

11226
2ej
88



UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTONOMA DE MEXICO



INSTITUTO MEXICANO
DEL SEGURO SOCIAL

RESIDENCIA DE MEDICINA FAMILIAR

H.G.Z.C.M.F. # 1 MERIDA.

TESIS DE POSTGRADO:
RELACIONES FAMILIARES EN PACIENTES
ESQUIZOFRENICOS

TRABAJO DE INVESTIGACION REALIZADO POR:

Dr. Miguel Angel Espadas Memeri

EN OPCION AL TITULO DE:
MEDICO FAMILIAR

MERIDA, YUCATAN, MEXICO,
1985.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



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 está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

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

INDICE

	PAG.
1.-INTRODUCCION.....	1
2.-MATERIAL Y METODOS.....	9
3.-RESULTADOS.....	12
4.-CONCLUSIONES Y COMENTARIOS.....	14
5.-BIBLIOGRAFIA.....	16

INTRODUCCION.

El hombre conforme fué formando grupo social a través de la historia, iniciándose en formación de grupos nómadas, posteriormente a través de tribus y más tarde teniendo asentamientos en lugares ya establecidos utilizó como primera alternativa para explicar los fenómenos que no comprendía fuese de la naturaleza (Relámpagos, tormentas, Cometas, etc.) Así como de su propia integridad física, como serían los padecimientos mentales, manejaban el concepto de pensamiento mágico como primera posibilidad dándole una explicación, que variaba entre la dualidad del bien y el mal, es decir que según fuesen las culturas y las sociedades, en la que se presentaba estos síntomas que ahora conocemos como padecimientos mentales, lo relacionaban con fuerzas superiores unas veces enviadas por los dioses y otras por dioses malignos.

Así por ejemplo en la Era Greco-romana, año 860 A.C., cuando los sacerdotes griegos complementaban los encantamientos y los exorcismos para el enfermo mental y sugerencias de que se emplearan actividades físicas (como el deporte y recreativas). (I)

En el siglo VI A.C., se efectuó un avance significativo cuando el interés de los curanderos

griegos se volvió hacia la observación y la experimentación; éstos fueron los primeros pasos científicos dentro de la ciencia biológica. Alemeón diseccó y señaló las relaciones de los órganos de los sentidos con el cerebro, de lo cual dedujo que el centro de la razón y del alma se localizaba en éste órgano. Este primer movimiento científico se observa principalmente en los escritos de Hipócrates (460-375 A.C.), quien clasificó las enfermedades mentales en manía, melancolía y frenitis. Rechazando por completo la influencia de los dioses, como causa de la enfermedad mental e influyó también en las actitudes sociales de su tiempo. (I)

Después de ésta época de progreso científico y en general en todas las áreas de la época grecoromana, a la caída del imperio Romano se inicia la etapa del obscurantismo conocida como Edad Media, en donde de nuevo se clasificó a toda persona que presentaba sintoma de enfermedad mental, como poseidas por el demonio o bajo un efecto de hechicería, a lo que como respuesta el clero inició las famosas cacerías de brujas incluyendo entre las víctimas a no pocos pacientes con trastornos mentales.

En la Era Moderna Philippe Pinel(1745-1826) en Francia, Daniel Tuke(1827-1845) en Inglaterra, se eliminó el encadenar a los pacientes, y los alrededores de los hospitales se mejoraron para su cuidado. (I)

En el siglo pasado se fueron agrupando de diverso modo alguno de éstos pacientes según su sintomatología mas llamativa. Pero fue el colosal esfuerzo clasificador de Krapelin(Alemán), en las ediciones de su obra de 1887 - a 1913, el que las reunió en una entidad clínica que denominó DEMENCIA PRECOZ y definió como: " Una serie de síndromes clínicos cuya común característica la constituye la destrucción de la correlación o armonía interna de la personalidad, con preferente participación de la afectividad y voluntad". La llamó así porque demostró que aparecían en personas jóvenes y tendían al deterioro global de la personalidad. Distinguió tres formas clínicas -- que hoy subsisten que son; Hebefrénica, Catatónica y Paranoide; también sostuvo desde un principio cosas que hasta ahora se aceptan: -
1.-No es una enfermedad; 2.-No puso duda que la base de esa lesión orgánica es difícil demostrar y que aún hoy no se ha demostrado;-
3.-Hay disarmonía entre todos los elementos -

que integran la personalidad, en mayor o menor grado dependiendo de la persona (característica muy importante).

Se limitó a un estudio "descriptivo" no dando importancia preponderante a unos síntomas -- sobre otros y no admitiendo un "Transtorno -- primario o fundamental ". La considera expresión psíquica de una enfermedad orgánica.

La segunda etapa la constituye E. Bleuler -- sustituye el nombre de demencia precoz por el de Esquizofrenia, combinando el estudio descriptivo con un esfuerzo interpretativo, intentando penetrar a la dinámica del proceso -- Esquizofrénico, siendo el primer autor en hablar de un transtorno fundamental del cual de riva su nombre que significa escisión o disociación del psiquismo y de éstos derivan los llamados síntomas primarios y también es el -- primero en hablar del termino autismo para ex presar el retraimiento afectivo en el que la persona se encierra en un mundo interior propio y pierde contacto con la realidad. (2)

En ésta época (1911) ya se habían difundido los trabajos de Freud y de Jung dándole éstos autores otro enfoque que se ha llamado psicoanalítico distinto al enfoque de los dos primeros autores (Kraepelin y Bleuler) en el que --

éstos aseguraban, que existía una base orgánica o biológica que explicara éste transtorno, mientras que los psicoanalistas (Freud, Jung, Adler) le enfocaban que todo el cuadro clínico deriva de conflictos emocionales establecidos en los primeros meses de la vida del individuo. A partir de entonces es decir del principio del siglo XX se han creado las dos grandes corrientes de enfocar la etiología de la Esquizofrenia desde un punto de vista orgánico y desde un punto de vista psicoanalítico - quien en la mayor parte de las veces son antagonistas. Durante las décadas siguientes ambos grupos han seguido difundiendo sus puntos de vista y poniendo sus justificaciones, sin embargo siempre habían sido éstos estudios -- realizados en un sentido lineal, tratando de -- enfocarlo desde el punto de vista de causa y efecto como tradicionalmente se nos ha enseñado ha racionalizar es decir que se enfocaba -- el problema unilateralmente, estudiando únicamente al paciente identificado y muy superficialmente a su medio familiar. Es al final de la década de los cincuenta en que otros autores empiezan a enfocarlo como un padecimiento en el que tiene gran importan

cia el medio familiar del paciente identificado, mencionando entre los primeros autores - Bateason, Lidzt, Haley y Watzlawick, siguiendo con éste mismo enfoque diversos autores continúan efectuando estudios en la misma perspectiva, es decir dándole cada vez mayor importancia al medio ambiente que rodea al paciente y principalmente al medio familiar. Ha marcado además una pauta importante en éste sentido - el trabajo de Von Bertalanfe llamada la teoría general de sistemas que mencionó que cada sistema viviente está caracterizado por dos funciones aparentemente contradictorias; " La tendencia homeostática por un lado y la capacidad de transformación por el otro" y el interjuego de éstas dos funciones aparentemente antitéticas mantiene el sistema en un equilibrio provisional y cuya inestabilidad, garantiza la evolución y la creatividad. Se ha observado que en los sistemas patológicos (como en el caso de la Esquizofrenia) se incrementa la tendencia rígida a repetir compulsivamente, soluciones provadas en vías de mantener esa homeostasis. (3)

Básicamente es desde ésta perspectiva, es decir desde un enfoque llamado sistémico en

el que se ha trabajado recientemente, enfocando el problema de la Esquizofrenia desde un punto de vista más amplio en el cual han trabajado diversos autores siendo los más reconocidos los que laboran en Palo Alto California siendo los mas importantes hasta el momento actual Paul Watzlawick, Janet Helmick Beavin y Don D. Jackson, que con sus diversos trabajos han aportado nuevos enfoques tanto para la etiología, como para la terapia de tipo familiar mejorando la comunicación entre el paciente identificado y su núcleo familiar.

PLANTAMIENTO DEL PROBLEMA.

Existe un número de pacientes diagnosticados como Esquizofrénicos. Dado que la Esquizofrenia es considerada como un padecimiento crónico, es el Médico Familiar el primer contacto entre éste paciente identificado y su núcleo familiar, y es éste quien se encarga de llevar el control de éstos pacientes, cuando no están en fase aguda de la presentación de síntomas y habitualmente bajo control con fármacos ya prescritos a nivel de la especialidad de psiquiatría.

Habitualmente el paciente Esquizofrénico, causa intranquilidad en el medio familiar, llegando a tal punto de que las familias se encuentran ante la disyuntiva de que se acepte o rechaza al paciente del grupo familiar o el grupo familiar acaba por desintegrarse. Es esto lo que se trata de investigar en el presente trabajo.

HIPOTESIS ALTERNATIVA; Existe un rechazo del núcleo familiar hacia el paciente identificado.

HIPOTESIS NULA; No existe un rechazo del núcleo familiar hacia el paciente identificado.

MATERIAL Y METODOS.

Se seleccionaron 20 pacientes con Esquizofrenia, captados de la 4-30-6 de la consulta externa de Medicina Familiar y Psiquitría, del H.G.Z.-M.P. #1 Mérida, del I.M.S.S. Del período comprendido del 1 de Octubre al 31 de Enero de 1985 se efectuó el presente estudio.

De acuerdo con los siguientes criterios:

A) CRITERIOS DE INCLUSION: Pacientes con diagnóstico clínico de Esquizofrenia, de 15 a 50 años de edad de ambos sexos, que no estén cursando con cuadro psicótico agudo. Sin importar nivel socioeconómico, tipo, función ni el ciclo de vida familiar.

B) CRITERIOS DE EXCLUSION: Pacientes con dudoso diagnóstico de Esquizofrenia, menores de 15 y mayores de 50 años de edad, de ambos sexos, y aquellos que estén con cuadro psicótico agudo.

De los cuales se le proporcionó a los familiares un cuestionario basado en diez preguntas, que se elaboró en base a los puntos que se han detectado, en donde se hace más evidente si existe aceptación o rechazo familiar hacia el paciente identificado, dicho cuestionario fue recopilado en el domicilio de la fami

ESTA TESIS NO DEBE SACAR DE LA BIBLIOTECA

lia del paciente identificado, consulta externa de Psiquiatría, y Medicina Familiar, que ha continuación se da:

GUESTIONARIO.

1.-Aceptaron el diagnóstico que se le dió a su familia cuando inició su padecimiento:

SI

NO

PORQUE:

2.-Después de que se efectuó el diagnóstico lo consideraron productivo:

SI

NO

PORQUE:

3.-Si consideran que se desintegró la familia por tener éste padecimiento:

SI

NO

PORQUE:

4.-Considera que la familia se unió más para poder atender al paciente:

SI

NO

PORQUE:

5.-Considera que alguna persona de la familia tuvo la culpa de éste padecimiento:

SI

NO

PORQUE:

6.-En algún momento de su matrimonio ha pensado en una separación o divorcio; consi

dera que tiene alguna relación con el enfermo:

SI

NO

PORQUE:

7.-Sigue queriendo o estimando al paciente igual que antes:

SI

NO

PORQUE:

8.-Los cuidados que brinda la familia al paciente creen que son los suficientes:

SI

NO

PORQUE:

9.-Esconden o niegan la presencia del paciente en la familia:

SI

NO

PORQUE:

10.-(Hospitalizados).-Con que frecuencia visitan al paciente:

CADA SEMANA CADA 15 DIAS CADA MES.

PORQUE:

RESULTADOS.

De acuerdo con las 10 preguntas anteriores y no contando con estudios previos al actual, consideré necesario efectuar un estudio descriptivo para tener datos que nos orienten para el conocimiento del problema y así sentar bases para estudios posteriores. De acuerdo con los criterios de aceptación o rechazo familiar que formulamos hacia el paciente identificado, se tomó como base la siguiente puntuación, con valor de 1 punto por pregunta:

- | | |
|-------------------|-------------|
| 1.-SI=1 | NO=0. |
| 2.-SI=1 | NO=0. |
| 3.-SI=0 | NO=1. |
| 4.-SI=1 | NO=0. |
| 5.-SI=0 | NO=1. |
| 6.-SI=0 | NO=1. |
| 7.-SI=1 | NO=0. |
| 8.-SI=1 | NO=0. |
| 9.-SI=0 | NO=1. |
| 10.-Cada semana=1 | Cada mes=0. |

Los criterios de evaluación fueron estructurados de acuerdo a la puntuación siguiente:

0=RECHAZO ABSOLUTO.

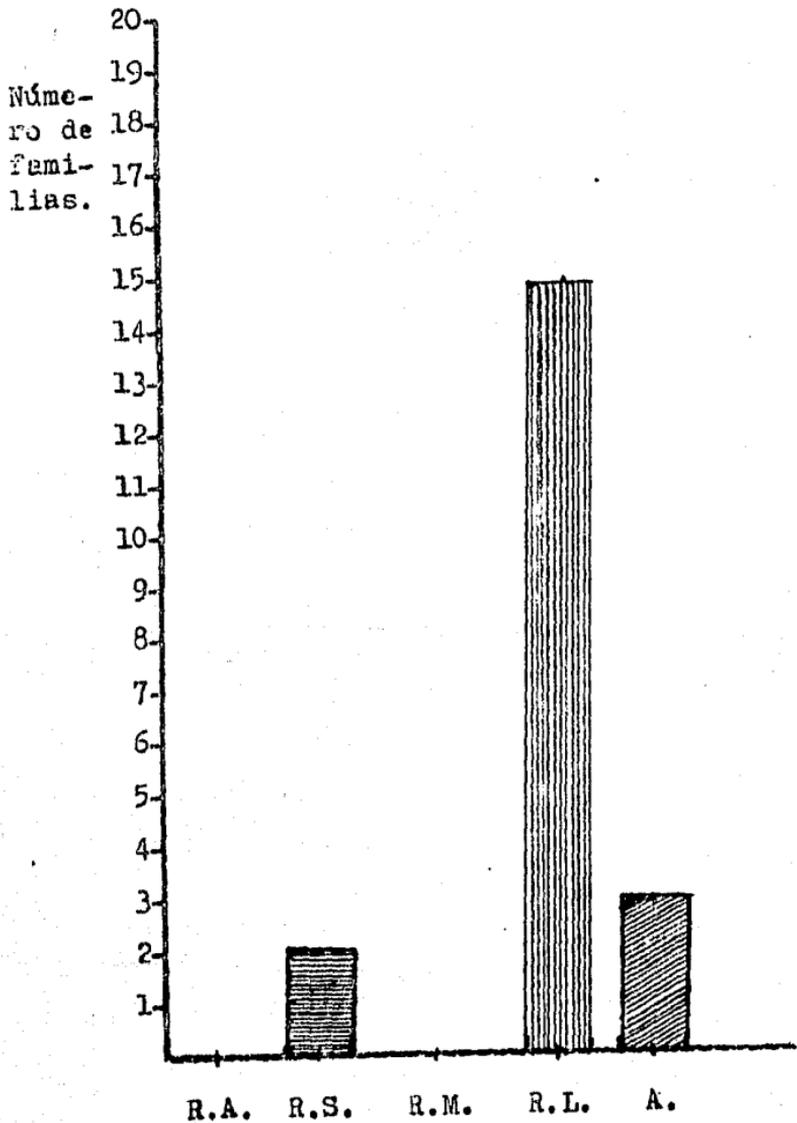
1 a 4=Rechazo serio.

5=RECHAZO MEDIO.

6 a 9=Rechazo leve.

10=ACEPTACION.

COMPORTAMIENTO DE LA FAMILIA HACIA LA ACEPTACION DEL PACIENTE IDENTIFICADO O RECHAZO.



R.A.:Rechazo absoluto.
R.S.:Rechazo serio.
R.M.:Rechazo medio.
R.L.:Rechazo leve.
A.:Aceptación.

CONCLUSIONES Y COMENTARIOS

De los casos estudiados que fueron 20 nucleos familiares, en los que habia un paciente Esquizofrénico; En 15(75%) de estos hubo una actitud de rechazo leve hacia el paciente identificado, lo que hace evidente que existen mecanismos compensatorios que entran en juego en todo nucleo familiar, cuando se diagnóstica a uno de sus miembros como Esquizofrénico; Observando que en los pacientes con rechazo serio en 2 casos(10%) existía una coadyuvante agregada, que podría actuar como premisa importante en los resultados obtenidos como es la homosexualidad y el alcoholismo respectivamente. A la vez se hizo evidente que en 15 casos(75%) trataron de explicarse el padecimiento de su familiar culpando a algún miembro de la familia, o alguna intercurencia que haya tenido el paciente identificado, como por ejemplo: fracaso en su relación sexual, accidente, exceso de trabajo.

También se hizo notable que en 9 casos(45%), previo al inicio del padecimiento identificado hubo ruptura, disgregación familiar consistente en separación o divorcio de los conyuges.

Otras observaciones fueron que en 10 casos (50%) cursaron carreras profesionales, de - los cuales 3(15%) efectuaron estudios uni- versitarios de nivel superior, previo a la presentación del padecimiento; Y actualmente en 16 casos(80%) la familia considera - productivo al paciente cuando se encuentra en condiciones estables.

El medio familiar, si bien no es un factor etiológico hasta ahora demostrado de la Es quizofrenia, si es un factor predisponente para la aparición del padecimiento.

BIBLIOGRAFIA.

- 1.--Lawrence C. Kolb. Psiquiatria clinica moderna. La prensa medica Mexicana. Quinta - Edición. Cap 1 Pags(1-6). 1981.
- 2.--Dr Vallejo, Nagera J.A. Introducción a la Psiquiatria. Editorial Cientifico Medica Dossat Mexicana S.A. Novena Edición. Cap 18 Pags(235-259). 1977.
- 3.--Selvini Palazzoli Mara. Luigi B . Gian Franco C. Guliana P. PARADOUX AND PARADOUX. A New Model In The Therapy Of The Family - In Schizophrenic Transaction. New York. Jason Aranson. London. 1983.
- 4.--Don D. Jackson Compilador. Etiologia De La Esquizofrenia. Amorrortu Editores. Pag(193-390). Impreso En Los Talleres Graficos Didot S.A, Icalma 2001, Buenos Aires. En Abril de 1980.
- 5.--Watzlawick, Paul, Beavin J, Jackson Don, Teoria De La Comunicación Humana. Biblioteca de Psicologia. ED. Herder. 1974.
- 6.--Caso Muñoz A. Fundamentos de Psiquiatria. Editorial Limusa. Primera Edición. Cap 25 Pag(715-767). Mexico 1979.

- 7.-Freedman A, Harold I. Kaplan, MD; Benjamin J Sadock, MD. Comprehensive Text Book of Psychiatry. Chapter 15. Vol - II Second Edition. The Willian I Wilkins Company Maryland U.S.A. Año 1976.
- 8.-Howard F. Conn, Robert E. Rakel Y Thomas W. Johnson. Medicina Familiar Teoría y Practica. Pag(326-334). Editorial Interamericana. Mexico 1974.
- 9.-Paul Watzlawick. Familia y Patogenia. Acta Psiquiat. Psicol. Amér. Lat., 1969, 15, 334-340.