmente sacar lo mejor de mi y resolver mis defectos y convivir con ellos sin realmente molestar a los demás. Como le digo a mi gente íntima, desde los 14 años me dolía el alma por así decirlo.

¿Qué he aprendido?

La escuela de la vida me ha enseñado que toda la gente tiene adversidades en distintos grados y que todos o la mayoría luchan para salir adelante. En lo relativo a la problemática que me aqueja soy muy optimista. En ninguna crisis he perdido la conciencia. Estoy conciente de la locura pero no la puedo controlar. La locura se impone. Pero es una locura con mucho contenido, que hasta podría ser materia de libros, ensayos, escritos, novelas, películas, fantasía, esoterismo, etc...

***Algo muy importante a destacar es que lo que me ha sanado el alma es la comunicación y la convivencia con sanos, enfermos, locos, buenos, malos, tontos, listos, inteligentes, de todo como en botica.***

Estar en comunicación no sólo con mi interior, sino con el exterior y con Dios y la naturaleza. Vivir y aprender de la fe.