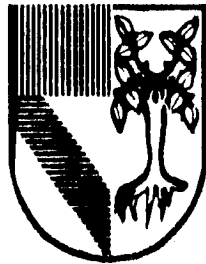


308423

UNIVERSIDAD PANAMERICANA ⁷⁷

ESCUELA DE PEDAGOGIA
INCORPORADA A LA
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO ²⁵



FUNCION EDUCATIVA DE LOS FAMILIARES EN EL
TRATAMIENTO DE ADULTOS ESQUIZOFRENICOS
REACTIVOS QUE SE PUEDAN REINCORPORAR A LA
SOCIEDAD

TESIS PROFESIONAL

QUE PRESENTA:

MAYLI DEL REFUGIO LOPEZ RODRIGUEZ

PARA OBTENER EL TITULO DE:

LICENCIADA EN PEDAGOGIA

DIRECTOR DE TESIS:

LIC. BEATRIZ GONZALEZ HERNANDEZ

MEXICO, D. F.

1996

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**



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.

PROLOGO Y AGRADECIMIENTOS

El objetivo de este trabajo de investigación fue por supuesto la titulación. Pero siempre tuve el anhelo de que no fuera simplemente un trámite administrativo. Deseaba (y esta expectativa se cumplió), que fuera una experiencia de mucho aprendizaje personal. Uno de los puntos de motivación para la realización de este trabajo de investigación es la necesidad que tienen las familias de los enfermos mentales de ayudar al trabajo del grupo de salud.

Es una constante, en el mundo del área clínica mental que se hable de las familias disfuncionales en los casos de los enfermos mentales, en particular de los enfermos de esquizofrenia. Pero aunque esto sea cierto, es real que pocas ocasiones la familia tiene la oportunidad de aprender a convivir con su pariente enfermo, pues independientemente de que se tenga preparación intelectual o no, ¿No es acaso cierto que ningún ser humano estudia para ser padre?.

Siempre he pensado que en tiempos de crisis (como es el caso de un ataque de esquizofrenia), se está demasiado abatido, pero creo que la familia, reflexiona y emite dos preguntas: *¿Cuál es la causa de que mi familiar se encuentre enfermo?* y *¿Cómo puedo ayudar a mi familiar?*. Creo que se presenta una necesidad de educación, de perfeccionarse.

Reflexionando en el trayecto a la culminación de proyecto de investigación, creo que fue un camino largo y muy difícil, pero fue caminado con gozo y con la convicción de quien cree en su profesión; creo sinceramente que la Pedagogía es noble y tiene una amplia gama de interacción con el mundo actual; y hoy por hoy comprendo que el mundo profesional debe ser multidisciplinario y el pedagogo tiene gran capacidad para cumplir con esta tendencia.

Finalmente, quiero expresar mi amor y agradecimiento sincero a las personas e Instituciones que me permitieron la realización de mi trabajo de tesis.

Agradezco y dedico este pequeño logro a:

En primer lugar, a Dios, el permitirme SER, porque es la más grande gracia que le puede otorgar y la más grande responsabilidad del hombre.

Mis padres por el ejemplo que me brindaron, las oportunidades que me ofrecieron y los valores que me inculcaron.

A ti, mamá gracias porque en más de una ocasión fuiste mi compañera de estudios y mi confidente. A ti, papá, porque no solo fuiste mi proveedor, sino fuiste guía y maestro.

La Universidad Panamericana, a todos mis maestros por lo que me enseñaron, y muy especialmente a la Mtra. Monsterrat Gamboa por permitirme compartir las facetas de maestra, amiga y compañera de trabajo.

La Clínica San Rafael, en particular al Dr. Salvador González, y a la familia Gamma por la oportunidad de llevar a cabo la estrategia de intervención, y así poder comprobar mi hipótesis.

Miguel González, por todo el apoyo que recibo de tu parte, tu confianza en el cumplimiento de mis metas y por dar un motivo más en mi vida para madurar mis ideales y cumplir mis anhelos.

Salvador Ciprés por tu amistad y por brindarme la oportunidad de crecer en momentos tan difíciles para mí y el apoyo en la metodología a fin de cristalizar esta meta.

Y a todos quienes intervinieron en este trabajo de alguna u otra forma.

Mayli López Rodríguez.

SEÑOR:

PERMITE QUE NOSOTROS, TUS SIERVOS PODAMOS SER:

E SPEJOS QUE REFLEJAN TU LUZ QUE ENSEÑA Y ELEVA AL SER HUMANO
A SU PERFECCION.

DANDO CON NUESTRO EJEMPLO: VALOR, FE, ESPERANZA, HUMILDAD E
INTEGRIDAD.

ALABANDOTE SIEMPRE Y RECORDANDO QUE SOMOS INSTRUMENTOS PARA
LOGRAR EL BIEN DE LA HUMANIDAD.

GOZATE EN NUESTRA LABOR CUANDO SEA BUENA Y EXITOSA.

OLVIDA NUESTROS ERRORES CUANDO SEA VANA, PERO AYUDANOS A
RECTIFICAR.

GOZATE CON NOSOTROS CUANDO ADEMAS DE ENSEÑAR, APRENDAMOS DE
NUESTROS SEMEJANTES Y DE LA NATURALEZA.

ILUMINA NUESTRO CAMINO PARA COMPRENDER TUS ENSEÑANZAS Y LAS DE
LOS DEMAS.

ABRE NUESTROS LABIOS PARA QUE DESDE EL FONDO DE NUESTRO CORAZON
PODAMOS DECIR: AMEN SEÑOR, NUESTRO DIOS.

Mayli López Rodríguez

1986.

INDICE

INTRODUCCION.....	I
CAPITULO I. UBICACION EN EDUCACION	1
I.1. CONCEPTO DE EDUCACION	1
A) SIGNIFICADO ETIMOLOGICO	1
B) ALGUNOS CONCEPTOS SOBRE EDUCACION	2
I.2. EDUCACION COMO PROCESO INDIVIDUAL Y CONSECUENCIAS SOCIALES	7
A) PROCESO INDIVIDUAL	8
B) DIMENSIONES SOCIALES DE LA EDUCACION	10
I.3. LA PEDAGOGIA COMO CIENCIA INTERESADA EN LA EDUCACION ..	16
A) CONCEPTO DE PEDAGOGIA	16
B) LA PEDAGOGIA Y LA EDUCACION ASISTEMATICA Y SISTEMATICA ..	19
CAPITULO II. PAPEL DE LA FAMILIA EN LA EDUCACION.....	33
II.1. CONCEPTO DE FAMILIA	33
A) ALGUNAS ACEPCIONES SOBRE LA FAMILIA	33
B) ANTECEDENTES DE LA FAMILIA MODERNA	35
C) ESTUDIO DE LA FAMILIA DESDE EL PUNTO DE VISTA SOCIAL	37
D) ETAPAS DE LA FAMILIA	39
II.2. FUNCIONES DE LA FAMILIA	46
A) FUNCIONES GENERALES	46
B) FUNCIONES ESPECIFICAS DE LOS MIEMBROS DE LA FAMILIA	50
II.3. ORIENTACION FAMILIAR	57
A) FIN DE LA ORIENTACION	57

B) TIPOS DE ORIENTACION	60
C) TIPOS DE ORIENTACION FAMILIAR	63
D) PAPEL DEL PEDAGOGO EN LA ORIENTACION FAMILIAR	67
CAPITULO III. ESQUIZOFRENIA	70
III.1. CONCEPTO DE ESQUIZOFRENIA	70
A) DEFINICION DE ESQUIZOFRENIA	70
B) DESCRIPCION DE LA PERSONALIDAD DEL ESQUIZOFRENICO INDEPENDIENTE DE SU ENFERMEDAD	74
C) SINTOMATOLOGIA DE LA ESQUIZOFRENIA	76
III.2. TIPOS DE ESQUIZOFRENIA	92
A) TIPO DESORGANIZADO	93
B) TIPO CATATONICO	94
C) TIPO PARANOIDE	95
D) TIPO INDIFERENCIADO	96
E) ESQUIZOFRENIA RESIDUAL	97
F) TRASTORNO ESQUIZOAFECTIVO	99
G) PERSONALIDAD ESQUIZOIDE	99
III.3. ESQUIZOFRENIA REACTIVA	100
A) FACTORES BIOLOGICOS	101
B) FACTORES PSICOSOCIALES	103
III.4. LA FAMILIA DEL ESQUIZOFRENICO	107
A) IMPORTANCIA DEL ESTUDIO DE LA FAMILIA DISFUNCIONAL	107
B) RELACIONES FAMILIARES INESTABLES	110
C) COMUNICACION EN LAS FAMILIAS INESTABLES	121

D) ESTUDIOS REALIZADOS RESPECTO A LA ETIOLOGIA DE LA ESQUIZOFRENIA RESPECTO A LA INFLUENCIA FAMILIAR	124
E) TERAPIA FAMILIAR COMO SOLUCION RESPECTO A LAS RELACIONES FAMILIARES DISFUNCIONALES	127
III.5. LA FUNCION DEL PEDAGOGO EN LA ORIENTACION FAMILIAR ESPECIAL	131
CAPITULO IV. ESTRATEGIA DE INTERVENCION	138
IV.1. ASPECTOS METODOLOGICOS DEL PLAN DE ORIENTACION FAMILIAR	138
A) DESCRIPCION DE LA METODOLOGIA	138
B) ASPECTOS TECNICO-PEDAGOGICOS EN LA ELABORACION DE UN PLAN	140
IV.2. DESCRIPCION DE LA INSTITUCION DE SALUD MENTAL	142
A) DESCRIPCION GENERAL	142
B) ADMISION DE LOS ENFERMOS	144
C) CASOS DE NO ADMISION	146
D) DERECHOS Y OBLICACIONES DE LOS USUARIOS	146
E) CENTRO DE SALUD MENTAL COMUNITARIA <i>SAN RAFAEL</i>	147
F) CONSULTA EXTERNA	148
G) OTRAS ACTIVIDADES	149
H) PERSONAL DE LA <i>CLINICA SAN RAFAEL</i>	149
I) DEPARTAMENTOS Y SERVICIOS	155
IV.3. ESTUDIO DE UN CASO PARTICULAR A NIVEL FAMILIAR	157
A) PLANIFICACION DEL SISTEMA DE ORIENTACION FAMILIAR	157

B) PRESENTACION DE UN CASO CLINICO	181
C) ENTREVISTAS CON LA FAMILIA	191
D) ANALISIS DE DATOS	230
CONCLUSIONES.....	249
BIBLIOGRAFIA.....	262
ANEXOS.....	267
ANEXO 1.....	268
ANEXO 2.....	269
ANEXO 3.....	274
ANEXO 4.....	278

INDICE
DE CUADROS Y GRAFICAS

CARTAS DESCRIPTIVAS	164
UNIDAD 1. DESCRIPCION DE LA ESQUIZOFRENIA. PRIMERA SESION ..	165
SEGUNDA SESION	167
UNIDAD 2. PAPEL DE LA FAMILIA EN LA FORMACION DEL SER	
HUMANO. TERCERA SESION	168
CUARTA SESION	169
QUINTA SESION	171
UNIDAD 3. ORIENTACION FAMILIAR PARTICIPATIVA. SEXTA SESION .	172
SEPTIMA SESION	174
OCTAVA SESION	175
NOVENA SESION	177
DECIMA SESION	178
DECIMA PRIMERA SESION	179
ANALISIS DE DATOS. GRAFICA 1. APRENDIZAJE EN LA COLABORACION CON EL TRATAMIENTO MEDICO	[244]
GRAFICA 2. APRENDIZAJE EN LA INTERRELACION FAMILIAR. FUNCIONES PARENTALES	[245]
GRAFICA 3. APRENDIZAJE EN RELACION CON EL PADECIMIENTO ...	[246]

INTRODUCCION

El presente trabajo tiene como objetivo a realizar un estudio de las relaciones existentes entre la familia de los enfermos de esquizofrenia y el equipo de salud que interactúa con dichos enfermos. Tal vez el pedagogo, no cuenta con las herramientas ni la formación para hacer una terapia profunda de cambio, pero tiene dos armas que debe aprovechar: en primer lugar, la confianza que el ser humano es perfectible y que aun el más desprotegido de los hombres tiene algo bueno que ofrecer, y esto bueno se puede aprovechar para su educación y en segundo lugar, pero igual de importante, su capacidad para aprovechar esas ventajas y tratar de lograr el aprendizaje.

De acuerdo con lo anterior, la hipótesis de trabajo consiste en comprobar empíricamente si *la familia disfuncional con un familiar esquizofrénico es capaz de colaborar con el equipo de salud formulando nuevos esquemas educativos y de convivencia en el grupo familiar, teniendo como base un proceso de orientación en la que se integren fase informativa y formativa de los esquemas adecuados en una familia normal.*

Desde años atrás, se ha prestado mayor atención a aquellas personas que por sus condiciones mentales, requieren un cuidado especializado para lograr una integración con la sociedad y al tiempo lograr que sus potencialidades personales se desarrollen.

En tiempos pasados, la familia que tenían en su seno algún familiar con limitaciones físicas o mentales, eran escondidas o abandonadas; esto se debía en gran parte a la falta de información

para tratar y aceptar la situación de un familiar enfermo, así como al desconocimiento que existía de cual sería la atención que requerían y de las Instituciones a las que podían recurrir para procurar la rehabilitación del paciente.

A diferencia de lo anterior, en la actualidad, existe mayor conciencia de la prioridad existente de que la familia intervenga en el tratamiento de los enfermos, debido a lo cual es necesario que el grupo familiar acepte que en su seno existe un familiar con características especiales y que por tanto es fundamental que se informe respecto al origen, tratamiento y comportamiento que deben tener para con el enfermo mental; con la finalidad de que los periodos asintomáticos sean más largos, y la permanencia del enfermo en el hogar sea con la menor molestia para la familia

Así pues, es importante que la familia entienda cuales síntomas son importantes a considerar, la razón por la que es fundamental que atiendan a estos síntomas a la menor exacerbación o disminución de los mismos; y puedan vigilar el desarrollo de la enfermedad y contribuir de esta manera a la dosificación de los medicamentos, por medio de la comunicación con el especialista.

La presente investigación pretende crear una posible alternativa de orientación para familiares de enfermos de esquizofrenia; mediante un programa de enseñanza aprendizaje, con un enfoque básicamente humanista y lleno de esperanza. Como toda investigación propiamente dicha, la tesis está fundamentada mediante un marco teórico y una derivación práctica.

En el primer capítulo se menciona el origen de todo sistema de orientación: la educación, ya que es el proceso que busca el cambio en beneficio de una mayor madurez e integración con la realidad y por tanto con la sociedad; así pues, el estudio del fenómeno educativo desde un punto de vista teórico, es necesario para determinar el trasfondo epistemológico que adecue a la realización de un sistema que trate de perfeccionar al hombre.

El segundo capítulo trata de profundizar en el estudio de la familia, sustentando de esta forma, el conocimiento de los actores principales del proceso de orientación, desde un punto de vista normativo pues se basó en un análisis de las relaciones humanas normales en el ámbito familiar a fin de ubicar el nivel de perfeccionamiento a donde se desea llegar y el estudio del fenómeno educativo dirigido a la familia: la orientación familiar y por tanto ámbito de trabajo del pedagogo.

En el tercer capítulo, se estudió a la esquizofrenia; ya que es imposible orientar respecto a sintomatología de una enfermedad, sin conocer adecuadamente su etiología, principales síntomas, tratamientos, etc. para transmitirlos a la familia. Asimismo, en este capítulo se toca a la familia como posible origen de la enfermedad, pero de igual forma se intenta integrar posibles estrategias de intervención estudiando las funciones del pedagogo en la orientación familiar especial.

Todo el marco teórico anterior, auxilia a determinar que existe la necesidad real de orientar a familiares de enfermos de esquizofrenia, ya que autores como García Hoz, Porot, Freeman, la Asociación Americana de Psiquiatría, De Shazer, dan la base para comprobarlo y de ahí que una posible forma de lograrlo es por medio de un Programa de Orientación Familiar dividido en áreas informativa e formativa.

De hecho, la derivación práctica o estrategia de intervención intenta dar respuesta a dicha necesidad: metodológicamente se realizó con una metodología experimental, con *Diseño de series temporales con un solo grupo*, dado que la familia de los enfermos de esquizofrenia se caracteriza por negar su problemática, y a que se ha comprobado a lo largo de las investigaciones de esta enfermedad es que en estas familias tiene una interacción que se presenta como un continuo.

La fase informativa trata que la familia comprenda y sea capaz de identificar actitudes sanas, para que de esta manera mediante la comparación, conozca las ventajas que como grupo familiar tiene respecto al ideal de una familia normal y se parta del principio de que puede mejorar en sus relaciones familiares; y una vez identificados dichos errores de convivencia, se conjuga la fase formativa en la que se modifiquen algunos errores de convivencia familiar que favorezcan las recaídas del enfermo, lo cual a su vez mejorará las relaciones familiares.

Así pues, el papel del pedagogo es colaborar interdisciplinariamente con el equipo de salud, con la finalidad de diseñar un sistema de orientación familiar en el que se conjuguen información y formación e implementarlo; pero esto no implica que se subordine al médico psiquiatra, al psicólogo clínico, al trabajador social. Cada disciplina tiene su importancia dentro del grupo de salud, pero el papel del pedagogo está encaminado a educar a la familia para que sea capaz de apoyar el tratamiento. Los alcances de esta estrategia son buenos; ya que se logra que la familia colabore más participativamente con el equipo de salud lo cual disminuye un poco la probabilidad de internar al enfermo, se logra unificación de esfuerzos y mejora la comunicación. No obstante, la orientación únicamente se limita a desarrollar estos puntos, ya que por la formación del pedagogo,

es imposible llegar a corregir errores añejos, vicios profundos de convivencia y obviamente no retira del todo la posibilidad de que haya una fuerte recaída que precise que el familiar enfermo mental se inteme.

Se invita a los pedagogos interesados en contribuir en el área de la salud, pues es un rubro donde hace falta el toque único del Educador: La Esperanza.

CAPITULO PRIMERO

UBICACION DE EDUCACION

¿A qué se refieren exactamente las personas cuando hablan de educación?

1.1. CONCEPTO DE EDUCACION

a) Significado Etimológico:

La palabra "Educación" proviene del vocablo latino **edúco, as, áre,** el cual en su forma más primitiva significa **sacar de o conducir,** sin embargo en una versión más reciente se designó el significado de **criar o instruir,** que es el concepto vigente.

En este sentido se puede decir que la educación es "La acción de sacar algo de dentro del hombre" (1) llevándolo a la adquisición de conocimientos y habilidades a fin de lograr una formación integral.

¹ GARCIA HOZ, Víctor., Principios de Pedagogía Sistemática, p. 15.

b) Algunos conceptos sobre Educación:

Las definiciones etimológicas suelen ser reduccionistas si se utilizan como versión única. De ahí la importancia que tienen los conceptos de especialistas en la materia; en el caso del concepto de educación se anotarán opiniones de algunos autores.

García Hoz define a la Educación como "Perfeccionamiento intencional de las potencias específicamente humanas" (1). De esta acepción resaltan los siguientes puntos:

* **Perfeccionamiento Intencional:** El aprendizaje debe mejorar necesariamente al sujeto que lo ejecuta, además de ser un proceso planificado y tiene la finalidad de lograr un objetivo común entre educando y educador.

* **Potencias Específicamente Humanas:** García Hoz, considera la educación como un acto privativo del ser humano, debido a que se

Ibidem, p.16

tienen que mejorar la inteligencia y la voluntad, esto es, en el sentido estricto el ser humano es el único ser capaz de ser educado.

Según Nérici, "Podría definirse como un proceso de acción del individuo a fin de llevarlo a un estado de madurez que lo capacite para enfrentar la realidad de manera consciente, equilibrada y eficiente; y para actuar dentro de ella como ciudadano participante y responsable" (1)

En este concepto, los elementos más importantes son los siguientes:

* **Proceso:** Se precisan una serie de pasos a seguir; además indica como circunstancia importante que sea dinámico, es decir, participan en el proceso, tanto educador como educando.

* **Estado de madurez:** La madurez se conceptualiza como la capacidad de enfrentar a la realidad como es, lo cual se señala como fin de la educación.

¹ NERICI, Imedeo., Metodología de la Enseñanza, p. 3.

* **Participación y Responsabilidad:** Toda Educación necesita de una participación compartida para que surta efecto, pero también implica una integración con la sociedad y el evitar cualquier dependencia total, la cual trae consigo una responsabilidad por parte del individuo.

De acuerdo con Laeng, la Educación es una "Actividad dirigida intencionalmente a promover el desarrollo de la persona humana y de su integración a la vida social" (1)

Analizando este concepto se incorporan nuevos elementos para considerarse:

* **Actividad Dirigida:** Se refiere una acción guía que se determina en la planificación del evento.

* **Intención a promover el desarrollo humano:** La acción guiada tiene una finalidad específica, es decir, el objetivo es la superación del ser humano, lo que se entiende como una actividad propia de él, ya que en el caso de las bestias se considera únicamente

¹ LAENG, Mauro., Vocabulario de Pedagogía, p. 159

adiestramiento, a diferencia de lo cual, en el caso de lo anterior se eleva a una asociación constante entre viejas experiencias y las recientes por lo cual se resuelven problemas.

* **Integración a la vida social:** La naturaleza del ser humano es social, el desarrollar estas capacidades es necesario, por lo que también se precisa que domine sus apetitos mediante su raciocinio y su voluntad y así alcance con la ayuda de los demás, una conquista de libertad y logre asimilar su sociabilidad integrándola a favor de su individualidad.

Piaget considera que la Educación se conceptualiza como "... adaptar al individuo al medio social ambiente... utilizando... la actividad espontánea inherente al desarrollo mental y ello con la idea de que servirá para el enriquecimiento de la sociedad" (*).

De lo anterior, se infieren los siguientes conceptos:

* **Adaptación a la sociedad:** Es la manifestación externa del perfeccionamiento de las capacidades del hombre, es decir, a medida que el hombre se encuentra más integrado con la sociedad que lo

* PIAGET, Jean.: Psicología y Pedagogía, p. 192.

rodea, está más capacitado de resolver su problemática de supervivencia y por tanto es más apto de ser maduro, lo cual involucra a las capacidades naturales del individuo y en este sentido se refleja en una actitud positiva y enriquecedora para la sociedad a la que pertenece.

Woolfolk, considera que la Educación es "El proceso por el que la sociedad transmite a ... miembro los valores, creencias, conocimientos y expresiones simbólicas que harán posible su comunicación con la sociedad" ().

De esta definición se extraen los siguientes elementos básicamente:

*** Transmisión de valores, creencias, conocimientos y expresiones simbólicas:** La educación es un proceso sumamente ligado con la comunicación, y es de hecho un fenómeno social, por lo que fomenta la adaptación del individuo con el contexto que lo rodea.

En resumen a los puntos anteriores, toda educación se debe caracterizar por ser un proceso activo dirigido, es decir, que tiene un objetivo concreto, el cual es que la persona su madurez consciente y equilibrada, basada en el desarrollo natural, de modo

WOOLFOLK, Anita., Psicología Educativa, p. 25.

que logre la integración con la sociedad teniendo en común mismos valores, creencias, conocimientos y expresiones simbólicas de comunicación, de forma responsable y libre a favor de su propia individualidad y de la realidad que lo rodea.

Por tanto, se concluye que la educación es un proceso dirigido a que la persona logre una interpretación verídica de la realidad, identificada e integrada con los valores e información de la sociedad que le rodea; de tal forma que le permita tener un desarrollo personal tanto en beneficio propio como de la comunidad.

1.2.: EDUCACION COMO PROCESO INDIVIDUAL Y CONSECUENCIAS SOCIALES:

De acuerdo con la conceptualización anterior, la Educación debe ser estudiada desde la perspectiva individual, es decir, desde el perfeccionamiento del ser humano que se está educando; así como desde el punto de vista social con base a la influencia que tiene la comunidad en el individuo y el individuo en la sociedad, debido a que el beneficio de la Educación como fenómeno inherente al ser humano queda concebido bilateralmente, es decir, el individuo actualiza sus cualidades y disminuye sus deficiencias, así como la sociedad se enriquece ante un individuo bien adaptado, puesto que

logra una mejor integración de sus miembros y un desarrollo más armónico.

Si bien es cierto que en la vida real el fenómeno educativo no escinde la influencia individual de la social, para fines de análisis es necesario hacerlo por lo que a continuación se describirá el proceso educativo desde la perspectiva individual:

a) Proceso Individual:

El concepto de Educación desde el punto de vista del individuo en cuanto a su característica de ser perfectible, se basa en la capacidad de aislarse del mundo y de las cosas es la que permite despertar al hombre dentro del hombre. El ser uno mismo fundamenta lo humano propiamente dicho. Esta clausura es la que notifica la individualidad propia de la persona humana (⁷), este proceso implica que el educando es un ser único e irrepetible y por ello adquiere visos de protagonismo, ya que cada ser necesita desarrollar sus capacidades y habilidades y superar sus imperfecciones, por lo tanto que llegue a tener una personalidad propia.

Cfr. FERRINI, Rita., Hacia una Educación personalizada, p. 29

Esto significa que el perfeccionamiento comprende el dominio de sí mismo, es decir, la consecución de un orden armónico interior. La dimensión individual es la que conlleva a una realización personal, con base en lo que cada persona es.

Así pues, cada ser humano trae al mundo un patrimonio hereditario. Esta dotación es siempre diferente, de esta manera, cada persona tiene posibilidades de diferenciación no previsibles del resto de los seres humanos. Además el contexto, le provoca diferencias sustanciales, a las que cada persona responde de acuerdo a sus modalidades personales, y experiencias pasadas, que presentan características sociales, culturales y afectivas que influyen de manera muy diferente en la psique de cada persona.

De acuerdo con esto último, se puede observar que el hombre, es capaz de crear su propia conceptualización de las enseñanzas recibidas, organizar sus experiencias de acuerdo a sus intereses, personalidad, edad, sexo, circunstancias, etc. y todo gracias a que es un proceso único respecto a cada persona. Así pues, se concluye que el proceso educativo desde el punto de vista individual es un

acto creativo tanto por parte del educando como por parte del educador.

Nérici considera que la educación en sentido individual tiene la siguiente finalidad:

"Proporcionar una adecuada atención a cada individuo, según sus posibilidades, de modo que se favorezca el pleno desenvolvimiento de su personalidad..." (7)

Expuesto lo anterior, se entiende que la atención hacia el hombre como ser individual mejora las habilidades que naturalmente tiene y que lo apoya en un desarrollo integral como unidad bio-psico-social que es; además se debe observar que el hecho de educar, es un acto de ayuda al aprendizaje, debido a que existe un protagonismo educativo en sí, por tanto nadie puede sustituir al que se educa, sino a lo más, va ser el medio por el cual, el sujeto se forma en cuanto ser único e irrepetible.

b) Dimensiones Sociales de la Educación:

⁷ NERICI, Imedeo., Hacia una Didáctica General Dinámica, p. 25

Si se recuerda la definición de Educación, se abarca un sentido social, es decir, de convivencia con los semejantes en beneficio de la armonía y desarrollo de este grupo. Lo anterior, se propicia a causa de que el hombre es un ente social, puesto que se relaciona constante y continuamente con otras personas, para poder sobrevivir, así pues, en este sentido, el hombre por su propia naturaleza tiene necesidad de una vida social y de ser el principio, el sujeto y el fin de todas sus actividades en común con otros seres humanos.

De acuerdo con lo anterior, es evidente que el hombre necesita de otros hombres para subsistir y por ello requiere de normas sociales que la comunidad aprueba o desaprueba.

En el caso de que el individuo actúe de acuerdo con los comportamientos socialmente aceptados, será reconocido e integrado al grupo social al que pertenece; en cambio se presenta alguna conducta inapropiada para su edad, sexo o condición, será señalado negativamente, será objeto de burla y hasta de sanciones, separándolo del grupo

De lo anterior, para definir el concepto de educación, se deben tomar en cuenta los sistemas de perfeccionamiento y búsqueda de integración del individuo con su comunidad. En este aspecto, se puede decir que existen tantos aspectos educativos como elementos existan en una sociedad, puesto que se debe tener en cuenta clases sociales, sexos, edades, actividades, nivel de desarrollo de la comunidad, etc.⁽¹⁾.

Por lo anterior, se infiere que la educación tiene por función, promover que la persona adquiera ciertos conocimientos, actitudes y habilidades que la sociedad a la que pertenece, los cuales son necesarios para poder subsistir, tanto dentro de la sociedad en conjunto, como en su grupo social en particular, puesto que la comunidad únicamente subsiste gracias a que existe entre sus miembros una cierta homogeneidad que reclama como propia la vida colectiva.

A partir de la conclusión precedente, se sostiene que la educación es una socialización metódica que la comunidad desarrolla en cada uno de sus miembros por medio de los diferentes sistemas que tiene: familia, religión, clase social, escuela, amigos, trabajo, etc.;

¹ Cfr. Las Dimensiones Sociales de la Educación, comp. Ibarrola, María de, p. 24.

que establece un conjunto de ideas, sentimientos y de hábitos que expresan los grupos a los cuales pertenece cada personas, es decir, expresan el ser social.

El sentido social de la Educación no se limita a desarrollar el organismo individual marcado por su naturaleza, a hacer visibles los poderes escondidos que solo esperaban revelarse, sino que además propicia la integración con la sociedad.

Así pues, y por el desarrollo mismo de la humanidad, el concepto educativo ha variado a lo largo de la historia, según época, países e incluso provincias; así pues, la definición de educación no se realiza en abstracto, sino que la educación de un pueblo en concreto. Por ejemplo: Los griegos formaban al individuo para que sirviera a la sociedad con base a las necesidades del pueblo: era artista o militar ⁽¹⁰⁾.

En cambio en la actualidad se esfuerza porque cada individuo sea y se exprese de acuerdo a su naturaleza.

¹⁰ Cfr. Ibidem, p. 23

Ninguno de los dos sistemas educativos es incorrecto si se recuerda que una de las condicionantes de la educación es que el individuo se adapte y sea útil para la comunidad en la que vive.

Por las notas precedentes, se infiere que la educación consiste en una socialización de la generación que toma a los educandos, así pues, se comprende que el hombre presenta además un aspecto social del que se manifiesta su identificación con los grupos a los que pertenece, de ahí que la educación a un nivel social es la única que puede ayudar al ser individual a habituarse a llevar una vida moral y social y de ahí surge la diferencia entre el entrenamiento animal que implica una complejidad mucho más sutil que la lucha hecha por un animal.

Además el proceso educativo en el área social no sólo incluye la trasmisión y asimilación de valores culturales, sino que además la influencia que tiene el hombre mismo en la mejora y la modificación de los valores, y la sociedad y de esta manera contribuye al bien común.

Por tanto, la educación como fenómeno social capacita al ser humano para ocupar adecuadamente su puesto en la sociedad, así como para

integrarse del mejor modo al grupo al que pertenece a través de los diferentes papeles que juega en la sociedad.

Los objetivos de la Educación en su sentido social son los siguientes:

- * Preparar a las generaciones de los educandos para asimilar, conservar y enriquecer la cultura del grupo social al que pertenece.

- * Promover el desenvolvimiento económico y social de tal manera que los beneficios de la civilización llegue al mayor número posible de los individuo.

Dado el caso de que como se mencionó en párrafos anteriores, el fenómeno educativo conjunta una visión individualista y social, por lo que las ciencias sociales contemplan la Educación como un equilibrio delicado del individuo y del medio social, cuyo conocimiento es la personalidad autónoma, capaz de innovar y de adaptarse a la vida social (1).

¹¹ FERRIONI R., op. cit., p. 32

Es por ello, que la Educación debe ser conceptualizada como un proceso que debe armonizar los aspectos individuales y la adaptación social.

1.3. LA PEDAGOGIA COMO CIENCIA INTERESADA EN LA EDUCACION

a) Concepto de Pedagogía:

* Sentido etimológico:

La palabra "Pedagogía" proviene de los vocablos griegos paidos, gogos, los cuales unidos crean el verbo de **conducir a los niños**, y designaba a la actividad que tenían unos esclavos encargados de llevar a los infantes con su maestros, además de ser los responsables de tomarles la lección, por tanto, la connotación de esta actividad era negativa, ya que era despreciable, por ser servil.

No es sino hasta el siglo XVI que la Pedagogía se considera como una actividad noble y se le da la importancia que debe tener, puesto que se le otorgan características de ciencia.

* Sentido Real:

Ahora bien, actualmente la Pedagogía se ha constituido en una ciencia, pues tiene una sistematización de conceptos, las cuales se basan en conocimientos de causa - efecto. Sin embargo como es en el caso de la Educación, se considera necesario analizar el concepto, según el punto de vista de distintos autores:

Según Flores, "Por Pedagogía se entiende el arte de enseñar" ⁽¹²⁾.

Esta definición data de 1887, es clásica en la Pedagogía Nacional, misma en la que resalta el atributo de *Arte*, el cual sobresale particularmente, si se toma en cuenta la capacidad del hombre de transmitir su conocimiento otorgándole a este hecho parte de su personalidad y sentimientos. Ahora bien, la segunda parte es que el fin de la Pedagogía es *Enseñar*, mostrar, lo que en terminología más actual es facilitar que el educando aprenda, es decir, haga suyo el concepto, habilidad o actitud y sea capaz de aplicarlo a situaciones posteriores.

¹² FLORES, Manuel., Tratado Elemental de Pedagogía, p. 5

De lo anterior se infiere que, según Flores, la Pedagogía es la capacidad del hombre por transformar a otro ser humano para que éste pueda hacer suyo un conocimiento, habilidad o actitud que le permita adaptarse a situaciones posteriores.

De acuerdo con Laeng, la Pedagogía es: "El estudio sistemático de la educación, presupone por ello un **arte educativo**, sobre el que se aplica la reflexión de la **filosofía**, y de las **ciencias** para profundizar en el conocimiento y mejorar su práctica" (13).

Por su parte, García Hoz explica que "Dado el carácter práctico de la Pedagogía es muy corriente definirla no sólo como ciencia, sino también como arte de la educación. Conviene, sin embargo distinguir la ciencia de la educación y el arte de educar; aquella es un sistema de verdades, éste un conjunto de disposiciones subjetivas para obrar..." (14).

Aquí se detecta que la Pedagogía abarca un conocimiento que tiene causa efecto y además está ordenado de cierta manera, que además

¹³ LAENG, M., op. cit. p. 261

¹⁴ GARCIA HOZ, V., op. cit., p. 42

sustenta una fundamentación filosófica y eso logra por consecuencia que se una ciencia práctica.

La Pedagogía como ciencia, en la actualidad se ha impuesto la exigencia de una investigación positiva experimentalmente controlada por los hechos. Además la Pedagogía se considera una ciencia subalterna debido a que considera a varias disciplinas auxiliares, psicológicas, sociológicas, antropológicas, etc. que ayudan a sistematizar el proceso de mejora del individuo.

Si se dice que una ciencia es el conocimiento o conjunto de conocimientos sistematizados relativos a un objeto determinado; el proceso educativo se describe, fundamenta y sistematiza el proceso educativo, buscando al mismo tiempo sus causas, por lo que tiene todas las características de una ciencia.

b) La Pedagogía y la Educación Asistemática y Sistemática:

* Educación Asistemática:

La educación asistemática es el perfeccionamiento que se imparte en forma espontánea a través de la convivencia cotidiana, es decir, es el aprendizaje que proporciona la familia, la calle, las

congregaciones religiosas, etc; y mucho influye a que el individuo presente conductas socialmente aceptadas y se integre en la sociedad y por lo general es la educación que se imparte durante la primera etapa de vida de la persona.

A este tipo de Educación se dedica la Pedagogía Familiar, la Ambiental y Social, mismas que a continuación se describen:

- Pedagogía Familiar:

Dentro del seno familiar, existe la función indeludible de adaptar a los miembros más jóvenes al grupo social dentro del cual han nacido. Dicho proceso de enseñanza - aprendizaje para perfeccionamiento del ser humano es conocido como educación familiar.

La pedagogía familiar es el área que se dedica al estudio del perfeccionamiento del hombre dentro del núcleo familiar. Supone una serie de papeles y funciones dadas, no elegidas; conscientes e inconscientemente dirigidas al ejemplo hacia el ideal de hombre que los padres tienen.

Así pues, García Hoz, considera que la Pedagogía Familiar es "aquella cuya misión es estudiar la educación dada en el seno de la familia" (15).

La Pedagogía Familiar se considera como la racionalización de los fenómenos acaecidos en el microgrupo familiar, con base en unos adecuados principios educativos tanto en la planificación como durante la ejecución de este proceso.

En este sentido, la Pedagogía Familiar promueve el aprendizaje de las funciones adecuadas y las comunica a través de los programas de Educación Familiar, que son cursos dirigidos a familias para mejorar sus relaciones dentro del grupo.

- Pedagogía Ambiental:

La Pedagogía Contemporánea ha valorado la importancia del ambiente como factor educativo, en efecto de la continuidad, método y cultura. La continuidad abarca actividades familiares, amistosas, religiosas, escolares, etc.; todo dentro del contexto social común.

¹⁵ apud. Diccionario de las Ciencias de la Educación, Tomo II, p. 1099.

"La Pedagogía Ambiental se nos presenta hoy en forma compleja y con diversas dimensiones. Así puede hablarse de una **dimensión teórica - científica** que englobaría las aportaciones que sobre el tema del ambiente le ofrecen diversas ciencias en relación con la educación"⁽¹⁶⁾.

La Pedagogía Ambiental tiene sus principales aplicaciones en la implantación de programas de higiene y salud, alfabetización de adultos, programas educativos utilizando los medios masivos de comunicación, etc.

- Pedagogía Social:

Se limita al estudio de los grupos y de los elementos formativos globales, a fin de que se puedan integrar a una comunidad organizada y evolutiva.

Según Debesse se concibe a la Pedagogía Social como "el conjunto de los medios puestos en acción para llevar a cabo la educación y, más especialmente, para enseñar"⁽¹⁷⁾ esto se realizará en tanto que

¹⁶ Ibidem., p. 1097

¹⁷ Ibidem., p. 1103

aluden a la sociedad en que ocurren o pueden ocurrir así como el de las instituciones sociales.

La Pedagogía Social, tiene como aplicación práctica, la investigación de las consecuencias educativas que tienen fenómenos sociales ante un grupo étnico, así como el marco social que tiene la educación de los pueblos.

* Educación Sistematizada:

Se realiza conscientemente, es selectiva y tiene objetivos claramente definidos por lo que se considera intencional.

Es más profunda porque únicamente se reciben influencias adecuadas al desarrollo psicosocial.

De esta educación dependen las posibilidades de desarrollo socioeconómico y culturales de un país; para este tipo de educación se toman en cuenta el ambiente escolar y las instituciones especializadas en el desarrollo personal a cualquier nivel.

A este tipo de Educación se dedican la Pedagogía Institucional o Escolar, la Empresarial, la Pedagogía Orientadora y la Especial o Terapéutica.

- Pedagogía Institucional o Escolar:

En esta área el objeto casi exclusivo es la Educación que se imparte en la escuela, de cualquier grado y tipo. Exige una relación educando - educador con perfeccionadora y dirigida específicamente a la instrucción.

Supone un enfoque predominantemente psicosociológico de la Institución educativa, en el que se describen procesos y mecanismos mediante los cuales la Institución "construye", las relaciones institucionales internas y el contexto social en el cual se encuentra. En este a nivel práctico se han desarrollado diversas metodologías de enseñanza.

- Orientación

Segun Garcia HoZ la orientacion se define como "el proceso de ayuda a un sujeto para que llegue al suficiente conocimiento de si mismo y del mundo en torno que le haga capaz de resolver los problemas de su vida" (10).

Tyler por su parte señala que " el objetivo de la orientación es facilitar las elecciones prudentes, de las cuales dependen el perfeccionamiento ulterior de la persona" (11), cuyas metas están encaminadas hacia las necesidades del individuo, esto es, se da una educación personalizada más que una educación socializante.

Repetto define a la orientación como "... el proceso de ayuda a un sujeto para que conociéndose a sí mismo a la realidad en la que vive sepa hacer elecciones prudentes y se comprometa con las decisiones tomada de tal modo que logre la integración de su personalidad... su afectividad como ser humano y su maduración como persona" (12)

10 GARCIA HOZ, V., op. cit., p. 194

11 TYLER, Leona, Función del Orientador, p. 33

12 apud. OTERO. F. Oliveros., Qué es Orientación Familiar,
p. 18

Retomando estas definiciones se infiere que la orientación es una disciplina que estudia e imparte el proceso que forma e informa conceptos, actitudes y valores a fin de ayudar a una toma de decisiones; ya que compete al área orientadora el fomentar el hábito de la reflexión a fin de ejercer una toma de decisiones en forma lo más eficiente posible.

Así pues, "El proceso de la orientación deriva de la naturaleza misma del ser humano en tanto ser inacabado" (²¹), esto es, el hombre es un ser imperfecto en cuanto que no agota la naturaleza u operabilidad de su ser, así es que el ser humano es un ente educable, es decir, el hombre es capaz de incrementar tanto cuantitativa como cualitativamente sus habilidades, a fin de adaptarse al medio que lo rodea y así sobrevivir.

Al hablar de toma de decisiones en la orientación se habla necesariamente de libertad como base de la orientación, es decir, supone "...la voluntad tendenciosa hacia el bien y la inteligencia como poder de representación y de juicio..." (²²) que es donde

²¹ BLANCO, R., et. al., "Orientación Educativa y Orientación Terapéutica", Revista de Orientación Educativa N° 0, p. 30

²² VERNAUX, Roger., Filosofía del Hombre, p. 185.

confluyen conocimiento y decisión e información, bienes e influencia social, lo que fuerza a la persona a una adaptabilidad de sus decisiones fundamentándose en sus expectativas.

"El individuo se ve enfrentado a ineludibles elecciones en el terreno educativo, profesional, familiar, laboral, etc..."⁽²³⁾ y en muchas ocasiones precisa de la información que lo esclarezca sus conocimientos y un apoyo formativo que apuntale en forma segura la decisión que lleve a cabo.

"El proceso de orientación personal se inscribe en la coyuntura misma de estos conflictos como una actividad que supone la capacidad de la persona para una adaptación crítica a su medio social y para el manejo de su conflictiva individual en la línea de un desarrollo asignado por una teleología axiológica"⁽²⁴⁾

Así pues, la Pedagogía como Orientación, tiene rasgos propios que la distinguen de otro tipo de Educación sea sistemática o asistemática:

²³ BLANCO, R., et. al., op. cit., p. 31

²⁴ Idem.

* **Proceso de Ayuda:** Es una actividad continua de una persona que propicia que el orientado llegue a una elección y esto conlleve a un cambio conductual que soluciona el problema o causa del proceso de orientación.

* **Respeto a la Singularidad:** El proceso de Orientación entra en el rubro de la Educación Personalizada, por lo que es un proceso diferencial.

- **Pedagogía Especial o Terapéutica**

Esta denominación fue introducida por Alfred Strauss y tiene implícito un doble sentido: **educación que cura y curación que educa**, porque esta disciplina pedagógica estudia la educación que se imparte a las personas que se apartan de la norma; por tanto su propósito es el de procurar acercar al máximo de la vida normal a las personas atípicas.

Un grupo de especialistas convocados por la U.N.E.S.C.O. señalan que la educación especial es una "forma enriquecedora de educación general, tendiente a mejorar la vida de aquellos que sufren diversas minusvalías; enriquecidas en el sentido de recurrir

a los métodos pedagógicos modernos y al material técnico para remediar ciertos tipos de deficiencia. A falta de intervenciones de este tipo, muchos deficientes corren el riesgo de quedar, en cierta medida, inadaptados y disminuidos desde el punto de vista social y de no alcanzar jamás el pleno desarrollo de sus capacidades" (47).

Debido a lo anterior, se considera sujeto de Educación Especial a todo individuo que por alguna razón tiene la necesidad de ayuda para adaptarse a la existencia, ayuda sin la cual no podrá alcanzar el nivel de sus potenciales reales.

De acuerdo con Bisogno (1984) (48), la clasificación de los trastornos atípicos se divide de la siguiente manera:

1. Deficiencias físicas.

* Deficientes auditivos.

⁴⁷ Diccionario Enciclopédico de Educación Especial, Tomo II, p 748.

⁴⁸ Cfr. BISOGNO, MA. E., et. al., Importancia de la función de los padres en la reeducación del niño con parálisis cerebral infantil y propuesta de un programa de orientación familiar, p. 31.

- * Deficientes visuales.
- * Deficientes motóricos.
- * Deficientes fisiológicos.
- * Deficientes neurológicos.

2. Deficiencias psíquicas

- * Deficientes mentales.
- * Deficiencias caracteriales.
- * Deficientes sociales.

3. Deficiencias del lenguaje

- * Disfonía
- * Dislexia

La investigación sustentada, retoma los principios de la Pedagogía Familiar, en cuanto al sujeto educando inmediato y de la Pedagogía Especial o Terapéutica en cuanto al sujeto mediato, pues se intenta implantar un sistema de Orientación Educativa dirigido a los familiares de esquizofrénicos.

De ahí pues, que en principio, el sistema de orientación retoma los principios de la Pedagogía Familiar, en tanto que los educandos forman parte de una familia, y de hecho la actividad educativa trata de fomentar el aprendizaje de las funciones adecuadas en una familia. Por lo anterior el sistema de la Pedagogía Familiar si bien abarca el contexto de información, también es claramente formativo.

Dada la complejidad de estudio de las enfermedades mentales, para un sistema de orientación familiar especial se requiere que se conforme un equipo de trabajo multidisciplinario, para que el análisis y atención de la enfermedad por parte del equipo de salud y la familia se unifiquen; así pues, dicho equipo está formado por médicos psiquiatras y psicólogos clínicos, con los que el pedagogo puede trabajar conjunta y paralelamente.

Si bien es cierto que el pedagogo puede trabajar con el enfermo mental en parte de su readaptación con la sociedad, en el sistema que se propone en la presente investigación, el pedagogo entrevistará al paciente a fin de lograr un diagnóstico que

complemente los informes del equipo de salud y orientará a la familia para que pueda colaborar activamente en la readaptación del enfermo y evitar de esta forma posibles recaídas que impliquen un internamiento.

CAPITULO DOS

PAPEL DE LA FAMILIA EN LA EDUCACION

II.1.- CONCEPTO DE FAMILIA

a) Algunas acepciones sobre familia:

Una de las características fundamentales del hombre es el hecho de que vive en sociedad, lo cual le ayuda a satisfacer sus necesidades Biopsicosociales. Es por ello que a partir del nacimiento y hasta el término de la vida, invariablemente el hombre va a necesitar de sus semejantes con la finalidad de realizar las actividades inherentes a su naturaleza y esto lo va a lograr a través de diversos grupos como son: la familia, el vecindario, la escuela, el trabajo, el grupo religioso, las amistades, etc.

De todos estos grupos resalta la importancia la familia ya que se considera el grupo primario por excelencia para satisfacción de las necesidades básicas del hombre en cuanto su desarrollo en facultades para lograr una óptima integración con la sociedad.

Resaltando la importancia de este grupo se procederá a señalar lo que, de acuerdo con algunos autores, se considera una familia:

De acuerdo con la O.N.U. la familia es: "Miembros del hogar que están emparentados entre si hasta cierto grado, por sangre, adopción o matrimonio" ⁽²¹⁾.

El censo americano define a la familia "como un grupo de dos o más personas, que viven juntas y relacionadas unas con otras lazos sanguíneos, de matrimonio o adopción que ejercen interacción recíprocos porque saben que existen las demás y ellas se consideran una unidad" ⁽²⁷⁾.

Littre define a este grupo como "La coexistencia de dos grupos de seres humanos, padres e hijos, que tienen entre sí una relación de progenitores a descendientes" ⁽²⁸⁾.

²⁶ apud. MONROY, Anameli., et. al., Salud, Sexualidad y Adolescencia, p.48.

²⁷ apud. Idem.

²⁸ apud. POROT, Maurice. La familia y el niño, p. 11

Freedman y col. establecen que " La familia consiste en una serie de triángulos superpuestos con sus padres, y estas relaciones no son idénticas " (29).

Por lo anterior se puede concluir que la familia es un grupo de personas que tiene relación entre ellas, que se reconoce a sí mismo como un todo unitario e independiente a los demás, en el cual existe una autoridad natural (padres) o circunstancial (hermanos mayores, parientes cercanos o por adopción) que tiene un trato diferenciado entre cada uno de los miembros y este trato en ocasiones se yuxtapone.

b) Antecedentes de la familia moderna:

A lo largo de la historia, se ha observado que la familia es el núcleo indispensable para el desarrollo y la supervivencia. En la familia existen miembros de ambos sexos, diferentes edades, caracteres, tipos de inteligencia y belleza se distinguen por cuya característica es que acepta a cada uno de sus miembros.

²⁹ FREEDMAN, Alfred., et. al., Compendio de Psiquiatría, p. 75

De acuerdo con Sánchez Azcona (1980); la familia que actualmente se conoce ha sufrido modificaciones a través de la historia; y aunque los estudiosos de este grupo no acuerdan sobre su evolución a lo largo de la historia, se pueden considerar las siguientes etapas en la vida familiar del hombre:

- * Promiscuidad inicial;
- * Cenogamia
- * Familia patriarcal monogámica; y
- * Familia conyugal moderna

Mismas que a continuación se describen:

* **Promiscuidad Inicial:** Se presenta un matrimonio grupal entre hombres y mujeres, por lo que se poseen reciprocamente, nula existencia de vínculos permanentes entre padre y madre.

Se considera a la madre como figura preponderante en el cuidado y es por ella el señalamiento del parentesco.

Sin embargo, esta postura actualmente es rebatida por los actuales estudios antropológicos que señalan al hombre como tendiente a una actitud monogámica y de relaciones estables.

* **Cenogámica o Restricción de Vínculos Familiares:** Se caracteriza porque un grupo concreto de mujeres sostiene relaciones sexuales con un grupo determinado de hombres; debido a lo cual se conoce la paternidad y por lo tanto se comparten el cuidado y crianza de los niños.

* **Familia Patriarcal Monogámica:** Antecedente más directo de la familia moderna, se caracteriza porque la figura de mayor autoridad es el padre, quien es el centro de las actividades económicas, religiosas, políticas y jurídicas, a diferencia de la madre quien tiene una actitud de total sometimiento.

* **Familia Conyugal o Moderna:** Se designa como familia moderna al matrimonio, hijos solteros y excepcionalmente a los casados. Las decisiones se establecen por parte de ambos cónyuges y actualmente tienden a democratizarse.

c) Estudio de la Familia desde el punto de vista social:

De acuerdo con Monroy (1985), la familia puede ser estudiada sociológicamente desde distintos enfoques a fin de el profesional

realice un diagnóstico que le permita desarrollar estrategias de intervención adecuadas para la mejora y bienestar familiar.

Desarrollo: Se entiende como desarrollo familiar al nivel de interacción y participación que se lleva en la familia. Se estima que existen tres etapas básicas que son: primitiva, tradicional y moderna, las cuales fueron explicadas anteriormente.

Composición: Se refiere a los integrantes del grupo que la familia considere como tales.

En sentido estricto se le llama familia a la formada por padres e hijos.

En sentido amplio, de igual manera se entiende por familia a las personas unidas por lazos sanguíneos, esto es, padres e hijos, abuelos, tíos, primos, etc. que incluso puede llegar a ser mixta en donde se incluyen las amistades y parientes lejanos.

Integración: Se refiere a la organización y participación funcional de la familia. Se les llama familias integradas en donde cumplen con todas las funciones de modo adecuado.

Las familias semi-integradas o disgregadas son aquellas en donde todos los miembros viven unidos pero no cumplen adecuadamente sus funciones, ya sea por desacuerdos, dependencia en los hijos para la supervivencia del matrimonio, etc.

Finalmente la familia desintegrada es la cual falta uno de los cónyuges sea por muerte, abandono o divorcio.

Tipología: Se refiere a la actividad preponderante de los cónyuges o por lo menos de uno de ellos, de esta manera se divide en: familia campesina, obrera, comerciante, profesionales, etc.

Como se mencionó anteriormente, los aspectos anteriormente mencionados sirven al profesional con la finalidad de determinar el nivel socio cultural y psicológico de la familia, lo cual permite, entre otras cosas, establecer vías de comunicación adecuadas al grupo; esto a su vez favorece la identificación rápida de la situación de la familia y por una mejora más eficiente en el desarrollo familiar.

d) Etapas de la familia:

De acuerdo con Sánchez Azcona (1980) y Monroy (1985), la familia evoluciona conforme se desarrollan los miembros que la conforman, de esta manera se pueden hablar de una familia en latencia o noviazgo, de una familia joven, de una familia madura o de una familia vieja. A continuación se describirá brevemente este proceso:

*** Etapa Prenupcial:**

Se caracteriza por el galanteo o selección del futuro cónyuge. En la actualidad se presupone la libre elección de la pareja, a diferencia de etapas anteriores las cuales resaltaban por la nula participación de los futuros contrayentes.

Se considera al noviazgo como la etapa en que la pareja se conoce y se prepara para una relación más duradera, en ella no existe preparación formal, "sino que esta actitud es meramente idealista y subjetiva en la que el individuo muchas veces refleja, más que una actitud emocional madura que le permita poder responsabilizarse de lo que significa matrimonio" ⁽³⁰⁾, esto es, el sentimiento de los novios queda recubierto por una idealización de los valores y

³⁰ SANCHEZ AZCONA, Jorge., Familia y Sociedad, p. 25

cualidades de la pareja; a esta actitud se suele llamar enamoramiento, no obstante, en esta etapa la voluntad domina a la razón y por ende, únicamente se visualiza lo que la persona inconscientemente desea observar, es decir, lo agradable del compañero, esto trae consigo que al disminuir la ilusión, sea mayor el número de defectos y se olvida de toda cualidad, si en ese momento se consigue la aceptación, el noviazgo continuará, en caso contrario, se disolverá el vínculo afectivo de la pareja.

*** Etapa Nupcial**

Se considera apta a una personas para contraer matrimonio cuando tiene algunos antecedentes de madurez bio-psico-social, de ahí que a partir de que la persona es considerada como adulto joven es quien en su desarrollo, está capacitado para casarse; pero por supuesto, puede haber matrimonios de adolescentes o bien de personas maduras e incluso entre ancianos. Asimismo se necesita tener iguales intereses y aptitudes semejantes, tener valores en común respecto a las expectativas en la vida a fin de tener un mejor amoldamiento dentro de las relaciones interpersonales, esto también incluye ideología, religión, ya que estos exigen comportamiento muy específico que pueden ocasionar profundos conflictos en la pareja.

Actualmente, debido a los requisitos anteriores, el hombre moderno se ve obligado a aumentar la etapa de noviazgo; lograr cubrir los requisitos establecidos por la sociedad para unirse en matrimonio actualmente lleva más tiempo por factores socioeconómicos y culturales que en épocas anteriores. La etapa nupcial abarca desde el momento en que la pareja inicia su período de convivencia, lapso de acoplamiento hasta la concepción y nacimiento del primer hijo.

Esta etapa se caracteriza por establecer los cimientos de la vida familiar, al inicio del matrimonio comienzan a afirmarse los papeles y funciones de la pareja. En el caso del hombre se considera como aceptable que "... típicamente el papel del padre sigue siendo el del líder. Sus actividades, su productividad y su educación determinan la posición de la familia en la comunidad y en la sociedad en el sentido más amplio" (³¹), esto se traduce en que el padre en la sociedad occidental es considerado como la autoridad y propiciador del status o nivel económico y social de la familia, además por supuesto, del cuidado y educación de la prole.

En lo que se refiere a la función de la mujer, tiene una mayor vinculación a la vida afectiva de la familia y al cuidado de sus

³¹ FREEDMAN. A., et. al., op. cit., p. 76.

necesidades biológicas respecto a la salud y la enfermedad. Respecto a los hijos identifica las necesidades afectivas y lo ayuda a aprender y comprender los sentimientos; los apoya en el conocimiento de sí mismos: este papel se manifiesta en el amor que da seguridad, también ejecuta la función del cuidado intrínseco de la familia. Sin embargo, las modificaciones que la sociedad actual tiene como exigencia para la mujer, hacen que se busquen mayores expectativas fuera de lo que es su papel tradicional, esto es, a más de ser esposa y madre, se precisa que la mujer aporte económicamente al hogar, por lo cual el papel de proveedor se comparte en el hogar.

Así pues, la supervivencia espiritual de la familia, es problema común en la actualidad, pues la división de los papeles parentales deben ser flexibles y complementarios porque en las crisis puede ser esencial el complementar los mencionados papeles e incluso una inversión temporal de los mismos. Esta flexibilidad implica, una relación bien cimentada en la pareja primeramente, luego en una buena relación con los hijos.

*** Formación de los Hijos**

De acuerdo con los conceptos morales y religiosos, supone que el fin primero del matrimonio es la procreación. Esto infiere que los padres deberán estar integrados como pareja, manteniendo comprensión, aceptación, comunicación y amor por parte de ambos cónyuges.

La llegada de un nuevo miembro en la familia trae tensiones, porque el patrón de las relaciones debe ser ajustado en lo económico, en lo social y en lo íntimo de la pareja. El concebir un hijo implica que hay que saber amarse a mí mismo y de ahí que la pareja se sepa amar; y más tarde saber amar a los hijos, sin que por ello se pierdan las dimensiones anteriores del amor.

Las cualidades del matrimonio deben madurar para que los hijos tengan un ambiente de protección, seguridad e integración social a fin de que se desarrollen sus capacidades al máximo. "La tarea de la familia es la de ayudar a cada niño a determinar su puesto en la familiar y enseñarse a sentirse seguro en él para que pueda empezar a desplazarse más allá del círculo familiar sin una ansiedad indebida"⁽³²⁾, pues, se sabe aceptado por lo que es y no por lo que hace.

³² FREEDMAN, A., et. al., op. cit., p. 76

Los hijos deben crecer afirmando su propia personalidad, por lo tanto, los padres deben respetar la personalidad de cada hijo, aceptando sus decisiones y orientarlos. Se considera que entre menos autoritarios sean los padres y respeten el carácter y aficiones , de acuerdo con el sexo, edad, temperamento de los hijos, éstos se desarrollarán más sanos mentalmente.

Los hijos, al crecer precisan de menos control y más orientación por lo que "Entre sus obligaciones familiares los cónyuges deben renunciar a sus estrechos vínculos familiares cuando éstos están preparados para emanciparse física y emocionalmente de la familia" (³³), esto no es fácil, pero es posible si la interacción entre padres e hijos se ha logrado por medio de armonía, seguridad y solidaridad.

Cuando los hijos se separan de su familia de origen implica una madurez en la familia y es cuando nuevamente la familia requiere de un ajuste familiar, pues la pareja contará con un mayor tiempo de convivencia continuo puesto que por lo menos uno de los cónyuges se jubilará de su trabajo, los hijos requieren de una orientación más que un control y por tanto la pareja necesita reencontrarse

³³ FREEDMAN, A., et. al., op. cit., p. 76

pues en caso contrario, se presenta una disgregación familiar tardía.

II.2. FUNCIONES DE LA FAMILIA

La familia tiene per se una serie de beneficios para el hombre que pertenece a ella pues la familia es el vínculo más cercano de todo ser humano, es el lugar óptimo para mediar demandas y satisfactores de necesidades en sus miembros, fomentar el cumplimiento de responsabilidades y derechos sociales. Asimismo, la familia se visualiza como el filtro de valores de la sociedad y el individuo, así pues, el hogar es el único lugar donde la persona se muestra en todas sus facetas y a lo largo de su vida; estas aportaciones son manifestadas por medio de las funciones que las personas esperan de ella como grupo social primario.

a) Funciones Generales:

En forma específica las funciones de la familia como grupo son las siguientes:

* Cuidado:

Esta función se explica como la satisfacción de necesidades básicas (alimentos, casa, vestido, educación, atención médica, etc.) hacia los miembros de la familia.

También conocida como crianza, Freedman explica que "Las funciones de crianza entre la familia abarcan el aporte de alimentos y los cuidados físicos... pueden ser llevadas a cabo por cualquier miembro de la familia...Las actividades de crianza prosiguen durante la totalidad de la vida de la familia" (34).

Esta función suele complementarse entre los padres, pues el padre provee de los elementos económicos para la satisfacción inmediata de este tipo de necesidades; esto es, la madre es el satisfactor inmediato pues ella invierte el dinero en los materiales necesarios para cuidar del hogar. Actualmente, esta función se complementa más todavía, pues es muy común que ambos cónyuges aporten económicamente al hogar y también es común que el padre ayude en las tareas domésticas.

* Socialización:

³⁴ FREEDMAN, A., et. al., op. cit., p. 76

La socialización se define como el proceso mediante el cual la persona adquiere los hábitos socialmente aceptados y queda capacitada para convivir como miembros dentro del grupo social al que pertenece.

Así pues, el individuo dentro de la familia adquiere un lenguaje, aprende el papel que desempeñará en la vida, así como las normas y actitudes sociales. Este aprendizaje lo logra por medio del ejemplo y las enseñanzas de los padres. "Los padres tienen la responsabilidad primaria de socializar a lo largo de los años preescolares. Esta responsabilidad es más tarde compartida por escuela, parientes, Iglesia, guarderías, autoridad, etc." (³⁵), de esta manera los padres delegan responsabilidades sin que pierdan su autoridad, por lo que a partir de los seis o siete años, la socialización depende mucho más de las experiencias extrafamiliares.

Esta función es realizada por ambos cónyuges, puesto que ambos son ejemplo y ambos forman a la persona "...la familia es el ámbito inmediato que el ser humano en evolución experimenta directamente y que en consecuencia, constituye su verdadera realidad" (³⁶), por lo

³⁵ MONROY A., et. al., op. cit., p. 50

³⁶ TASHMAN, Harry., La familia neurótica de nuestro tiempo, p. 15.

que para una socialización real se necesita de la conciencia de sí mismo, y de la identificación con el padre del mismo sexo y la comparación con el progenitor de sexo contrario.

* Afecto:

La familia cubre las necesidades de relación afectiva de sus miembros porque el amor o afecto debe ser signo de aceptación, ya que tenerle amor a alguien, implica aprecio, es decir, se les considera como algo bueno, la familia y su salud familiar dependen en mucho de las necesidades afectivas entre padres e hijos.

"Aunque cuidado y afecto pueden conceptualizarse separados de la práctica no es fácil diferenciarlos...Una inadecuado socializarse puede resultar de privación lo que puede a su vez manifestarse en que el individuo sea menos capaz de responder afectivamente a otro" (37). Realmente en muchas familias se confunden el cuidado (que es físico) con el afecto que se señala como una salud psicológico.

* Reproducción:

³⁷ MONROY, A., et. al., op. cit., p. 31

El proveer de nuevos miembros a la sociedad es una función primaria de la familia; esto es, la familia es el único grupo social capaz de realizar esto, puesto que es el único grupo en donde esta función existe.

* Status:

El padre es el que en mucho llega a promover la situación socioeconómica de la familia; esto le da un cierto estilo de vida determinada a los demás miembros y da perpetuidad a las tradiciones y esto es lo que se define como status.

Se considera un papel masculino ya que tradicionalmente es el padre quien trabaja, aunque actualmente la madre puede llegar a aportar.

Otra división de las funciones de la familia es en cuanto a las funciones que desempeñan las personas que en ella participan: Padres y hermanos.

b) Funciones específicas de los miembros de la familia:

* Madre

La influencia del amor materno hacia el niño se inicia en la gestación, pues los sentimientos de la madre afectan al embrión pues hay un vínculo nervioso entre la madre y el bebé a través del cordón umbilical; y se continua después del nacimiento y el periodo de lactancia en el que "El niño...recibe dos cosas de su madre: leche y amor: ambas le son psicológicamente indispensables" (³⁰), de ahí que un niño bien atendido en su primera infancia, generalmente es una persona confiada y segura. De ahí que, en la medida que la madre se muestre afectiva y encauce los avances de sus hijos, formará adultos maduros.

La mujer adulta y madre juega dos papeles: es pareja y madre, por lo que es el canal que estrecha los lazos afectivos y de comunicación y por tanto, debe ser armoniosa su relación con las demás partes; flexible para adaptarse a situaciones nuevas y persistente en cuanto a las normas morales que establece en su hogar.

* El padre:

³⁰ POROT, M., op. cit., p. 70

De acuerdo con Parsons, las funciones del padre como instrumentales "Con su trabajo, el padre obtiene recursos para el sostén de la familia. Hacia el interior de la familia, la función del padre es responder a la necesaria asignación de tareas para los miembros del grupo". (39)

Sin embargo, el padre debe tomar parte en la disciplina de sus hijos, de sus juegos y en la comunicación de aprobación o rechazo de sus expectativas, puesto que también necesita reflejar afecto, pues el padre simboliza las relaciones con el mundo exterior, porque al no ser tan constante como lo es con la relación con la madre, el niño no percibe a la relación con su padre como un hecho natural, pero le inculca la referencia de ser protegido y dominado, como una manifestación de fortaleza.

Al comienzo de la vida del niño, la labor del padre se enfoca más en cuanto su relación con la pareja, porque el padre debe propiciar que su mujer se sienta satisfecha de su elección como pareja y segura de su cónyuge, que trate de relacionarse con sus hijos debido a que "Una esposa amada y dichosa,... tiene todas las

³⁹ apud. NEWMAN, op. cit., p. 181

posibilidades de brindar a su hijo un cariño sano, sereno, equilibrado, sin excesos..." (40).

Cuando el padre irrumpe en la vida afectiva del niño e interviene directamente en su educación sus intervenciones deberán ser "...en la medida de lo posible, clara, breve, firme, inmediata y mesurada..." (41).

Estas acciones brindan objetividad, efectividad, sensación de seguridad y justicia, por lo que la autoridad paterna es una relación "caracterizada fundamentalmente por los deberes de protección y asistencia..." (42), lo cual contribuye sin la menor sombra de duda, la armonía familiar.

De lo anterior se infiere que la función del padre es complementaria a la de la madre, pues propicia la seguridad tanto física como psicológica del niño o joven.

⁴⁰ POROT, M., op. cit., p. 122.

⁴¹ Ibidem, p. 146

⁴² CADAHIA, Jesús., La Familia, Matrimonio. Hogar. Hijos, p. 130

La relación paterno-filial, de acuerdo con Schaefer, "...Ofrece un modelo bidimensional de conductas de crianza infantil. Afirma que la mayor parte de las actitudes de los padres son una combinación de dos dimensiones **amor-hostilidad** y **autonomía-control**" ⁽¹³⁾; es decir, padres afectuosos favorecen la emotividad, padres muy activos fomentan el control, de ahí que la función del padre sea la autoridad y por tanto forme la conciencia de sus hijos.

* Los hermanos:

La función de los hermanos, es en mucho entrenar para las relaciones sociales a futuro, ya que existe una cierta igualdad que propicia una oposición en la conciencia del yo y la de los demás en el mismo terreno.

"La función esencial de hermanos y hermanas es permitir la mejor socialización posible del niño. Esta adaptación social se conseguirá por el paso de la rivalidad a la amistad y colaboración..." ⁽¹⁴⁾. Lo anterior, significa que la relación fraterna conlleva una influencia positiva en la socialización (relaciones de igualdad, jerarquía, actitudes de cooperación, etc.)

¹³ Ibidem, p. 182

¹⁴ POROT, M., op. cit., p. 190

ya que mutuamente forman su medio ambiente. "...Cada niño se conoce a sí mismo en la imagen que los otros (hermanos) le proyectan como un espejo" (45).

La relación de rivalidad entre hermanos muestra la ventaja de presentarse en un clima de seguridad ya que los padres moderan, y esto aporta la experimentación de la justicia, para después, la función de ayuda, el saber sobrellevar las dificultades o incitaciones que ellos provocan tienen un elevado valor educativo, por lo que Horrocks señala que "La presencia de hermanos constituye un factor...en la formación de la propensión de conformidad a los coetáneos..."(46) ya que los hermanos expresan lo que piensan a sus pares, es decir, "Las relaciones entre hermanos se caracterizan por una *franqueza inflexible* en la que los individuos se ven unos a otros sin ninguna clase de inhibiciones" (47).

Otro factor que contribuye es el ejemplo no forzado de un hermano hacia otro, y por ende es más factible de ser imitado ya que "Las preferencias están considerablemente influidas por la percepción de

⁴⁵ Cfr. HOFFNER, Joseph, Matrimonio y Familia, p. 65.

⁴⁶ HORROCKS, John., Psicología de la Adolescencia, p. 413.

⁴⁷ HURLOCK, Elizabeth., Psicología de la Adolescencia, p. 496.

las reacciones emocionales que despierta en otros" (48). De igual manera, hablar de la diferencia de sexos de los hermanos, es señalar la disminución del nivel de rivalidad entre los mismos y apoya las relaciones futuras de los hombres y mujeres. "La vida cotidiana cerca de sus hermanas les dará a los chicos soltura en el trato con las mujeres y una noción del respeto que merecen" (49) y es por ello que "Lo mejor que le puede ocurrir a un joven es tener una hermana de la misma edad e inclinaciones... En el ambiente familiar, donde la feminidad se ofrece en forma de *fraternidad*, encuentro de un modo de expresión puro, íntimo y constante" (50).

Por lo anterior, se observa que la relación entre hermanos enriquece y pule las relaciones entre padres e hijos, ya que se afianzan enseñanzas y sin autoridad se aprueban o desaprueban los valores que tiene la familia y equilibra la seguridad del individuo.

⁴⁸ *Ibidem*, p. 517

⁴⁹ FOROT. M., *op. cit.*, p. 205

⁵⁰ HOFFNER, J., *op. cit.*, p. 66

Como es sabido, toda relación humana es perfectible, y la relación familiar no es la excepción. El medio para establecer mejoras es conocido como orientación familiar, tema del siguiente subcapítulo.

II.3. ORIENTACION FAMILIAR

a) Fin de la Orientación:

El fin u objetivo de la Orientación suele generarse por medio de los siguientes aspectos que lo constituyen.

Cambios de Conducta: Se considera que la Orientación lleva implícito un aprendizaje a fin de que se permitan la solución de los problemas y sea más plena la vida de la persona orientada.

"La percepción en el orientado cambia, y como resultado de la propia comprensión recientemente adquirida, hay una reorganización positiva de la personalidad o la vida del orientado" (⁵¹).

⁵¹ GORDILLO, M^a Victoria., La Orientación en el proceso Educativo, p. 50.

Salud Mental: Significa lograr una adaptación positiva con los otros, por lo que "... si bien es para todos los sujetos debe prestar particular atención a aquellos que presentan problemas" (⁵²), así las metas de este inciso se ven como prevención de problemas para personas que por circunstancias personales o ambientales las pudieran llegar a tener.

Resolución de Problemas: "La finalidad de la Orientación para muchos autores se relaciona con la resolución de problemas que el sujeto orientado presenta" (⁵³), en esta parte, el orientador es una ayuda, un incentivo, pero el orientado es quien en última instancia va decidir; la ayuda prestada va a referirse por medio de la información y fomentar el hábito de la reflexión, para realizar decisiones adecuadas.

Desarrollo Personal: La Orientación desde el punto de vista educativo "Se propone facilitar ese movimiento en despliegue del individuo para que asuma, del modo equilibrado posible, los caminos

⁵² Diccionario Enciclopédico de Educación Especial, Tomo III, p. 1490.

⁵³ GORDILLO, V., op. cit., p. 51

internos y externos para satisfacción de sus necesidades y la encarnación de su deseo de ser" (4).

El proceso orientador propicia un mejor conocimiento de sí y el impulso a sostener nuevas experiencias que enriquezcan al ser humano, de tal que el proceso de orientación debe facilitar el cambio y por ende el aprendizaje que encaminarán a la maduración de la persona orientada.

Toma de Decisiones: La Orientación es un medio para capacitar a las personas a decidir de modo responsable, sabiendo las consecuencias y de acuerdo a una escala personal de valores, por lo que es una tarea cooperativa que compromete a expertos, al sujeto orientado y la familia.

Es labor del orientador dar apoyo para la toma de decisiones lo cual consiste en favorecer el análisis de la problemática y propiciar de esa manera que el orientado favorezca sus propias decisiones por medio de que se "Aclare a sí mismo sus motivos y valores y los disponga en algún orden de prioridad..." (5).

⁴ BLANCO, R., et. al., op. cit., p. 32

⁵ Ibidem, p. 202

b) Tipos de Orientación:

* Orientación Personal: Se refiere al proceso de ayuda a un sujeto en el autoconocimiento y de la sociedad que lo rodea a fin de que logre su autonomía personal conjuntamente con una integración social.

En sentido estricto, la orientación siempre es personal porque implica relación directa con el sujeto orientado.

La Orientación Personal es, entonces "Un proceso educativo individualizado de ayuda al educando en su progresiva realización personal, lograda a través de la libre asunción de valores; y ejercicio intencionalmente por los educadores, en situaciones diversas que entrañen comunicación y la posibilitem" (⁵⁶), en todo lo anterior se señala a fin de que se lleve a cabo una integración más plena y estimulante.

* Orientación Escolar y Vocacional: "Proceso de ayuda al alumno en cuestiones relacionadas con la situación escolar, para que, a lo largo de recorrido, realice elecciones acordes con sus intereses,

⁵⁶ OTERO, F., O., op. cit., p. 17

capacidades y situación personal" (⁵⁷), en otras palabras la Orientación Escolar puede definirse como definirse una actividad de asesoramiento o guía para la toma de decisiones respecto a la escuela o profesión.

* Orientación Profesional: De acuerdo con el Dr. Mira y López, la Orientación Profesional es "Una actuación científica, compleja y persistente destinada a conseguir que cada sujeto se dedique al tipo de trabajo profesional en que con menos esfuerzo pueda obtener mayor rendimiento, provecho y satisfacción para si mismo y para la sociedad" (⁵⁸).

* Orientación Familiar: "La Orientación Familiar es un servicio de ayuda para la **mejora personal** de quienes integran una familia y para la **mejora de la sociedad** en y desde las familias" (⁵⁹), también se puede considerar con el conjunto de técnicas encaminadas a desarrollar todo tipo de capacidades que tiene como fin el estrechamiento de los vínculos que unen a los miembros de un sistema familiar específico.

⁵⁷ Diccionario de las Ciencias... Tomo II., p. 1073

⁵⁸ apud. Diccionario Enciclopédico..., Tomo III, p. 1498.

⁵⁹ OTERO, F., O., op. cit., p. 17

La relación orientadora dirigida a padres de familia fundamenta su objetivo en informar de las tendencias actuales sobre educación familiar así como adaptarlos a la funcionalidad familiar, además de inducir a la elección de un modelo educativo y lo lleven a modo de estrategia.

El origen de la Orientación Familiar se justifica por medio de la satisfacción de necesidades que provocan dos grandes influjos que pesan en la familia:

- a) La familia como entidad social que es, se ve sometida a cambios vertiginosos que impiden una asimilación natural de los mismos.
- b) Las investigaciones en psicología experimental, propician una mayor información sobre la importancia familiar en el desarrollo individual.

De esta manera le compete al orientador familiar incrementar el conocimiento de sí mismo y del entorno familiar a través del conocimiento de los fines y naturaleza de la Institución Familiar, de las influencias provocadas por la relación entre los integrantes, y la sociedad.

De acuerdo con Oliveros Otero la Orientación Familiar debe responder al carácter irreplicable de cada familia en concreto (⁶⁰), por lo que se comprende que la Orientación Familiar precisa de la continuidad requiere de asimilación de conceptos y aprendizaje actitudinal.

Jesús Cadahía sustenta como objetivos generales de la Orientación Familiar:

- Ayudar a los padres a cumplir fielmente su misión.
- Propiciar una evaluación de la situación familiar personal.
- Facilitar a padres e hijos el establecer objetivos propios respecto a la educación.
- Elaborar los medios para llevar a cabo los objetivos.
- Superar las actitudes negativas y reforzar las positivas dentro del seno familiar.

c) Tipos de Orientación Familiar:

El proceso de Orientación Familiar tiene al igual que toda Orientación, una doble vertiente referente al área educativa y al área terapéutica.

⁶⁰ Cfr. Idem

"La Orientación Educativa tendrá dos grandes áreas de actividad: la planeación educativa, tanto en lo personal como en lo global, y las actividades remediabile también en los dos niveles" ⁽⁶¹⁾ que se refiere a un área eminentemente preventiva a fin de que exista un desarrollo bio-psico-social adecuado dentro de los dos miembros de la familia. Por ende, la Orientación Familiar educativa parece ubicarse en la frontera entre la educación y la psicoterapia.

"La Orientación terapéutica se centraría más específicamente en estas acciones remediabiles, y más especialmente en los procedimientos reeducativos que fueran necesarios según las alteraciones de la personalidad que presenta..." ⁽⁶²⁾.

Si se compara la Orientación Educativa con la Terapéutica se observa que la segunda es necesaria cuando la prevención no es suficiente, por lo que se precisa de una intervención correctora, reeducativa por lo que la Orientación Familiar mantiene una vertiente correctiva pero fundamentalmente informativa y formativa en pro de la mejora familiar.

* Orientación Familiar Especial:

⁶¹ BLANCO, R. et. al., op. cit., p. 35

⁶² Idem.

La Orientación a nivel terapéutico no puede limitarse al estudio, diagnóstico y tratamiento correctivo de un solo miembro afectado por alguna deficiencia o alteración sino que dicha orientación debe extenderse hacia toda la familia.

La familia del sujeto especial esta necesitada de diversos apoyos de carácter pluridimensional, ya que debe establecerse varios puntos de vista para los diferentes aspectos que el orientado necesita ser tratado; se puede observar que aunque los padres tengan aptitudes naturales para educar a sus hijos, precisan de una ayuda técnica y de estímulos educativos que tanto a los padres como a los hijos.

Así pues, la Orientación Familiar Especial requiere tener en cuenta el grado de incidencia del conflicto que hace necesaria la intervención pedagógica, prevenir en el caso de que la situación se vaya a presentar, dar seguimiento en el caso de que se precise y determine si es necesaria la ayuda de un psicoterapeuta que implica una preparación más profunda.

Algunos de los objetivos más relevantes en la Orientación Familiar Especial son los siguientes:

- Va a servir de estímulo para la participación de la familia en el desarrollo del sujeto especial.
- Intervendrá en las relaciones intergrupales de la familia a fin de corregir actitudes erróneas de los demás miembros de la misma.
- Crear técnicas que facilitan los cambios de estructura educativa dentro del sistema familiar.

Como objetivo general de asesoramiento se puede definir como el ofrecimiento de criterios funcionales para aquellas situaciones en las que la alteración de los procesos desvían las metas educativas y formativas de la relación familiar.

Así pues, la Orientación Familiar Especial busca que la familia desarrolle las estrategias adecuadas para la reestructuración de los aspectos en que se detecta una alteración excepcional de los dinanismos de comunicación e interacción familiar. Se trata disminuir conflicto en la familia en el caso que se presenten situaciones excepcionales en la cuales las relaciones familiares sufren un deterioro en los mecanismos naturales del sistema

familiar, de tal manera que se realice un trabajo removiendo problemas y quitando obstáculos.

De acuerdo con lo anterior, se resalta la importancia de la formación de un orientador familiar debe abarcar tanto la orientación educativa como la orientación especial; ya que inclusive se precisa que ambas ramificaciones de la orientación se enlacen. "La Orientación Terapéutica requiere ubicar su trabajo dentro del campo educativo, en general como una etapa reeducativa de la personalidad" ⁽⁶³⁾; de tal manera que la Orientación Educativa edifique partes sanas en la familia y la Terapia reeduce los negativos; la educativa sustenta la información basada en un ideal pero la terapéutica concretiza en la problemática particular de cada familia.

d) Papel del Pedagogo en la Orientación Familiar:

Germanin indica que la Orientación debe ser tratada de forma conjunta tanto por psicólogos como por pedagogos: "La formación de educadores en el campo de la Orientación consiste, bien en una *información general* que les presente el proceso de orientación en

⁶³ Ibidem, p. 36

su conjunto, o bien en una *formación especializada* que les sitúe en plano de colaboración directa e íntima con el psicólogo"⁽⁶⁴⁾ porque "... la acción del psicólogo y la del pedagogo guardan una estrecha relación sin que por eso se confundan" (65).

La Orientación Familiar, sugiere una educación dirigida a la familia, por lo que precisa tanto de la psicología como de la pedagogía, la intervención, por tanto corresponde al educador.

El papel del Pedagogo como orientador familiar consiste en informar, reforzar actitudes positivas, disminuir comportamientos y valores negativos para lograr formar una interrelación más sana mediante la motivación del aprendizaje lo que permite que la familia tome decisiones adecuadas en lo que respecta a su propio esquema familiar de acuerdo a su propia interacción y desarrollo y gracias a tenga una mejora en cada uno de sus miembros y de la propia familia en conjunto.

Visto así, labor del pedagogo como orientador respecto a familias con un miembro enfermo mental, es la de informar, fomentar cambios que apoyen a la reincorporación a la sociedad de un sujeto

⁶⁴ GORDILLO, V., op. cit., p. 34

⁶⁵ Ibidem., p. 36

especial, de tal manera que se provoque un reto cambiar el sistema familiar que parta de la familia misma; es disminuir el nivel de culpa y de preocupación a través de las estrategias valaderas para estabilización de su enfermo; esto es, el pedagogo informará y formará nuevos hábitos en la familia para la educación y socialización de los miembros de la familia, es decir al pedagogo se abocará a reeducar.

CAPITULO TERCERO

ESQUIZOFRENIA

III.I.- CONCEPTO DE ESQUIZOFRENIA

a) Definición de Esquizofrenia:

La palabra *Esquizofrenia* proviene del griego *Exiaws*, escisión y *Frenix*, mente, es decir, etimológicamente la palabra esquizofrenia se define como mente dividida, lo cual proporciona una idea visual poco clara de lo que en realidad es la enfermedad.

Laing (1964) describe a la persona esquizofrénica como un individuo cuya experiencia está dividida de dos maneras principales: existe una brecha en su relación con el mundo; y tiene una ruptura consigo mismo (⁶⁶).

Frankl (1986) interpreta a Bleuler como "...en un volverse independiente, es decir, en una disociación de los complejos de

⁶⁶ Cfr. LAING, R.D., El Yo Dividido, p. 13

asociaciones" ⁽⁵⁷⁾ , esto es, la esquizofrenia se ve como una disolución de la mente con la realidad, es como si el individuo se aislara en búsqueda de un mundo interior.

Patiño (1990) señala: Desde el punto de vista clínico conceptual, es conveniente hablar de esquizofrenias y no de esquizofrenia a secas. Ello se debe básicamente a que los cuadros así conceptuados tienen una sintomatología muy variable y polimorfa... parecen bien distintos y de hecho lo son..." ⁽⁵⁸⁾ con lo que hace referencia a que la psicosis, es decir la esquizofrenia es un trastorno psiquiátrico severo, caracterizado por la multiplicidad de síntomas y tipos existentes porque ninguna enfermedad mental tiene tantos subtipos como la esquizofrenia (vid. tipos de)

De acuerdo con Caso (1984) las esquizofrenias se definen como la agrupación de psicosis "caracterizadas por peculiaridades de la personalidad, del pensamiento, de la afectividad y de la conducta" ⁽⁵⁹⁾, lo cual resalta las alteraciones que caracterizan a esta enfermedad.

⁵⁷ FRANKL, Victor., Psicoterapia para todos, p. 116

⁵⁸ PATIÑO, L., op. cit., p. 119

⁵⁹ CASO, Agustín., Fundamentos de Psiquiatría, p. 715.

Siguiendo a Goldman y Col. (1987) se señala que "El concepto aceptado actualmente de los trastornos esquizofrénicos reconoce la desorganización de un nivel previo de conocimiento, los síntomas característicos que abarcan procesos psicológicos múltiples, los aspectos psicóticos claros durante la fase activa de la enfermedad y su tendencia a la cronicidad" (⁷⁰).

Por último la Asociación Psiquiátrica Americana señala en su Manual de Diagnóstico tercera versión (D.S.M. III) los criterios para establecer el diagnóstico de esquizofrenia, con base en la sintomatología.

- Ideas delirantes con contenido francamente absurdo y sin estar basadas en la propia historia del sujeto.
- Alucinaciones auditivas en las que el sujeto escucha que hablan de él o simplemente conversan entre sí.
- Incoherencia, pérdida de la capacidad asociativa; con afectividad embotada y conducta desorganizada.
- Deterioro del nivel previo de actividad laboral y social así como en el cuidado personal.
- Signos continuos durante seis meses como mínimo a lo largo de la vida del sujeto.

⁷⁰ GOLDMAN, H., et. al., Psiquiatría General, p. 328.

- La edad de inicio del padecimiento se presenta generalmente durante la adolescencia o al inicio de la edad adulta.

Retomando las definiciones y criterios para diagnosticar la esquizofrenia se puede inferir lo siguiente:

- La esquizofrenia es una enfermedad mental con un trastorno en el pensamiento, afecto y conducta; se presenta con diversas sintomatologías las cuales tienen en común ser severas alteraciones.

Así pues, se percibe que el conflicto del psicótico se manifiesta con relación con el mundo exterior y por ello se oculta de la realidad amenazante intrapsíquica. Se puede decir que su experiencia subjetiva de la realidad es algo extraño, irreal y que tiene la convicción de ser distinto a los demás y por ello su conducta es impredecible e ininteligible para el observador.

- El concepto actual de esquizofrenia establece no una enfermedad en sí, sino que por su complejo conjunto se considera como grupo de trastornos que se distinguen por la desorganización psicológica de la persona.

- Estos trastornos se caracterizan por el inicio temprano del padecimiento.

En resumen, hay un deterioro en varios aspectos de las actividades cotidianas tales como trabajo, relaciones sociales y cuidado personal, lo cual provoca la necesidad de cuidados especiales para proteger a la persona enferma debido al empobrecimiento del juicio crítico.

b) Descripción de la personalidad del esquizofrénico independiente de su enfermedad:

El interés de señalar la personalidad premórbida, es decir, la descripción fenomenológica realizada por quienes conocen al paciente antes de su fase activa de la enfermedad, se debe principalmente a la necesidad de explicar la personalidad característica de los individuos, que aporten una descripción simple de la personalidad de los sujetos.

De acuerdo con Bellak la personalidad previa a la crisis es la siguiente: de niño es obediente, quieto y sin malicia, sin embargo también es fantasioso y tiende a negar y a deformar su percepción de ambientes poco amistosos.

Durante la adolescencia es poco sociable, tímido y muy sensible a las críticas y con una intensa necesidad de ser aceptado, no obstante se muestra suspicaz, frío, presentan excentricidades y egoistas.

En muchos casos, los familiares de los esquizofrénicos son los primeros en darse cuenta de su alto nivel de impulsividad, conducta retraída y a veces hasta antisocial, sentimientos de no sentirse ellos mismos, ansiedad e interés por aspectos metafísicos y en general su conducta extravagante, así mismo también es típico que describan a estas personas con actitudes de sentirse mártires o salvadores del mundo mientras mantienen actitudes soñadoras.

Los familiares de los esquizofrénicos adultos, describen síntomas de retraimiento afectivo y social, demuestran incapacidad para conservar su trabajo, por lo que muestra inestabilidad que aparentemente no tienen causa justificada.

Cuando se suscita el quiebre psicológico, el paciente esquizofrénico describe este acontecimiento como el fin el mundo, el cual no es comprensible para un observador normal.

El fin de esta información de manera poco técnica es necesario para que el especialista, retome los datos descritos y los sintetice en criterios estadísticos y nosológicos teniendo en cuenta síntomas, signos, duración y continuidad.

c) Sintomatología de la Esquizofrenia:

La esquizofrenia es un conjunto de cambios en la estructura mental los que provoca peculiaridades funcionales, que valorando la permanencia y la combinación de los mismos; a través de la historia clínica, diagnostican el llamado síndrome esquizofrénico.

A continuación se describirán los síntomas más importantes del mencionado síndrome.

* Delirios: "Se llama idea delirante a toda idea equivocada sobrevenida por vía patológica y resistente a la argumentación lógica" (1). A esto se entiende que el delirio es una idea falsa, pero a pesar de ello, la persona cree firmemente en ellas, y no dejan de existir a pesar de que haya una confrontación o aclaración de esta idea.

¹⁾ VALLEJO NAJERA, Juan Antonio., Introducción a la psiquiatría, p. 42.

Los delirios se dividen por su contenido en ideas delirantes primarias las cuales son descritas como incomprensibles, porque no son originadas en la experiencia anterior, ⁽¹²⁾, esto es, el delirio primario se caracteriza por ser ideas absurdas ante los ojos del observador, son llamativas porque tienen enunciaciones sin relación a lo anteriormente dicho por el sujeto y no tienen vínculo con la historia del paciente.

Las ideas secundarias, en cambio, se comprenden porque forman parte del contexto patológico del enfermo, así pues, estas ideas se derivan de la vida del paciente, por lo que se puede comprender el origen del delirio.

Independiente de los delirios personales, los esquizofrénicos tienen algunos delirios característicos como son: el sentimiento de ser controlado por fuerzas externas, el delirio de robo de pensamiento, las ideas del fin del mundo; y en el caso de la esquizofrenia paranoide (vid.) grandiosidad, suspicacia y persecución.

¹² Cfr. Diccionario Enciclopédico de Educación Especial,
Tomo II, p. 585

Respecto a los sentimientos de ser controlados por fuerzas externas, al parecer tienen su origen en el pensamiento pre-lógico, característico de los esquizofrénicos: "Posee su lógica propia, denominada por Piaget, pre-lógica. Esta se funda en las... concepciones en que las implicaciones mágicas forman a la vez el instrumento y el motor" (73), así pues, el realismo afectivo del esquizofrénico se observa como esencial porque él imagina que todas las alegrías y temores son determinados por causas externas, por lo que sus emociones dependen de los seres que los rodean.

El trastorno relacionado con el robo del pensamiento, influido o bien que son receptores de mensajes telepáticos, son ideas delirantes de influencia en las cuales el paciente se siente manejado por otras personas que utilizan medios extraños o fuerzas invisibles.

Los delirios del fin del mundo, aparentemente tienen origen en la proyección de sentimientos de lo que sucede en su psique; a modo

⁷³ ODIER, Charles., La angustia y el pensamiento mágico, p. 22

ESTA TESIS NO ESTÁ
SALIR DE LA BIBLIOTECA

de aviso de su pánico a descomponerse en su no yo, en su temor a convertirse en un no-ser (⁴).

La grandiosidad se caracteriza por un falso incremento de los valores subjetivos, es decir, estas creencias aumentan el valor de los actos e realidades, así como el de los acontecimientos que le atañen y las personas que los rodean.

Finalmente, la suspicacia y persecución se manifiesta porque la persona asegura ser objeto de actividades persecutorias por parte de un grupo de personas ya sea su familia, vecinos, amistades, grupos o sectas; sin que la persona manifieste en la mayoría de los casos el motivo de la supuesta persecución.

Estos delirios provocan que el enfermo tenga una actitud de desconfianza por lo que se muestran reservados y herméticos con el entrevistador. Pueden ocasionar conductas agresivas y peligrosas.

* Desorganización Conceptual: "...el pensamiento del enfermo es obscuro, vago y muchas veces incomprensible. No sigue una lógica

⁴ Cfr. MEZER, Robert., Psiquiatría Dinámica, p. 98

universal... El enfermo no puede distinguir lo que es realmente importante, a pesar de que su capacidad mental es normal o en ocasiones elevada..."(75). Las alteraciones de la organización conceptual provocan fallas graves de juicio, pensamiento disgregado, sin una adecuada crítica de la realidad, por lo que se suele valorar las cosas y situaciones mediante elementos totalmente accesorios sin captar lo esencial.

"El pensamiento esquizofrénico hace que, incluso los enfermos coherentes, sin ideas delirantes tengan fallas graves de juicio y raciocinio que se califican de falta de crítica" (76).

Se considera como posible causa que el sujeto realice una rápida serie de asociaciones libres, pero únicamente exprese oralmente el último elemento de la cadena (77), es decir, de alguna manera esta alteración constituye una conciencia incompleta y por ende, deformativa porque carece del amoldamiento conceptual correcto.

(78)

⁷⁵ CASO, A., op. cit., p. 734

⁷⁶ Ibidem, p. 244

⁷⁷ BARON, Robert., et. al., Psicología. Un enfoque conceptual, p. 333

⁷⁸ Cfr. PIAGET, J., La formación ..., p. 289.

Esta desorganización provoca que lo que se intenta decir sea difícil de entender pues emplea un lenguaje ambiguo, con tendencia a la difusión y generalización, sustituye palabras. La deformación principal es el resultado de confundir el simbolo con el objeto simbolizado, esto es, se confunde la semejanza con la identidad.

En este bloque de alteraciones se localizan conceptos con significado individual para el sujeto que se expresa suele acompañarse de errores gramaticales y sintácticos que se convierten en ensaladas de palabras herméticas y entrecididas.

* Conducta Alucinatoria: Las alucinaciones son experiencias sensoriales o percepciones sin estímulo externo correspondiente; respecto a esto, Patiño indica que en casi todos los enfermos en que es seguible su aparición es posible establecer tres momentos frente a los fenómenos alucinatorios estos momentos son: en un principio perplejidad, después aceptación con búsqueda lógica de causa y por último, aceptación e interpretación delirante. (79)

⁷⁹ PATIÑO, L., op. cit., p. 135

Las alucinaciones existen en más del 50% de los casos, pueden corresponder a cualquier modalidad sensorial; sin embargo existe una tendencia predominante a las alucinaciones auditivas. Esta área no implica un mal pronóstico, a diferencia de las alucinaciones auditivas, las visuales, olfativas y gustativas son más raras y generalmente se combinan entre sí; pero de igual forma a la larga cualquier alucinación provocan los delirios.

* Excitación: La excitación queda manifiesta por la agitación, inquietud psicomotriz e hiperactividad de la esquizofrenia en su etapa crítica.

La excitación se define como un rápido incremento de la tensión psíquica producida por un estímulo fuerte y súbito que por la hipersensibilidad del esquizofrénico se torna un elemento constante.

* Hostilidad: Se refiere a la actitud desagradada expresada mediante una actividad en prejuicio para el bienestar de las demás personas, sin causa aparente.

* Afecto adormecido: Se refiere a un sentimiento de vacío afectivo, es decir, al parecer los sentimientos están atrofiados, con lo que se percibe un aplanamiento afectivo, afectividad de cristal, distorsión de la apetencia sexual; de tal manera el paciente se muestra muy reservado, evasivo y retraído como consecuencia de su desconexión con el mundo exterior. (31)

El sujeto se retira dentro de sí mismo y por tanto no muestra afecto por los demás, se desvanece el interés por el mundo exterior. Es de mucho interés para el diagnóstico una historia prolongada de aislamiento, la sensación de estar solo, en medio de una multitud y hallarse vacío de sentimientos y sentir a la gente lejos.

* Retirada Emocional: Muchos esquizofrénicos parecen indiferentes o en ocasiones totalmente apáticos, en muchas ocasiones manifiestan cierta superficialidad emocional, "...dando un aspecto de congelación afectiva, embotamiento afectivo, de falta de sintonización al esquizofrénico...carente de expresividad y resonancia afectiva, que le da el típico aspecto insípido..."

³⁰ Cfr. PATIÑO, L., op. cit., p. 118

(¹), así pues, el esquizofrénico marca una aparente coraza como defensa contra las emociones dañinas del mundo exterior.

* Disminución de la simpatía: Si se toma la simpatía como la capacidad de identificación con el objeto de observación, esta sintomatología se refiere a que el esquizofrénico se torna soñador, silencioso, sensible, pero también raro, estafalario, o bien puede como individuo suspicaz, impulsivo, agresivo y terco motivo por el cual, las demás personas no pueden identificarse con él.

* Retirada social apática: "Perplejidad, aislamiento, ensimismamiento, falta de iniciativa...tendencia a una actitud egocéntrica con componente mágico"⁽²⁾. Caso señala que la conducta del enfermo puede ser singular, extravagante o regresiva con reducción de la energía y concluye lo más característico de la conducta del esquizofrénico es su retraimiento con los demás. ⁽³⁾.

* Simbolismo y concreción excesiva: Se considera como tal a la fuerte tendencia por lo esotérico y lo simbólico; es lo que le hace tener una ideología muy singular.

⁰¹ PATIÑO, L., op. cit., p. 118

⁰² PATIÑO L., op. cit., p. 118

⁰³ CASO, A., op. cit., p. 716

Reich (1949) describe esta sensación: El mundo del esquizofrénico es una mezcla de misticismo y de infierno emocional humano, de penetración a través de una visión distorsionada de Dios y del diablo... de cordura hasta el más elevado grado del genio y de demencia en sus abismos más profundos, todo fundido en una sola y horrible experiencia...⁽¹⁾

Szasz (1980) señala este simbolismo como metáforas inapropiadas que llega incluso a comparar con las utilizadas por los poetas. "La diferencia en el uso de tales frases entre los sanos y los esquizofrénicos reside en el hecho de que en los primeros es simple metáfora; mientras para los pacientes la línea divisoria entre la representación directa o indirecta se ha borrado. El resultado es que a menudo piensan estas metáforas en un sentido literal" ⁽²⁾

En general, es un hecho que los pacientes con mucho tiempo de evolución sufren demenciación profunda lo que se manifiesta, entre otros síntomas por el pensamiento concreto y pueril.

¹⁾ REICH, William., Análisis del Carácter, p. 399.

²⁾ SZASZ, Tomas., La esquizofrenia. El Símbolo sagrado de la psiquiatría, p. 21

* Dificultad para la conversación fluida: Se refiere a la ausencia de lenguaje en un sujeto. (") El tiempo de estos síntomas es variable en su duración e incluso en la escala de un mutismo parcial o de respuesta en monosílabos.

* Estereotopias: Se entiende por ello a la repetición compulsiva de gestos o palabras. Por ello, los ademanes aparecen rebuscados y extravagantes en su forma de ser, y se presentan continuamente sin causa aparente.

El lenguaje estereotipado se expresa mediante la repetición verbal de palabras o frases almacenadas por el sujeto; esta forma de actuar es igualmente típica del pensamiento pre-lógico "...aún no se manifiesta la aptitud para imitar los sonidos nuevos propuestos al modelo: ésta no aparece hasta el cuarto estadio" (87), es decir, que incluso en el lenguaje, el esquizofrénico mantiene una fijación en los primeros años de su vida.

La escritura manifiesta los mismos trastornos de la palabra, y de más amaneramiento en el tipo de letra, distribución de las líneas de la página, intercalamiento con estereotopias gráficas,

⁸⁶ Cfr. MERANI, Alberto., Diccionario de Psicología, p. 110

⁸⁷ PIAGET, Jean., La formación del Símbolo en el Niño, p. 36.

simbolismos, etc... Los dibujos de los esquizofrénicos son estereotipados, incluyen elementos de sus ideas delirantes, condensaciones y simbolismos a normas infantiles de dibujo..."⁽⁹⁹⁾.

* Ansiedad: Se refiere a un conjunto de temores injustificados aunados con manifestaciones corporales. La ansiedad del esquizofrénico es helada, escondida tras una cubierta de indiferencia, esta angustia de haberse escindido y crear para sí un mundo propio pero al mismo tiempo es distinta a la ansiedad normal.

* Culpa: Es un estado emotivo en el que el sujeto está convencido de que ha infringido alguna norma social o realizado un acto imperdonable. Tiene una función de apoyo a la adaptación del medio, no obstante, en el esquizofrénico es demasiado punitiva.

* Tensión: La tensión es también conocida como "estrés" es un nivel de activación debido a que un organismo encuentra al medio ambiente amenazante para su homeostasis a causa de determinados agentes de agresión.

Cuando la tensión es excesiva, el mecanismo de adaptación cede, ante lo cual sobreviene una reacción corporal llamada Síndrome de

⁹⁹ Idem.

adaptación (") a fin de conservar la homeostasis y ayudar a resistir enfermedades.

* Manierismos y actitud postural: El amaneramiento general del esquizofrénico se hace patente en su mímica y motórica. Los gestos son afectados y poco expresivos y carecen de irradiación afectiva, ya que se presenta incongruente con el estado de ánimo (").

La actitud postural se percibe principalmente en las esquizofrenias catatónicas en las que la psicomotricidad dominan el cuadro clínico; si bien este síntoma es poco común en la actualidad gracias a los tratamientos farmacológicos.

* Falta de cooperación: El negativismo o falta de cooperación se divide en pasivo que es la simple falta de actividad solicitada y en activo, es decir, realizan lo contrario de lo que se le solicita al enfermo. "Un paciente no coopera en ocasiones sin ninguna razón aparente...pero no lleva a cabo ni siquiera aquellas cosas más elementales que se le piden. A veces hace incluso lo contrario de lo que se le pide" (91)

⁸⁹ Cfr. MENESES, E., Psicología General, p. 51

⁹⁰ Cfr. VALLEJO NAJERA, J.A., op. cit., p. 240

⁹¹ FREEDMAN, A., et. al., op. cit., p. 247

* Contenido de Pensamiento Inusuales: El pensamiento del esquizofrénico le lleva a conclusiones no reales. La percepción o ideación suele ser concreta y con interpretación personal de los estímulos.

Este trastorno se hace manifiesto en los neologismos, éstos son expresiones que el esquizofrénico crea, a manera de conceptos para los cuales él no encuentre ninguna palabra adecuada "...constituyen una alteración que revela un cambio profundo y muy particular de la manera de pensar o expresar" (²²), los cuales no tienen como fin comunicar.

La etiología de los neologismos es variable: a) Las alucinaciones auditivas "le comunican" los neologismos, b) El lenguaje normal les resulta insuficiente para expresar sus nuevas sensaciones, c) Son un síntoma más del desgobierno de la actividad psíquica y d) Las ideas delirantes le inducen a crear palabras claves.

* Desorientación: Se refiere a la capacidad de reconocer el ambiente de la persona y sus relaciones temporales y espaciales,

²² CASO, A., op. cit., p. 734

respecto a sí mismo a apreciar las relaciones en el ambiente social.

Se puede presentar la desorientación en el tiempo, pero es necesario valorar antes si el sujeto tiene acceso a esta información. De igual forma se puede presentar desorientación respecto al lugar, es decir, que la persona interpreta inadecuadamente el sitio donde está.

Por último, la desorientación personal es una alteración que impide reconocerse a sí mismo o a las otras personas. Esta incapacidad se presenta en raras ocasiones y siempre se ve precedida de la desorientación temporo-espacial.

* Atención deficiente: El esquizofrénico es incapaz de mantener la atención constante, debido principalmente a las continuas interferencias del mundo esquizofrénico. La atención no está realmente deteriorada sino solamente bloqueada por la angustia, así como las alteraciones perceptuales que se presentan. ⁽⁹³⁾

⁹³ Cfr. VALLEJO NAJERA, J.A., op. cit., p. 247

* Alteraciones de la Voluntad: "La voluntad es así el apetito elícito cuyo acto supone la posesión intelectual de una forma abstracta" (²⁴), esto es, la voluntad es la capacidad de elección obedeciendo motivos o razones.

El esquizofrénico es indeciso, incapaz de seguir un plan de acción, por lo que a menudo siente que sus acciones y sus pensamientos son controlados por otras personas. Estos pensamientos pueden originar ideas delirantes que estriban en la creencia que otras personas influyen en sus decisiones.

* Deficiente control de impulsos: El impulso se explica como la tendencia a reaccionar inmediatamente y sin reflexión. La disminución sobre el control de impulsos, se manifiesta en enjuiciamiento social deficiente, indiscreciones sexuales, o robos, conductas que impresionan en la actitud del enfermo mientras lo realiza, en el reflejo de un yo deficiente.

* Preocupación: La preocupación se manifiesta como una actitud de desagrado provocada ante un estímulo que provoca indecisión o conflicto. Esta actitud se observa como patológica en cuanto rebasa la intensidad pues es injustificada ante la dimensión del estímulo.

²⁴ MILLAN Puelles, Alfonso, Fundamentos de Filosofía, p. 371

El sujeto llega estar preocupado con sus ideas egocéntricas e ilógicas y sus fantasías son objetivamente distorcionadas (³⁵).

* Evitación Social Afectiva: Un cambio muy marcado ocurre en el ámbito psicosocial del sujeto, aumenta el retraimiento y no muestra afecto por los demás e incluso se desvanece el interés por el mundo exterior (³⁶).

III.2.- TIPOS DE ESQUIZOFRENIA

Los tipos reflejan el perfil de los síntomas clínicos, es decir, las subcategorías se describen mediante la observación de las diferencias, ya fenomenológicamente descritas, algunos tipos son menos estables que otros, y las implicaciones del pronóstico y tratamiento son variables.

El diagnóstico de cada caso particular deberá basarse en la evaluación del cuadro predominante; no obstante es importante aclarar que en la fase prepsicótica y terminal del padecimiento todas las formas pierden su diferenciación desde el punto de vista clínico.

³⁵ Cfr. Ibidem., p. 1128.

³⁶ Cfr. D.S.M. III, p. 194

a) Tipo desorganizado: También se conoce como hebefrénica, sus características más relevantes son la conducta infantil, con respuestas incongruentes o estúpidas. Existen ideas delirantes primarias y alucinaciones vívidas pero de contenidos incoherentes; otras características son tener movimientos inmotivados, quejas hipocondríacas, sostener un rompimiento con la realidad, por lo que su apariencia personal y su conducta social están deterioradas y por ello se considera una conducta pueril o fatua.

Su inicio es temprano, pues es entre los 15 y los 25 años de edad (⁸⁷); el cuadro clínico se acompaña de un deterioro social extremo, una personalidad premórbida pobre y un curso crónico sin remisiones (⁸⁸).

Los síntomas más importantes para el diagnóstico son:

- La incoherencia frecuente.
- Presencia de ideas delirantes primarias
- Afectividad embotada, inapropiada y pueril.

⁸⁷ Cfr. CASO, A., op. cit., p. 739.

⁸⁸ D.S.M. III, p. 200

b) Tipo Catatónico: La sintomatología se centra en una alteración importante en la psicomotricidad, se presenta estupor, negativismo, esterotopias, tendencia a imitar movimientos de los demás, rigidez, excitación y obediencia automática. El mutismo es frecuente. La edad más frecuente para la aparición de los síntomas es entre los 15 y los 25 años. Generalmente es aguda y va precedida de una experiencia emocional trastornante (³⁹).

El tipo catatónico presenta dos fases:

* Catatonía inhibida caracterizada por estados de estupor completo, o bien puede presentarse una disminución de actividad y movimientos espontáneos. Puede ser mutista o cuasimutista o incluso presentar negativismo.

** Síndrome hiperkinético, es decir, aumento en la amplitud y rapidez de movimientos ya sea local, con la producción de movimientos en algunas partes del cuerpo, o general, con episodios corporales de intensa agitación súbita.

En ambos casos el sujeto precisa de los cuidados especializados para evitar que se lesione a sí mismo o a los demás y evitar desnutrición.

³⁹ Cfr. CASO, A., op. cit., p. 740

Afortunadamente este tipo de esquizofrenia, en la actualidad, es raro que aparezca. Los criterios a considerar para diagnosticar son los siguientes:

- Notable descenso de la receptividad al ambiente y reducción de la actividad psicomotora.
- Resistencia sin motivo a obedecer instrucciones sencillas.
- Mantenimiento de posiciones rígidas sin poder modificarla.
- Exitación de la actividad motora no influida por estímulos.
- Adquisición voluntaria a actitudes extrañas.

"...el olvidar la propia autonomía se convierte en la manera de salvaguardarla secretamente, hacerse el muerto se convierte en una manera de preservar la propia vida..." ⁽¹⁰⁰⁾.

c) Tipo Paranoide: El tipo paranoide es la forma menos precoz de la esquizofrenia, es común que se inicie entre los 30 y 35 años ⁽¹⁰¹⁾. Las características básicas son las siguientes: ideas extrañas, experiencias místicas y de persecución, alucinaciones y delirios parcialmente sistematizados; la sintomatología asociada se acompaña de ira, violencia, celos, temor a ser considerado homosexual ⁽¹⁰²⁾

¹⁰⁰ Ibidem, p. 745

¹⁰¹ D.S.M III, p. 201

¹⁰² Idem.

Un paciente paranoico típico, se muestra suspicaz y reservado. A menudo es hostil y agresivo. Socialmente no hay deterioro. Su inteligencia en las áreas no invadidas por ideas delirantes continua siendo alta (¹⁰³), es decir, el deterioro puede ser mínimo, ya que es relativamente raro observar desorganización grosera en la conducta a excepción de las conductas influidas por los delirios, lo mismo puede decirse respecto a su deterioro afectivo, sin embargo, si es frecuente que se afecten las relaciones interpersonales.

Los criterios de diagnóstico se listan a continuación:

- Ideas delirantes de persecución, grandeza o celos.
- Alucinaciones de contenido persecutorio o de grandeza.

d) Tipo Indiferenciado: "Los síntomas esenciales son síntomas psicóticos predominantes que no pueden ser clasificados en ninguna de las categorías señaladas previamente, o que cumplen con los criterios de más de un tipo" (¹⁰⁴).

¹⁰³ Cfr. FREEDMAN, A., et. al., op. cit., p. 252

¹⁰⁴ D.S.M III., p. 201

Los criterios para este tipo son:

- Ideas delirantes, alucinaciones e incoherencias llamativas o conductas claramente desorganizadas.

- Por la complejidad de síntomas no se puede diagnosticar en un tipo específico de esquizofrenia puesto que los síntomas que presenta son de varios tipos de esquizofrenia y por tanto no se cumple con los criterios para diagnosticar en algún tipo definido (desorganizado, catatónico o paranoide por ejemplo).

e) Esquizofrenia residual: "...es un estadio que puede provocar un brote esquizofrénico o no, la esquizofrenia residual es el estadio que sigue de un brote" ⁽¹⁰⁵⁾.

Esta categoría se diagnostica cuando se ha presentado como mínimo, un episodio de esquizofrenia, aunque en el momento de la evaluación no existan síntomas psicóticos predominantes, si bien persisten signos de la enfermedad ⁽¹⁰⁶⁾. es decir, la American Psychiatric Association, considera que las remisiones nunca son totales, puesto que siempre queda una cicatriz psicológica llamada defecto

¹⁰⁵ VALLEJO NAJERA, J.A., op. cit., p. 253.

¹⁰⁶ Cfr. D.S.M. III, p. 202

esquizofrenico, consistente en "... embotamiento emocional, retraimiento social, la conducta excéntrica, pensamiento ilógico y la pérdida de la capacidad asociativa" (17).

La diferencia entre la esquizofrenia en remisión y la ausencia del trastorno mental, precisa de la valoración en cuanto tiempo transcurrido entre el último episodio esquizofrénico, duración de éste y necesidad de valoración continua. Afortunadamente y gracias a los tratamientos actuales, la evolución de la esquizofrenia es cada vez más favorable porque se ha incrementado el número de las remisiones así como su duración; así pues, se considera que los periodos asintomáticos varían desde el esquizofrénico que se ha adaptado a vivir con su defecto y con tolerancia del ambiente, o bien esquizofrénicos que su defecto es tan leve que prácticamente no precisan de cuidados por parte del ambiente.

Los criterios que se toman en cuenta para el diagnóstico son los siguientes:

- Una historia con un episodio agudo.
- Un cuadro clínico sin sintomatología llamativa.

¹⁷ Idem.

f) Trastorno Esquizoafectivo: Este tipo de esquizofrenia es una intensa mezcla de sintomatología esquizofrénica con estados de ánimo bien depresivos o eufóricos (¹⁰⁸). El diagnóstico de un trastorno esquizoafectivo deberá hacerse únicamente cuando el clínico sea incapaz de hacer un diagnóstico diferencial entre esquizofrenia y trastorno afectivo (¹⁰⁹).

De acuerdo con Caso, el trastorno esquizoafectivo se caracteriza por una mezcla de síntomas maniaco depresivos y esquizofrénicos, tienden a la remisión sin dejar defecto permanente, muestra tendencia a reincidir, y el pronóstico es mejor que el de las otras formas de esquizofrenia pero peor que el de la psicosis maniaco depresiva (¹¹⁰).

g) Personalidad Esquizoide: Es un trastorno de la personalidad consistente en la incapacidad para establecer relaciones sociales, debido a la ausencia de sentimientos cálidos e indiferencia hacia los demás.

¹⁰⁸ Cfr. FREEDMAN, A., et. al., op. cit., p. 252

¹⁰⁹ Cfr. D.S.M. III, p. 197

¹¹⁰ Cfr. CASO, A., op. cit., p. 750

Estos individuos carecen de un verdadero interés en involucrarse con los demás, son reservados, retraídos y en general prefieren pasatiempos solitarios. Intelectualmente, es con frecuencia un tipo original, sin objetivos específicos y excesivamente soñadores.

Los criterios de diagnóstico son los siguientes:

- Frialdad e indiferencia ante estímulos externos
- Ausencia o mínima cantidad de amistades íntimas
- Ausencia de excentricidades en lenguaje, pensamiento o conducta.

III.3. ESQUIZOFRENIA REACTIVA

Baron (1980) considera que la esquizofrenia puede tener etiología reactiva cuando es provocada por las tensiones ambientales ⁽¹¹¹⁾. Si bien la etiología real de la esquizofrenia crea polémica dentro de los especialistas en psiquiatría, se pueden señalar dos grandes corrientes:

- * Los biólogos quienes buscan factores genéticos, metabólicos, bioquímicos, etc.
- * Los que siguen la corriente de influencia psicosocial.

¹¹¹ Cfr. BARON, et. al., op. cit., p. 496.

La sustentante considera la posibilidad de una fuerte correlación entre ambas corrientes, es decir, que las manifestaciones sean el producto de diversos antecedentes, genéticos, metabólicos, psicológicos y de influencia social.

a) Factores Biológicos:

* Genéticos: Los estudios acerca de la influencia genética de los trastornos esquizofrénicos están orientados en los elementos de consanguinidad. Los resultados indican que a consanguinidad más estrecha, se relaciona con una incidencia más elevada de esquizofrenia. ⁽¹¹²⁾

No obstante, dichos estudios arrojaron el resultado que si bien en los trastornos esquizofrénicos participa un factor genético predisponente, esto no es garantía para que exista el trastorno esquizofrénico. Estos estudios señalan que aun en gemelos monocigóticos la frecuencia es de 47% únicamente.

El modelo de disposición de estrés en la esquizofrenia asume la existencia de un gen hereditario que se manifiesta 20 años

¹¹² GOLDMAN, H, et. al., op. cit., p. 335

después; pero se considera importante que esta disposición innata vaya aunada de un desarrollo en la infancia y en la adolescencia que interactúan con el gen, es decir, que el genotipo esquizofrénico requiere de la interacción ambiental para desarrollar el fenotipo esquizofrénico ⁽¹¹³⁾.

* Factores anatómicos y fisiológicos: Los estudios realizados a este respecto describen que, personas que padecen esquizofrenia crónica pueden presentar los ventrículos laterales incrementados en tamaño con apaxia, (se presenta una sustancia del sistema nervioso central que actúa como trasmisor químico de información nerviosa a través de la sinapsis. La dopamina influye en la hipófisis) en la corteza cerebral; no obstante no se presenta en la esquizofrenia incipiente.

De igual forma, otros estudios han demostrado la existencia de diferencias anatómicas a nivel ocular entre pacientes esquizofrénicos con respecto a otros pacientes que no lo son. Dicha diferencia consiste en anomalías en el movimiento ocular a sacudidas del 80% de los pacientes sin tratamiento, 45% en otros pacientes no esquizofrénicos y en 7% en sujetos normales. Esto

¹¹³ Cfr. Ibidem, p. 336

arroja como resultado que el movimiento ocular a sacudidas representa un marcador fenotipo potencial de esquizofrenia.

* Factores Bioquímicos: Las investigaciones se basan en las relaciones comprobadas entre la esquizofrenia y las concentraciones alteradas de neurotransmisores. A este respecto, existe una relación entre la dopamina y la esquizofrenia, pero al parecer no constituyen una causa sino una consecuencia sintomatológica (¹¹⁴).

b) Factores Psicosociales:

* Factores Intrapsíquicos o de desarrollo del individuo: La teoría psicoanalítica señala que el esquizofrénico tiene su psique dañado en el Yo, esto es, el área consciente del ser humano, lo que impide un contacto adecuado con la realidad.

El daño que presenta es ocasionado por el daño psicológico a edad temprana (primer año) que conduce a su estructura a tener una falla primaria en la formación del yo, esto provoca una incapacidad para establecer relaciones reales a nivel objeto-sujeto porque carece de

¹¹⁴ Cfr., Ibidem, p. 337

la capacidad de diferenciar al yo del mundo, lo cual propicia una desintegración en toda la psique.

"Los hechos y circunstancias...representaban traumas psicológicos de su más tierna infancia. Constituían el contenido de la psicosis (símbolos esquizofrénicos) y había degenerado hasta la Atrofia conceptual y automatismo verbal" ⁽¹¹⁵⁾ lo cual impide un desarrollo adecuado del yo, lo que ocasiona que el individuo tenga una fijación endeble acerca de su deseo de vivir.

A este respecto Mahler (1975) centra la patogenia de la esquizofrenia en la incapacidad de separación para la madre, es decir, durante el primero y segundo año de vida, ya que el niño se siente incapaz de percibirse como individuo independiente a sus padres y esta sensación se reedita en la adolescencia tardía, caracterizada por la búsqueda de un sitio en la sociedad, relaciones externas a la familia y desarrollo como persona productiva. La esquizofrenia incipiente se caracteriza por la incapacidad de adaptarse a este nuevo modo de vida. ⁽¹¹⁶⁾

¹¹⁵ SECHEHAY, M.A., La realización simbólica y Diario de una Esquizofrénica, p. 107

¹¹⁶ Cfr. apud. GOLDMAN, et. al, op. cit., p. 338

Tradicionalmente las teorías de desarrollo del individuo eran las que se tomaban más en cuenta para el estudio de los trastornos esquizofrénicos. En la actualidad, se piensa que el paciente forma parte de un sistema familiar deficiente con probable influencia para la patogenia de esta enfermedad.

* Factores de influencia familiar: Como se indicó en el párrafo anterior, algunas teorías se encaminan al estudio del ambiente inmediato, es decir la familia.

En estas investigaciones, el paciente es considerado como un reflejo de la interacción alterada entre los miembros del grupo familiar.

El contacto diario con padres neuróticos y excéntricos hace que el sujeto se desadapte por la lucha sin éxito en contra de las tendencias ambientales y por sus dificultades internas. Como resultado, desarrolla actitudes e identificaciones que refrenan o distorsionan el desarrollo de la personalidad ⁽¹⁷⁾

Muchos estudios han revelado que una interacción inadecuada a nivel familiar incrementan la posibilidad de un trastorno esquizofrénico.

¹⁷ SZASZ, T., op. cit., p. 50

Estos estudios acerca de la familia serán detallados en un apartado especial para ellos. (vid.)

Por otra parte existen estudios de influencia ambiental de mayor tamaño.

* Desarrollo dentro de la sociedad: Estas investigaciones identifican la influencia del medio con respecto al desarrollo de la esquizofrenia son las siguientes:

- Densidad de población: Se ha detectado mayor prevalencia de la esquizofrenia en poblaciones urbanas con una población total mayor de un millón de habitantes y disminuye conforme la población es menor. No obstante, no se ha podido aclarar la importancia relativa de este factor. ⁽¹¹⁸⁾

- Nivel Socioeconómico: Una teoría explicativa de primera importancia señala que la clase socioeconómica menos favorecida, debido a que sus aspectos inherentes de mayor tensión y reducción de la flexibilidad para elegir el modo de adaptación al medio

¹¹⁸ Cfr. GOLDMAN, op. cit., p. 339

ambiente son al parecer causantes en el desarrollo de la esquizofrenia (¹¹⁹).

- Otros factores: Existe la propuesta de otras posibles influencias para el desarrollo tales como el estrés relacionado con la pérdida subjetiva de personas importantes para el paciente, se mantiene una correlación que precede al inicio de una crisis esquizofrénica (¹²⁰).

Por último Vallejo Nájera señala que para el tratamiento de esquizofrénico es mejor retirarlo del ambiente familiar nocivo debido a que al integrarse al mismo patrón comunicativo y social deficiente, sus probabilidades de recaída aumentan, por lo que es preciso el cambio de ambiente psicológico.

III.4. LA FAMILIA DEL ESQUIZOFRENICO

a) Importancia del estudio de la familia disfuncional:

Se considera que la familia cobra una vitalidad alta dentro de la psicología de cada persona, independientemente de que sea normal o

¹¹⁹ Cfr. Idem.

¹²⁰ Cfr. Idem.

anormal y por ello, también forma parte muy importante de la etiología de la esquizofrenia "Más o menos en la década pasada surgió un enfoque nuevo respecto al estudio de la familia vista como una sola unidad y observa a todos los miembros juntos" ⁽¹²¹⁾, el estudio de la familia vista como unidad, fomenta la ayuda que se pueda tener para con el paciente, debido a que corrobora información, "Hasta hace poco los investigadores se han enfocado a los individuos considerados esquizofrénicos y no su contexto social, se ha enfocado siempre al paciente y no a la conducta del resto de la gente con respecto a él" ⁽¹²²⁾.

Ciertamente es lo habitual, que la psicología enfoque su intencionalidad hacia el sujeto enfermo, sin tomar en cuenta el contexto familiar, lo cual puede causar nuevas recaídas al inicio de la reincorporación a la sociedad "...sin embargo, si conocieran en profundidad tanto individualmente como en familia, a las

personas que componen las familias de dicha gente podrían encontrarlas desconcertantes..." ⁽¹²³⁾

¹²¹ LOMAS Peter., et. al., La crisis de la familia, p. 13

¹²² SCHATZMAN, Morton., El Asesinato del alma. La persecución del niño en la familia autoritaria, p. 6

¹²³ Ibidem, p. 18

El hecho de convivir continuamente entre mensajes extraños y extravagantes impide en mucho acciones normales por parte de los miembros más jóvenes.

Hemos visto que la mente del hombre desde direcciones: desde adentro (mundo interior) y desde fuera, que es la proyección de como lo ven los demás. Puede llegar a verse con una caricatura de sí mismo, ... pero si tiene la desgracia que los espejo que son los ojos de su familia tienen la necesidad de desordenarlo, desfigurarlos... no podrá gozar de la representación mental de todo eso en la forma y perfil de sus símbolos (¹²⁴).

De lo que se deduce la importancia de la familia en gran parte de la conducta del individuo, en su bagaje emocional e intelectual.

Bateson, citado por Gasperin señala que la estructura de carácter era en realidad aprendizaje de la familia y por tanto el tratamiento del esquizofrénico debía incluir modificaciones indispensable en el sistema familiar (¹²⁵).

¹²⁴ TASHMAN, H., op. cit., p. 227

¹²⁵ Cfr. GASPERIN, R., "La familia en la Orientación Vocacional". Revista de Orientación Educativa N° 0, p. 22

"El estudio de la familia tiene como raíz el concepto de que el paciente es un síntoma de la patología familiar y que los trastornos mentales o psicopatológicos en los padres" (16), esto es, la familia se organiza en un sistema que propicia el desarrollo de una enfermedad. De esta manera el hombre tiene un bagaje de sus antepasados, quienes en su propia historia experimental le han transmitido la naturaleza de sí mismos, esto no quiere decir, que todas las familias con un miembro enfermo mental tengan la culpa de los padecimientos de sus hijos, sino que genética y actitudinalmente le heredan su experiencia personal, por lo que un comportamiento bueno engendrará conductas adecuadas y hábitos extraños propiciarán problemas caracteriales.

b) Relaciones Familiares Inestables.

*** La Familia: Posible etiología del Síndrome Esquizofrénico:**

"Algunos investigadores de la patología familiar, tales como Bowen, hablan del divorcio emocional para caracterizar las parejas

¹²⁶ FREEDMAN, A., et. al., op. cit., p. 238

matrimonios en las cuales existen desacuerdos manifiestos pero no sentimientos compartidos, en las cuales el marido y mujer presentan una fachada compatible pero no pueden tolerarse entre sí en privado" (127).

El permitir un detrimento del ambiente conyugal conlleva a un desarrollo inadecuado de los hijos, "Estos son, frecuentemente, la gran mayoría de los hogares disgregados más perjudiciales para el niño a pesar de las apariencias" (128) ya que "El hogar suele convertirse...en el recipiente de todos los rencores, de todas las decepciones, de todas las preocupaciones que no se puede o no se quiere derramar afuera" (129) que van en detrimento tanto de la seguridad como de la estabilidad infantil y luego juvenil; e incluso se considera que las continuas peleas son mucho más perjudiciales que una separación real para individuos esquizofrénicos ya que persiste una escisión en la comunicación que bien puede ser errónea o limitante.

A lo anterior, Freedman señala si la comunicación es ineficaz y tiende a provocar la confusión dentro de la familia, los niños se

¹²⁷ FREEDMAN, A., et. al., op. cit., p. 239

¹²⁸ POROT, M., op. cit., p. 42

¹²⁹ Ibidem, p. 39.

ven privados de un instrumento asocializante crítico fuera de la familia. En las familias de los padres esquizofrénicos se han descubierto métodos de comunicación gravemente fragmentados (¹³⁰).

También Lomas puntualiza: que en una familia de este tipo, existe una inmensa falta de comunicación entre los miembros que la integran, y esto trae como consecuencia el niño cuenta con muy pocas posibilidades de elaborar una imagen coherente y realista, tanto de sí mismo como de sus padres; su esquema perceptual está cimentado sobre un terreno tambaleante (¹³¹), es decir, el niño que desarrolla el concepto de sí mismo precisa de la familia como punto de referencia, ya que necesita de los padres como autoridad para señalarle un camino trazado y por lo tanto necesita de una senda armónica ya que de lo contrario el niño se confundirá y adquirirá una autoimagen errónea y culpígena, lo que a la larga tiene como consecuencia fuertes neurosis, trastornos de la personalidad o psicosis.

Una de las características predominantes dentro de las familias disfuncionales es la falta de comunicación tanto interna como externa. Bateson encontró un sistema de comunicación típica en esta

¹³⁰ FREEDMAN, A., et. al., op. cit., p. 78

¹³¹ Cfr. LOMAS, P., et. al., op. cit., p. 13

familias, la cual se caracterizaba por ser errónea; lo que Wyne reafirma mediante la indicación de que algunos trastornos específicos como son la fragmentación de la apariencia, la disfunción de la identidad, trastornos de la percepción y comunicación; son una consecuencia de la internalización de la organización familiar lo que a la larga revierte en que uno de los miembros de esa familia presente trastornos caracteriales con muchas posibilidades de que estos trastornos sean esquizofrénicos, lo que provoca dudas respecto a la experiencia existencial de estos enfermos: "El vivir del esquizofrénico en cuanto su propia existencia es tema fundamental de la psiquiatría... ¿Cómo actúa en él su pasado?, ¿Cómo ha sido falsificada su memoria?; ¿Cómo vive él su presente y qué espera si es que espera algo en su futuro?" (¹³²), así pues, la esquizofrenia se puede percibir como consecuencia de la estructura familiar establecida con medios extraños de comunicación y que al ser expresados por el esquizofrénico no se toman en cuenta a su contexto familiar, como si el hecho de ser enfermo mental invalidara cualquier juicio. " Sus familiares... no hacían caso de sus palabras por considerarlas signos o síntomas de enfermedad y por consiguiente sin validez" (¹³³).

¹³² PATIÑO, Luis., Psiquiatría Clínica, p. 132

¹³³ SCHATZMAN, M., op. cit., p. 8

* Descripción de las Relaciones Familiares Inestables

Otra forma de patología familiar relacionada con la esquizofrenia es la familia sesgada, en la cual, una diada diferente de la conyugal domina al grupo emocionalmente y a menudo tangiblemente. En una relación familiar sesgada, uno de los esposos espera que otro sea un padre para él, y un padre trastornado domina a la familia. Este tipo de coalición marital deja vacíos de antemano los recursos emocionales y las funciones de los padres, y las necesidades afectivas y psicológicas de los hijos no son atendidas (¹³⁴).

Lo anterior se interpreta como que la relación matrimonial de este tipo es una relación conyugal desviada dentro del esquema paterno-filial, a más de que se ha visto un tanto que los esquemas de relación con los abuelos de los esquizofrénicos es muy intensa respecto a los padres, es decir, "Cuando los padres de un esquizofrénico son capaces de renunciar a su apego infantil a sus padres, pueden en verdad convertirse ellos mismos en padres" (¹³⁵), por ello se ha visto que existe inmadurez como si "No se ha realizado el acceso a la función de cónyuge. Determinadas particularidades físicas y psicológicas, perfectamente compatibles con la vida de soltero, se revelan tan sólo con la vida en común

¹³⁴ FREEDMAN, A., et. al., op. cit., p. 78

¹³⁵ PANKOW, Gisela., Estructura Familiar y Psicosis, p. 58.

por otras particularidades halladas en el cónyuge" ⁽¹⁶⁾, esto es, no alcanzan a reconocer una interacción adecuada.

"Una grave inmadurez puede llevar a uno de los cónyuges a buscar en la familia una posición de dependencia parecida a la de un hijo. Casi todas las formas de neurosis o psicosis en uno de los padres son susceptibles de originar coaliciones paternas defectuosas, las cuales a su vez, dificultan las tareas de crianza y culturización de la que dependen los hijos. Los padres con graves características histéricas, obsesivas o neuróticas de otro tipo son propensos a desarrollar hijos con una estructura similar o incluso síntomas ⁽¹⁷⁾.

Analizando lo anterior, las conductas neuróticas o psicóticas de los padres repercuten en conductas de la misma índole por parte de los hijos, así se puede decir que un hijo esquizofrénico sufre la conducta de su padre, lo que a su vez le lleva a conclusiones falsas lo que se puede considerar una incapacidad educativa por parte de los padres puesto que predispone al hijo a la incertidumbre o confusión que a su vez le impiden adaptación social e inclusive al desarrollo de perversiones o esquizofrenia. Estos comportamientos generalmente se caracterizan por ser conductas afectivas confusas, sordas, que el niño y el joven no alcanza a comprender del todo y por ello le crea un sentimiento de inseguridad permanente, porque la familia sesgada (que es muy

¹⁶ FREEDMAN, A., et. al., op. cit., p. 77

¹⁷ Ibidem, p. 78.

típica entre el contexto familiar de pacientes esquizofrénicos), está dividida, debido a conflictos y rivalidades crónicas entre los padres; por lo que los hijos se ven obligados a tomar partido, lo que repercute en su desarrollo y la integración de su personalidad, ya que al tener que tomar partido, tiene que negar apoyo a uno de los padres y esto le crea sentimientos de culpa, así pues, por lo general el equilibrio psíquico entre el individuo y su familia se pierde, porque el ambiente familiar es una amenaza para la seguridad y la estructura psíquica de la persona.

Después de realizar un análisis general de las relaciones familiares inestables, a continuación se describirá el vínculo existente entre padres e hijos en una familia disfuncional.

- Madre e hijo: Las desviaciones del amor maternal pueden caer tanto en carencias afectivas o bien sobreproteccionismo lo que puede facilita la aparición de neurosis graves o psicosis (¹³⁰), pues toda conducta de la madre respecto a sus hijos es fundamental para el desarrollo de la vida psíquica del individuo, debido a que, como se mencionó anteriormente, la madre es la persona que enriquece la vida interna de la persona.

¹³⁰ Cfr. POROT, M., op. cit., p. 125.

De esta manera, se analizarán las desviaciones del amor materno:

Carencias Afectivas: La madre que presenta carencias afectivas por lo general se muestra seca, fría y les ofrece una atención mecánica hacia los hijos, sin embargo es posesiva porque busca la continua dependencia de los hijos hacia ella; generalmente los hijos más que amarla le temen por su rigidez y falta de vinculación con ellos; por lo tanto, los hijos no se sienten aceptados.

La diferencia entre una madre afectiva y una madre seca radica en que ésta última confunde la función del cuidado con el amor, y dado que ambas funciones van íntimamente ligadas, no fácilmente se detecta, sin embargo para un niño es la diferencia entre su seguridad física y su estabilidad emocional, ante lo cual, se provoca un malestar emocional constante, lo que se traduce en que el niño y después el adulto tengan un carácter endeble causado por el sufrimiento afectivo que se manifiesta en la ineptitud del sujeto para establecer relaciones sociales normales.

Sobreproteccionismo: "La madre sobreprotectora no solo se intraquiliza por su hijo, sino que se inquieta por **su propia preocupación** con respecto al niño" (¹³⁹), es decir, la madre

¹³⁹ LOMAS, P., et. al., op. cit., p. 20

sobreprotectora generalmente se da cuenta de este exceso de amor dirigido hacia su hijo, así que tal pareciera que la madre necesita simbólicamente del cuerpo del hijo para sentirse segura dentro de su propia piel ⁽¹⁴⁰⁾, por lo que la madre estará contenta y será gentil en la medida en que pueda cuidar, proteger y dominar a su hijo ⁽¹⁴¹⁾, por lo que no permiten que el hijo se desarrolle e independice, tal pareciera que no comprenden las reglas de ser madres, en el sentido de que hasta cierto punto este tipo de madres parece demasiado ocupada en sus propios triunfos como madres, como si estuvieran ciegas ante las demandas individuales de sus hijos, y éstos sufren porque su madre los quiere dominar y proteger, si bien esta perfección emana de una excelente intención, como si temieran no querer lo suficiente a su hijo y por tanto lo protegen demasiado ⁽¹⁴²⁾.

"Según Burharm, la consecuencia de la falta de constancia inicial en los cuidados maternos, es alterar la capacidad del niño para mantener una representación estable de la persona a quien él necesita cuando ésta se ausenta" ⁽¹⁴³⁾, por lo que en casos

¹⁴⁰ Cfr. PANKOW, G., op. cit., p. 48

¹⁴¹ Cfr. Ibidem., p. 49

¹⁴² Cfr. POROT, M., op. cit., p. 114

¹⁴³ KOLB, L., Psiquiatría Clínica Moderna, p. 384

extremos, si se hace una interpretación simbólica corporal en cuanto la dependencia de la madre hacia el hijo, se traduciría como que el hijo es solamente un apéndice de la madre y por tanto no tiene derecho a tener un cuerpo y una ley propios, y esto tiene como consecuencia que los hijos desarrollen una vulnerabilidad especial a la separación y esto a la larga conlleva a que esta persona tenga dificultad para establecer y mantener relaciones interpersonales satisfactorias, porque las reacciones del sujeto esquizoide se ven caracterizadas por una intensa ambivalencia debido a que sus relaciones son de necesidad-miedo, es decir, crea relaciones dependientes pero al mismo tiempo estas relaciones le provocan gran angustia, ya que no ha medido su interacción consigo mismo y el mundo (reacción provocada ante la relación con su madre) y por eso confunde las reacciones internas y externas y lo que permanece como una amenaza continua.

Para finalizar el comentario de la relación materno filial, se considera de importancia anotar, que estas madres que pueden caer tanto en falta de amor como en excesos no se diferencian tanto de las madres comunes, pues únicamente en casos muy extremos se detecta errores graves en la relación.

- Padre - Hijo: Si se realiza una comparación con la relación materno filial, en el caso del padre, se puede presentar falta de autoridad o autoritarismo por parte del padre.

Se vio anteriormente la influencia del padre dentro de la familia; por tanto cuando existe un desapego a la familia, pasividad o confrontaciones continuas, tiene repercusiones en la psique del individuo ya que los rasgos estructurales y formales de la conducta del padre influyen en el desarrollo de los hijos.

A continuación se describen las desviaciones en las relaciones paterno filiales.

Ausencia de Autoridad: Si el hijo percibe un padre indiferente, o bien si observa que éste es importante pero que no se encuentra vinculado realmente con la familia porque está enfrascado en su papel de proveedor como si con ello cumpliera con su función, negándose el derecho de comunicarse con su familia, por lo que "A pesar de encontrarse físicamente en el hogar, está por entero ausente en el corazón o en el espíritu" ⁽¹⁴⁴⁾ le crea sentimientos de rabia temor y hasta exasperación.

¹⁴⁴ POROT, M., *op. cit.*, p. 163

Hay casos en los que el padre renuncia a su jerarquía por creer que precisan más de un amigo que de un padre, sin embargo en realidad el padre no comprende que lo priva de un sentido de equilibrio dentro de la familia.

Exceso de autoridad: El padre autoritario desea tener un control excesivo sobre su familia por lo que se considera "omnipotente" e infalible en el dictamen de sus decisiones, estos padres tienen una autoridad rígida, poco comprensiva por lo que el hijo teme realizar el menor intento de independencia para igualar a su padre.

c) Comunicación en las Familias Inestables:

La comunicación de la familia inestable se caracteriza porque los padres suelen competir acerca de quien es el más amado de los hijos, quien tiene más credibilidad y aceptación; e involucran a los hijos por lo que ellos, (quienes quisieran percibir un bloque equilibrado entre amor y autoridad) sienten angustia y culpabilidad. "En la medida en que los padres se encuentren involucrados en una batalla de jerarquía, en la que el niño es el

peón, éste se involucrará con el conflicto, incapaz de abandonarlos y empezar una vida propia" ⁽¹⁴⁵⁾.

Otro rasgo típico de la familia inestable y disfuncional es el hecho de que la familia evita que contactos íntimos con el mundo exterior, y aunque los cónyuges tengan una imagen de unidad y armonía ante la sociedad, suelen ser antagónicos en la intimidad de la relación conyugal, "Estos grupos familiares carecen de integración y se relacionan entre sí a través del conflicto en el cual, uno de los progenitores se opone al otro...y se esfuerza por ganar a los niños para obtener de ellos el apoyo emocional que no encuentra en su consorte" ⁽¹⁴⁶⁾ por lo que los hijos suelen ser tratados como la única razón para continuar unidos, con verdadero perjuicio para los hijos, pues se sienten demasiado comprometidos en su amor hacia sus padres, lo que les impide un desarrollo emocional independiente.

Asimismo la relación entre padres e hijos denota una estructura de secretos y misterios, donde se encubren lo que la familia considera

¹⁴⁵ LOMAS, P., et. al., op. cit., p. 21.

¹⁴⁶ KOLB, L., op. cit., p. 385

errores demasiado graves para poder hacer mención de ellos en el mundo exterior, lo cual crea un doble vínculo de culpa y dependencia que puede propiciar que los hijos se ligen a nivel emocional con uno de sus padres, con quien entablan un mensaje contrario a nivel verbal, corporal y actitudinal, lo que les provoca confusión, ya que dicha comunicación carece de consistencia y limita las relaciones sociales de los hijos con otras personas, quienes ayudarían probablemente a enriquecer sus conceptos acerca del mundo.

Existe duda si este tipo de comunicación es exclusivo de las familias en que existe un miembro esquizofrénico o si hay rasgos predominantemente típicos en ella, sin embargo es un hecho que el número de papeles que se juega en la familia es limitado y poco abierto al cambio ⁽¹⁴⁷⁾ por lo que los miembros de la familia se ajustan entre sí, pero esta adaptación establece una crisis que les provoca una atmósfera desdichada por el fracaso en su comunicación entre los miembros de la familia que son encubiertos porque la sociedad no los acepta.

Pese a lo anterior, hay ocasiones en las que una familia inestable y disfuncional es capaz de determinar que precisa de ayuda

¹⁴⁷ Cfr. FREEDMAN, A., et. al., op. cit., p. 239

exterior, especialmente cuando esta familia tiene una crisis demasiado angustiante para poder manejarla entre ellos. Cuando esto sucede es posible que un profesional determine causas de la disfuncionalidad y sugiera estrategias de solución, ya sea por medio de terapia en los casos más graves o bien por medio de la orientación familiar.

d) Estudios realizados respecto a la etiología de la esquizofrenia respecto a la influencia familiar.

Como se citó anteriormente, muchos estudiosos de los síndromes esquizofrénicos han realizado investigaciones respecto a las posibles influencias que tiene la familia con respecto a la enfermedad.

A continuación se citan los principales exponentes de estos estudios y asimismo se describe brevemente los resultados que se obtuvieron.

* Bateson:

Este autor descubrió que los sentimientos ambivalentes de los padres pueden ser comunicados al hijo, el cual es sorprendido en

una posición de desesperanza porque haga lo que haga será castigado y por tanto, lo único que le queda es la inactividad, la ambigüedad y la indiferencia.

La existencia de una interacción familiar tal, es uno de los descubrimientos más importantes de la psiquiatría, debido a que como quiera que sea, es un factor que mina la integridad de la elaboración del Yo de cualquier persona.

* Lidz:

El autor basa su teoría en los papeles representados por los padres, es decir, si uno de ellos representa erróneamente el papel que le corresponde, como padre o como madre (retraído, débil o inadecuado); y el otro cónyuge es dominante (posesivo, dominante), se establece un desnivel; lo que provoca que el conjunto de relaciones interpersonales entre ambos padres y cada uno de ellos sobre el hijo, sean confusos. Esto provoca que el hijo desarrolle un trastorno en su personalidad, así pues, una interrelación de frialdad y odio, o bien con el conflicto de retraimiento neutral.

Así visto, el esquizofrénico es producto de un divorcio emocional que le crea consecuencias adversas en el desarrollo de su Yo debido

a que el confrontamiento del equilibrio familiar es muy cambiante siempre.

* Wyne y Synger:

Ambos autores señalan que las familias de los esquizofrénicos tienden a formar modelos de organización del pensamiento y comunicación similares a los trastornos que presentan los enfermos. Ellos concluyen diciendo que es probable que exista una interacción entre los factores genéticos que predisponen a este tipo de trastornos y los factores aprendidos ya que exacerban dicha predisposición. Siendo el niño doblemente afectado, pues a más de nacer mal provisto, es criado en un ambiente cambiante, sin modulación apropiada, amorfos y fragmentados. Este ambiente resulta de una carencia de programación y cálculo, lo que debilita el ambiente y acelera el derrumbamiento psicótico.

* Otros estudios:

Sullivan concluyó de sus investigaciones que los esquizofrénicos cuando niños, sufren de ansiedad transmitida por sus madres. En una palabra como se explicó anteriormente en el capítulo II (vid), la

madres abusivas suelen demandar conductas a veces inapropiadas que provocan al niño una angustia intensa.

En otros textos, los padres son descritos como seria amenaza, abrumadores o brutales para el niño, pueden ser padres sutil o abiertamente rechazantes, lo cual conlleva a una carencia del amor que tanto precisa el niño para tener la fuerza psicológica para vivir; o bien son padres que fomentan una relación simbiótica de continua dependencia respecto a los hijos, lo que impide una independencia psicológica de los mismos.

e) Terapia familiar como solución respecto a las relaciones familiares disfuncionales.

* Terapia Familiar:

También se deben considerar las terapias para los familiares de los esquizofrénicos a fin de que se mejoren las relaciones dentro de la familia, como también ayudar al enfermo a reincorporarse a la sociedad debido a que un esquizofrénico que regresa a un medio patológico, puede recaer fácilmente, pero en cambio, si ese ambiente ha mejorado relativamente puede fomentar que el miembro enfermo sostenga remisiones duraderas.

La terapia familiar está fundamentada en dos propuestas básicas:

1. La familia tiene características únicas como un sistema social básico.

2. Hay una correlación alta entre la familia y la psicodinamia de cada uno de los miembros que la forman, por tanto, muchas de las dificultades emocionales individuales proceden de la interacción de la familia en su totalidad.

El tratamiento se centra en la familia, considerándola como unidad biosocial natural, lo que engloba a cada uno de los miembros que la constituyen.

En una interpretación de los trabajos de Robles y Satir, los objetivos de toda terapia familiar respecto al terapeuta, se establecen de la siguiente manera:

- * Disminuir el conflicto y la ansiedad dentro de la matriz de las relaciones interpersonales.
- * Fomentar el interés y participación de todos los miembros de la familia en la satisfacción de necesidades de sus integrantes.

- * Fortalecer la inmunidad de la familia frente a las crisis, tanto internas como externas.

- * Ayudar la ubicación de los papeles adecuados de los miembros en cuanto sexo y generación.

- * Influir sobre la identidad y valores de la familia a modo que se propicie el crecimiento y la salud de la misma.

- * Fomentar un nuevo proyecto de vida respecto a cada uno de los miembros de la familia así como en la manifestación de dicho crecimiento.

En cuanto a los objetivos que se persiguen respecto al aprendizaje de la familia se encuentra los siguientes:

- * Disminuir conflictos y la ansiedad familiar.

- * Satisfacer las necesidades de cada uno de los miembros de la familia.

- * Superar las crisis a través de la unión familiar.

- * Desempeñar los papeles adecuados partiendo del sexo y de la generación de cada uno de los miembros.

- * Crear un nuevo proyecto de vida respecto a cada uno de los miembros de la familia.

La terapia familiar generalmente comienza con un período de ataque y contraataque, señalamientos de culpa, apatía, o depresión.

La siguiente etapa precisa de la ayuda del terapeuta puesto que se precisa de que la familia empaticice, a fin de que el conflicto base aparezca más claramente, por lo que se pueden establecer estrategias efectivas para comenzar la creación de vías de saneamiento.

Por último, el terapeuta fomenta el interés mutuo de la familia y presta atención a la expresión de afecto y deseo de la familia a una verdadera intimidad de tal manera que se considera que le cambio está abierto a nuevos proyectos de vida que ofrezcan mutua satisfacción y un mayor potencial para un futuro crecimiento de la familia como un todo.

La gran ventaja de la terapia familiar es que se puede elaborar una relación más verídica de la problemática familiar porque no hay fragmentación de la historia familiar a menos de que exista un acuerdo tácito dentro de la familia; aunque está comprobado que tarde o temprano estas manifestaciones de silencio se rompen.

La terapia familiar es eficaz en el tratamiento de las psicosis, las neurosis y los trastornos de carácter, en especial de tipo reactivo. Este tipo de terapéutica fomenta la comprensión y la resolución de las enfermedades emocionales que reportan beneficios secundarios.

A un nivel distinto, puede lograrse la integración del miembro trastornado a su familia.

III.5.- LA FUNCION DEL PEDAGOGO EN LA ORIENTACION FAMILIAR ESPECIAL

La labor del pedagogo como orientador familiar especial, cubre funciones de enlace, información y formación. Su labor se circunscribe a formar un equipo multi e interdisciplinario con el médico psiquiatra y el psicólogo clínico.

El pedagogo sirve de enlace entre la familia y el médico, porque es capaz de entender el lenguaje técnico del médico y hacerlo más accesible a la familia, asimismo está capacitado para orientar a la familia a ser colaboradores efectivos para la valoración del enfermo dentro de su ambiente habitual y de esta forma apoyar a tratamientos efectivos de hospitalización.

La labor interdisciplinaria con el psiquiatra y el psicólogo clínico se refiere a la atención integral que se le da al enfermo. Así pues, el médico psiquiatra y psicólogo clínico favorecen un diagnóstico oportuno que promueve un tratamiento eficaz lo que trae como consecuencia la remisión del enfermo. Por su parte, el pedagogo trabajará con la familia favoreciendo el aprendizaje de convivencia con un enfermo mental y de esta forma provocar remisiones más largas y con una mejor integración al ambiente por parte del enfermo.

En el aspecto interdisciplinario, el pedagogo trabaja junto con el psiquiatra para formular una estrategia de ayuda hacia el enfermo, mediante la modificación de actitudes familiares que conduzcan a la colaboración, que en última instancia, conlleva una remisión más prolongada y sin cicatriz evidente.

Además de proporcionar datos acerca de la enfermedad, el pedagogo, apoya la formación de hábitos mediante dinámicas emotivo-participativas. Por ende, la labor del pedagogo durante el proceso orientador, es formativa en la búsqueda de cambios cualitativamente buenos, a través de una toma de decisiones que a su vez, beneficia

al contexto que lo rodea y con ello, se cumplen los fines más elementales de educación.

Si se considera que la orientación familiar bien lograda tiene la finalidad de producir un rompimiento de esquemas de relación inadecuados, y producir una mayor en cada uno de los integrantes (¹⁴⁸) se hace mención de un proceso de enseñanza aprendizaje en pro de un desempeño familiar y por tanto se establece un proceso educativo.

El pedagogo realiza actividades de información con el objetivo de promover mayor integración familiar, por medio de que la familia conozca el diagnóstico y se familiarice con la enfermedad y su tratamiento, formule la demanda de sus expectativas, de tal forma que la familia se sienta retroalimentada, y conozca los efectos secundarios que conlleva el paciente psiquiátrico a su familia.

Los objetivos de la esta actividad informativa es el siguiente:

a) Facilitar la integración del equipo de salud con la familia.

¹⁴⁸ Cfr. ANDOLFI, Mauro., et. al., Tiempo y mito en la Psicoterapia Familiar, p. 157-158

b) Manejar operativamente la información que se tenga sobre la enfermedad y su tratamiento.

c) Reforzar los canales de comunicación entre la familia y el equipo de salud. ⁽¹⁴⁹⁾

En el terreno de los nuevos hábitos de interacción familiar, el pedagogo está capacitado para coadyuvar en el proceso de aprendizaje porque su formación profesional le ayuda sistematizar el proceso de orientación; es decir, es capaz de establecer una estrategia directiva que ayuda a especificar las demandas familiares.

Así pues, el pedagogo dentro de su formación profesional se ha capacitado para desempeñar y promover una interacción entre el equipo de salud y la familia. A este respecto, los objetivos básicos son los siguientes:

a) Explorar si la estructura y la dinámica familiar está facilitando o reforzando las recaídas del enfermo mental.

¹⁴⁹ Cfr. ROBLES Teresa, et.al., El enfermo crónico y su familia. Propuestas Terapéutica, p. 87.

b) Empezar a apoyarse en el sistema familiar adecuando cada una de las funciones de los miembros conforme al ideal familiar.

c) Crear un proyecto de apoyo familiar con base en las necesidades de tratamiento del enfermo y promoviendo al mismo tiempo el crecimiento familiar.

El pedagogo debe plantearse las siguientes preguntas a fin de lograr adecuadamente los objetivos planteados: ¿Cómo se encuentra conformada la estructura familiar en este momento?, ¿Qué problemas pueden surgir y en qué momento?, ¿Qué cambios son deseables y qué cambios pueden ser un riesgo para la terapia familiar?, ¿Con qué recursos internos y externos cuenta la familia?; estas preguntas deben ser planteadas constantemente en la evolución del tratamiento.

El pedagogo puede desempeñarse correctamente dentro de un sistema de orientación sistematizada porque su formación profesional le permite objetivizar los cambios y verificar el aprendizaje, puesto que está acostumbrado a la planificación mediante la creación de los objetivos lo cual permite que la familia misma verifique los resultados de la orientación durante el proceso mismo.

El pedagogo puede desempeñar labores auxiliares en el tratamiento del enfermo, enlazando al equipo médico con la familia, explicando el diagnóstico de forma más accesible, informando sobre las funciones familiares que tiene cada miembro para después inducir a la familia a la búsqueda de este perfeccionamiento en sus relaciones. Además puede elaborar el material didáctico para la orientación.

El pedagogo orientador familiar que se apoya en las herramientas de la orientación familiar breve, cuenta con las técnicas de la entrevista estructurada, que le permite la detección de necesidades y por ende puede mejorar las estrategias de intervención para propiciar la resolución de la problemática que aqueja a la familia.

De igual forma, el hecho de que la familia tenga la sensación de "normalidad" en las relaciones familiares, realza sus cualidades, por lo cual, incrementa la participación dentro del sistema y evita que la familia se cierre al estadio de ataque y contraataque.

Uno de los principios que rige la orientación familiar breve con una metodología es el principio epistemológico de Bateson, el cual cita que la diferencia que establece la diferencia, esto es, los

efectos de cualquier diferencia, deben considerarse como versiones codificadas de las diferencias anteriores, es decir, cualquier diferencia conductual, infiere un cambio. Bateson también menciona que la información establece una diferencia, es decir, sirve de enlace a un cambio (¹⁵⁰).

En conclusión, el pedagogo, desempeña labores conjuntas de información y formación, además de mejorar la colaboración de la familia en el tratamiento del enfermo, desarrollando una mejora para la familia. Así pues, el pedagogo orientador familiar forma parte de un equipo de trabajo que simboliza y concretiza un sistema en la búsqueda de la salud mental familiar.

¹⁵⁰ Cfr. DE SHAZER, Steve., Pautas para una terapia familiar breve. Un enfoque ecosistémico, p. 25-27.

CAPITULO CUARTO

ESTRATEGIA DE INTERVENCION

IV.1.- ASPECTOS METODOLOGICOS DEL PLAN DE ORIENTACION FAMILIAR

a) Descripción de la metodología:

Se utilizará el *Diseño de series temporales con un solo grupo*, caracterizado por mediciones periódicas en un único grupo y la introducción de un tratamiento experimental dentro de ellas. El diseño precisa que se tomen varias mediciones sobre la variable dependiente a lo largo de un lapso de tiempo específico.

En este caso particular, la variable independiente se refiere a las relaciones interpersonales de un grupo familiar disfuncional y la variable dependiente se ubica en los cambios que presenta la familia a partir de la participación en un proceso de Orientación Familiar Especial.

La decisión de utilizar este diseño de investigación se debe a que la familia disfuncional con algún familiar esquizofrénico se

caracteriza por negar su problemática; es decir, dado que pocas familias reconocen tener algún integrante esquizofrénico en su sistema familiar y aún dentro de un hospital psiquiátrico no se logra captar una muestra representativa; además de que se ha comprobado a lo largo de las investigaciones de esta enfermedad es que la familia disfuncional esquizofrenizante tiene una forma de interactuar que se presenta como un continuo. (vid. etiología de la esquizofrenia).

Este tipo de investigación es idóneo para evaluar cambios de actitud, siendo éste el objetivo de la presente investigación, pues pretende evaluar los aspectos de aprendizaje a nivel actitudinal que tiene la familia en cuanto al apoyo en el tratamiento del enfermo, la interacción familiar en sí y la actitud que tiene la familia para con el enfermo.

Este aprendizaje únicamente se puede examinar en una relación de grupo pequeño con la familia y el orientador y no por medio de aplicar exámenes de conocimientos; el aprendizaje actitudinal es más complejo y por tanto precisa de una medición más sutil.

La utilidad de este diseño significa la posibilidad de explorar el campo de diagnóstico en los casos especiales, así como en toda área

de investigación experimental que sirve como base para la formación de los estudiosos de la conducta humana.

El diseño de series en un solo grupo es un análisis longitudinal caracterizado por recabar información a lo largo de más de dos puntos en el tiempo, con el fin de observar patrones detallados de cambio, así como las causas que tienen.

b) Aspectos técnico - pedagógicos en la elaboración de un plan:

Dentro de la investigación en Pedagogía, el individuo indaga acerca del impacto del proceso de enseñanza aprendizaje sobre un grupo de sujetos educandos después de haber seguido un programa o curso determinado, es decir, el análisis tiene por objeto el cambio o permanencia del aprendizaje que sostiene el grupo investigado.

El proceso práctico de la presente investigación intenta implantar el diseño y la aplicación de un sistema de orientación familiar dirigido a una familia con un miembro hospitalizado. La familia aprenderá en dicho sistema, pautas actitudinales y conductuales de apoyo al tratamiento del esquizofrénico.

Este sistema de orientación se llevará a cabo mediante la elaboración de un currículo de orientación familiar, informando los rasgos de la enfermedad, pautas para tener un comportamiento más sano, etc.; formando a la familia por medio de dinámicas directivas, por ende, se realizará una planificación didáctica siguiendo la consecución de los siguientes pasos:

- Justificación del programa: Se expone la problemática social y por ello la relevancia de la necesidad del curso.

- Descripción de las características de la población: Es el señalamiento teórico del grupo en quienes se observa la necesidad social del proceso de enseñanza aprendizaje. Esta descripción abarca: Tipo de población, nivel sociocultural, edades promedio, cantidad de educandos, así como requisitos que el educador considera necesarios para que existan criterios de inclusión en el citado proceso.

- Necesidad del educando respecto al curso: Se cita la carencia cognocitiva/actitudinal de los educandos y la razón para cubrir esa

falta. En esta fase del proceso, se expone la población particular de los sujetos educandos.

- Los objetivos del curso: Se explica el aprendizaje que obtendrán los estudiantes con base en las necesidades concretas del grupo.

-El temario: Se basa en los objetivos. Se tornan explícitos en contenidos de aprendizaje, a continuación se especifican: tiempos, métodos de aprendizaje, así como los medios materiales para lograr un cambio permanente.

Después de señalar en el área metodología se describirá la Institución donde se llevó a cabo la estrategia de intervención.

IV.2 DESCRIPCION DE LA INSTITUCION DE SALUD MENTAL

a) Descripción General:

La Institución en la cual se realizó la estrategia de intervención, es una clínica psiquiátrica llamada Clínica San Rafael ubicada en Av. de los Insurgentes núm. 4177, del. Tlalpan.

Dicho hospital cuenta con una extensión física de 30 mil metros cuadrados, tiene una capacidad de 200 camas, además de otorgar servicios de hospital de día, consulta externa y el Centro de Salud Comunitaria.

El personal del psiquiátrico está constituido por un grupo multidisciplinario en Ciencias de la Salud, esto es, once psiquiatras, tres psicólogos, enfermeros psiquiátricos, una trabajadora social y un sacerdote.

Por medio de este personal, se imparten los servicios de: farmacoterapia, servicios religiosos, consultoría con otros profesionales médicos (consulta interna, electroencefalografía, etc.), análisis clínicos, terapia ocupacional y servicio de Alcohólicos Anónimos.

El programa para la Salud Mental de los pacientes está basado en los que expide la Secretaría de Salud, además de incorporar los siguientes objetivos:

- Brindar atención integral al enfermo psiquiátrico, humanizando todas las áreas relacionadas con su asistencia.

- Cooperar con los especialistas de psiquiatría y neurología de acuerdo con la filosofía asistencial de la Institución.
- Operar como Institución Educativa y de Investigación que contribuye a la formación de profesionales en el campo de la Salud Mental.

Estos objetivos se cumplen mediante las siguientes funciones:

- El servicio médico psiquiátrico y neurológico dirigido a pacientes de ambos sexos mayores de 18 años.
- Facilitar al paciente un ambiente terapéutico que apoye su pronta recuperación.
- Promoción para la colaboración familiar en la rehabilitación del paciente.

b) Admisión de los Enfermos:

La Clínica San Rafael permite que sean hospitalizadas todas aquellas personas mayores de 18 años que presenten trastornos mentales y que ameriten tratamiento como paciente interno.

La atención Médica que se les imparte a estos pacientes puede estar a cargo ya sea por el cuerpo médico del Hospital, por psiquiatras

privados o bien por psiquiatras de Instituciones que tengan algún convenio con el Hospital.

Los requisitos para internar a una persona son los siguientes:

- Solicitud de ingreso presentada por los representantes legales del enfermo, de acuerdo con las disposiciones civiles y penales vigentes.

- Presentar un certificado de dos médicos, por lo menos uno de los cuales sea psiquiatra y señale un diagnóstico provisional del cuadro clínico que motiva el ingreso.

- La firma de autorización para la aplicación de los tratamientos que se juzguen necesarios; principalmente este aspecto recae en relación al los tratamientos electroencefálicos y comas insulínicos, con la finalidad de que el personal tratante quede exento de responsabilidad en caso de complicaciones terapéuticas.

- La firma de conformidad del enfermo.

La admisión se condiciona a la existencia de camas libres, ya que la Clínica se reserva un número determinado para casos urgentes. El médico responsable de llevar a cabo la admisión es el médico

residente, quien dará trámite a los requisitos anteriormente citados y a nombre del médico que corresponda.

c) Casos de no admisión:

No se admiten enfermos farmacodependientes, a menos de que el Médico Director autorice.

Tampoco se admiten a reos, con excepción de orden judicial que imponga su admisión, en cuyo caso la Clínica no se responsabiliza de los actos delictivos que comentan estas personas.

De igual manera no se admiten enfermos con complicaciones infectocontagiosas.

d) Derechos y Obligaciones de los Usuarios:

Los derechos de los enfermos en el aspecto estrictamente clínico se refieren al diagnóstico debidamente fundamentado en el plazo más brevemente posible, previa utilización de las herramientas disponibles y técnicamente procedentes.

Asimismo, se ofrecen tratamientos adecuados hasta la remisión parcial o total de la sintomatología que motiva al ingreso. El alta médica hospitalaria deberá ser planteada por el médico tratante.

Las obligaciones de los familiares es proporcionar a la Clínica todos los datos que le soliciten y que pueden ser útiles para su mejor tratamiento. Está prohibido traer comida, medicamentos y otros objetos sin presentarlas antes con el enfermero jefe.

En el caso de que los familiares deseen dar de alta al paciente sin la indicación del médico tratante, pueden hacerlo con la condición de firmar la carta de Alta Voluntaria.

Aún cuando el trato y la asistencia a los enfermos son iguales para todos, el precio varía según el tipo de habitación y estos pagos se realizarán después de recibir un mes de tratamiento o al ser dados de alta.

e) Centro de Salud Mental Comunitaria *San Rafael*:

La labor del Centro Comunitario es de asistencia social, que se realiza, gracias a la coordinación permanente con instituciones de enseñanza media y superior así como algunas instancias oficiales que comisionan personal para laborar en el mismo.

Los médicos adscritos al Centro Comunitario son aprobados por la Junta de Gobierno de la Clínica; a fin de que se responsabilice de la coordinación del Centro Comunitario en concordancia con el Director Médico y el Jefe de Enseñanza de los diferentes programas de asistencia, docencia, investigación y educación para la salud que permita el adecuado funcionamiento del Centro. Tiene funciones de asesor y supervisor de los demás profesionales en entrenamiento así como los voluntarios.

f) Consulta Externa:

La consulta externa se imparte en el Centro Comunitario a cualquier persona que presente trastornos en el campo de la salud mental sin importar edad, sexo o situación económica. Cuenta con los siguientes servicios:

- Consulta médica psiquiátrica
- Consulta médica neurológica
- Consulta médica general
- Departamento de psicología (Diagnóstico y psicopedagogía)
- Psicoterapia individual
- Psicoterapia familiar

El costo de la consulta externa que ofrece el Centro Comunitario se fijará previo estudio de Trabajo Social pensando siempre en la función de Asistencia Social que esta sección cumple.

g) Otras Actividades:

La *Clinica San Rafael*, de acuerdo con las indicaciones de la Organización Mundial de la Salud, presenta cuidado especial a los aspectos educativos y de investigación; los dos primeros mediante el internado de alumnos en el nivel de especialización psiquiátrica, así como disciplinas afines como la capacitación del personal auxiliar a través un programa de conferencias que se desarrolla durante el año.

Respecto a la investigación, la *Clinica San Rafael* fomenta que los médicos inicien nuevos tratamientos; asimismo colabora y apoya la elaboración de tesis en el área de salud mental, facilitando los medios y desempeñando labores de asesoría en caso necesario.

h) Personal de la *Clinica San Rafael*:

El personal de la Clínica está integrado por los siguientes grupos:

- Directivo, integrado por directores médico y administrativo y jefes de sección.

- El Grupo Sanitario, es decir, trabajadora social, psicólogas y médicos psiquiatras.

- El grupo de servicio diverso, formado por el personal titulado en funciones no sanitarias y personal de servicios generales y de custodia.

Según su vinculación con la Clínica, el personal médico se clasifica de acuerdo con este directorio:

* Director Administrativo:

Preside la Junta de Gobierno, lo cual implica las siguientes funciones:

- Cumplir los acuerdos de la Junta de Gobierno.

- Velar por el cumplimiento de las disposiciones por las autoridades sanitarias del Estado.

- Asegurar el mantenimiento del orden interno dentro del contexto de normas de la moral católica.

- Representar a la Institución para todos los efectos legales.

- Promover la solución de problemas específicos mediante el llamado a junta de los jefes de sección.

- Garantizar que los servicios se presten con la máxima economía sin detrimento de la calidad de atención.

- Ordenar los pagos dentro de los límites presupuestarios.

- Garantizar que todo acto económico - administrativo del Sanatorio esté conforme a lo que determinó el plan general por la Entidad Rectora.

* Director Médico:

El puesto de Director Médico Sanitario se explica mediante las siguientes funciones:

- Proponer al Presidente de la Junta de Gobierno las medidas que estime necesarias para la mejora de funciones médicas.

- Intervenir directamente con el Presidente de la Junta de Gobierno en el reclutamiento y selección de personal facultativo.

- Organizar, coordinar, supervisar e impulsar las actividades médicas, asistenciales, científicas, docentes y de investigación de todos los servicios de que su dependencia y médicos extranjeros.

- Ejercer la jefaturas de todas las divisiones que tengan características asistenciales predominantes.

*** Médico Jefe de Servicio:**

Es el médico aprobado por la Junta de Gobierno de la Clínica con un vínculo contractual por tiempo suficiente para responsabilizarse de la atención integral de los pacientes a su cargo, lo cual implica anotaciones periódicas en el expediente respecto a la evolución, tratamiento, permisos y altas. Sus funciones son las siguientes:

- Asistir a la Clínica diariamente con un tiempo no menor a seis horas.
- Colaborar en el Departamento de Enseñanza en los programas que se elaboren.
- Desempeñar tutorías respecto al personal médico residente.
- Asistir y participar en las reuniones clínicas y científicas que se lleven a cabo en la Clínica.

* Médico de Enseñanza e Investigación

Es el médico nombrado por concurso entre todos los especialistas adscritos a la Clínica, contando con la aprobación de la Junta de Gobierno y Facultativa. Sus funciones primordiales son las siguientes:

- Formular los programas que se llevan a cabo para la docencia a nivel médico y técnico.
- Organizar cursos de adiestramiento y actualización para el personal del Hospital.
- Conjuntamente con el Director Médico establece los contactos y relaciones del Hospital e Instituciones de Enseñanza

* Médico Residente:

Son los médicos en periodo de especialización aprobados por el Director Médico y Jefe de Enseñanza en forma conjunta con la Junta de Gobierno sin vínculo contractual durante ese lapso. Colaboran directamente en las actividades de Asistencia y Centro Comunitario

* Médicos Asociados:

Son los médicos psiquiatras autorizados para ingresar pacientes al hospital.

* Puestos Sanitarios:

Se refiere a otros profesionales cuya labor perfecciona el tratamiento y cuidado de los enfermos. Entre ellos se cuentan:

- Psicólogos
- Trabajadores Sociales
- Terapeutas Diversos

Estos son elegidos y contratados por la Junta de Gobierno de acuerdo a las necesidades por el tiempo que se estime necesario y

con los honorarios más apropiados para el cumplimiento de su misión. Pueden ser asignados a un servicio o a todos los enfermos en general, según convenga.

* Otros puestos Sanitarios:

Son los puestos de enfermería y de custodia. Sus funciones no serán descritas pues no intervienen directamente con la estrategia de intervención.

1) Departamentos y Servicios:

La *Clinica San Rafael*, según su entidad rectora consta de tres unidades.

* Unidad Médica que a su vez se divide en tres departamentos:

- Hombres
- Mujeres
- Centro de Salud Mental Comunitaria

A su vez cuenta el apoyo de los servicios de neurología, psicología, trabajo social y medicina interna.

* La Unidad Médico - Administrativa, se encuentra integrada por los siguientes departamentos y servicios:

- Departamento de Admisión
- Consulta Externa
- Archivo General Clínico
- Enfermería
- Farmacia
- Servicio Religioso
- Terapia Ocupacional

* La Unidad Administrativa, se encuentra constituida por los siguientes departamentos:

- Contabilidad
- Caja
- Almacenes
- Compras
- Personal
- Cocina y despensa
- Lavandería y ropería
- Mantenimiento

Una vez descrita la Institución donde se llevó a cabo la estrategia de intervención, se definirá la estrategia a seguir y desarrollará el caso en concreto.

IV.3. ESTUDIO DE UN CASO PARTICULAR A NIVEL FAMILIAR

a) Planificación del Sistema de Orientación Familiar:

* Justificación del Programa: El tratamiento de la esquizofrenia precisa de la ayuda de los factores ambientales a fin de que el enfermo no evolucione o curse con un deterioro severo, en este sentido, la colaboración de la familia es de vital importancia para que el enfermo de esquizofrenia se reincorpore a la sociedad prescindiendo casi totalmente de la tolerancia del ambiente.

La convivencia con un enfermo mental provoca una seria angustia a los familiares, cuya repercusión es manifestada por culpa o agresión para con el enfermo mental.

Cuando se presentan las primeras crisis, la familia debe ser entrevistada para realizar la historia clínica del enfermo y para lograr su colaboración en el tratamiento, puesto que es causal definitiva para evitar recaídas que ameriten hospitalización.

Por ello, el profesional de salud mental necesita informar a los familiares las manifestaciones objetivas y subjetivas de la enfermedad a fin de que la familia comprenda los trastornos de la personalidad y de conducta del enfermo, y es probable que reaccione con un nivel de mayor aceptación para con su enfermo.

Por ende, es necesario informar y concientizar a la familia respecto al padecimiento de su integrante enfermo mental y motivarlos a que cooperen mediante la información y ayuda en la planificación de estrategias de control y saneamiento familiar.

Se considera necesario que la familia apoye el tratamiento debido a que:

- Su interacción los hace capaces de vigilar que el enfermo consuma sus medicamentos a tiempo, en las dosis correctas y continuamente.
- Una vez capacitados para valorar al enfermo, los familiares vigilarán que el enfermo mantenga conductas adecuadas y fomentar su interacción con la sociedad.
- Auxiliarán al enfermo a planificar sus actividades y lo apoyarán en su estabilidad emocional.

Todo lo anterior, trae por consecuencia remisiones más largas y con síntomas discretos.

* Características de los Educandos: La familia a ser elegida para la investigación deberá ser un sistema familiar con un integrante esquizofrénico adulto (El D.S.M. - R, considera al adulto a partir del criterio de los 18 años cumplidos, porque la estructura mental cobra madurez a partir de esta edad).

La particularidad de este enfermo es que su pronóstico sea por lo menos favorable para la reincorporación al hogar en un tiempo relativamente corto (dos a tres meses). Concerniente al sistema familiar, deberá estar constituido por cuatro miembros como mínimo, padres y dos hijos, uno de los cuales será el integrante esquizofrénico.

La familia deberá estar dispuesta a participar en un sistema de orientación en el que se les enseñen pautas de ayuda hacia su enfermo. El miembro esquizofrénico deberá estar hospitalizado durante el proceso de orientación familiar.

* Necesidad del Educando respecto al curso: La familia de un esquizofrénico precisa de conocer claramente la sintomatología del

enfermo, así como el diagnóstico, para que la familia apoye al equipo de salud en momentos claves de la enfermedad.

Al cubrir esta falta, se apoya a la familia al entendimiento de lo que pasa con su enfermo e iniciar el proceso de aceptación para con éste último.

Una vez realizado esto, la familia necesita de ayuda externa para poder establecer estrategias de cambio actitudinal para con el enfermo sin centrarse en él, con la finalidad de un crecimiento familiar independiente del enfermo y permitir de tal manera disminuir complicaciones paralelas al tratamiento del enfermo. Esta orientación es a nivel formativo, a fin de provocar una homeostasis real y sana y establecer propuestas de acción que mejoren al enfermo.

* Los objetivos de la Orientación: Planteados con base a las necesidades y las características de los educandos, son los siguientes:

Al finalizar el sistema de orientación informativa y en caso que se requiera:

- La familia aplicará sus conocimientos teóricos respecto a la sintomatología esquizofrénica por medio de la observación cotidiana

en el caso particular del integrante enfermo, apoyando de esta manera al equipo de salud.

- La familia organizará las actividades que ayuden al enfermo en su integración con la sociedad.

Al finalizar el sistema de orientación formativa, el sistema familiar:

- Estará capacitado para comparar en teoría sus ventajas como sistema familiar como grupo educativo respecto al ideal de una familia normal.

- Modificará algunos errores de convivencia familiar que favorezcan las recaídas del enfermo a partir de sus ventajas como sistema familiar, lo cual a su vez mejorará las relaciones familiares en sí misma.

* Temario del proceso de Orientación: De acuerdo con los objetivos anteriormente expuestos, se sugiere un programa tentativo, que abarque los siguientes temas.

(PRIMERA PARTE - INFORMATIVA - DIAGNOSTICO)

I. DIAGNOSTICO Y DESCRIPCION DE LA ENFERMEDAD

- 1.1. Sintomatología de la esquizofrenia
- 1.2. Caso particular del interés para la familia. Tipo de esquizofrenia.
- 1.3. Papel de la familia como colaborador en la integración a la sociedad de un enfermo esquizofrénico.

(SEGUNDA PARTE - INFORMATIVA - FUNCIONES DE LA FAMILIA)

II. PAPEL DE LA FAMILIA EN LA FORMACION DE UN SER HUMANO

- 2.1. Funciones familiares a nivel general y de sus participantes.
- 2.2. Disfunciones familiares. Funciones erróneas de madre y padre.
- 2.3. Comunicación.
- 2.4. Evaluación media

(TERCERA PARTE - FORMATIVA - ORIENTACION FAMILIAR)

III. ORIENTACION FAMILIAR PARTICIPATIVA

- 3.1. Expresión por parte de la familia de la situación familiar existente en el hogar.
- 3.2. Plan de convivencia elaborado por la familia.

3.3. Convivencia familiar.

a) Integración

b) Relaciones conyugales y relaciones paterno - filiales.

3.3. Evaluación final.

IV. ENTREVISTA DE SEGUIMIENTO.

* Modo de Evaluación:

- Evaluación de conocimientos respecto a la sintomatología y las funciones familiares normales.

- Entrevistas y observación por parte del orientador familiar tanto dentro del sistema de orientación familiar y una entrevista de seguimiento.

CARTAS DESCRIPTIVAS

CURSO DE ORIENTACION FAMILIAR

DISCIPLINA: CURSO PARA FAMILIARES DE ENFERMOS ESQUIZOFRENICOS.

UNIDAD I: DESCRIPCION DE LA ESQUIZOFRENIA

NUMERO DE SESIONES: DOS SESIONES DE DOS HORAS (CUATRO HORAS)

OBJETIVO GENERAL: LA FAMILIA IDENTIFICARA LA SINTOMATOLOGIA DEL MIEMBRO ESQUIZOFRENICO MEDIANTE LA APLICACION DE SUS CONOCIMIENTOS TEORICOS.

TIEMPO	OBJETIVOS ESPECIFICOS	CONTENIDO TEMATICO	PROCEDIMIENTO DIDACTICO	MATERIAL DIDACTICO
10'	* LA FAMILIA PRESENTARA A CADA UNO DE LOS---- MIEMBROS DE LA FAMILIA.	* PRESENTACION	* ENTREVISTA	-----
60'	* LA FAMILIA EXPONDRÁ SUS PUNTOS DE VISTA ACERCA DE LA ENFERMEDAD DEL MIEMBRO ESQUI- FRENICO ASI COMO LAS EXPECTA- TIVAS DEL SISTEMA FAMILIAR.	* EVALUACION DIAGNOSTICA	* ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA	TOMA DE NOTAS POR PARTE DEL ORIENTADOR

CURSO DE ORIENTACION FAMILIAR (I.B)				
TIEMPO	OBJETIVOS ESPECIFICOS	CONTENIDO TEMATICO	PROCEDIMIENTO DIDACTICO	MATERIAL DIDACTICO
40'	* LA FAMILIA EXPONDRÁ SUS EXPECTATIVAS RESPECTO AL PROCESO DE ORIENTACION FAMILIAR.	* EVALUACION DIAGNOSTICA	* ENTREVISTA SEMI ESTRUCTURADA	TOMA DE NOTAS POR PARTE DEL ORIENTADOR
10'	* LA FAMILIA ACORDARÁ CON EL ORIENTADOR LA DINAMICA A SEGUIR EN EL PROCESO DE ORIENTADOR FAMILIAR.	* DESPEDIDA	* ENTREVISTA	-----

CURSO DE ORIENTACION FAMILIAR (1.2)				
TIEMPO	OBJETIVOS ESPECIFICOS	CONTENIDO TEMATICO	PROCEDIMIENTO DIDACTICO	MATERIAL DIDACTICO
10*	* LA FAMILIA RESPONDERA VERBALMENTE A LAS PREGUNTAS DEL ORIENTADOR--- RESPECTO A LA CONDUCTA DEL ENFERMO.	* MOTIVACION	* DIALOGO	-----
80*	* LA FAMILIA IDENTIFICARA LA SINTOMATOLOGIA CON EJEMPLOS DE EXPRESIONES PROPIOS DE LOS ENFERMOS MENTALES.	* DESCRIPCION DE ESQUIZOFRENIA SINTOMAS PRIMARIOS Y SECUNDARIOS	* EXPOSICION	ROTA FOLIOS O ACETATOS. NOTA TECNICA
20*	* LA FAMILIA EXPLICARA CON SUS PROPIAS PALABRAS LAS ACTIVIDADES QUE AYUDAN A LA REINTEGRACION SOCIAL DEL ENFERMO.	* PAPEL DE LA FAMILIA COMO COLABORADOR A LA INTEGRACION DEL ENFERMO MENTAL A LA SOCIEDAD.	* EXPOSITIVO / PARTICIPATIVO	ROTA FOLIO
10*	* LOS ORIENTADOS CLASIFICARAN DE ACUERDO A SU OPINION LAS FUNCIONES FAMILIARES-- SOCIALES Y PARTICULARES DE CADA INTEGRAN	EVALUACION DIAGNOSTICA / ASIGNACION PARA ACTIVIDAD CASERA	* EXPOSITIVO	HOJAS CON INDICACION
120*	TE.			
240*				

CURSO DE ORIENTACION FAMILIAR (II)

DISCIPLINA: CURSO PARA FAMILIARES DE ENFERMOS ESQUIZOFRENICOS.

UNIDAD II: PAPEL DE LA FAMILIA EN LA FORMACION DEL SER HUMANO.

NÚMERO DE SESIONES: TRES SESIONES DE DOS HORAS (SEIS HORAS).

OBJETIVO GENERAL: AL TERMINAR LA UNIDAD, LA FAMILIA EXPLICARA TEORICAMENTE SUS VENTAJAS Y DESVENTAJAS COMO GRUPO FAMILIAR.

TIEMPO	OBJETIVOS ESPECIFICOS	CONTENIDO TEMATICO	PROCEDIMIENTO DIDACTICO	MATERIAL DIDACTICO
15'	* LA FAMILIA EXPONDRÁ LOS CONCEPTOS SOBRE LAS FUNCIONES SOCIALES DE LA FAMILIA.	* ENTREGA DE TAREA. MOTIVACION.	* LLUVIA DE IDEAS	ROTAFOLIO PIZARRON.
35'	* LOS ORIENTADOS SENALARAN SEGUN SU PROPIO CRITERIO LAS FUNCIONES DE LA FAMILIA EN SOCIEDAD.	* FUNCIONES FAMILIARES. - CUIDADO - AFECTO - REPRODUCCION - STATUS	* JUEGO DE BOTELLA CON MODERADOR.	HOJAS DE PAPEL CON INDICADORES DE -- INSTRUCCIONES.
35'	* LOS EDUCANDOS DEFINIRAN EN UNA SOLA PALABRA LA FUNCION DE CADA INTEGRANTE DE LA FAMILIA.	* FUNCIONES DE LOS INTEGRANTES DE LA FAMILIA.	* JUEGO DE BOTELLA CON MODERADOR.	HOJAS DE PAPEL CON INDICADORES A SEGUIR Y FUNCIONES.
5'	* LA FAMILIA RELACIONARA LAS FUNCIONES SOCIALES DE LA FAMILIA CON LAS ESPECIFICAS DE CADA MIEMBRO.	* SINTESIS DE LAS FUNCIONES SOCIALES CON LAS ESPECIFICAS DE CADA MIEMBRO	* JUEGO DE BOTELLA CON MODERADOR.	ROTAFOLIO
120'				

CURSO DE ORIENTACION FAMILIAR (II.1)

TIEMPO	OBJETIVOS ESPECIFICOS	CONTENIDO TEMATICO	PROCEDIMIENTO DIDACTICO	MATERIAL DIDACTICO
15'	* DURANTE LA SESION, LOS PADRES DISCUTIRAN LOS CONCEPTOS DE FAMILIA FUNCIONAL Y DISFUNCIONAL.	* MOTIVACION	* INTERROGATORIO	HOJAS PARA ANOTAR.
50'	* AL FINALIZAR LA SESION, LOS PADRES EXPLICARAN CON SUS PROPIAS PALABRAS, ALGUNOS ERRORES EDUCATIVOS COMUNES.	* ERRORES FAMILIARES. - MADRES FRIAS. - SOBREPOTECTORAS - PADRES DISTANTES - AUTORITARIOS	* EXPOSITIVA/ PARTICIPATIVA	DIPOSITIVAS. MUSICA INSTRUMENTAL DE FONDO.
45'	* LOS PADRES IDENTIFICARAN SUS ERRORES RESPECTO A SU LABOR.	* ERRORES EDUCATIVOS DE LA FAMILIA EN CONCRETO.	* MESA REDONDA	HOJAS DE REPORTE. MUSICA DE FONDO.
10'	* LOS PADRES PROPONDRAN ALGUNAS MODIFICACIONES EDUCATIVAS EN EL HOGAR.	* AVISO DE LA EVALUACION MEDIA.	* JUEGO "NAVIO ESTA CARGADO DE..."	HOJAS DE REPORTE. MUSICA DE FONDO. PELOTA.

CURSO DE ORIENTACION FAMILIAR (II.1B)

TIEMPO	OBJETIVOS ESPECIFICOS	CONTENIDO TEMATICO	PROCEDIMIENTO DIDACTICO	MATERIAL DIDACTICO
10'	* LA FAMILIA IDENTIFICARA EL CONTENIDO TEMATICO VISTO EN LAS SESIONES DE -- LA ORIENTACION.	* AVISO DE LA EVALUACION MEDIA.	* EXPOSITIVA	CUADRO SIMPTICO DEL CONTENIDO -- TEMATICO.

CURSO DE ORIENTACION FAMILIAR (11.2)

TIEMPO	OBJETIVOS ESPECIFICOS	CONTENIDO TEMATICO	PROCEDIMIENTO DIDACTICO	MATERIA DIDACTICO
10"	* LA FAMILIA DISCUTIRA LA CONVIVENCIA FAMILIAR CON UN ESQUIZOFRENICO MEDIANTE EL ANALISIS DE UN CASO PRACTICO.	* CONVIVENCIA FAMILIAR CON UN ENFERMO MENTAL.	* METODO DE CASO	PELICULA "RAIN MAN"
95"	* LA FAMILIA EXTERIORIZARA LOS CONOCIMIENTOS ADQUIRIDOS A TRAVES DE EL SISTEMA DE ORIENTACION.	* EVALUACION MEDIA	* RESOLUCION DE UN CUESTIONARIO OBJETIVO CON REACTIVOS INDIVIDUALES Y GRUPALES.	FORMATOS DE CUESTIONARIO
15"	* LA FAMILIA EXPRESARA VERBALMENTE SUS EXPECTATIVAS Y DUDAS RESPECTO A LA SEGUNDA PARTE DEL PROGRAMA DE ORIENTACION.	* MANIFESTACION DE EXPECTATIVAS Y DUDAS RESPECTO A LA PARTE FORMATIVA DEL PROGRAMA DE ORIENTACION FAMILIAR.	TECNICA QUE ES LO QUE ESPERO?	PIZARRON O BOTAFONIC
120"				
240"				
360"				

CURSO DE ORIENTACION FAMILIAR (III)

DISCIPLINA: CURSO PARA FAMILIARES DE ENFERMOS ESQUIZOFRENICOS.

UNIDAD III: ORIENTACION FAMILIAR PARTICIPATIVA

NUMERO DE SESIONES: DE CINCO A SEIS SESIONES DE DOS HRS. (DIEZ A DOCE HRS.)

OBJETIVO GENERAL: EL GRUPO FAMILIAR DESARROLLARA ALGUNAS ESTRATEGIAS DE AYUDA PARA EL TRATAMIENTO DEL MIEMBRO ESQUIZOFRENICO, MEDIANTE LA CONVIVENCIA COTIDIANA.

TIEMPO	OBJETIVOS ESPECIFICOS	CONTENIDO TEMATICO	PROCEDIMIENTO DIDACTICO	MATERIAL DIDACTICO
15'	* LOS PADRES EXPRESARAN CONCEPTOS DE AMOR, TERNURA, APOYO Y ENOJO.	* MOTIVACION	* TECNICA EXPRESEMOS CON LAS MANOS.	MUSICA INSTRUMENTAL DE FONDO.
35'	* LA FAMILIA EXPRESARA SUS EXPECTATIVAS ANTE LA REINCORPORACION DEL ENFERMO--- ESQUIZOFRENICO.	* SONDEO DE LA VIVENCIA EMOTIVA FAMILIA DE LOS PARTICIPANTES.	* ENTREVISTA QUE SENTI?	MUSICA INSTRUMENTAL DE FONDO
40'	* DURANTE LA SESION. LA FAMILIA MANIFESTARA LAS ACTITUDES DE CADA UNO DE LOS INTEGRANTES PARA CON-- EL MIEMBRO ESQUIZOFRENICO.	* EXPRESION DE LAS ACTITUDES DE CADA UNO DE LOS INTEGRANTES DE LA FAMILIA PARA CON EL--- MIEMBRO ESQUIZOFRENICO.	TECNICA "LA TELARANA"	ESTAMBRE

CURSO DE ORIENTACION FAMILIAR (III.1B)

TIEMPO	OBJETIVOS ESPECIFICOS	CONTENIDO TEMATICO	PROCEDIMIENTO DIDACTICO	MATERIAL DIDACTICO
30* <hr/> 120*	* AL FINALIZAR LA SESION, LA FAMILIA TENDRA LAS BASES PARA ORGANIZAR UN FIN DE SEMANA CON EL PACIENTE.	* ADAPTACION Y EDUCACION DE LA FAMILIA EN EL TRATAMIENTO DEL ENFERMO ESQUIZOFRENICO.	* TECNICA EXPOSITIVA/ PARTICIPATIVA	PIZARRON O ROTAFOLIO.

CURSO DE ORIENTACION FAMILIAR (III.2)				
TIEMPO	OBJETIVOS ESPECIFICOS	CONTENIDO TEMATICO	PROCEDIMIENTO DIDACTICO	MATERIAL DIDACTICO
15'	<ul style="list-style-type: none"> LA FAMILIA DESCRIBIRA LOS AVANCES QUE HA OBTENIDO DURANTE LA ORIENTACION BASANDOSE EN LOS CAMBIOS QUE SE TIENE RESPECTO A LA CONVIVENCIA CON EL ENFERMO ESQUIZOFRENICO. 	<ul style="list-style-type: none"> MOTIVACION 	<ul style="list-style-type: none"> TECNICA / EMOTIVO PARTICIPATIVA 	PIZARRON O ROTAFOLIO EN BLANCO.
75'	<ul style="list-style-type: none"> AL FINALIZAR LA SESION CADA UNO CADA UNO DE LOS MIEMBROS TENDRA LAS BASES PARA VALORAR LOS AVANCES QUE HAN TENIDO COMO GRUPO FAMILIAR. QUE AYUDA EN EL TRATAMIENTO DE UNA ENFERMEDAD MENTAL. 	<ul style="list-style-type: none"> INICIO DE LA PLANIFICACION DE UN PROYECTO DE APOYO AL TRATAMIENTO DEL MIEMBRO -- BRO ESQUIZOFRENICO. PARTIENDO DE LAS VENTAJAS DEL GRUPO FAMILIAR. 	<ul style="list-style-type: none"> EXPOSITIVA/ PARTICIPATIVA 	ROTAFOLIO. PIZARRON. LECTURAS DE APOYO "EL HOMBRE-- EN BUSCA DE SENTIDO" VICTOR FRANKL.
30'	<ul style="list-style-type: none"> LA FAMILIA APLICARA LA INFORMACION SOBRE LA SINTOMATOLOGIA DE LA ESQUIZOFRENIA. REPORTANDO AL ORIENTADOR LOS AVANCES QUE TIENE EL MIEMBRO ESQUIZOFRENICO. 	<ul style="list-style-type: none"> EJERCICIO DE COMUNICACION CON UN PROFESIONAL COMO APOYO AL TRATAMIENTO DEL ENFERMO. 	<ul style="list-style-type: none"> DISCUSION DIRIGIDA CON MODERADOR. 	PIZARRON O ROTAFOLIO. HOJAS DE REPORTE PARA USO DEL ORIENTADOR.
240'				

CURSO DE ORIENTACION FAMILIAR (III.3)				
TIEMPO	OBJETIVOS ESPECIFICOS	CONTENIDO TEMATICO	PROCEDIMIENTO DIDACTICO	MATERIAL DIDACTICO
20'	* LA FAMILIA COMUNICARA AL ORIENTADOR LA EVOLUCION DEL ENFERMO Y SU RELACION DE CONVIVENCIA Y CUIDADOS POR PARTE DE LA FAMILIA.	* MOTIVACION	* LLUVIA DE IDEAS CON VISUALIZACION DE EXITO.	PIZARRON O ROTAFOLIOS EN BLANCO.
30'	* LOS PARTICIPANTES UTILIZARAN LOS ELEMENTOS NECESARIOS PARA SOSTENER UNA COMUNICACION PARTICIPATIVA.	* EJERCICIO	* PHILLIPH 44	RELOJ PARA DETERMINAR EL TIEMPO CAMPANA.
50'	* LA FAMILIA DESCRIBIRA LAS DIFERENCIAS EXISTENTES ENTRE UNA COMUNICACION INTRAFAMILIAR PARTICIPATIVA Y UNA COMUNICACION UNILATERAL. EN RELACION A LA SATISFACCION DE LOS PARTICIPANTES.	* VALORACION DEL EJERCICIO ANTERIOR.	* TECNICA COMO EXPRESO LO QUE ESTOY SINTIENDO.	CAMPANA PARA FELICITAR SI LA FAMILIA EXPRESA UN CONCEPTO CORRECTO.

CURSO DE ORIENTACION FAMILIAR (III.3B)

TIEMPO	OBJETIVOS ESPECIFICOS	CONTENIDO TEMATICO	PROCEDIMIENTO DIDACTICO	MATERIAL DIDACTICO
20'	* LOS INTEGRANTES DE LA FAMILIA IDENTIFICARAN LOS LEMAS MAS UTILIZADOS POR CADA UNO DE SUS MIEMBROS.	* COMPRESION DE LOS LEMAS FAMILIARES.	* TECNICA MI LEMA FAVORITO ES...	TARJETAS
360'				

CURSO DE ORIENTACION FAMILIAR (III.4)

TIEMPO	OBJETIVOS ESPECIFICOS	CONTENIDO TEMATICO	PROCEDIMIENTO DIDACTICO	MATERIAL DIDACTICO
20"	* LA FAMILIA DEFINIRA CON SUS PROPIAS PALABRAS EL CONCEPTO DE AMOR CONYUGAL	* MOTIVACION	* LLUVIA DE IDEAS	ROTAFOLIO EN BLANCO.
50"	* LA FAMILIA DESCRIBIRA CONCEPTOS DE CONVIVENCIA FAMILIAR A TRAVES DEL ANALISIS DE LECTURAS.	* RELACIONES CONYUGALES - AMOR CONYUGAL - CONVIVENCIA - FRATERNIDAD - NOVIAZGO	* LECTURA DIRIGIDA	LIBROS DE TEXTO RESPECTO AL TEMA
30"	* LA FAMILIA ORGANIZARA UN PROYECTO DE VIDA DE ACUERDO A LA SITUACION ACTUAL QUE PRESENTA LA FAMILIA.	* EJERCICIO DE ORGANIZACION DE UN PROYECTO DE VIDA.	* MESA REDONDA	HOJA DE ROTAFOLIO
20"	* LA FAMILIA AJUSTARA CONJUNTAMENTE CON EL ORIENTADOR EL PROYECTO DE VIDA QUE EXPUSIERON ANTERIORMENTE.	* EVALUACION DEL EJERCICIO	* DIALOGO	PIZARRON O HOJAS DE ROTAFOLIO
480"				

CURSO DE ORIENTACION FAMILIAR (III.5)

TIEMPO	OBJETIVOS ESPECIFICOS	CONTENIDO TEMATICO	PROCEDIMIENTO DIDACTICO	MATERIAL DIDACTICO
20'	* LA FAMILIA PODRA INTERPRETAR UNA SITUACION CRITICA A MODO DE PRACTICA EN LA VIDA DIARIA.	* EJERCICIO DE ADAPTACION DE LA FAMILIA ANTE SITUACION CRITICA CON RESOLVERLAS.	* PSICODRAMA	-----
20'	* LA FAMILIA PODRA INTEGRAR EN--- CONCEPTOS DE UNIDAD, PARTICIPACION COORDINADA Y SUSTITUCION DE INTERESES REALIZADOS EN EL PSICODRAMA ANTERIOR.	* VALORACION DEL EJERCICIO ANTERIOR.	* DISCUSION DIRIGIDA	HOJAS DE PAPEL DE COLORES.
20'	* LA FAMILIA SERA CAPAZ DE REFORMULAR SU CONDUCTA A PARTIR DE LA REINTEGRACION DEL PACIENTE AL HOGAR.	* EXPRESION DE LAS EXPECTATIVAS DE LA REINTEGRACION-- DEL PACIENTE IDENTIFICADO.	* EXPOSICION POR PARTE DE LA FAMILIA.	HOJAS DE PAPEL
540'				

CURSO DE ORIENTACION FAMILIAR (III.6)

TIEMPO	OBJETIVOS ESPECIFICOS	CONTENIDO TEMATICO	PROCEDIMIENTO DIDACTICO	MATERIAL DIDACTICO
20'	* LA FAMILIA NARRARA SUS EXPERIENCIAS Y EXPECTATIVAS ACERCA DE LO SUCEDIDO DURANTE LA SEMANA.	MOTIVACION	* ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA.	HOJAS DE REPORTE
50'	* LA FAMILIA SERA CAPAZ DE EXPONER TODO LO APRENDIDO A LO LARGO DEL PROCESO DE ORIENTACION.	EVALUACION TERMINAL	* EVALUACION ESCRITA	FORMATO CUESTIONARIO
20'	* EL GRUPO FAMILIAR PODRA JUZGAR LA ACTIVIDAD DEL ORIENTADOR A LO LARGO DE LA CONSEJERIA ASI COMO EL EL PROCESO EN SI.	EVALUACION DEL PROCESO DE ORIENTACION.	* EVALUACION EXCENTE	FORMATO CUESTIONARIO
20'	* EL GRUPO FAMILIAR COMPARARA SU ACTITUD AL INICIO DEL SISTEMA DE ORIENTACION Y LOS CAMBIOS QUE HAN TENIDO A LOS LARGO DE ESTE.	CONCLUSION POR PARTE DE LA FAMILIA.	* REFLEXION POR PARTE DE LA FAMILIA.	-----

CURSO DE ORIENTACION FAMILIAR (III.6B)

TIEMPO	OBJETIVOS ESPECIFICOS	CONTENIDO TEMATICO	PROCEDIMIENTO DIDACTICO	MATERIAL DIDACTICO
10' ----- 660'	• EL GRUPO FAMILIAR ESCUCHARA LAS CONCLUSIONES DE LA ORIENTACION.	• CONCLUSIONES POR PARTE DEL ORIENTADOR.	• EXPOSICION	-----

b) Presentación de un caso clínico:

Ficha de Identificación:

Nombre: Silvia Gamma (')

Sexo: Femenino

Lugar de Nacimiento: México, D.F.

Lugar de Residencia: México, D.F.

Ocupación: Ninguna

Escolaridad: Bachillerato inconcluso y estudios técnicos de cerámica y cosmetología también incompletos.

Religión: Católica

* Fuente de Información:

La información fue obtenida por entrevistas con la familia, la paciente misma, examen mental e información del médico psiquiatra a cargo de la paciente. Se considera completa y confiable.

* Motivo del internamiento:

* Todos los nombres utilizados en la investigación son seudónimos a fin de proteger la identidad de las personas que colaboraron en la realización de esta tesis.

La paciente es traída por sus padres debido a que se exacerbaron los síntomas de exaltación que cursaba desde hace tres meses, al mismo tiempo que manifestó "Obsesión por el sexo, pues habla constantemente de sexo...". El ingreso se facilito porque Silvia cambio repentinamente de actitud, cooperando en su internamiento.

* Padecimiento Actual:

Al parecer, la enferma tiene sus primeras manifestaciones a la edad de 17 años, el cual, de acuerdo con los familiares, se presenta porque "Hubo un enfrentamiento de nosotros con un enamorado de nuestra hija, dudábamos de las buenas intenciones del muchacho para con la chica, y le prohibimos visitarla".

Los síntomas más evidentes a continuación se describen: "Se mueve mucho - muy inquieta - habla mucho - se ríe sin motivo y sola - habla mucho de sexo y de sus conquistas (que son falsas) - Se empieza a pintar mucho y escuchar muy fuerte la radio y la televisión - Se ve distraída - Ha presentado una crisis de catatonía pero en esa ocasión no se le internó porque pensamos que se iba a curar ". Su afecto impresiona vacío y sin resonancia afectiva.

En el momento de ser admitida en la Clínica, sus padres refirieron que la muchacha a últimas fechas estuvo "Demasiado activa, teniendo fuertes problemas emocionales por culpa de un novio suyo, además de expresar la idea de estar embarazada -pese que presentó menstruación-. La actividad que llevaba a cabo no tenía objetivo concreto, presentó actitudes agresivas hacia sus padres y hermanos, porque "No obedece e incluso hace lo contrario de lo que le pedimos", muestra grandes expectativas y fantasías en cuanto al matrimonio y a cada frustración hay crisis parecidas ". Su estado emocional era incongruente con su situación actual, ya que se percibe contenta e incluso exaltada y no le importo que su novio se alejara, aunque si le molestó la intervención de su familia.

Durante el examen mental, presenta desubicación espacial pues según la paciente refirió que "Estoy vacacionando antes de casarme, aquí es el hotel San Rafael y a mi no me cobran nada porque soy la nieta de Luis Echeverría".

La expectativa de la familia es que la paciente se olvide de su novio y se cure. La enferma por su parte insiste en que se casará con él porque está embarazada y no va a tener un hijo sin padre.

* Antecedentes Heredo - Familiares:

Existen antecedentes de padecimientos psiquiátricos vía paterna:

Tía abuela: Fallecida. Tuvo una crisis de depresión mayor "*Provocada por una frustración amorosa*". Estuvo interna en el Manicomio General.

Tío: Único hermano del padre. Alcohólico. Cursa con cáncer ya en fase crónica. No tiene relaciones con la familia.

La familia Gamma está constituida por:

Padre: Vivo. Aparentemente sano. 67 años. Vida laboral activa, dirige la empresa familiar. Al parecer con tendencias de ser padre autoritario, si bien controla sus impulsos. Silvia comenta de él: "*Me llevo bien con él. Es guapo y me quiere mucho*"

Madre: Viva. Aparentemente sana. 59 años. Se dedica al hogar. Tiende a depender demasiado de los demás, con fuertes necesidades

Madre: Viva. Aparentemente sana. 59 años. Se dedica al hogar. Tiende a depender demasiado de los demás, con fuertes necesidades de reconocimiento. De ella dice la paciente: *"Quiero ser muy buena con ella porque ella es así con nosotros"*.

Hermanos:

Los dos hermanos mayores son gemelos:

Hugo: Vivo. Aparentemente sano. Divorciado. 32 años. Cometió incesto con la paciente, cuando ella contaba con 17 años. Ella comenta respecto a su hermano: *"Es guapo y a veces me ayuda. Yo no estoy de acuerdo con que tenga novia. Soy más bonita que ella"*.

Ricardo: Vivo. Aparentemente sano. Casado. Vive separado de la familia de origen e igualmente tuvo contacto sexual con la paciente. Silvia refiere al respecto: *"Es el más guapo de todos. Me llevo muy bien con él y me gusta estar con su bebé"*.

Javier: Vivo. 27 años. Aparentemente sano. Padece dependencia hacia la marihuana. Llegó a tener escarceos amorosos sin llegar al coito.

* Sintomatología (Examen mental realizado el 21 de marzo de 1989).

Se aplicó un examen mental, utilizando como herramienta una entrevista semiestructurada, cuando se evaluó su estado mental.

Se trata de paciente de sexo femenino, de 23 años de edad, somnolienta, con aspecto físico parecido a la edad cronológica. En buenas condiciones de higiene, con maquillaje llamativo y vestimenta excesivamente entallada para su constitución. Psicomotricidad alterada a ser constante, presentando amaneramientos. Sin conciencia de enfermedad.

Orientación: La orientación se encuentra alterada en lugar y persona. Ella se considera que se encuentra en un hotel descansando mientras se realizan preparativos para su boda. Sostiene que ella es la nieta de Luis Echeverría Alvarez y que ha trabajado en la televisión privada como maquillista, y que una artista de esta empresa se encuentra internada con ella (Lo cual es falso).

Atención: Distractibilidad muy incrementada, así que presenta poca capacidad para concentrarse en estímulos internos por no presentar

selectividad a los externos (Hiperporexia externa), con mínima capacidad de concentración.

Memoria: Alterada. Presenta pararrspuestas, con lenguaje incoherente, incongruente, sin llegar a meta y con fuertes tendencias a ser concreto.

Curso del pensamiento: Manifiesta lenguaje acelerado, ante lo que se infiere un pensamiento acelerado y prolijo. Incoherente, por momentos francamente disgregado.

Contenido del pensamiento: Incongruente. Tiene delirios de grandeza no estructurados respecto a sus logros reales. Esto se observa en la creencia de haber inventado el color rojo "*Es la sangre de nuestro Señor Jesucristo, yo lo inventé para que El la brindara por nosotros*", o bien "*Soy una artista muy renombrada en la cerámica*".

Percepción: Tiene alucinaciones auditivas y cinestésicas. Dice que las voces dicen quererla mucho, aunque a veces se burlan de ella. Manifiesta estar embarazada de tres meses y percibir los movimientos de su bebé.

Estado de ánimo: Se percibe trastorno de estado afectivo llegando hasta la exaltación sin resonancia afectiva. Manifiesta sentirse feliz por estar embarazada y ante su próximo casamiento. El afecto se detecta exaltado, irritable, ansioso. Hay distorsión ideoa-
afectiva.

* Antecedentes personales:

Producto de gesta 5 para 3. Sí planeada y sí deseada. Embarazo cursó normoevolutivo, aunque la madre sintió angustia durante el mismo porque antes de Silvia tuvo dos abortos. Parto normal, atendido en medio hospitalario. Respiró y lloró al nacer. La madre no recuerda la calificación que obtuvo. Alimentación al seno materno hasta los 10 meses, a los 6 inicia la ablactación siendo alternada con la lactancia.

Desarrollo psicomotor: Según los datos indicados, Silvia gateó a los 7 meses, caminó al año y dos meses y manejó triciclo a los 2 años y medio.

Desarrollo del lenguaje: Comienza a hablar al año y medio, desarrolla oraciones cortas a los 2 años y frases estructuradas a los 4 años.

Entrenamiento de esfínteres: La entrenan a los dos años con reforzamiento positivo.

Personalidad premórbida: Sus padres la describen como: *"Una niña fría, no muy alegre. Le gustaba jugar con sus muñecas y a todo lo femenino. Aunque le gustaba jugar con sus amiguitas, pronto se aburría y se retiraba a jugar a solas"*.

En la actualidad, su madre dice de ella: *"Es una niña dulce y cariñosa"* a lo que su padre refuta: *"Es poco madura y presenta regresiones mentales intensas"*.

Vida Sexual: Hace la diferencia niño - niña a los cuatro o cinco años. Menarca a los 14 años, habiendo recibido información de la escuela. Inicia vida sexual activa a los 17 años, con sus hermanos (vid. antecedentes heredo familiares). Ha tenido relaciones sexuales con su novio, por lo cual dice estar embarazada aunque presenta menstruación. Sus padres indican que sabiendo que Silvia tiene obsesión por lo sexual solicitaron al ginecólogo de la Señora

Gamma la revisara y le insertara un dispositivo intrauterino (D.I.U.), sin que la paciente se diera cuenta a fin de evitar más complicaciones.

Presenta masturbación diaria y en ocasiones tres o cuatro veces al día. Niega otras variantes de la conducta sexual.

Vida escolar: Ingresó al jardín de niños a los 4 años de edad, presentó angustia de separación intensa durante 3 días, después se adaptó al ambiente escolar. La educación básica fue cursada con normalidad. El nivel bachillerato fue concluido con dificultad, coincidiendo su término con inicio del padecimiento actual. Toma clases de cosmetología sin concluir el curso, y de cerámica con éxito, pero presentó dificultades en esta nueva crisis, por lo que afecto esta actividad.

* Dinámica familiar:

La paciente nació y creció en un grupo familiar complementario, integrado por madre sobreprotectora, pero débil ante su esposo, un padre autoritario considerado como el patriarca de la familia y tres hermanos mucho mayores que ella. La figura paterna se considera como el proveedor.

Las relaciones familiares impresionan como complementarias, pero en la actualidad sufren una crisis de interacción familiar.

b) Entrevista con la familia:

La descripción de la ejecución de la estrategia, se realizará por medio de la elaboración de reportes por sesiones. Para evaluar la ejecución de ésta se antepondrán los objetivos de cada sesión.

PRIMERA SESION

Evaluación Inicial:

Objetivo: La familia expondrá los puntos de opinión acerca de la enfermedad del miembro esquizofrénico así como las expectativas que tiene acerca del sistema familiar.

Se llevó a cabo una entrevista estructurada dirigida hacia los padres de la joven, contemplando la causa del internamiento, la

naturaleza de la enfermedad, el diagnóstico conocido por ellos, así como un análisis sobre la personalidad premórbida.

Las preguntas y respuestas fueron las siguientes:

1. ¿Cuál es la razón por la cual su hija está internada en el hospital?.

R= *"Mantuvo una conducta peligrosa por lo agresivo e inquieta que se había vuelto y eso fue lo que nos decidió traerla".*

2. ¿Qué enfermedad padece?

R= Madre: *"Es una disfunción cerebral"*

Padre: *"Es una esquizofrenia porque incluso ya presentó una catatonia"*

3. ¿Podría señalar los síntomas por los cuales detectó que su hija estaba enferma?

R= *"Se desinhibió demasiado, no nos respeta, habla mucho de sexo, no tiene control sobre sus actos y está obsesionada con la boda con su novio".*

4. ¿Cuál es la causa de que esté enferma?

R= *"Nosotros tenemos la culpa, porque a ella le tocó ver como corríamos a sus hermanos mayores y además cuando era niña vio las revistas pornográficas que dejaban sus hermanos en el baño"*

5. Independientemente de su enfermedad describa a su hija.

R= Madre: *"Es una chica muy dulce, cariñosa y tímida".*

Padre: *"Yo creo que tiene una regresión mental. Siempre adquiere características de niña cuando convive con niños".*

6. ¿Se ha hecho algo por evitar su enfermedad?

R= *"Hemos tratado a nuestra hija con naturistas y con un amigo que le pone unas placas de metal que según él le dan estabilidad al espíritu. También ha ido a sesiones espiritistas, pero el doctor no está de acuerdo con nada de esto".*

7. ¿Considera importante que se le oriente cómo debe ayudar a su hija ya que con esta orientación va estar más tranquilo?

R= *"Por supuesto".*

8. ¿En este caso que temas les gustaría tratar?

R= *"Aceptar la enfermedad. Como tener un mejor hogar y mejor información sobre la enfermedad de nuestra hija"*

Al comenzar la entrevista, la actitud de los padres fue de suspicaz, a la defensiva, pero en apariencia se estableció un clima de confianza lo que culminó con una actitud de colaboración.

Las preguntas fueron respondidas adecuadamente, se extendieron y detallaron aspectos, asimismo se hablaron de los demás miembros de la familia y de su matrimonio. El padre solicitó a la orientadora estadísticas de la enfermedad.

El estado de ánimo que se percibió fue de angustia y depresión; la señora estuvo llorosa en tanto al padre de la paciente mantuvo rigidez corporal y tensión.

Se solicitó al finalizar la entrevista establecer un acuerdo para el inicio de la orientación. Se citó a la siguiente semana. La orientación se dirigió a los padres y el hermano que vive todavía con ellos.

SEGUNDA SESION

Objetivo: *La familia será capaz de relacionar la sintomatología teórica con el caso particular del miembro enfermo.*

El matrimonio llegó puntual, a diferencia de su hijo, quien se presentó quince minutos después de iniciada la sesión, por lo que a petición de los padres, se repitió la información.

La sesión comenzó con los siguientes temas: Definición de psicosis, alteraciones que presenta la esquizofrenia, la sintomatología, enfocándose al padecimiento de la paciente, algunas estadísticas de la enfermedad, así como puntos claves para detectar una posible recaída; se concluyó con el señalamiento de la importancia de la familia en el tratamiento de enfermos mentales.

La reacción de los orientados fue de interés, exponiendo dudas respecto a la diferencia entre conductas erróneas y reacciones normales en una persona. Se entregó una nota técnica concerniente a la sintomatología que presenta la paciente.

Se mencionó la necesidad de reportar frecuente y constantemente el estado mental de la paciente; ya que anteriormente el padre hacía resúmenes para las entrevistas previamente programadas con el médico responsable de la enferma.

Se observó que cada uno de los miembros de la familia trata de ayudar a la enferma con intentos dispersos entre sí, lo que ocasiona contraórdenes. Se propuso la posibilidad de unificar criterios para convivir con ella y esta propuesta fue aceptada.

Al finalizar la sesión se detectaron pérdida de tensión facial y entusiasmo ante la perspectiva de analizar algunas tareas durante la semana a fin de poder realizar tareas de análisis; esta tarea consistió en tres preguntas:

- 1.- **¿Qué es una familia?**
- 2.- **¿Cuáles son las funciones sociales de la familia?**
- 3.- **Funciones de mi papel (padre-madre-hermano)**

TERCERA SESION

Objetivo: *Al terminar la unidad, la familia tendrá los elementos para definir correctamente las funciones de la misma y de sus miembros.*

La familia llegó puntual y se observó disposición para demostrar el análisis hecho durante la semana. La motivación consistió en contestar dichas preguntas utilizando como dinámica lluvia de ideas.

A continuación se realizó una discusión dirigida por medio de tarjetas que señalaban las funciones sociales de la familia, es decir, cuidado, socialización, afecto, reproducción y estatus; ante lo que la familia definió cada término y ejemplificó la forma de cumplir cada función en su particular punto de vista; un ejercicio similar se llevó a cabo con relación a la función de cada participante. En ambos casos, los comentarios de la familia fueron complementados con comentarios por parte de la orientadora.

Al mencionar las funciones de cada integrante de una familia, se expuso una introducción e interpretación de algunas variantes de la conducta familiar en cuanto los miembros (vid. capítulo II). Al señalar lo anterior, Javier hizo mención que su padre "Era un padre

castrante" (") lo cual impresionó mucho al señor, aunque en forma relativamente rápida logró controlar sus emociones.

Este hecho en sí fue el primer enfrentamiento severo dentro del proceso de orientación, por lo que se considera como rango de ataque que la familia maneja.

La familia hizo mención que se están esforzando por escucharse situación que no se daba anteriormente, pues se interrumpían uno al otro.

La orientadora a partir de las respuestas del grupo familiar, infiere que el padre necesita de estimulación vía afectiva para provocar respuestas más emotivas, la madre precisa de ayuda para interpretar las situaciones analíticamente y el hijo requiere de orientación para disminuir la agresión que tiene contra su familia.

Finalmente, se pidió a los padres que observaran aspectos a corregir en su labor paterno filiar para la próxima sesión.

CUARTA SESION

" Según la teoría psicoanalítica el proceso de castración es un conjunto de emociones en relación con el valor simbólico del pene. Un padre en exceso violento no permite una identificación positiva con los hijos.

Objetivo: Al finalizar la sesión, los padres podrán explicar teóricamente las faltas o excesos que comenten.

El matrimonio llegó puntual. El tema a desarrollar fue Relaciones Familiares enfocada a la labor de los padres y las desviaciones existentes (vid. capítulo II).

Los señores optaron por sentarse juntos. Una vez iniciada la sesión, el padre preguntó a la orientadora si en psiquiatría el término **castrante** tenía una connotación de (en ese momento sacó una pequeña tarjeta de su bolsillo) "coercitivo, romper, no permitir", la orientadora respondió que en parte era cierto eso, pero que actualmente era inusual utilizarlo porque es un término muy agresivo y que además eran muy pocos los padres que ameritaban el término literal, pero que se le preguntaría al hermano la razón por la cual utilizó ese concepto.

La exposición fue utilizando la técnica de conferencia, y dándole mayor peso a los padres autoritarios y madres sobreprotectoras debido a que este es el perfil que la familia tiene, exhortándoles a admitir su conducta por medio de ejemplos que ellos mismos mencionaron en fechas anteriores.

Después se les incitó a dar algún tipo de solución para evitar actitudes de autoritarismo, por lo que el padre consideró que podía permitirse cierta flexibilidad al realizar algunas cosas o bien delegar las responsabilidades, no supervisar continuamente la conducta de sus hijos (en especial la de los hijos que ya se emanciparon) y permitir que los demás aprendan por su propia experiencia.

La reacción emocional fue de mayor disposición para iniciar la búsqueda de los problemas que tienen, y aceptar ser ayudados para el encuentro de soluciones e incluso aportaron ejercicios para mejorar su actitud de rigidez y sobreprotección. Aunque todavía no son aptos para enfrentar un compromiso de elaboración de proyecto de vida junto a un enfermo mental.

Para concluir se solicitó a la familia que examinara los siguientes puntos durante la semana:

- 1.- *¿Qué es comunicación?*
- 2.- *¿Con quién de la familia me comunico mejor?*
- 3.- *¿Con quién de la familia discuto más?*

4.- En ambos casos ¿Por qué?

5.- Mis relaciones con cada uno de los demás.

6.- Mi tema de vida.

QUINTA SESION

Objetivo: Durante la sesión, la familia podrá identificar los elementos básicos de una comunicación adecuada.

La familia llegó puntual y manifestó la expectativa de continuar con las desviaciones paterno filiales. Pero la orientadora prefirió iniciar un nuevo tema ya contemplado en el programa: La comunicación.

La familia presenta severas fallas en este terreno, debido a que existe una continua interferencia por prejuicios e interpretaciones y también tienden a interrumpirse en forma constante.

Al comenzar la sesión se trabajó con el comentario de Javier concerniente a que su padre era castrante (vid. tercera sesión) y el muchacho respondió que lo utilizó por tratarse de un término psicoanalítico que describe a su padre: autoritario; y que lo aprendió estudiando con su novia (la novia es psicóloga).

La orientadora replicó que es una palabra muy despectiva y que es importante el respeto que se debe a los padres. Concluida la aclaración se inició el tema ya previsto.

Como motivación se utilizó una lluvia de ideas respecto al término Comunicación, para continuar con una visualización de las relaciones familiares.

El padre se comunica mejor con su esposa, quien tiene contacto con los demás miembros de la familia. Asimismo, se detectó a la paciente como participe para la comunicación, ni mejor, ni peor; llama la atención este ello pues incluso se abre esta línea de comunicación hacia los hijos emancipados pero no se localiza a la paciente en ninguna secuencia.

La orientadora preguntó la razón de esta percepción y a ello la familia respondió: *"Es muy niña para entender y su conversación es muy simple. no se puede practicar con ella de temas importantes"*

Se cuestionó que era una conversación **importante**, a lo que el grupo contestó: *"Los negocios, el trabajo de la casa, la música y todo lo que sea creativo y productivo"*.

Al confrontar a la familia de las pocas posibilidades que tenía la enferma en estos temas y solicitar una descripción de la actitud que toma la joven cuando hay este tipo de conversación en el hogar, la respuesta fue: *"Casi no platica, se distrae con cualquier cosa, interrumpe, aunque eso es normal porque en la casa hay que luchar para ser escuchado"*.

Se cuestionó si al estar en la Clínica se observa la misma actitud en la paciente, la respuesta fue negativa, después se preguntó si ellos mantenían la misma actitud y se tocaban los mismos temas el grupo puntualizó: *"No. Le hacemos caso porque para eso venimos, bromeamos con ella, además el estado de nuestra hija nos obliga a hacerle caso"*.

Al finalizar la sesión se solicitó que se estudiara la nota técnica y se pidió a la familia que vieran una película titulada **RAIN MAN** (**).

*** Se eligió por tratarse de las relaciones parentales entre persona normal y su hermano autista. La necesidad de aceptación a un enfermo mental tal y como es tema crucial en la película.

La familia reporta que se están escuchando y se empiezan a coordinar entre ellos para actuar con Silvia, porque se ponen de acuerdo antes de venir a verla porque se han percatado que Silvia está más tranquila actuando de esta manera.

Asimismo, el señor comunicó a los demás familiares las reglas del hospital, así se disminuyen las posibilidades de error para llevarle a la paciente cosas indebidas por ignorancia.

SEXTA SESION

Objetivo: La familia describirá teóricamente los síntomas de esquizofrenia, y los conceptos de familia, funciones normales y los errores que cada uno de los participantes del sistema familiar.

La familia llegó puntual y con buena disposición para iniciar la sesión hablando del tema de la película; por lo que la discusión se encaminó hacia ese tópico y la empatía que tuvo la familia respecto a la curación de la enferma.

Al señalar que es muy posible que la curación de la paciente no se dé, puesto que en el caso de enfermedades mentales siempre se habla de una recuperación y no de curación, la familia demostró su

frustración ante todos los esfuerzos realizados. No se insistió en este tema y tampoco se quiso disminuir la frustración pues este sentimiento de rebelión es justamente la fuerza que necesita la familia para iniciar un cambio de actitud hacia la enferma.

Después se aplicó el examen de conocimientos. El formato fue preparado para resolverse en grupo, puesto que además de conocimientos permite valorar la colaboración que existe entre los participantes.

En esta área la familia se mostró reflexiva y cooperativa entre sí. En general sus respuestas fueron correctas y en un momento se mostró que se escuchan las diferentes opiniones lo cual implica que hay intento de colaboración para ayudar a la paciente.

La segunda parte de la evaluación media consistió en un análisis personal sobre las funciones y tareas a corregir como miembros de una familia. El formato fue un cuestionario semiabierto, diseñado para ser resuelto individualmente.

En esta etapa todos mostraron dudas acerca de sus respuestas. Particularmente la madre necesitó una estimulación constante.

Finalizado el examen, la familia informó a la orientadora los acontecimientos de la semana. Hubo una discusión en presencia de la paciente porque uno de los hermanos emancipados le dio dinero a la muchacha en tanto el resto de la familia le insistieron para que no lo hiciera.

La descripción del tema fue motivo de discusión e inclusive se llegó a elevar el tono de voz. Ante esto, se solicitó silencio, se amonestó al grupo, y se les exhortó a informar al resto del grupo familiar las reglas del hospital, indicaciones médicas y sobre todo a que la familia se pusiera de acuerdo antes de tomar una decisión respecto a la muchacha.

Con esta sesión se concluye la parte informativa del sistema de orientación y se inicia la segunda fase del programa educativo consistente en la ayuda a decidir un proyecto de vida familiar integrando a un enfermo mental en el sistema familiar.

SEPTIMA SESION

Objetivo: Al finalizar la sesión, la familia podrá formular algunas estrategias de reeducación respecto a todos los miembros de la familia.

La familia llegó puntual y mostró interés en saber los resultados de la evaluación. Estos fueron bastante buenos, en especial la parte de identificación de la sintomatología.

A continuación se motivó a la familia mediante una técnica emotivo-participativa con el objetivo de que los padres mostraran preverbalmente sentimientos de ternura, apoyo y agresión.

A este respecto, el sentimiento de agresión fue significativo, puesto que se dejaron de tocar e incluso se negaron a un acercamiento leve. Se evaluó el sentir de los participantes así como el del observador (Javier) y fue una técnica que al parecer de la familia disminuyó tensiones en el grupo.

Después, se realizó un interrogatorio sobre la remisión parcial de la paciente, lo cual nuevamente provocó una reacción de frustración por parte de la familia y expresaron que no tenía sentido hacer ningún esfuerzo. No obstante, Javier llegó a expresar que la orientación no era para que su hermana se curara sino para que se aceptara a la paciente tal y como es; y no dar falsas esperanzas, porque lo que la muchacha necesita es apoyo familiar, no exigencias familiares.

El muchacho continuó explicando que había escuchado hablar de un autor que sostenía que el dolor podía ser un sentimiento muy positivo porque podía dar un nuevo sentido a la vida de la persona, y propuso trabajar sobre la bibliografía del autor, llamado Victor Frankl.

La orientadora redondeó el concepto anterior, explicando el objetivo de las sesiones siguientes: La familia creará esquemas sencillos de convivencia, aceptando a la enferma, a fin de que la familia se capacite para evitar nuevas recaídas.

Entró el psiquiatra responsable de la enferma, indicando que su paciente tenía autorización para salir el fin de semana con su familia. Dado que iban a tener la oportunidad para convivir con Silvia, la familia propuso realizar ejercicios consistentes en la elaboración para reincorporarla a la sociedad.

El ejercicio se llevó a cabo con entusiasmo, se propusieron ideas, evaluaron actividades, realizándose lo anterior con orden y escuchándose entre ellos, e inclusive prácticamente no se precisó de mediador.

El plan elaborado por la familia fue una celebración por la llegada de la paciente, se propuso un día de campo en el cual la preparación de la comida estaría a cargo de la madre e hija, después un paseo en el parque y por último la familia iría a su casa y rentarían películas.

Para el día siguiente la familia planeó permanecer en casa, salvo para ir de compras para la comida, se le preguntaría a Silvia si le gustaría arreglar su cuarto, su mamá le pediría que le ayudara a hacer labores caseras; y el padre y su hermano la cuidarían en la tarde, irían a pasear y su hermano la llamaría a convivir con ella y con su novia.

Por último, el señor confesó que él personalmente y sin avisar al médico en varias ocasiones había disminuido la dosis de medicamentos e incluso la había suspendido en su totalidad. Al pedir la opinión de la orientadora, se le contestó que era una acción incorrecta porque el medicamento garantiza la estabilidad emocional de la enferma; después lo confrontó a fin de averiguar porque no se le había notificado al médico, debido a la importancia de ser responsable en cuanto la vigilancia y apoyo para que la enferma ingiriera su medicina, asimismo se señaló como estrategia

que en vez de disminuir o retirar el medicamento se debe avisar al psiquiatra para que él valore la dosis adecuada.

La familia aceptó la propuesta, la orientadora recalcó que el cuidado de la ingesta de medicinas con dosis correctas es tan importante como el hecho de indicarlas. Terminó la sesión con este comentario.

OCTAVA SESION

Objetivo: La familia valorara los avances que ha tenido a partir del inicio de la Orientación.

La familia llegó puntual. La sesión comenzó con una mesa redonda a fin de que todos los participantes expresaran sus emociones y expectativas respecto al fin de semana anterior.

La señora comenzó expresando que no pudo evitar el sentimiento de angustia pero que lo pudo dominar y le propuso a su hija que le ayudara en las actividades de la casa que le agradan a Silvia. Trató de mediar la convivencia con los demás y propuso que se diera un paseo que disfrutó, sin preocuparse de vigilar constantemente a su hija, porque el resto de la familia la estaba cuidando y

trataron de que la enferma notara que les daba gusto que estuviera cerca de ellos en su casa.

El siguiente comentario, estuvo a cargo del padre, narró que trató de ser flexible y permisivo cuando otros miembros de la familia propusieron actividades y que él intervino sin dirigir ni supervisar. Asimismo percibió que esta actitud le agrado a la familia, lo cual le satisfizo y disminuyó su tensión.

Por último, el hermano de la paciente describió los avances que observó en su hermana: La paciente le ayudó a su madre, se muestra menos irritable su pensamiento se adapta más a la realidad y con su afectividad, su obsesión por el sexo ha disminuido y trató de convivir con la familia.

El hermano hizo referencia a que la paciente prefirió estar en un lugar con poca gente y se comportó bastante *normal* y que trato de convivir con toda su familia.

Se le solicitó a Javier que hiciera mención de la actitud que mantuvo para con su hermana. Refirió que trató de cooperar más con su familia, se integró a todas las actividades e incluso pidió a su novia que participara.

A continuación se interrogó a la familia respecto a la participación en el tratamiento de la paciente y el apoyo que mantendrán con respecto a su integración con la sociedad. Las respuestas textuales son las siguientes:

Javier: *"Yo le puedo hacer compañía, salir con ella cada vez que tenga tiempo para hacerlo y motivar a mis hermanos para que hagan lo mismo"*.

Padre: *"Puedo buscar que las tensiones se desahoguen fuera de la casa para que los pleitos no afecten a mi hija"*.

Madre: *"La puedo atender, puedo ser la moderadora en las pláticas familiares, intentar que mi hija me ayude en la casa y motivarla a que haga otras cosas"*.

Como se observa, la familia comienza a coordinarse para la apoyar la reintegración de la paciente a la sociedad.

NOVENA SESION

Objetivo: *La familia juzgará la unión familiar de que se mantiene en el sistema.*

La familia llegó tarde, acompañados de Silvia, porque acababan de llegar a su casa de campo. La paciente se observa menos exaltada, más cooperativa aunque todavía con actitudes egocéntricas.

Iniciada la sesión se comentaron los avances de la enferma respecto a sus relaciones con el sistema familiar. Actualmente, la enferma se muestra menos irritable, han cesado los delirios, su pensamiento es más coherente y congruente. El único pensamiento bizarro es el de su boda, pese a que no se han visto desde una semana antes del internamiento y aún en ese aspecto comienzan a ceder las ideas ante los razonamientos lógicos; se ha incrementado la concentración aunque por breves instantes.

La señora notificó a la orientadora que su hija le había pedido que le comprara un rastrillo para rasurarse (instrumento prohibido en el hospital) porque ya tenía el vello axilar muy largo, la madre accedió pero pidió la opinión de la orientadora. Ante ello, se explicó el peligro de tenerlo en el hospital, no tanto por Silvia, pero que podía ser motivo de problemas para otras pacientes. Se pidió que se recogiera el rastrillo y se le avisara el mismo día al médico para que tomara cartas en el asunto.

Asimismo, la señora explicó que la enferma tuvo un comportamiento adecuado en la casa y ese avance era importante porque la familia había tenido invitados por varios días pero que aunque la muchacha quiso llamar la atención y se le percibió dispersa, logró incorporarse al grupo en forma bastante adecuada.

Finalizado el reporte de avance por parte de la familia, la orientadora propuso a los participantes ejercitar su capacidad de hablar por tiempo limitado mediante la técnica de grupos llamada Phillips 66, teniendo como único requisito el tiempo.

Al realizar por primera vez el ejercicio, la señora acabó antes de tiempo para que su esposo "*podiera comenzar antes*", pero se acataron las reglas de la técnica didáctica, por lo que el señor tuvo que esperar y en esta ocasión se excedió del tiempo de exposición asignado, sin que terminara de comentar. Javier tuvo el mismo problema de su papá.

A un nuevo intento, los participantes concluyeron su exposición en el tiempo correcto. Se hizo un último ejercicio y fue ejecutado satisfactoriamente.

La madre parecía distraída y molesta, actitud inusual en ella, por lo que se procedió pedir a los varones se retiraran del cubículo por quince minutos.

En entrevista individual, la señora expresó preocupación por la conducta sexual de su hija y externó sus ideas culpígenas de haberle heredado su hipersexualidad porque ella es altamente receptiva en este aspecto.

También comentó que se sentía muy molesta por la ausencia de actividad sexual en su matrimonio. Al preguntarle la causa de este hecho, explicó que su esposo es impotente, y eso la frustra y por ello se masturba y eso provoca culpa respecto a que la paciente la hubiese visto y creyera que es una conducta normal.

Se le cuestionó a la señora respecto a su vida sexual, y ella se definió como una mujer sumamente sexual, pero este hecho lo vivencia con culpa y más cuando se siente insatisfecha con su marido.

Además señaló que aunque no está segura, ella cree que en un momento de embriaguez le contó a sus hijos su problema marital.

Se le explicó a la señora que el problema de su hija, propicia una conducta sexual hiperdesarrollada y por tanto, no era provocada por ninguna herencia.

Después se le propuso hablar con su esposo para que aceptara una terapia, a lo que la señora contestó que su esposo jamás aceptaría y que incluso podrían tener problema porque la tildaría de chismosa.

Terminados los quince minutos, el matrimonio se disculpó porque la señora tenía programada una intervención quirúrgica menor, pero el hijo decidió quedarse en entrevista individual.

El muchacho preguntó sobre la normalidad de que sus padres no tuvieran relaciones, ante lo que se le respondió que tal vez por la edad, la frecuencia había disminuido y se le preguntó como sabía que sus padres no tenían vida sexual.

La respuesta fue que su madre se lo había dicho un día que estaba ebria y que incluso le había pedido ayuda. A continuación Javier comentó que tenía un dato muy importante y que ese dato era muy probable que no apareciera en la historia clínica de su hermana.

Después de unos minutos de silencio, el muchacho comentó que los tres hermanos habían abusado de la paciente y que en la actualidad él tenía miedo de que éste fuera el origen de la enfermedad de su hermana. Aclaró entonces que en su caso únicamente había llegado a acariciarla, pues todavía era muy joven para llegar a más. Después de esto Silvia siempre comenta que el hermano 1 era el más guapo de los tres y que lo cела.

Además explicó que los problemas de su casa lo habían conducido a probar la marihuana hace tres años, pero que su consumo actualmente es eventual.

Antes de concluir, la orientadora le preguntó a Javier si le él podría informar directamente al psiquiatra estos datos, pero el muchacho prefirió que la orientadora lo hiciera.

Al terminar la sesión, la orientadora le comunicó al médico los datos obtenidos y le preguntó si este dato estaba contemplado en el expediente, el médico le respondió que no, aunque si se había detectado la posibilidad de un incesto por parte del padre, a lo que se respondió que era imposible por la situación del padre. El médico procedió a anotar los datos.

DECIMA SESION

Objetivo: *La familia elaborará un plan de apoyo al tratamiento, considerando la reintegración del enfermo a la vida familiar.*

La familia llegó puntual, e informaron que la paciente iba a salir del hospital la próxima semana.

A continuación, se inició el tema de las relaciones conyugales, por lo que se pidió que se explicara lo que entendía por ese término, aclarando que no se refería a las relaciones sexuales. El señor Gamma al principio de la exposición se mostró suspicaz, actitud que disminuyó en el momento de hacer la aclaración.

La respuesta del grupo fue que las relaciones conyugales se refieren a la convivencia cotidiana dentro del matrimonio. Por lo que fue correcta.

A continuación, se cuestionó la correspondencia del ideal con la pareja real; la señora Gamma respondió que *"Mi esposo cumple con mis expectativas de pareja ideal aunque me gustaría que fuera más cariñoso conmigo y él es más bien seco"*.

El señor Gamma por su parte, dijo que él considera que *"Jamás pude haber encontrado a una mejor esposa y buena madre"*. Se le preguntó su opinión respecto a la demanda de la señora y también porque no se había visto casi ningún contacto físico entre ellos.

El señor Gamma suspiró, y después de un momento contestó *"Este es nuestro principal problema, porque ella me pide que tengamos algún contacto íntimo y... es que yo no puedo... ¿Sabes? Es por mis nervios y con la presión no hay nada... hasta al contrario"*.

Se sugirió que el señor se tratara con un especialista y se propuso proporcionar la dirección de un sexólogo y él aceptó.

A continuación se le preguntó a Javier cual era su tipo ideal de mujer para convivir con ella. El respondió que su novia cubre todas sus expectativas pero que aún era muy pronto para decidir.

La actividad que a continuación se desarrollo fue una lectura dirigida con textos de educación familiar que contemplan conceptos o ideas del amor conyugal, convivencia familiar, y relaciones fraternales. La lectura se alternó con preguntas y respuestas entre la orientadora y el grupo y un redondeo de los conceptos.

A continuación se desarrolló un psicodrama para hacer un ensayo de convivencia con Silvia, esta vez como un miembro activo en el hogar, tomando como referencia una situación no deseada por los padres y se eligió que se hiciera un simulacro de una salida no aceptada.

Los roles fueron los siguientes: los padres conservaron sus papeles, Javier asumió el personaje de Silvia y la orientadora desempeñó el papel del hermano.

La actitud de los padres fue de acuerdo en no permitir la salida de Silvia, proponiendo otra salida pero a nivel familiar, "Silvia" recurrió a su hermano para obtener el permiso, a lo cual él accedió pero en el caso de que la petición fuera negada "Silvia" se tenía que resignar a no salir, cuando Silvia vio que la petición fue negada y que su hermano se mantenía unido con sus padres, se sintió traicionada e hizo intentos de rebelarse, en esta ocasión la familia se mantuvo firme y "Silvia" tuvo que aceptar la otra opción.

Se observó que hubo división de labores pero encaminados al mismo fin para que "Silvia" no cometiera un error al salir.

Cuando se les preguntó a la familia cual fue su sensación al hacer el ejercicio. Los orientados respondieron que se sintieron seguros y relajados sabiendo que apoyaron unos a otros y que la responsabilidad recaía en todos y no únicamente en uno de ellos.

Se redondeó el ejercicio felicitando a la familia, resaltando la importancia de unir voluntades y descubrir los motivos para aceptar o negar una propuesta de Silvia para crear un ambiente armónico dentro del hogar.

Antes de terminar la sesión los padres le preguntaron a la orientadora si es conveniente que Silvia iniciara una terapia sexual, a lo que se respondió que sí era conveniente, pero que antes es necesario que se observe una mejoría en su problemática principal para que Silvia cuente con todas sus capacidades a fin de que asimile la terapia, se sugirió que la familia comentara al psiquiatra para que él valorara el beneficio de la terapia.

Para finalizar, la orientadora comunicó al grupo que esta sesión es la última antes de la evaluación final. Se les agradeció la ayuda prestada y se solicitó estudiaran la nota técnica y comentarios dados durante el proceso de orientación para la evaluación.

DECIMA PRIMERA SESION

Objetivo: *La familia será capaz de sustentar todo lo aprendido a lo largo del proceso de orientación.*

La familia llegó puntual con estado de buen ánimo y cooperador, y comentaron la expectativa de realizar un buen examen final.

El formato de la evaluación final se elaboró en forma similar a la evaluación media, las preguntas se resolvieron conjuntamente y se consignaron en un formato objetivo (opción múltiple, respuesta breve y falso - verdadero).

Los temas a examinar fueron: reconocimiento de sintomatología, normas de convivencia y postura familiar ante el enfermo.

El principal tema se resolvió con soltura, se discutieron los temas con actitud reflexiva y las respuestas fueron correctas en su totalidad.

El tema de **Normas de Convivencia**, con reactivos de respuesta breve valoró los cambios existentes a partir del inicio de la orientación. Únicamente existió un error en las relaciones

familiares pues se comentó que el padre es el proveedor. La actitud fue la misma y se turnaron para responder.

La tercera fase del examen con reactivos de falso y verdadero fue resuelta en su totalidad correctamente y además se explicó con razones válidas el motivo de su selección.

Terminada la evaluación, la orientadora solicitó a la familia valorara el proceso de orientación: las áreas contempladas fueron: Eficacia en el sistema llevado, actitud de la orientadora, solución de dudas, contenido abarcado, comprensión del lenguaje, interés por las personas y por último si recomendarían el proceso de orientación.

Al parecer, la orientación fue de utilidad porque la familia detecta cambios de importancia en su convivencia y percibieron a la orientadora interesada, se manejó un lenguaje accesible para el común de las personas, paciente y dispuesta a resolver dudas del grupo. Se pensó que el material didáctico fue adecuado y si recomiendan el sistema de orientación para familiares de enfermos mentales.

La salida de Silvia se programó para un día después de terminado el sistema de orientación familiar. La familia comentó estar contenta por esto, pero también por creer estar mejor preparados para convivir con ella y resolver problemas de su enfermedad, pues están conscientes de que Silvia, aunque jamás se curará puede controlar su enfermedad, y por tanto pueden ayudarla sin renunciar a ser felices por sí mismos.

DECIMA SEGUNDA SESION
-SESION DE SEGUIMIENTO-

REALIZADA EL DIA 15 DE JUNIO DE 1990.

Objetivo: *La familia expresará la situación actual de la dinámica familiar a un año de haber terminado el proceso de orientador familiar.*

La sesión se llevó a cabo a fin de valorar si la familia Gamma existe un cambio de conducta con cierta permanencia en el área de comunicación y actitud para con la enferma, es decir, si hay se puede decir que hubo aprendizaje.

El medio de evaluación fue una entrevista estructurada dirigida a los participantes:

1. ¿Cuáles son las normas de convivencia que actualmente se llevan a cabo en el hogar?

R= *Hay más tranquilidad, adaptación, seguimos la guía de orientación y aceptamos a Silvia. (Señor Gamma)*

A *Silvia se le ha encauzado más, se le da más libertad (más oportunidad de salir, de tocar la música que le gusta, de hacer cosas) pero con más responsabilidad y tratamos de llevarnos mejor con ella. (Javier).*

2. ¿Recuerda la actividad primordial de su función?

R= Madre: *Amor.*

Padre: *Proveedor. (Al confrontarlo, él respondió que en todo caso sería un asesor para sus hijos puesto que él ya no es responsable de ellos).*

Hermano: *Ayuda.*

3. ¿Se han mantenido los avances en cuanto la convivencia que tuvieron durante la orientación? (Son mayor comunicación, convivencia y flexibilidad).

R= *Hay mejor comunicación, sí hay flexibilidad, menos agresión, más respeto y colaboración entre hermano y su papá y viceversa, seguimos tratando de unificar criterios en la toma de decisiones creemos que mi papá es muy prudente porque dejó la dirección de la empresa y ahora evita que en casa se discuta ese tema, y ahora Silvia puede*

intervenir más en la plática y además le tenemos más confianza y mi mamá es más independiente que mi papá.

4. *¿Cómo resuelven los problemas entre los miembros de la familia en la actualidad?*

R= Comentamos los problemas, procuramos escuchar a los demás, platicar mucho, no agredirnos y tener detalles.

5. *¿Cuáles son sus respectivos proyectos de vida en la actualidad?*

R= Quiero encontrar un desfoge en la música. Si no sirvo para eso buscaré otra cosa. Pero definitivamente no quiero más empresas (Sr. Gamma).

Quiero ser cada día más independiente. (Sra. Gamma)

En primer lugar tratar de continuar con la armonía familiar, en segundo reunir actividades para tener dinero y continuar con mi música, en tercero deseo independizarme físicamente, vivir en otro lugar y mantenerme a mí mismo y en cuarto casarme y tener hijos (Javier).

6. *¿Continúan elaborando estrategias conjuntas para lograr la estabilidad de Silvia?*

R= Sí, aunque no tan formalmente como al principio porque en la actualidad cada uno sabe lo que tiene que hacer. De todas formas en el caso de que nosotros faltemos, los hermanos de Silvia se están

poniendo de acuerdo para ver quien se va hacer cargo de ella con la ayuda de los demás (Sr. Gamma).

Procuro que Silvia me ayude en la casa, la acompaño al cine una vez por semana, hermano la lleva a pasear e incluso la invita a sus reuniones con amigos y mi esposo la ayuda a vender su cerámica y tratamos de ponernos de acuerdo con los otros hijos para que sepan que hacer y lo que no. (Sra. Gamma)

7. ¿Se han respetado las dosis de medicamento? ¿Se ha incluido otro tratamiento?

R= *Sí se respeta el medicamento. En el caso de un cambio se revisa y si se necesita se le avisa por teléfono al médico. El único tratamiento además del psiquiatra es la terapia sexual.*

8. ¿Se le ha inculcado a Silvia que debe cuidar su salud?

R= *Se le ha inculcado que debe tomar su medicina y también se le ha hecho consciente que debe tomarla por su enfermedad. También se le ayuda a hacer ejercicio en un club deportivo.*

9. ¿Qué actividades realiza Silvia en la actualidad?

R= *Toma sus clases de cerámica y trata de vender su producción, hace ejercicio una o dos veces por semana, ayuda a su mamá en la casa, sale con sus hermanos y a veces con amigas y lee sólo revistas de moda y de jóvenes.*

10. ¿Qué opinión tiene Silvia de ustedes?

R= A hermano y a mi nos ha dicho que su papá es muy enojón porque le quita el dinero que gana con la cerámica, pero también me comentó que las normas de la casa son más justas. (Sra. Gamma)

A mí me ha dicho que mi mamá es mucho más cariñosa y comprensiva con ella y eso le gusta, también que ahora le hagamos caso porque se siente importante. (Javier)

11. ¿Tiene todavía problemas con su sexualidad?

R= Presentimos que sí. Pero también creemos que ya no se masturba y que ahora en vez de querer ligar busca amigos, pero me platica que ya no hay hombres porque nadie la quiere respetar. (Sra. Gamma)

Yo la veo más tranquila. Antes se les lanzaba a mis amigos y ahora ya no tanto, e incluso es muy agradable platicar con ella (hermano)

A mí sólo me preocupa una cosa. Silvia no le cuenta todo a su terapeuta sexual, y aunque hermano y su novia nos dicen que esto es normal, nosotros creemos que le debe contar todas sus experiencias.

(Sr. Gamma).

12. Actualmente ¿Cómo se perciben a ustedes mismos como familia?

R= Somos una familia normal dentro de lo que cabe, estamos aprendiendo a convivir y a reajustar nuestra vida con Silvia para

ser más amena y aprender a convivir **diplomáticamente** con nuestra nueva familia (La esposa de Hugo, la novia de Ricardo, la novia de Javier)... Es que tu no sabes: Hugo se volvió a casar, Ricardo se divorció y las cosas van más o menos con mi ex-nuera porque nos presta al bebé; Ricardo tiene novia. Silvia sigue celando a Hugo, pero acepta bastante bien a la novia.

Queremos seguir creciendo y ajustándonos a la nueva situación con Silvia.

13. ¿Qué tratamiento lleva Silvia en la actualidad?

R= Continúa con su médico cada mes y medio, sigue con su medicina: Se le da Perfanicina, carbonato de litio y una medicina importada que le sirve para controlar las ideas delirantes. Tiene que ir con su terapeuta sexual cada 15 días.

14. ¿Desean agregar algo más?

R= Únicamente preguntar como podemos hacer para que Silvia no se enoje cuando le quitamos la mitad de lo que gana con sus artesanías. Siempre se quiere quedar con todo. Por otra parte queremos dar las gracias porque ahora sabemos como reaccionar en caso de que sea necesario y eso es muy bueno porque se ha logrado la estabilidad familiar.

Se les sugirió guardar el dinero que gana Silvia en una alcancía donde ella vea que se ocupa para la compra del material. Se les agradeció su atención y se anotó lo expresado en la sesión.

c) Análisis de datos.-

El análisis de datos se realizó a partir de la información proporcionada durante las evaluaciones de conocimiento y el seguimiento. El análisis, al no ser estadístico está básicamente relacionado a la información cualitativa obtenida a partir de las diversas mediciones, donde se detectaron cambios de actitud en el grupo familiar respecto a nuevos esquemas de convivencia y educación.

A pesar de no ser un estudio estadístico, posee utilidad puesto que las mediciones fueron múltiples y permiten verificar la validez de un trabajo de investigación.

El cambio de tipo de método de medición evita que exista contaminación de resultados en las mismas, y detectar si los cambios de actitud en el grupo familiar esquizofrenizante es capaz de formar nuevos esquemas educativos.

Para el análisis de datos es preciso interpretar actitudes y conductas modificadas previas al inicio de la orientación, modificación de éstas durante y al término de la misma y si estos

cambios tuvieron permanencia a un año después de haber concluido el sistema de orientación, es decir, si hubo aprendizaje real.

Las variantes a investigar, es decir, los cambios a observar son los siguientes:

- a) Aprendizaje en la colaboración del tratamiento médico psiquiátrico.
- b) Modificación en las relaciones parentales y en el área de comunicación.
- c) Cambios actitudinales en cuanto el padecimiento.

A continuación se presentarán estos datos:

* Conductas previas al inicio del proceso de Orientación Familiar:

- La familia Gamma tiene problemas con el tratamiento de su hija enferma mental, quien en su padecimiento actual cursa con un trastorno esquizoafectivo de tipo psicótico.
- En el área de colaboración en el tratamiento médico psiquiátrico presentan bloqueo en el tratamiento farmacológico, modificando dosis de ingesta de medicamento e incluso llegan a retirarla del todo; asimismo es frecuente que la familia recurra a tratamientos

alternos no científicos con un alto componente de pensamiento mágico de contenido esotérico, lo cual exagera el pensamiento pre-formal de la enferma.

- El matrimonio tiene opiniones diferentes respecto al padecimiento de su hija. Al parecer el padre de la paciente tiene mayor acceso a la información, misma que no comunica a su esposa. Esto provoca una inconsciencia de enfermedad, puesto que la familia espera una curación total de la muchacha.

- Existe la problemática de la realización de informes de retroalimentación con el médico porque desconocen los síntomas y signos claves para una intervención oportuna y por lo mismo hay falta de entendimiento con el médico tratante de la paciente.

- Se detecta un grupo familiar en etapa de independencia, en la actualidad los integrantes que viven en un mismo techo son: los padres, un hijo varón y una hija.

En cuanto clase social y apariencias, se observa como una familia clase media alta, con un matrimonio en apariencia bien avenido, que en la actualidad presenta una crisis de convivencia provocada por el padecimiento de la paciente .

- La convivencia familiar imperante se observa de la siguiente manera: El padre es una persona autoritaria y dominante adquiriendo un papel patriarcal por medio de la creación de una empresa

familiar. Se advierte como un padre rígido, poco afectuoso y dominante en el control de las actividades.

La madre asume un papel de sumisión y dependencia con su marido, se muestra sobreprotectora con los hijos. Se observa como mujer muy sociable, sumamente afectuosa y emotiva, propiciando ser la parte compesatoria.

El hijo que convive en el hogar de origen se muestra rebelde, rencoroso con su padre a quien califica de castrante, afectuoso y sobreprotector con la madre.

La enferma es vista como un miembro sumamente pasivo, a quien se aísla en la participación por ser considerada como infantil. En el área de comunicación, se observa que se necesita de un mediador externo al grupo pues existe la tendencia a acapararla conversación, además de la necesidad de gritar para ser escuchado.

- La actitud de la familia concerniente al padecimiento implica ideas culpígenas hacia la paciente, por lo que se muestran mecanismos de defensa, por ejemplo: la madre presenta desplazamiento de la agresión dirigido a otros miembros de la familia, el padre utiliza la intelectualización pero también la negación, procura investigar todo lo que puede respecto a la enfermedad de su hija, pero no comunica el estado de salud mental de la paciente, además es fuerte promotor para la modificación del

medicamento al igual que de la búsqueda de otros tratamientos no médicos, hermano por su parte, se evade del problema.

Asimismo se infiere que la familia vive un gran estado de ansiedad que incapacita las estrategias de ayuda hacia la enferma porque cada uno de los integrantes de la familia planifica estrategias independientes de ayuda lo cual provoca contraórdenes que confunden a la chica.

* Conductas presentadas en la primera fase del proceso de Orientación:

- Colaboración en el tratamiento de la enferma: La familia puede identificar la sintomatología de la paciente a través de ejemplos concretos. Esto beneficia la comunicación con el médico porque son capaces de entender el lenguaje técnico de éste último.

Se muestran cooperadores entre ellos para identificar síntomas y unifican criterios de la enfermedad.

Se crea el propósito de que el grupo familiar coopere para reportar frecuente y constantemente al médico los avances y retrocesos de la paciente.

- En el área de interacción familiar y comunicación, se verifica que la familia identifica las funciones parentales que desempeña cada uno de los participantes de un grupo familiar.

Asimismo son capaces de identificar teóricamente las fortalezas y debilidades que como grupo familiar tienen: Un binomio autoritario y sobreprotector. Existe una buena disposición para la solución de estos errores y existe la propuesta por parte de la familia para realizar tareas concretas de cambio, las cuales llevan a cabo.

- La comunicación interfamiliar se ve modificada por poder escucharse, si bien precisan de mediador para propiciar el diálogo.

- La actitud frente al padecimiento, también presenta mejoría pues disminuye la angustia al poder "valorar" la conducta de la enferma. Continúan con la expectativa de que la enferma se curará por lo que a la insinuación de lo contrario hay reacción de frustración y pérdida del sentido emocional.

* Conductas observadas durante la segunda parte del proceso de Orientación:

- La cooperación hacia el tratamiento de la enfermedad por parte de la familia, evitan manipular dosis y se hace consciente de que la modificación de la ingesta puede provocar un retroceso en la

enfermedad de la paciente. Asimismo, se buscan explicaciones más sólidas de la causa real para no exponerla a tratamientos esotéricos. Por último se comienzan a perfilar una división de actividades para el cuidado de la enferma.

Se toma la decisión de que cualquier cambio en perjuicio de la estabilidad emocional de su familiar se le avisará al médico inmediatamente. Se proporcionan datos importantes que complementan la historia clínica.

- La convivencia familiar se distingue por comenzar la búsqueda de otros intereses, sin descuidar a la enferma.

Se comienza a dialogar sin necesidad de mediador y sin que se discuta gritando.

Hay apertura para hablar acerca de la interacción familiar independiente de la paciente.

La familia decide no centrarse en la salud de su familiar para su realización y toma la resolución de buscar ambientes más sanos en pro de una salud familiar.

- La actitud hacia el padecimiento se ve modificada pues el hijo que vive con la familia toma conciencia de que su hermana puede tener recaídas y que esto no debe ser visto como un fracaso, por lo que incita a padres y hermanos a la búsqueda de la aceptación de la

enfermedad y el establecimiento de normas de convivencia para con ella.

Se les comunica a los hermanos emancipados las normas mínimas de convivencia para con la enferma.

Si bien la familia permite la entrada de un artículo prohibido a la Clínica (un rastrillo para afeitar) avisa al médico para que no haya problemas.

* Conductas finales en el proceso de orientación familiar:

Actitudes frente al tratamiento médico-psiquiátrico:

La familia tiene un criterio general unificado acerca de los síntomas de la enferma y se muestran unificados en la identificación de los mismos.

Toman la resolución de informar cualquier cambio en la estabilidad de la enferma, mostrándose cooperadores en la identificación de los síntomas.

Deciden apoyar en la ingesta de medicamentos, de igual forma hay la resolución de evitar otros tratamientos no autorizados por el médico psiquiatra.

Asimismo existe la resolución de que la paciente tenga el hábito de tomar su medicina, haciéndola responsable de la ingesta, y haciéndola consciente de la enfermedad.

El grupo familiar le propone al médico una terapia sexual complementaria al tratamiento.

En cuanto a la convivencia entre los familiares, el grupo familiar dice que existe una mayor convivencia, mayor diálogo, existe menor autoritarismo y la angustia por convivir con la enferma ha disminuido.

La actitud para con la enferma es de aceptación, búsqueda de límites, así como la disposición a una reeducación para integrar a Silvia en el hogar.

Se percibe una reducción en las ideas culpígenas, lo que permite que la familia desarrolle como meta a alcanzar el ayudar en el control de la enfermedad, mediante la integración de esfuerzos a través de una división de labores consultándose entre sí.

* Seguimiento (Evaluación de la permanencia en el aprendizaje):

- Cooperación en el tratamiento: La familia vigila parcialmente la ingesta de medicamentos, procurando fomentar que la paciente por sí misma tenga el hábito de tomarlas.

En el caso de un posible retroceso en la remisión de la enfermedad, el grupo se reúne y consulta la nota técnica que se les dio en el proceso de orientación y se avisa al médico en caso necesario.

La familia está consciente de que el padecimiento es unicamente controlable y esta situación se acepta, e incluso se comenta la necesidad de que la atención para con la enfermedad se vaya delegando en los hermanos.

- Interacción familiar, se detecta un cambio favorable: por comentarios de la familia se percibe que el padre se volvió menos autoritario, pues abandonó la dirección de la empresa familiar, su hijo comenta que considera que esta es una actitud prudente de su parte, y la familia comenta que el señor permite que otros comenten su experiencia.

Se observa que la señora ya no desea ser tan sumisa, pues indica que no desea ser tan dependiente de su esposo, y tampoco quiere ser tan sobreprotectora con sus hijos, aunque prefiere convivir a solas con la paciente.

El hermano soltero está haciendo planes para emanciparse, pero aun así, quiere que su familia conviva armónicamente, por lo que colabora activamente en el cuidado para con su hermana, llevándola a diversiones cuando tiene tiempo, de igual forma, se muestra menos rencoroso con el padre y menos protector con la madre.

- Comunicación: Se percibe más cargada de afecto, menos agresiva y con mayor respeto. La familia comenta que evitan discutir temas de negocios en la casa, a fin de que la paciente pueda participar en la conversación.

La familia recuerda sus funciones y trata de llevarlas a cabo. El grupo familiar resuelve sus conflictos mediante el diálogo, se han tratado de que la paciente tenga más libertades pues se intenta de que ella cuide de sí misma, haciéndola consciente de su enfermedad, por lo que se intenta inculcar límites.

La familia continua desarrollando estrategias conjuntas, aunque de manera más informal, se busca que la enferma participe en el hogar y se le gratifica verbalmente si hace las cosas adecuadamente, de acuerdo con los valores de la familia.

La autopercepción familiar es que son una familiar normal con un familiar psicótico, en etapa de aceptación y en etapa de reajuste emocional por la emancipación de los hijos mayores, pero a decir del grupo se consideran seguros, más integrados y con mayor flexibilidad, lo que consideran que fomenta que la paciente tenga remisiones más largas.

* Resultados a partir del Análisis de Datos:

A continuación se expondrán los resultados del estudio temporal de un solo grupo con evaluaciones periódicas.

Primero se señalarán los objetivos generales y después se anotará una breve descripción si se logró cumplir con los mismos.

Área informativa:

- La familia aplicará sus conocimientos teóricos respecto a la sintomatología esquizofrénica por medio de la observación cotidiana en el caso particular del integrante enfermo, apoyando de esta manera al equipo de salud.

Se considera que se cumplió con este objetivo, puesto que la familia, es capaz de identificar los cambios patológicos de la paciente en su convivencia cotidiana, lo cual ayuda a una intervención oportuna que evita retrocesos importantes en la estabilidad emocional de la enferma.

Por otra parte, es importante señalar que Valerio de Mocayo (1990), reportó en el Segundo Congreso Iberoamericano de Psiquiatría de los Centros de la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios que se han obtenido resultados similares a los de la presente investigación, puesto que se concluye que la familia que tiene acceso a los posibles cambios patológicos del enfermo, es más cooperativa en cuanto al cuidado del familiar enfermo mental.

- La familia organizará las actividades que ayuden al enfermo en su integración con la sociedad.

Se demostró igualmente, que a partir de la orientación familiar, la familia se integró más para fomentar la participación de la paciente en su hogar, lo cual se expresó al principio al elaborar un duelo por la enfermedad de Silvia y continuando por la planificación de formas de ayuda para la enferma sin descuidar los intereses del resto de la familia y finalizando con la aplicación de las mencionadas estrategias de colaboración para la integración de la enferma a la sociedad.

Es de aclarar que es necesario, que la familia pase por etapas de duelo, rebeldía, para finalmente aceptar la enfermedad y lograr que cooperen, pues ningún cambio espectacular puede ser real, pues no implica un aprendizaje significativo, es decir, que en situaciones similares se lleve a cabo.

- Estará capacitado para comparar en teoría sus ventajas como sistema familiar como grupo educativo respecto al ideal de una familia normal.

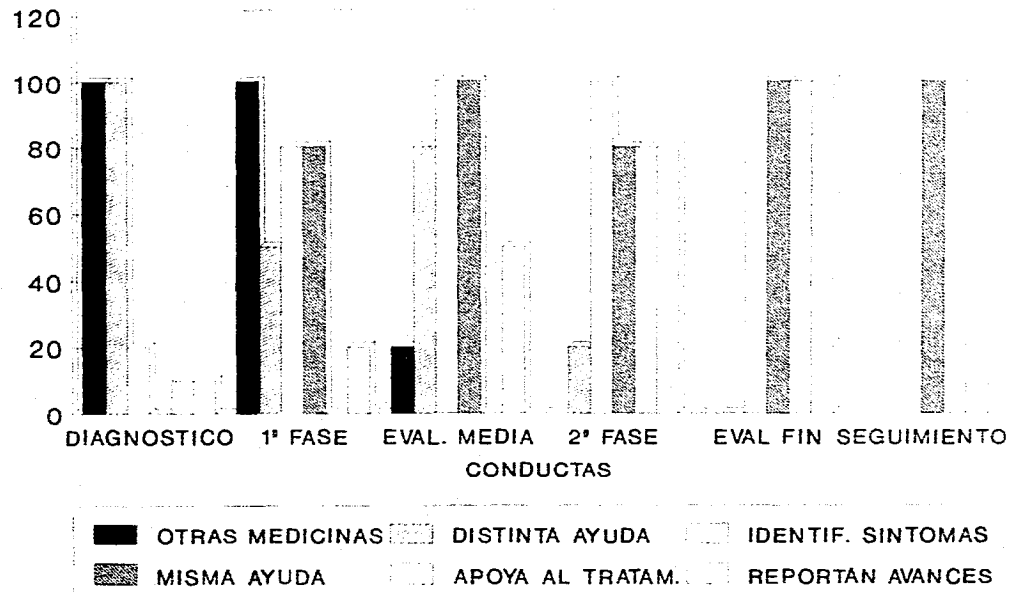
Se satisfizo durante la orientación, al observar que tenían ventajas como familia, por ejemplo el interés que le tienen a la paciente, el querer aprender, el matrimonio bien integrado de los padres, permitió que se cumpliera el cuarto objetivo.

- Modificara algunos errores de convivencia familiar que favorezcan las recaídas del enfermo a partir de sus ventajas como sistema familiar, lo cual a su vez mejorará las relaciones familiares en si misma.

La familia cumplió con este objetivo, pues a la larga se pudo establecer (según su propio código de valores), normas de convivencia más flexibles y propiciatorias al diálogo, basada en la formación de actitudes dispuestas para desarrollar la opinión ajena o externa, así como también al aceptar la enfermedad de su hija como crónica pero controlable, establecieron estrategias de intervención para que la paciente se integre a la sociedad, aunque con la tolerancia de los familiares.

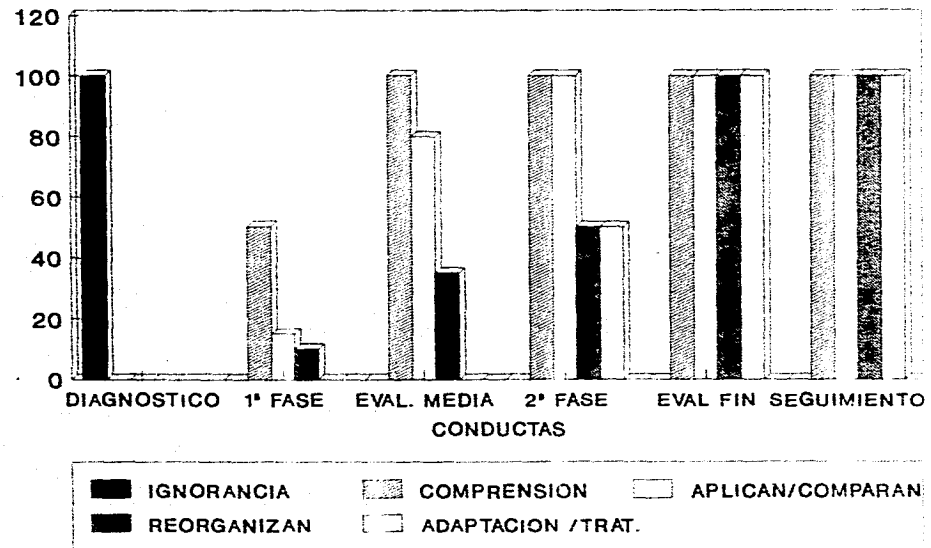
A continuación se presentará en gráficas, las áreas en las que la familia demostró haber aprendido.

APRENDIZAJE EN LA COLABORACION CON EL TRATAMIENTO MEDICO



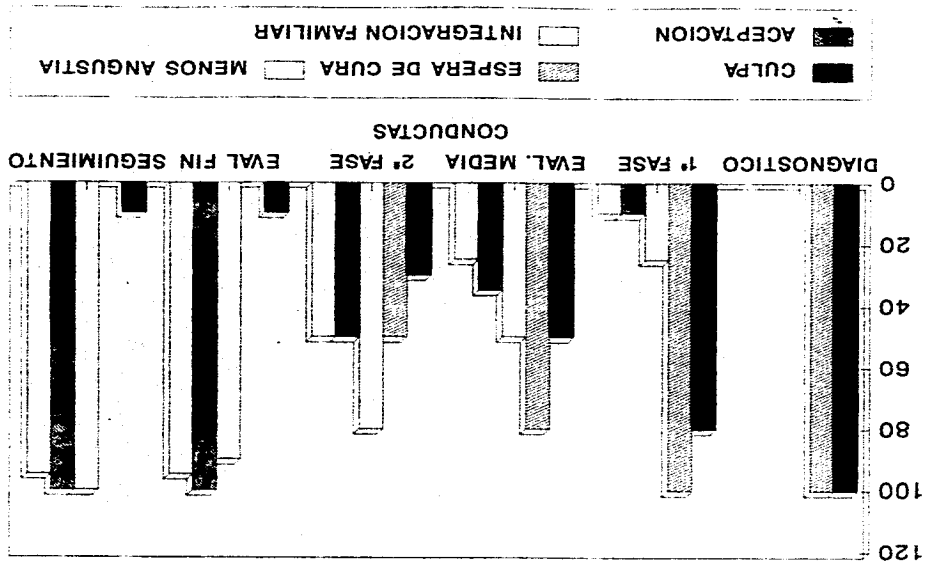
GRAFICA 1

APRENDIZAJE EN LA INTERRELACION FAMILIAR FUNCIONES PARENTALES



GRAFICA 2

APRENDIZAJE EN RELACION CON EL PADECIMIENTO



GRAFICA 3

Como se puede observar en las gráficas anteriores, existió un aprendizaje en la familia, por lo cual se deduce la comprobación de la tesis de la presente investigación, es decir, la tesis expone que *La familia disfuncional con un familiar esquizofrénico es capaz de colaborar con el equipo de salud formulando nuevos esquemas educativos y de convivencia en el grupo familiar, teniendo como base un proceso de orientación en la que se integren fase informativa y formativa de los esquemas adecuados en una familia normal;* y los resultados que proporciona la estrategia de intervención corroboran que mediante un sistema educativo que abarque la información de síntomas del familiar enfermo, además de las funciones parentales normales, y orientando la formación de nuevas actitudes dentro del sistema familiar, existe una modificación actitudinal en la familia y se capacitan para mantener esquemas educativos que promuevan la continuidad en el tratamiento y la reorganización en la estructura familiar lo que propicia una homeostasis más sana.

Por ende, la familia disfuncional es capaz de modificar sus esquemas educativos para mantener un ambiente propicio para la remisión del enfermo si cuenta con la información de los síntomas y signos de la enfermedad de su familiar enfermo, lo que permite una mayor cooperación con el tratamiento, y el apoyo de una

orientación adecuada basada en el ideal de una familia *normal* lo que promueve el aprendizaje teórico - práctico de nuevos esquemas educativos que faciliten la comunicación y disminuyan la angustia familiar.

A continuación se presentarán las conclusiones de la presente investigación.

CONCLUSIONES

Como se mencionó anteriormente, actualmente gracias al avance de la medicina actual cada vez hay mayores posibilidades de que el enfermo mental tenga periodos asintomáticos por temporadas más largas. Esto crea la necesidad de que las familias de estos enfermos se ven en la necesidad de educarse para poder unificar criterios con el grupo de salud y de esta forma evitar nuevos internamientos, los cuales son dolorosos, tanto para los enfermos como para la familia misma.

Así pues, la propuesta de la presente investigación, es tratar de dar una alternativa de solución a esta necesidad, por medio de la implementación de un curso de orientación familiar en el cual la familia disfuncional con un familiar esquizofrénico aprenda estrategias de colaboración para con el equipo de salud formulando nuevos esquemas educativos y de convivencia en el grupo familiar.

Después de realizada la investigación anterior, se deduce lo siguiente:

1. Por familia se entiende un grupo de personas quienes sostienen lazos de parentesco por consanguinidad, matrimonio o adopción, relacionándose entre sí, con vínculos diferentes y únicos entre cada uno de ellos, dependiendo para el trato de las circunstancias individuales de cada miembro, si bien todos se reconocen como una unidad y mantienen una autoridad moral que los dirige.

La familia como ente social primario tiene un proceso de vida al igual que sus integrantes; por lo que fomenta el desarrollo y evolución de sus miembros, por medio de las funciones específicas que tiene como grupo ante cada uno de sus integrantes, de esta forma cada persona se integra por manifestaciones afectivas, su desarrollo y madurez para percibir y participar en la sociedad, su salud física y mental, su nivel socioeconómico, etc. que tienen como origen a las características familiares específicas de este ser humano.

Por otra parte, la educación es un proceso intencional, cuya finalidad es que la persona alcance su madurez consciente y equilibrada basada en su potencial natural, de modo que se logre la integración con la sociedad que lo rodea, y tiene su principio en la convivencia e integración familiar.

De lo anterior se deduce que las relaciones familiares influyen en el individuo a percibir el mundo y su reacción para la solución de los problemas, de lo que se desprende la necesidad de que la interacción familiar sea estable, clara, con mensajes inequívocos para el receptor para lograr una relación armoniosa y equilibrada.

Así pues, las relaciones familiares precisan de rigidez en sus principios, de tal manera que la jerarquía ética que se maneje en el hogar debe ser precisa, justa y clara para todos; y flexible en su aplicación, de forma que se adapte a las circunstancias personales de cada integrante del núcleo familiar, con el objeto de que se prepare a la persona en la comprensión, interpretación y desenvolvimiento de su realidad en beneficio de sus circunstancias y con satisfacción personal; puesto que de lo contrario, el hombre tendrá bases débiles para desarrollar una personalidad sana.

2. Debido a que los síndromes esquizofrénicos alteran gravemente a la persona que los padece en cuanto sus reacciones impredecibles y su sintomatología en general, la conducta del enfermo tiene repercusiones desagradables tanto para la persona que padece la esquizofrenia como para su entorno familiar, e incluso arriesgar física y emocionalmente a la armonía y el orden familiar, situación que generalmente es muy angustiante para cualquier persona y en conjunto para la familia.

Por lo tanto, la aparición de una enfermedad mental en uno de los miembros de la familia, constituye una modificación definitiva en el interior de ésta; y debido a ello se crea la necesidad de que el enfermo sea atendido, cuidado y medicado, lo que trae como consecuencia que la familia tenga que interactuar con el equipo médico, lo que por sí mismo constituye un cambio preponderante en la convivencia familiar.

En el caso particular de los síntomas esquizofrénicos, se sigue un tratamiento psiquiátrico, el cual consiste en enlazar psicoterapia, y farmacoterapia; y en casos agudos también es necesaria la reclusión para que el cuidado y vigilancia de los síntomas sea especializado y constante; hasta que una vez pasada la crisis psicótica del enfermo, éste pueda regresar al núcleo familiar sin síntomas o con síntomas muy controlados.

Gracias a los avances médicos, los periodos asintomáticos son cada vez más largos, sin embargo, un factor determinante para ello es que existan objetivos y metas comunes entre la familia y el equipo de especialistas, lo cual implica que la familia tenga que ayudar activamente en el tratamiento del enfermo, lo que conlleva a que la familia tenga que saber cuales características del comportamiento que son indicadores de una posible recaída, que se debe de hacer en esos casos, supervisar la ingesta de medicamentos, etc.

Los anteriores factores deben considerarse al tratar al enfermo mental, porque los familiares del esquizofrénico, inciden en su salud, en el tratamiento, así como la interacción con el equipo médico, etc.

La aparición de un enfermo mental crónico, como son los esquizofrénicos dentro de un grupo familiar, trae como consecuencia el probable impedimento de que la familia por sí misma encuentre y desarrolle nuevos patrones de relación que correspondan a la nueva etapa que está iniciando, lo que provoca que la familia se vuelva rígida, se repliegue en sí misma para aceptar la enfermedad y aprender a convivir con ella, sobre todo porque generalmente, la familia percibe la enfermedad en manifestación aguda, lo que provoca más tensión.

Es común que los familiares de los esquizofrénicos, aun los que presentan mayor disposición para cooperar en el tratamiento, presenten crisis de interacción familiar que en los que se agravan los problemas que existían anteriormente como por ejemplo, autoritarismo, culpa, coraje, rigidez, tensión poca atención a otros miembros de la familia, esfuerzos separados por ayudar al enfermo; que intencional o no, ocasionan que en esa familia exista un ambiente hostil hacia los demás miembros, y obviamente hacia el enfermo, quien puede llegar a empeorar.

De lo anterior se deduce, que la familia necesita capacitarse para poder desempeñar adecuadamente su papel de colaborador en el tratamiento y por otra parte, necesita de ayuda para corregir disfunciones en su relación familiar previas y paralelas a la crisis del enfermo.

3. Así pues, si el aprendizaje es la modificación de conducta con cierta permanencia y la orientación familiar se concibe como un servicio de ayuda para la mejora personal de cada uno de los miembros de la familia que lo solicita, entonces, la familia requiere un sistema de orientación familiar porque dicho proceso tiene la facilidad que la familia misma sea consciente de la necesidad de colaborar con el equipo médico y de crear un plan de ayuda, en el cual se tenga un crecimiento como familia adecuando su respuesta a las nuevas necesidades familiares. Esta orientación familiar es a nivel correctivo, puesto que se precisa que la familia modifique su quehacer interactivo y educativo con el objetivo de que el ambiente sea propicio a la remisión del enfermo y al desarrollo de los demás miembros.

Dicho sistema debe basarse en tres postulados previos:

a) La familia, por muy errada que sean sus actitudes, siempre tendrá una cualidad que podrá ser aprovechada para iniciar una reestructuración en el sistema familiar.

b) La comprensión de la problemática del enfermo y la comparación con un ideal familiar, puede disminuir la angustia, lo cual permite cierta estabilidad, que a su vez trae como consecuencia la posibilidad de iniciar modificaciones en la interacción familiar.

b) El aprendizaje será significativo en la medida en que esté constituido por pequeñas modificaciones constantes y en la misma dirección.

De acuerdo con estos principios, la orientación familiar dirigida a grupos parentales con un miembro esquizofrénico, pretende lograr que la familia integre estrategias conjuntas con el equipo médico que tratan a su integrante enfermo, y de esta manera se coopere en beneficio de remisiones más larga tomando en consideración los siguientes puntos:

a) La familia comunique al médico especialista los avances y retrocesos que tiene el paciente con el objetivo de que el paciente se mantenga asintomático, y la actividad del médico sea preventiva a nuevas recaídas.

b) La familia coopere en el tratamiento, supervisando ingesta de medicamentos y propiciando que el enfermo, dentro de sus limitaciones, participe en la sociedad.

c) Para que la familia apoye al grupo médico, debe apoyarse en sus ventajas naturales y corregir sus errores, de tal manera que necesita desarrollar nuevas estrategias de interacción, que beneficien el crecimiento de cada uno de los integrantes.

4. Uno de los medios factibles para ayudar a integrar al enfermo esquizofrénico a la sociedad mediante la colaboración familiar es el programa de orientación presentado, mismo que puede desarrollarse de manera familiar o bien interactuando varias familias con el mismo problema, puesto se enfoca principalmente a un proceso de orientación sistematizado que abarca tanto el aspecto cognocitivo como formativo de hábitos de interacción, pues la conclusión es que el conocimiento tanto de síntomas y signos como del ideal de una familia, motivan al grupo familiar a desarrollar estrategias de colaboración con el grupo especialista y de iniciar procesos de mejora independiente al padecimiento del integrante esquizofrénico.

En este sentido, la Pedagogía Especial y particularmente el papel de la Orientación Familiar Especial es preponderante en el tratamiento, pues el hecho de que la familia tome conciencia de que

su familiar enfermo tiene la posibilidad de superarse es punto determinante para el éxito del tratamiento, por lo tanto es importante que cada una de las personas que conviven con el enfermo conozcan exactamente cual es el padecimiento real de la persona, las repercusiones que el padecimiento trae consigo para la persona que lo padece así como las posibles causas y las correspondientes terapias para su remisión, así como que conozcan cuál es la función de la familia en el desarrollo del ser humano, con el objetivo de que se esfuercen por crear un ambiente familiar adecuado, que contribuyan al crecimiento integral de todos y cada uno de los integrantes de la familia.

La rehabilitación de los enfermos mentales es una labor conjunta de todos los miembros del equipo interdisciplinario y la familia y la única manera en que se puede lograr es manteniendo una continua comunicación y que se utilice un lenguaje común y esto finalmente tiene como consecuencia que se pueda continuar el tratamiento en casa y que a su vez la familia proporcione información valiosa y a tiempo sobre los avances y retrocesos del enfermo en cada una de las áreas correspondientes, para que los especialistas puedan ajustar el programa de rehabilitación.

En esta línea, la labor del pedagogo es propiciar que la integración entre ambos subsistemas se realice rápida y

eficazmente, a través de la estructuración del programa de orientación de acuerdo a las necesidades de la familia y del equipo de salud, partiendo de los conocimientos y dinámica de la familia.

Una vez que el equipo de salud ha detectado el problema que enfrenta el enfermo esquizofrénico; el pedagogo aplica una evaluación diagnóstica a la familia, determinando sus conocimientos en relación con la enfermedad, como vivencian este padecimiento a nivel familiar, como afecta en las relaciones familiares y de que manera se interrelaciona la familia para apoyar a la remisión de su integrante enfermo, así de la interacción familiar independiente a la problemática actual; es decir, el pedagogo será quien sea el responsable de identificar capacidades, conocimientos y fortalezas; así como inquietudes, dudas o ignorancia y debilidades.

El enfoque que sugiere el trabajo, por la detección de necesidades de la familia es conceptualista; debido a que parte del principio de que la información propicia la diferencia y el cambio, en tanto que la familia ha vivido lo que se pretende estructurar, por tanto, el aprendizaje es significativo en la medida en que el grupo familiar se permita homologar conceptos que a su vez, una vez aprendidos, favorecen comportamientos nuevos.

Siguiendo esta idea, la labor del pedagogo como orientador, es involucrarse en el proceso de cambio como facilitador del

aprendizaje a través de transmitir información concerniente a la enfermedad y las relaciones parentales ideales, lo que permite que la familia reestructure sus puntos de vista tanto en la enfermedad como en la interacción familiar, lo que a su vez promueve que el pedagogo pueda colaborar con la familia a formular la estrategia de apoyo al tratamiento del enfermo; visto de esta manera, el objetivo de aprendizaje de este proceso de orientación es que la familia y el equipo de salud colaboren en el tratamiento del enfermo esquizofrénico, mediante la reestructuración de conceptos y actitudes de la familia que favorezcan la remisión del enfermo.

La intención del pedagogo al informar sistemáticamente, es motivar a que la familia comprenda las causas del comportamiento del esquizofrénico, se percate de cuales síntomas son indicios de una nueva crisis, y una vez adquiridas estas capacidades, sea capaz de colaborar con el equipo de salud para que la intervención terapéutica sea a tiempo; asimismo, se sugiere que el equipo de salud instruya con claridad el tratamiento que se le suministra al enfermo, contemplando qué síntoma controla así como las consecuencias de que se le retire la dosis o se le dé mayor cantidad. Esta información disminuye dudas y por lo tanto incertidumbre y angustia a nivel familiar.

Lo anterior supone que el éxito de la labor del orientador radica en la capacidad de mantener coherencia y congruencia entre la información, actitudes y valores que le trasmite a la familia, es decir, que los modelos que comunique a los integrantes tanto a nivel individual como grupal sean los mismos en conocimiento de las funciones familiares, actividades que desempeña y valores que representa cada miembro de la familia.

Redondeando la idea anterior, se entiende que si bien es cierto que la información por sí misma es diferencia y cambio; y este cambio implica un aprendizaje, también es verdad que el orientador es un facilitador del aprendizaje afectivo; y que en este entorno es en el que el aprendizaje debe ser significativo puesto que en última instancia los esfuerzos del pedagogo están ecaminados a que la familia colabore con el equipo de salud para que el enfermo siga adecuadamente el tratamiento.

Para este efecto, el pedagogo debe facilitar el aprendizaje mediante técnicas emotivo-participativas; que favorezcan el proceso de colaboración de acuerdo a las funciones familiares correspondientes y al mismo tiempo permitan el crecimiento de los demás miembros. Así pues, en la segunda fase del programa de orientación (aprendizaje afectivo) es inevitable que sea el pedagogo mismo el primer elemento de estímulo al cambio, porque se

incorpora como p rticipante mediador en las relaciones familiares y precisamente por su posibilidad de ocupar una posición de observador, moderador e incluso asuma momentáneamente el papel de miembro simbólico a manera de modelo, puede de manera estructural, fomentar el aprendizaje, pues entre más se involucre en facilitar el aprendizaje, motivará a la familia a cooperar con el tratamiento.

De acuerdo con todo lo anterior, se concluye que *La familia disfuncional con un familiar esquizofrénico es capaz de colaborar con el equipo de salud formulando nuevos esquemas educativos y de convivencia en el grupo familiar, teniendo como base un proceso de orientación en la que se integren fase informativa y formativa de los esquemas adecuados en una familia normal*; por tanto la hipótesis queda comprobada por medio de la estrategia de intervención.

Se invita a todas aquellas personas que tengan la oportunidad de profundizar en el ámbito de la Pedagogía Familiar Especial, y particularmente en el terreno de la salud, que continúen esta investigación, pues es inagotable el esfuerzo por servir a estas familias.

BIBLIOGRAFIA

a) BASICA

1. ANDOLFI, M., et. al., Tiempo y mito en la psicoterapia familiar, Buenos Aires, Paidós col. Grupos e Instituciones, 1989, 218 p.
2. BARON, Robert, et. al., Psicología: Un enfoque conceptual, México, Interamericana, 1983., 543 p.
3. BLANCO, R., et.al., " Orientación Educativa y Orientación terapéutica ", Revista de Orientación Vocacional N° 0, 29-37 p., Dirección General de Orientación Vocacional, U.N.A.M., año 1, Ene-feb 1988 .
4. CADAHTA, J., La familia. Matrimonio. Hogar. Hijos., Madrid, edit. Palabra, 1979, 220 p.
5. CASO, A., Fundamentos de Psiquiatría, México, Limusa, 1984, 1,212 p.
6. DE SHAZER, Steve, Pautas de terapia familiar breve, Buenos Aires, edit Paidós col. Grupos e Instituciones, 1987, 206 p.
7. D.S.M. III, Dianostic and Stadistical Manual of Mental Disorders, E.U.A., American Psiquiatric Asociation, 1980, 494 p.
8. FRANKL, Victor, La psicoterapia al alcance de todos, Madrid, Herder, 3ª ed., 1986, 193 p.
9. FREEDDMAN, Alfred., et. al., Compendio de Psiquiatría, Barcelona, Salvat., 919 p.
10. GARCIA HOZ, V., Principios de Pedagogía Sistemática, Madrid, Rialp., 1960, 558 p.
11. GASPERIN, R., "La familia en la orientación vocacional", Revista de Orientación Vocacional N° 0, 21 -29 p., Dirección General de Orientación Vocacional, U.N.A.M., año 1, Ene-feb 1988.
12. GOLDMAN, H., et. al., Psiquiatría General, México, Manual Moderno, 1987, 736 p.

13. GORDILLO, M. V., La Orientación en el Proceso Educativo, Pamplona, E.U.N.S.A., 1984, 302 p.
14. HOFFNER, J., Matrimonio y Familia, Madrid, edit. Rialp, 1966, 106 p.
15. KOLB, L., Psiquiatría Clínica Moderna, México, edit. La Prensa Médica Mexicana, s.a., 1,016 p.
16. LOMAS, P., et. al., La Crisis de la familia, Puebla, edit. Premio, 2ª ed, 1986, 220 p.
17. MEZER, R., R., Psiquiatría Dinámica, México, Pax, 2ª ed., 1980, 269 p.
18. MONROY, de Velasco, A., et. al., Salud, sexualidad y adolescencia, México, Pax- México, 1985, 315 p.
19. NAVARRO, de Ferrer, A. M., El amor y la familia, México, Minos, 1982, 177 p.
20. NERICI, I., Hacia una didáctica general dinámica, Buenos Aires, Kapelusz, 2ª reimposición, 1984, 541 p.
21. NERICI, I., Metodología de la enseñanza, Buenos Aires, Kapelusz, 2ª ed., 1982, 397 p.
22. ODIER, Ch., La angustia y el pensamiento mágico, México, Fondo de Cultura Económica, 1980, 273 p.
23. OTERO, F. O., Qué es un orientador familiar, Pamplona, EUNSA, 2ª ed., 1989, 199 p.
24. PANKOW, G., Estructura Familiar y Psicosis, Buenos Aires, Paidós, 1979, 115 p.
25. PATIÑO, L., Psiquiatría Clínica, México, Salvat, 1ª reimposición, 1985, 385 p.
26. PIAGET, J., La formación del símbolo en el niño, Mexico, Fondo de Cultura Económica, 1986, 401 p.
27. PIAGET, J., Psicología y Pedagogía, España, edit. Sarpe, 1979, 226 p.

28. PIAGET, Jean, Seis Estudios de psicología, México, Planeta, 1985, 225 p.
29. POROT, M., La familia y el niño, Madrid, edit. Paideia, 268 p.
30. REICH, William, Análisis del carácter, Buenos Aires, Paidós, s.ed., 1983, 501 p.
31. ROBLES, de Fabr , Teresa, et. al., El enfermo crónico y su familia. Propuestas terapéuticas, México, edit. Nuevomar y Centro México de Investigación y Clínico col. constructores, 1987, 149 p.
32. SANCHEZ AZCONA, Jorge, Familia y Sociedad, México, Joaquín Moritz, 1976, 98 p.
33. TASHMAN, Harry, La familia neur tica de nuestro tiempo, Buenos Aires, Paidós, 1972, 239 p.
34. TYLER, E., Leona, La función del orientador, México, Trillas, 1972, 359 p.
35. VALLEJO NAJERA, J. A., Introducción a la psiquiatría, Barcelona, Cientifico - Médica, 1981, 501 p.

b) **COMPLEMENTARIA**

36. CANALES, L., et. al., " Los modelos de orientación vocacional en México, y la psicología social", Revista de Orientación Vocacional N  0, 8-14 p., Dirección General de Orientación Vocacional, U.N.A.M., año 1, Ene-feb 1988.
37. DROZ, Remy, et. al., Cómo leer a Piaget, México, Fondo de Cultura Económica, 1984, 293 p.
38. Diccionario de las Ciencias de la Educación, México, Santillana, 1  reimpresión, 1,479 p.
39. Diccionario Enciclopédico de Educación Especial, México, Santillana, 1985, 2,159 p.
40. FERRINI, R., Hacia una Educación Personalizada, México, edit. Mexicanos Unidos, 1986, 199 p.

41. FLORES, M., Tratado elemental de Pedagogía, México, edit. U.N.A.M., Biblioteca Pedagógica serie mexicana, 1986, 250 p.
42. HORROCKS, J.E., Psicología de la adolescencia, México, Trillas, 1ª reimpresión, 1986, 464 p.
43. HURLOCK, E., Psicología de la adolescencia, Buenos Aires, Paidós, 4ª ed., 1980, 572 p.
44. HOWARD, W., Diccionario de psicología, México, Fondo de Cultura Económica, 16ª reimpresión, 1984, 383 p.
45. LAENG, M., Vocabulario de Pedagogía, Barcelona, Herder, 1979, 305 p.
46. LAING, R.D., El Yo dividido, México, Fondo de Cultura Económica, 1984, 216 p.
47. MENESES, E., Psicología General, México, Porrúa, 1976, 476 p.
48. MERANI, L. A., Diccionario de psicología, México, Grijalbo, 1986, 270 p.
49. MILLAN, Puelles, A., Fundamentos de filosofía, Madrid, Rialp, 11ª ed., 1981, 670 p.
50. MUSSEN, P., et.al., Desarrollo de la personalidad en el niño, México, Trillas, 2ª ed., 1987, 563 p.
51. NEWMAN, B., et. al., Desarrollo del niño, México, Limusa, 1983, 574 p.
52. SCHATZMAN, M., El asesinato del alma. La persecución del niño en la familia autoritaria, México, Siglo XXI., 1986, 195 p.
53. SECHEHAY, M.A., La realización simbólica y diario de una esquizofrénica, México, Fondo de Cultura Económica, 1984, 241 p.
54. VERNAUX, R., Filosofía del hombre. Curso de filosofía tomista, Barcelona, Herder, 8ª ed., 1983, 234 p.
55. WOOLFOLK, A., Psicología Educativa, México, Prentice - Hall, 1990, 649 p.

c) APOYO ()

56. ARY, D., et.al., Introducción a la Investigación Pedagógica, México, Interamericana, 2ª ed., 1987, 410 p.
57. BEAL, M., G., et. al., Conducción y acción dinámica del grupo, Buenos Aires, Kapelusz, 1982, 332 p.
58. BERLO, K., D., El proceso de la comunicación. Introducción a la teoría y a la práctica, México, edit. El Ateneo, 15ª reimpresión, 1984, 239 p.
59. BEST, J., Cómo investigar en educación, Madrid, Morata, 9ª ed., 1982, 510 p.
60. FRANKL, V., El hombre en busca de sentido, Barcelona, Herder, 7ª ed., 1986, 132 p.
61. GAGO, Huget, A., Elaboración de cartas descriptivas. Guía para preparar el programa de un curso, México, Trillas, 7ª reimpresión, 1985, 115 p.
62. HERVADA, J., Diálogos de amor y matrimonio, Pamplona, EUNSA, 2ª ed., 1975, 211 p.
63. KEMP, J., Planeamiento Didáctico. Plan de desarrollo para unidades y cursos, México, Diana, 7ª reimpresión, 1985, 175 p.
64. SATIR, V., En contacto íntimo. Cómo relacionarte contigo mismo y con los demás, México, edit. Concepto, 3ª reimpresión, 1981, 94 p.
65. SATIR, V., Psicoterapia familiar conjunta, México, La Prensa Médica Mexicana, 1986, 262 p.

Se considera bibliografía de apoyo al acervo bibliográfico que si bien no aparece en el texto fue de apoyo contextual, tanto para la impartición de los cursos, como para su parte metodológica.

A N E X O S

CLINICA "SAN RAFAEL"
AV. INSURGENTES SUR 4177
TLALPÁN, D.F. 1420
TEL. 573-43-66

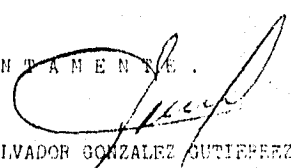
México, D.F., a 24 de Julio de 1989.

A QUIEN CORRESPONDA:
UNIVERSIDAD PANAMERICANA.
P R E S E N T E .

Por medio de la presente se hace constar que la SRITA. LOPEZ RODRIGUEZ MAYLI DEL REFUGIO, ---- pasante de la carrera de Lic. en Pedagogía en la Universidad Panamericana, con número de cuenta 8171450705 terminó la parte práctica de su tesis para obtener su Título en esta Institución, dicha práctica consistió en la orientación dirigida a una familia con un enfermo esquizofrénico.

Lo que se hace del conocimiento, para -- los efectos que haya lugar.

A T E N T A M E N T E .


DR. SALVADOR GONZALEZ GUTIERREZ.

DIRECTOR MEDICO.

ANEXO N° 2
NOTA TECNICA
PSICOSIS ESQUIZOFRENICAS

Una psicosis esquizofrénica es una enfermedad mental con trastornos severos en el pensamiento, afectividad y conducta, lo que provoca problemas en las relaciones con el mundo exterior, porque al interpretar erróneamente los estímulos, responde de manera equivocada.

El área dañada en las esquizofrenias es el área de la conciencia del ser humano, que es la que establece una diferenciación entre la persona y el resto del mundo, entre el sujeto y el objeto, lo que permite una interpretación correcta del mundo y favorece que la persona reaccione de manera adecuada ante lo que percibe. Esta área también es conocida como el Yo.

La percepción de un enfermo mental grave está alterada, no puede diferenciar las sensaciones que tiene y los estímulos externos, por lo que su atención se centra en si mismo, y su pensamiento es como el de un niño, y esto le dá la sensación de que el mundo exterior es amenazante y todo esto le causa perplejidad, dificultades para comunicarse y conductas extravagantes o infantiles.

Las manifestaciones del daño existente en el Yo, son severas e igualmente variados en el caso de la esquizofrenia; se dividen en daños básicos y complementarios (pueden aparecer o no):

a) Básicos

La sintomatología primaria se refiere a los daños recibidos por la enfermedad.

* *Alteraciones en el pensar:* En las personas consideradas sanas existe la capacidad de asociar frases o pensamientos, es decir, asociamos el estímulo y meditamos una secuencia adecuada al estímulo.

En los enfermos psicóticos los pensamientos son unidades aisladas, por lo que las manifestaciones pueden ser manifestadas por incoherencias, que den una respuesta por otra, piensen que les roban el pensamiento.

* *Alteraciones en el sentir:* El problema está en que el enfermo no distingue de lo que él siente con lo que está pasando y esto le provoca mucha angustia.

Las manifestaciones externas son que el individuo es incapaz de demostrar sus emociones, aunque se le ve perplejo y asustado por todo, puede tener una conducta sexual desviada y puede no reconocerse a sí mismo como es.

** Alteraciones en las relaciones con el mundo:*

Esta perturbación es consecuencia del daño de las otras alteraciones, la manifestación es la conducta perpleja y aislada del enfermo y a su vez esto se muestra en la falta de iniciativa, dificultad para comunicarse y mantener una actitud egocéntrica e infantil; esto implica que el enfermo tiene conductas extrañas y poco coordinadas que aparentemente carecen de objetivo.

b) Complementarias

Este tipo de sintomatología es más obvia en la conducta del enfermo. Se considera, sin embargo que entre más de estos síntomas presente, mejor será el pronóstico.

** Alucinaciones:* Son experiencias sensoriales sin estímulo correspondiente, así pues, pueden verse cosas que no están presentes en este momento, u escucharse cosas que no suenan. Las alucinaciones más frecuentes son justamente auditivas y visuales, aunque también se pueden presentar de los otros sentidos.

** Ideas delirantes:* Son ideas erróneas que no es posible corregir por medio de razonamiento lógico, por lo que se vuelven ideas esclavizantes pero que disminuyen de alguna manera la angustia que vive el paciente.

En el caso de la esquizofrenia, hay delirios típicos como son:

- Ser ayudado por los demás.
- Robo de ideas.
- Sentimiento de tener dones especiales o poder salvar al mundo.
- El fin del mundo.

** Gesticulaciones y conductas extrañas:* En este caso, los gestos son afectados, casi se diría que los ejecuta un mal actor, presentan cierto descuido por su personas, como de repente presentar trajes extravagantes, exagerar su arreglo, o presentar cierto toque especial con una explicación de contenido mágico.

* *Falta de atención:* Se distraen constantemente, porque hay demasiada interferencia por parte de las ideas delirantes y alucinaciones.

Es muy importante señalar, que detrás de esta aparente indiferencia, se esconde una profunda angustia producto de su enfermedad.

* *Indiferencia:* Sus sentimientos son aparentemente poco profundos, o bien sus respuestas afectivas son contrarias a la situación que le rodea.

* *Incoherencia:* Es el resultado del pensamiento desordenado. Las frases ilógicas son producto de la incoherencia.

* *Ecolalia:* Es la repetición verbal de sílabas, palabras o frases almacenadas por el propio sujeto o tal vez escuchadas con anterioridad.

* *Aumento de la actividad:* Los movimientos y actividades que tiene el sujeto carecen de fin alguno y presenta más planes o proyectos de los que en realidad puede efectuar.

En el mismo plano podemos observar que la actividad puede disminuir hasta el grado de que tenga pérdida de intereses.

* *Angustia:* Es una reacción afectiva que se caracteriza por la incertidumbre y el miedo incontrolable, acompañada de palpitations cardíacas, problemas respiratorios, temblor y sudoración.

* *Agresividad:* Se refiere a una actitud defensiva ante el ambiente, e incluso el deseo de destrucción del mismo.

SINTOMATOLOGIA CLAVE:

En este apartado se van a señalar conductas o manifestaciones muy sutiles de una posible recaída, algunos de los puntos ya fueron señalados por lo que únicamente se van a señalar.

Trastornos del pensamiento:

Sonorización: Hablan en voz alta aunque estén solos o bien expresan sus pensamientos independientemente de lo que esté hablando con ellos.

Pensamiento disgregado: Son las incoherencias.

Robo del pensamiento: Están convencidos de que alguien les roba el sus ideas. Esto es muy obvio porque lo señalan tal cual.

Variantes de esta conducta es que ellos mencionen que lo roban o que tienen poderes telepáticos.

Delirios: Ya se mencionó arriba.

Trastornos de la percepción:

* Alucinaciones: Ya se mencionó arriba.

* Desorientación: Muestran serios problemas para identificar el lugar en que se encuentran, o el momento en el que están, pueden llegar a perder el sentimiento de quienes son pero esto ocurre pocas veces.

Trastornos afectivos:

Exaltación: Se refiere a un estado de ánimo intenso sin aparente motivo para ello, pero suele manifestarse sin que las demás personas lo sientan como auténtico.

Trabajo inconstante: Aumento o disminución de actividad (ver arriba).

Verborrea: Es una conducta caracterizada por el uso continuo de palabras, que pueden llegar a caer en la incoherencia y se caracteriza por el uso de palabras picantes y de contenido picaresco.

Mutismo: Es lo contrario de la verborrea. Se caracteriza por la ausencia de lenguaje o contestaciones con monosílabos.

Deseo sexual incrementado o disminuido: Se refiere a la modificación de la respuesta sexual. Suele aumentar a centrar únicamente la atención del paciente o disminuir a nulificar el deseo.

Labilidad: Son los cambios de estados de ánimo sin que exista una causa externa aparente que suscite este cambio. Sucede en cuestión de horas e incluso minutos.

Existen muchos otros síntomas que pueden ser indicativos de que el paciente tenga una recaída, pero generalmente son de menos importancia o forman parte de una cicatriz o marca esquizofrénica, lo que no es malo que tenga, pero se debe aprender a vivir con esas extravagancias.

Es muy importante que para que se eviten recaídas graves, la familia debe procurar que el enfermo siga todas las indicaciones del médico y que además no incluya otros tratamientos sin avisarle, porque en ocasiones un tratamiento aparentemente sencillo, puede causarle problemas al enfermo porque se contraponen con los medicamentos que le receta el psiquiatra.

Asimismo, en el caso de que la familia observe que al enfermo no le está sentando la medicina, (se le ve demasiado adormilado, muy inquieto, la boca seca, demasiada sudoración, etc.) es muy recomendable llamar al médico, aunque no toque cita, pues de esta manera, el médico puede ajustar al tratamiento para disminuir dosis, por la mejoría del enfermo, o bien aumentarla para evitar recaída con internamiento.

También es importante aclarar que una de las causas para que se empeore o mejore el enfermo es la angustia, y esto está causado a su vez por la percepción de un mundo demasiado amenazante, por lo que se deben dar órdenes precisas y directas, y evitar dar una contraorden, es decir, que un miembro de la familia diga una cosa y otra persona diga otra cosa.

Finalmente, es recomendable que se le vaya inculcando al enfermo que tiene que tomar sus medicinas y vigilar que lo haga SIN MODIFICAR DOSIS, ni cambiar medicamentos.

Lo anterior sirve como base para evitar recaídas y tener una convivencia más equilibrada, por lo que se espera que sea útil para ustedes.

ANEXO No 3

EVALUACION MEDIA DEL PROCESO DE ORIENTACION

Objetivo: La familia describirá teóricamente los síntomas de esquizofrenia, y los conceptos de familia, funciones normales y los errores que cada uno de los participantes del sistema familiar.

A continuación hay algunas frases que son ejemplos de síntomas complementarios de la enfermedad que padece su familiar enfermo. Después del ejemplo se anotaron algunas opciones para seleccionar el síntomas correspondiente. Marque la posibilidad más adecuada subrayando esta opción.

1. ... Asistia a clases vestido con capa, que le cubria todo el cuerpo. Todos sus medales eran totalmente artificiales.

- a) Ideas delirantes.
- b) Gestos y conductas.
- c) Irritabilidad.

2. " Tú estás tratando de abrir la mente de esta niña. Nunca te perdonaré por tratar de abrir esa mente, le robas las ideas".

- a) Robo de pensamiento.
- b) Ideas del fin del mundo.
- c) Poderes especiales de otros.

3. " ¡Mamá diles que se callen! (No hay nadie en la habitación más que la madre y el hijo).

- a) Delirios.
- b) Falta de atención.
- c) Alucinaciones.

4. "Tengo miedo a estar sola. Creo que si estoy sola va pasarme algo muy malo".

- a) Ideas delirantes.
- b) Angustia.
- c) Alucinaciones.

5. "Parece que nosotros no existimos para él. Como que no le interesamos." (comentarios de familiares y amigos)

- a) Falta de atención.
- b) Indiferencia.
- c) Desorientación.

6. Cambia de actividad frecuentemente, sin que esto se justifique.

- a) Aumento de actividad.
- b) Falta de atención.
- c) Labilidad

7. "Todos hemos venido a verme".

- a) Delirios.
- b) Desorientación.
- c) Incoherencia.

8. Habla constantemente de las manzanas que tiene en su pecho.

- a) Alucinaciones.
- b) Ideas delirantes.
- c) Falta de atención.

9. "Soy una niña...una niña, ¡Si! buena niña.

- a) Irritabilidad.
- b) Delirios.
- c) Ecolalia.

10. "Me molesta todo lo que me rodea. Es difícil y me da miedo porque no lo entiendo".

- a) Irritabilidad.
- b) Ideas delirantes.
- c) Exaltación.

11. Se masturba a todas horas.

- a) Gestos y conductas.
- b) Aumento de actividad.
- c) Sexualidad aumentada.

12. "El mundo está bien. Todos me aman, por eso voy a salvar al mundo".

- a) Ideas delirantes.
- b) Exaltación.
- c) Alucinaciones.

13. Cambia constantemente de actividad, sin razón y sus acciones no tienen una finalidad determinada.

- a) Trabajo inconstante.
- b) Labilidad.
- c) Aumento de actividad.

14. Habla constantemente a solas y aunque no esté solo habla consigo mismo.

- a) Sonorización de pensamiento.
- b) Robo del pensamiento.
- c) Alucinaciones y delirios.

15. En la mañana está deprimida y en la tarde eufórica o viceversa, sin causa aparente.

- a) Labilidad.
- b) Irritabilidad.
- c) Indiferencia.

II. A continuación hay algunas preguntas respecto a la familia y su relación. Después de leer cada pregunta, responda lo que se le indica.

Nombre: _____

1. Papel dentro de la familia: _____.

2. ¿Cuál es la actividad primordial dentro de su función?

3. ¿Cuál es el error de convivencia en el que cae con mayor frecuencia?

4. Solamente en su caso ¿Qué hay que hacer para mejorar dicha convivencia?

5. ¿Cuáles son los puntos que debemos tomar en cuenta en toda comunicación para que sea adecuada?

6. Defina brevemente que es una familia:

ANEXO No 4

EVALUACION FINAL

Objetivo: La familia será capaz de sustentar todo lo aprendido a lo largo del proceso de orientación.

1. RECONOCIMIENTO DE LA SINTOMATOLOGIA

A continuación hay algunas frases que son ejemplos de síntomas que padece su familiar enfermo.

Posterior al ejemplo, se indican algunas opciones que pueden ser o no el nombre del síntomas correspondiente. Marquen la posibilidad adecuada subrayando esta opción. Discutan entre ustedes antes de seleccionar dicha opción.

1. "...La noche me cubre el cuerpo, muestra mis pensamientos y los lleva hacia tu ventana..."

- a) Robo del pensamiento.
- b) Ideas delirantes primarias.
- c) Delirio de persecución.

2. Habla constantemente a solas, interrumpe a los demás para exponer ideas que no vienen al caso.

- a) Ideas delirantes secundarias.
- b) Sonorización del pensamiento.
- c) Incoherencias.

3. "Este hospital es mío y todo del D.F."

- a) Ecolalia.
- b) Alucinaciones.
- c) Delirios.

4. Lleva constantemente condecoraciones que él mismo fabrica.

- a) Ideas delirantes.
- b) Gestos y conductas.
- c) Estereotopías.

5. Se ríe de cualquier cosa, además hace grandes planes para el futuro, pero si lo contradicen se irrita.

- a) Alucinaciones.
- b) Euforia.
- c) Irritabilidad.

6. "Tengo el brazo de cristal".

- a) Alucinaciones.
- b) Delirios.
- c) Falta de atención.

7. "Sé que no pasa nada en la oscuridad, pero me asusta mucho estar sin luz".

- a) Irritabilidad.
- b) Angustia.
- c) Miedo.

8. Se molesta a la menor contradicción a sus ideas.

- a) Irritabilidad.
- b) Ecolalia.
- c) Ideas delirantes.

9. Parece que nada le importa.

- a) Falta de atención.
- b) Indiferencia.
- c) Desorientación.

10. Desea seducir constantemente.

- a) Labilidad.
- b) Gestos y conductas.
- c) Hipersexualidad.

11. "Los infinitos de las bolas, extremo marítimo para ahora azul, amarillo, cuasal de la electricidad".

- a) Ideas delirantes.
- b) Desorientación.
- c) Incoherencia.

12. Sin motivo y en un lapso breve pasa del enojo al desconsuelo, furor y euforia.

- a) Labilidad.

- b) Aumento de actividad.
- c) Irritabilidad.

13. Se distrae hasta con el volar de una mosca.

- a) Aumento de actividad.
- b) Falta de atención.
- c) Delirios.

14. Cambia constantemente de actividad sin razón.

- a) Hiperactividad.
- b) Labilidad.
- c) Desorientación.

II. NORMAS DE CONVIVENCIA

1. ¿Recuerda cuáles son los puntos que debemos tomar en cuenta para que toda comunicación sea adecuada?

2. Defina brevemente lo que es una familia.

3. Recuerda la actividad primordial dentro de su función.

- a) Padre: _____
- b) Madre: _____
- c) Hermano: _____

4. ¿Se consideran capaces como familia para realizar una actividad conjunta en pro del enfermo? ¿Por qué?

5. ¿Qué avances han existido desde el inicio de la orientación hasta ahora respecto a sus normas de convivencia?

III. ACTITUDES DE LA FAMILIA ANTE EL ENFERMO.

A continuación se van a señalar algunas circunstancias ante las cuales ustedes pueden estar de acuerdo o en desacuerdo.

Es importante que antes de señalar a favor o en contra comenten entre ustedes para señalar la actitud que van a tomar y especificar la razón por la que la toman.

1. Al enfermo se le debe permitir hacer lo que se le ocurra porque él no sabe lo que hace.

Sí.

No.

¿Por qué?

2. La familia tiene que elaborar estrategias propias y conjuntas en el trato con el enfermo.

Sí.

No.

¿Por qué?

3. La familia debe informar al médico psiquiatra de cualquier secuela causada por la medicina antes de modificar la dosis.

Sí.

No.

¿Por qué?

4. Las normas de reeducación de un enfermo deben ser rígidas, sin ser autoritarias.

Sí.

No.

¿Por qué?

.....
.....
5. Nunca debe haber intercambio de funciones pues esto confunde al enfermo.

Si.
No.
¿Por qué?

.....
.....

6. Al presenciar los primeros síntomas de crisis (en su caso es euforia) la familia tiene que avisar a un profesional.

Si.
No.
¿Por qué?

.....
.....

7. Se puede hacer proyectos de vida propios teniendo un enfermo mental en casa.

Si.
No.
¿Por qué?

.....
.....

8. La seguridad en un ambiente armonioso es igual a un equilibrio mental.

Si.
No.
¿Por qué?

.....
.....

9. La primera labor que tiene que realizar una familia cuando el enfermo mental se incorpora al hogar es concientizarlo de su enfermedad.

Sí.

No.

¿Por qué?

10. Para que la familia mejore, necesita un cambio pequeño que desencadena otros que a su vez provocan una modificación grande.

Sí.

No.

¿Por qué?

11. El ejemplo bueno es suficiente para que un enfermo mental modifique su conducta.

Sí.

No.

¿Por qué?

12. Un cambio bueno en la familia ayuda a la estabilidad del enfermo mental.

Sí.

No.

¿Por qué?

IV. OPINION SOBRE LA ORIENTACION FAMILIAR RECIBIDA.

1. ¿Cree que le haya servido en algo para ayudar a su familiar enfermo mental el proceso de orientación que hoy termino?

2. La actitud de la orientadora fue adecuado según su opinión.

3. ¿Sus dudas fueron resueltas de forma simple?

4. El contenido de la orientación fue accesible o hay términos que no entendió (en tal caso señale cuáles) ?

5. ¿El material didáctico fue el adecuado?

6. ¿El interés que mostró la orientadora fue el adecuado?

7. ¿Recomendaría este tipo de orientación a otras personas que
tuvieran su mismo problema?

MUCHAS GRACIAS

V. PARTE FILOSOFICA

"La mejora de un enfermo comienza por el saneamiento de su medio vital, la salud ambiental no siempre viene de modo propio."

"Hay que saber reconocer tanto cualidades como defectos propio para así purificar nuestro corazón".

"Nunca somos tan peores pues nos tenemos los unos a los otros para mejorar nuestra calidad de amor".