



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

**INFLUENCIA DE LA FAMILIA EN EL
DESARROLLO DE LA ESQUIZOFRENIA**

T E S I N A

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

**P R E S E N T A:
MARTHA GABRIELA TREJO GONZALEZ**

**DIRECTORA DE LA TESINA:
DRA. ARACELI LÁMBARRI RODRIGUEZ**



Ciudad Universitaria, D.F.

Junio, 2013.



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

AGRADECIMIENTOS

A mi padre, **EFRAIN**, quien me amó, cuidó, apoyó y acompañó todos los días de su vida y del cual solo recibí buenos ejemplos y buena vida, a el que solo tengo que agradecerle, extraño mucho y amaré eternamente.

A mi madre, **ELVIA**, que ha sido mi compañera, mi apoyo y mi guía. Te amo mamá. Muchas gracias.

A mi hermano, **ALEJANDRO**, a quien quiero y que hoy es un hombre de familia y de bien, y que también decidió elegir esta carrera

A mi sobrina **DANNA FERNANDA**, quien es mi motivación de ser mejor día a día para poder enseñarle algo de lo que se y lo que soy y así poder transmitirle el amor por el estudio.

A los que ya se adelantaron, pero que también fueron fuente de inspiración y de enseñanza en mi vida: mis abuelos.

A los amigos y demás personas que han formado parte de mi vida, que siempre han creído en mí y me acompañaron en este proceso.

A todos ustedes, muchas gracias, esto es la culminación de esta etapa pero el inicio de otra aún mejor.

Gabriela.

INFLUENCIA DE LA FAMILIA EN EL DESARROLLO DE LA ESQUIZOFRENIA.

INTRODUCCION	pág 6
CAPITULO 1 FAMILIA	
1.1 Definición, sistema y subsistema	pág 10
1.2 Estructura de la familia	pág 11
1.3 Ciclo vital de la familia	pág 13
1.4 Comunicación en la familia	pág 15
1.4.1 Características	
1.4.2 Alianzas y coaliciones	
1.4.3 Reglas	
CAPITULO 2 ESQUIZOFRENIA	
2.1 Definición	pág 18
2.2 Etiología	pág 19
2.3 Clasificación psiquiátrica	pág 20
2.3.1 CIE 10	
2.3.2 Síntomas positivos y negativos	
2.3.3 Tratamiento psicofarmacológico	

2.4 Teorías sobre la esquizofrenia. pág 28

2.4.1 Psicoanalítica

2.4.2 Médico- biológica

2.4.3 Sistémica

CAPITULO 3 FAMILIA Y ESQUIZOFRENIA

3.1 Principales Teorías pág 31

3.1.1 Teoría del doble vinculo de Bateson.

3.1.2 Teoría del Grupo de Milán

3.1.3 Teoría sistémica de Minuchin

3.2 Dinámica de las familias con un miembro esquizofrénico. pág 37

CAPITULO 4 PROPUESTA DE INTERVENCION.

4.1 Introducción y objetivos pág 43

4.2 Sesiones pág 45

CONCLUSIONES	pág 49
Bibliografía	pág 51
Anexos	pág 54

INTRODUCCION

La esquizofrenia es una enfermedad crónica que frecuentemente tiene efectos devastadores en muchos aspectos de la vida del paciente. Pero las consecuencias también afectan de forma dramática el entorno familiar y social inmediato.

Cuando en una familia uno de los miembros es diagnosticado como esquizofrénico, las relaciones familiares se ven afectadas por el alto nivel de tensión que provoca la situación. Por lo general se piensa que la única solución es el confinamiento del paciente en una institución psiquiátrica, donde debe permanecer el mayor tiempo posible en tratamiento.

Es común considerar que la familia no debe estar relacionada con el padecimiento del paciente identificado y mucho menos que puede intervenir directamente en el proceso terapéutico. Sin embargo, desde la perspectiva de la teoría sistémica, los problemas psicológicos se analizan de manera familiar, no individual.

Existen numerosos estudios de cómo las interacciones familiares y las creencias y las expectativas de los miembros de la familia afectan el curso y pronóstico de la enfermedad, por esta razón el trabajo con la familia debe ser fundamental en el manejo de la esquizofrenia.

El estudio de la esquizofrenia comenzó a finales del siglo XIX con Kraepelin, y unos años más tarde con Bleuer quien por primera vez introduce este término, y en 1911 introduce el término esquizofrenia que etológicamente significa “espíritu desgarrado o escindido”. Jackson se refería a la esquizofrenia como un desarreglo del pensamiento, consecuente con una familia desordenada y con malas relaciones sociales.

Sin embargo sino fue hasta los años de 1950 a 1960 con los trabajos de Laing cuando se pone especial énfasis en las familias del esquizofrénico, a partir de ahí se toman en cuenta la relación del enfermo con su familia.

De acuerdo a lo anterior se ha observado que la salud mental esta ligada no solo a lo privado o lo social, siendo que el bienestar físico y mental de una persona o la incapacidad grave y prolongada de la misma, repercute fundamentalmente en los miembros del grupo al que pertenece.

Las principales funciones que se ven alteradas con este padecimiento son el pensamiento, el afecto, la conducta, la percepción, el lenguaje y la consciencia, entre otras.

Este considera a la familia como un sistema abierto conformada por las relaciones entre sus miembros; es autorregulable, y en estructura interna presenta subsistemas: individual, conyugal, parental, fraterno; y debido a que todos los miembros interactúan entre sí y por lo tanto se afectan unos a otros, podemos decir que un conflicto individual en cualquiera de ellos es la manifestación de un conflicto familiar.

Desde la perspectiva de la teoría sistémica, la funcionalidad o la disfunción de una familia se definen en relación con el ajuste del individuo y la familia a las diversas etapas y exigencias de la vida diaria.

Una estructura disfuncional tiene algunas de las siguientes características: límites difusos y/o rígidos, la jerarquía no sería compartida en el subsistema parental, coaliciones y/alianzas. (Minuchin, 1984).

Por lo tanto el desarrollo de esta revisión documental, tiene su base en la teoría sistémica donde uno de las mas representativos exponentes es Salvador Minuchin, y surge del interés por conocer las principales características de las familia con un miembro esquizofrénico, y desarrollar una propuesta de intervención, destacando la influencia de la familia, tanto el en desarrollo de la enfermedad, como el tratamiento de la misma.

OBJETIVO

Conocer la interacción que se da en familias que contienen un miembro con esquizofrenia haciendo énfasis en la comunicación

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Revisar la información actual sobre la incidencia de la enfermedad en los últimos 5 años en México en pacientes de entre 15 y 40 años de edad de ambos sexos.
- Determinar las características de las familias que tienen un miembro esquizofrénico
- Conocer los patrones de comunicación de estas familias y su relación con la esquizofrenia

JUSTIFICACION

En la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica ENEP (2010), se encontró que en los últimos 10 años en nuestro país, existen aproximadamente 500 mil personas con esquizofrenia, la cifra puede parecer pequeña si se compara con los 110 millones de habitantes que tenemos en total, sin embargo este padecimiento tiene gran impacto ya que es crónico (de larga duración) y su tratamiento es muy costoso, ya que los pacientes tienen recaídas.

El trastorno es más común en hombres que en mujeres, en relación 2 a 1. Generalmente, la afección debuta en los varones entre los 15 y 25 años de edad, mientras en ellas lo hace entre los 25 y 35, siendo el 40% de las camas de los hospitales psiquiátricos están ocupadas por enfermos con esquizofrenia.

Debido a esta incidencia, en los últimos años se ha incrementado el interés por determinar las influencias familiares sobre el individuo. Puesto que en nuestra sociedad la familia es una unidad social de gran importancia en el desarrollo de la personalidad, el estudio de los procesos de interacción familiar proporciona información más valiosa acerca de las formas de relación interpersonal de los sujetos.

Actualmente la teoría sistémica ocupa un lugar relevante dentro de las orientaciones clínicas utilizadas para el trabajo psicoterapéutico tanto con familias, parejas, individuos, así como con grupos e instituciones.

Desde esta teoría, las características del individuo se consideran como moldeadas por sus relaciones interpersonales y los síntomas son entendidos como expresiones disfuncionales del sistema familiar, de modo que el foco de análisis no recaerá solamente en el paciente que tiene el síntoma o problema, sino que abarcará a todo el sistema. (Merino, H y Pereira, M ,1990)

CAPITULO 1 FAMILIA

La familia es un sistema vivo abierto que pasa por un ciclo donde despliega funciones como nacer, crecer, reproducirse y morir. Diversas disciplinas han desarrollado teorías y técnicas para el tratamiento del sujeto y/o familia; desde Freud, con la aplicación del psicoanálisis al “sistema familiar”, hasta la sociología; con el estudio del sistema social, grupos, e interacción social; donde el hombre es un sistema abierto aun continuo intercambio de energía entre su organismo y el ambiente exterior, ya que no puede considerarse al individuo, a la familia a la estructura social; como sistemas cerrados, separados e independientes; ya que el individuo y el grupo actúan recíprocamente interdependientemente.

Ambos influyen en el proceso del cambio mediante la capacidad para reconocer y resolver problemas emocionales, la intensidad y calidad de la comunicación, la clase y graduación de la expresión afectiva, el nivel de autonomía que se permita a los miembros y la presencia o ausencia de problemas psicopatológicos en 3 ó más de sus miembros.

1.1 Definición, sistema y subsistema.

Carlos Sluzki (1984, en Cibanal 2005) define a la familia como un conjunto de interacción organizado de manera estable y estrecha, en función de necesidades básicas con una historia y un código que le otorgan singularidad, un sistema cuya cualidad emergente excede la suma de las individualidades que lo constituyen.

(Watzlawick (1995 en Bermúdez y Brick 2010) define sistema como un conjunto de objetos y de relaciones entre ellos y sus atributos, y pueden ser cerrados o abiertos.

Por otro lado se define subsistema como el subgrupo que se constituye dentro del sistema familiar, formado por los miembros de la familia que se unen para realizar una serie de tareas determinadas.

Existen los “subsistemas normativos” dentro de los cuales se encuentran, el subsistema parental, el subsistema conyugal, el subsistema filial y el subsistema fraternal. También existen los “subsistemas no normativos” que son los compuestos por grupos particulares como por ejemplo, padre-hijo, abuelo-padre, madre-hija etc.

Bermúdez y Brick (2010), señalan que la clave para determinar la funcionalidad familiar reside en la flexibilidad y el movimiento que permiten sus sistemas característicos en respuesta al stress, siendo algunos de ellos: el sentimiento de unión y compromiso, respeto por las diferencias individuales, autoridad y liderazgo paternal eficaz, comunicación abierta y procesos eficaces en la resolución de conflictos.

1.2 Estructura de la familia

Minuchin (1994), define a la estructura como un conjunto invisible de demandas funcionales que organizan los modos en que interactúan los miembros de la familia. Mientras no hay hijos, la estructura se determina por la interacción de la pareja, si hay flexibilidad, la pareja puede afrontar las demandas de las familias de origen de cada uno, las expectativas propias, las necesidades personales, entre otras. Por el contrario, las parejas con pobre funcionalidad se caracterizan por la rigidez de su interacción.

Con la llegada de los hijos la pareja tiene ahora que ejercer el rol parental, para lo cual debe estar bien establecida la jerarquía y los límites entre los subsistemas parental y filial; si esto no sucede, y hay problemas en la relación de pareja, el hijo “puede ser el “tercero” en discordia a través de cuatro patrones de interacción:

- Triangulación: inclusión el hijo en la relación conyugal como forma de evitar, mitigar o encubrir los problemas entre ellos. El hijo está ante un conflicto de lealtad, puesto que para cubrir la demanda de un padre, tiene que rechazar al otro.
- Desviación: evitación del conflicto por medio de los padres, centrándose en el hijo bien porque esta enfermo y hay que cuidarlo, o bien porque se porta mal y hay que corregirlo.
- Coalición estable: alianza entre un padre y un hijo en contra del otro progenitor. El hijo funciona como un sistema de apoyo para uno de los padres, lo cual desequilibra el sistema parental.
- Parentalización: asignación de funciones parentales a un hijo ante la incapacidad de los padres para ejercerlas , bien porque no aprendieron de sus propios padres o bien porque están tan invadidos en el conflicto marital que no son capaces de ejercer su función parental

Respecto al exterior el límite también tiene que estar bien definido; en las familias funcionales los límites son suficientemente permeables como para permitir la entrada y salida de otros miembros, otros sistemas etc., y lo suficientemente consistentes para generar en sus miembros contención, pertenencia e identidad. Por otro lado, si el límite es difuso, la familia se expone a cualquier tipo de amenaza en su equilibrio. En base a esto, Minuchin (1994), establece dos tipos de familias con dificultades para funcionar adecuadamente:

- Familias aglutinadas: se caracterizan por límites rígidos hacia el exterior pero difusos entre los subsistemas de la familia. El problema de un miembro se vive con intensidad por los demás; no permiten relaciones significativas fuera del clan familiar, lo cual lleva al aislamiento, dificultades de crecimiento y problemas a la hora de enfrentar separaciones.

- Familias desligadas: tienen límites difusos hacia el exterior y rígidos entre los subsistemas. Son familias en las que solo una situación extrema, puede moverlas a dar apoyo. Consideran el problema de un miembro como individual en donde los demás no deben intervenir.

1.3 Ciclo vital de la familia

Minuchin y Fishman (1992 en Bermúdez y Brick, 1995), mencionan que el ciclo vital de la familia sucede a través de periodos de adaptación al cambio espontaneo y de aprendizaje de nuevas tareas y roles, seguido de desequilibrios que resultan de mayor complejidad al integrar nuevas crisis y adaptaciones.

Desde la teoría sistémica, se plantea la hipótesis según la cual una familia presenta un problema como resultado de un estancamiento en la etapa del ciclo vital en la que está, a causa del stress que le supone pasar al siguiente estadio.

Cambios como el nacimiento de un hijo, la jubilación, o la marcha de los hijos, suponen una reacomodación a una nueva estructura, a un cambio en los roles familiares y al ejercicio de nuevas funciones.

Partiendo de esta perspectiva, las familias que funcionan de manera adecuada en esta dimensión son aquellas que son capaces de generar los recursos necesarios para llevar a cabo las tareas que requiere cada etapa del ciclo vital, mientras que la disfuncionalidad viene marcada por esa falta de habilidades, que se pone de manifiesto a través de un síntoma o enfermedad.

A continuación se ilustran las etapas del ciclo vital.

ETAPAS	CAMBIO EMOCIONAL	TAREAS QUE REALIZAR
1. Pareja recién casada o iniciada en la convivencia	Compromiso con el nuevo sistema	Crear un proyecto vital compartido. Fortalecer el sistema conyugal.
2. Nacimiento de los hijos	Aceptación de nuevos miembros	Dar prioridad a la familia nuclear. Ejercer los nuevos roles de paternidad
3. Familia con hijos adolescentes	Aceptación del inicio de la autonomía de los hijos	Flexibilizar las normas y los límites. Aceptar la identidad que los hijos están creando. Recuperar espacios para la pareja.
4. Independencia de los hijos	Aceptación de la separación de los hijos	Favorecer una salida sana de los hijos. Establecer una relación de adulto a adulto con los hijos.
5. Ancianidad	Aceptación del cambio generacional	Valorar el rol de la generación mayor. Establecer un nuevo contrato relacional con la pareja Afrontar el declive físico. Afrontar la muerte.

(Ochoa de Alda, 1995)

1.4 Comunicación en la familia.

1.4.1 Características

Satir (2002), menciona que para el establecimiento de una adecuada comunicación, hay que tener en cuenta que la forma de comunicarse del ser humano puede afectar lo que siente de el mismo, de los demás, de la situación en la que esta, de cómo reacciona ante la forma en que los demás expresan sus pensamientos, sentimientos y sensaciones corporales.

Por lo tanto las familias con buen funcionamiento de la comunicación, se caracterizan por:

- La expresión abierta de sentimientos: lo cual implica la creación de un clima emocional que favorezca dicha expresión.
- La escucha empática de lo que el otro transmite: cada miembro de la familia se siente tomado en cuenta.
- La asunción de responsabilidad del mensaje transmitido: cada uno se hace cargo de lo que dice y no se busca justificar la actuación de un miembro por el comportamiento del otro.
- La aceptación de la diferencia: las diferentes opiniones se asumen se valoran y la diferencia no es vivida como traición o deslealtad.
- La transmisión de mensajes coherentes: es la congruencia entre el contenido verbal de un mensaje y lo no verbal; lo cual genera confianza y seguridad.

Watzlawik (1993 en Bermudez y Brick, 2010), hablan de dos patrones en las familias con patología en la comunicación. Uno de ellos es el rechazo, a la definición que el otro hace de si mismo a partir de sus comunicaciones.

Otro es la desconfirmación en donde el mensaje es...no estoy de acuerdo en lo que dices, por lo tanto no existes. El siguiente es la descalificación, como pueden ser la incongruencia entre el lenguaje verbal y no verbal, las contradicciones o malos entendidos.

1.4.2 Alianzas y coaliciones

Por “alianza” se entiende la unión y el apoyo mutuo que se dan entre sí dos personas, en la que comparten intereses, sin estar dirigida hacia nadie.

La “coalición” en cambio, es la unión de dos miembros de la familia contra un tercero. Es un acuerdo establecido para mutuo beneficio de los aliados frente a un tercero. La coalición divide a la familia en dos compañeros y un oponente. (Cibanal 2005)

1.4.3 Reglas

Son acuerdos relacionales que prescriben o limitan los comportamientos individuales, organizando su interacción un sistema dentro de la familia. Se pueden clasificar en 3 categorías:

A) Reglas reconocidas: se establecen explícitamente y de manera abierta y directa, son normas de convivencia, asignación de tareas etc.

B) Reglas implícitas: constituyen comportamientos sobreentendidos acerca de los cuales la familia no tiene necesidad de explicar, pero que se presentan en la dinámica familiar. Por ejemplo se entiende que los niños no hacen tareas domésticas, que los adultos hacen la comida y trabajan etc.

C) Reglas secretas: son las mas difíciles en la familia, son modos de comportarse dentro de la familia en las que un miembro bloquea las acciones de otro; son conocidas por toda la familia pero nadie habla de ellas. Por ejemplo, un intento de independencia de la hija, va seguida de un malestar físico de la madre. (Cibanal, 2005).

CAPITULO 2 ESQUIZOFRENIA

La esquizofrenia es una enfermedad psiquiátrica caracterizada por un conjunto variable de síntomas que incluyen el delirio y las alucinaciones –conocidos como los síntomas clásicos de la psicosis– la desorganización del pensamiento, síntomas deficitarios de función cerebral como la reducción de las emociones, el lenguaje y la motivación, la disminución en la función cognitiva, y cambios en tono muscular y actividad.

Los síntomas afectivos son muy comunes, particularmente la depresión. La esquizofrenia generalmente comienza durante la adolescencia o la adultez temprana y tiende a presentar un curso crónico.

Dentro del diagnóstico de las enfermedades mentales, en México, la esquizofrenia es el padecimiento que afecta en mayor proporción a personas que se encuentran en el periodo productivo de su vida, es decir, entre los 15 y los 40 años; también es la enfermedad mental que requiere de más días de hospitalización, y la que mas alto costo económico y social representa ya que es en el área de las relaciones interpersonales, donde el paciente presenta más problemas emocionales.

Por ello es importante conocer e identificar las características de este trastorno con el fin de poder intervenir con el paciente y su familia de manera eficaz.

2.1 Definición.

La esquizofrenia (del griego clásico ‘dividir, escindir, hendir, romper’ y entendimiento, razón, mente’) es un diagnóstico psiquiátrico en personas con un grupo de trastornos mentales crónicos y graves, caracterizados por alteraciones en la percepción o la expresión de la realidad.

La esquizofrenia afecta además varios aspectos del funcionamiento psíquico del individuo, principalmente de la conciencia de realidad, y una desorganización neuropsicológica más o menos compleja, en especial de las funciones ejecutivas, que lleva a una dificultad para mantener conductas motivadas y dirigidas a metas.

El concepto de esquizofrenia comenzó históricamente con el término «demencia precoz» de Benedict Morel a mediados del siglo XIX. En 1898 Emil Kraepelin delimitó dentro de la *demencia precoz* varios trastornos como la hebefrenia y la catatonía. Precisamente, debido a las múltiples combinaciones sintomáticas posibles, se ha sugerido que la esquizofrenia incluye varios trastornos y no de uno solo. Por esta razón, Eugen Bleuler prefirió utilizar el plural *schizophrenias* para referirse a esta patología cuando acuñó el nombre en 1908. A pesar de su etimología, la esquizofrenia no es lo mismo que el trastorno de identidad disociativo (o «trastorno de personalidad múltiple», o de «doble personalidad»), con el que ha sido frecuentemente confundida. (WIKIPEDIA)

2.2 Etiología

No se conoce una causa única de la esquizofrenia, se ha mencionado que puede tener su origen en diversos factores genéticos, y a anomalías en la transferencia y procesamiento de la información en el cerebro. Las células nerviosas del cerebro (neuronas) se comunican entre sí liberando compuestos químicos (neurotransmisores) desde sus extremos. Muchos de los síntomas de la esquizofrenia han sido vinculados a anomalías en la actividad de ciertas neuronas. Las investigaciones efectuadas con familias indican que la vulnerabilidad a la esquizofrenia es hereditaria.

La historia familiar de esquizofrenia es el factor de riesgo individual más grande (hermano con esquizofrenia, padre, madre, o los dos con esquizofrenia). Un niño cuyo progenitor tenga esquizofrenia tiene aproximadamente un 10% de posibilidades de desarrollar la enfermedad.

En comparación, el riesgo de esquizofrenia en la población general es de aproximadamente el 1%.

Sin embargo, entre los individuos con esquizofrenia que tienen un gemelo idéntico y, por ello, que comparten idéntica información genética, solo hay un 50% de posibilidades de que ambos gemelos se verán afectados por la enfermedad. Esto demuestra que la esquizofrenia no está predeterminada por la genética.

Hay otras evidencias de que las influencias ambientales (quizás en edades muy tempranas, incluso durante el embarazo) pueden tener efectos sobre el cerebro, predisponiendo a las personas a la enfermedad. Es probable que sea importante que se dé una combinación de factores de riesgo.

Otros modelos etiológicos, proponen una interacción entre genes y factores ambientales; Feinberg (en Obiols 2003), definió a la esquizofrenia como el resultado de una alteración de los procesos de desarrollo tardíos, concretamente durante la adolescencia.

Los esquizofrénicos sufren de varios eventos adversos durante su desarrollo, lo cual los vuelve vulnerables e incrementa sus factores de riesgo de desarrollar la enfermedad, independientemente de la herencia genética.

2.3 Clasificación Psiquiátrica

Los trastornos esquizofrénicos se caracterizan por distorsiones fundamentales de la percepción, del pensamiento y de las emociones, estas últimas en forma de embotamiento o falta de adecuación a las mismas. Las características más importantes de la afectividad son la superficialidad y la incongruencia, ambivalencia y trastorno de la voluntad. (CIE 10, 2010)

2.3.1 Criterios de la CIE-10 para el diagnóstico (OMS, 2010)

Para el correcto diagnóstico de la esquizofrenia, debe darse la presencia de al menos uno de los síntomas y signos que aparecen relacionados con la sección 1, o al menos dos de los síntomas y signos relacionados en la sección 2, que deberían haber estado claramente presentes la mayor parte del tiempo durante un periodo de un mes o más.

Sección 1 al menos uno de los siguientes síntomas:

- Eco, robo, inserción de pensamiento o difusión del mismo.
- Ideas delirantes de ser controlado, de influencia o de pasividad, claramente referidas al cuerpo o los movimientos de los miembros o a pensamientos o acciones o sensaciones concretas, y percepción delirante.
- Alucinaciones auditivas que son voces que comentan el comportamiento del paciente, o discuten entre ellas, u otros tipos de voces que proceden de alguna parte del cuerpo.
- Ideas delirantes persistentes de otro tipo que no son adecuadas a la cultura del individuo o que son completamente imposibles, tales como las de identidad religiosa o política, capacidad o poderes sobrehumanos (por ejemplo, de ser capaz de controlar el clima, de estar en comunicación con seres de otros mundos).

Sección 2 o al menos dos de los siguientes síntomas:

- Alucinaciones persistentes de cualquier modalidad, cuando son acompañadas por delirios pasajeros o inconsistentes sin un claro contenido afectivo, o por ideas persistentes de sobrestimación, o cuando se presentan a diario durante semanas, meses o permanentemente.
- Bloqueos o interrupciones en el curso de pensamiento que dan lugar a un lenguaje incoherente e irrelevante o presencia de neologismos.
- Comportamiento catatónico, tal como excitación, adoptar posturas o

flexibilidad c3rea, negativismo, mutismo y estupor.

- Sntomas negativos tales como una marcada apatía, pobreza de lenguaje y embotamiento o incongruencia de las respuestas emocionales (éstos aparecen generalmente junto con retraimiento social y disminuci3n de las actividades sociales).

Debe quedar claro que estos sntomas no son debidos a depresi3n ni son efectos secundarios de medicaci3n neuroleptica.

2.3.2 Sntomas positivos y negativos.

La clasificaci3n que distinguía entre sntomas negativos y positivos fue introducida por primera vez al ámbito psiquiátrico por De Clérambault en 1942. Clérambault solía ver los sntomas positivos como fenómenos intrusivos (alucinaciones y delirios) y a los sntomas negativos como fenómenos inhibitorios (deterioro del pensamiento y la atenci3n).

Durante la primera mitad del siglo XX esta clasificaci3n permaneci3 discreta y no fue sino hasta la d3cada de los 80, que se comenz3 a dar difusi3n nuevamente a los t3rminos que distinguen entre sntomas negativos y positivos (Garnica, 1998)

En los libros de psiquiatría de los últimos años, al referirse a la esquizofrenia, se mencionan varios "tipos clínicos", lo cual significa que no todos los pacientes presentan la misma sintomatología al inicio de la enfermedad ni en sus recaídas posteriores; por lo cual se les ha categorizado en sntomas positivos y negativos, lo que ha mejorado el estudio y el diagnostico de esta enfermedad.

Así mismo, los pacientes con síntomas positivos tienen mejor evolución y respuesta al tratamiento que los que presentan en su mayoría solo los síntomas negativos (Aznar y Berlanga, 2004).

Se denominan síntomas positivos a las alteraciones psicopatológicas que en cierta medida suponen una excitación excesiva de ciertas funciones cerebrales (básicamente las alucinaciones y los delirios) e incluyen pérdida de contacto con la realidad.

Reflejan una distorsión de las funciones normales y tienden a ser más frecuentes en las primeras etapas de la enfermedad. Estos síntomas pueden aparecer y desaparecer, a veces son intensos y otras veces casi imperceptibles; dependiendo si el individuo está recibiendo tratamiento o no.

Los síntomas negativos son aquellos que suponen la inhibición o la desaparición de las funciones normales del paciente: falta de energía y motivación, aislamiento social o dificultad para concentrarse.

Son los que predominan en el curso de la enfermedad y son más reticentes al tratamiento médico y psicológico. Por lo general no requieren de hospitalización ya que no se asocian a agresividad, sin embargo pueden interrumpir de manera drástica las relaciones interpersonales del paciente.

S I N T O M A S P O S I T I V O S

Alucinaciones	<ol style="list-style-type: none">1. Auditivas: El paciente refiere voces, ruidos u otros sonidos2. Olfatorias: el paciente percibe olores desagradables3. Cenestésicas: se refieren a sensaciones corporales de quemazón, hormigueo o sensación de que el cuerpo ha cambiado de forma y tamaño.4. Visuales: el paciente ve formas o personas que en realidad no están presentes, algunas veces son formas, colores u objetos de forma humanas con características religiosas o diabólicas
Ideas delirantes	<ol style="list-style-type: none">1. Delirio de persecución: el paciente cree que constantemente se está conspirando contra el o que es son perseguido. Las manifestaciones comunes incluyen la creencia de que es seguido, que su correspondencia esta abierta, que se hacen registros en su habitación o en la oficina, que su teléfono está intervenido o que la policía, funcionarios del gobierno, vecinos o compañeros del trabajo están acosando al paciente.2. Delirio de culpa o de pecado: El paciente tiene la creencia de que ha cometido algún pecado terrible o que ha hecho algo imperdonable. En ocasiones el paciente está inadecuadamente preocupado con cosas malas que hizo cuando era pequeño, o se siente responsable por haber causado un desastre, como un incendio o un accidente, con el cual en realidad no tiene ninguna conexión. A veces el delirio tiene un matiz religioso, ya que implica que el pecado es imperdonable y que el paciente va a sufrir por ello.3. Delirio de grandeza: el paciente tiene la

creencia de que tiene poderes o habilidades especiales. Puede pensar que en realidad es un personaje famoso, o tiene la sospecha de que alguien quiere robarle las ideas y puede irritarse si alguien pone en duda su capacidad.

4. Delirio religioso: El paciente esta preocupado por las creencias falsas de naturaleza religiosa. Estas creencias a veces se presentan en el contexto de un sistema religioso convencional, como creer en la segunda venida de Cristo, el Anticristo o la posesión por el demonio. En otras ocasiones pueden implicar un sistema religioso completamente nuevo o una mezcla extraídas de una variedad de religiones, en especial de religiones orientales, como ideas de reencarnación o el nirvana.

5. Delirio Somático: el paciente tiene la creencia de que de alguna manera su cuerpo está enfermo, es anormal o ha cambiado. Por ejemplo, puede pensar que su estomago o su cerebro se están pudriendo, o que rasgos faciales están alterados.

6. Ideas de referencia: el paciente tiene la creencia de que detalles, frases o acontecimientos aparentemente sin importancia, se refieren a él o tienen una significación especial para él.

En ocasiones piensa que las cosas leídas en el periódico, escuchadas en la radio o vistas en la televisión están dirigidas a él como mensajes especiales.

7. Delirio de control: el paciente tiene la sensación subjetiva de que sus sentimientos o acciones están controlados por una fuerza exterior, por una fuerza extraña que le hace moverse de forma peculiar, o que están enviando mensajes a su cerebro a través de las ondas de radio que le hacen experimentar una sensación particular y él reconoce como ajena.

8. Lectura de pensamiento: El paciente cree que la gente le puede leer o conocer sus pensamientos.

9. Inserción del pensamiento: El paciente cree que hay pensamientos que no son suyos y que se han

	introducido en su mente.
Trastornos del pensamiento.	<p>Generalmente el discurso del paciente se muestra incoherente e incomprensible. En otras, el trastorno parece estar a nivel semántico, de manera que se sustituyen las palabras en una frase u oración, con lo que el significado aparece distorsionado o anulado</p> <p>1. Labilidad: Es un aumento en la cantidad de habla espontánea en comparación con lo que se considera normal o lo que es usual en el medio social del paciente. El paciente habla con rapidez y es difícil interrumpirle.</p> <p>Algunas frases pueden quedar incompletas debido a la ansiedad por exponer una idea nueva. Algunas preguntas simples que podrían ser contestadas con pocas palabras, lo son de una manera muy extensa y el paciente puede continuar hablando aunque sea interrumpido. El habla tiende a ser enfática y de alta intensidad.</p>

S I N T O M A S N E G A T I V O S

Pobreza afectiva.	Empobrecimiento de la expresión de las emociones y sentimientos, entre las cuales están la expresión facial inmutable, pocos movimientos espontáneos, rehuir la mirada y habla monótona.
	Disminución del pensamiento y la cognición, generalmente se manifiesta

Alogia.	con lenguaje empobrecido, respuestas breves, bloqueo, discurso sin contenido, etc., los cuales obstaculizan el inicio y mantenimiento de relaciones sociales y la comunicación.
Abulia – apatía	Se manifiesta como falta de energía, de impulso y de interés x las cosas, la persona que lo presenta abandona los hábitos de higiene, no puede completar tareas, siente cansancio y debilidad física lo cual lo lleva a presentar lentitud en la mayor parte de las actividades del día.
Anhedonia – retraimiento social	Incapacidad para sentir intimidad y proximidad; para crear relaciones próximas e íntimas apropiadas para su edad, sexo y estado familiar. Quien lo presenta puede mostrar pocos o ningún sentimiento de afecto hacia los miembros familiares próximos, o incluso están completamente aislados de cualquier relación íntima, viviendo solos y sin hacer ningún esfuerzo para iniciar ningún tipo de contacto.

2.3.3 Tratamiento Psicofarmacológico.

En los años cincuenta se introdujeron las medicaciones psicotrópicas, desde entonces, éstas se han convertido en el componente principal del tratamiento de la esquizofrenia, y también de otras enfermedades psiquiátricas.

Los efectos de estos fármacos han sido muy evidentes: disminución del número y duración de los ingresos hospitalarios, reducción, e incluso, en algunos casos, eliminación de las recaídas sintomáticas, y sobretodo, una mejora en la calidad de vida de los pacientes y de sus familias.

Los principales psicofármacos utilizados en la esquizofrenia se denominan neurolepticos o antipsicóticos. A pesar de que hay diferencias químicas entre ellos, los efectos terapéuticos son similares.

La medicación en el tratamiento de la esquizofrenia busca en primer lugar reducir los síntomas del episodio agudo. Cuando los síntomas positivos se han reducido (delirios, alucinaciones y dificultades para pensar) se utilizan, con menor dosis, para prevenir recaídas posteriores.

Los efectos secundarios más frecuentemente dados en pacientes con esquizofrenia durante el tiempo de medicación son: somnolencia o sedación, síntomas extra piramidales, acatisia y discinesia tardía.

2.4 TEORIAS SOBRE LA ESQUIZOFRENIA

Existen varias teorías que han intentado definir el origen y los síntomas de la esquizofrenia, en este capítulo abordare las 3 principales: la psicoanalítica, la médico biológica (psiquiátrica) y la sistémica.

2.4.1 Médico-biológica

Una de los principales postulados médicos sobre el origen de la esquizofrenia, menciona anomalías de los neurotransmisores, siendo los 2 principales, la dopamina y la serotonina, ya que se encontró que los déficits de estas sustancias afectan áreas muy específicas del cerebro, entre ellas y muy especialmente, la región prefrontal del córtex, cuya función principal es la organización temporal del pensamiento y la memoria operativa.

La dopamina se dice que es el principal neurotransmisor responsable de la esquizofrenia, debido al hallazgo accidental de que un medicamento que bloquea el grupo funcional de la dopamina, conocido como las fenotiazinas, era capaz de reducir los síntomas psicóticos del esquizofrénico.

También se apoya con el hecho de que las drogas psicotrópicas, como la cocaína y las anfetaminas, provocan la liberación de la dopamina y suelen exacerbar los síntomas psicóticos positivos en la esquizofrenia.

Por su parte la importancia de la serotonina se debe a la aparición de nuevos fármacos llamados antipsicóticos atípicos que tienen el efecto de alterar también esta función de este neurotransmisor. (Saiz, Vega, Sánchez, 2010)

2.4.2 Psicoanalítica.

Bellack (1994), en su teoría del yo, señala que en el esquizofrénico el YO ha fallado como instancia reguladora, organizadora, racional y adaptativa y ya no puede controlar las demandas del ello y las censuras del superyó; por lo cual el paciente tiende a compensar la falta de realidad objetiva con una realidad exenta de lo desagradables, lo cual lleva a cabo por medio de las alucinaciones y los delirios.

La teoría psicoanalítica también destaca la relación madre-hijo haciendo referencia al concepto de relaciones objetales como determinantes en la construcción de la personalidad del niño.

Pueden definirse como las relaciones con los otros, esenciales en el establecimiento de las relaciones interpersonales del niño.

Por su parte Anna Freud (1965, en Mahler 1990), definió a las relaciones objetales como el estado de constancia de los objetos, la cual permite al niño una imagen interna positiva independiente de la satisfacción del instinto, por la madre.

Jean Bergeret (1981), destacó la importancia de la madre ya que ella puede mediante sus actitudes mantener al lactante, y más tarde al paciente esquizofrénico, en una situación impropia que facilite la aparición del trastorno.

2.4.3 Sistémica

Dentro de las hipótesis psicológicas y psicodinámicas que existen sobre el tema, se postula que las relaciones familiares desde la infancia son fundamentales para la génesis de la esquizofrenia.

Los padres de los esquizofrénicos son incapaces de mantener una relación afectiva estable, especialmente en la primera infancia, cuando dicha relación es vital para la formación armónica de la personalidad.

De vital importancia ha resultado la teoría sistémica para tratar de explicar de manera clara como estas relaciones familiares influyen en el desarrollo de un padecimiento psiquiátrico como la esquizofrenia.

Entre los años 70, Salvador Minuchin desarrolla este modelo definiendo “sistema” (estructura) como un conjunto invisible de demandas funcionales que organizan los modos en que interactúan los miembros de una familia.

Concibe a la familia como un sistema social abierto y en continuo cambio debido al ciclo vital, este afrontamiento requiere una serie de procesos de adaptación que suponen cambios en la estructura familiar. El problema surge cuando la familia mantiene su homeostasis e impide el crecimiento y la evolución del grupo.

Para Minuchin, el síntoma en este caso, la esquizofrenia, es el resultado de un sistema familiar alterado, bien por una jerarquía inadecuada o incongruente, o bien por límites demasiado rígidos o porosos (Bermúdez y Brick 2005).

CAPITULO 3 FAMILIA Y ESQUIZOFRENIA

3.1 Principales teorías

Se considera que el ambiente en el que vive un individuo es mucho mas que un mundo físico, incluye la estrecha interacción personal dentro del grupo familia, la cual es la que influye en la forma en que se desarrolla la personalidad ya que tiene la capacidad de mejorar las tensiones y las dificultades de la vida diaria para los diferentes miembros que la integran. Así mismo es la que proporciona través de la padres, apoyo emocional y económico. De esta forma se concluye que si es sana la unidad familiar, incrementara las interacciones con otros individuos, proporcionara animación, placer y alegría (Zacarías, 1995)

Debido a esto, los últimos 30 años se han caracterizado por un continuado interés acerca de las influencias familiares sobre el individuo. Desde esta perspectiva, las características del individuo se consideran como moldeadas por sus relaciones interpersonales, y debido a ello las pautas de interacción entre los sujetos pasan a ser objeto primordial de estudio.

Puesto que en nuestra sociedad la familia es una unidad social de gran importancia en el desarrollo de la personalidad, el estudio de los procesos de interacción familiar proporciona la información más valiosa acerca de las formas de relación interpersonal de los sujetos. En este periodo, la esquizofrenia ha sido el principal foco de atención de investigadores y terapeutas familiares

3.1.1 Teoría del doble vinculo de Bateson.

A comienzos de la década de 1950, Gregory Bateson desarrolló la Teoría del Doble Vínculo junto a los investigadores Jay Haley, John Weakland y Don Jackson.

Dicha teoría fue consecuencia del esfuerzo de Bateson y su grupo por generar un modelo explicativo de la esquizofrenia que hiciera frente a los enfoques teóricos imperantes; fue concebida entonces, como una explicación “comunicacional”

diciendo que dicho trastorno aparece en un contexto familiar patológico, al interior del cual la madre juega un importante papel perturbador, con efectos devastadores para la salud mental del hijo (Berger, 1993)

El concepto de “doble vínculo” se refiere a una pauta de comunicación que provoca un comportamiento característico en la esquizofrenia]; puede darse entre la interacción de 2 personas (madre-hijo) o en la interacción tripartita (padre-madre-hijo). Las características son:

- a. El individuo se enfrenta a una comunicación significativa que implica dos mensajes, de diferente nivel lógico, que se relacionan entre sí, pero son mutuamente incongruentes.
- b. La huida del campo está bloqueada. El individuo está atrapado en una situación en la que otra persona expresa dos tipos de mensajes contradictorios, en los que uno niega al otro.
- c. Los dos mensajes contradictorios significativos equivalen a dos exigencias de comportamiento incongruentes, pues cada uno motiva y exige una respuesta, una conducta. Esta situación provoca confusión y distorsión subjetiva de ideas y afectos, y discursos y acciones que manifiestan confusión y división.
- d. Es difícil lograr una respuesta adecuada a causa del encubrimiento, negación e inhibición inherentes a la contradicción de los mensajes.

El encubrimiento se refiere a que los mensajes al ser de diferente nivel lógico, no se confrontan directamente entre sí, aun si los dos exigen una conducta o respuesta diferente.

El hecho de que una sola persona se este dirigiendo al receptor, hace pensar que se trata de un solo mensaje, o por lo menos de dos mensajes coherentes; esto es reforzado, debido a quien transmite el mensaje es importante emocionalmente para el receptor, lo cual imposibilita evitarla o ignorarla, y más aún , dudar de los mensajes.

La negación ocurre cuando otros mensajes niegan abiertamente la existencia de tal contradicción, y parecen hacer responsable al receptor de no haber entendido bien el mensaje ni la importancia de éste.

La inhibición se presenta por la prohibición directa de formular comentarios o juicios sobre los mensajes contradictorios expresados. El emisor puede mostrarse confundido o lastimado por el ataque por poner sus mensajes en tela de juicio, o mostrarse incapaz de comprender el sentido de la contradicción. (Jackson, 1960)

Los esquizofrénicos confunden lo literal con lo metafórico en sus propias verbalizaciones, cuando se sienten atrapados en un doble vínculo, se muestran desorientados como una manera de defenderse de la situación en la que se encuentran.

Debido a esta incapacidad para juzgar adecuadamente que es lo que se le está diciendo, y a su excesiva preocupación, por saber realmente cual es el mensaje, puede suponer que hay un significado oculto que amenaza su bienestar por lo que se mostrará suspicaz y provocativo; o intentara desentenderse del mundo externo y concentrarse en su interior y como consecuencia, se mostrara retraído y quizá mudo. (Berger, 1993)

3.1.2 Teoría del Grupo de Milán.

En 1967, Mara Selvini Palazzoli, psicoanalista infantil, fundó el Instituto de la Familia de Milán, con Luigi, Boscolo, Checchin y Prata; y en 1972 iniciaron una investigación con familias con en las que algunos de sus miembros mostraban conductas psicóticas y otros contaban con un diagnóstico de esquizofrenia.

Esta investigación arrojó entre otras hipótesis, la que dentro de las familias con algún miembro que mostraba conductas patológicas en uno o mas de sus miembros, se rigen por normas peculiares, en las que las conductas, la comunicación y la respuesta, mantiene estas reglas; es decir, que las conductas no son patologías en si, sino la expresión de relaciones entre sus miembros (Eguiluz, 2004)

Los principales juegos psicóticos descritos por el grupo de Milán son los siguientes:

1. El embrollo.

En las familias psicóticas se muestran afectos contrarios a los realmente existentes. Uno de los padres puede hacer ostentación de una relación privilegiada con uno de sus hijos, a quien da a entender de forma encubierta que lo prefiere por encima de su esposa.

Esta relación no es afectivamente auténtica, sino el instrumento de una estrategia contra alguien, generalmente el otro cónyuge, que es su verdadero centro de interés.

El hijo queda atrapado en esta situación, considerándola moralmente incorrecta y siente que debe guardar silencio por el carácter de la misma. Sin embargo, cuando el padre muestra interés por otro de los hijos o hace evidente la preferencia hacia el cónyuge; todo esto obliga al hijo a hacer una reivindicación encubierta, un síntoma, como venganza de la traición de la cual se siente objeto.

2. La instigación.

Es una provocación disimulada a la que se responde con rabia disimulada, lo que establece un patrón de provocaciones indirectas. Es una situación trídica, en la cual uno instiga al otro para provocar a un tercero.

Así mismo, describen 5 estadios del proceso psicótico, los cuales son:

1. El impasse de la pareja conyugal, donde el conflicto permanece oculto, hay un provocador pasivo y uno activo, en donde cada uno de los cónyuges reaccionan al movimiento del otro, con uno contrario.

2. Entrada del hijo en el juego de los padres, quien considera al provocador pasivo como víctima y al activo como verdugo.

3. La conducta inusitada del hijo, en donde toma partido por uno de los padres, pero no asume la defensa abierta, y en respuesta a que la situación no cambia, empieza a manifestar una conducta rara para molestar al padre aparentemente vencedor.
4. El viraje del presunto aliado, a pesar del empeño del hijo por desequilibrar la situación a favor del provocador pasivo, el padre vencedor sigue provocando y el otro en vez de rebelarse y unirse al hijo, continúa en su papel de víctima e incluso apoya al vencedor en contra del hijo.
5. Eclosión de la psicosis, donde el hijo ante la imposibilidad de declararse derrotado y traicionado por el supuesto aliado, elige la psicosis como el arma que le permitirá vengarse. (Ochoa de Alda, 1995)

3.1.3 Teoría sistémica de Minuchin

El modelo estructural de terapia familiar fue desarrollado por Salvador Minuchin, psiquiatra, en los años 70, trabajando en la Clínica de Orientación Infantil de Filadelfia, el concepto clave de esta escuela es la *estructura*, que define como un conjunto invisible de demandas funcionales que organizan los modos en que interactúan los miembros de una familia.

En esta postura, Minuchin menciona que si se modifica la estructura de la familia, se posibilita el cambio, las experiencias subjetivas y la relación entre los miembros. Cuando se da una desviación en el nivel de tolerancia del sistema, es decir, se rompe el equilibrio familiar, es cuando se presenta el síntoma.

De acuerdo a lo anterior, la familia se va adaptando a circunstancias cambiantes, ante las cuales experimenta stress; por lo cual ante la necesidad de adaptación continua, la familia debe ser flexible, pero cuando no cuenta con los elementos

necesarios para esto, pueden surgir síntomas que adquieren la función de sistemas y se conectan con estructuras familiares específicas.

Los elementos de la estructura son:

1. Subsistemas: donde uno tiene distintos niveles de poder y en los que se aprende habilidades diferenciales. Se encuentran el parental, el conyugal, el fraterno...etc.

2. Límites: están constituidos por las reglas que definen quienes participan y deben definirse con precisión para que el funcionamiento familiar sea el adecuado, pueden ser: claros, difusos o rígidos. Dentro de estas clases, las familias pueden presentar diversos estilos de *aglutinamiento* o de *desligamiento*.

Un excesivo aglutinamiento provoca abandono de la autonomía, poca diferenciación entre sus miembros, dificultad para la exploración y dominio dependiente del problema, la conducta de un miembro repercute intensamente sobre otros y que la familia responda a la variación con excesiva rapidez e intensidad. Y ambos estilos que influyen en la permeabilidad, la comunicación y el desarrollo de sus miembros.

3. Jerarquías: se refiere a la posición que ocupa los distintos miembros de la familia dentro del sistema.

4. Alianzas: afinidad positiva entre dos unidades de un sistema.

5. Coaliciones: es cuando una alianza se sitúa en oposición a otra parte del sistema, generalmente involucra a dos personas de distintas generaciones aliadas contra un tercero.

6. Triángulos: se refiere a una relación diádica, conflictiva, en el que se incluye a un tercero, que da como resultado el encubrimiento o la desactivación del conflicto. (Eguiluz, 2004)

3.2 Dinámica de las familias con un miembro esquizofrénico.

La dinámica familiar es el conjunto de relaciones de cooperación, intercambio, poder y conflicto que, tanto entre hombres como mujeres, y entre generaciones, se establecen en el interior de las familias, alrededor de la división del trabajo y de los procesos de toma de decisiones.

El estudio de la dinámica familiar surge como una crítica a los supuestos de unidad, interés común y armonía que tradicionalmente se ha dicho acerca de las familias; ya que al asomarse a cada una encontramos diferencias, desigualdades y conflictos; por ello es necesario evidenciar qué pasa realmente al interior de las familias y postular una representación que se asemeje a la realidad. (Torres, Ortega, Garrido, Reyes & Reyes Luna 2008).

Whitaker (2004), señala que la familia es la fuente de información y entrenamiento del individuo para su crecimiento y desarrollo como persona. Los padres instruyen al niño a través de sus relaciones, las reacciones que su madre tiene para el y las reacciones del padre hacia su comportamiento.

En la naturaleza de las relaciones interpersonales de los niños, y no la estructura familiar como tal, lo que ejerce una influencia clave en el desarrollo emocional.

La estabilidad de los modos en los que los padres tratan al niño y la atmosfera del hogar durante la convivencia con ellos hacen que el desarrollo una determinada clase de apego (no atribuible al temperamento innato del niño, ni a sus características personales) (Millon, 1974).

Se puede considerar a la esquizofrenia, como una identidad multivariable, que abarca variables tales como la relación dual de los padres, la relación de estos con sus propios padres, el sexo del hijo, la situación al momento en que nace, más la posibilidad de innumerables situaciones de estrés (Whitaker, 2004).

Por lo tanto, la importancia concedida por algunos teóricos a la experiencia de la infancia temprana, representa su punto de vista de que los trastornos de la edad adulta son producto directo de la acción continua e insidiosa de acontecimientos pasados.

Según ellos, el conocimiento del pasado, proporciona la información indispensable para la comprensión de las dificultades de la edad adulta, siendo las ansiedades de la infancia y la continuación progresiva de maniobras defensivas, que fueron concebidas para proteger contra el retorno de aquellos sentimientos las que desencadenarían la esquizofrenia en uno de sus miembros. (Millon, 1974).

Spitz (1969), dio mucha importancia a la relación madre-hijo en el desarrollo de la personalidad del niño y, en particular, en la génesis de las enfermedades psicósomáticas de la infancia. Para Spitz, las perturbaciones de la personalidad de la madre pueden reflejarse negativamente en el hijo, ejerciendo sobre él una influencia psicológica nociva que se encuentra en la base de los síntomas del niño.

Distingue dos tipos de perturbaciones: aquellas debidas a las inapropiadas relaciones madre-hijo y las debidas a la influencia psicológica nociva.

Las influencias familiares son consideradas como factores patológicos para el esquizofrénico, quien parece ser el receptor pasivo, de las que se derivan desórdenes de personalidad y de estructura psíquica.

Los primeros estudios realizados en 1949 y principio de 1950 se centraron en la naturaleza de las relaciones entre los padres del paciente esquizofrénico, los cuales mostraron que en una proporción muy alta de casos, esa relación era extremadamente insatisfactoria, según diversos criterios, algunos de estos estudios intentaron descubrir los rasgos predominantes de los miembros de la familia, la madre del paciente era por lo general considerada afectivamente manipuladora, dominante, sobreprotectora y al mismo tiempo rechazante, mientras que el padre era visto como débil, pasivo, enfermo, o en algún otro sentido ausente como miembro afectivo de la familia.

Como antes lo es la madre, ahora toda la familia es considerada responsable de la enfermedad, causante de las perturbaciones psicósomáticas o de su persistencia, y que por ello asume la fisonomía de "*familia nociva*".

Pinkerton, clasificó a las familias en tres grupos: "especialmente sobre protectores", "especialmente rechazantes" y "ambivalentes". (Millon, 1974).

Berger y algunos colaboradores (1993), comprobaron que ciertos aspectos de la personalidad, de los padres y de la interacción de todos los miembros de la familia

determinaban gran parte de los que consideraban fenómenos característicos de los individuos diagnosticados como esquizofrénicos.

El dar y recibir emocional de las relaciones familiares constituye el centro crucial de fuerzas que consolidan o destruyen la salud mental. Ackerman (1988), señala que la familia, determina invariablemente el destino emocional del niño.

Algunas otras formas de disfunción familiar que parecen estar relacionados con el funcionamiento esquizofrénico son las siguientes:

1. El fracaso en formar una familia nuclear, en el sentido de que uno de los padres o ambos, pertenece primariamente apegado a uno de los propios padres.
2. Rupturas familiares debidas a problemas entre los padres y/o a la falta de reciprocidad de los roles.
3. Desviaciones familiares
4. Confusión de los límites generacionales en la familia, como por ejemplo:
 - Cuando uno de los padres establece un vínculo especial con uno de los hijos
 - Penetración de ideas irracionales, frecuentemente paranoides en el núcleo Familiar
 - Persistencia de pensamientos y comportamientos estigmatizados conscientes.
 - Aislamiento sociocultural de la familia

Se encontró que una característica de las madres es que generalmente no están dispuestas a permitir que el hijo tenga vida privada, ni siquiera libertad de pensamiento, dicha observación parece concordar con los estudios que se han realizado sobre las

madres sobreprotectoras la cual sugiera que en la relación no hay un afecto genuino por el hijo.

Las investigaciones la describen como fría, indiferente, ansiosa, autoritaria, dominante, posesiva etc.... como una persona incapaz de dar amor y aceptación espontánea al hijo (Jackson, 1960).

Lidz (en Rodríguez 1991), clasifico a los padres de los esquizofrénicos en 5 tipos:

1. Padres que siempre están en conflicto con sus esposas, coartando la autoridad con los hijos, derogando su valor como persona, y buscando ganarse a la hija para estar de su lado.
2. Padres que son rivales de sus hijos por la atención y afecto de la esposa, mostrándose celosos, no participan en la crianza de los hijos pero interfieren en los esfuerzos de la madre por educarlos.
3. Padres quienes exaltan el concepto de ellos mismos, con rasgos paranoides y de grandiosidad
4. Padres que han fallado en sus vidas y llegar a ser nulos en el hogar, no participan en la crianza
5. Padres pasivos que demandan poco para si mismos, incapaces de expresar sus necesidades e ideas.

Lidz (1957, en Millon 1974), descubre una patología general entre las madres de esquizofrénicos, algunas muestran un pensamiento gravemente disperso, y se comportan frías, rígidas o muy indulgentes o muy complacientes en relación con el hijo. También subraya su impermeabilidad o rechazo respecto de los sentimientos de los demás.

La teoría formulada por Bateson (1980), centra la atención en los mensajes conflictuales que se transmiten al hijo en diferentes niveles. Se considera que las madres de esquizofrénicos lo atrapan en un doble vínculo, en las que ellas expresan verbalmente amor y cordialidad, pero rechazan las tendencias del niño a responderles.

Los sentimientos básicos de la madre hacia el hijo están teñidos de hostilidad o ansiedad pero su incapacidad para enfrentar tales sentimientos, llevan a negarlos y a expresar una conducta amorosa.

Esta formulación, parece concordar con las interpretaciones anteriores de la madre sobre protectora, que no siente un afecto básico por su hijo, lo nuevo consiste en la acentuación del proceso de comunicación.

Amnon (en Millon, 1974), formula el concepto de “madre psicopatogena” para definir el perfil de una figura materna que, a causa de sus propios conflictos no resueltos y por un problema de identidad propia, no lograr funcionar como yo auxiliar para el hijo y no suministra al niño la catexia narcisista necesaria sobre los límites del yo.

Afirma que las manifestaciones psicopatológicas deben ser consideradas como una perturbación interpersonal madre-hijo en el desarrollo psíquico y somático.

Así mismo, Jackson, consideraba al padre varón de los esquizofrénicos, fundamentalmente como el miembro del matrimonio pasivo e incapaz con respecto a la dominante “madre esquizofrenizante”. (Jackson, 1960).

El esquizofrénico debe tener un padre que le enseñe a mantenerse imperturbable. Este padre tiene una terquedad inigualable entre los hombres y posee también la habilidad de mantener a su mujer en un estado de desesperación exagerada que ayuda a ésta a utilizar toda la gama de conductas que posee.

Este tipo de padre en especial, casi nunca esta en la casa. El padre nunca esta disponible ya que por supuesto, no tiene el tiempo ni ganas de hablar con su hijo. (Haley, 1950).

Así como los padres tienen funciones dentro de la familia, el esquizofrénico también cumple con ciertas funciones para ser y seguir siendo el centro de la familia. La función primaria es el ser el fracaso de la familia, y serlo de manera notable porque los padres se consideran insignificantes y para sobrevivir entonces necesitan tener ante sus ojos al hijo esquizofrénico. Además de ser el centro de atención de la vida de los padres, ocupa una posición clave en la red familiar.

El esquizofrénico, pasa la vida equilibrando distintos triángulos familiares conflictivos, todos centrados en él, de modo que cualquier cosa que digan o hagan, tiene repercusiones. Este aprende pronto que manejando los triángulos con habilidad puede adquirir una posición de extremo poder.

La responsabilidad fundamental de esquizofrénico consiste en mantener unida a la familia, sabe como prevenir la desintegración de una familia y logra fácilmente.

En 1960 Laing, en su libro el yo dividido, aborda la comprensión de ciertos casos de esquizofrenia desde una perspectiva existencialista. Este autor demuestra que el delirio, lejos de ser absurdo, es de hecho, la transcripción imaginaria de las contradicciones establecidas entre el y su entorno.

Cuando la familia amenaza con disolverse el esquizofrénico debe estar dispuesto a llegar a cualquier extremo, el rol, que el esquizofrénico acepta, de mantener a la familia unida. Cuando la crisis familiar alcanza el punto donde se abre una brecha insalvable, la conducta esquizofrénica, representa el último recurso. (Haley, 1950).

Al esquizofrénico se le prohíbe cualquier manifestación de posible autonomía, situación que por otra parte se prolongará en su vida adulta ya que debe seguir siendo, hasta en su discurso, el enfermo de la familia.

CAPITULO 4 PROPUESTA DE INTERVENCION

4.1 Introducción.

Como ya se revisó en este trabajo, existen numerosos estudios respecto de cómo las interacciones familiares afectan el curso y el pronóstico de la enfermedad. Por esta razón, la intervención con la familia debe ser parte de cualquier programa de manejo de pacientes con esquizofrenia.

El enfoque sistémico entiende la esquizofrenia como fruto de una disfunción familiar, donde el problema reside en el funcionamiento anómalo de la organización, la cual demanda una conducta comunicativa peculiar, y por ende, procesos de pensamiento peculiares. Por lo tanto, la intervención terapéutica tendrá máxima eficacia si apunta a la estructura organizacional básica de la familia.

La comunicación es un tema fundamental en la intervención terapéutica con familias, ya que es la manera de relacionarnos con nosotros mismos y con todas las personas que se tratan a lo largo de nuestra vida.

Watzlawick (2002), introduce la teoría de la comunicación humana para tratar de explicar el fenómeno de la comunicación en familias con un miembro esquizofrénico. Este autor señala que mientras más elementos se tengan para analizar un hecho o fenómeno, este podrá ser mejor entendido o explicado.

Dado lo anterior, se hace la siguiente, propuesta de intervención que se describe a continuación la cual consta de 4 fases, evaluación, información, conceptos de la teoría sistémica y determinación de problemas de comunicación existentes en cada familia.

Debe ser impartido por un psicólogo con amplia información y experiencia en el área clínica que previo al taller se haya familiarizado con el expediente médico del paciente con esquizofrenia.

OBJETIVO GENERAL

Brindar a los familiares información acerca de la esquizofrenia y las relaciones familiares que influyen en el desencadenamiento de la enfermedad, con el propósito de cambiar patrones de comunicación y prevenir futuros episodios de la misma.

POBLACION

Esta dirigido a adultos hombres y mujeres de 18 en adelante que sean familiares de una persona que padece esquizofrenia, con un diagnostico mínimo de un año, en grupo máximo de 6 integrantes.

ESCENARIO.

Puede llevarse a cabo en el hospital o en la clínica en un salón amplio y cómodo, con buena iluminación.

MATERIAL

Mesa y sillas.

Pizarrón blanco.

Hojas, lápices.

Proyector.

SESIONES

Esta conformado de 4 sesiones de 2 horas cada una, 1 día a la semana.

SESION UNO: EVALUACION

OBJETIVOS

- analizar la estructura de la familia con un miembro esquizofrénico
- identificar las características de los integrantes de la misma para enfrentar problemas
- evaluar la percepción de cada uno de sus miembros hacia la enfermedad.
- transmitir la importancia de la participación familiar en el curso de la enfermedad

PROCEDIMIENTO

Se establecerá el rapport mediante la presentación del psicólogo y el objetivo general del taller, después se procederá a evaluar a cada miembro de la familia para conocer las interacciones y el rol que juegan en la dinámica familiar, mediante preguntas encaminadas a conocer la experiencia que han tenido en casa desde que su familiar fue diagnosticado con la enfermedad, comentar sus propios problemas, su perspectiva particular de la situación y cualquier dificultad interpersonal.

También se buscara saber mediante el interrogatorio directo, cuales son sus necesidades, su nivel de información sobre la enfermedad, como son las relaciones familiares en base a las interacciones y el rol que juega cada uno en la dinámica familiar, así como sus recursos básicos, nivel de integración y capacidad para resolver problemas.

Al final se aplicara el cuestionario de evaluación del funcionamiento familiar (EFF) (ver anexo)

SESION DOS: ESQUIZOFRENIA

OBJETIVOS

- descripción de las teorías más representativas de la esquizofrenia
- explicación de los síntomas principales de la enfermedad
- comentar la importancia del tratamiento médico y psicológico

PROCEDIMIENTO

La información es un recurso valioso para una familia que intenta hacer frente a esa enfermedad, los conocimientos sobre la esquizofrenia y su curso harán que a los familiares les resulte mas fácil planes realistas, por lo cual se comenzará con una presentación con diapositivas sobre la esquizofrenia, que incluya la definición, síntomas positivos y negativos, y el tratamiento medico y psicológico.

Al término de la misma, se les pedirá a los participantes que comenten y expongan sus dudas sobre la enfermedad, en una sesión de 30 minutos de preguntas y respuestas.

SESION TRES: FAMILIA

OBJETIVOS

- exposición de los principales conceptos de la teoría sistémica.
- destacar la importancia de la forma en que los miembros de la familia se relacionan.
- orientar a los participantes para conocer como estas interacciones tienen influencia en el desarrollo de la esquizofrenia

PROCEDIMIENTO

Se les pedirá a los participantes que expongan cuales consideran que son las principales funciones de la familia, mediante el uso de tarjetas y plumones. Después de lo anterior, el psicólogo les explicará los principales conceptos de la teoría sistémica,

Más adelante, el psicólogo hará mención de las características que se presentan en una familia con un miembro esquizofrénico, siendo estas, las alianzas, coaliciones, roles, jerarquías etc. apoyándose con diapositivas y esquemas que faciliten la comprensión de estos conceptos.

SESION CUATRO: COMUNICACION

OBJETIVOS

- destacar la importancia de la comunicación en la familia
- identificar patrones de comunicación, roles, límites, alianzas y coaliciones dentro de la familia
- llevar a los participantes a reconocer sus propios patrones de comunicación en la familia
- guiar a los participantes a proponer cambios en la dinámica familiar que puedan favorecer el curso de la enfermedad y las relaciones familiares.

PROCEDIMIENTO

Se proyectará una película de corta duración que hable sobre la esquizofrenia enfocada a las relaciones familiares.

A continuación mediante diapositivas, brevemente se describirá la importancia de la comunicación en la dinámica de una familia con un miembro esquizofrénico.

Después los participantes y el psicólogo se reunirán alrededor de una mesa de trabajo, para mediante lluvia de ideas, involucrar a los participantes a hablar sobre las actitudes e interacciones que hayan identificado que suceden en su entorno familiar que influyen en la enfermedad, de cómo llegó a ser así, y destacar que al realizar cambios pueden ayudar al paciente y a ellos mismos. Preguntarles como acostumbran resolver los problemas, o como creen que puedan resolverlos, y que pueden aportar para llevar a cabo estos cambios.

El psicólogo hará énfasis en la comunicación no verbal, los mensajes confusos, expresión de emociones y la escucha activa de cada miembro entre sí y con el paciente.

Al finalizar procederá con el cierre de la sesión, agradeciendo a los participantes, animándolos a expresar sus opiniones.

Al término de las 4 sesiones, se recomienda monitorear a las familias en el cumplimiento de los objetivos propuestos, en sesiones periódicas hasta 6 meses después, para verificar que las conductas propuestas al cambio relacionadas con la dinámica familiar, se hayan modificado.

CONCLUSIONES.

Berger señala que la familia es el principal agente de socialización, ya que es en su dinámica, que el niño inicia el contacto con las normas, los roles y las expectativas sociales. Por su parte Minuchin, menciona que la conducta de los miembros es moldeada y/o limitada por las conductas simultaneas de todos los integrantes de la familia ya sea por si solos o en combinación.

Esta fue una de las razones por las cuales el tema resulto importante de investigar, ya que como se menciono anteriormente, de la esquizofrenia podemos hablar de varias causas, pero al centrarnos en el aspecto psicológico, era inevitable, no identificar y destacar la importancia de los factores y características concernientes a la familia, en el desencadenamiento y tratamiento de la enfermedad.

Todo tipo de tensión originada por cambios dentro de la familia o que provengan del exterior pueden afectar su dinámica y repercutirán en el funcionamiento familiar y requerirá de un proceso de adaptación, es decir una transformación constante de interacciones capaz de mantener la continuidad de la familia y colaborar en el crecimiento de sus miembros. (Andolfi, 1990).

Esta tensión o la incapacidad de la familia para adaptarse a los cambios propios del ciclo vital o a acontecimientos externos, generan principalmente problemas de comunicación, es decir, si la hay, pero es inadecuada y limitante, ya que el paciente esquizofrénico se expresa a través de mensajes confusos o delirantes y los demás miembros responden igual o evitando el contacto con el mismo.

Se concluye a través de esta revisión documental, que el enfoque sistémico es una de las opciones mas aplicables en el abordaje de las familias con un miembro esquizofrénico, ya que desde su perspectiva podemos notar que un cambio en los distintos elementos y factores que mantienen el equilibrio familiar principalmente la transmisión, comunicación de mensajes difusos y de doble vinculo, favorecen en gran medida la

aparición de síntomas positivos y negativos que trastornan la vida no solo del paciente sino de la familia, otra razón por la cual, si es posible intervenir a nivel familiar, informando y ayudando a la familia a hacer conscientes estos problemas que emergen con el diagnóstico de la esquizofrenia, influye mantener o favorecer la recuperación y el éxito de un tratamiento integral de la enfermedad.

Sin embargo, y aunque disponemos de este modelo de intervención que ha demostrado su eficacia, aún no se han incorporado a la práctica cotidiana de los servicios de salud mental tanto en hospitales como clínicas; se conoce mucho acerca de la enfermedad, el tratamiento médico, la rehabilitación y la importancia y evaluación de la familia, sin embargo, la dificultad radica en que las intervenciones sistémicas sean reconocidas como parte importante en la rehabilitación y evitación de recaídas en los pacientes, y que se lleven a cabo de manera continua y se les de seguimiento.

Así mismo es importante destacar que parte importante de esta propuesta sistémica en una enfermedad tan compleja como la esquizofrenia, también supone por un lado, la preparación y el entrenamiento de los psicólogos encargados de llevar a cabo estas intervenciones. No es fácil hacer contacto y fomentar la empatía con las familias afectadas por esta enfermedad y cuanto menos lograr mediante la intervención, un cambio de ideología acerca de la misma, destacando la influencia de la familia en el desarrollo de la esquizofrenia pero también en su posterior mejoría.

Para lograr este objetivo, es necesario trabajar desde las primeras sesiones con la familia enfatizando la importancia de la colaboración, estableciendo objetivos, prioridades y tareas y compartiendo información acerca de la enfermedad, tomando en cuenta sus necesidades y sus capacidades.

Por último, como lo señalan Lidz y Ackerman en 1965, para prevenir problemas de salud mental es necesaria la interacción y apoyo entre los miembros de la familia, ya que ninguna persona puede vivir sola, estos teóricos enfatizan el papel de la madre en el desarrollo de la enfermedad y la importancia del padre en la unión familiar para prevenir el síndrome.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

Ackerman, N. (1988) Diagnostico y tratamiento de las relaciones familiares. Psicodinamismos de la vida familiar. Buenos Aires. Ed Horme.

Andolfi, M. Terapia Familiar. Un enfoque interaccional. Barcelona, 1984. Ed Paidós.

Aznar, E., Berlanga, A. (2004) *Guía Práctica para el manejo de la esquizofrenia. Manual para la familia y el cuidador.* Madrid. Ed. Pirámide.

Bateson, Gregory (1980) Interacción familiar. Ediciones de la bahía.

Bellack (1994) *Evaluación de la funciones del yo.* México. Ed. Manual Moderno.

Bergeret, Jean. (1990). *Manual de Psicología Clínica y Psicopatología. Teoría y Práctica.* México. Ed Toray-Masson

Berger, Milton M. (1993) Más allá del doble vínculo. Barcelona. Paidós.

Bermúdez, Carmen., Brick, Eduardo. (2010) *Terapia Familiar Sistémica. Aspectos teóricos y aplicación práctica.* España: Ed. Síntesis.

Cibanal, Luis. (2005) *Introducción a la Sistémica y Terapia Familiar.* España: Ediciones Club Universitario.

CIE-10 (2000). *Clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento.* Madrid: Ed. Médica Panamericana.

Garnica, R. (1998) *Esquizofrenia. Guía para los familiares del paciente.* México: Ed. Piensa.

Eguiluz, Luz de Lourdes (2004) *Terapia Familiar: su uso hoy en día.* México. Ed Pax.

Haley, Jay. (1950) *Terapia para resolver problemas. Nuevas estrategias para una terapia familiar eficaz*. Amorrortu Editores.

<http://77es.wikipedia.org/wiki/esquizofrenia>.

Instituto de Psiquiatría Ramón de la Fuente OMS (2010). *Encuesta Nacional de Epidemiología, ENEP*. México

Jackson, Don. (1960) *Etiología de la esquizofrenia*. Buenos Aires. Ed. Amorrortu.

Laing, R. D. (1964) *El yo dividido*. México. Fondo de Cultura Económica.

Lidz, Theodore. *Schizophrenia and the family*. University Press. New York. 1965

Mahler, Margaret (1990). *Simbiosis Humana: las vicisitudes de la individuación*. México. Ed. Joaquín Mortis.

Merino, H., Pereira, M. (2010) *Familia y Esquizofrenia: una revisión desde el punto de vista de la interacción familiar*. *Anales de Psicología*, 6, 11-20

Millon, Theodore (1974) *Psicopatología y personalidad*. México, Ed. Interamericana.

Minuchin, Salvador. (1994) *Técnicas de Terapia Familiar*. México: Paidós

Navarro, Jose., Fuentes, Antonio., Ugidos, Tomasa. (compiladores). 1999. *Prevención e Intervención en Salud Mental*. Ed. Amorú, Salamanca.

Obiols, Jordy., Vicens, Jordy. Etiología y signos de riesgo en la esquizofrenia. *International Journey of Psychology and Psychology Therapy*, diciembre 2003, año 2 vol 3. Almería, España.

Ochoa de Alda, Inmaculada. (1995) *Enfoques en Terapia Familiar Sistémica*. Barcelona: Editorial Herder.

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

Saiz Ruiz, J., Vega Sánchez, D., & Sánchez Páez, P. (2010). *Bases Neurobiológicas de la Esquizofrenia*. *Clínica y Salud*, 21, 235-254.

Satir, Virginia. (2002) *Terapia Familiar paso a paso*. 2da. Ed. México: Ed. Pax.

Sociedad Mexicana de Psicología. (2010) *Código Etico del Psicólogo*. México. Ed Trillas. 5ª edición.

Spitz, R.A. (1969). *El primer año de vida del niño*. México. Fondo de Cultura Económica.

Torres Velázquez, L., Ortega Silva, P., Garrido Garduño, A., Reyes Luna, A., & Reyes Luna, A. (2008). *Dinámica familiar en familias con hijos e hijas*. *Revista Intercontinental de Psicología y Educación*, 10, 31-56.

Watzlawik, P. (2002) *Teoría de la comunicación humana. Introducción, patologías y paradojas*. Ed Herder. 12º ed.

Velázquez, M., Luna, M. *Instrumentos de evaluación en terapia familiar y de pareja*. Ed Pax México. 2006

Whitaker Carl. (2004) *Psicoterapia de los pacientes esquizofrénicos crónicos*. Ed Escuela

Zacarías, Rosa María. *Factores etiológicos de la psicosis esquizofrénica*. Universidad Nacional Autónoma de México. Tesis. 1995.

ANEXOS

CUESTIONARIO DE EVALUACION FAMILIAR (EFF)

Este cuestionario es un instrumento que evalúa la percepción que un miembro de la familia tiene acerca de su funcionamiento familiar basado en el modelo de funcionamiento familiar de Mc Master y consta de 40 reactivos.

La definición de las áreas o dimensiones que se pueden identificar con este cuestionario son las siguientes:

1. Resolución de problemas: se refiere a las habilidades de la familia para resolver un problema que favorezca el funcionamiento familiar efectivo, las cuales son identificación del problema, comunicación del problema, alternativas de solución, elección de la alternativa, llevar a cabo la acción, verificación y evaluación del éxito.
2. Comunicación: alude al intercambio de información de la familia, la cual puede ser clara o confusa, que se refiere a la precisión con que el contenido de la información es intercambiado; directa o indirecta que se refiere a si la información es dirigida a la persona adecuada o si se desvía a otra persona.
3. Roles: esta dimensión se refiere a los patrones de conducta por medio de los cuales la familia asigna a los individuos funciones familiares, dentro de las cuales se encuentran: la toma de decisiones, límites, control de conducta, asignación de roles etc....
4. Involucramiento afectivo: se refiere al grado que la familia muestra interés y valora las actividades de los demás miembros; existen 6 tipos de involucramiento: ausencia, involucramiento desprovisto de afecto, narcisista, empatía, sobre involucramiento, y simbiosis.

5. Respuestas afectivas: se evalúa la habilidad de la familia para responder con sentimientos adecuados a un estímulo, tanto en calidad como en cantidad. Básicamente se consideran dos categorías de afecto: de bienestar y de crisis.

6. Control de conducta: se refiere a los patrones que adopta una familia para manejar el comportamiento y pueden ser rígidos, flexibles o caóticos, en tres situaciones: las que implican peligro, las que implican enfrentar y expresar necesidades psicológicas, biológicas e instintivas, y las que implican socialización entre los miembros y fuera del sistema familiar.

CUESTIONARIO DE EVALUACION DEL FUNCIONAMIENTO FAMILIAR (EFF)

Por favor lea cuidadosamente las instrucciones antes de contestar.

A continuación presentamos una serie de enunciados, los cuales le pedimos contestar de la más manera mas sincera. La información que Ud. nos proporcione será absolutamente confidencial.

Todos los enunciados se refieren a aspectos relacionados con su familia, le agradecemos de antemano su cooperación.

Por favor no deje enunciados sin contestar. Marque con una X el numero que mejor se adecue a su respuesta, con base a la siguiente escala:

Totalmente de acuerdo	5
De acuerdo	4
Ni en acuerdo ni en desacuerdo	3
En desacuerdo	2
Totalmente en desacuerdo	1

1. mi familia me escucha	1	2	3	4	5
2. si tengo dificultades, mi familia estará en la mejor disposición de ayudarme	1	2	3	4	5
3 en mi familia ocultamos lo que nos pasa	1	2	3	4	5
4. en mi familia tratamos de resolver los problema s entre todos	1	2	3	4	5

5. no nos atrevemos a llorar frente a los demás miembros de la familia	1	2	3	4	5
7. cuando se me presenta algún problema, me paralizó	1	2	3	4	5
8. en mi familia acostumbramos discutir nuestros problemas	1	2	3	4	5
9. mi familia es flexible en cuanto a las normas	1	2	3	4	5
10. mi familia me ayuda desinteresadamente	1	2	3	4	5
11. en mi familia expresamos abiertamente nuestras emociones	1	2	3	4	5
12. me siento parte de mi familia	1	2	3	4	5
13. cuando me enojo con algún miembro de mi familia se lo digo	1	2	3	4	5
14. mi familia es indiferente a mis necesidades afectivas	1	2	3	4	5
15. las tareas que me corresponden sobrepasan mi capacidad para cumplirlas	1	2	3	4	5
16. cuando tengo algún problema, se lo platico a mi familia	1	2	3	4	5
17. en mi familia nos ponemos de acuerdo para repartir los quehaceres de la casa	1	2	3	4	5
18. en mi familia expresamos abiertamente					

nuestro cariño	1	2	3	4	5
19. me siento apoyado (a) por mi familia	1	2	3	4	5
20. en casa acostumbramos, expresar nuestras ideas	1	2	3	4	5
21. me duele ver sufrir a otro miembro de mi familia	1	2	3	4	5
22. me avergüenza mostrar mis emociones frente a mi familia	1	2	3	4	5
23. si falla una decisión intentamos una alternativa	1	2	3	4	5
24. en mi familia hablamos con franqueza	1	2	3	4	5
25. en mi familia mis opiniones no son tomadas en cuenta	1	2	3	4	5
26. las normas familiares están bien definidas	1	2	3	4	5
27. en mi familia no expresamos abiertamente los problemas	1	2	3	4	5
28. en mi familia, si una regla no se puede cumplir, la modificamos	1	2	3	4	5
29. somos una familia cariñosa	1	2	3	4	5
30. en casa no tenemos un horario para comer	1	2	3	4	5
31. cuando no se cumple una regla, en mi casa, sabemos cuales son las consecuencias.	1	2	3	4	5

32. mi familia no respeta mi vida privada	1	2	3	4	5
33. si estoy enfermo, mi familia me atiende	1	2	3	4	5
34. en mi casa, cada quien se guarda sus problemas	1	2	3	4	5
35. en mi casa, nos decimos las cosas abiertamente	1	2	3	4	5
36. en mi casa logramos resolver los problemas cotidianos	1	2	3	4	5
37. existe confusión acerca de lo que debemos hacer cada uno de nosotros dentro de la familia.	1	2	3	4	5
38. en mi familia expresamos la ternura que sentimos.	1	2	3	4	5
39. me molesta que mi familia me cuente sus problemas.	1	2	3	4	5
40. en mi casa respetamos nuestras reglas de conducta	1	2	3	4	5