

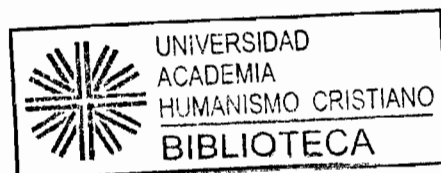
**UNIVERSIDAD ACADEMIA DE HUMANISMO CRISTIANO
ESCUELA DE TRABAJO SOCIAL**

**FAMILIA Y ESQUIZOFRENIA: UN ESTUDIO DE LA VII
REGIÓN, PROVINCIA DE CURICÓ.**

**ALUMNA: KATHERINE BREVIS HEILBRUNN
PROFESORA: ANA MARIA VILLARINO**

**TESIS PARA OPTAR AL GRADO ACADÉMICO DE LICENCIADO EN TRABAJO
SOCIAL.**

TESIS PARA OPTAR AL TÍTULO DE ASISTENTE SOCIAL



**SANTIAGO, CHILE
Noviembre 2004**

INDICE

INTRODUCCIÓN	1
1. Planteamiento del Problema	8
2. Objetivos	12
3. Estructura Metodológica	13
3.1. Tipo de Investigación	13
3.2. Hipótesis de la Investigación	15
3.3. Definición de Variables	16
3.4. Características de la Unidad de Análisis	17
3.5. Método para la Recolección de Datos	18
3.6. Análisis de la Información	20

I PARTE

MARCO TEÓRICO

Capítulo I: "Descripción de la enfermedad"

1. Definición y descripción de esquizofrenia	21
2. Síntomas característicos de la Esquizofrenia	22
2.1. Síntomas positivos	25
2.2. Síntomas negativos	27
2.3. Principales subtipos de Esquizofrenia	29

Capítulo II: "Modelos Explicativos de las Causas de la Enfermedad"

1. Causas de la Esquizofrenia	34
-------------------------------	----

1.1. Causas Biológicas-----	34
1.2. Causas Psicológicas-----	39
1.3 Causas Psicosociales-----	43

Capítulo III: "Tratamientos para combatir la Enfermedad"

1. Tipos de Tratamiento-----	46
1.1 Tratamiento farmacológico-----	50

Capítulo IV "Patologías y Estigmas"

1. Patologías Complementarias a la esquizofrenia-----	53
1.1 Estigmas Relacionados con la Patología -----	54

Capítulo V: " El Tratamiento de La Esquizofrenia en La Reforma de Salud"

1. Políticas Sociales de Salud Mental-----	61
1.1. Reforma de Salud Plan AUGE-----	68

Capítulo VI: "Paradigma Fenomenológico y Percepción Familiar"

1. Corriente Epistemológica o paradigma-----	71
1.1. Modelo Sistémico-----	73
1.2. Sistemas Sociales-----	76
1.3. La Familia como sistema relacional-----	78
1.4. Tipos de Familia-----	80
2. Percepción en la interacción Familiar-----	81

II PARTE

MARCO REFERENCIAL

Capítulo VII

1. Características Generales de Curicó -----	88
2. Trabajo con Pacientes que sufren Esquizofrenia -----	90

III PARTE

ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

Capítulo VIII “Historia Familiar, Social y Económica de Personas con Esquizofrenia-----	95
---	----

Capítulo IX “El Desconocido Mundo de la Esquizofrenia”-----	111
---	-----

CONCLUSIONES

1. Conclusión General-----	134
2. Conclusión desde el Trabajo Social-----	141

BIBLIOGRAFÍA-----	146
--------------------------	------------

ANEXOS:

“Anexo 1”

1. Variables del Estudio
2. Cuestionario socio-económico

“Anexo 2”

- Formato de entrevista
- Entrevistas en profundidad

INTRODUCCIÓN

El interés por desarrollar la presente investigación en torno a la relación existente entre un paciente diagnosticado con esquizofrenia y su relación socio-familiar, surge en el marco de la intervención del trabajo social en el área de psiquiatría y salud mental, en el nuevo enfoque de intervención comunitaria, donde se trabaja con el individuo y su contexto con el fin de fortalecer las redes sociales entre las personas que conforman la comunidad, posibilitar el acceso más adecuado a la información y lograr la total integración socio-comunitaria, enmarcado en el nuevo Plan de Psiquiatría y Salud Mental.

Con el objetivo de recuperar la cohesión del tejido social y lograr el fortalecimiento de los espacios comunitarios, es necesario facilitar el desarrollo de habilidades y capacidades necesarias para la toma de decisiones. Permitiendo el empoderamiento de individuos o grupos, a través de la constitución de capacidades que mejoren la participación significativa de las personas en los procesos de identificación y resolución de los problemas y en la utilización de servicios. Asimismo, el ambiente social que proporciona el barrio, población o comuna debe ser capaz de proveer capacidades para el desarrollo y expresión de la resiliencia de los individuos, grupos y comunidades estimulando la autonomía, la identidad y el sentido de pertenencia, reforzando la capacidad de recuperarse y hacer frente a la adversidad, de manera positiva y efectiva.

El abordaje del problema presentado en el estudio, tiene una gran relevancia, por diversas razones, entre ellas, porque apunta a conocer el fenómeno en mayor profundidad desde una metodología cualitativa, ya que en términos generales resulta poco estudiado y por otra parte es una propuesta de intervención para una enfermedad que ha experimentado un crecimiento progresivo a nivel mundial.

La investigación que se presenta a continuación, muestra desde una perspectiva cualitativa como viven ocho familias en la cotidianidad, cuando uno de sus integrantes se encuentra diagnosticado con esquizofrenia. El estudio se realizó con cuatro familias que reciben atención de los servicios tradicionales de psiquiatría y cuatro que acuden al servicio comunitario, con el objetivo de detectar la percepción que tienen los propios pacientes de la interacción en su contexto socio- familiar.

El desarrollo de esta investigación constó con dos etapas, en un primer momento la revisión de los elementos teóricos y referenciales que existen respecto al tema estudiado. Con esta información se elaboró un marco teórico, el cual contiene siete capítulos, que abordan los siguientes temas: el primero referido a la definición y descripción de esquizofrenia, el segundo a los modelos explicativos y posibles causas de la enfermedad, el tercer capítulo referido a los tratamientos para combatir la enfermedad, el cuarto corresponde a las patologías complementarias a la esquizofrenia y estigmas, el quinto habla de la reforma en la salud, sexto explica la corriente epistemológica utilizada y la percepción familiar. Finalmente el último capítulo describe el marco referencial, en que se desarrolló el estudio.

La segunda etapa de esta investigación contiene el análisis de los resultados obtenidos a través de la aplicación de un cuestionario socioeconómico familiar y el posterior análisis de las entrevistas en profundidad realizada a los pacientes y sus familias.

Finalmente, teniendo como base los objetivos de estudio y los antecedentes teóricos y prácticos, desde una perspectiva de trabajo social se obtuvieron, las conclusiones de esta investigación.

Para enmarcar el tema se sabe, que los trastornos mentales inhabilitantes, han ido en aumento en las últimas décadas, tanto la prevalencia de los trastornos psíquicos como de la discapacidad originadas por estos, resultado de la acción de factores epidemiológicos y socioculturales, según señala la Organización Mundial de la Salud.

Para los efectos de la ley 19.284 se considera discapacidad como "Aquella persona que, como consecuencia de una o más deficiencias físicas, síquicas o sensoriales, congénitas o adquiridas, previsiblemente de carácter permanente y con independencia de la causa que las hubiera originado, vea obstaculizada, en a lo menos un tercio, su capacidad educativa, laboral o de integración social"

Para la **OMS**, las manifestaciones de la discapacidad, son deficiencia y desventaja en el desempeño del rol social, como "cualquier restricción o falta de capacidad para llevar a cabo una actividad en la forma o dentro de rangos considerados normales".

En mayor medida, más que otras enfermedades, los trastornos psiquiátricos tienen un alto potencial de generar **deficiencias, discapacidad y desventaja**, si no reciben el tratamiento adecuado.

La esquizofrenia afecta al 1% de la población mundial sin distinción de sexos, nuestro país también se ve afectado, se aprecia un aumento en la prevalencia de alteraciones de la salud mental, según estudios del Ministerio de Salud en Chile, durante el año 2002 la prevalencia de esta patología es de 1,02%. Sin embargo actualmente la ANAFADIS "Agrupación Nacional de familiares de discapacitados Síquicos", asegura que las cifras ascienden al 2%, actualmente se realizan nuevos estudios.

Ello ha generado una preocupación e interés en el ámbito de las políticas públicas, que se ha traducido en la búsqueda e implementación de metodologías y tecnologías psicosociales válidas, como las nuevas orientaciones programáticas en los tratamientos para la rehabilitación de éstas personas.

Producto del aumento significativo de tales alteraciones, el concepto de salud mental ha adquirido mayor notoriedad, lo que ha exigido precisarlo. De este modo el Ministerio de Salud, siguiendo los lineamientos de la O.M.S. ha definido salud mental como *"la capacidad de las personas y de los grupos para interaccionar entre sí y con el medio ambiente, de modo de producir el bienestar subjetivo, el desarrollo y uso óptimo de las potencialidades psicológicas, cognitiva, afectivas, relacionales, el logro de las metas individuales y colectivas en concordancia con la justicia y el bien común"*

Los trastornos mentales no sólo afectan a quien la padece, sino también a su grupo inmediato, como es el caso de la familia que juega un rol fundamental, por ser la encargada de dar apoyo a las personas enfermas para que se mantengan estabilizadas y puedan de éste modo interactuar con su medio social.

Tal situación no se da en todos los casos, ya que la familia por problemas culturales, falta de información o tratamientos inadecuados no tiene las habilidades para manejar la situación y reacciona en muchas ocasiones, con una crítica constante al paciente estigmatizándolo e inhabilitándolo, de ésta forma acentúa o contribuye a la aparición de nuevas patologías.

La familia tradicionalmente cumple funciones de socialización, cuidado y protección de sus miembros. Como se señaló en la mayoría de los casos los padres constituyen el único recurso socio - comunitario válido para establecer el nexo entre la comunidad y una persona que padece un trastorno esquizofrénico, el sistema familiar por tanto es fundamental en el proceso de tratamiento y rehabilitación de los pacientes que presentan ésta enfermedad.

De acuerdo a las nuevas orientaciones del programa de salud mental, el tratamiento psiquiátrico debe tener un carácter biopsicosocial y contempla al trabajo social como uno de los motores fundamentales dentro de los equipos de trabajo, éste debe impulsar acciones que se dirijan al estudio y diagnóstico psicosocial de factores que se intercalan en el desencadenamiento y recuperación de los cuadros psiquiátricos y como evaluación y análisis de estos factores en el seguimiento de pacientes

sometidos a algún programa de investigación psicoterapéutica y/o farmacológica.

Es en tal marco es donde surge el objetivo de la presente investigación, que se dirige hacia el estudio y diagnóstico psicosocial de factores que interactúan en los pacientes esquizofrénicos que viven con sus familias, por tal motivo se considera el estudio de la familia fundamental, no sólo como interés académico, sino también para generar líneas de intervención desde la mirada de trabajo social, como parte integrante del equipo de salud mental y además de ésta forma entregar un aporte con su quehacer al desarrollo de los diferentes programas. Desde ésta perspectiva también se logrará realizar intervenciones más adecuadas con los pacientes y sus familias, apuntando a la educación, formación y apoyo que contribuye a sobrellevar el tratamiento y rehabilitación de los pacientes.

Antiguamente las personas con enfermedades mentales eran recluidas en instituciones psiquiátricas y alejadas de la sociedad. En cambio éste nuevo enfoque considera al paciente como un sujeto activo en la tarea de rehabilitación, pero al mismo tiempo contempla su integración a la sociedad en armonía con su medio ambiente. De tal modo, la salud mental pasa a convertirse en una gran preocupación social y por tanto, en uno de los componentes más importantes del bienestar y calidad de vida de las personas.

Otro aspecto a señalar, es la gran relevancia que adquiere la formación de equipos interdisciplinarios de trabajo, que promuevan el concepto de salud mental, para ello se requiere la integración de profesionales de las ciencias

sociales que cuenten con las habilidades metodológicas y técnicas en el tema y con una visión social de la realidad de este modo, el Trabajo Social es convocado a formar parte de los equipos multiprofesionales, considerando que por formación es la profesión que dispone de un mayor acercamiento a la comunidad y por lo tanto conoce con mayor precisión las dinámicas sociales y los problemas que ahí se producen. Generando movimientos en la búsqueda de la conservación del estado integral de la salud de las personas.

“En la medida que nuestra tarea básica es atender a personas y grupos afectados por problemas sociales, promover su bienestar y elevar su calidad de vida, la nueva concepción de salud mental podría dejar a todo el trabajo social dentro de este campo” (Aylwin, 2002 :26).

La salud mental ya no es de exclusiva responsabilidad de los equipos y profesionales tradicional de salud; y desde la concepción de bienestar psicosocial, el trabajador social se inserta como un profesional de la salud mental, donde su propósito y campo de acción se conciben desde una perspectiva humanista de la sociedad.

Ello supone pensar al trabajo social como poseedor de un saber, que concibe al sujeto, inmerso en una trama de relaciones interpersonales y vinculado a un contexto social en el que confluyen familias, grupos y personas que viven en un espacio y tiempo determinado. El trabajo social es una pieza clave, ya que es interventor y ejecutor de métodos y técnicas (pensamiento-acción) que sirven para dar respuestas a las demandas sociales. “Hoy no hay salud mental sin trabajo social, este tiene un trabajo protagónico en el nuevo enfoque psiquiatría social” que enfrenta

integralmente el problema, trascendiendo el aspecto terapéutico y proyectándose en un enfoque socio-psicológico que además de preventivo, desencadene una modificación cultural significativa, se trata de transformar una sociedad enferma en una más sana.

El trabajo social además de investigar, puede intervenir en los procesos de rehabilitación desde una perspectiva social. Comprometiendo en forma temprana a la familia en el tratamiento del paciente, entregándole la información necesaria, ayudando a los miembros de la familia a desarrollar habilidades de comunicación con el fin de mejorar las relaciones y la expresión de emociones, tanto positivas como negativas en un ambiente constructivo y fortaleciendo una convivencia adecuada, con el paciente.

Por las razones señaladas resulta de gran significación el presente estudio, que tiene como objetivo conocer la realidad de pacientes diagnosticados de esquizofrenia que asisten a los departamentos de salud mental de la provincia de Curicó, describiendo la relación que se da entre familia - paciente y cómo afectan los procesos del sistema familiar en la percepción que el paciente tiene de sí a través de la descripción de sus principales vivencias personales.

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Según el Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría 2001 la esquizofrenia es una condición crónica que frecuentemente tiene efectos devastadores en muchos aspectos de la vida del paciente y conlleva un alto riesgo de suicidio

y el menoscabo de la calidad de vida de las personas. La enfermedad se caracteriza por distorsiones fundamentales y típicas del pensamiento y de las emociones. El trastorno compromete las funciones esenciales que dan a la persona normal la vivencia de su individualidad, singularidad y dominio de sí misma. Se deteriora así su capacidad de relación con el medio, y su funcionamiento social.

Las causas de la esquizofrenia son complejas. Aún no se ha logrado postular una teoría que incorpore todas las variables, pues la esquizofrenia es un problema multivínculado que incluye causas orgánicas, familiares, ambientales y socioculturales.

Algunas teorías, describen las influencias psicosociales, en éste contexto, existen diversos autores que se refieren al tema. Uno de ellos es Bateson (1973), que describe a las familias que viven situaciones de "doble vínculo", donde alguno de sus miembros puede desarrollar síntomas esquizofrénicos, se refiere a los dobles mensajes o señales contradictorios enviados generalmente de padres a hijos de manera constante y recursiva, generando graves problema de comunicación en el receptor, éstas señales son internalizadas por los pacientes que dudan constantemente de los mensajes recibidos, distorsionándolos, porque les es difícil identificar entre la fantasía y realidad.

Las personas que sufren de esquizofrenia cargan con el peso de su enfermedad y presentan un alto grado de vulnerabilidad social porque además de sufrir una patología psiquiátrica, deben cargar con una fuerte

exclusión social, a causa de todos los mitos y estigmas existentes en torno a ella.

El núcleo familiar, principalmente representados por los padres, constituyen el cuidador y el único recurso socio-comunitario válido, de ésta manera el sistema familiar constituye una estructura fundamental en el proceso de tratamiento y rehabilitación de los pacientes con esquizofrenia.

Desde ésta perspectiva la teoría sistémica, explica como el individuo, la familia y sociedad conforman sistemas y subsistemas que interaccionan constantemente, donde el equilibrio cambia frecuentemente y a la vez la estabilidad de estos sistemas se mantiene a través de normas, valores, roles y formas de comunicación, por eso la identidad del individuo necesita del apoyo de la familia, a su vez la identidad de la familia necesita del apoyo de la comunidad que la rodea. Esta interrelación recursiva es importante para el desarrollo cognitivo, afectivo, social de las personas, ya que el medio en que se desarrolla el sujeto influye en su forma de pensar, comunicarse y percibirse. Sí consideramos a los miembros de la familia, como parte de un sistema recursivo, donde la totalidad se considera mayor que la suma de sus partes, cada parte sólo puede ser comprendida en el contexto de la totalidad, un cambio en cualquiera de sus partes afecta a todas las demás y viceversa, esto significa que cualquier dificultad que tenga alguno de ellos, produce una perturbación sobre los demás, de diversas formas e intensidad, también ocurre a la inversa es decir, sí la familia tiene un problema, afecta a cada uno de sus miembros. La familia es una especie de filtro que absorbe todo, los patrones de relaciones se dan en el ámbito familiar y social. Por eso resulta de gran importancia investigar la forma en que incide la familia en el miembro que sufre esquizofrenia y conocer como se presentan los

procesos de comunicación que afectan y determinan la auto- percepción de los pacientes.

2. OBJETIVOS:

Objetivo General:	Objetivos Específicos:
1- Describir y analizar como funcionan y afectan los patrones del sistema familiar, en; desempeño de roles, normas y formas de comunicación, cuando un miembro se encuentra diagnosticado de esquizofrenia.	1.1. Describir el perfil de cada familia y determinar las principales características socioeconómicas en que viven. 1.2. Identificar las ideas, creencias y valores que la familia tiene, respecto de la esquizofrenia que afecta a uno de sus miembros 1.3. Describir cómo interpreta la familia las actitudes que el medio social tiene hacia el paciente 1.4. Detectar la percepción que el Paciente tiene de sí, respecto de los roles o funciones que desempeña al interior de su familia.
2- Identificar los efectos de los patrones relacionales del sistema familiar que influyen en la auto percepción social del paciente con esquizofrenia.	2.1- Identificar algunos aspectos de las formas y tópicos comunicacionales verbales y no verbales utilizados entre la familia y el paciente. 2.2. Describir las normas existentes al interior de las familias y cómo se establecen, mantienen y perciben por sus miembros

3. ESTRUCTURA METODOLÓGICA:

3.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN:

La investigación, es de tipo **exploratorio descriptivo**. Exploratorio, porque pretende explorar acerca de la influencia familiar en los pacientes diagnosticados de esquizofrenia y a su vez describir como afecta ésta al funcionamiento del sistema familiar, ya que existe poca información y escaso material bibliográfico en torno al tema, especialmente en los países subdesarrollados, como es el caso de nuestro país donde las patologías mentales no son una problemática de primer orden, por lo tanto algunos textos del presente estudio fueron ser traducidos del inglés al español.

Descriptiva, porque se ajusta a los intereses de la investigación y describe las distintas categorías de interés para el estudio, tales como información respecto la enfermedad, comunicación, roles y normas, analizando su incidencia e interrelación entre familia y paciente, por lo cual se intenta describir e interpretar como funciona e influye éste sistema familiar en la autoconciencia que cada paciente tiene de sí entendido como las formas que se percibe y se piensa.

La realidad se observa en su medio natural, sin mediar en ella juicios de valor y en un contexto determinado por lo que no se pueden generalizar los resultados a otros contextos.

Una vez presentado el tema, la definición metodológica que se utilizará: para responder a las interrogantes de la investigación, es de carácter **cuantitativo- cualitativo**.

Para la investigación cualitativa, todas las personas y escenarios son merecedores de estudio, porque todos los individuos son diferentes y tienen una carga de subjetividad, piensan y sienten de forma diferente unos de otros, además los escenarios van cambiando de contextos con el tiempo, éstos no son estáticos, la inter-relación de las personas y el medio va creando diversos factores que son susceptibles de investigar.

El presente estudio responde a una investigación cualitativa porque requiere indagar acerca de datos descriptivos, requiere escuchar a las personas y conocer su historia desde su propia perspectiva. Se comienza con hipótesis flexibles y expuestas a cambios acerca del problema, no con hipótesis claramente definidas como en los estudios cuantitativos, estas ideas se pueden estructurar en supuestos o conjeturas que con el desarrollo del estudio pueden ir variando o flexibilizándose. El estudio según esta perspectiva es holístico ya que los pacientes y sus familias se encuentran inmersos en una realidad dinámica y forman parte de una historia que tiene pasado, presente y futuro, por lo tanto su realidad no se puede resumir en variables, pero sí en categoría o temas de estudio donde ellos mismos desarrollan y exponen sus ideas.

El enfoque cualitativo se basa en el paradigma fenomenológico, tal paradigma comprende la realidad como la construcción hecha por los

sujetos, donde cada uno le atribuye significados e interpretaciones según sus propios valores y creencias.

3.2. HIPÓTESIS DE INVESTIGACIÓN

En la presente investigación se utilizaron hipótesis flexibles o supuestos, que guiaron el estudio.

Hipótesis1: El funcionamiento del sistema familiar se ve afectado con un miembro diagnosticado de esquizofrenia.

Hipótesis 2: Algunos aspectos del sistema familiar influyen en la forma cómo los pacientes con esquizofrenia se perciben así mismos y enfrentan su enfermedad.

Hipótesis 3: El sistema comunicacional entre las familias y paciente es disfuncional, porque en la mayoría de los casos se da una alta "expresividad emocional" y otros factores que se manifiestan a través de la comunicación, como doble vínculo.

Hipótesis 4: El tratamiento biomédico, basado en la entrega de medicamentos que brinda el Hospital Base a los pacientes con esquizofrenia de la provincia de Curicó. Es menos efectivo en cuanto a tratamiento,

rehabilitación y resultado que el método biopsicosocial que ofrece el Hospital Día.

3.3. DEFINICIÓN DE VARIABLES

Para ésta investigación se utilizaran, las siguientes variables:

1. Variable Socioeconómica: Aspectos sociales y económicos que cada familia presenta, tales como: Constitución familiar, Salud, niveles de educación, vivienda, empleo e ingreso familiar.

2. Auto percepción social

3. Interacción Familiar

4. Información que se tiene respecto la enfermedad

5. Roles y funciones del paciente

6. Formas y tópicos comunicacionales

7. Normas familiares

Nota: La definición de las variables se encuentran en Anexo de la Investigación.

3.4. CARACTERÍSTICAS DE LA UNIDAD DE ANÁLISIS:

Universo:

El universo está constituido por todas las familias de los pacientes con diagnóstico de esquizofrenia que asisten a los tratamientos brindados por el Departamento de Psiquiatría " Hospital Base" y "Hospital Diurno" de la provincia de Curicó durante el periodo 2001- 2002. Cabe destacar que el Hospital Base atiende más de 100 consultas en esta especialidad y el Hospital Diurno tiene capacidad para 20 pacientes que van cambiando cada tres meses.

Muestra:

La muestra será no probabilística, es decir es una muestra dirigida o intencional, en donde la selección de los elementos, depende de los criterios preestablecidos que guardan relación con el estudio, se estratifica la muestra de acuerdo a las categorías relevantes para el estudio.

El tamaño de la muestra está compuesta por 8 pacientes y sus respectivas familias, las cuales debieron reunir las siguientes características:

3.1. Pacientes hombres o mujeres mayores de 18 años, diagnosticadas de esquizofrenia crónica.

3.2. Que vivan con su familia y que no sean autovalentes

3.3. Que hayan asistido o asistan a los servicios de psiquiatría de la Provincia de Curicó, durante el periodo 2001-2002

3.4. Que los pacientes y sus correspondientes familias presenten interés por participar en la investigación.

De acuerdo a los requisitos anteriores se entrevistaron a 8 familias con sus respectivos pacientes, lo que sumo un total de 27 personas que participaron en el cuestionario socio- económico y entrevista en profundidad.

3.5. MÉTODO PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS

Para efectos de este estudio se utilizaron tres técnicas de investigación la primera de ellas de tipo cuantitativo que sirvió para conocer el perfil y condición socioeconómico de cada familia a través de un cuestionario con preguntas cerradas dirigido al jefe de hogar.

La presente investigación se centrará en el enfoque cualitativo, por medio de entrevista en profundidad que se aplicó a los pacientes con esquizofrenia y a sus familias. Esta técnica se utilizó para detectar las categorías relacionadas con la información que la familia maneja respecto de la

enfermedad, formas de comunicación y funcionamiento de roles y normas, ya que la investigación es flexible y dinámica, se aplicó después de reiteradas reuniones entre el investigador y los informantes, con el objetivo de conocer en profundidad el significado y comprensión de las perspectivas que tienen los informantes respecto de sus vidas, experiencias o situaciones, describiendo no sólo lo que sucede, también el modo en que otras personas lo perciben, Esta entrevista es "No estructurada" fundamentalmente para comprender más que para explicar la realidad, lograr develar significados con el fin de conocer los elementos que inciden en la dinámica familiar.

Para recopilar la información se recurrió a las grabaciones en audio, las que posteriormente fueron transcritas para registrar con fidelidad las interacciones verbales entre investigador e investigado. Para efecto de lo anterior los entrevistados fueron informados previamente que su conversación sería gravada, negándose en un solo caso, para lo cual se utilizó un cuaderno de campo.

El tercer instrumento de investigación fue la observación directa participante para detectar todas las categorías de análisis, ésta técnica se orienta a captar, analizar e interpretar los aspectos significativos de la conducta, ayuda a comprender los fenómenos y a conocer las representaciones que le dan los grupos de estudio.

La duración de las entrevistas fue variable porque estuvo determinada por el tiempo disponible de los entrevistados y por los objetivos propuestos en la investigación. Para la entrevista estructurada con el objetivo conocer la

realidad socioeconómica familiar su duración está estimada en una visita de una hora.

Para la entrevista en profundidad debido a la complejidad del tema y a los objetivos propuestos en la investigación, fue dividida en tres visitas, estimadas en una hora y media a dos horas aproximadamente cada una.

3.6. ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN:

El análisis de la investigación se obtuvo con los datos obtenidos a través del cuestionario socioeconómico y las entrevistas en profundidad, éstas últimas fueron limpiadas, al borrar todas aquellas palabras, frases u oraciones que no contribuyan a los objetivos de la investigación. Las unidades de análisis la constituyeron de las frases textuales de los entrevistados.

Posteriormente se codificó la información a través de análisis de contenido de modo de clasificarla y ordenarla con relación a las categorías previamente definidas.

I PARTE

MARCO TEÓRICO

CAPITULO I

DEFINICIÓN Y SÍNTOMAS DE LA ESQUIZOFRENIA

1. "DESCRIPCION DE LA ENFERMEDAD"

La esquizofrenia es un trastorno mental que interfiere con la capacidad de la persona para reconocer lo que es real, para manejar sus emociones, pensar claramente, realizar juicios, y comunicarse con los demás. La clasificación internacional de las enfermedades mentales, entrega la siguiente descripción de esquizofrenia: (OMS, 1992)

Los trastornos esquizofrénicos se caracterizan en general por distorsiones características y fundamentales del pensamiento y la percepción, y por un efecto inapropiado o aplanado. Habitualmente se conserva la conciencia clara y la capacidad intelectual, con el transcurso del tiempo pueden desarrollarse cierto déficit cognitivos. El trastorno involucra las funciones más básicas que dan a las personas normales la sensación de individualidad, de ser únicos y de auto control. Con frecuencia sienten que incluso sus pensamientos sentimientos y actos más íntimos son conocidos o compartidos por otros. Pueden desarrollar delirios expiatorios, en el sentido que existen fuerzas naturales o sobrenaturales que influyen, de manera por lo general bizarra, sus pensamientos y acciones. El individuo puede verse a sí mismo como el centro o eje de todo lo que ocurre. Son comunes las alucinaciones, especialmente auditivas, que pueden comentar las acciones o pensamientos del individuo. También pueden existir otras alteraciones de la percepción, los colores y sonidos pueden parecer demasiado vividos o cualitativamente alterados. En un comienzo son comunes los sentimientos de perplejidad, que con frecuencia llevan a la creencia que las situaciones cotidianas poseen un significado

especial, por lo general siniestro y destinado únicamente a la persona afectada.

En el trastorno del pensamiento típico de la esquizofrenia características periférica e irrelevantes de un concepto, que son normalmente inhibidas, son traídas a un primer plano y utilizadas en lugar de aquellas, es decir, algunas características irrelevantes de cosas o sucesos comunes pueden parecer más importantes que el objeto o acontecimiento en sí mismo. De esta manera el pensamiento se vuelve vago, elíptico y oscuro, y su expresión en el lenguaje a veces se torna incomprensible. Los quiebres e interrupciones en el tren del pensamiento son frecuentes, dando la idea que el pensamiento está siendo sustraído por algún elemento externo.

El ánimo es característicamente aplanado, caprichoso o incongruente. La ambivalencia y el trastorno de la voluntad pueden aparecer como inercia, negativismo estupor y catatonia. El inicio puede ser agudo, con un comportamiento seriamente perturbado o insidioso, con un desarrollo gradual de ideas o conductas extrañas. La evolución del desorden muestra igualmente gran variabilidad y es inevitablemente crónico o deteriorante. En una proporción de los casos, que puede variar según las distintas culturas y poblaciones, el resultado es la completa o casi completa mejoría.

La esquizofrenia habitualmente afecta a adolescentes y adultos jóvenes de ambos sexos, aunque por lo general aparece más tarde en Las mujeres. Existen en todos Los países del mundo, y se encuentra entre las 10 primeras causas de incapacidad entre los 18 y 44 años (Murray y López, citados por OMS; 1992)

2." SINTOMAS CARACTERÍSTICOS DE LA ESQUIZOFRENIA"

Los síntomas característicos de la esquizofrenia involucran múltiples

disfunciones cognoscitivas y emocionales que incluyen la percepción, el pensamiento inferencial, el lenguaje y la comunicación, organización comportamental, la afectividad, la fluidez y productividad del pensamiento y el habla, la capacidad de disfrutar, incapacidad de enjuiciamiento de la propia situación y atención. Estos síntomas se asocian a la discapacidad social. Pero existe deterioro en distintos dominios de funcionamiento, tales como aprendizaje, auto cuidado, trabajo, relaciones interpersonales, habilidades etc. Hay que destacar que esto varía en todos los individuos afectados por la enfermedad.

Al comienzo los síntomas manifiestos pueden verse precipitados por situaciones ambientales como cambios de ciudad, cambios de colegio, muerte de un ser querido, ocurrencia de episodios traumáticos, violencia, violaciones o el consumo de drogas. También es común que los pacientes después del primer episodio psicótico presenten depresión.

Los criterios diagnósticos para la esquizofrenia según CIE-10, organizan los síntomas en 9 grupos, requiriéndose un cierto número de ellos para hacer el diagnóstico, generalmente un síntoma muy manifiesto, o 2 ó más si son menos claros. Los síntomas deben estar presentes por al menos 1 mes, para hacer el diagnóstico de esquizofrenia.

Contrariamente a la creencia popular, la esquizofrenia no es un problema de "desdoblamiento de personalidad". Sin embargo, las personas con esquizofrenia pueden percibir la realidad de forma muy diferente a como lo hacen otras personas que las rodean.

.

A menudo sufren síntomas aterradores, como oír voces internas no percibidas por otros, o creer que otras personas leen sus mentes, controlan sus pensamientos o conspiran para hacerles daño. Al vivir en un mundo

distorsionado por alucinaciones y delirios, las personas con esquizofrenia pueden sentirse asustadas, ansiosos y Confusas, y pueden vivir aterradas y recluidas. Su forma de hablar y de comportarse puede llegar a ser tan desorganizado que puede ser incomprensible o espantoso para los demás.

En parte debido a lo inusual de las realidades que experimentan, las personas con esquizofrenia pueden comportarse de formas muy distintas en momentos diferentes. A veces pueden parecer distantes, indiferentes o preocupadas, e incluso podrían permanecer sentadas rígidamente, sin moverse durante horas y sin emitir un sonido. Otras veces, podrán estar moviéndose constantemente, siempre ocupadas, con aspecto despabilado, vigilante y alerta. La esquizofrenia se reconoce primero por cambios en el funcionamiento social y personal del individuo, para los cuales no existe una explicación única.

El período previo al inicio de los síntomas activos de la esquizofrenia es conocido como período prodrómico y puede prolongarse años. En tres cuartos de los casos ocurren síntomas no específicos y negativos mucho antes del primer síntoma positivo. Estos síntomas tempranos se acompañan con frecuencia de un deterioro funcional.

Los signos tempranos también pueden incluir cambios en la conducta tales como ansiedad generalizada, depresión leve transitoria, pérdida del interés y abandono del trabajo y actividades sociales que solían ser importantes para las personas, suspicacia, y un cambio marcado en los hábitos y valores personales, como por ejemplo en el aseo personal, vestimenta o puntualidad. La persona puede conducirse o vestirse de manera inusual o extravagante. A menudo las explicaciones ofrecidas para estos cambios y conductas son simbólicas, metafóricas o insólitas. (Bleuler, 1941)

Los síntomas de la esquizofrenia con frecuencia son clasificados como

positivos y negativos. Ambos tipos de síntomas pueden generar problemas en el funcionamiento social y contribuir al estigma debido a la esquizofrenia. En la mayoría de los pacientes con esquizofrenia los síntomas positivos y negativos están presentes en distintas proporciones en los diferentes períodos de la enfermedad.

2.1 SÍNTOMAS POSITIVOS:

2.1.1 Delirios:

Son creencias falsas acerca de las cuales la persona está firmemente convencida, a pesar de la ausencia de evidencia concreta. Estas creencias falsas deben ser distinguidas de creencias culturales específicas que son mantenidas por un grupo o sociedad completa. Las personas con delirio pueden creer que son perseguidas, o que poseen dones o poderes especiales, o que su pensamiento o acciones están bajo el control de una fuerza externa. Los delirios pueden ser fantásticos o bizarros Ej.: Ser capaz de controlar el clima, o estar en comunicación con seres de otro planeta. Las personas que mantienen esta creencia falsa pueden sentir mucho temor a ser dañadas o actuar de manera inusual debido a esas creencias.

También pueden producirse delirios de grandeza, en los que las personas creen que son figuras importantes o famosas. Algunos pacientes cuentan delirios estrafalarios, tales como la creencia de que un vecino controla su conducta mediante ondas magnéticas; que las personas que aparecen en televisión les dirigen mensajes especiales; o que sus pensamientos están siendo emitidos en voz alta a los demás (OMS; op.cit)

2.1.2- Alucinaciones

Son percepciones sensoriales imaginadas. El tipo de alucinación más común en la esquizofrenia son las auditivas, en los cuales la persona escucha voces

imaginarias. A veces las personas con esquizofrenia mantienen conversaciones con estas voces. Algunas veces estas voces les dan órdenes o comentan sobre el carácter y las acciones de la persona con la enfermedad. Formas menos comunes de alucinaciones incluyen la visión, sensación, saborear u oler cosas que son muy reales para la persona, pero que no están realmente presentes. La persona puede percibir colores y sombras habituales de una manera distorsionada y sentir que ellos un significado personal apremiante.

2.1.3- Trastornos del pensamiento

Tienen pensamiento confuso que se hace evidente en lo que dicen y en cómo lo dicen. El discurso de la persona puede ser difícil de seguir debido a que salta de un discurso a otro con poca o ninguna conexión lógica. Pueden ocurrir interrupciones en el curso del pensamiento (bloqueo del pensamiento). La sintaxis puede ser bizarra y tener sentido sólo para quien habla.

En algunos casos las personas creen que sus pensamientos están siendo difundidos o robados, o que sus pensamientos están siendo controlados o influenciados por un agente externo (un extraterrestre o demonio). Estos fenómenos son conocidos como eco, difusión, inserción o robo del pensamiento. En casos severos, el discurso puede ser tan inconexo que se hace imposible de comprender. (ibid)

2.1.4-Conducta bizarra

Algunas personas con esquizofrenia se comportan de manera extraña o transgreden las normas sociales (desvisténdose en público). Ellos pueden hacer gestos raros o expresiones faciales incongruentes y muecas, o asumir posturas extrañas sin propósito aparente.

Los síntomas positivos son relativamente fáciles de distinguir debido a que son

tan obviamente diferentes de lo normal. Sin embargo, la presencia de síntomas positivos tales como alucinaciones y delirios no necesariamente significa que la persona tiene esquizofrenia. Los síntomas también pueden presentarse en personas que abusan de drogas o padecen de depresión severa, manía, lesiones cerebrales, o ciertas enfermedades médicas.

Debido a que los síntomas positivos prominentes dificultan el funcionamiento social de la persona, con frecuencia se traduce en la hospitalización del paciente en una institución psiquiátrica. Afortunadamente, los fármacos antipsicóticos pueden eliminar o reducir la intensidad de los síntomas positivos y disminuir la posibilidad de que ellos recurran, aunque la persona puede estar afectada de síntomas negativos. Puede ocurrir una recaída si la persona experimenta un evento vital estresante, relaciones estresantes de larga duración, si la medicación es suspendida o si las dosis son reducidas. También pueden ocurrir recaídas sin ningún gatillante aparente, aún cuando la persona haya mantenido una dosis de medicamentos que había sido previamente adecuada.

2.2 SÍNTOMAS NEGATIVOS:

2.2.1-Afecto aplanado:

Las personas con esquizofrenia a menudo parecen emocionalmente planas y no responden a las cosas que suceden a su alrededor. Puede ser imposible mostrar sus emociones por medio de la variación de sus expresiones faciales, gestos, o tono de voz. La persona puede mostrar mucha respuesta a eventos felices o tristes, respondiendo en ocasiones de forma inapropiada.

En algunos tipos de esquizofrenia, especialmente la hebefrénica o tipo desorganizada, existen síntomas como emociones y acciones groseramente inapropiadas e incongruentes. La persona puede parecer errática. Sin metas y

a menudo, impulsiva. La personalidad total del sujeto con esquizofrenia parece a menudo como cambiada de su patrón previo.

2.2.2-Pérdida de la motivación:

La esquizofrenia puede reducir la motivación de las personas, de manera que ellas pueden estar menos dispuestas para trabajar o participar en actividades de ocio. Pueden parecer desinteresados en las actividades cotidianas tales como el lavado, la cocina o, en casos extremos, puede serles imposible cuidar de su higiene personal o alimentarse por sí mismos. Puede aparecer indecisión, negativismo y pasividad mezclado con impulsos súbitos. En casos extremos la persona puede llegar a estar aislada, agitada o estuporosa sin que existan razones aparentes.

2.2.3-Aislamiento social:

Las personas con esquizofrenia pueden tener dificultades en hacer y mantener amigos o conocidos. Pueden tener pocas, relaciones de intimidad si es que tienen, su interacción con otros puede ser breve y superficial. En casos extremos, puede evitar activamente toda interacción social.

2.2.4-Pobreza de pensamiento:

Algunas personas con esquizofrenia poseen una marcada disminución de la cantidad y contenido de su pensamiento. Puede que sólo raramente hablen de manera espontánea, y contesten las preguntas con respuestas breves que no aportan detalles. En casos extremos, el discurso de la persona se limita a frases cortas como "sí" o "no" o "no sé". Otras personas con esquizofrenia pueden hablar velozmente, pero su discurso, aunque comprensible, no aporta ningún contenido. Ellas pueden responder a preguntas en forma circundante sin jamás llegar al punto. Su discurso puede reflejar pérdidas de las asociaciones, o asociaciones no relacionadas entre ideas, y quiebres o saltos inesperados en el curso del pensamiento. A diferencia de los síntomas positivos, los negativos son a menudo déficit en el funcionamiento que a

menudo no son reconocidos como síntomas de la enfermedad. Algunas veces los miembros de la familia u otro mal interpretan los síntomas negativos de la esquizofrenia como un signo de "flojera". Por ejemplo, si la persona está desmotivada y no preocupada de su apariencia personal. Ellas pueden pensar que la persona se comporta así para molestar, o que está descuidando su apariencia para fastidiar a su familia.

Los síntomas negativos pueden ser también el resultado de una depresión (la que puede ocurrir simultáneamente con la esquizofrenia) o una subestimación ambiental, como por ejemplo: en las estadias hospitalarias prolongadas, o pueden representar efectos colaterales de alguna medicación antipsicóticas. A menudo es difícil decir si los síntomas negativos son parte de la enfermedad esquizofrénica misma, o el resultado de esos otros problemas.

La capacidad de las personas para trabajar e interactuar con otros y para cuidar de sí mismo durante la remisión depende en gran medida de la severidad de los síntomas negativos residuales que tenga.

La mayoría de las personas con esquizofrenia tienen sólo unos pocos síntomas positivos y negativos en un mismo momento. Típicamente, el tipo y severidad de los síntomas varía considerablemente durante el curso de la enfermedad y de una persona a otra. Algunos individuos nunca tienen alucinaciones, otros nunca tienen delirios, algunos nunca tienen síntomas negativos, mientras otros sufren de ellos persistentemente. (ibid)

2.3 PRINCIPALES SUBTIPOS DE ESQUIZOFRENIA

2.3.1. Paranoica: Este es el tipo de esquizofrenia más común, y se caracteriza por prominentes delirios de persecución y alucinaciones.

2.3.2. Hebefrénica: Este tipo de esquizofrenia, también conocida como esquizofrenia desorganizada, comienza típicamente en la adolescencia y se caracteriza por predominancia de síntomas negativos, afectos bobos o inapropiados, trastornos y fragmentación del pensamiento.

2.3.3. Catatónica: La esquizofrenia catatónica está llegando a ser extremadamente rara. Se caracteriza por el predominio de los síntomas motores y extremo aislamiento social, aplanamiento afectivo y faltas de ideas, energía y motivación.

Según el estudio Piloto Internacional de Esquizofrenia de la OMS, hecho en 1969-76, encontró que la esquizofrenia era claramente un trastorno ubicuo, con un cuadro clínico similar en todos los entornos estudiados (OMS, 1973). La siguiente tabla muestra los diez síntomas mas frecuente de esquizofrenia aguda.

TABLA N° 1

SINTOMAS	FRECUENCIAS
Falta de conciencia de la enfermedad	97%
Alucinaciones Auditivas	74%
Ideas de referencia	70%
Suspicion	66%
Aplanamiento Afectivo	66%
Alucinaciones en segunda persona	65%
Humor Delirante	64%
Delirio de Persecución	64%
Alienación del Pensamiento	52%
Pensamiento Hablado	50%

Fuente: "Clasificación de los Trastornos Mentales y Conductuales: Descripciones Clínicas y Guías Diagnósticas, 1992.

Donde quiera que aparezca, los síntomas característicos de esquizofrenia son básicamente los mismos: Delirios, alucinaciones, trastornos del pensamiento, trastornos catatónicos y síntomas negativos. Sin embargo, la manera en la cual los síntomas aparecen y los tipos particulares de síntomas que son prominentes puede variar de individuo a individuo y de cultura a cultura. Más aún, debido a diferencias en las costumbres y expectativas sociales, las culturas difieren en su valoración de la importancia de diferentes síntomas.

Mientras más perturbador es un síntoma en términos de normas sociales locales, más probablemente la persona con ese síntoma será reconocida como mentalmente enferma y estigmatizada.

Los síntomas de la enfermedad suelen variar con el tiempo, empeorando durante los períodos de recaída y mejorando durante los períodos de remisión. Algunas personas tienen solamente un episodio de tipo esquizofrénico; otras tienen muchos episodios durante toda su vida, pero llevan una vida relativamente normal entre cada uno de ellos, pareciendo estables y emocionalmente sanas.

Sin embargo, los individuos con esquizofrenia "crónica", o un perfil continuo y recurrente de la enfermedad, a menudo no recuperan del todo un funcionamiento normal y es característico que requieran un tratamiento de larga duración, incluyendo, por lo general, medicación.

Riesgo Promedio de Desarrollar Esquizofrenia Para los Familiares de una Persona con la Enfermedad: (datos recolectados de estudios de familias y gemelos realizados en Europa entre 1920 y 1987)

TABLA N° 2

Población General	1%
Cónyuges	2%
Primos Hermanos	2%
Tíos	2%
Sobrinos	4%
Nietos	5%

Fuente: *Clasificación de los Trastornos Mentales y Conductuales: Descripciones Clínicas y Guías Diagnósticas, 1992.

Las personas escuchan voces o incluso ven cosas que no están sucediendo, pueden que escuchen voces que hablan o que hablan sobre ellos. Cuando esto recién comienza a ocurrir suele generar miedo en las personas, naturalmente buscan explicación por Ej. Que las voces provienen de televisor, o que tienen un origen espiritual, ya sea de Dios o de los ángeles. Es menos frecuente que las personas se den cuenta que lo que escuchan viene de su propia mente. Puede que las voces digan cosas desagradables y las persona les grite o les conteste cosas en respuesta, incluso habiendo otras personas presentes. A veces sienten que deben obedecer a estas voces, lo que puede volverse muy desgastador.

La esquizofrenia también puede afectar los sentimientos. En algunos casos las personas pierden su habilidad para sentir la emoción correcta en el momento oportuno, por lo que tal vez se ría de una mala noticia o llore mientras todos los demás se están riendo. Algunos personas afectadas con éste trastorno podrían llegar a lastimar a aquellos que quiere, y esto es porque no siempre tienen control de sus sentimientos. (Vallejo Ruiloba, 1991)

Hay que destacar que la mayoría de las personas se recuperan con el tratamiento (medicamentos y psicoterapia). Pensarán con mayor claridad y entonces se irán los pensamientos extraños, quedan algunas secuelas siempre y 9 de 10 se recuperan. (CI-10, 1992)

CAPITULO II

“MODELOS EXPLICATIVOS DE LAS CAUSAS DE LA ENFERMEDAD”

1. Causas de la Esquizofrenia:

No se conoce una sola causa de la esquizofrenia, muchas enfermedades, tales como las enfermedades cardíacas, tienen su origen en diversos factores: genéticos, de conducta, hábitos alimenticios, sedentarismo y otros factores; y este podría ser también el caso de la esquizofrenia. No se comprenden todavía todos los factores necesarios para causar la esquizofrenia. Se puede entender desde distintas perspectivas, sin embargo, la mayoría de los equipos científicos a nivel mundial coinciden en que la enfermedad se debe a anomalías en los neurotransmisores, algunas de las cuales han sido detectadas.

Estas causas son complejas. Aún no se ha logrado postular una teoría que cuente con todas las variables, pues la esquizofrenia es un problema multivínculado que incluye causas biológicas, psicológicas, familiares, ambientales y socio culturales. Dentro de las principales causales encontramos:

1.1 Causas Biológicas:

Como ya se mencionó anteriormente, algunos expertos están de acuerdo en que la enfermedad se debe a anomalías en el funcionamiento del cerebro, algunas de las cuales han sido detectadas (no en todos los pacientes esquizofrénicos). La esquizofrenia es una enfermedad mental, cuyos síntomas se atribuyen a anomalías en la transferencia y procesamiento de la información

en el cerebro. Las células nerviosas del cerebro se comunican entre sí liberando compuestos químicos (neurotransmisores) desde sus extremos nerviosos. Muchos de los síntomas de la esquizofrenia han sido vinculados a anomalías en la actividad de ciertos neurotransmisores en particular.

Dentro de este contexto biológico, actualmente ha emergido la Hipótesis del Neurodesarrollo: Esta se refiere a la esquizofrenia como un trastorno del Neurodesarrollo, en el cual el daño cerebral o el proceso patológico ocurre durante el desarrollo cerebral mucho antes que la enfermedad se manifieste clínicamente. De acuerdo con esta visión, la persona con esquizofrenia podría haber sufrido alguna forma de mal desarrollo cerebral durante la fase gestación, en particular durante el segundo semestre de gestación. Por una variedad de razones neurobiológicas, el trastorno podría manifestarse sólo durante la vida adulta temprana, cuando algunos sistemas neuronales seleccionados de maduración muy posterior al nacimiento, resulten incapaces de arreglárselas con una gran cantidad de tipos stresores psicosociales y vicisitudes vitales (Weinberger, citado por OMS; op. cit)

Varios tipos de evidencia tienden a sostener esta visión. En particular se ha demostrado que complicaciones del embarazo y el parto incrementan el riesgo para desarrollar esquizofrenia dos o tres veces, probablemente por sufrir algún daño en el cerebro en desarrollo.

También se habla de Anormalidades Estructurales que son cambios físicos en el cerebro de algunos pacientes con esquizofrenia. Se realiza a través de una Tomografía, que hace posible demostrar cambios en el flujo sanguíneo cerebral regional y modificaciones en la química del cerebro.

Anormalidades Neuroquímicas:

Esta hipótesis que plantea la existencia de anomalías Neuroquímicas

involucradas en la esquizofrenia tiene una larga historia (Andreasen, 1995)

Sin embargo, la evidencia empírica se obtuvo cuando se demostró que el mecanismo de acción de los neurolépticos se relacionaba con el metabolismo de las catecolaminas en el cerebro, y más específicamente con el efecto bloqueador de estas drogas sobre los receptores catecolaminérgicos post-sinápticos. La investigación posterior indicó que era la capacidad de los antipsicóticos de bloquear los receptores dopaminérgicos la responsable de su eficacia clínica. La dopamina incrementa la sensibilidad de las células cerebrales a los estímulos. Lo común es que esta alerta elevada sea útil para la persona en momento de estrés o peligro, sin embargo, en la esquizofrenia, la adicción del efecto de la dopamina a un estado cerebral ya hiperactivo puede llevar a la persona a una psicosis.

Aunque las causas exactas de la esquizofrenia no se conocen parece ser que varios factores incrementan el riesgo de una persona para la enfermedad. Esos factores interactúan entre ellos para influenciar el desarrollo y curso de esquizofrenia (Sttrauss y Carpenter citados por OMS; op cit). Diferentes factores asumen importancia en distintas etapas del desarrollo individual. Los factores genéticos y las complicaciones, pueden por su parte, jugar un rol en la formación de la predisposición del recién nacido para desarrollar la enfermedad. El momento del ataque de la enfermedad más tarde en la vida depende de la magnitud de la vulnerabilidad individual y de la exposición a una variedad de estresores. Los estresores precipitantes de la enfermedad pueden ser de naturaleza biológica (ej.: abuso de drogas alucinógenas), o social (ej: Pérdida de un familiar) Estos y otros factores estresores, también afectan el curso y resultado de la enfermedad.

Las investigaciones efectuadas con familias indican que la vulnerabilidad a la esquizofrenia es hereditaria y en muchos casos es un factor causal.

Un niño cuyo progenitor tenga esquizofrenia tiene aproximadamente un 10% de las posibilidades de desarrollar la enfermedad. En comparación, el riesgo de tener 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 las posibilidades de que ambos gemelos sean afectados por la enfermedad. Esto demuestra que la esquizofrenia no está en estricto rigor predeterminado por la genética.

Los familiares de personas con esquizofrenia tienen un riesgo mayor de desarrollar la enfermedad que otros. El riesgo es progresivamente mayor en familiares que son genéticamente más similares a la persona esquizofrénica. El genétista Irving Gottesman, sacando datos de cerca de 40 estudios Europeos realizados entre 1920 y 1987, ha compilado una comparación del riesgo vital promedio de desarrollar esquizofrenia para personas con diferentes grados de relación con alguien que padezca esquizofrenia.

Sus hallazgos, indican que mientras más estrecha la similitud en el patrimonio genético, mayor es el riesgo (Gottesman, 1991)

Los estudios de personas adoptadas en la infancia sugieren que el riesgo aumentado en los familiares de casos identificados esta relacionado más a la herencia que al ambiente.

Los hijos de personas con esquizofrenia tienen una prevalencia de la enfermedad igualmente incrementada si ellos son criados por sus padres biológicos.

TABLA Nº 3**RIESGO VITAL DE DESARROLLAR ESQUIZOFRENIA EN PORCENTAJE:**

HIJOS	13%
HERMANOS	9%
HERMANOS CON UN PADRE EQZ	17%
GEMELOS DIZIGÓTICOS	17%
PADRES	6%
GEMELOS MONOSZIGITICOS	48%
DOS PADRES ESQUIZOFRENICOS	46%

Fuente: Gottesman, 1991

La esquizofrenia no es una enfermedad heredada en forma simple con un tipo de segregación Mendeliana que involucra un gen simple, sino más bien lo que se llama una "enfermedad genética completa". Un gran número de trabajos están dirigidos a identificar varios genes que pueden estar asociados con vulnerabilidad para esquizofrenia, pero ninguno ha llegado a una respuesta definitiva, ya que los factores genéticos parecen ser importantes en el desarrollo de la enfermedad, pero no son suficientes para explicar el patrón completo de ocurrencia.

En algunos casos se contempla como elementos detonantes de la enfermedad el uso y abuso de drogas; el abuso de drogas por sí solo no causa esquizofrenia (Aunque puede hacer que las personas con la enfermedad empeoren). Se sabe que las drogas alucinógenas como el LSD pueden inducir episodios psicóticos de corta duración, y que el uso masivo de marihuana y de drogas estimulantes como la cocaína metanfetamina puede precipitar psicosis tóxicas breves con características similares a la esquizofrenia. (Tennent, citado por OMS; op.cit.)

También es posible, aunque no es seguro que el abuso de drogas pueda

gatillar el inicio de la esquizofrenia, sin embargo, el abuso de drogas no es capaz de causar la enfermedad en alguien que de otra manera no la hubiera desarrollado igualmente. Esto se sabe desde las décadas del 50 y 60, en que se usó el LSD como una droga experimental en psiquiatría en Inglaterra y Estados Unidos. La proporción de los voluntarios y pacientes que desarrollaron una psicosis de larga duración de tipo esquizomorfa fue escasamente mayor que lo que se hubiese podido esperar en la población general (Malleon, citado por OMS; op.cit).

Un estudio sueco encontró que conscriptos de la armada con consumo pesado de marihuana, tuvieron 6 veces más probabilidades de desarrollar esquizofrenia más tarde en su vida, pero esto pudo haber sido porque aquellas personas estaban destinadas a desarrollar la enfermedad. Probablemente usaban más marihuana como una forma de enfrentar los síntomas premórbidos de la enfermedad. De hecho la mayoría de las personas con esquizofrenia comienzan a usar drogas callejeras luego de aparecer los síntomas premórbidos más precoces.

Si el abuso de drogas puede gatillar una enfermedad esquizofrénica que hubiera ocurrido de cualquier manera, se debería esperar que la edad del ataque fuera más temprana en los abusadores de sustancias. Varios estudios demuestran que esto es así (Breaky 1974, Weller 1987; Tsuang 1982, citados en OMS, op.cit), mientras que unos pocos revelan que no es así. Parece posible que el abuso de sustancias es capaz de gatillar una enfermedad esquizofrénica, pero no de causarla.

1.2 Causas Psicológicas:

El Modelo psicológico cognitivo explica la esquizofrenia a través del Desarrollo de la Expresividad Emocional en Esquizofrenia, es la última teoría relevante

respecto a la enfermedad de tipo cognitiva (entendido como proceso que se relaciona con la conciencia, conocimiento, percepción, recuerdo y pensamientos). Esta teoría presenta un apoyo científico importante y actualmente se encuentra presente en la mayoría de programas para la rehabilitación de personas con esquizofrenia. Se ha comprobado que la tasa media de recaída en un ambiente con alta Expresividad Emocional es de 48%, comparado con un 21% de un ambiente con baja Expresividad Emocional.

La expresividad emocional en la familia se basa en tres ejes predominantes, tales como:

1- Comentarios críticos: son declaraciones sin ambigüedad, de la desaprobación, resentimiento y comentarios de rechazos o discursos con un tono crítico de voz.

2- Hostilidad:⁷ Está presente cuando hay rechazo del paciente, porque siente a la familia como su enemiga o una expresión de una crítica global.

3- Sobreinvolucramiento: se refiere al auto sacrificio, sobreprotección, la sobre identificación con el paciente.

Todas estas manifestaciones son negativas y se dan al interior de las familias en percepciones que los parientes expresan acerca del paciente. Desde los primeros estudios acerca de este fenómeno se ha usado el mismo instrumento; la entrevista familiar de Caberwel. Es una entrevista estándar que se administra por separado a cada miembro de la familia. Se graba y tiene una duración de 2 horas, sus resultados se obtienen a través de un conteo de frecuencia de los tipos de actitudes mencionados anteriormente.

Una entrevista es considerada como alta en Expresividad Emocional si hay una o más de estas características:

- Un alto nivel de crítica, usualmente de 6 comentarios o más
- Un puntaje de 3 ó 4 en una escala de sobreinvolucramiento de 6 puntos
- Cualquier grado de hostilidad

Solamente una entrevista con alta Expresividad Emocional es necesaria para que la evaluación familiar, sea considerada como de alta EE. Esta es considerada como un factor de riesgo importante para las recaídas de personas que sufren esquizofrenia. "Existen algunas evidencias de que la EE sería un factor gatillante en la aparición de desórdenes bipolares, depresión y en problema de reducción de peso." (Kavanagh, 1998:11)

La alta Expresividad Emocional es un índice de interacciones problemáticas al interior de las familias. Según esta teoría los pacientes estarían en mayor riesgo cuando están en mayor contacto con sus parientes. En tres estudios se demuestra que la EE tiene poco efecto en las recaídas, cuando el contacto con los familiares era menor de 35 hrs. a la semana. Un estudio realizado en 1980 en Alemania por Mc Creadie y Phillips, examinó que en los primeros episodios de la enfermedad el 74% de las personas estaban viviendo en el hogar y el 70% tenía más de 35 horas de contacto a la semana con sus parientes. (ibid)

El alto contacto con los parientes es muy variado en la población, sin embargo, la Expresividad Emocional es importante incluso cuando el contacto es bajo,

una razón es que el tiempo de contacto es solamente una medida indirecta de la probabilidad de que el paciente sea sometido a una interacción negativa, existen circunstancias donde los pacientes tienen bajos niveles de contacto o están asociados a niveles de cansancio.

Respecto a las críticas y sobreprotección, estas podrían dañar la confianza del paciente en sus capacidades. A su vez reduciría su motivación para involucrarse en actividades que impliquen un grado de desafío, persistiendo en la fase síntomas negativos. La sobreprotección limitaría la oportunidad de pacientes para desarrollar habilidades específicas, porque muy a menudo se evita que se les comprometan en actividades importantes o sus roles son asumidos por otros. En varios estudios se ha demostrado que la conducta más repetitiva es la crítica, sin embargo, la hostilidad y sobreinvolucramiento han sido encontradas en algunos estudios como variables predictorias más sensibles.

Generalmente la dinámica de estos tres tipos de conductas comienzan con el sobreinvolucramiento de la familia. Después del primer episodio psicótico los familiares pueden sobrestimar el déficit del paciente luego de observar varios episodios floridos. Los siguen los comentarios críticos que son más altos cuando los pacientes tienen síntomas negativos y cuando la conducta esta más alterada. Esto se puede deber a que la conducta se vuelve más difícil de controlar. El comportamiento agresivo es provocativo, y las madres de los pacientes con esquizofrenia Paranoíde, son más críticas y viven en ambientes más hostiles, que las madres de pacientes con síntomas de desorganización mental. Tanto el sobreinvolucramiento como la crítica son probablemente afectadas por la falta de conocimiento acerca de la enfermedad. Personas con alta Expresividad Emocional han demostrado estar menos informadas y tienden a atribuir las alteraciones a la propia persona más que a la enfermedad.

- Además, los síntomas negativos son mal interpretados y producen frustración,

preocupación y molestia de otras personas. Muchas veces la familia intenta controlar estas situaciones, pero los intentos de manejo, a veces involucran crítica o interacciones intrusivas. Un ejemplo recurrente es pensar que los síntomas negativos de la enfermedad están asociados a la flojera.

Existen familias que están informadas sobre la esquizofrenia e interpretan correctamente las actitudes del paciente, sin embargo, no son capaces de actuar en forma correcta o moderar su actitud, ya que se pueden demostrar hostiles, críticos o sobrestimar al enfermo producto del cansancio y fastidio que muchas veces provoca la situación. Un ejemplo es obligar a que una persona limpie su habitación gritándole o controlar todos los aspectos de su vida, esto es percibido por los pacientes y produce situaciones de tirantes y estrés al interior del núcleo familiar.

1.3 Causas Psicosociales:

Existen muchas formas en que los factores sociales pueden influenciar la esquizofrenia: Algunas teorías hacen alusión a circunstancias de la niñez como responsables del desarrollo posterior de EQZ, tales como: (Bateson, 1956, Singer y Wynne, 1969) Esta investigación se referirá a una de la más importante y que se ajusta mejor a los intereses de estudio.

Teoría de doble vínculo:

Una de las más utilizadas, desde la década del 50 es la teoría de Bateson (1956) y se basa en los tipos lógicos de comunicaciones que existen dentro de las familias, donde en muchos casos se dan situaciones de "doble vínculo"

La hipótesis de esta teoría dice que "Alguien apresado por el doble vínculo puede desarrollar síntomas esquizofrénicos" (Bateson, 1.973:231)

Esta teoría es de carácter psicosocial y se refiere a las influencias psicológicas y sociales que pueden afectar al individuo. Quizás en edades tempranas o incluso durante el embarazo pueden tener efectos en el cerebro, predisponiendo a las personas a la enfermedad, que viven situaciones de "doble vínculo", lo que significa que algunos de sus miembros pueden desarrollar síntomas esquizofrénicos. Esto se refiere a los dobles mensajes o señales contradictorias enviados generalmente de padres a hijos de manera constante y recursiva, generando graves problemas de comunicación en el receptor. Estas señales son internalizadas por los pacientes quienes dudan constantemente de los mensajes recibidos, distorsionándolos, porque les es difícil identificar entre la fantasía y realidad.

Para que exista una situación de doble vínculo, deben haber 2 o más personas, entre ellas una víctima y un victimario que puede ser algún miembro de la familia, pero por lo general es la madre. Esta experiencia es reiterada y repetitiva en la dinámica familiar.

Durante la infancia y adolescencia las ordenes que se le dan al niño son con un mandato primario negativo Ej. : "no hagas eso, o te pegaré", este castigo puede ser interpretado por el niño como la negación o el retiro del amor de parte del progenitor.

Otro factor presente es el mandato secundario y se manifiesta a través de la comunicación verbal y no verbal, en esta ultima a través de gestos, posturas etc. En la comunicación se entregan implicaciones ocultas en los comentarios. . Ej. : "No me veas como alguien castigador" "No dudes de mi amor". Esto muchas veces confunde a los niños y estas órdenes conflictivas, más tarde

pueden ser remplazadas por voces alucinatorias. Esto no quiere decir que todas las personas que vivan en esta situación desarrollen esquizofrenia, cuando sé esta consciente y se asume que el propio universo esta rodeado de patrones de doble vínculo se aprende a vivir con ellos.

Parte de la comunicación es la meta comunicación, esencial en las relaciones humanas y tiene que ver con el sentimiento, con lo que se quiere decir. En este contexto las personas "normales" no tienen problema, ya que diferencian entre los rótulos más abstractos y si dudan del mensaje pueden preguntar ¿Qué quieres decir? ¿Me estas haciendo una broma? ¿A Qué te refieres?

Este nivel meta comunicativo es el que más perturba al esquizofrénico, ya que crece sin adquirir peripecia comunicacional y mal interpretan los mensajes no siendo capaces de discriminar correctamente lo que otras personas expresan.

Las personas con esquizofrenia tienen problemas en tres niveles de comunicación:

- 1- Dificultad para asignar el modo comunicacional correcto a los mensajes que recibe de otras personas
- 2- Tienen dificultad en asignar el modo comunicacional correcto a aquellos mensajes que él mismo profiere o emite de manera no verbal
- 3- Tiene dificultad en asignar el modo comunicacional correcto a sus propios pensamientos, sensaciones y percepción.

CAPITULO III

"TRATAMIENTOS PARA COMBATIR LA ENFERMEDAD"

1. Tipos de Tratamiento:

Es importante antes destacar que esta enfermedad afecta, a personas en su etapa productiva. El 60% corresponden a adultos jóvenes o medios personas en plena edad laboral. Por otra parte diversos estudios señalan que el 10% de las personas se mantienen trabajando con un desempeño esperable al de su enfermedad. (Ministerio de Salud, Política y plan Nacional de Salud Mental; 2002)

La esquizofrenia es la causante del 15% de la pérdida en el grupo de edad entre los 15 y 44 años, ubicándose en el tercer lugar de importancia después de la dependencia alcohólica y trastornos depresivos. En nuestro país la carga económica de esta enfermedad genera al país por menor productividad, asociadas a los años de vida saludable perdidos, cerca de 85 mil millones de pesos. Esto genera costos directos derivados del valor de su tratamiento y costos indirectos derivados de sus complicaciones, de la menor productividad del paciente y del impacto que la enfermedad tiene sobre todo el grupo familiar.

Para esta enfermedad no existe cura, pero con un tratamiento adecuado se pueden reducir los síntomas, los tratamiento actuales priorizan las intervenciones ambulatorias, restringiendo al máximo las hospitalizaciones, sólo si la situación lo requiere, estos integran cuidados farmacológico, psicosociales y de continuidad. (ibid)

El tratamiento con fármacos antipsicóticos es crucial para aliviar los síntomas psicóticos de la esquizofrenia, pero ha mostrado ventajas variables frente a los síntomas de comportamiento propios del trastorno. Incluso cuando los pacientes con esquizofrenia están relativamente exentos de síntomas psicóticos, muchos de ellos todavía pueden presentar grandes dificultades con la comunicación, motivación, cuidado personal y entablar y mantener relaciones con otras personas. Debido a que los pacientes con esquizofrenia suelen enfermar durante los años críticos de la formación profesional (p. ej., Entre los 18 y los 35 años), tienen menos probabilidades de completar la formación necesaria para realizar trabajos especializados. Como resultado, muchos esquizofrénicos no sólo sufren dificultades emocionales e intelectuales, sino que carecen también de habilidades sociales y experiencia laboral. (Carrasco, 1994)

Por la presencia de los problemas psicológicos, sociales, y profesionales que las intervenciones psicosociales adquieren una gran significación. Aunque el enfoque psicosocial tiene un valor limitado para los pacientes psicóticos agudos (los que están completamente fuera de la realidad o con alucinaciones o delirios destacados), pueden ser útiles en el caso de los pacientes con síntomas menos severos o para los pacientes cuyos síntomas psicóticos están bajo control. Se dispone de numerosas formas de terapia psicosocial para las personas con esquizofrenia. La mayoría están enfocadas a mejorar el funcionamiento social del paciente, tanto en el hospital como en la comunidad, en casa o en el trabajo.

La rehabilitación incluye una amplia variedad de intervenciones no médicas para aquellas personas con esquizofrenia. Los programas de rehabilitación hacen hincapié en el adiestramiento social y vocacional para ayudar a los pacientes, y a los antiguos pacientes, a superar sus dificultades en estas áreas. Los programas pueden incluir asesoramiento profesional, formación, laboral, técnicas de resolución de problemas y de manejo de dinero, uso del transporte público y comportamiento social.

Estos enfoques son importantes para el éxito del tratamiento de la esquizofrenia centrado en la colectividad, porque proporcionan a los pacientes dados de alta, las dotes necesarias para llevar una vida productiva fuera de los límites protectores de un hospital mental.

La psicoterapia individual implica conversaciones programadas con regularidad entre el paciente y un psiquiatra o psicólogo. Las sesiones pueden enfocarse en problemas, experiencias, situaciones, sentimientos o relaciones actuales o pasados. Al compartir las experiencias con una persona empática adiestrada (hablar de su mundo con alguien que este fuera del mismo), los individuos con esquizofrenia podrán gradualmente, llegar a comprender mejor sus problemas y conocerse más ellos mismos. También podrán aprender a distinguir lo real de lo que es irreal y distorsionado. Hay estudios que sugieren que la psicoterapia individual de apoyo, orientada a la realidad, y los enfoques cognitivo-conductuales que enseñan técnicas para sobrellevar y resolver problemas, pueden ser beneficiosos para los pacientes con esquizofrenia no hospitalizados.

Sin embargo, la psicoterapia no es un sustituto de la medicación Antipsicótica, y resulta mucho más útil una vez que el tratamiento con fármacos haya aliviado los síntomas psicóticos del paciente.

Con mucha frecuencia, los pacientes con esquizofrenia reciben el alta en los hospitales y se les pone bajo el cuidado de sus familias; es por ello importante que los familiares aprendan todo lo que puedan sobre la esquizofrenia y comprendan las dificultades y problemas asociados con la enfermedad. También es útil para los familiares aprender formas de minimizar las posibilidades de que el paciente sufra recaídas por ejemplo, usando distintas estrategias de adhesión al tratamiento - y ser conscientes de los distintos tipos de servicios familiares, para pacientes no internados de que pueden disponer durante el período posterior a la hospitalización. La "psicoeducación" y

"psicoterapia" familiar, que incluye la enseñanza de diversas estrategias para hacer frente y resolver problemas, puede ayudar a las familias a tratar más eficazmente con el familiar enfermo y puede contribuir a una mejoría del paciente.

La vulnerabilidad a la esquizofrenia es un rasgo duradero y relativamente permanente en los sujetos, mientras los episodios de esquizofrenia son estados temporales que remiten. Esta idea se está demostrando cada vez más útil a la hora de articular cuidados para personas vulnerables a presentar estados de esquizofrenia (Lieberman, citado en OMS; op cit.) ya que fundamenta el estudio del curso del trastorno en función de factores de riesgo que precipitan crisis y factores de protección que previenen la crisis. (Rebolledo, 1979)

Otro factor es la familia ya que la reacción emocional influye en algún modo en la rehabilitación o recaída de éste, en algunas investigaciones se ha constatado que la mayoría de los pacientes que residían recaen por la característica del ambiente familiar ya que ésta puede ser sobre protectora o crítica. (Kavanagh, op.cit.)

Según investigaciones realizadas ambos tipos de expresión de la emoción tienen efectos negativos en el paciente, ya que cuando este tipo de comunicación se combina con una alta interacción familiar, los efectos negativos son altamente potentes y ni siquiera la terapia con drogas evita la recaída. Bajo esta concepción los pacientes aumentan los síntomas y la probabilidad de que los miembros de la familia respondan es alta, lo que a su vez aumentan los síntomas del paciente nuevamente, formándose un círculo vicioso.

Existen una gran variedad de intervenciones psicosociales que ayudan a

disminuir el estrés en el entorno de un individuo y a reducir su vulnerabilidad, Incluidos los trabajos en red, educación psicológica familiar, adiestramiento en habilidades sociales, manejo de caso y la rehabilitación profesional. Así las intervenciones familiares más efectivas se enfocan en hacer frente a la familia aportándole educación, de manera que los pacientes no recaigan.

Los pacientes con menos incidencia son los que pertenecen a familias, que tienen la capacidad de un grado natural de calidez, de interés, sin ser sobre protectores ni críticos, hay casos donde no existe comprensión familiar y el paciente debe pasar menos con la familia. Otro de los factores que influyen en la mejoría de los pacientes es los factores ambientales, la institucionalización, la socialización. En cambio la falta de programas de rehabilitación, menores oportunidades laborales y económicas, efectos secundarios de medicación, falta de expectativas y proyectos, estigma social, acentúan los síntomas de la enfermedad.

1.1 Tratamiento Farmacológico:

La mayoría de los pacientes afectados con esquizofrenia, deben ser tratados con fármacos, excepto por casos muy específicos. El tratamiento farmacológico debe ser realizado precozmente para prevenir el deterioro. La mantención es a través de una dosis mínima de antipsicóticos, administrada de manera constante que sirve para reducir los síntomas de la enfermedad, previene recaída y mejora el funcionamiento.

Estos tratamientos farmacológicos, son de dos tipos convencionales y atípicos. Los antipsicóticos convencionales mejoran las alucinaciones, delirio, trastornos del pensamiento y otros episodios psicóticos. Estos actúan bloqueando los receptores en regiones mesolímbicas y nigroestriales. Ningún fármaco ha demostrado ser superior a otros en eficacia, ya que un paciente puede

responder a un medicamento mejor que a otro, o simplemente no responder. Existen neurolépticos de alta y baja potencia, se denominan así por los efectos secundarios que pueden producir en los pacientes.

Los antipsicóticos convencionales de uso más frecuentes son de tipo oral, tales como: la Clorpromazina, haloperidol, tioridazina, pimozida, flupentixol, sulpiride, periciazina, y de depósito decanato de flufenazina, haloperidol, pipotiazina, flupenticoxol y zuclopentixol. Estos medicamentos en general reducen los síntomas positivos de la fase aguda, pero no son muy eficaces para reducir los síntomas negativos. (Aguilar, 1999)

Lamentablemente existen muchos efectos colaterales de estos medicamentos que afectan al paciente en el sistema motor, produciendo estados de sedación permanente, convulsiones, efectos oculares etc. A veces éstas complicaciones hace que la familia y paciente rechacen el tratamiento y se nieguen a continuarlo. Antigualmente con los tratamientos biomédicos, donde el objetivo era solo la administración de medicamentos su uso era menos controlado y se entregaban altas dosis lo que permitía tener un paciente manejable y predecible.

Actualmente existen nuevos fármacos antipsicóticos atípicos o de nueva generación, que son una alternativa a los convencionales, tales como; Risperidona, Clozapina, Quetiapina, Ziprasidona, Anisulpide. Pero el más utilizado en nuestro país es la Clozapina que en 1990 la Food and Drug aprobó su uso en Europa y 1991 fue autorizado en Chile con un alto costo económico por lo que su uso estaba restringido sólo a algunas personas. Durante el año 2000, se incorpora al sector público, por la entonces ministra de salud Michel Bachellet, éste es considerado el más eficaz de los antipsicóticos atípicos disponible y que permite la mejoría de 1 de 2 enfermos psiquiátricos graves. En un principio fue administrado a los pacientes que los medicamentos convencionales no dieron resultados o los efectos colaterales fueron severos.

La Clozapina elimina síntomas, como delirio, alucinaciones, autismo, retraimiento, apatía, aplanamiento emocional y es la mayor incidencia en el abandono de la vida familiar, social y laboral, las tasas de suicidio son menores, también el abuso de sustancia y la rehospitalización. Mejora los síntomas afectivos y cognitivos sus efectos generalmente son superiores a los convencionales (Ministerio de Salud, Revolucionario fármaco para esquizofrénicos; 2000)

Los efectos secundarios son la aparición de una enfermedad llamada leucopenia que en un 0,35% a 2% de los pacientes pueden reducir los glóbulos de la sangre, producir aumento de peso, salivación, taquicardia, hipotensión, fiebre, visión borrosa, problemas dermatológicos y alteración en la función sexual de los hombres, como eyaculación precoz y problemas de erección.

Estas alteraciones se pueden llegar a producir sólo en algunos pacientes, donde influyen la edad, sexo y estado de salud física y psíquica (donde se presenten otras patologías) Lo ideal es administrar dosis bajas, complementándola con otros tratamientos, si es necesario discontinuar los medicamentos, usándolos sólo en períodos de aumento de síntomas.

Reglamentemente es necesario integrar Ansiolíticos, Hipnóticos, Antidepresivos o Estabilizadores del Ánimo, como tratamiento complementario a los casos crónicos. (ibid)

Existen algunos casos en que las personas dejan de tomar los medicamentos en forma permanente, en esto influyen diversos factores, tales como: creer que están curados porque no tienen síntomas en largos períodos, por sentirse estigmatizados por la familia y sociedad, por la impotencia que sienten al depender de ellos. Estudios demuestran recaídas en las personas que suspenden los fármacos.

CAPITULO IV

"PATOLOGIAS Y ESTIGMAS"

1. Patologías complementarias a la Esquizofrenia:

Los pacientes con esquizofrenia sufren de una significativa comorbilidad (patología co- existente).

Desde el punto de vista médico general son importantes las patologías derivadas de las condiciones y estilos de vida de los pacientes relacionadas con la pobreza e institucionalización, tales como: desnutrición, tuberculosis, tabaquismo, enfermedades de transmisión sexual, alcoholismo, drogadicción etc. Hay un descuido en la morbilidad en general lo que dificulta el tratamiento y la rehabilitación. (Ministerio de Salud, Política y Plan Nacional de Salud Mental; op.cit)

Existe una alta tasa de abuso de sustancias entre los individuos que padecen esquizofrenia, incluyendo el abuso de alcohol, estimulantes, benzodiazepinas, alucinógenos, drogas antiparkinsonianas, cafeína y tabaco (Lohr y Flynn; citados en OMS; op cit). El abuso de sustancias es el trastorno psiquiátrico de mayor comorbilidad con la esquizofrenia, con tasas de prevalencia que van desde un 20% a más del 50% de los pacientes con esquizofrenia dependiendo de la edad, sexo, duración, de la enfermedad, criterios de evaluación utilizados y diferencias regionales en las poblaciones estudiadas.

Existe un riesgo aumentado por la infección por VIH Y SIDA entre los sujetos con enfermedades mentales severas, ya que tienen altas tasas de conductas

de riesgo relacionadas al VIH, como relaciones sexuales no protegidas y usos de drogas inyectables.

Las personas con esquizofrenia tienen tasas mayores de mortalidad por enfermedades cardiovasculares, enfermedades pulmonares, trastornos gastrointestinales, alteraciones urogenitales, accidentes y suicidios que la población general (Mortensen, citado por OMS; op.cit)

Respecto a los suicidios los índices de mortalidad en la población con esquizofrenia son el doble de la población general. Esto ha sido asociado al descuido del paciente y familia, a las pobres condiciones de vida, a enfermedades relacionadas con estilos de vida no saludables y limitaciones a acceso de sistemas de salud.

Los síntomas de la esquizofrenia pueden dificultarles a los pacientes el reconocimiento o reporte preciso de los síntomas de las enfermedades físicas, como también el cumplimiento de los tratamientos. Además, el auto-estigma asociado con la esquizofrenia puede derivar en que las enfermedades físicas no sean detectadas y tratadas.

1.1 Estigmas relacionados con la patología:

Según la resolución Numero 119 de Naciones Unidas "Recibir un tratamiento por una enfermedad mental, es un derecho humano", pero lamentablemente la mayoría de las veces la psiquiatría y hasta el propio paciente en el proceso de tratamiento y rehabilitación muchas veces se ve entorpecido por el fuerte y gran estigma, producto de los innumerables mitos que existe en torno a la persona que tiene esquizofrenia.

La palabra estigma es de origen griego y significa "perforar, hacer un hoyo", él término se utilizó para marcar a un criminal con un fierro caliente y que fuese castigado por la sociedad por sus fechorías, con el tiempo, estigma ha sido usado para indicar algunos diagnósticos ej. tuberculosis, cáncer, enfermedad mental, provocando prejuicio contra sus portadores. Actualmente se utiliza en medicina para señalar un signo clínico (Roche, citado por OMS; op.cit)

Socialmente los estudios acerca del estigma, como condición diferenciadora de un individuo, se centran en el análisis de los medios que la sociedad establece para categorizar a las personas y a sus atributos corrientes y personales. Cuando alguien es identificado por un atributo que lo diferencia de los demás, la percepción social cambia y se le reduce a la sola condición de diferente. Un atributo de esta característica, puede ser un estigma cuando produce en los demás un descrédito (Goffman; 1970)

Uno de los efectos de la esquizofrenia, desde la perspectiva psicosocial, es grado de inhabilitación social que conllevan, el cual se ve agravado por la presencia de factores ambientales hostiles, como falta de empleo, desamparo y otras experiencia desfavorables semejantes, que en su conjunto generan una inhabilitación social. Estas personas están restringidas en sus acciones debido a los prejuicios, que determinan estigmatización, generando problemas de dos tipos. En primer lugar, dificultades en la inserción laboral, aún cuando estén calificados para el trabajo. En segundo lugar, sentirse "loco" puede tener un efecto devastador sobre auto estima de estas personas, recibiendo una pobre retroalimentación y autoestigmatizándose.

A raíz de ésto, el individuo va quedando en una situación de aislamiento, debido a que conversan con menos gente, menos amigos, pertenecen a menos organizaciones y menos personas "cuentan con ellos"

La discriminación es una consecuencia negativa del estigma y del prejuicio, este último es una actitud que refleja la disposición de la gente para actuar positiva o negativa mente hacia el objeto del prejuicio, sin examinar si existe

alguna justificación para tal conducta. Significa que individuos o grupos dentro de una sociedad niegan a otros sus derechos o beneficios. Muchas veces el estigma lo tiene la población general, los profesionales de salud, familia de paciente y hasta el propio paciente.

Existen innumerables mitos y conceptos errados entorno a la enfermedad, tales como: nadie se recupera de la esquizofrenia, es una enfermedad incurable, suelen ser violentos y peligrosos, pueden contagiar a otros con su locura, son flojos y poco confiables, la enfermedad es por falta de voluntad y carácter, todo lo que dicen carece de sentido, los esquizofrénicos no pueden señalar confiablemente los efectos del tratamiento u otras cosas que les suceden, son incapaces de tomar decisiones racionales sobre su propia vida, son imperdibles, no pueden trabajar y van agravándose a lo largo de su vida, la esquizofrenia es culpa de los padres.

Hay que destacar que estas creencias se dan en gente de distintos estratos socioeconómicos, tanto en personas con alto y bajo nivel educacional. Además el estigma se liga no sólo al individuo que la padece, sino a todos los que son asociados a esa persona, cosas y personas. Esto incluye medicamento y terapias, a familiares que con frecuencia son culpados de la enfermedad, hospitales, cuidadores etc.

En una encuesta realizada en Estados Unidos, luego de 5 años de vida normal y trabajo con tratamiento, un ex paciente esquizofrénico es visto como menos aceptable que un ex- presidiario, ésto nos demuestra que el estigma es muy fuerte, especialmente en Occidente, trágicamente los enfermos aceptan el

estereotipo de su condición, son tan negativos o peor que la gente que influye en su propia percepción (Giovannoni Ullman, citado por OMS; op. cit)

Según diversos estudios se ha detectado que el estigma varía de cultura en cultura y se manifiesta en la actitud de las personas hacia el paciente un ejemplo de esto es que existe más tolerancia en los países Orientales, en la India se detectó que las personas sentían simpatía y podían interactuar y compartir diversas cosas con los pacientes, hay que mencionar que algunas personas mayores se oponían a las alianzas matrimoniales. Las prácticas y normas culturales, influyen los tipos de actitudes que aparecerán "si se adoptan actitudes negativas, les seguirá actitudes negativas" (Goffman, 1970)

Si la educación promueve las actitudes positivas y aumenta la aceptación, la gente desarrolla actitud positiva hacia la diferencia, medidas educativas, sociales y legales para reducir la discriminación y aumentar la integración.

En los medios de comunicación los enfermos son mostrados en forma negativa, como criminales, asesinos o violadores violentos o como objetos de burla, especialmente en las caricaturas. Esta percepción es falsa, porque una persona esquizofrénica tiene la misma posibilidad que una persona normal de cometer un acto violento, lamentablemente perpetúa el estereotipo negativo.

Respecto al empleo la mayoría tiene una capacidad laboral e intelectual significativa, sin embargo, un porcentaje muy bajo se encuentra trabajando, y es generalmente en oficios informales. Los pacientes y sus familias sienten y creen que el estigma es un obstáculo para la integración a la comunidad.

- La familia también se ve afectada, ya que viven en relaciones familiares

alteradas y marcadas por un estrés casi constante, la conflictiva marital, la culpa, el duelo y el desamparo, son frecuentes.

En un estudio realizado en la ciudad de Massachussets en 1988, por el Doctor Julian Lam, demostró que en grupo de discusión, todos los padres se veían culpables por la enfermedad, producto del mito de que la esquizofrenia es producto de una crianza defectuosa. Esto a su vez va generando actitudes de sobre involucramiento con los pacientes. (Sartorius, citado en OMS; op.cit.)

Generalmente la familia vive dentro de un círculo vicioso, donde se parte reconociendo la enfermedad y prestándole atención al paciente, se reduce el estigma, pero la familia se desentiende, disminuye el apoyo, se rompen los lazos entre los integrantes, aumenta el estrés de todos y vuelve a aparecer el estigma familiar.

Walter (1999), sugiere que el paciente que acepta el diagnóstico de la enfermedad mental siente una presión interna de calzar con el estereotipo de una persona incapaz y de poco valor, llegando a ser más aislado socialmente y adoptando el rol de discapacitado. Como resultado los síntomas se perpetúan y los sujetos se toman dependientes de los fármacos y de la asistencia de los demás y ven la enfermedad como estigmatizante.

Pero sin duda el estigma más fuerte y permanente en torno a la esquizofrenia es que comúnmente se asocia con una conducta violenta: la percepción del público general, sostenidos por los medios de comunicación, es que la enfermedad mental está fuertemente ligada a violencia, pero esto no es apoyado por la evidencia científica. La gran mayoría de la gente con enfermedad mental nunca comete una falta violenta y la persona con enfermedad mental en general, no son más peligrosas que los individuos sanos de la misma población. Los individuos con esquizofrenia muestran una tasa

levemente elevada para delitos violentos (Flores, op cit), pero tales actos son sólo probables de ser cometidos por aquellos pacientes que no están recibiendo tratamiento o están con tratamiento inadecuado.

Los factores de riesgo para violencia en la población sana y en aquellos con esquizofrenia incluye: sexo masculino, falta de integración social, historia de conductas violentas y abuso de alcohol y droga. (Rivas, 2000)

Los pacientes con esquizofrenia que abusan de alcohol o drogas tienen un mayor riesgo de transgredir la ley, sin embargo, el patrón de conducta criminal entre esos individuos es el mismo que se ha visto entre personas sin esquizofrenia que tienen abuso o dependencia de alcohol o sustancias.

La mayoría de las transgresiones legales cometidas por gente con esquizofrenia son ofensas menores relacionadas con su sobrevivencia. Las personas con esquizofrenia son, en realidad, más probablemente víctimas que perpetradores de abuso y violencia. Los crímenes violentos cometidos por personas que sufren esquizofrenia se deben a diferentes motivos y tienen diferentes víctimas que aquellos cometidos por individuos sanos. Las más frecuentes víctimas de violencia en las personas con esquizofrenia son familiares íntimos y miembros de la familia. (Hafner y Boker; citado por OMS; op .cit.)

Este es un problema que se ha hecho evidente a través del tiempo, tanto es así que durante el año 1996, la Asociación Mundial de Psiquiatría encabezada por el profesor y psiquiatra Norman Sartorius, comienza en Alemania un programa en el ámbito mundial que tiene como objetivo disminuir el estigma y la discriminación debido a la esquizofrenia. Es así como en Madrid el 2 de Octubre del 2001, se celebró el congreso internacional de psiquiatría, donde se determinó que el objetivo principal era mejorar la actitud de la población hacia

el paciente y que el estigma por enfermedad mental debe desaparecer.
(Sartorius, op.cit.)

1- Reduciendo o eliminando el estigma o la discriminación por causa de la enfermedad.

2- Mejorando la aceptación social, integración comunitaria y la calidad de vida de las personas con esquizofrenia sus familias y cuidadores.

3- Aumentando la contribución de las personas a la sociedad.

Nuestro país fue el primero de Latino América en incorporar el programa, durante los años 1999 y 2000 se inició el proceso de difusión y motivación en los servicios de psiquiatría de la región metropolitana, liderado por el Dr. Martín Coordero, específicamente en las comunas de San Joaquín, Comuna de Santiago y Provincia de Melipilla.

En el mes de noviembre del 2001, se realizó el primer congreso sobre estigmas en la ciudad de Pucón, donde se analizó el estigma de los medios de comunicación hacia los enfermos mentales, prensa, familiar, social, los avances del programa en Chile, los derechos etc.

CAPITULO V

“EI TRATAMIENTO DE LA ESQUIZOFRENIA EN LA REFORMA DE LA SALUD”

1. Políticas Sociales de Salud Mental:

La política actual de salud mental contempla una nueva propuesta de intervención, pasando de un modelo biomédico a uno biopsicosocial, ampliando de esta forma el ámbito de intervención de salud mental. De este modo, se le otorga una mayor importancia, en tanto constituye una problemática que afecta a un gran sector de la población del país. Así el énfasis radica en la promoción de salud y en la prevención de las enfermedades mentales. Con ello se contempla a la persona como un sujeto activo e integrado a la sociedad, y en armonía con su medio ambiente. También se enfatiza la importancia de contar con instancias de rehabilitación insertas en el espacio comunitario y la progresiva reducción de la psiquiatría asilar.

La Unidad de Salud Mental es una instancia técnica dependiente del Ministerio de Salud, que tiene por objetivo contribuir al bienestar de las personas, aportando desde el ámbito de la salud mental a la satisfacción de sus necesidades de salud y a una convivencia social solidaria y favorecedora del desarrollo humano integral.

Entre sus misiones estratégicas está la de contribuir a que las personas participen en la promoción y prevención de la salud individual y colectiva, incorporando aspectos de la salud mental en las acciones de salud y de otros sectores sociales.

Asimismo, tiene como objetivo contribuir a mejorar la calidad y el acceso de las personas a intervenciones de prevención, tratamiento y rehabilitación de trastornos psiquiátricos en el sector público y privado de salud.

La salud mental ha sido definida como una de las 16 prioridades sanitarias en la política de salud actual y sus beneficiarios acceden a través de los tres niveles de Atención, pero un gran porcentaje lo hace a través de la Atención primaria o los servicios de urgencia de los hospitales.

El plan que se estableció para el decenio, plantea para este período las siguientes prioridades programáticas:

1- Promoción y prevención en salud mental

2- Trastornos de salud mental asociados a la violencia: maltrato infantil, violencia intrafamiliar y represión política 1973-1990

3- Trastornos de interactividad de la atención en niños y adolescentes en edad escolar

4- Depresión

5- Trastornos psiquiátricos severos- esquizofrenia

• 6 -Alzheimer y otras demencias

7- Abuso y dependencia de alcohol y drogas.

A futuro y de acuerdo a la expansión de nuevos recursos para la salud mental, deberán abordarse en forma integral otros problemas de salud mental que están alcanzando alta prevalencia, como trastornos afectivo, Bipolares y trastornos de alimentación.

En el caso de la esquizofrenia la rehabilitación es una prestación ofrecida a las personas que se encuentran en tratamiento, en la mayoría de los servicios de salud del país, en los diferentes lugares de atención de salud mental y psiquiatría tales; Hospital diurno, talleres laborales, centros diurnos, comunidades terapéuticas, casa, club etc.

El Ministerio de Salud, a través del Programa Nacional Antipsicóticos Atípicos ha realizado una importante inversión para entregar fármacos de última generación a las personas que se atienden en el sistema público de salud y que permiten una excelente recuperación a las personas con esquizofrenia (Ministerio de Salud, Política y Plan Nacional de Salud Mental; op. cit)

Hoy en día, la agenda de las políticas de salud mental no solamente incluye los problemas psiquiátricos sino también una serie de trastornos psicosociales que son parte de los problemas estructurales de la sociedad, tales como la violencia, delincuencia juvenil, consumo de alcohol, nicotina y drogas, conceptos que antiguamente no se consideraban dentro de la salud mental.

Las políticas de salud actuales favorecen el desarrollo de Servicios que representen alternativas a la hospitalización, estimulen la participación de la familia y la comunidad, se integren al trabajo de los consultorios de atención primaria y hospitales generales y difundan el conocimiento de la especialidad

en el equipo de salud en general, ampliando con esto la cobertura de atención de las enfermedades mentales. Con igual énfasis, se fomentan las actividades de promoción de salud mental y de prevención de las enfermedades mentales incorporando los componentes psicosocial y comunitario.

Las enfermedades mentales, en Chile superan el 8% de la carga global de enfermedad, con un notable crecimiento de enfermedades depresivas y ansiosas, la dependencia de alcohol y drogas, la esquizofrenia, la enfermedad de alzheimer y otras demencias.

Este porcentaje aumenta significativamente si se incluyeran diagnóstico asociados a problemas de salud mental del tipo psicosomático (úlceras, colon irritable, entre otros)

Un alto porcentaje de la población Chilena consultante de la atención primaria de salud, presenta algún tipo de enfermedad mental. En niños se agregan, además, situaciones de riesgo para la salud mental en alrededor del 15%, destacando las alteraciones del desarrollo psicosocial, los trastornos de conducta y atención, el maltrato infantil y las condiciones de violencia intra-familiar.

Acciones y Programas:

El último documento respecto a las políticas es el del 2001 y este describe el conjunto de actividades a ser realizadas en los distintos establecimientos para la promoción de salud mental y la prevención, detección, tratamiento y rehabilitación de los trastornos mentales.

Los objetivos del programa:

- 1- Desarrollar factores protectores de la salud mental en la población beneficiaria.**
- 2 - Evitar o retrasar la aparición de enfermedades mentales prevenibles**
- 3- Detectar y tratar precozmente las enfermedades mentales mediante intervenciones de costo efectividad sustentada en evidencia**
- 4- Mejorar la calidad de vida de los pacientes con enfermedades mentales de larga evolución y de sus familiares y cuidadores**

Estas actividades son desarrolladas por los niveles primarios de salud a lo largo del país, como: consultorios, centros de salud, centros de salud familiar, consultas de médicos generales, centros comunitarios de salud mental familiar, COSAM

Actividades que desarrollan:

- 1- Actividades para la articulación entre nivel primario y secundario**
- 2- Actividades para la promoción de factores protectores de la salud mental**
En la población general (intervención y actividades comunitarias)

3- Actividades para la prevención: la prevención más efectiva para evitar la aparición de una enfermedad mental es aquella que se realiza con población que no está demandando atención por salud mental, pero presentan factores de riesgo o está comenzando presentar

A- Grupos de mayor riesgo personas que acuden a los establecimiento de atención primaria portadores de una patología somática crónica aquellos en los que se detecta un evento vital agudo, afectados por violencia, familiares de personas con enfermedades mentales o discapacidad, personas en condición de pobreza o marginación, consumidores de drogas y alcohol, niños con problemas escolares, trabajadores con estrés etc.

B- Personas en la que es posible detectar mediante la búsqueda activa, síntomas o condiciones de alto riesgo para su salud mental.

4- Intervención psicológica grupal: que realiza asistente social, enfermera, matrona psicólogo, médico etc.

5- Intervención actividad comunitaria: realizado por el mismo equipo de profesionales, gracias a las organizaciones y redes de ayuda, establecimientos educacionales y centros laborales

6- Actividades para el tratamiento/ recuperación y rehabilitación: dirigidas a las personas y sus familias y su objetivo es la modificación de los factores biológicos y sociales que condicionan, desencadenan y perpetúan la enfermedad mental. Los pacientes portadores de enfermedad mental de larga evolución y con discapacidad, que han sido diagnosticados por el equipo de salud mental y psiquiatría ambulatoria, requieren en forma más específica, actividades de rehabilitación para su reinserción social.

En la esquizofrenia los avances científicos de las últimas décadas permiten disponer de recursos terapéuticos efectivos para disminuir los síntomas de la enfermedad y evitar los comportamientos del paciente, modificando en parte el pronóstico de este trastorno.

Tipos de atenciones para las personas afectadas con esquizofrenia:

1- Atención de personas con esquizofrenia en el nivel primario:

Esta dirigido a población mayor de 15 años consultantes en establecimientos de atención primaria en el sistema público de salud. Esta atención esta otorgada por consultorios urbanos y rurales, postas centros comunitarios de salud mental familiar COSAM, servicios de urgencia, centros médicos y consultas privadas de médicos generales. La intervención esta regulada por la normativa general de CIE 10 (OMS, 1992).

La prevalencia poblacional mayores de 15 años 1,02% presentan esquizofrenia, la demanda al año de atención esta en dos fases. Demanda fase aguda: el 205 de los casos de esquizofrenia que se encuentran en la población cada año requiriera atención para fase aguda en el primario. Es decir, la demanda es de 1 por cada 1000 mayores de 15.

2- Atención especializada de personas con esquizofrenia: población mayor de 15 años, se otorga en consultorios de especialidades, centros de referencia en salud, centros diagnósticos y tratamiento, centros comunitarios de salud mental familiar COSAM, servicio de psiquiatría, centros médicos o consultas privadas de especialistas, clínicas privadas.

Las normativas que regula la intervención es la "guía técnica de recomendaciones para el tratamiento de la esquizofrenia"

Las demandas estimadas al año es de 100% de los casos con diagnóstico de esquizofrenia en atención primaria o por médicos no especialistas, requirieran de atención especializada y dada la naturaleza crónica de la enfermedad se estima que 50% de la prevalencia se mantendrá en control indefinido en el nivel especializado.

1.1 Reforma de Salud:

Durante el año 2002 el Gobierno de Ricardo Lagos ha propuesto a consideración del parlamento un proyecto de ley que establece un régimen de garantías, que forma parte del Sistema de Acceso Universal Y Garantías Explícitas AUGE, para otorgar cobertura sanitaria a la población tanto en lo que concierne a las acciones en salud pública, como en lo relativo a la atención de salud de las personas.

Este proyecto obliga a un cambio en la forma de administrar los cuidados de salud y aumentar la eficiencia de los servicios de salud, hará necesario modificar el modelo de atención en sus componentes de atención primaria, especialidades ambulatorias y atención hospitalaria, así como las relaciones del sistema público con el privado.

La reforma Sanitaria pretende una mejor salud para todos los chilenos, garantizando igualdad de derechos e implementando políticas basadas en la efectividad sanitaria, equidad, solidaridad y eficiencia social. La Autoridad sanitaria representa un papel central en el diseño y desarrollo del proceso de ajuste del sistema a las necesidades de la población.

- Para ello debe estar dotada de capacidad de análisis de la realidad epidemiológica y de las estrategias de salud pública probadas válidas,

debe formular políticas que permitan a las personas desarrollar estilos de vida saludable y condiciones para una mejor salud, otorgando salud digna, oportuna y de calidad.

AUGE, garantiza salud para todos los chilenos, también los que estén en Fonasa e Isapre. El AUGE garantiza atención de 56 enfermedades prioritarias, tales como; cardiovasculares, trauma y urgencias, parto, salud mental, problemas crónicos, cáncer infantil, de mama y cuello del útero, estómago y vesícula, testículo y próstata. (Ministerio de Salud, "Con el AUGE Todos Ganamos"; 2002)

Beneficios garantizados del Auge en su año de inicio:

Este programa de garantías explícitas, entregará un tratamiento completo de enfermedades prioritarias, donde se incluyen: partos, cánceres, enfermedades cardiovasculares, anomalías congénitas, traumas graves, tumores en el sistema nervioso central, enfermedades crónicas prioritarias, problemas oftalmológicos, problemas de salud para el adulto mayor, problemas de alto costo (VIH SIDA), fibrosis quística, hemofilia, y escoliosis. Principalmente se incluye salud mental que contempla depresiones, trastornos psiquiátricos severos, como la esquizofrenia y dependencia de alcohol y droga, este con un pago de 0 a 20% con tope según ingreso familiar, con un tiempo máximo de espera en el nivel primario 48 horas, especialista un mes y las condiciones para garantías son mujeres y jóvenes.

Objetivos del Plan Auge

- Tiempos de espera máximos, gratuidad para quienes no tengan recursos.

- Protegerá el ingreso familiar con el pago de un 20% del ingreso. Sólo a las familias con recursos por Fonasa como Isapres.
- Solución al 80% de las necesidades de salud con promoción y prevención de estilos de vida saludable.
- Atención integral en consultorio los 365 días del año, con un plan de salud familiar y médicos de cabecera.
- Atención dentro de 48 horas en medicina general consultorios y Sapu. Máximo 15 días para exámenes de sangre, orinas, rayos ecografías. Consultas con especialidades con espera máxima de un mes
- Atención general de depresión para todas las mujeres entre 20 y 45 años.
- Hospitales públicos más eficientes y con mejor atención: Atención inmediata de urgencias vitales. Plazo máximo de un mes a partir del diagnóstico para atención Integral de las garantías del AUGE.

Según un comunicado de prensa emitido durante el mes de Octubre del 2003, por el Ministerio de Salud, el Plan AUGE cubrirá 12 patologías el próximo año, proyectos que ya han sido enviados al Congreso, donde se contempla, cirugía catarata y cadera, cáncer de mamas y testículos, infarto al miocardio, SIDA, diabetes, labio leporino y esquizofrenia entre otras. Para esto se invertirá \$ 45.000.000 en atención primar

CAPITULO VI

"PARADIGMA FENOMENOLÓGICO Y PERCEPCIÓN FAMILIAR"

1. Corriente epistemológica o Paradigma:

En las ciencias sociales han prevalecido dos grandes perspectivas teóricas.

La primera es el positivismo desarrollado entre los siglos XIX y Las primeras décadas del siglo XX, por August Comte (1896) y Emile Durkheim (1938), la principal característica es que buscan la causa de los problemas o "fenómenos sociales con independencia de los estados subjetivo de los individuos".

Es decir, investigador se encuentra separado del objeto de estudio, y los hechos o fenómenos son considerados como cosas que ejercen una influencia externa sobre las personas.

La segunda corriente paradigmática es la fenomenología que desde principio del siglo pasado se a utilizado en el campo social, especialmente en sociología y filosofía, algunos de sus creadores son Hegel, Husserl (1913) Berger, Luckman (1967) y Schutz (1962).

En este enfoque el investigador quiere comprender los fenómenos sociales desde su propio enfoque o perspectiva, la verdad que interesa estudiar es lo que realmente le importa a las personas, lo que ellos consideran trascendental y el significado que ellos le dan a los hechos. (Taylor y Bogdan, 1992)

Algunos de los postulados son:

A- Aportan a la experiencia subjetiva e inmediata como base de conocimiento.

b- El estudio de los fenómenos desde la perspectiva de los sujetos.

C- Tiene interés por conocer como las personas experimentan e interpretan el mundo social que construyen en la interacción.

D- El interés básico es la explicación de los fenómenos que estudia, las ciencias sociales intentan buscar el significado que los actores dan a la conducta y el contexto en que actúan.

E- La investigación está influenciada por los valores del investigador, valores de teorías, contexto, que predominan al elegir la investigación.

F- No se puede establecer relaciones causales entre los hechos, por que los hechos son complejos por lo tanto las cosas dependen de múltiples causas.

Las ciencias sociales tienen como objeto el estudio de la realidad social, de vital importancia es el mundo de la vida cotidiana, como se expresa en el sentido común de las personas. (ibid)

La fenomenología se centra en el análisis de la vida cotidiana y la producción del sistema social, dentro de este marco se hará este estudio ya que, la utilización de esta metodología sirve para el análisis de la subjetividad e

intersubjetividad, que es común en todos, que existe en el presente y en un contexto común y que en este caso es expresada a través de la comunicación, roles y normas, formando un sistema donde las familias y pacientes, se relacionan, éstos últimos le dan diferente significación o importancia a los hechos formando y influyendo en su autopercepción construyendo su realidad o verdad.

Los fenomenólogos quieren entender los fenómenos sociales desde la perspectiva del mismo actor dando especial importancia a los fenómenos asociados a la experiencia cotidiana de los hombres "la experiencia para ellos es un río, no una colección de datos sueltos y separados". La auto conciencia o auto percepción, en este caso lo que el paciente hace y dice, es el resultado de cómo él define su mundo.

1.1 Modelo Sistémico:

Esta investigación se basará en la corriente Epistemológica de la fenomenología, anteriormente descrita y utilizará la teoría de sistema como marco de referencia para el estudio de las familias.

Esta teoría postula a la realidad social como compleja y cambiante, busca conocer y comprender la realidad en la que se desarrollan los fenómenos, se pretende encontrar nexos causales y explicar el significado que tienen los cambios producidos para todos los sujetos implicados. En esta búsqueda se trata de encontrar factores lógico-causales y una modalidad comprensiva de significación. "Sistema es un conjunto de objetos así como de las relaciones de los objetos y entre sus atributos" (Lopez, 1995)

Los sistemas son hermenéuticos y los actores lo representan e interpretan, la

significación y percepción que los grupos construyen sobre su práctica cotidiana.

La teoría sistémica ve a la sociedad, familia e individuo, como entes dependientes y la relación que se da entre ellos como "interdependientes- ínter penetrante, formando un triángulo. Por ello la identidad del individuo necesita del apoyo de la identidad de la familia, a su vez la identidad de la familia requiere el apoyo de la comunidad que la rodea. Esta interrelación es de suma importancia en el desarrollo cognitivo- afectivo, del individuo porque éste no está dotado por naturaleza de una lógica inherente de relaciones causales. El medio en que crece influye no sólo sobre su manera de pensar y comunicarse sino también en sus modos de percibir. Lo que tiene sentido en distintos períodos de la historia y en distintos marcos culturales varía enormemente, incluso la auto conciencia que cada individuo tiene de sí depende de estos modos de percibir, sentir y comunicarse. Nuestra percepción y comprensión están gobernadas por ideas axiomáticas culturalmente aprobadas. (Bertalanffy, 1971)

Según Bertalanffy, la teoría de sistema es una "filosofía perspectivista" y el sistema es el hombre crea el mundo que lo rodea puesto que ve sólo lo que es significativo mirar, escucha lo quiere oír e intuye lo que percibe que le afecta. De todos los estímulos, las personas recogen lo que le es importante y significativo, con las cosas que se identifican y las simbolizan, dejando de lado todos los otros estímulos. El hombre simboliza la realidad pues, en todas las culturas y en todos los grupos, hay una tendencia algún tipo de racionalidad. Los pensamientos, están informados y controlados por creencias y hábitos espirituales.

La cultura, producto de la interacción social, sistematiza estas creencias en ideas y conceptos y es la familia la que les transmite de generación en generación. Pero la familia no es sólo el primer maestro de la interacción social

sino también de la reactividad emocional, por lo que la familia emerge con cada generación no sólo en el sentido biológico sino también en su significado de sistema de valores transgeneracionales y transculturales y en sus esquemas de comportamientos peculiares.

Los procesos de regulación y equilibrio de la emoción e impulsos y la neutralización de la ansiedad son en parte funciones de la personalidad individual, y en parte función de la adaptación e identificación al rol del grupo familiar.

Sociedad, familia e individuo, conforman sistemas y subsistemas que interactúan constantemente, por lo cual el equilibrio está cambiando constantemente.

La adjudicación de roles, los modos de comunicación y las normas familiares, penetran profundamente en los niños, a través de las conductas, la conducta no sólo está determinada por las fuerzas psíquicas propias de un individuo, sino también por sistemas significativos en este caso el medio que los rodea y a la vez permite la identificación, ya que la identidad del grupo estructura el contenido de la identidad personal. (Ajurriaguerra, 1979)

En la familia a causa de la profunda inversión emocional que cada miembro ha hecho en los demás cada uno ejerce una influencia callada y poderosa sobre los otros. De lo anterior se desprende que las interacciones familiares, en el sentido recursivo de ellas, son determinadas y determinan la naturaleza y la estructura sistémica de la familia, expresada en con figuraciones efectivas y en patrones relacionales (espacios temporales que conllevan comportamientos altruistas, egoístas o amónicos de evidente repercusión individual, familiar y social posterior.

La vida familiar es recíproca, donde existe una constante actividad funcional entre individuo, familia y sociedad y no sólo reactividad por lo que su ser es condicionado, pero a la vez condicionante de los otros.

1.2 Sistemas Sociales:

Los sistemas sociales son sistemas teóricos, el sistema social esta ligado a alguna realidad presente, edificios, personas, pero su funcionamiento depende de la interrelación de seres humanos. Un sistema social es creado por seres humanos y puede sobrevivir a sus creadores, o desintegrarse, interactúan con subsistemas y con otros sistemas de los cuales es parte y interdependiente.

Estructura de los sistemas sociales:

Consiste en relaciones recurrentes, estabilizadas, ordenadas. Es una estructura de expectativas, en la que cada miembro tiene una relación con y una incidencia en los otros, y ésta se manifiesta en el comportamiento de los individuos que funcionan dentro de un sistema. Así una estructura social puede ser considerada como un sistema funcionalmente interrelacionado e interdependientes de relaciones.

Procesos de los sistemas sociales:

La estructura de relaciones de un sistema social se mantiene unida y se manifiesta a través de los procesos de los sistemas sociales: roles con sus normas y comunicación. Su funcionamiento adecuado es esencial para que el sistema dure.

- Los roles son esquemas de comportamiento en las relaciones establecidas entre el actor (ego) y el alter. Por ejemplo, los roles de juez y defensor se complementan entre sí. Tanto el alter como el ego se necesita para que exista un rol.
- Normas o reglas, son impuestas para garantizar que se viva a la altura de las expectativas del rol, y se imponen sanciones negativas y positivas para asegurar que se cumplan. Las normas son la expresión observable de los valores de un sistema social particular.
- Comunicación: directa en los sistemas sociales tiene un lugar a través del lenguaje, señales no verbales, y otra interacción simbólica.

Un sistema familiar obtiene retroalimentación sobre la calidad de su funcionamiento, midiendo de alguna manera estos procesos. La retroalimentación es esencial para mantener ese equilibrio dinámico necesario para el funcionamiento de la familia.

Lo que distingue a la familia de otros sistemas son sus funciones únicas, la calidad de lealtad familiar y el clima de sentimientos que existe en ella. El sistema familiar es más que la suma de sus partes. Por lo tanto la familia se ve afectada por cada unidad del sistema. Tan recíproco es que si un individuo es perturbado en su funcionamiento, la totalidad del sistema familiar se ve afectada.

Las familias distinguen entre sí misma y los de "afuera" o de lo contrario su autoidentidad se ve amenazada. Sin embargo, el sistema familiar permite que la familia se comprometa en intercambio vital con su ambiente.

La familia es totalizadora, movimiento, perpetúa la especie, retroalimenta, éste último da la posibilidad de regular sus respuestas antes los estímulos externos, positivamente, corrige desviaciones y fomenta la estabilidad, como negativamente, cuando modifica variables y perturba el sistema. La comunicación genera retroalimentación, ya que conlleva un proceso entre sus componentes, interna entre sus miembros y externas con el ambiente.

La familia desde tal enfoque es vista como un sistema íntimo de convivencia en el que la cooperación mutua y la red de relaciones de sus integrantes la definen y determinan. Bajo este enfoque holístico se genera una interrelación individuo-familia-sociedad. Estos procesos son interdependientes, multicausales, influyéndose en forma dinámica y permanente.

La familia como subsistema abierto funciona de acuerdo a los subsistemas que la conforman y al suprasistema del que forma parte. Los primeros se refieren a los integrantes de la familia, por medio de los cuales el sistema cumple sus funciones. Y el suprasistema, indica el medioambiente que la rodea, tanto cercano como lejano por su carácter recursivo.

1.3 La familia como sistema relacional en la teoría de sistema:

1.3.1. La familia como sistema en constantes transformaciones o sistema que se adapta a las diferentes exigencias de los diversos estados de desarrollo por los que atraviesa, variación que cambia con los requerimientos sociales que se plantean con el curso del tiempo con el fin de asegurar la continuidad y crecimiento psicosocial a los miembros que la componen. (Minuchin, 1985).

Aquí se da la tendencia homeostática y capacidad de transformación que es retroalimentación. Las familias con problemas psiquiátricos y donde se ha

estructurado con el tiempo comportamientos patológicos en algunos de sus miembros, repiten automáticamente la homeostasis, transacciones dirigidas a mantener reglas y normas rígidas que son destinadas a salvaguardar el delicado equilibrio de un sistema perturbado (Watzlawick, 1984).

1.3.2. La familia como sistema activo que se auto gobiernan, mediante reglas que se han desarrollado y modificado en el tiempo por ensayo y error:

Como todo organismo humano y activo, la familia no es un recipiente pasivo sino un sistema intrínsecamente activo. Él estimulo un cambio en las condiciones externas no causa un proceso en un sistema que de otra manera sería inerte, sólo modifica procesos en un sistema autónomamente activo. (Bertalanffy, 1971). Así como todo cambio dentro de la familia intrasistémico un luto, divorcio, nacimiento etc. o intersistémicos del exterior, mudanzas, modificaciones del ambiente, trabajo, cambios en los valores etc. Todo pesa en el sistema del funcionamiento familiar y requiere adaptación, una transformación constante de la interacción familiar y en cambios o presiones intra o ínter cuando surgen las perturbaciones psiquiátricas.

1.3.3- La familia como sistema ha abierto en interacción con otros sistemas: escuelas, barrios, instituto etc. Las relaciones interfamiliares se observan en dialécticas con el conjunto de relaciones sociales, las condicionan y están a su vez condicionadas por las normas y por los valores de la sociedad circundante, a través de un equilibrio dinámico. En el grupo social y la familia se dan procesos que son dinámicos de tensión y oposición con un punto de equilibrio difícil de encontrar, porque su localización exacta esta sometida a variaciones determinadas por el tiempo y la sociedad.

1.4 Tipos de Familia:

La familia forma parte de diversas culturas por lo que es heterogénea y su estructura ha ido variando en el tiempo.

Considerando el contexto socio cultural actual, se tipifica a la familia en dos grandes categorías:

TIPOS DE FAMILIA

1.4.1- Familia nuclear, conformada por dos generaciones, padres e hijos, las cuales están unidas por lazos de consanguíneos y conviven bajo un mismo techo, por lo que desarrollan sentimientos más profundos de afecto, intimidad e identificación.

1.4.2- Familia extensa o conjunta: integrada por una pareja con o sin hijos y por otros miembros como parientes consanguíneos ascendentes, descendentes y colaterales, las cuales contienen varias generaciones que comparten habitación y funciones.

1.4.3- Familia ampliada: derivación de lo anterior, que incluye miembros no consanguíneos o convivientes afines.

NUEVOS TIPOS DE FAMILIA



1.4.4- Familia simultánea: integrada por una pareja donde uno de ellos o ambos, han tenido otras parejas y haber disuelto su vínculo matrimonial. En ella es frecuente que los hijos sean de diferentes padres y madres.

1.4.5- Familia con un sólo progenitor o monopareta: caso de separación, abandono, divorcio, muerte o ausencia por motivos forzosos de uno de los padres. El que se encuentra presente se hace cargo de los hijos.

1.4.6- Familia homosexual: integrada por dos personas del mismo sexo que mantienen una relación estable, y donde los hijos llegan por intercambios heterosexuales de uno o ambos miembros de la pareja, por adopción y procreación asistida. (Román, 1998)

2. Percepción en la Interacción Familiar:

Para entender como actúa el proceso perceptivo se describirá su funcionamiento. El cerebro es un órgano complejo que está compuesto por sistema nervioso periférico y sistema nervioso central, este nos diferencia de las demás especies, porque gracias a él podemos hablar, pensar, escribir y hacer introspecciones a diferencia de los animales. Además, estos sistemas controlan toda actividad de nuestro cuerpo y mente.

La percepción responde a un orden lógico, donde influyen factores internos que están en el cerebro y factores externos que se encuentran en el ambiente. Todas las personas responden a estímulos externos, como luz, agua, ruidos etc., esto nos provoca sentimientos de sensación que recibimos por nuestros órganos sensoriales como tacto, vista, audición, olfato y gusto. La forma en que organizamos estas sensaciones para luego interpretarlas se denomina percepción.

A veces frente a un mismo estímulo la sensación es distinta, no es siempre igual, esto se debe a que el grado de adaptación a un estímulo nos afecta, porque somos organismos complejos, no máquinas. Ej. Un día de temperatura

templada después de un invierno frío es caluroso o agradable, Pero en cambio sí se presenta la misma temperatura al final de un verano caluroso se puede sentir una sensación de frío. (Spoehnn, et al; 1987)

Según la escuela de la Gestal se hace mención a un factor importante que es la forma de ordenar nuestras sensaciones frente a los estímulos. Generalmente los seres humanos hacemos con figuraciones globales de las cosas figura y fondo, siempre vemos un conjunto de imágenes con continuidad, y esto es porque lo sabemos por experiencias previas y imponemos nuestra estructura a lo que vemos.

Esta también se refiere a que los estímulos se llevan uno tras otro a nuestra conciencia, no todos al mismo tiempo es como abrir y cerrar un cajón, además, se puede tener dos percepciones o más al mismo estímulo un ejemplo de esto es el arte o piezas artísticas, especialmente las abstractas, donde existen diversas percepciones o el clásico ejemplo del florero que si se mira más de una vez puede aparecer dos perfiles.

Pero la percepción es más que lo que vemos, oímos, sentimos, saboreamos u olemos. Es también el significado que damos a estas sensaciones, la manera de como organizamos, ordenamos, entendemos e interpretamos esta información sensorial. Dentro de este contexto se ubica las percepciones como procesos cognitivos que son estructuras que se relacionan con la conciencia y el conocimiento, recuerdo, representación, pensamiento, etc.

La percepción social está compuesta por la percepción personal e interhumana, mediante interacciones sociales del pasado y presente, mediante expectativas de conocimientos sociales, influencia de juicio perceptivo. Generalmente en la auto percepción existe una carga de auto enjuiciamiento o valoración social y moral.

Todas las personas tenemos una predisposición perceptiva que es el poder que tenemos sobre nuestras percepciones a veces escuchamos lo que esperamos oír y que van de acuerdo con nuestras motivaciones personales o vemos lo que esperamos ver y encaja con nuestras ideas preconcebidas. Producto de esto nace el prejuicio que es una actitud negativa que se mantiene hacia las personas simplemente por que encajan con prototipo determinado estético o forman parte algún grupo, sin conocerlas personalmente.

Los estereotipos son creencias excesivamente simplificadas sobre las características de los miembros del grupo, sin concesión a las diferencias individuales. Estos pueden ser positivos o negativos prescinden del pensamiento lógico y juicio racional. Mientras que el prejuicio es una actitud que abarca tanto pensamientos como sentimientos, la discriminación es un comportamiento dirigido hacia una persona respecto a la que se tiene un prejuicio. El conocimiento de la manera como nuestras expectativas influyen en nuestras percepciones es importante para juzgar a los demás

Un ejemplo que puede estar relacionado con el tema de investigación y confirmado por algunos estudios, (CI-10, 1992), es cuando una persona tiene una patología psiquiátrica, como esquizofrenia y se le informa a la comunidad, muchas veces ésta responde con una gran carga de prejuicios alejándose y discriminando al enfermo, muchas veces sin conocerlo, producto del estigma que existe entorno a esta enfermedad y que generalmente la gente los asocia como gente violenta.

Estos tipos de percepciones afecta también los sistemas familiares, cuando un miembro se encuentra con un problema psiquiátrico, los padres muchas veces tienen expectativas sobre el futuro de la vida educacional, profesional, afectiva, social los hijos, pero al aparecer la enfermedad los padres tienen sentimientos muchas veces de frustración y aparecen los prejuicios entorno a la enfermedades psíquicas, comienzan ha ver en el hijo un proyecto fracasado,

por otra parte la madre que enfrenta las dificultades cotidianas, cuidados y al hijo, también con expectativas muy altas en relación a la ayuda, a la comprensión y al afecto por parte de su cónyuge, al no existir respuestas positivas, surgen recriminaciones, actitudes hostiles y hasta indiferencia familiar. La familia, por lo tanto, se ve enfrentada a una situación de inseguridad, desconcierto y ansiedad que dificultan las relaciones armoniosas entre sus miembros, además, aparecen entre ellos sentimiento de rechazo, rebelión y culpabilidad. Las relaciones sociales no sólo se dificultan al interior de la familia, sino a su entorno. En todas las culturas los hijos son la proyección de los padres si ellos triunfan los padres se sienten orgulloso, si fracasan, se sienten responsables y a veces avergonzados. Cuando el hijo es rechazado piensan que ellos también lo son.

Esta interacción es variable y no es igual en todas las familias y culturas, muchas veces depende de la información que se maneja respecto de la enfermedad, el nivel socio cultural, las creencias, ideas y valores de cada grupo por ejemplo un medio hostil dificulta la incorporación del paciente a la sociedad.

Mientras mayor es el deterioro menor la posibilidad de integración y participación. Generalmente el miembro esquizofrénico se ve enfrentado a situaciones de inferioridad, marginación y discriminación, a causa de la estigmatización social de la enfermedad. Cuando las personas son rechazadas sienten sentimientos de abandono, tiende a aislarse y a veces agresivos, generándose estados alterados, de ésta forma se va configurando un círculo vicioso donde la familia se desespera, se angustia, formándose espirales de actitudes conflictivas. También se tiende a sobreproteger al miembro enfermo, inhibiendo el desarrollo de sus capacidades y generando dependencia.

Esto se confirma en un estudio realizado por la Universidad de Católica en 1997, donde 20 pacientes con esquizofrenia, donde en el 80% de los casos existían patologías en la dinámica familiar, en cuanto a su estructura y función

de roles, asociado con un grado de patología parental, en ambos cónyuges o en uno de ellos, bajo personalidades anormales, psicosis o alcoholismo, se encontró una alteración global del estatus familiar. El paciente se encontraba relegado al último lugar de prestigio de la casa y los roles que debían ejercer los pacientes eran asumidos por otros miembros de la familia. (Facultad de Medicina UC, 1991)

En este estudio se concluyo que son familias cerradas, estáticas, sin vida de relación extra familiar, la modulación de la afectividad es pobre y no hay manifestaciones afectivas al interior de la familia. Estas familias cerradas se dan con funcionamiento formal de los roles y normas poco flexibles, este punto tiene directa relación con la teoría sistema aplicada en el estudio que habla de las familias enfermas con dinámica homeostática y normas rígidas.

Generalmente en la familia no hay conciencia de conflicto y el único que reconocen es el problema del paciente. Aparecen en primera instancia estable, pero ocultando una relación conyugal insatisfactoria, hasta relaciones padres-hijos padres hijos esquizofrénicos. Se encontraron funciones trastocados, inversión de roles paternos, reemplazo, sustitución y usurpación, especialmente cuando el afectado por la enfermedad era un progenitor sus roles eran asumidos por los hijos

En numerosos estudios existen datos disponibles que muestran que la mayoría de los pacientes vive con sus familiares. La familia se ve afectada en varios aspectos, como:

- El deterioro económico relacionado con la necesidad de mantener al paciente y la pérdida de productividad en la familia

- Las reacciones emocionales a la enfermedad tales como culpa y temor al Futuro.
- El estrés de enfrentarse a conductas anormales
- La disrupción de rutinas familiares
- Los problemas derivados de enfrentar el retraimiento social y conductas interpersonales extrañas
- Restricción de actividades sociales.

Existen estudio que muestran que el estrés familiar está más relacionado con la apatía, inactividad o falla en cumplir con deberes sociales que con la presencia de síntomas positivos o trastornos de la conducta.

Algunos familiares pueden llegar a convertirse en carceleros y prisioneros al mismo tiempo. Los factores de estrés más importante en la familia se relacionan con la pasividad del enfermo, comunicación, apatía, auto cuidado, lentitud en la respuesta, esto produce una carga negativa y desgaste que es percibido por la familia o la persona que cuida al paciente. Según estudios el cuidador presta menos atención a su salud, tiene peor auto percepción y auto estima, soporta sobrecarga física y estrés, la mayoría presenta limitación del desarrollo personal y profesional. Según diversos estudio hay muchos padres que se desentienden del hijo, los hermanos sufren falta de atención, porque todo lo absorbe el enfermo.

Algunos factores como la falta de pareja, sexualidad, distracción y actividad recreativa, los hace percibirse como seres anormales y toman actitudes de fastidio y rechazo por la familia culpándola muchas veces por su situación.

En esta recriminación influye el que cuando comienzan a manifestar síntomas propios de la enfermedad la familia le solicita al psiquiatra que aumente la dosis de medicamento y así poder manejar mejor la situación. (Rivas Guerrero, 2000)

Como se mencionó anteriormente existe un estigma fuerte asociado al diagnóstico. De este se desprenden numerosas consecuencias adversas, el uso de lenguajes peyorativos, barreras para encontrar trabajo o vivienda, acceso restringido a servicios sociales, escasas posibilidades de tener pareja, aumento de posibilidades de un mal tratamiento e institucionalización.

El prejuicio se encuentra enraizado en la sociedad, con grados variables según la cultura en la cual se desenvuelve un individuo. Esto opera también en los servicios de salud, con actitudes de rechazo hacia los usuarios.

Todos los estudios que se han recabado y citado acerca de la interacción familiar con un paciente con esquizofrenia, se han desarrollado en países desarrollados o bien en las grandes urbes, por eso nace la inquietud de conocer y explorar como se presenta este fenómeno en una ciudad de provincia, donde probablemente existan otros factores que influyen ayudando o perjudicando la integración de los pacientes en nuestro medio social.

II PARTE MARCO REFERENCIAL

CAPITULO VII

1. Características Generales de Curicó:

La ciudad de Curicó es una de las Provincias de la Región del Maule, su capital es Talca. Esta se encuentra ubicada en la zona central a 255km de Santiago y tiene una superficie total de 1.328 Km. cuadrados.

Fue fundada el 9 de Octubre de 1.743 por el gobernador del reino de Chile, Don José Antonio Manso de Velasco, con el nombre de "San José de Buenavista. Curicó en voz mapuche significa "agua negra". Esta construida sobre un llano a 225 metros sobre el nivel del mar, limitado por los ríos Teno y Lontué, al pie de la Colina Buen avista y en los márgenes del estero Guaquillo. El lugar original de la fundación de la ciudad es convento Viejo, en la localidad de Tutuquén, para posteriormente trasladarse a su actual ubicación, a orillas del cerro Buena Vista, hoy Carlos Condell, unos 5 Km. al norte, por la humedad del terreno original. En 1747 el gobernador Diego Ortiz de Rozas ordenó, trasladarla a su sitio actual. Obtuvo el título de ciudad en 1.830.

La población en la Provincia, Según el INE (2002), es de 254.341 habitantes, los que se desglosan en siete comunas de la siguiente forma: Comuna de Curicó 125.423, Teno 28.692, Romeral 12.822, Molina 38.299, Sagrada Familia 16.359, Licantén 7.615, Hualañe 10.591 Vichuquén 5.824 Y Rauco 8.716.

En la provincia el fenómeno migratorio es común, ya que las personas en busca de mayor expectativas laborales y económicas emigran del campo a la ciudad, esto se refleja año tras año, donde la tasa de emigración rural-urbana aumenta considerablemente, actualmente la población Rural de la comuna es de un 15,95% y urbana de un 84,04%.

La población de la Provincia en su mayoría se concentra en el grupo de edad entre 18 y 64 años, representada por 148.696 de los habitantes. El otro grupo importante son los menores de diecisiete años con 76.301, lo que demuestra que esta es una población joven y expansiva. En cambio en último lugar se ubica el rango mayor de 65 años.

Respecto a la situación de empleos, según estudios realizados durante el 2004 por el programa Chile Califica, la fuerza laboral de la provincia es de 40.340 personas, de estas la población ocupada es de 33.420 y la población desocupada es de 6.920, que corresponde a un 17,2% de la población en condición de cesantía. Este porcentaje se arrastra desde hace 4 años, sin grandes variaciones.

En lo que concierne a la actividad económica, esta se concentra en la agricultura, esto se refleja en que la región contribuye en un 14% del PIB sectorial del País. Sus actividades productivas se basan en el aprovechamiento de sus recursos naturales. Situación que ha contribuido al fenómeno migratorio campo- ciudad, por falta de expectativas de trabajos estables en las zonas rurales. La economía regional esta centrada en el sector silbo agropecuario con un 30 % de participación PIB regional y a su vez genera un 34% de los empleos, le sigue el sector de

electricidad, luz y agua con un 23% y el sector comercio con un 11% PIB regional y que genera un 17% de empleos.

Según datos obtenidos por MIDEPLAN, La región del Maule ocupa el cuarto lugar entre las regiones más pobres del país, durante el año 2002, en la provincia existen 20.862 personas en condición de pobreza, de estas 3.020 son indigentes, por lo tanto no logran satisfacer sus necesidades básicas para vivir. El porcentaje de personas en situación de pobreza ha aumentado, en los últimos años probablemente por el alto nivel de cesantía que existe en la provincia.

Respecto al tema de educación, La región cuenta con 214.890 alumnos, distribuidos en educación parvularia, básica, media y especial. Tiene 822 establecimientos, y la cobertura general básica es de un 98% y media de un 80%. Las tasas de deserción escolar son más bajas en la enseñanza básica con un 1,06% y media 4,13%. (Mineduc; 2002)

2. Trabajo con Pacientes que sufren Esquizofrenia en la Provincia de Curicó:

En la Provincia existen dos instituciones que atienden a pacientes con éste tipo de patología uno de ellos es el Hospital base, cuyo objetivo es lograr la mejor atención y prevención, de acuerdo a los habitantes de la comuna y en relación a los programas y objetivos del Ministerio de Salud y Plan Comunal. El Hospital de Curicó cuenta desde el año 1994 con una unidad de psiquiatría y salud mental que atiende más de 2.000 consultas médicas anuales, para esto se trabaja en 5 programas estos

son: trastornos niños o adolescentes hiperquinéticos- maltrato infantil y abuso sexual- depresión severa (alcohol – drogas) y trastornos severos, donde se contemplan las demencias, alzheimer y esquizofrenia.

Actualmente el Hospital atiende más de 100 pacientes con esquizofrenia mensuales, Para esto se trabaja con un equipo de psiquiatras, psicólogos, enfermeras y una asistente social. El Hospital realiza labores paliativos-asistencial, brindando a los pacientes con esta patología Sólo atención farmacológica a través de medicamentos y inyecciones (tratamiento Modecate) que actualmente tiene 60 pacientes la mayoría son de sexo masculino.

El Asistente social cumple una función tradicional en el servicio de salud, como: realizar informes socioeconómicos, catastros y hacer visitas domiciliarias que den cuenta de la situación económica de cada paciente, para determinar si pueden optar a algún beneficio farmacológico. Además junto a otros profesionales se decide si estos pacientes son derivados a hospitales diurnos, dependiendo de cada situación.

Las funciones que brinda el hospital son preferentemente de tipo paliativo-asistencial, enmarcadas en el modelo biomédico. Pero la política de salud mental actual contempla una nueva propuesta de intervención, pasando de un modelo biomédico a uno biopsicosocial, ampliando de esta forma el ámbito de atención de la salud mental. Dentro de este contexto nace Hospital Diurno, que depende del Ministerio de salud y cuenta con el apoyo de CRATE que es una ONG, ubicada en la provincia de Curicó, dicha institución trabaja con pacientes esquizofrénicos y bipolares que son derivados del hospital base y necesitan una atención especial debido a su estado. Este modelo de atención nace en Inglaterra

en la década de los 60 y se ha propagado por el mundo, debido a sus favorables resultados, es así como el año 2001 se inicia su implementación en la provincia de Curicó.

El objetivo de esta institución es entregar al paciente una atención preferencial e integral, que contemple terapia farmacológica- psicosocial para el paciente y su familia.

Este trabajo se realiza a través de equipos multidisciplinarios, compuesto por psicólogos, trabajadores sociales, enfermeros, psiquiatras, donde no existe jerarquía de poderes, ya que todos se encuentran comprometidos con el equipo de trabajo y los pacientes. Utilizando óptimamente el tiempo terapéutico con economía de recurso de inversión y operación, evitando el desarraigo y segregación de los pacientes, haciendo explícito el compromiso de los pacientes con su tratamiento y permitiendo poner en práctica intervenciones psicológicas, sociales y familiares, apuntando a objetivos específicamente definidos. Con ello se contempla a la persona como un sujeto activo e integrado a la sociedad, y en armonía con su medio ambiente. Muchos de ellos combinan diversas funciones de las señaladas, e inspiran su práctica en diversas concepciones, tales como el modelo médico tradicional, el de comunidad terapéutica, el de rehabilitación psicosocial, et.

El Hospital día recibe a todas las personas que presenten esta patología, pertenecientes a la provincia, este es una alternativa real de rehabilitación e integración del paciente en la sociedad, ya ha atendido alrededor de 120 pacientes. Esta institución desarrolla diversas actividades, como: entrega de meriendas desayuno-almuerzo, trabajos corporales, taller de consulta médicas para la familia y paciente, revisión de noticias que

deben ser interpretadas por los pacientes, realización de asamblea diarias, taller de repostería, jardinería talleres laborales, taller de habilidades sociales, taller de auto cuidado y psicoeducación para pacientes – familias y comunidad.

En nuestro país existen antecedentes de estructuras llamadas Hospital de Día en el Hospital Psiquiátrico de Santiago (actual instituto Psiquiátrico), en 2 períodos iniciados en 1972, 1979, encabezados por dos médicos psiquiatras. Las otras ofertas de tratamiento, como: Hospitales de Día, surge con posterioridad a 1990, y destacan entre ellas las del Servicio de Psiquiatría del Hospital San Borja- Arriarán Consultorio N°1 de Santiago y los centros de atención de Iquique y Valparaíso.

Históricamente los Hospitales de día han cumplido diversas funciones, las que pueden agruparse de la siguiente manera:

- Alternativa a la hospitalización de tiempo completo
- Transición entre el régimen de hospitalización y los cuidados ambulatorios
- Infancias de rehabilitación para pacientes crónicos
- Unidad específica para el tratamiento de tipos particulares de pacientes, niños, alcohólicos, drogadictos et.

Las características fundamentales, de estos servicios comunitarios, es la accesibilidad de los usuarios. Por el carácter territorial de los mismos, mantienen la cercanía, su uso es más flexible, permite acercar a la familia, sirven de centro de operaciones del personal que trabaja en la comunidad, como un monitoreo cercano a los enfermos.

El tratamiento comunitario para la esquizofrenia se contempla desde hace un tiempo dentro de las políticas sociales de salud mental de nuestro país, debe incluir uso de psicofármacos, con intervenciones de tipo psicosocial, con un logro de eficacia en el 60% de los casos, el paciente forma parte de su tratamiento, aumenta la satisfacción del paciente. Existe evidencia que los equipos de salud mental comunitarios conformados por equipos multiprofesionales, asistentes sociales, enfermeras, psiquiatras, psicólogos, son más eficientes que los servicios tradicionales, las estrategias de atención en redes sociales permiten incorporar recursos, la activa participación de las familias y las instancias de comunidad que proporcionan un efectivo soporte social complementario al tratamiento, logrando una mejor cobertura y un tratamiento personalizado al paciente.

El trabajo se hace a través de redes territoriales, favorece un conjunto de estrategia de atención: consultoría de atención mental en atención primaria, equipos de salud mental y psiquiatría, desarrollo de unidades de corta estadía en los hospitales generales, desarrollo de hospital día, desarrollo de atención de urgencia psiquiátrica, desarrollo hogares protegido, desarrollo hospital diurno.

III PARTE

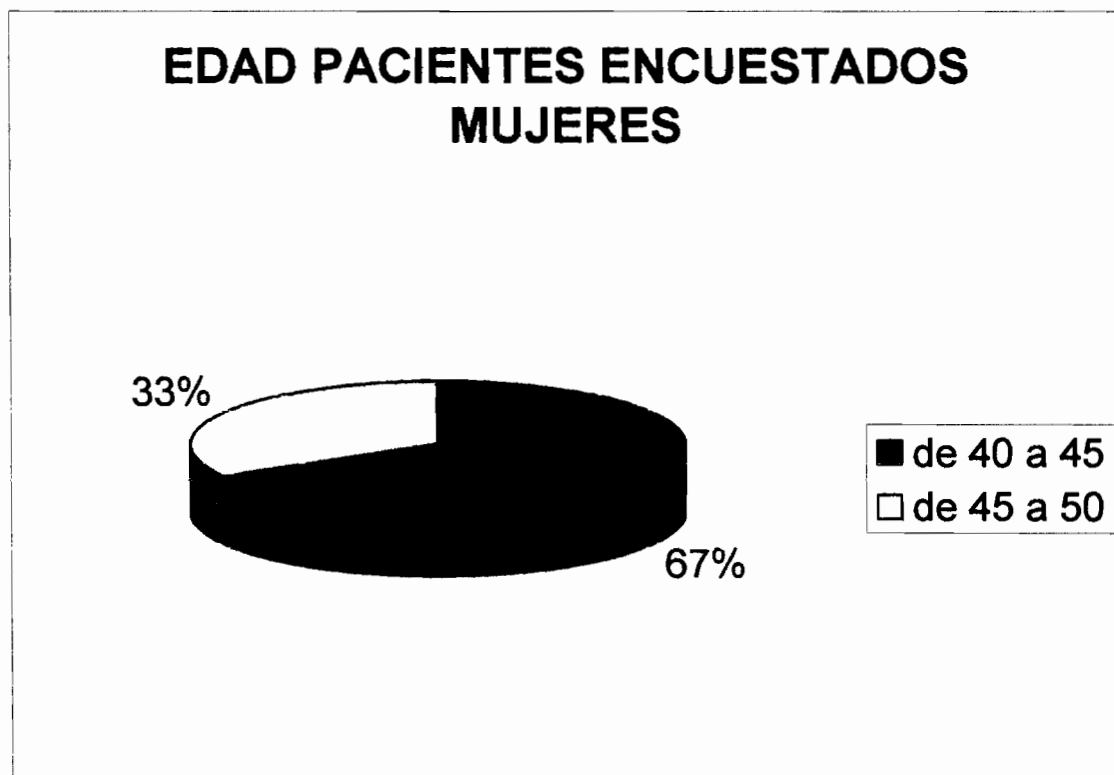
ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

CAPITULO VIII

HISTORIA FAMILIAR, SOCIAL Y ECONÓMICA DE PERSONAS CON ESQUIZOFRENIA.

Los datos de esta etapa de investigación se obtuvieron a través de la construcción de un instrumento de medición denominado cuestionario socioeconómico, que se aplicó en el marco de una entrevista personal o cara a cara al jefe de hogar en su propia residencia. Para que este proceso fuera válido y confiable se listaron las variables que se pretendieron medir u observar, se revisó su definición conceptual y se operacionalizaron. Posteriormente se diseñó la entrevista que se hizo por medio de preguntas cerradas, estas contenían alternativas de respuestas que fueron previamente delimitadas. El cuestionario a continuación será presentado por medio de gráficos que nos permitirá conocer la realidad y contexto en que viven el paciente y sus familias, para tener una visión más global de la problemática y a la vez poder complementar la información con la entrevista en profundidad.

GRÁFICO 1
2002



FUENTE: INVESTIGACIÓN DIRECTA

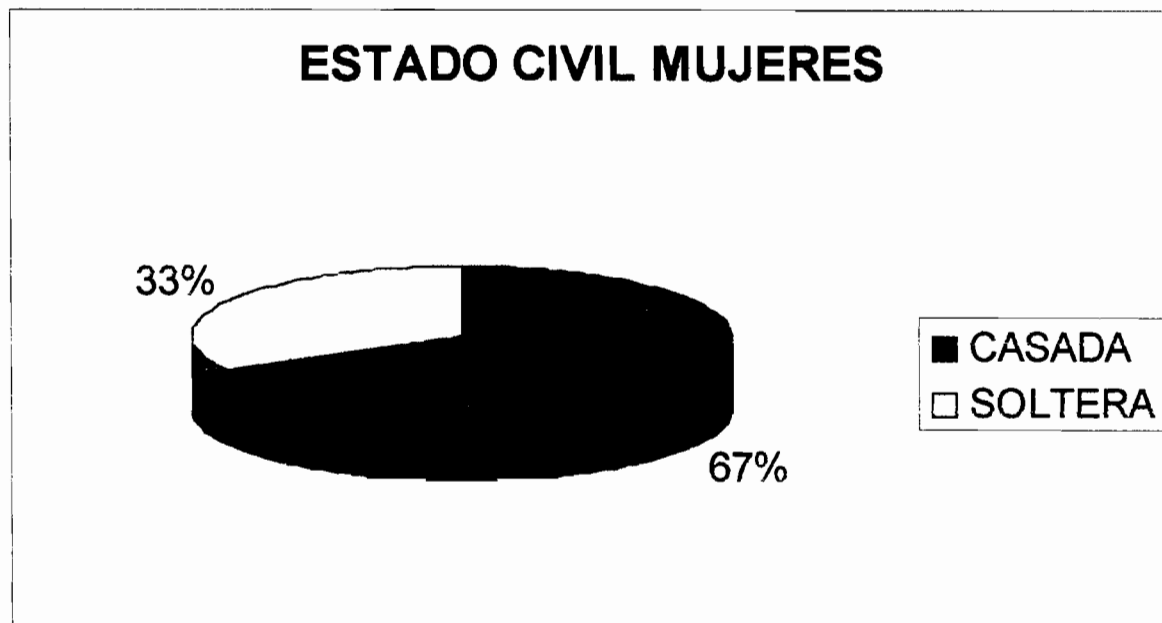
TABLA 1

VARIABLE	INDICADORES	%
EDAD MUJERES	40-45	67
	45-50	33

FUENTE INVESTIGACIÓN DIRECTA

En esta investigación, se entrevistaron a tres pacientes de sexo femenino, todas mayores de 40 años, lo que confirma nuestro antecedente teórico, mencionando en que la enfermedad se presenta en forma más tardía en la mujer, generalmente sobre los 30 años.

GRÁFICO 2
2002



FUENTE INVESTIGACIÓN DIRECTA

TABLA 2

VARIABLE	INDICADORES	%
CIVIL MUJERES	CASADA	67
	SOLTERA	33

FUENTE INVESTIGACIÓN DIRECTA

El 67% de las mujeres tiene el estado civil de casadas y sólo un 33% la condición de soltera sin hijos.

GRÁFICO 3
2002



FUENTE INVESTIGACIÓN DIRECTA

TABLA 3

VARIABLE	INDICADORES	%
CIVIL HOMBRES	SOLTERO	100
	CASADO	0

FUENTE INVESTIGACIÓN DIRECTA

En el estudio todos los pacientes de sexo masculino son solteros e independientemente de las diversas edades. Esto se puede deber a que la enfermedad se desató en todos los casos durante la juventud, lo que frenó el contacto social de los pacientes.

GRÁFICO 4

2002

NIVEL EDUCACIONAL DEL PACIENTE



FUENTE INVESTIGACIÓN DIRECTA

TABLA 4

VARIABLE	INDICADORES	%
NIVEL EDUCACIONAL	BÁSICA INCOMPLETA	49
	BÁSICA COMPLETA	13
	MEDIA COMPLETA	25
	SUPERIOR INCOMPLETA	13

FUENTE INVESTIGACIÓN DIRECTA

El gráfico nos muestra que: 49% pacientes que son la mayoría presentan educación básica incompleta, en este segmento se encuentran todas las mujeres. La segunda mayoría representada por 25% pacientes, corresponde a educación media completa. En cambio la enseñanza básica completa y superior incompleta representada por el segmento más pequeño con un 13% cada una.

GRÁFICO 5**2002****ANTECEDENTES HEREDITARIOS DE LA ENFERMEDAD**

FUENTE INVESTIGACIÓN DIRECTA

TABLA 5

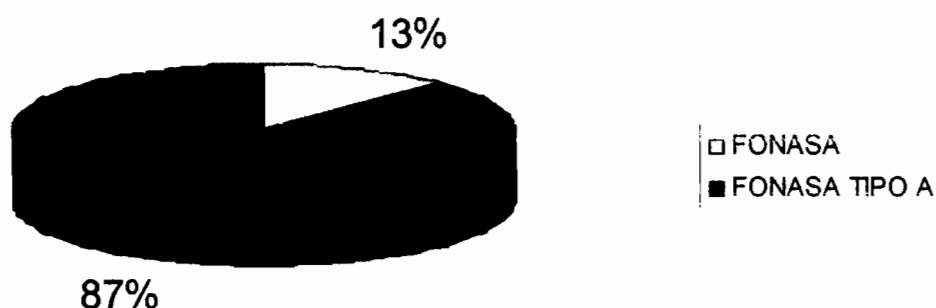
VARIABLES	INDICADORES	%
HERENCIA ENFERMEDAD	SI	38
	NO	62

FUENTE INVESTIGACIÓN DIRECTA

En el 38% de los casos, existen antecedentes hereditarios, es decir algún miembro de la familia también ha presentado, éste tipo de patología.

GRÁFICO 6
2002

PREVISIÓN DE SALUD



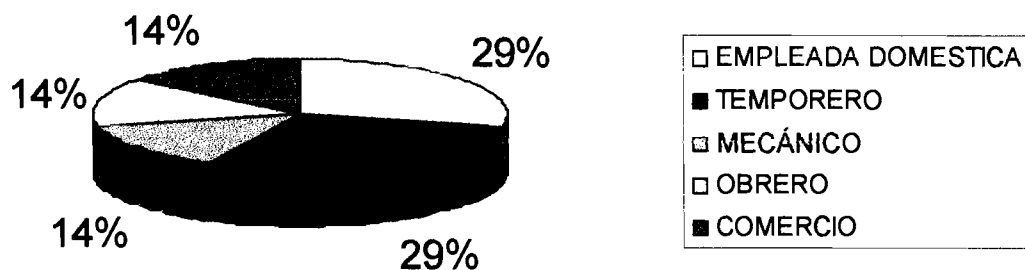
FUENTE INVESTIGACIÓN DIRECTA

TABLA 6

VARIABLE	INDICADORES	%
PREVISIÓN	FONASA	13
	FONASA TIPO A	87
	ISAPRE	0
	OTROS	0

FUENTE INVESTIGACIÓN DITRECTA

El 87% de los pacientes entrevistados son de escasos recursos, atendiéndose en el sistema público en calidad de Indigentes, lo que les permite acceder a medicamentos y drogas en forma gratuita para aminorar los síntomas propios de la enfermedad, se encontró sólo una persona que tiene previsión.

GRÁFICO 7**2002****TIPO DE TRABAJOS
DESEMPEÑADOS**

FUENTE INVESTIGACIÓN DIRECTA

TABLA 7

VARIABLE	INDICADORES	%
TRABAJOS DESEMPEÑADOS	SERVICIO DOMÉSTICO	29
	TEMPORERO	29
	MECANICO	14
	OBRERO	14
	COMERCIO	14

FUENTE INVESTIGACIÓN DIRECTA

La mayoría de las pacientes (29%) se ha desempeñado en labores domésticas. En cambio en el caso de los hombres el trabajo más desempeñado fue de temporero (29%) que es el oficio típico de la zona.

GRÁFICO 8**2002****MOTIVO DEL TERMINO DEL TRABAJO**

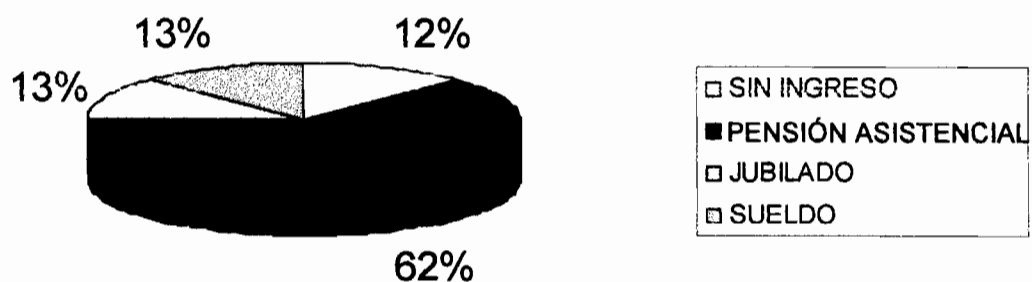
FUENTE INVESTIGACIÓN DIRECTA

TABLA 8

VARIABLE	INDICADORES	%
TÉRMINO TRABAJO	RENUNCIA	83
	DESPIDO	17

FUENTE INVESTIGACIÓN DIRECTA.

Según los datos obtenidos en el cuestionario el 83% renunció por causa de los síntomas negativos de la enfermedad que comprende pérdida de motivación, pobreza de pensamiento, aislamiento social.

GRÁFICO 9**2002****INGRESO DE LOS PACIENTES**

FUENTE INVESTIGACIÓN DIRECTA

TABLA 9

VARIABLE	INDICADORES	%
INGRESO PACIENTE	SIN INGRESO	12
	PENSIÓN ASISTENCIAL	62
	JUBILADO	13
	SUELDO	13

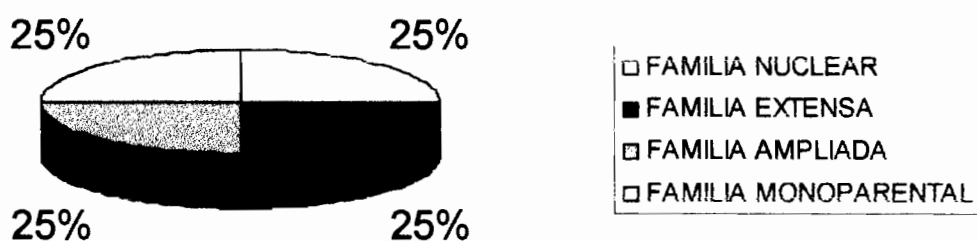
FUENTE INVESTIGACIÓN DIRECTA

La mayoría de los pacientes (62%) de ambos sexos recibe una pensión asistencial asignada por el gobierno.

GRÁFICO 10

2002

COMPONENTE FAMILIAR CLASIFICADO



FUENTE INVESTIGACIÓN DIRECTA

TABLA 10

VARIABLE	INDICADORES	%
COMPONENTE FAMILIAR	FAMILIA NUCLEAR	25
	EXTENSA	25
	AMPLIADA	25
	MONOPARENTAL	25

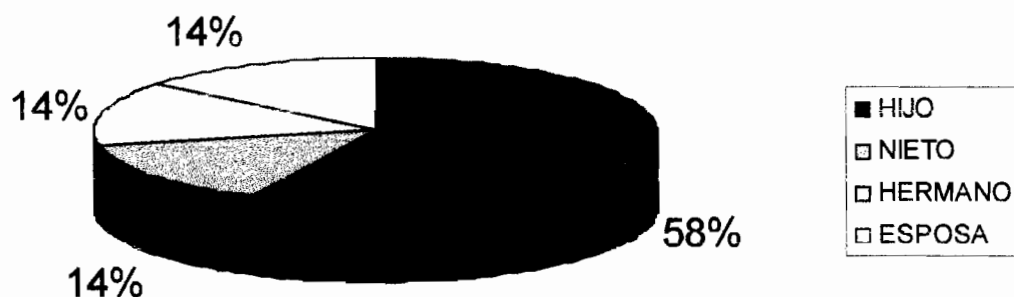
FUENTE INVESTIGACIÓN

Los tipos o modelos familiares en este estudio se hallaron divididos en partes iguales, encontrando realidades heterogéneas al interior de estas familias

GRÁFICO 11

2002

LUGAR QUE OCUPA EL PACIENTE EN SU GRUPO FAMILIAR



FUENTE INVESTIGACIÓN DIRECTA

TABLA 11

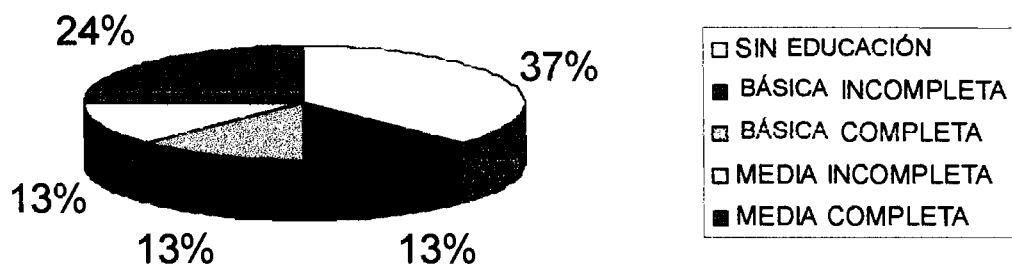
VARIABLE	INDICADORES	%
LUGAR PACIENTE	HIJO	58
	NIETO	14
	HERMANO	14
	ESPOSA	14

FUENTE DE INVESTIGACIÓN DIRECTA

Del gráfico se puede concluir que la mayoría de los entrevistados (58%) ocupan el lugar de hijos dentro de las familias.

GRÁFICO 12**2002**

NIVEL EDUCACIONAL DEL JEFE DE HOGAR



FUENTE INVESTIGACIÓN DIRECTA

TABLA 12

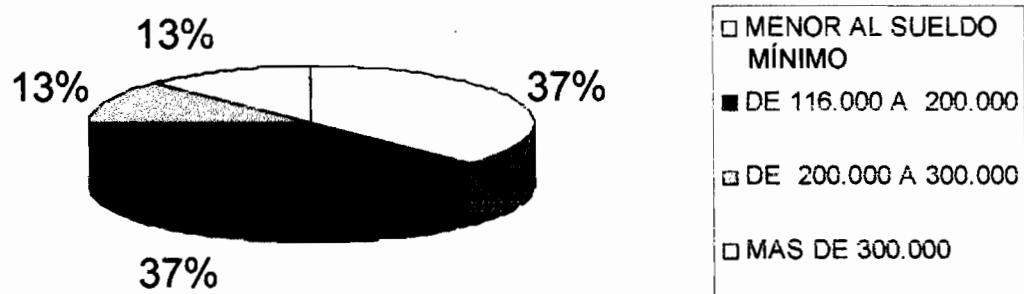
VARIABLE	INDICADORES	%
EDUCACIÓN JEFE HOGAR	SIN EDUCACIÓN	37
	BÁSICA INCOMPLETA	13
	BÁSICA COMPLETA	13
	MEDIA INCOMPLETA	13
	MEDIA COMPLETA	24

FUENTE INVESTIGACIÓN DIRECTA

La mayoría de los encuestados (37%) no recibió educación formal y son analfabetos, ésto influye directamente en el ingreso familiar y calidad de vida.

GRÁFICO 13
2002

INGRESO FAMILIAR



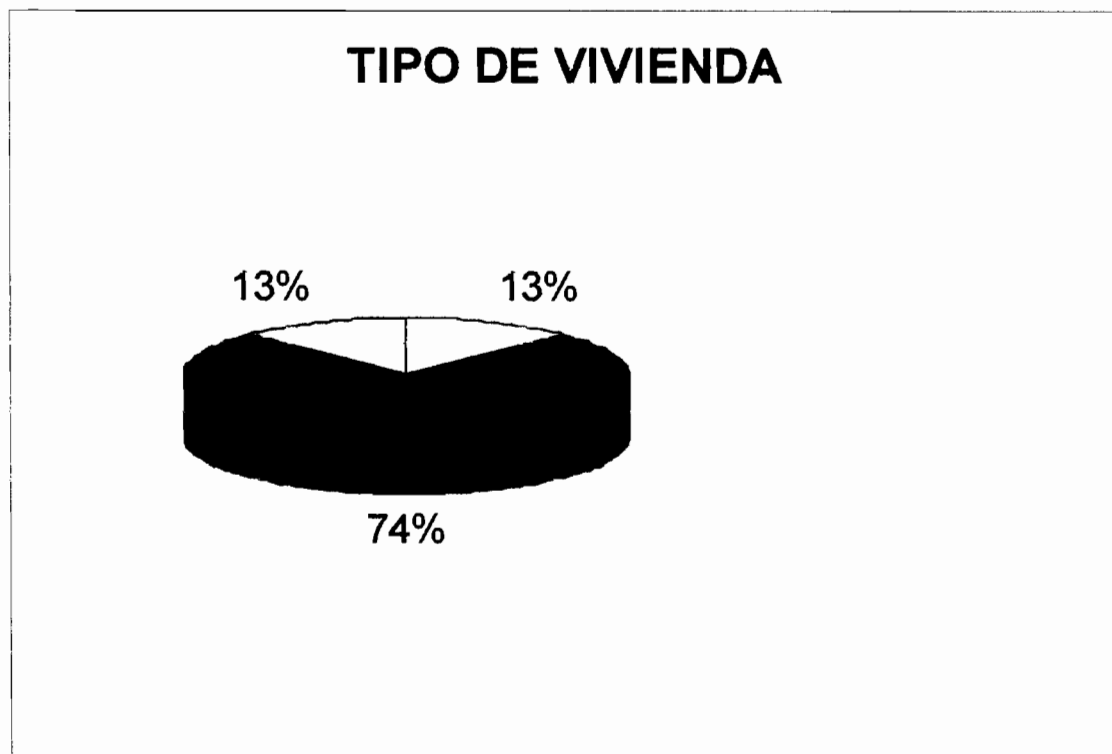
FUENTE INVESTIGACIÓN DIRECTA

TABLA 13

VARIABLE	INDICADORES	%
INGRESO FAMILIAR	MENOS MÍNIMO	37
	116.000A200.000	37
	200.000A300.000	13
	MAS DE 300.000	13

FUENTE INVESTIGACIÓN DIRECTA

El parámetro que se utilizó para medir el ingreso es del último CENSO 2002. Un porcentaje alto, representado por un 37% vive con menos del sueldo mínimo.

GRÁFICO 14**2002**

FUENTE INVESTIGACIÓN DIRECTA

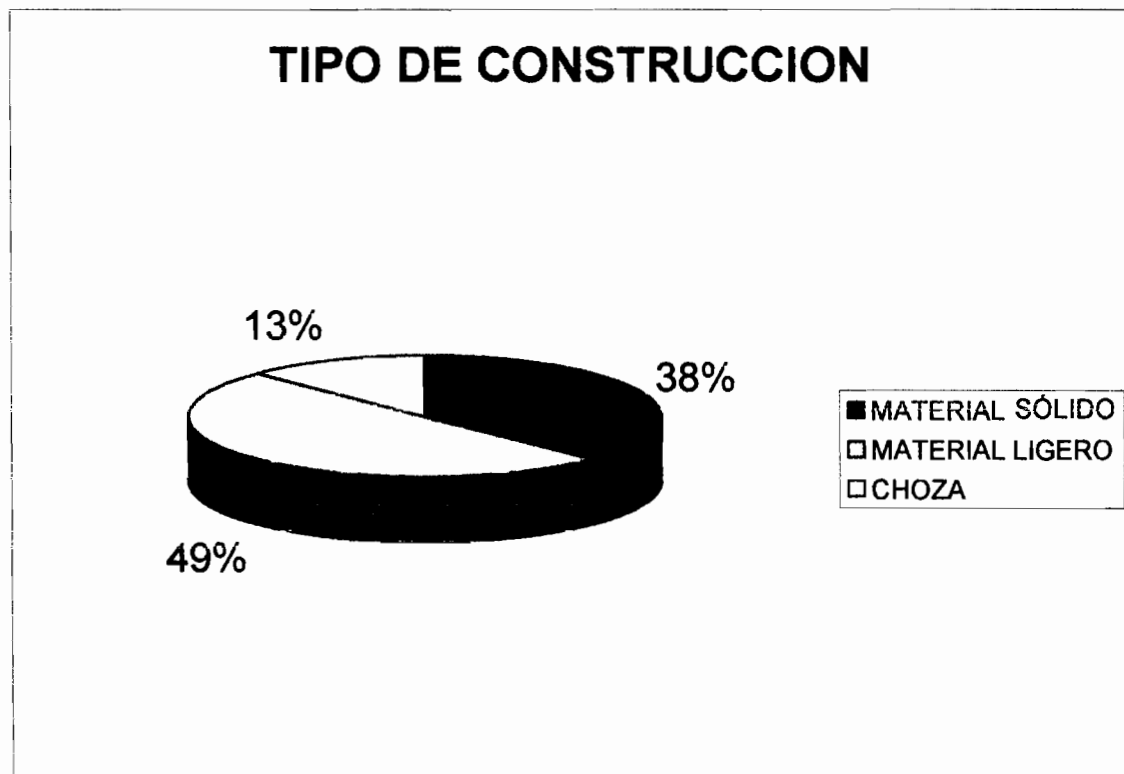
TABLA 14

VARIABLE	INDICADORES	%
TIPO VIVIENDA	PROPIA CON DEUDA	13
	PROPIA SIN DEUDA	74
	CEDIDA	13

FUENTE INVESTIGACIÓN DIRECTA

El 74% habita viviendas propias obtenidas por herencia de sus progenitores, según información entregada por cuestionario socio-económico.

GRÁFICO 15
2002



FUENTE INVESTIGACIÓN DIRECTA

TABLA 15

VARIABLE	INDICADORES	%
TIPO CONSTRUCCIÓN	MATERIAL SÓLIDO	38
	MATERIAL LIGERO	49
	CHOZA	13

FUENTE INVESTIGACIÓN DIRECTA

El 49% de las familias viven en casas de material ligero, específicamente media agua o casas de maderas muy deterioradas, un 38% vive en casas sólidas de cemento y un 13% en chozas que corresponde a una "vivienda" hecha de desechos y cartón.

CAPITULO IX

EL DESCONOCIDO MUNDO DE LA ESQUIZOFRENIA

En este capítulo se describen las principales características obtenidas en la recolección de datos de las familias estudiadas y la dinámica interaccional. Se trabajó en cuatro dimensiones analíticas fundamentales que responden a los objetivos de la investigación: Información, roles, comunicación y normas familiares. En el estudio se constató que todas las familias tienen su propia historia de vida, con rasgos individuales e irrepetibles. Pero también existen características comunes que permiten hacer generalizaciones que servirán de aporte a posibles intervenciones. A través del análisis se logró conocer en profundidad a los pacientes que presentan esquizofrenia y sus familias, entender la enfermedad en el contexto de la dinámica familiar y la forma en que esta retroalimenta la conducta del paciente.

Considerando el objetivo general de la investigación, el cual es describir y analizar como funcionan y afectan los patrones del sistema familiar entendido como: desempeño de roles, normas y formas de comunicación, cuando uno de sus miembros se le diagnostica esquizofrenia y observar la forma en que estos patrones relacionales, influyen en la auto percepción social del paciente.

1. INFORMACIÓN:

Se refiere al tipo de información y conocimiento que la familia posee, creencias, ideas, valores acerca de la enfermedad que afecta alguno de su miembro. Su conocimiento y comprensión respecto al tema, permitirá el manejo más adecuado

de la enfermedad y contribuirá a establecer relaciones más favorables. Es a través de una adecuada información que las familias se encuentran mejor preparadas para enfrentar ciertas situaciones propias de esta patología. Se describen las creencias, ideas y valores de sus integrantes, además de la actitud que adopta el medio social hacia el paciente.

Se puede apreciar que en las familias no todos manejan la misma información sobre el origen de la enfermedad, tal situación genera conflictos afectando negativamente la interacción familiar.

En la mayoría de los casos existe una cierta información acerca de la enfermedad, pero se discrepa respecto a su origen y tipo, para algunos es solo una depresión en otros casos, se asocia el origen de la enfermedad a elementos míticos, como la hechicería o maleficios, afirmando que es un tipo de maldición o castigo de los que han sido víctimas. También se asocia la causa de la patología con una antigua creencia popular que se refiere a la pérdida de la razón en la mujer que atraviesa por un período post- parto. Esta significación mítica se puede deber a que la mayoría de las familias estudiadas presentan baja instrucción escolar y pertenecen a familias pobres de sectores rurales o pequeñas localidades, donde el acceso a la información se hace más escaso, sin embargo, existe otro porcentaje menor de pacientes que consideran que la enfermedad se debe a causas de índole biológico o psicosociales.

También se detectaron discrepancias en la información entre el paciente y sus familias, especialmente en el grupo de pacientes que tiene creencias sobrenaturales acerca de la enfermedad y la familia por el contrario creen que el origen esta asociada a otros motivos como, causas psicosociales o a un origen

biológico. Tales discrepancias entre paciente y familia crean problemas en la interacción y en la continuidad que el paciente debe tener con el tratamiento.

"Ésta es una enfermedad por un daño que yo recibí, fue un espíritu maligno y eso todo sale en la Biblia que no miente. Es una hechicería que tengo en mi cuerpo y mi mente que no me deja trabajar. Cuando tengo trabajo me hace la contra, - me dice- que no trabaje, me molesta me dice muchas cosas, me provoca desmayos, aunque el día este tranquilo yo estoy con problemas, me llega a aburrir, me dice puras leseras mientras ocuparon mis manos afanando, nunca me ha dejado pololear, esa voz me sigue para todos lados"

E6

Otro aspecto que genera constantes conflictos al interior de los sistemas familiares es la creencia de que el paciente utiliza, manipula y trata de llamar la atención de su familia en forma intencional o figurar. Esta visión se evidencia especialmente en algunos hermanos quienes a veces experimentan contradicciones, por un lado reconocen la enfermedad del paciente y por otro intentan negarlo, como un mecanismo de defensa o escape. Tal situación se traduce en críticas constantemente al familiar enfermo, por no tener una conciencia clara de su patología e incapacidad para visualizar que ocurren cosas que no son normales.

"Cuando empezó con los síntomas yo le decía a mi mamá no le creo, se hace el loco es para manipularnos a todos, miraba canales en otro idioma se reía y hacía como que entendía y nosotros éramos unos idiotas"

E1

"Para mí es un cabro chico, yo no lo pesco, hago mi vida, aquí en la casa todos están preocupados de él, lo único que hace es molestar "

E3

Por otra parte en los casos donde existen ambos padres. El hombre se aprecia mas alejado del problema, no se preocupa de informarse o conocer la patología y asume una postura mucho más pasiva que la madre, no se involucran emocionalmente o afectivamente con la enfermedad de su hijo, si bien tienen una cierta noción, desconocen el tipo y sus efectos. Esta realidad queda manifestada en un alto porcentaje de familias, donde la madre pasa a ser la única responsable de sus hijos, estos a su vez responden y adoptan una actitud de dependencia casi total con sus madres.

Además se observó en algunas progenitoras sentimientos de culpabilidad por la enfermedad que afecta a sus hijos, por ejemplo se siente responsable por haber abandonado a su hijo en la infancia o en la primera etapa de su vida. Otras veces por no preocuparse lo suficiente de su hijo cuando este estudiaba lejos de la familia o una madre que no pudo prevenir un accidente doméstico que deterioró la salud de su hija en la infancia, interpretando este hecho como causa de esquizofrenia. Si bien las razones son diferentes, se comparten sentimientos en común, como la rabia, culpa, impotencia, postergación etc. Además, en muchas ocasiones los hijos se han encargado de reprocharlas y culparlas de sus fracasos y frustraciones, creando un círculo vicioso al interior de las familias. Generalmente tal situación genera un aislamiento en las madres, no tienen un contexto social apoyador, y centran su proyecto de vida en el cuidado de sus hijos, creando vínculos afectivos de dependencia, disfuncionales y sobre involucrándose con el paciente, esto sucede a pesar de estar informadas sobre la patología, ya que

pueden interpretar correctamente las actitudes de sus hijos, sin embargo, no pueden actuar en forma correcta, producto del fastidio que provoca la situación y el subestimar o criticar al paciente. Para la mayoría de las madres la enfermedad de su hijo ha significado proyectos y metas frustrados.

"Yo reaccionaba con mucha pena y dolor, me sentía frustrada tuve que ir al psicólogo, dejé de ser mujer, esposa, me dediqué sólo a ser madre. Yo no soy persona, todo lo que me enseñó mi madre se lo llevó el viento, me siento peor que ella, la mujer más desvalida del mundo yo sufro, ella no, porque no se da ni cuenta"

E8

Inicio de la Enfermedad:

La reacción de la familia al comienzo de la enfermedad, generalmente es de desconcierto, especialmente cuando los pacientes experimentan cambios bruscos de conductas y transgreden los valores aprendidos. Hay familias que recuerdan a los pacientes como: excelentes alumnos, respetuosos, sociables, trabajadores, inteligentes etc. El cambio que les provoco la enfermedad, descoloca a las familias les cuesta entender y aceptar esta nueva realidad, que rompe con las altas expectativas que se tenían para ellos. Donde las familias comienzan a sentir sentimientos de frustración que el paciente logra percibir.

Existen casos diferentes, donde existen discrepancias entre la familia y pacientes, provocados por otros motivos como sentirse rechazados y agredidos por su entorno y viven con constantes delirios y persecuciones. La familia por el contrario interpreta tales vivencias como una invención del paciente, porque ambos han vivido siempre en el mismo lugar y el medio ha sido comprensivo y amable con

ellos. Esta percepción exagerada de parte de los pacientes, probablemente se deba a los síntomas positivos propios de la enfermedad.

En relación a los inicios de la enfermedad lo que respecta a los síntomas de los pacientes, estos fueron advertidos por sus familiares, debido a los bruscos cambios conductuales. Se observaron dos formas de presentarse la enfermedad aquellos que comenzaron la patología con síntomas positivos aparentes, que corresponden a todas las mujeres entrevistadas y otro grupo en un número similar la enfermedad se manifestó a través de signos negativos, como retraimiento, aislamiento, actitudes autistas y encierro, seguido de síntomas positivos. En el último grupo se puede captar que las familias estaban más atentas a las pequeñas señales de cambio que demostraban sus hijos. Esto también coincide con la edad de las personas que presentan estos síntomas, ya que son los más jóvenes del estudio. En estas familias existían personas mayores a cargo de los jóvenes que detectaron con más rapidez los cambios sufridos en ellos. Pero en general en los dos grupos se da una combinación de síntomas. Probablemente en el primer grupo y en el caso de las mujeres casadas no eran advertidos los síntomas negativos, por no ser tan evidentes para los esposos, debido a que el hombre generalmente es más pragmático y no se encuentra atento a las cosas que suceden en su hogar.

Síntomas:

En los síntomas se puede observar que las mujeres han tenido más conductas agresivas en el transcurso de su enfermedad que los hombres.

Los síntomas según los pacientes en general se presentan en situaciones estresantes para ellos, como: exceso de trabajo, pensar mucho, cansancio, ansiedad, ruidos molestos, tener que enfrentar lugares públicos. Además, se encontró un caso donde la familia afirma que el paciente presenta síntomas cuando consume alcohol, que correspondería a una patología asociada que

presenta el paciente. El resto de las familias entrevistadas afirman que los síntomas comienzan sin ninguna razón aparente. Respecto a las patologías asociadas la mayoría de los entrevistados, tienen adicción al tabaco y tres de ellos presentaron problemas de alcoholismo y drogadicción.

"Las escucho cuando tengo mucho trabajo difícil, como cuidar a mi abuelita, eso me enfermaba al tiro como medio trastornado o cuando trabajaba la tierra"

E7

"Ahora último me doy cuenta que me paso rollos y digo no es verdad. Cuando pienso mucho me pasa o cuando me estreso. El otro día estando en el trabajo empecé a recordar el pasado, a veces en el futuro y me pongo incómodo, se me baja la autoestima, es como cuando a una computadora se le apaga el sistema, la paranoia vuelve, son crisis no más"

E1

Estigmatización:

En el tema del estigma, existe un porcentaje alto de familias que manifiestan estar conscientes que existe rechazo del medio hacia el paciente, en algunos casos es también advertido por ellos, éstos han experimentado vivencias comunes; como alejamiento de amigos, rechazo, indiferencia, críticas, miedo. Algunos de ellos han sido tratados de locos y les ha sido imposible encontrar un trabajo.

De algunos relatos de los pacientes, se deduce que estos se autoestigmatizan, sintiéndose débiles y inhabilitados lo que les hace dudar muchas veces de sus

propias capacidades. Este problema se acentúa por factores ambientales, como falta de empleo, amigos, aislamiento social, sintiéndose "locos" la estigmatización influye en la gente que se relaciona con ellos, haciendo aún más difícil el ingreso laboral y viceversa creándose de ésta forma un círculo vicioso, donde son rechazados y a la vez se auto estigmatizan. Estos prejuicios están arraigados en nuestra sociedad y se evidencian más aún cuando las personas viven en comunidades pequeñas donde todos se conocen.

La familia de los pacientes afirma que no encuentran empleo por haber permanecido en un psiquiátrico lo que deja marcas sociales, por temor a una recaída, al ser catalogados de irresponsables o flojos o por miedo a protagonizar situaciones violentas. A través del relato del paciente se puede advertir que ellos aceptan esta discriminación con cierta resignación, ya que la gente ha influido en su propia percepción.

"Yo siento que los discriminan a los dos por igual, aunque Oscar esté mucho mejor, ahora se comporta como una persona normal. La gente no le da trabajo porque estuvieron en un psiquiátrico y les da miedo que le vuelvan las crisis"

E4

2. ROLES:

Roles se entienden como el conjunto de formas de ser o el comportamiento de una persona, a través de la presente investigación se describen a grandes rasgos, cuales son las funciones que cumplen cada uno de los integrantes de la familia, para determinar los aspectos positivos que contribuyen en el proceso de

rehabilitación y los negativos que lo dificultan. Además de describir el lugar que ocupa el paciente dentro de su grupo familiar y las expectativas del paciente y su familia.

En las familias estudiadas se encontraron familias convencionales, por tanto con roles más tradicionales, en éstos casos el hombre cumple un papel laboral que le permite ser el proveedor y la madre en cambio cumple un rol más doméstico al encargarse de los quehaceres del hogar. La división de funciones marcadas contribuye a crear un ambiente más funcional, pues ayuda a ordenar el sistema familiar de acuerdo a la normativa socialmente establecida. Sin embargo, en esta distribución aparecen elementos negativos, en el caso de los padres que son proveedores, se ha observado que han dejado de lado el apoyo emocional-afectivo que el paciente necesita, manteniéndose al margen de la enfermedad, delegando a la madre ésta tarea. En los casos donde el padre ha fallecido se vivieron situaciones similares, como el caso de la madre que cumple el rol de jefa de hogar, asume todas las funciones que le corresponden a su hijo, ya que no delega responsabilidades y éste no logra mantener el auto cuidado y subestima sus capacidades, lo que entorpece el trabajo hecho por el Hospital Día, que favorece desarrollar autonomía en los pacientes.

“Él riega, hace su cama, saca la pelela, pero yo se lo tengo que decir y supervisar. No sé lo que va a pasar con él cuando yo falte, tal vez algún hermano lo cuidará, aunque nunca lo hemos hablado, pero él es muy dependiente de mí”

E2

“Yo hago todo lo que hace una dueña de casa, el aseo, lavo y hago el almuerzo y once. La Ximena me ayuda en pequeñas tareas, porque no me atrevo a darle

cosas difíciles como cocinar, le tiene miedo a encender la cocina, todo lo hace bajo mi supervisión”

E8

Tal situación se vive en todas las familias donde los pacientes ocupan el lugar de hijos, en un caso, la madre incentiva a realizar labores dentro y fuera del hogar, puede estar relacionado a que ella es la única de las madres entrevistadas que realiza una actividad laboral, la obliga a estar fuera del hogar, con otras preocupaciones. En casos, donde los pacientes cumplen el papel de esposa, realizan con dificultad las labores domésticas, debido a una falta de energía constante producto de la enfermedad y los medicamentos. También se observó la existencia de funciones inversas a los patrones culturalmente establecidos, el cónyuge realiza casi la mayoría de los quehaceres del hogar.

En otro caso, el paciente realiza todas las funciones familiares, a pesar de su enfermedad, esto le produjo reiteradas crisis y recaídas, por el estrés al que estaba sometido, teniendo que optar por realizar solo acciones en torno asimismo que se refieren a auto cuidado y alimentación.

En la mayoría de los entrevistados el lugar que ocupa el paciente dentro del grupo familiar y la forma en que es percibido por los demás integrantes, esta directamente relacionado con las expectativas que se tiene de él. En general el paciente que ocupa el lugar que le corresponde dentro de su entorno directo es porque se trata con respeto, no se subestima, es tratado como uno más de la familia, de ellos se tienen mayores expectativas y el mismo paciente así lo percibe.

Además, se demuestra que el desempeño de sus roles es más adecuado que el de los otros pacientes entrevistados. A pesar de esto en algunos de estos casos la familia los proyecta en áreas laborales, pareja, pero siempre lo visualizan viviendo junto a ellos.

La mitad de los pacientes no superan las funciones de auto cuidado. De estas personas la familia no tiene expectativas, excepto de una persona que la familia estima que estará mejor con el tratamiento farmacológico.

Todos los pacientes jóvenes tienen proyectos similares, como encontrar una pareja, adquirir una vivienda, estudio o trabajo. Además se detectaron algunos casos que no presentan interés por tener descendencia, probablemente por miedo a que la enfermedad sea hereditaria y a la difícil tarea educar a un hijo.

“Me gustaría tener mi casa, vivir sólo, estudiar para eso estoy trabajando, tener un trabajo estable antes de los 30, pero siempre manteniendo el contacto con mi familia. Quizás tener una pareja, pero no me gustaría tener hijos, a lo mejor adoptar uno, porque le puede pasar cualquier cosa”

E1

Ciertos pacientes no cumplen tareas de acuerdo a su etapa de desarrollo evolutivo quienes se encuentran en la etapa de adulto media, no realizan las funciones correspondientes a tal etapa: como estar casados, tener hijos, actividades laborales etc. (Erikson; 1950). Esto se acentúa con el trato infantilizador que reciben de sus padres.

De los pacientes solteros entrevistados, una vez diagnosticada la enfermedad, ninguno ha tenido pareja o relación afectiva estable, sólo uno de ellos tuvo una relación con una mujer también afectada de esquizofrenia y otro paciente que antes de enfermarse estableció una relación de pareja que lo abandono cuando se le presentó el cuadro psiquiátrico.

Un número importante de entrevistados no realizan actividades doméstica por iniciativa propia, por el contrario son designadas por otros, creando dependencia al interior del sistema familiar. En otros casos, los pacientes son más independientes y las funciones son asumidas por propia voluntad, aunque las labores que realizan en general son de orden domésticas y un porcentaje más bajo participan en otro tipo de actividades como movimientos religiosos.

3. COMUNICACIÓN:

Una comunicación adecuada permite una interacción dinámica y una retroalimentación continua, considerando que la conducta de cada miembro afecta a los demás integrantes del sistema familiar, a través del presente estudio se indagó acerca del grado de funcionalidad de la comunicación y a la vez describir su influencia en el proceso de rehabilitación.

La exploración en esta área, permite afirmar que existen conflictos comunicacionales al interior de la mayoría de las familias estudiadas y se hace más visible en los momentos que los pacientes presentan cuadros de crisis y no se encuentran compensados con tratamiento farmacológico.

Otro factor importante es el hecho mencionado en el punto anterior, no todos los miembros de la familia conocen la enfermedad o manejan la misma cantidad de información o evitan hablar del tema, es decir, no existe una real coordinación entre los integrantes de la familia, donde generalmente el mayor grado de conocimiento lo tiene el cuidador o la madre del paciente, esto impide compartir opiniones respecto a esta patología. En el estudio sólo se encontró un caso, donde se habla del tema entre madre e hijo, tratando de superar los obstáculos propios de la enfermedad.

Del total de entrevistados, solo en tres se aprecian avances en la dinámica de comunicación familiar, el resto de los pacientes continuaron con los mismos tópicos comunicacionales, caracterizados por representaciones simbólicas dentro de su sistema o comunicación no verbal, tendencia al autismo y conductas repetitivas carente de sentido, junto con ésto se encontraron graves conflictos en la dinámica familiar protagonizados por conductas y hechos de violencia entre paciente y familia, lo que genera una comunicación disfuncional. De acuerdo con esto el paciente trata de no comunicarse, especialmente en los momentos de crisis, “todas estas actitudes aislamiento, ausentismo, agresividad y silencio están comunicando algo, que en algunos casos no es advertido o comprendido por la familia que muchas veces lo presiona para que cambie de actitud, considerando que la negación es una forma de comunicación” (Watzlawick; op.cit).

Esta incomprensión de la comunicación no verbal ocurre por el desconocimiento de los síntomas, especialmente en los miembros que no están informados, a ésto se le agrega una no-aceptación del cambio conductual brusco que experimenta el paciente. Es en tal contexto que cobra importancia la terapia y ayuda familiar que brinda el nuevo sistema psiquiátrico.

Existen algunas familias, que se acostumbran a la falta de comunicación con el paciente, pasando éste a ser una especie de objeto o parte del paisaje, las familias se adaptan y esa actitud pasa a ser normal. La familia no lo motiva a conversar y la relación de incomunicación existente se normaliza, no contribuyendo al proceso de rehabilitación

"No le gusta conversar con nadie es callao con todos, se encierra no comparte, ya estamos acostumbrados"

E6

En la mayoría de los casos al comenzar la enfermedad, la familia vivió sentimientos de rabia, impotencia, culpabilidad, incomprensión, rechazo y temor hacia el paciente y cuando se presentan los síntomas, las familias tratan de calmar la situación, reaccionando con preocupación, los familiares violentados guardan la calma y compostura, se angustian y viven con el temor permanente de las recaídas y episodios violentos que puedan protagonizar los pacientes. Además en muchas ocasiones los pacientes culpan a su madre del fracaso de su vida.

"Es violento y agresivo, desde que empezó a ir al hospital cambió un poco, porque cuando me levantaba la mano, -yo le digo- no lo hagas soy tu madre y como que se tranquiliza, antes era peor, me pegaba no más. Todo el día me molestaba, siento que la cosa es conmigo, me trata de tal por cual y me culpa de todo"

E3

“La última vez que escuchó voces fue anoche y empezó a gritar, hace poco llegó a la pieza a tirarme el pelo, me botó al suelo, tuve que pedir ayuda, no la podía controlar tuve que pedir ayuda, no la podía controlar, yo trato de calmarla pero sin violencia”

E8

En general cuando los pacientes presentan síntomas, las familias adoptan una actitud pasiva o tratan de manejar y controlar la situación de forma racional. Otra actitud que también se presenta con frecuencia, es de impotencia e intolerancia, ésta última se da más en los padres o hermanos de los pacientes, generando graves problemas comunicacionales.

Dentro de los relatos existe un hecho asombroso de una paciente que describe los síntomas al inicio de la enfermedad, en un comienzo por pérdida de memoria, deterioro, desorganización, trastornos en la comunicación y comportamiento. En el contexto del relato la paciente, se refiere a un acto de canibalismo, influenciada por un supuesto "demonio" donde se percibe confusión entre lo real e irreal.

“Hacía las cosas malas, hacía puras leseras.” Un día yo estaba embarazada, tenía tanta hambre y no había na pa comer, entonces pesque al hijo mayor que estaba chico, hice un fuego bien alto y me lo iba a comer, menos mal que una vecina, me dijo- que no lo hiciera- yo le hacía caso al diablo que escuchaba, pero fue pura debilidad. Ahora rara vez escuchó voces, es cuando pienso mucho y me desespero porque me gustan las cosas altiro”

E5

En el tema del discurso casi en todos los casos se presenta una constante, que guarda relación con las vivencias ocurridas en la infancia de los entrevistados, en un alto porcentaje de casos se vivieron hechos dolorosos, como el abandono muerte de su progenitor. Existen algunas teorías que hablan de diversos factores traumáticos ocurridos en la infancia que incrementarían el riesgo de desatar una esquizofrenia y en la predisposición del recién nacido para desarrollar la enfermedad. El inicio de esta depende de la magnitud de la vulnerabilidad o factores estresores psicosociales, como la pérdida de un familiar o abandono. Cabe mencionar que en la investigación se encontraron tres casos donde no existe una imagen materna en la infancia, fueron personas víctimas de abandono. Este también podría ser un factor importante y gatillante en el posterior desencadenamiento de la patología. A través del discurso de los pacientes se puede apreciar que solo uno de los casos relaciona su enfermedad con el abandono de sus padres.

“Mi mamá me abandonó a los 7 años, y repartió a mis hermanos, yo no se nada de ella y ella no sabe nada de mí. Nunca me quiso como hija, fue siempre mala madre, yo trataba de verla y ella no quería, una vez la fui a ver y me echó, así que no tengo madre ella hizo su vida y yo me críe con mis abuelos que a los 11 años me pusieron a trabajar de emplea puertas adentro, le pedí a mi abuela que me sacaran, porque me pegaban, yo veía a escondida a mi papá, pero murió electrocutado, cuando tenía como 13 años”.

E7

A través del discurso de las familias se puede intuir que las diversas teorías acerca del origen de esta enfermedad representan un papel fundamental. Como la teoría de doble vínculo de Bateson. Esta situación se detectó en cinco casos generando graves problemas en la estructura comunicacional, el paciente recibe

mensajes contradictorios, y dudan constantemente de su contenido, entorpeciendo la comunicación y la percepción del paciente. Son señales o códigos internalizadas por los pequeños o adolescentes, confundiendo la fantasía de la realidad, generalmente son emitidos por la madre o abuela, también se manifiestan los mensajes contradictorios a través de gestos, posturas y mensajes más implícitos, quedan graficados en algunas frases de las familias como: *“A mi se me impuso tenerlo” “Dijo que me quería pero nunca vivió conmigo”*

En otro caso aunque la madre ya no está presente, la familia la describe como una mujer dominante, castigadora y distante que nunca les demostró afecto, para evitar crear envidia y diferencias entre los hermanos.

En la mitad de los casos se detectó alta expresividad emocional que se manifestó a través de constantes críticas realizadas de parte de la familia, especialmente los hermanos, en otras familias se reflejó un sobreinvolucramiento de la madre con el paciente. En general en todas las familias se presenta rasgos de expresividad emocional en distintos niveles. Mientras menos grados de expresividad emocional, se observó, mejor es el proceso de rehabilitación, además una real coordinación entre las familias y las instituciones psiquiátricas, evita las críticas que generalmente son de los hermanos y el sobreinvolucramiento de los padres con el paciente, en las madres se evidencian sentimientos de culpa, sobre identificación con el paciente, auto sacrificio y postergación personal. Todas estas expresiones son negativas y dañan la confianza del paciente en sus propias capacidades y a la vez inhibe el desarrollo de habilidades sociales.

“Es un angelito malo, algunas veces cuando vamos al supermercado, me hace pasar cada vergüenza y yo tengo que explicar que es enfermita, porque comienza

a gritar, al final no compro nada, yo estoy ahí porque ella esta ahí, no ha muerto, vive por eso aguanto, que Dios sea piadoso y nos lleve a las dos”.

E 8

4. NORMAS:

Considerando que las normas son la expresión de una estructura que aportan elementos y sirven para analizar la dinámica familiar. En este estudio además de conocer las normas que rigen las familias con un integrante esquizofrénico, se describen y analizan el grado de flexibilidad con que se aplican, ya que estas guían el comportamiento en forma consciente cuando son explícitas e inconsciente cuando son implícitas.

Las familias presentan dos tipos de estructuras rígidas y flexibles. En las familias estudiadas se distingue un porcentaje bajo de familias, donde existe libertad y respeto entre sus miembros, no existen presiones en su interior, por lo tanto hay posibilidades para iniciar intervenciones más adecuadas, sin embargo, existe el riesgo que puedan presentar algún desorden en las estructuras familiares y esto impidan replicar los valores, manifestados en las normas de cada familia.

La mayoría de las familias presentan modelos rígidos en su historia, estructuras homeostáticas, modelos que se mantienen. Incluso donde no existen los progenitores, se presentan normas inflexibles replicadas por los hermanos mayores.

En la relación familiar las reglas son impuestas y mantenidas por la madre en la mayoría de los casos, identificándose la imagen femenina de madre o abuela como la impositora de normas que, además, son generalmente intransigentes. Aquí la imagen paterna pasa a segundo plano, estos son calificados de flexibles, blandos, pasivos o más severamente, “*cero a la izquierda*,” como lo señala una paciente al referirse a su padre. Generalmente el padre no se involucra emocionalmente con el paciente, se mantiene al margen de la patología y se encuentra aparentemente ausente por razones laborales.

“Yo daba las órdenes en la casa, crié a todos mis hijos casi sola porque el papá trabajaba mucho y a todos los trate por igual. Si se portaban mal a huascaso limpio con ellos. Por ejemplo al menor de mis hijos que no quería terminar el colegio le di una de huascas y gracias a eso hoy es eléctrico y tiene su casita. Mi marido dejaba que los cabros hicieran lo que quisieran por eso yo me ponía firme y les pegaba, para que cuando crezcan sean hombres correctos”.

E2

En casi todas las familias estudiadas se han vivido hechos de violencia física, como forma de educación, esta realidad se aprecia especialmente en las zonas rurales, donde los agresores justifican su conducta haciendo las siguientes afirmaciones: “*Para que crezcan derechitos*” “ *Para que sean hombres responsables cuando crezcan*”. Además, en la investigación se encontró un caso de violencia extrema donde se proporcionaban severos castigos impartidos por la madre a los hijos se les colgaban o quemaban si no cumplían las órdenes, todo en un contexto socio-económico de extrema pobreza.

"Mi mamá daba las órdenes si no cumplíamos nos pegaba, tampoco nos hacía cariño decía que era para que no nos pusiéramos celosos prefería no hacerle a ninguno, porque somos 10 hermanos, nos castigaba siempre incluso nos colgaba de las vigas que hay en la casa o nos quemaba con las brazas, mi papá no estaba nunca por el trabajo, pero era tranquilo, los dos murieron de cáncer".

E4

La mayoría de las familias, no mantienen actividad social e interacción con el medio, generalmente las madres viven en situación de encierro, favoreciendo el desarrollo de patologías familiares.

La percepción del paciente en general va de acuerdo con las reglas impuestas por el sistema familiar. Actúan como personas pasivas y subordinadas, cuando se encuentran bajo tratamiento farmacológico, la familia coincide con esto, ya que sienten que los pacientes obedecen las normas establecidas.

Además, los pacientes no perciben los castigos violentos como una aberración, si no como una forma de educación, En sus relatos no demuestran, que esto los haya afectado, y aparentemente tampoco se lo cuestionan.

Todos los excesos tanto de rigidez y flexibilidad, obstaculizan el proceso de rehabilitación del paciente. Pero en general las familias son cerradas, con normas rígidas en su interior, ni actividades con el medio externo, lo que dificulta más este proceso. Porque tienden a sobreproteger más al paciente aislándolo del medio social. Según lo observado tal realidad cruza todos los estratos sociales.

5. ANÁLISIS POR HIPÓTESIS:

A continuación se darán respuestas a las hipótesis planteadas, durante el proceso investigativo.

El funcionamiento del sistema familiar en todas las familias se ve perturbado, en distintos niveles, alterando el orden, los sistemas de comunicación, forma de relacionarse etc. Especialmente se manifiesta en las familias más conservadoras y homeostáticas, donde existe más aprensión con el paciente y una lucha constante de sacarlo de la enfermedad. Los roles se cambian y toda la atención se focaliza en el paciente, por lo tanto los demás miembros de la familia quedan abandonados. A diferencia lo que se detectó en familias más grandes o ampliadas donde existe un sistema normativo más flexible, no hay tanta preocupación por el paciente, se asume de manera diferente, existe una aceptación del miembro enfermo y se aprende a vivir con la enfermedad.

Uno de los factores que afecta y genera más conflictos al interior de las familias, es la poca información que tienen acerca de la enfermedad, por tanto de lo que le sucede al paciente y de como actuar frente a ella. Se observa una falta de unidad de criterios y coordinación entre familias, instituciones y sociedad.

Un número considerable de pacientes proviene de familias incompletas y disfuncionales con ausencia de progenitores. Por lo observado algunas madres ejercen mucho autoritarismo en sus miembros, hay una dependencia casi total entre el paciente y estas, no se confía en el paciente, no se estimula, y se sobre protege, influyendo frecuentemente en la auto percepción de su hijo, sintiéndose inútiles, limitados, tienen temor a enfrentar el medio social, generándose actitudes

autistas, mudas, y silenciosas. Es necesario destacar que hay que destacar que algunas familias son un apoyo importante, especialmente en los casos donde se trata de solucionar, levantar, rearmarse y motivar al paciente a un cambio de vida. Como se puede apreciar las realidades distintas, pero en todos los casos la familia es parte de un sistema que influye fuertemente en sus miembros.

La comunicación sea verbal o no verbal es un factor importante es la manifestación del pensamiento, sentimiento. La comunicación no verbal muchas veces es incomprendida por el resto de la familia, por no conocer los síntomas negativos, propios de la patología, generando un fuerte estrés al interior de éstas y aumentando su disfuncionalidad.

Se encontraron episodios de doble vínculo y mensajes contradictorios de parte de los padres, probablemente tal tipo de comunicación provocó graves conflictos en el paciente, acentuándose en los casos de abandono materno.

En cuanto a la eficiencia de los tratamientos, aún no se visualizan grandes cambios en términos cuantitativos, ya que es un trabajo a largo plazo y tiene que ver no sólo con un cambio de actitud de los pacientes y familias, sino también también del sistema de salud y de la sociedad en general. Además en la provincia de Curicó el modelo psicosocial es nuevo y aún las personas comienzan a incorporar éste nuevo concepto de salud. Para la mayoría de las familias el centro diurno es un lugar para dejar al paciente y descansar de él o donde se le otorgan los alimentos y cuidados, todavía se tiene una percepción asistencialista. del tratamiento. Un porcentaje de pacientes asisten en forma automática y no internalizan aprendido, Sin embargo, se constató que se mantienen más compensados y estables. Otro porcentaje importante, tiene cambios de actitudes positivas, que se expresa en el desempeño de adecuado de sus roles. Hay que

destacar los logros obtenidos, en uno de los casos estudiado, quién se encuentra totalmente integrado en la sociedad.

CONCLUSIONES

CONCLUSIONES

1. CONCLUSIÓN GENERAL

El presente estudio ha intentado describir la realidad familiar de los paciente esquizofrénicos con una aproximación desde lo social a la salud mental, para generar un marco de intervenciones en éste campo, aún poco desarrollado.

La presente investigación reafirma la importancia que exista un tratamiento biopsicosocial integral para los pacientes afectados de trastornos mentales crónicos.

En el área psicosocial es importante que toda la familia tenga la información y conocimientos, en calidad y cantidad, en cuanto al origen de la enfermedad y sus respectivos síntomas. Saber como manejarse en los cambios que se producen en la dinámica familiar, en éste sentido se aprecia que al menos un miembro de la familia es el cuidador donde generalmente es la madre.

Cabe señalar la importancia que adquiere que toda la familia maneje la misma información, ayuda a disminuir las discrepancias en torno a la misma y por ende disminuye los sentimientos de culpa, angustia, rabia y los conflictos internos que vivencian las familias. Se considera conveniente que los nuevos tratamientos amplíen su campo y tengan más cobertura para atender a toda la familia, incorporando en este proceso la posibilidad que

sus integrantes, sepan y comprendan en toda su dimensión la enfermedad, entregándoles herramientas, para desarrollar habilidades que les permitan sobrellevar y vivir con esta patología.

Todas las familias entrevistadas presentan conflictos, en mayor o menor medida, por lo tanto es importante que el núcleo familiar aprenda a reconocer las formas de comunicación verbal y no verbal, para poder respetar los mensajes y develar su significado, ya que cuando no se respetan, aumentan los conflictos entre el paciente y su familia. Además existe confusión o se malinterpretan los síntomas propios de la enfermedad, ya que en muchas ocasiones se perciben como formas de manipulación o chantajes de parte del paciente, lo cual disminuye el grado de funcionalidad de la comunicación, provocando un ambiente de tensión que afecta profundamente las interrelaciones.

Otro hallazgo importante en esta investigación son los problemas que se presentan en los sistemas de comunicación al interior de estas familias, donde, se encontraron dos tipos de relaciones que se encuentran representadas por dos teorías de tipo psicosocial.

La Teoría de doble vínculo (Bateson; op. cit) es la más antigua y en este estudio se detectaron situaciones reiteradas entre las relaciones de madre e hijo, en donde la madre envía mensajes confusos a los hijos provocando sentimientos de dudas en el receptor que no comprende los mensajes poco claros enviados por la madre en la niñez, entorpeciendo el sistema comunicacional y gatillando más tarde una posible esquizofrenia.

Se encontraron casos donde se evidencian una alta expresividad emocional, principalmente marcada por sobre involucramiento y algunas críticas que se manifiestan a través de los canales comunicativos que dificultan el proceso de rehabilitación. El sobre involucramiento es la conducta más común posiblemente porque la psiquiatría aún no lo incorporado en su tratamiento.

Las madres se encuentran más vulnerables que el resto de la familia y para ellas es más fácil caer en esta conducta por el lazo afectivo o apego emocional que existe desde el momento de nacer entre una madre e hijo. El problema es que afecta directamente al paciente quién duda constantemente de sus capacidades, permitiendo que sus roles sean asumidos por otros y a su vez la madre se auto-postergue.

Otro aspecto importante es que la mayoría de la familia no habla de la enfermedad con el paciente, existe una especie de negación o bloqueo lo que no contribuye a su integración social.

En esta investigación se concluye que efectivamente los aspectos familiares influyen en los pacientes y todo su entorno inmediato, muchos se auto estigmatizan y se sienten incapaces, dudan de sus habilidades. Es importante que los pacientes reciban el apoyo de su familia y su entorno, así el proceso de adaptación y rehabilitación será mucho más rápido y efectivo.

Otro aspecto que incide en la percepción de los pacientes son las expectativas que se tienen sobre él, esto quiere decir que las familias que presentan mayor nivel de confianza en el paciente, las funciones y roles que

desempeñan son más adecuados. En cambio los pacientes que son subestimados por su familia, no se tiene expectativas acerca de él y son tratados como incapacitados, al ser percibidos de ésta manera manifiestan una mayor dificultad para su rehabilitación. En las familias donde no hay una distribución equitativa de funciones y donde generalmente la cuidadora o madre se lleva todo el peso, se genera un sobreinvolucramiento en la vida del paciente, invadiendo sus espacios e impidiendo que ellos realicen actividades por iniciativa propia, aumentando el sentimiento de inutilidad en el paciente.

En relación al tratamiento en el Centro Diurno, las personas se encuentran informadas acerca del nombre de la enfermedad y lo que implica, pero desconocen la forma de enfrentar la problemática. En cambio las familias que asisten al Hospital Base reciben sólo tratamiento farmacológico, se encuentran menos informadas y desconocen el tipo de patología que afecta a su pariente.

De todas formas es importante clarificar más el objetivo del Centro Diurno involucrando aún más a las familias en la dinámica de éste. Para que aprendan a aplicar los aprendizajes adquiridos por los pacientes en su interior. Según lo observado un porcentaje de los pacientes asisten al Hospital Día en forma automática y no internalizan lo aprendido.

Según lo observado las familias aún no entienden el objetivo del Hospital Día y sólo lo perciben como una institución utilitaria, que le permite al paciente salir de la casa, recrearse y en algunos casos satisfacer ciertas necesidades alimenticias. Falta una coordinación más fuerte entre familia e institución,

En la investigación se observó que la mayoría de las familias no tiene claridad de la forma de enfrentar la enfermedad, se demuestra que existe una alta expresividad emocional de parte de las familias, aunque están informadas sobre la patología, las instituciones aún no incorporan la forma de manejarlas.

Se realizan solo talleres y charlas informativas acerca de los síntomas y psicoeducación para pacientes, pero no se realizan intervenciones en la interacción familiar lo que genera un alto sobreinvolucramiento de los cuidadores en especial la madre, lo que favorece la disfuncionalidad del sistema familiar especialmente en lo relacionado con el desempeño adecuado de los roles y las normas.

De la ficha clínica de cada uno de los pacientes, en su historia social o de vida, se observa que la mayoría perdió por distintas razones a uno de sus progenitores por muerte o abandono. Esto, podría ser un factor causal de la enfermedad, coincidente con algunas teorías que afirman que algún elemento estresante en la niñez gatillaría una patología más tarde en las personas. Por lo tanto se considera de gran relevancia trabajar cada caso, como si fuese único e irrepetible y elaborar con cada familia el tema de los afectos, abandono, sentimientos de pérdida y no encasillarlas a todas a un programa común.

En cuanto a lo metodológico la elección de un estudio cualitativo fue lo más acertado para indagar sobre los aspectos planteados en esta investigación, responde a un método flexible, guiado con preguntas directivas y no

Hipótesis preconcebidas. Esto además permitió un mayor acercamiento e interacción con los sujetos del estudio.

2. CONCLUSIÓN DESDE EL ROL DEL TRABAJO SOCIAL

Desde sus orígenes el Trabajo Social ha estado vinculado a una visión asistencialista de las demandas sociales, que se ha evidenciado en gobiernos benefactores o subsidiarios, muchas veces se ha caracterizado por esta percepción o concepción, de la cual deviene la tradición ejecutora que la precede. Ello repercute en la identidad que define al trabajo social como una profesión práctica e interventora, como operador de métodos y técnicas, para dar respuestas inmediatistas a las demandas sociales.

La imagen tradicional que proyecta el asistente social como un profesional pasivo en la intervención y con un rol asistencialista, visión que se empezó a gestar en el inicio de la profesión, con un enfoque pragmático de sus acciones, que generalmente sirven a los intereses de quienes tienen el poder.

El rol profesional del nuevo Trabajador Social, parte de un proceso de construcción de la problemática social, lo que implica una reflexión epistemológica y metodológica en torno a la relación teoría-práctica, pensamiento- acción y objetividad- subjetividad.

En este contexto se considera salud mental como una problemática creciente que es producida y reproducida por los desajustes de la sociedad, que para enfrentarlo es necesario generar espacios de participación comunitaria, donde se integren los aspectos psicosociales, tanto en la prevención de la salud, como en el tratamiento, para esto se requiere que tomen parte

diversas disciplinas, con sus quehaceres y sus conocimientos.

El Trabajo Social juega un papel fundamental, en las políticas de salud mental con una nueva propuesta de intervención pasando de un modelo biomédico a uno biopsicosocial. La persona pasa a ser un sujeto activo en la tarea de rehabilitación y se comienza a trabajar con tres niveles de atención, desde la educación para la salud hasta la rehabilitación. En este contexto es donde el rol del trabajo social se hace imprescindible en los equipos de salud mental. Considerando las orientaciones entregadas por el Plan Nacional de Psiquiatría y Salud Mental. De acuerdo a las etapas del ciclo vital y de la cultura, las personas permanecen e interactúan entre sí en entornos específicos como la escuela, el trabajo, el barrio, la población que constituyen espacios privilegiados para realizar acciones que contribuyan a elevar su nivel de salud mental. En estos ámbitos se expresa en definitiva, el modelo de desarrollo, las políticas sociales y principios en que se basa la convivencia ciudadana (Ministerio de Salud, 2002).

Esta disciplina cuenta con las herramientas fundamentales, por su formación en el trabajo con los sistemas comunitarios y con las familias, entendidas como parte de un sistema holístico y totalizador, donde cada elemento interactúa dinámicamente con la totalidad del sistema, donde el todo constituye más que la suma de las partes, por lo tanto lo que afecta a un miembro de la familia, incide en todo el conjunto. Las causas de los fenómenos dentro de las familias no son lineales, sino obedecen a un proceso circular, sin principio ni fin. De este modo cuando una familia es disfuncional no se puede adjudicar la responsabilidad a un solo integrante sino hay que considerar a todo el sistema familiar. Desde ésta perspectiva el trabajo social puede actuar como un mediador o agente externo en la

retroalimentación de los sistemas comunicativos, roles y normas. Además por su formación puede trabajar con la sociedad en conjunto y generar líneas de acción para lograr la integración socio-familiar del paciente.

La nueva propuesta de salud a nivel de equipo multidisciplinario trabaja con un ordenamiento de roles, donde existe un jefe técnico, tarea que por lo general es designado al asistente social que es el encargado de coordinar las actividades del equipo debido a su experiencia en el manejo de grupo.

Los pacientes generalmente se sienten más cercanos, al trabajador social, por su permanencia en la institución y tipo de intervención, quién trabaja con el entorno directo, la familia, amigos, junta de vecino, escuela. Esta cercanía favorece el desarrollo de un rol educador para informar acerca de la patología y modificar actitudes acerca de los estigmas existentes, posibilitando la coordinación de las redes de apoyo, de esta manera logra transformar los obstaculizadores en facilitadores.

Los trabajadores sociales tienen la facultad de realizar un diagnóstico social y económico de cada paciente, utilizar técnicas que favorezcan la adherencia al tratamiento, realizar estudios de soporte y apoyo a las familias. El rol del Trabajador Social en el ámbito comunitario es fundamental porque permite además proyectar su intervención no sólo con la familia sino también en el contexto sociocultural provocando un cambio en la actitud social frente a la enfermedad y al enfermo, así el trabajo social debe reinventar su práctica constantemente, para poder resolver diversos problemas que aquejan a la comunidad. Se trata de que el Trabajo Social pueda prevenir e intervenir, dando respuestas eficaces a situaciones de crisis. Todas las

realidades son diferentes por eso no se puede aplicar soluciones predeterminadas para todos, se deben conocer estrategias adecuadas y manejar destrezas básicas para entender y planificar-dirigir los cambios, ésto sólo se logra con un trabajo en equipo multiprofesional.

El Trabajo Social tiene un gran aporte que hacer, ya que en psiquiatría es aún un tema poco explorado y existe una escasa especialización de profesionales. Es importante su validación porque ofrece múltiples posibilidades de desarrollo. Validación que se puede efectuar realizando diversas funciones, entre ellas, una acción investigativa con todo el entorno social e historia que rodea a las personas con trastornos psiquiátricos, de tal manera de llegar a determinar la especificidad del núcleo familiar, y a partir de los datos obtenidos realizar intervenciones adecuadas, que integren al paciente a una vida normal y donde se perciba auto valente y capaz. Para esto se requiere un trabajo en conjunto con otras disciplinas, interviniendo en el entorno del sujeto, permitiendo un tratamiento precoz y favoreciendo la no separación del enfermo de su medio socio-familiar, es decir evitando la institucionalización del paciente .

Se debe contar con una red de recursos comunitarios diversificado, desarrollando trabajo de caso, grupos y comunidad que permita responder a las necesidades múltiples de los diferentes grupos de pacientes crónicos o agudos. Constituyendo un sistema de intervención en prevención primaria, secundaria y terciaria con diversas metodologías individuales, grupales y comunitaria, a diferencia del sistema convencional que se limita a la elaboración de informes socioeconómicos de los pacientes, para la obtención de un subsidio o beneficio, sin desarrollar una propuesta de trabajo integral.

Obtención de un subsidio o beneficio, sin desarrollar una propuesta de trabajo integral.

BIBLIOGRAFÍA

- Aguilar M.
(1999) **“Pautas de Prescripción de psicofármacos en pacientes ambulatorios con Esquizofrenia”**
Ediciones Aula Médica. España
- Ajuriaguerra
(1979) **“El niño y su familia”** Editorial PAIDOS, Barcelona, España.
- Andreasen, N.
(1992) Citado por OMS en CIE-10 **“Trastornos Mentales y Conductuales, Descripciones Clínicas y Diagnósticas”**
Editorial MEDITOR, España
- Aylwin Nidia
(2002) **“Trabajo Social Familiar”** Ediciones, Universidad Católica de Chile
- Avelino Fernández Álvarez
(1999) **“La familia como institución, supletoria, supletoria, la cara amarga de la reforma psiquiátrica”** Madrid, España
- Bertalanffy
(1971) **“Motores, hombres y mentes”,** Ediciones Tendencia, Madrid España.

- Bertalanffy
(1992) **"La familia como sistema relacional"** Ediciones Tendencias, Madrid España.
- Bateson Gregory
(1973) **"Pasos Hacia una Ecología de la Mente"** Editorial LUMEN SRL, Estados Unidos.
- Bleuler Eugenio
(1941) **"Demencia Precoz, El Grupo de la Esquizofrenia"** Editorial PAIDOS, Barcelona España.
- Breaky, P.
(1992) Citado por **OMS** en CIE-10 **"Trastornos Mentales y Conductuales, Descripciones Clínicas y Diagnósticas"** Editorial MEDITOR, España
- Carrasco Patricia
(1994) **"Recuperación de práctica de autoridad en pacientes con tratamientos con Clozapina"** Tesis para optar al título de enfermería / Pontificia Universidad Católica, Santiago de Chile.
- Coordero M
(1995) **"Modelo Gravitacional"** artículo de Seminario psiquiatría, Santiago de Chile.

- Erikson Erik
(1950)
"Las Etapas del Psicoanálisis"
Editorial Signo, Buenos Aires Argentina.
- Facultad de Medicina
U Católica
(1991)
"Aspectos psicosociales en la investigación psiquiátrica".
Santiago de Chile.
- Flores, N.
(1992)
Citado por OMS en CIE-10 **"Trastornos Mentales y Conductuales, Descripciones Clínicas y Diagnósticas"**
Editorial MEDITOR, España
- Goffman Erving
(1970)
"La Situación del individuo inhabilitado para plena aceptación Social" Ediciones PAIDOS
- Gottesman, S.
(1992)
Citado por OMS en CIE-10 **"Trastornos Mentales y Conductuales, Descripciones Clínicas y Diagnósticas"**
Editorial MEDITOR, España
- Giovannoni, M.
(1992)
Citado por OMS en CIE-10 **"Trastornos Mentales y Conductuales, Descripciones Clínicas y Diagnósticas"**
Editorial MEDITOR, España

- Gobierno de Chile
(2001) **“Orientaciones técnicas para el tratamiento y rehabilitación de personas afectadas con esquizofrenia”** Santiago de Chile
- Hafner, H y Baker, F.
(1992) Citado por OMS en CIE-10 **“Trastornos Mentales y Conductuales, Descripciones Clínicas y Diagnósticas”**
Editorial MEDITOR, España
- Hospital Día
(2001) **“Normas para el Funcionamiento de hospital de Día”** Santiago de Chile
- Instituto Nacional de Estadísticas
(2002) **“Población estimada al 30 de junio”**
www.bcn.cl
- Jalenski
(1992) Citado por OMS en CIE-10 **“Trastornos Mentales y Conductuales, Descripciones Clínicas y Diagnósticas”**
Editorial MEDITOR, España
- Kavanagh David
(1998) **“Reciente desarrollo de la emocional en esquizofrenia”**
www.esi-topics.com, Editorial
Components of ESI

Kupers Luis, Julian Leff
(1999)

"Guía práctica para el trabajo con la familia en casos de esquizofrenia" Alemania

Kropelin
(1899)

"Paranoia y psicosis hebefrenica"
www.dinarte.es

Liberman, R.
(1992)

Citado por OMS en CIE-10 **"Trastornos Mentales y Conductuales, Descripciones Clínicas y Diagnósticas"**
Editorial EDITOR, España

López. Alejandro Parada
(1995)

"Introducción a la psicología de la comunicación" Ediciones U. de Chile.

Lohr, B y Flynn, B.
(1992)

Citado por OMS en CIE-10 **"Trastornos Mentales y Conductuales, Descripciones Clínicas y Diagnósticas"**
Editorial EDITOR, España

Malleson, A.
(1992)

Citado por OMS en CIE-10 **"Trastornos Mentales y Conductuales, Descripciones Clínicas y Diagnósticas"**
Editorial EDITOR, España

Masson
(1998)

"Drogas y enfermedad mental"
estudio sobre la esquizofrenia y psicosis tóxica" manual diagnóstico,
Barcelona España.

Ministerio de Salud
(2002)

"Con el AUGE todos ganamos"
Santiago de Chile

Ministerio de Salud
(2002)

**"Hacia un nuevo modelo de gestión
en salud"**. Santiago de Chile

Minuchin Salvador
(1985)

"Recuperación de la Familia"
Editorial: PAIDOS IBERIA

Ministerio de Salud

**"Descripción de incorporación de
revolucionario fármaco para
esquizofrénicos"** Santiago de Chile

Ministerio de Salud
(2002)

**"Política y Plan Nacional de Salud
Mental"**, Santiago de Chile.

MIDEPLAN
(2000)

**"Encuesta de Caracterización
Socioeconómica Nacional"** División
Social, Santiago de Chile

MINEDUC
(2002)

"Cifras sobre Escolaridad Regional"
www.mineduc.cl

- Mortensen, B.
(1992)
- Citado por **OMS** en CIE-10 **“Trastornos Mentales y Conductuales, Descripciones Clínicas y Diagnósticas”**
Editorial MEDITOR, España
- Morales Eliana
(1981)
- “investigación psiquiátrica”** artículo de Neurología y Psiquiatría.
- Murray, R y López, E.
(1992)
- Citado por **OMS** en CIE-10 **“Trastornos Mentales y Conductuales, Descripciones Clínicas y Diagnósticas”**
Editorial MEDITOR, España
- Organización Mundial de la Salud
(1992)
- CIE-10 **“Trastornos Mentales y Conductuales, Descripciones Clínicas y Diagnósticas”**
Editorial MEDITOR, España
- Quintero Francisco Javier
(1997)
- “Trabajo social y procesos familiares”**
www.clinicodoctorquintero.com, Madrid
España
- Rebolledo Sergio
(1979)
- “Terapia de la Conducta”**
Ediciones Paidós, Madrid, España.

Rivas Guerrero Fabio
(2000)

"Psicosis en la Comunidad" /
Madrinidad / Asociación Española de
neuropsiquiatría.

Román Teresa
(1998)

"Las Familias en un Mundo"
Pluricultural Ediciones SM, Universidad
de Barcelona

Roche, F.
(1992)

Citado por **OMS** en CIE-10 **"Trastornos
Mentales y Conductuales, Descripciones
Clínicas y Diagnósticas"**
Editorial MEDITOR, España

Sartorius Norman
(1992)

Citado por **OMS** en CIE-10 **"Trastornos
Mentales y Conductuales, Descripciones
Clínicas y Diagnósticas"**
Editorial MEDITOR, España

Spoehhn y Lehmkhle
(1987)"

**Introducción a la psicología
cognitiva en los procesos
perceptivos"**, Ediciones Papalia,
España.

Sánchez y Prieto
(1999)

**"Intervención y expresión emocional
en familiares de esquizofrénico.
Hospitalizados"**, artículo de
neuropsiquiatría, volumen XXV,
España.

Servicio Nacional de la Mujer
(1999)

"Informe de la Comisión Nacional de la Familia", Santiago de Chile.

Sanale, G Tuson y D Stotmam

"Problemas sociales y Trabajo social" Ediciones Morata, Reino Unido

Strauss, L y Carpenter, W.
(1992)

Citado por **OMS** en CIE-10 **"Trastornos Mentales y Conductuales, Descripciones Clínicas y Diagnósticas"**
Editorial MEDITOR, España

Taylor y Bogdan
(1992)

"Introducción a los métodos cualitativos de Investigación"
Ediciones PAIDÓS, Barcelona España.

Tennent, G.
(1992)

Citado por **OMS** en CIE-10 **"Trastornos Mentales y Conductuales, Descripciones Clínicas y Diagnósticas"**
Editorial MEDITOR, España

Vallejo Ruiloba
(1991)

"Introducción a la Psicopatología y Psiquiatría" Ediciones, MASSON, Madrid, España.

Walter Erokering,
(1999)

**“Análisis critico de los Procesos
de Reforma siquiátrica”** Ediciones
DOR, Madrid España

Watzlawick

“Teoría de la Comunicación Humana”
Ediciones Herder, Barcelona, España

Weimberger, J.
(1992)

Citado por **OMS** en CIE-10 **“Trastornos
Mentales y Conductuales, Descripciones
Clínicas y Diagnósticas”**
Editorial MEDITOR, España

ANEXOS

ANEXO 1

VARIABLES CUALITATIVAS

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADORES
AUTOPERCEPCIÓN SOCIAL	Percepción: es la forma en que ordenamos la información que nos entregan las sensaciones. Por tanto se encuentra directamente relacionada con los sentidos a través de los órganos sensoriales en el cerebro, como: Tacto, vista, olfato, gusto y audición. La percepción es también el significado que se le da a estas sensaciones, la manera de cómo se entiende e interpreta. Por tanto pasa a ser un proceso cognitivo que se relaciona con la conciencia, pensamiento, recuerdo, representaciones etc	Capacidad que tiene cada persona para observar el mundo desde su propio punto de vista, se constituye con las primeras sensaciones recibidas.	• Positiva • Negativa • Indiferencia
INTERACCION FAMILIAR	Acción recíproca y constante que se da dentro de las personas que viven juntas y están ligadas entre si por parentescos o lazos sanguíneos.	La forma como se interrelaciona el sistema familiar	• Sobreinvolucramiento • Distancia afectiva • Actitud crítica
INFORMACION	Colección de hechos significativos y pertinentes, para la organización o persona que los percibe. Son datos importantes que describen sucesos. La información es la representación del mensaje, con un contenido determinado, emitido por una persona hacia otra. La información es conocimiento basado en	Tipo de información y conocimiento que la familia posee, creencias, ideas, valores acerca de la enfermedad que afecta a algún miembro del sistema familiar, La interpretación que la familia da a las actitudes	• Se tiene información acerca de la enfermedad • No se tiene información acerca de la enfermedad. • La información acerca de la enfermedad esta

	datos a los cuales por un procesamiento se les da significado, propósito y utilidad.	que el medio social tiene hacia el paciente.	distorsionada
ROLES	El conjunto de formas de ser o el comportamiento de una persona, que ocupa una situación fija o dada dentro de un grupo de referencia, en este caso la familia. Los roles se entienden como una dinámica flexible, sujeto a cambios, que depende de las diferentes familias y estructuras social.	Los roles que desempeñan cada uno de los miembros del Sistema familiar, donde sus miembros cumplen diversas funciones y ocupan un lugar determinado, tales como actividades de tipo doméstico, autocuidado, trabajo, proveedor, etc. Y la percepción del propio paciente respecto a su rol en función a su entorno.	- Definición clara de los roles - Roles indefinidos - Roles funcionales - Roles tradicionales - Roles impuestos
COMUNICACIÓN	Toda transmisión de un mensaje entre individuos, sistemas y organismos, utilizando para ello los elementos que tienen en común. Se usa aquí para denotar el intercambio de símbolos significativos, vocales y gestuales..	Sistema de modelos de comunicación que tiene cada una de las familias que influye fuertemente en la conducta de sus miembros	- Comunicación verbal - Comunicación no verbal - Comunicación gestual
NORMAS	Proceso que ordena la estructura de relaciones dentro de la familia y regulan la conducta de sus miembros.	Ordenamiento del sistema familiar de acuerdo a la normativa que hace	- Normas claras - Normas difusas - Ausencia de normas

	Las normas son las reglas de conducta que existen en la familias, son la expresión observable de los valores de la familia o sociedad.	funcional al sistema	• Forma de cumplimiento de las normas con sanciones positivas o negativas
--	---	-----------------------------	--

VARIABLES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADORES
SITUACIÓN EDUCACIONAL	Instrucción impartida por medio de la acción docente-proceso de aprendizaje encaminado a desarrollo intelectual y ético de las personas	Entendido cómo el último año de estudio cursado por los miembros de la familia.	. Sin estudios . Básica incompleta . Básica completa . Media incompleta . Media Completa . Estudio Superior
SITUACIÓN LABORAL	Ocupación que ejerce habitualmente una persona a cambio de un salario.	Entendido como trabajo o ocupación remunerada que realizan los integrantes de la familia.	. Oficio . Cesante . Con trabajo: Independiente, dependiente, formal, informal, esporádico, permanente. . Tipo de Trabajo.
INGRESO FAMILIAR	Suma económica del total de la familia.	Total de entrada económica o dinero recibido por cada uno de los miembros de la familia por conceptos de: trabajo, rentas de propiedades, subsidios o pensión.	. Ingreso de Canasta familiar. . Sueldo . Tipo de previsión.
CONDICIONES DE SALUD	Estado en que el organismo ejerce normalmente todas sus funciones, equilibrio psíquico, emocional y físico.	Entendido como el estado de salud física y psíquica del paciente.	. Antecedentes de Esquizofrenia en la familia. . Patologías complementarias del paciente.
TIPO DE VIVIENDA	Edificio, construcción o	Domicilio o estado físico que	.Pertenece a sector urbano o

	habitación adecuada para que vivan las personas en zonas urbanas o rurales.	ocupa la familia.	rural. .Vivienda arrendada, cedida, propia: con pago de dividendo .Material de la vivienda .Número de piezas .Servicios básicos de luz y agua potable.
--	--	--------------------------	---

CUESTIONARIO SOCIOECONOMICO

I- Identificación de persona con Esquizofrenia

a- Nombre:

b- Rut:

c- Fecha de Nacimiento:

d- Ciudad:

e- Comuna:

Sector Urbano

☐

Sector Rural

f- Edad:

g- Sexo:

h- Estado Civil:

Soltero

☐

Casado

☐

Conviviente

☐

Separado

☐

Viudo

☐

II Nivel Educacional:

a- Sin estudios

☐

b- Enseñanza Básica Incompleta

☐

c- Enseñanza Básica Completa

☐

d- Enseñanza media incompleta

☐

e- Enseñanza media completa

☐

f- Estudios Superiores incompletos

☐

(Especificar)

g- Estudios Superiores completos

☐

(Especificar)

III- Situación Laboral:

1- ¿ Actualmente usted se encuentra desarrollando alguna actividad laboral remunerada?

SI ☐ (Pasar a la 5)

No ☐ (Pasar a la 2)

2- ¿Alguna vez usted ha desarrollado algún trabajo remunerado?

Si ☐ (Especificar, pasar a la 3)

No ☐

3- ¿Cuándo fue su ultimo empleo?

a- Menos de 6 meses

☐

b- Mas de 1 año

☐

c- Mas de 2 años

☐

d- Mas e 3 años

☐

e- Mas de 4 años

☐

f- Mas de 5 años

☐

g- Más años (especificar)

☐

4- ¿Cuál fue la razón del termino del trabajo?

a- Despido

☐

b- Renuncia

☐

c- Malos tratos

☐

d- Discriminación

☐

a- Otros

☐

5- Sólo si se encuentra trabajando:

a- ¿Qué trabajo desarrolla usted actualmente?

b -¿Cuál ha sido la duración de este trabajo?

IV- Ingreso Mensual:

1- ¿Cuál es su remuneración mensual aproximadamente?

a- Menos que el sueldo mínimo ☐

b- Entre \$100.000 y \$200.000 ☐

c- Entre \$200.000 y \$300.000 ☐

d- Entre \$300.000 y \$400.000 ☐

e- Entre \$400.000 y \$500.000 ☐

f- Sobre \$500.000

2- ¿Usted en la actualidad cuenta con algún tipo de ingreso extra mensual?

SI ☐ (Pasar a la 3) ☐ NO

3- ¿Cuál?:

a- Pensión Asistencial ☐

b- INP ☐

c- AFP ☐

d- Montepío ☐

e- Ayuda de alguien ☐

f- Otras ☐ (Especificar)

V-Situación de Salud:

1- ¿Existen antecedentes de otro miembro de la familia con esquizofrenia?:

Si ☐ (Especificar) NO ☐

2- ¿A qué edad se le diagnosticó la enfermedad?:

3- ¿Usted presenta alguna otra enfermedad diagnosticada?:

SI ☐ (Pasar a la 4) NO ☐

I- Identificación del Jefe de Hogar

a- Nombre:

b- Rut:

c- Fecha de Nacimiento:

d- Edad:

e- Sexo:

f- Estado Civil: Soltero

☐

Casado

☒

Conviviente

☐

Separado

☐

Viudo

☐

II-Nivel Educativo

a- Sin estudios

☐

b- Enseñanza Básica Incompleta

☒

c- Enseñanza Básica Completa

☐

d- Enseñanza media incompleta

☐

e- Enseñanza media completa

☐

f- Estudios Superiores incompletos

☐

(Especificar)

g- Estudios Superiores completos

☐

(Especificar)

III-Situación Laboral

1- ¿Actualmente usted se encuentra desarrollando alguna actividad laboral remunerada?

SI (Pasar a la 2)

NO

2- ¿El trabajo que usted realiza es en forma?

a- Dependiente

☐

(Especificar)

b- Independiente

☒

(Especificar)

3- ¿Cuál es la duración del actual trabajo?

IV- Ingreso Mensual

1- ¿Cuál es su remuneración mensual?

- a- Menos que el sueldo mínimo ☐
- b- Entre \$100.000 y \$200.000 ☐
- c- Entre \$200.000 y \$300.000 ☐
- d- Entre \$300.000 y \$400.000 ☐
- e- Entre \$400.000 y \$500.000 ☐
- f- Sobre \$500.000 ☐

2- ¿Cuánto cree usted que la familia gasta en?

Alimentación	
Arriendo	
Dividendo	
Contribuciones	
Agua	
Luz	
Gas	
Telefono	
Movilización	
Educación	
Vestuario	
Deudas	
Otros	
Total	

3-Patrimonio familiar:

¿La familia cuenta con ?

- | | |
|-----------------|--------------------------|
| Auto | ☐ |
| Camión | ☐ |
| Moto | ☐ |
| Propiedades | ☐ |
| Bien raíz | ☐ |
| Predio Agrícola | ☐ |
| Otros | ☐ |

V- VIVIENDA

1- La vivienda en que habitan ustedes es:

- | | |
|---------------------------------|--------------------------|
| a- Arrendada | ☐ |
| b- Propia sin deudas | ☐ |
| c- Propia con pago de dividendo | ☐ |
| d- Sedida | ☐ |
| e- Otros | ☐ |

2- Tipo de construcción en que habita la familia

- | | |
|-------------------------------------|--------------------------|
| a- Construcción solida | ☐ |
| b- Construcción con material ligera | ☐ |
| c- Construcción mixta | ☐ |
| d- Media agua | ☐ |
| e- Choza | ☐ |

3-Total de piezas de la vivienda:

Dormitorio

Living

Comedor

Cocina

Baño

Total piezas

4- Servicios domesticos básicos

Servicios eléctricos

Particular

compartidos

Servicio de agua potable

Adentro de la casa

Afuera

Servicio de alcantarillado

Particular

Compartido

I- Individualización de la madre o responsable del paciente:

a- Nombre:

b- Rut:

c- Fecha de Nacimiento:

d- Edad:

e- Sexo:

f- Estado Civil: Soltero ☐

Casado ☐

Conviviente ☐

Separado ☐

Viudo ☐

II- Nivel Educativo

a- Sin estudios ☐

b- Enseñanza Básica Incompleta ☐

c- Enseñanza Básica Completa ☐

d- Enseñanza media incompleta ☐

e- Enseñanza media completa ☐

f- Estudios Superiores incompletos ☐ (Especificar)

g- Estudios Superiores completos ☐ (Especificar)

III- Situación Laboral

1- ¿Actualmente usted se encuentra desarrollando alguna actividad laboral remunerada?

SI ☐ (Pasar a la 2)

NO ☐

2- ¿El trabajo que usted realiza es en forma?

a- Dependiente ☐ (Especificar)

b- Independiente ☐ (Especificar)

3- ¿Cuál es la duración del actual trabajo? _____

IV- Ingreso Mensual

1-¿Cuál es su remuneración mensual?

a- Menos que el sueldo mínimo ☐

b- Entre \$100.000 y \$200.000 ☐

c- Entre \$200.000 y \$300.000 ☐

d- Entre \$300.000 y \$400.000 ☐

e- Entre \$400.000 y \$500.000 ☐

f- Sobre \$500.000 ☐

V- Constitución Familiar

1- ¿Cuántas persona integran actualmente el núcleo familiar?

Nombre	Edad	Sexo	Relación paciente	Escolaridad	Actividad	Ingreso

Total de Personas 05

2- ¿Existe algún miembro de la familia que en los últimos 3 años, ya no viva con ustedes?

Si ☐ (Especificar y pasar a la 3) No ☐

3- ¿ Cuáles creen ustedes que fueron las causas que produjeron la ausencia del familiar?

a- Búsqueda de Independencia ☐

b- Matrimonio o convivencia ☐

c- Trabajo ☐

d- Enfermedad ☐

e- Muerte ☐

f- Otras Razones ☐

ANEXO 2

ENTREVISTAS EN PROFUNDIDAD

Esta entrevista se realizó a través de un encuentro “cara a cara” entre investigador e investigado, en este caso a los pacientes y sus familias, esta tiene carácter holístico, que nos permite obtener una perspectiva global del sujeto. Es en ésta entrevista que ambos se influyen mutuamente en forma consciente e inconsciente. Además se caracteriza por ser flexible y dinámica, como modelo de conversación simétrica entre los pares y no de intercambio formal de preguntas y respuestas, siguiendo un modelo entre iguales, es de real importancia el cómo se plantearon las preguntas durante la conversación, en un comienzo no se inicio con preguntas directas con los intereses de la investigación y lentamente se fueron los participantes incorporando en el tema y enfocando los reales intereses de la investigación.

La entrevista en profundidad se realizó a cada paciente y sus respectivas familias. En ella se distinguen 4 directrices o guías que marcaran la pauta o sentido del discurso:

I Información que maneja la familia y el paciente respecto la enfermedad

1. ¿El paciente y la familia creen o sienten que lo que le ocurre al paciente es una enfermedad y que significado tiene para ellos?
2. ¿Qué sabe la familia acerca de la enfermedad y cómo se dieron cuenta que existía - De qué manera se manifestó y qué la originó?
3. ¿Qué cosas según la familia y él paciente desencadenan los síntomas?

4. ¿Qué piensa la familia y el paciente acerca del comportamiento que tienen las demás personas con ellos?

II ROLES Y FUNCIONES

1. ¿Qué funciones cumplen cada integrante del núcleo familiar?

2. ¿En qué lugar dentro de la jerarquía de poder familiar se ubica el paciente?

3. ¿Qué expectativas tiene el paciente de asimismo y su familia?

4. ¿Cómo se percibe el paciente así mismo respecto los roles que desempeña?

5. ¿La actitud respecto los roles que desempeña el paciente? ¿Serán impuestos por otros o asumidos por él?

III FORMAS Y TÓPICOS COMUNICACIONALES

1. ¿La familia siente que existe una comunicación abierta y fluida con el paciente?

2. ¿Cuáles son las conductas típicas o reiteradas del paciente en el hogar?
3. ¿Cuando el paciente presenta síntomas cuál es la conducta que la familia adopta y cómo reacciona el paciente ante estas conductas?
4. ¿Qué interpretación hace el investigador al observar el funcionamiento del sistema comunicacional en el entorno familiar?
En los niveles de:
Contenido: Discurso del paciente y familia
Relación que se manifiesta en el contenido: Expresividad emocional- Doble vínculo.

IV Normas Familiares

1. ¿Cuáles son las normas más trascendentes que existen al interior de estas familias?
2. ¿Cómo se han establecido las normas, mantenido y se perciben al interior de las familias?
3. ¿Cuando un miembro de la familia desobedece las normas qué sucede y cuando las cumple?

ENTREVISTAS A 8 PACIENTES Y SUS FAMILIAS PERTENECIENTES A LA PROVINCIA DE CURICÓ:

PRIMERA FAMILIA: Entrevista realizada a paciente (Mauricio-23 años-Hospital Diurno), Mamá y hermano.

Información :

Paciente: "Yo pienso que tengo la información más clara porque en el hospital día nos dan charlas sobre sus trastornos, efectos, síntomas positivos, negativos y los problemas que conlleva la enfermedad. Por lo que me han hablado es un desorden mental, las neuronas no funcionan como corresponden y las pastillas son para revertir el proceso y equilibrar el trastorno, hacer más dócil la vida y el círculo en que viven las personas"

"Para mí la enfermedad ha significado algo importante, porque la vida es difícil, imagínatelo con una enfermedad y al tratar de defenderse con tus propias armas en este mundo tan hostil uno se encuentra con problemas que antes no eran problemas, ni molestias y cada vez son más graves, así que ahora veo la vida con otra perspectiva eso es lo que yo percibo y capto, lo que ha sido más verdadero y duradero.

No se para los demás pero yo lo tomé como algo del destino, yo siento que estoy ha prueba y que por la enfermedad debo ser capaz de superar obstáculos, además las cosas que antes no tomaba en cuenta, ahora que daría por tener esas cosas"

"Yo creo que lo que desencadenó todos mis síntomas son los problemas que tengo. No conocí a mi papá y en la casa de mis tíos nunca dije nada, pero no fue el ambiente ni la educación que uno quisiera recibir, después me vine con mi mamá y llegó la enfermedad que más malo me puede pasar, eso gatilló problemas en mi mente"

"Yo en realidad sabía que algo pasaba, existía la posibilidad de que algo cambiaba en mi entorno, pero no sabía que mi mente estaba cambiando. En la mesa estaba callado, pasaba de la calle a mi pieza, era difícil captar lo que pasaba a mí alrededor, así que me encerraba en mi mundo. Mi carácter cambió, yo era más extrovertido, incluso en el colegio me dieron el premio al alumno más esforzado y cuando salí de cuarto trabajé en una constructora y ya estaba enfermo, pero igual

me esforcé. Yo creo que mi familia exagera, porque yo trataba de que no se dieran cuenta, de que estaba tan crítico tal vez eso de la tele pasó solo una vez"

"Yo tengo confianza, así que le conté a mi mamá que tomé tonariles y lo mezclaba con marihuana. En el colegio unos amigos cayeron al hospital intoxicados, pero yo no, no creo que eso tenga que ver"

"Ahora ultimo me doy cuenta que me paso rollos y digo no es verdad. Cuando pienso mucho me pasa o cuando me estreso. El otro día estando en el trabajo empecé a

recordar el pasado, a veces en el futuro y me pongo incómodo, se me baja la autoestima, es como cuando a una computadora se le apaga el sistema, la paranoia vuelve, son crisis no mas"

"Antes yo me llevaba bien con todos, nunca tenía problemas con nadie, incluso era el consejero de muchos. Me gustaría compartir con ellos, sentirme apoyado. Ahora no tengo grandes problemas porque le facilito las cosas a la gente, ya que desde que me enfermé soy más tranquilo, estoy al servicio de otras personas. Antes era más rebelde,

Con la enfermedad a veces no tengo las cosas claras, por lo que me entrego a las demás personas. Eso sí que algunas veces me he sentido rechazado por amigos que tenía, pero lo comprendo"

Madre de Mauricio: "Debe ser un trastorno en el cerebro que algo le pasa a las neuronas que no funcionan, según lo que me explicaron en el hospital"

"Con la enfermedad la vida nos cambió completamente. Los proyectos como familia y el esquema de vida que tenía Mauricio cambió totalmente. Después del colegio, tenía metas, estaba consciente de lo que podía y no podía hacer. Era más centrado, ubicado, quería entrar a la Escuela Militar, quería afirmarse económicamente, ahora solo piensa en la Universidad, es una obsesión y todo quedó en nada.

"Creo que él tenía una predisposición a la enfermedad y lo desencadenó el consumo de algún alucinógeno, como fumar marihuana o tomar pastillas. Sus compañeros cayeron al hospital y justo a él le apareció el problema de la enfermedad, no sabía como se llamaba y donde estaba"

"Alo mejor, como dice él tuvo que ver el hecho que no viviera conmigo. Se crió con la familia de mi hermana, a ellos les decía papás y yo no pude tenerlo porque debía trabajar. Siempre me decía que quería vivir conmigo y cuando logré tener mi casa lo traje sólo a la edad de 16 años. Yo pienso que le afectó que yo

estuviese lejos. Al tiempo de venirse conmigo se enfermó y toda la familia me culpó a mí de eso, que yo era muy permisiva. El propio Mauricio me decía ¡pa que me tuviste!, pero yo nunca me he sentido culpable"

"Cuando recién se enfermó no nos hablábamos ninguno de los tres. Hacíamos conjeturas, si fue la marihuana o tal vez qué. Quedó la escoba, me sacaba plata todos los días de diferentes escondites, actuaba raro y más encima no sabíamos lo que era. Miraba todo el día televisión sin verla, mirando un punto fijo en la pantalla, en la misma posición. Tiene lagunas porque no se acuerda, igual que no tiene claro el tiempo de las cosas.

Dice; yo trabajé muchos meses y trabajó dos semanas y él sentía que era mucho tiempo. Yo le preguntaba cuántos años tienes?- Me decía 20- No tienes 21, y me contestaba ¡tengo 20 por la cresta!, también le decía cuanto falta para el 2000 y decía caleta de años y ya estábamos en el 2000, así era siempre y se enojaba si lo contradecíamos"

"Hay tantos detalles de su conducta que no quisiera recordar, porque duelen y los he tratado de olvidar"

"Los amigos no querían ni juntarse con su hermano porque sabían que llegaría Mauricio. Ya no conserva a sus amigos, perdió el contacto con ellos se quedó solo. Ahora último el hermano lo ha ido integrando a su grupo. Si hasta a mí me costaba aceptarlo, yo le tuve rechazo a la enfermedad porque no la conocía, imagínate para el resto. A veces me gustaría saber la opinión de los compañeros de trabajo, si notan algo raro en Mauricio, porque ellos no saben de la enfermedad"

Hermano de Mauricio: "Yo cacho que es una enfermedad incurable que afecta el cerebro de las personas y es mas ó menos curable con pastillas"

"Cuando empezó con síntomas yo le decía a mi mamá no le creo, se hace el loco es para manipularnos a todos, miraba canales en otros idiomas se reía y hacía como que entendía y nosotros éramos unos idiotas, fue varias veces"

"A veces llegaba donde nuestros amigos y empezaba a bailar y hablar solo, a pelear karate conmigo o con los amigos. Antes no me dejaba dormir, estudiar, nada así que no aguanté y me fui de la casa. Me daba lata que mis amigos lo vieran así, aunque ahora está como sano el quedó marcado y ninguno de mis

amigos lo acepta totalmente. Ahora está cuático se cree el rey de la moral, todo lo critica y yo para él soy un inmoral cambió mucho con la enfermedad"

ROLES

Mauricio. *"Un día común para mí es levantarme, ordenar mi dormitorio, ver televisión, comer, dormir, hacer mi cama, regar e ir a la Iglesia. Ahora no hago mucho, ya que estoy trabajando hace poco en una multitienda"*

"Yo exijo algo que a veces siento que no me lo dan, lo que pido es el respeto de mi hermano mayor que me lo merezco, algunas veces siento que no me respeta, que se olvida"

"Me gustaría tener una casa, vivir solo, estudiar para eso estoy trabajando. Tener un trabajo estable antes de los 30, pero siempre manteniendo el contacto con mi familia. Quizás tener una pareja, pero no me gustaría tener hijos, alo mejor adoptar uno, porque le puede pasar cualquier cosa"

Mamá: *"Como yo trabajo, no estoy en todo el día, a veces dejo la comida lista en la noche. Pero cuando no puedo le digo a los chiquillos que si no cocinan no comen"*

"Las peleas últimamente entre los hermanos son por eso, porque no quieren hacer las cosas y se tiran la pelota. En la casa tengo una ley para los chiquillos el que trabaja no hace nada, el que no debe servir al otro, por lo que se producen las discusiones".

"Yo me imagino que siempre estará a mi lado, no lo veo independiente, aunque si trabajando. No creo que estudie, alo mejor le sale el subsidio y puede arrendar su casa, pero viviendo acá, tampoco lo veo casado, con polola sí"

Hermano:

"Claro porque Mauricio esta trabajando bien, pero se va y ni siquiera recoge el plato"

"Yo lo veo como un hombre que tiene que salir adelante y siento que depende de él, si quiere puede y veo que los remedios le han servido. Yo me lo imagino siempre viviendo acá con mi mamá, trabajando, con una polola temporal, porque este cabro es encachado, pero casado nunca"

"Me gustaría verlo fuerte, no débil que salga adelante y así me demostrara lo contrario de lo que creo. Que pueda salir adelante y que algún día me diga ¡Viste huevón tengo un título casa y soy feliz!"

COMUNICACIÓN

Mauricio: *"A veces cuando el ambiente esta tenso siento que me altero mucho y me quedo callado. El otro día escuche voces en mi trabajo, pero me di cuenta que no era real"*

"Ahora último trato de tener una vida estable, a veces tengo crisis, porque se me olvidan las cosas que hablo, me paso rollos y digo no es verdad. Esto me sucede cuando pienso mucho o cuando me estreso, es como cuando a las computadoras se les apaga el sistema"

"La convivencia y la comunicación en la casa son mejor que antes, aunque a veces peleo con mi hermano porque somos muy distintos. Él no me respeta como el hermano mayor y su conducta me molesta, porque la considero infantil, su trato es absurdo e intolerante, ahora sólo hablamos cosas domésticas"

"Lo más significativo para mí ha sido conocer la religión, por lo que asisto todo el domingo a la iglesia. Gracias a ella he tenido muchas oportunidades y las he aprovechado. Mi tío el que me crío salió adelante así, pudo triunfar y se estableció. Desde chico me llevó a la iglesia nunca me hablaba, pero yo esperaba ese día porque me compraba una golosina"

"Yo converso mas con mujeres, porque escuchan y son delicadas, toman mejor las cosas, le dan énfasis a todo a diferencia de los hombres que son más brutos"

"A mí los problemas me marcaron, pero los asumo, a veces puedo parecer el rey de la moral como dice mi hermano, porque me gustan las cosas bien definidas y no las personas insolentes y mal educadas. Yo soy respetuoso con los demás, prefiero que la vida se encargué de las lecciones y no darlas yo"

MAMÁ: *"El hermano se fue donde el papá cuando Mauricio se enfermó, dijo que no viviría con un loco, en cambio a mi se me impuso que tenía que aceptarlo y tenerlo como una obligación. Me decía cada estupidez y yo tenía que aguantarme. Llegué a sentir rabia y odio no nos hablábamos en semanas, nadie quería compartir todos nos aislamos de él, hasta comía sólo, yo sufrí mucho"*

"Ahora nosotros tenemos una comunicación abierta, hablamos de todo porque pensamos parecido y cualquier cosa que nos llama la atención la comentamos, como hechos noticiosos o capuchas. Hablamos más entre nosotros que con el hermano, porque el pasa en la calle con amigos, es mas locateli e irreverente, en cambio Mauricio es mas casero"

"Ahora cuando me dice que tiene síntomas me da miedo volver a lo mismo, pero nose lo digo a él"

Hermano:

"Me cuesta entender a Mauricio después de la enfermedad. Ahora todo lo critica, está tan moralista, na que ver como antes y además utiliza lenguaje complicado para decir algo tan simple lo que a veces nos confunde"

"Ahora no lo pesco, antes salíamos, hasta jugábamos, aunque no vivamos juntos. Mi mamá nos juntaba todas las vacaciones, teníamos una relación normal, no éramos súper unidos, pero éramos amigos"

NORMAS

Mauricio: "No siempre nos felicita, porque muchas veces uno por obtener un beneficio reconocimiento, obtiene quejas. Tienes que pasar por estructuras súper difíciles y rígidas, no se lo pensaba decir a mi mamá pero ella lo sabe. Por ejemplo antes me pagaba por planchar y yo enganchaba altiro para poder comprar cigarros y después me sacaba en cara que lo hacía por interés, en vez de obtener una bebida, obtenía la tapa, siempre lo peor ¿me entiendes?"

Mamá: "Las normas son las que hay en toda casa, esta todo permitido, pero sin abuso, son cosas que ellos supuestamente saben que no las debo repetir todo el tiempo y cuando se pasan de la raya me molesto y se los demuestro y cuando se portan bien lo reconozco y los felicito"

"Le critico que fume dentro de la casa, ahora fuma en el patio, antes fumaba mucho, se fumaba uno tras otro, una cajetilla diaria, ahora mucho menos"

Hermano: "Yo me siento libre, hago lo que quiero y generalmente le aviso a mi mamá"

SEGUNDA FAMILIA: Entrevista realizada a paciente (Omar-53 años-Hospital Diurno) y mamá

INFORMACION

Paciente: "Lo que tengo es una enfermedad de la cabeza "

"Yo me enfermé esa vez porque seguía una voz que me llamaba pal cerro, siempre siento espíritus malos dentro del cuerpo que me hablan y mandan"

Mamá de Omar: " Yo estoy acostumbrada a la enfermedad de él, .que le voy a hacer, en un principio fue difícil cuando él era mas joven"

"Yo creo que fue, porque un día salió pal cerro a andar, entonces vivía en pleno campo, no lo pudimos encontrar, todos los hombres del sector lo buscaban, encontraron primero sus botas, y después de muchas horas lo encontraron ya creíamos que estaba muerto. Estaba descalzo y con todos los pies clavados, fueron dos días y una noche donde no paraba de llover. Lo trajeron a la casa y desde ahí que quedó así, antes de eso era normal, fue porque durmió en los cerros sin botas y se mojó la cabeza. Cuando lo encontraron lo trajeron a caballo y me dijo mamá no debieron ir a buscarme, yo debí llegar sólo y a pie a la casa"

"Algunas personas a mí me dicen que le hicieron un mal o le tiraron alguna cochina pa que quedara así tonto y yo les creo".

"A veces me dice que pasa y yo ni le he hablado, escucha puras leceras. Después que se perdió ya no hacía nada. En ese tiempo estaba trabajando, dejó la pega botada, se encerraba sólo"

Ahora desde que va al hospital, anda bonito, bien limpiecito y se cambia ropa solito todos los días y antes ni se lavaba, hasta se compró desodorante y cepillo de dientes, se le ocurrió a el antes había que obligarlo"

"Yo nunca he sentido que lo rechazan o lo traten mal, los hermanos lo quieren harto y tratan de compartir con él. Ya todos tienen su familia, con la única persona que conversa es con un vecino, pero no se como le entiende si es sordo mudo y no sé si con la gente del Hospital hablará algo"

"A mí me dicen que me admiran porque tiene que cuidar a su hijo y más encima enferma de diabetes"

ROLES

Paciente *"En el hospital día la gente cocina, maestrea y jardinera, pero yo nunca he cocino, no puedo"*

"Yo quiero estar siempre en mi casa con mi mamá"

MAMÁ: *" Yo le tengo que dar los remedios porque solo no se le ocurre. Aquí me tengo que quedar todo el día con él, es muy rara la vez que lo dejo solo"*

"El viaja solito al hospital y ahí parece que le enseñan a cocinar, ta bueno por si le faltó, porque, yo le hago el almuerzo todos los días"

"Él riega, hace su cama, saca la pélela, pero yo se lo tengo que decir y supervisar"

"No sé lo que va a pasar con el cuando yo falte, tal vez algún hermano lo cuidará, aunque nunca lo hemos hablado, pero él es muy dependiente de mí."

COMUNICACIÓN

Paciente: *" Si, entro y salgo, entro y salgo, también a veces me ando cayendo con los remedios, me duele el corazón y el estómago todos los días"*

"No me gustaba estar ahí, en Santiago, echaba de menos a mi mamá"

"Lo más importante que me ha pasado fue cuando trabajé, porque tenia mi platita"

Mamá: *"Yo le hablo de todo, pero no sé si me entiende, casi siempre le converso cosas de la casa y la más importante las hablo con sus hermanos. El escucha no más, sé ríe, pero no opina ná, habla repoco, antes era más comunicativo, trabajaba, era igual que sus hermanos"*

"Lo que repite todos los días es entrar por una puerta y salir por otra, da paseos cortos por la casa sin parar y toma agua a cada rato"

"Omar estuvo en el psiquiátrico de Santiago, hace 15 años atrás y parece que no salió tan mal de ahí porque trabajó, pero duró dos semanas. Estuvo un mes ahí y llorando -me dijo- quiero irme mamá y me lo traje. Le ponían camisa de fuerza, porque estaba agresivo y hablaba sólo, por eso lo internaron, cuando le daban las pataletas nosotros nos asustábamos y llamábamos a la ambulancia, desde que toma remedios esta más tranquilo"

"No le pregunte a él que no entiende, porque tiene la cabeza mala, es tontito"

NORMAS

Mamá: *"Yo daba las órdenes en la casa, crié a todos mis hijos casi sola porque el papá trabajaba mucho y a todos los trate por igual. Si se portaban mal a huascaso limpio con ellos. Por ejemplo al menor de mis hijos que no quería terminar el colegio le di una de huascas y gracias a eso hoy es eléctrico y tiene su casita"*

"Mi marido dejaba que los cabros hicieran lo que quisieran por eso yo me ponía firme y les pegaba, para que cuando crezcan sean hombres correctos"

"Cuando el Omar no hace ná- yo le digo-tenis que hacer las cosas porque vivís aquí, no me podís dejar a mí no más y cuando hace las cosas bien -yo le digo- así me gusta"

TERCERA FAMILIA: Entrevista realizada a paciente (Carlos-29 años- Hospital Diurno), 2 hermanas y mamá

INFORMACIÓN

Paciente: "Sé que tengo una enfermedad, pero no tengo idea como se llama, un día me llevaron al doctor y me dijeron –usted esta enfermo y de ahí no supe nada más-. Nunca he pensado porque me pasó, yo creo que es naturaleza no más"

"Empiezo a escuchar voces cuando tengo problemas con la gente"

"A veces me siento rechazado, porque en ningún trabajo me pescan, así que me aburro y los dejo tirados. Además aquí en Molina me tienen mala, me tiran pa tras en vez de adelante. Ahora no tengo amigos, sólo quedan algunos antiguos, pero no me interesan. Hace dos meses terminé con una polola del hospital, porque me aburrí"

Mamá de Carlos: " Se que es una enfermedad, lo que se es que la gente que tiene esquizofrenia escucha voces, alucina, a veces son agresivos y algunos hasta han llegado a matar. No miden consecuencias cuando no siguen los tratamientos"

"Lo que me dijo el doctor es que le vino una depresión fuerte por la soledad, la falta de alimentación y el estudio en la Universidad, al punto de obsesionares. Cambió tanto, el siempre tenía los primeros lugares en el colegio, participaba en todas las actividades extra-programáticas, además es muy católico. Entró a la Universidad a estudiar Ingeniería Civil en Valparaíso, le iba bien al principio, incluso hacía clases de ayudantía. Era un hijo ejemplar, nos sentíamos orgullosos de él, hasta que se enfermó y no continuó estudiando"

"Los síntomas siguen sobre todo cuando toma, le aflora todo, siente que un hombre le habla y lo quiere ahorcar. Una vez leía la Biblia y sintió que se quemaba las manos, se siente perseguido, pelea con toda la familia y comienza a gritar, las pastillas no le han hecho mucho efecto, porque hace 4 años que las toma y sigue igual"

"Aquí en Molina la gente lo quiere y lo estima mucho, porque es una persona amable y gentil con todos, menos con su familia, tiene como doble personalidad. Le han dado muchas oportunidades en trabajos, pero dura algunas semanas, se aburre y los deja botados. Prefiere tomar y pedir plata en la calle para su vicio, pero la gente es amable con el, le dan plata, lo invitan a tomarse un juguito a las

casas y le dicen- Carlitos tu que era tan inteligente que te pasó-, porque todos lo conocen desde chico en el pueblo"

HERMANA 1: *"Yo creo que el quedó traumatado, porque lo violó algún hombre en Valparaíso, él nunca lo ha dicho, pero yo lo intuyo, porque siempre pelea con un hombre"*

ROLES

Paciente: *"En esta casa, como hay tantas mujeres, yo no tengo nada que hacer, lo único que hago es mi cama, antes hacía más cosas, pero ahora salgo no más. En realidad hace 6 meses que estoy tomando, porque no tengo pega y me aburro. Cuando me mandan hago las cosas" (Mamá desmiente)*

"Mi proyecto de vida es seguir viviendo, tener una armonía, paz en la cabeza, antes cachay que lo más importante pa mi era tener un título, pero el estudio me aburrió y ya no me acuerdo de la materia. Antes me pasaba leyendo la Biblia y ahora no le encuentro gracia, así que mi única meta es seguir viviendo, pero sólo en una casa, sin mi familia, con una polola, pero sin hijos. Me gustaría ser asistente de alguna bodega y visitar a la familia a veces, porque si yo quisiera dejar el copete lo dejo"

Mamá de Carlos: *"Carlos ahora no hace nada, ni cuando lo mando, antes hacia todo el aseo, ahora casi nada, en su pieza tiene un sillón roñoso que lo maltrata cuando esta enojado"*

"El lo único que hace es bañarse y prepararse desayuno, rara vez hace la cama, ve tele todo el día cambia los canales y no se detiene en ninguno, o sale a pedir plata pa tomar"

"Se le ocurren las cosas, pero no siempre las hace hay que pedírselas por favor, pero es de flojo, antes cuando recién se enfermó era un obsesivo con el aseo del patio lo limpiaba muchas veces en el día, se bañaba mucho, se cambiaba muchas ropas y se lavaba los dientes mas de 16 veces diarias"

"El dice -ustedes tienen que hacer las cosas porque son mujeres y les corresponden-"

"Yo me levanto, compro en la feria y preparo el almuerzo, las chiquillas hacen el aseo y se preocupan de sus hijos"

"Lo veo como un hijo chico, desprotegido, pero lo trato como un adulto, imaginase que tengo que vigilar que se tome los remedios, creo que siempre estará a mi cuidado. El papá lo regalonea mucho, si trae dulces para los nietos, le convida a Carlitos también. Le compra todo lo que exige y yo lo reto- el me dice pobrecito esta enfermo-, no le ve futuro tampoco"

"Yo me le imagino peor que ahora, más enfermo, por el trago que no piensa dejar y siempre en casa, sin pareja, sin hijos y sin trabajo porque se sale, ya las últimas veces no duraba ni tres días"

Hermana 1: *" Aunque es el mayor, lo veo como el hermano más chico, como si tuviera 10 años que hay que cuidar. Antes lo respetaba como el hermano mayor"*

"Yo creo que va a seguir picoteando pegas, nunca va ha independizarse, ni a vivir sólo, no me lo imagino con familia propia, por el traguito"

Hermana 2: *" Para mi es un cabro chico, yo no lo pesco, hago mi vida, aquí en la casa todos están preocupados de él, lo único que hace es molestar"*

Comunicación

Paciente: *" En la casa hablo lo justo y necesario y con los amigos que tomo no tengo ningún tema en común, sólo nos alcoholizamos, ellos son vagabundos a lo mas molestamos a las mujeres que pasan"*

"Ahora me tomo las pastillas, porque sin ellas no puedo dormir, me he puesto mas callao con las pildoritas"

"Cuándo estaba loco no hice nada malo, pero se me acaloraba la guata, sentía fuegos internos y mareos lo típico de un loco cachay. Yo nunca le dije a nadie que estaba enfermo, lo oculté, pero mis papás me llevaron al hospital y igual me apoyaron"

"La gente me decía estay mal, ahora no sé si estoy igual o peor, lo que no me aguantaron es que me fuera mal en el estudio. Me echaron de la U y dijeron, -éste está loco, mal de la cabeza-, los primeros meses me fue bien, después no"

"En la casa me dicen loco por cualquier cosa, les molesta todo lo que hago, puros problemas y peleas, me hinchan todo el día porque no hago las cosas, sobre todo mis hermanas, me recalcan todo lo malo que hago, me quiero ir de acá"

Mamá: *" Es violento y agresivo, desde que empezó a ir al hospital cambió un poco, porque cuando me levanta la mano, -yo le digo- no lo hagas soy tu madre y como que se tranquiliza. Antes era peor, me pegaba no más. Todo el día me molesta, siento que la cosa es conmigo, me trata de tal por cual y me culpa de todo"*

*"Muchas veces me pega, se descarga conmigo, me insulta y me culpa de su vida"
"Un tiempo estuvo internado en una clínica en Santiago, duró 15 días llamaba a cada rato, me pidió llorando que lo fuera a buscar y así lo hice. Me dijeron que estaba bien y él lo afirmó, pero al tiempo volvieron los síntomas"*

"El papá lo trata como un nieto, lo sobreprotege, como es su único hombre"

"No reconoce su enfermedad, me dice -tú eres la enferma y la loca yo no-. A todos les dice que está bien y cuando alguien lo trata de ayudar, se enoja".

"Antes tenía un montón de amigos, les hacía clases de matemáticas a todos los niños del barrio y ahora dice que se le olvidó todo"

"Yo siento que lamentablemente se ha criado demasiado solo, como somos puras mujeres en la casa y el papá que nunca esta por el trabajo. Yo soy la única que converso con él, las hermanas viven su mundo, con una siempre pelea porque ella también es arrebatada y temperamental"

NORMAS

Paciente: *" Yo creo que respeto las normas que siempre han estado y mis papás son los que las ponen, pero no veo a nadie como una autoridad, lo único que no cumplo son con los horarios de llegada"*

"Cuándo llego tarde el único que se enoja es mi papi, porque no me pasan llaves, me dice -¡a la hora que llegas!- la última la embarré porque le pegué de entrada"

por nada y al otro día -me dijo- la embarraste anoche y yo no me acordaba de nada"

"Siempre que la embarro me retan y cuando hago las cosas bien nadie me dice nada"

Mamá: *"Yo soy la única que trata de poner algunas normas, el papá es muy pasivo, las niñas las respetan, pero Carlos no respeta absolutamente nada. Su enfermedad me aflige tengo muchos ataques de colón, problemas gástricos y todo por que estoy afectada del sistema nervioso, aguanto, tengo mucha paciencia, pero me agoto"*

Hermana 1: *"No respeta nada, llega curado y pelea con mi mamá, con los niños nunca ha sido agresivo sí"*

CUARTA FAMILIA: Entrevista realizada a paciente (Oscar-28 años-Hospital Día)
2 hermanas y 1 hermano

INFORMACION

Paciente: "Lo que yo tengo no es esquizofrenia, como dicen los doctores que es una enfermedad al cerebro. Parece que lo mío fue una depresión fuerte, un castigo de Dios no sé por qué. A veces siento que mi cuerpo está en llamas y no me deja avanzar, como que me rodea el fuego, es como una argolla de fuego la vi hace dos días. Cuando tuve que ir a Curicó al médico, me pasó en la calle, siento que alguien me habla, pero sé que no es verdad y sigo caminando"

Hermana 1: "Aquí en la casa la mayoría de los hermanos cree que la esquizofrenia se le desató, porque el cuando chico fué víctima de un abuso sexual a los 7 años y hace poco nos contó, cuando tenía como 20. Todos esos años guardó el secreto, el responsable vive en el pueblo y es una persona de plata, pero nosotros lo odiamos y estamos buscando la forma de que lo metan preso, cuando Oscar se encuentra con el, llega a la casa mala, por eso no le gusta salir"

"Yo por lo que sé no tengo cura esa enfermedad, sino toman las pastillas, tienen alucinaciones, escuchan voces, algunos beben alcohol y fuman mucho"

"El Oscar empezó hace como dos años con esto, primero no quería comer, pasaba con la vista fija, se despedía y llegaba hasta la puerta y se encerraba, sé ponía los zapatos y se los sacaba. Lo peor que hizo fue cuando se trató de matar con una motosierra, menos mal que nos dimos cuenta. A mí me trato de pegar varias veces, incluso cuando uno de mis hermanos dormía lo trató de matar, según él porque una voz lo mandaba"

HERMANA 2: "Aquí en la casa tenemos a dos enfermos el y su hermano Humberto, imagínese tuvimos que aceptar el primero, pero el segundo, ya se hace más difícil. Humberto era súper agresivo, estuvo encerrado en el psiquiátrico de Santiago hartó tiempo, le hicieron electroshock y quedó más tranquilo. Según los médicos él no resistió la muerte de mi mamá, porque era muy apegado a ella y después que se murió mi papi se enfermó. Yo creo que al Oscar le pasó lo mismo y le afectó que una de mi hermana se haya ido de la casa, porque era como la mamá, lo crío, pero se enamoró y se casó. A ella Cuando el Oscar se enfermó le dio hasta depresión y siempre se culpa de la enfermedad"

"Oscar también estuvo internado en la clínica psiquiátrica de San Clemente, pero lo derivaron al hospital de Día. Desde que está ahí es mucho más tranquilo y se toma todos los remedios solito"

"Yo siento que lo discriminan a los dos por igual, aunque Oscar esté mucho mejor, ahora se comporta como una persona normal. La gente no les da trabajo porque estuvieron en el psiquiátrico y les da miedo que le vuelvan las crisis"

HERMANO: *"A nosotros nos ha afectado harto las enfermedades de nuestros hermanos. Yo le decía al Oscar salgamos y él no quería ir a ningún lado. Estaba acostado y encerrado todo el día, sin televisión, ni libros, con la luz apagada, después empezó a pelear con todos"*

ROLES

Paciente: *"Yo siempre me levanto, hago mi cama y barro, almuerzo, duermo, veo tele y me da sueño como a las ocho, así que me acuesto"*

"Me gustaría primero dejar las pastillas si es que se puede porque me dan mucho sueño, para poder trabajar, algún día casarme y tener hijos"

Hermana 1: *"Él es una persona que está en la casa no más, hace el aseo todos los días. En cambio el otro, lo único que hace es salir a pedir para cigarros, fuma todo el día, el Oscar no"*

"Yo cocino para todos menos para ellos dos, porque reciben una vianda, que se las pagan con su pensión"

"Yo en un tiempo más me lo imagino igual, nunca me he proyectado, tal vez un poco más activo que ahora y al Humberto peor cada día decreciendo, porque es un cero a la izquierda"

Hermano: *"Yo pienso que el Oscar puede surgir y ser independiente, pero con el apoyo y la insistencia de nosotros, o si no se deja estar"*

"Yo lo veo como un hermano más. Yo soy menor que él así que antes lo admiraba, trabajó en Chillan la última vez, antes de enfermarse, ganó harta plata, hasta manejaba una camioneta grande, después no pudo hacer nada más"

Comunicación

Paciente: " Si tenemos comunicación, el otro día les comenté que vi. al psiquiatra de Talca en la tele, también hablamos de fútbol y el chavo de ocho"

"Yo me siento apoyado por mi familia, porque se preocupa"

"Lo más importante y terrible en mi vida fue la violación, es una herida que no sana nunca y me pone mal, me molesta ver a ese hombre en la calle"

Hermana 1: "Si hay comunicación, pero no de todo, sólo de los remedios, veo que se los tome, cosas de la casa en general, cosas personales yo no las comento con nadie de mis hermanos sólo con alguna amiga"

"Lo malo del Oscar es que yo tengo que sacarlo de la cama en las mañanas, por él durmiera todo el día, si no lo hiciera pasaría de largo y no haría nada, entonces se le juntan los remedios de la mañana con los de la tarde, pero se acuerda solo.

"Cuando el Oscar está con esas cosas, aquí reaccionamos mal, como que nos desesperamos, no sabemos que hacer para ayudarlo, los otros hermanos se enojan, -dicen- otra vez, no entienden la enfermedad"

Hermano: "Yo llego tarde de la pega así que es poco lo que hablo en la casa, pero a veces comento cosas que me pasan en el día. Los otros hermanos opinan, a veces hasta peleamos porque no hacen ná, pero el Oscar mira callado, escucha no más"

"Cuando el Oscar está mal, todos andamos mal, yo salgo a trabajar, pero nervioso, preocupado, el día se hace largo y no se termina nunca. Cuando llego a la casa le pregunto:

¿Cómo anday Oscarito? Además me siento mal
Porque mi hermana (1) se encierra a llorar en la pieza no quiere hablar con nadie y yo me acerco y le digo ¿Qué te pasa? nada, déjame tranquila"

"Pero el se puede superar, antes no se quería parar de la cama y ahora me acompaña a jugar fútbol"

NORMAS

Paciente: *"No hay normas, porque mis papás ya no están, sólo mis hermanos y cuando hago algo no me dicen nada"*

HERMANA 1: *"Para Roberto no hay normas, no pesca nada, pero Oscar sí, ahora no hay castigos"*

"Cuando hacen las cosas yo le digo, -que bien me parece que hagas las cosas-, sobretodo cuando nace de él"

"Mi mamá daba las órdenes si no cumplíamos nos pegaba, tampoco nos hacía cariño decía que era para que no nos pusiéramos celosos prefería no hacerle a ninguno, porque somos 10 hermanos. Nos castigaba siempre, incluso nos colgaba de las vigas que hay en la casa o nos quemaba con las brazas, mi papá no estaba nunca por el trabajo, pero era tranquilo, los dos murieron de cáncer"

Hermano: *"La que ponía las normas en la casa era mi mamá, fue muy estricta, con un puro grito estábamos adentro y nos daba el palo altiro, así que todos andábamos derecho"*

"A pesar de eso mi mamá se preocupó de que fuéramos a la escuela, aunque ella era analfabeta, y que fuéramos honrados y no callejeros"

QUINTA FAMILIA: Entrevista realizada a paciente (Enderina-49 años-Hospital Base), Esposo y dos hijos

INFORMACION

Paciente: "Esta enfermedad ha sido molesta para mí, porque no estoy buena y sana. Tengo que tomar pastillas, por lo que supe, de por vida y me tiene aburrida, aunque ando más tranquila, a parte me tengo que pinchar todos los meses"

"Después de la guagüita, perdí la memoria no sabía lo que hacía, me arranqué fui a parar al hospital y de ahí no supe nada más"

"Hacia las cosas malas, hacía puras leceras. Un día yo estaba embarazada tenía tanta hambre y no había ná pa comer, entonces pesqué al hijo mayor que estaba chico, hice un fuego bien alto y me lo iba a comer, menos mal que una vecina, me dijo- que no lo hiciera.- Yo le hacía caso al diablo que escuchaba, pero fue pura debilidad. Ahora rara vez escucho voces, es cuando pienso mucho y me desespero porque me gustan las cosas altiro"

"Me costó pa que me diera los remedios y los pasajes porque las asistentes de la Municipalidad decían que yo no estaba enferma, que me hacía. Ahí me sentí rechazada, estuve varios años sin remedios, aquí me tienen miedo, no me tienen confianza, como que yo soy un estorbo y me siento mal porque me toman los nervios"

Esposo: "Para mí ha sido terrible la enfermedad, no he podido trabajar por cuidarla y justo cuando se enfermó yo no estaba, porque trabajaba en otro pueblo"

"Esto le empezó cuando tuvo a la guagüita, por ser, la tuvo el día lunes y a los cuatro días después se enfermó. Fue porque hizo un desarreglo, no respetó la cuarentena y se bañó con agua helada y más encima se puso a lavar ropa a todo sol. Eso la tiró al suelo y perdió la memoria, de ahí tiene que tomar siempre remedios. Yo he comprobado que ella me deja de tomar los remedios y se enferma inmediatamente, como que le vuelve, ese es el problema que tiene mi señora"

"La llevaron al psiquiátrico de Santiago estuvo 6 meses encerrada, le preguntaban como se llamaba y no sabía, la niñita que tuvimos se la quitó mi cuñada y ella la crío, ya es una jovencita, pero no nos reconoce como padres"

Hijo 1 menor: "Por la enfermedad de mi mamá, no puedo ni trabajar, tengo que estar aquí en la casa no más pa que no le pase nada"

"Una vez me dijeron en el hospital que se llamaba quizofrenia o algo parecido, yo me di cuenta porque ella no se portaba como las otras mamás o igual a uno. Había que llevarla siempre al hospital, se le olvidaban las cosas, le echaba azúcar en vez de sal a la comida"

"Por ninguna razón se enfermaba y se sentía mal, por cualquier cosa, yo no entendía, hasta el calor la hacía decir cosas na quever"

"Yo veo que algunas personas la entienden, pero a otras les da miedo, no la toman para trabajar por miedo que le pase algo en el trabajo o que no sea responsable. Antes la gente la rechazaba mas, se asustaban, ahora como que le conocen la enfermedad y las que no, le tienen mala"

HIJO 2 (al medio): "Debe ser una enfermedad del cuerpo, física nos ha afectado hartito, porque a veces me achaco no sé como ayudarla, no he tenido la posibilidad"

"Yo he escuchado que esa enfermedad no tiene remedio y que hay harta gente con esa enfermedad, mi mamá yo creo que se enfermó por debilidad por falta de alimentos"

ROLES

PACIENTE: lavo, hago la cama, barro, lo que no me atrevo es hacer pan, como que no tengo fuerza, no puedo cocinar porque le echo mucha sal o se me olvida, como que me pasa algo en la cabeza"

"Él hace las camas, cocina, el pan, mi esposo hace casi todo, como una mujer, yo siento que no tengo fuerza para hacer muchas cosas, se me seca la boca, paso tomando agua a cada rato, me alimento mal"

"Me imagino un poco mejor, más segura, protegida, que voy a poder hacer las cosas con menos miedo, porque yo siento como que voy a tomar algo y no lo puedo hacer porque me van a retar mis hijos, mi marido porque él es mal genio y un poco nervioso me apura cuando vamos a salir, me reta, me presiona mucho, pero de que es bueno, es bueno"

Esposo: "Depende mucho de mi, antes yo no estaba ni ahí con ella, después pensé en su enfermedad y cambié, pero yo me encontraba solo, aburrido, el único que estaba a mi lado era Luis y los otros hijos los tenía repartidos, yo me mandaba los copetes con los amigos, me daba cuenta que estaba mal, yo solito me alejé del trago"

"Yo a ella la tengo que cuidar por ley"

"No puedo trabajar, no puedo dejarla sola"

"Ojalá que Dios nos ayude y se valla mejorando, lo dejamos a la conciencia de Dios y a la Virgen, está mucho mejor de lo que estaba antes, yo puedo tomarme una cena, servirme algo"

"Antes yo estaba tomando mate y tenía que salir a la siga de ella, ahora ella comparte, se ríe conversa, entre los dos conversamos, antes no se podía hacer na, lo que ha vivido uno es muy grande"

Hijo 1: "Parto leña de repente, hago fuego, hago de todo"

"Yo creo que mi mama va ha estar mejor mas adelante"

Hijo 2: "En lo que pueda ayudo, pero ahora trabajo así que solo ayudo a partir leña"

"Ahora está mejor que el año pasado, ojalá siga así, con los remedios y el cuidado de todos, hasta el momento estamos bien con ella, yo creo que irá de apoco haciendo mas cosas, tendrá que aprender a quedarse sola, pa poder trabajar"

COMUNICACION

Paciente: "El hijo enfermo y me tomo como empleá mí, me grita, quiere mandarme, se lleva mal con todos"

"A veces el hijo menor me retaba, porque yo me pasaba cantando, gritando, no estaba tranquila, lo aburría porque le pedía mucho"

"Lo más importante en mi vida fue cuando era chica la muerte de mi papa, quedamos pobres y a los 12 años tuve que salirme de la escuela. Era buena alumna y participaba en el coro, hasta ahí llegó todo, mi mama me mandó a Santiago a trabajar de emplea. Yo mandaba todo lo que ganaba a mi mama y hermanos chicos, pero me trataban mal, me hacían lavar hasta 10 sabanas a todo"

sol. Después quedé embarazada de un hombre que nunca lo reconoció, luego conocí a mi esposo y no me lo aceptó, así que lo cría mi mamá, desde que me casé"

"Lo otro importante fue tener a mis otros hijos, criarlos y salir adelante con ellos sola cuando mi marido tomaba, nosotros salíamos a pedir, pa poder comprarle cuadernos pa la escuela y comer"

ESPOSO:

"Mi señora se lleva mal con el hijo mayor, es enfermito, y va a la escuela especial, pero no aprendió nada, el doctor me dijo que era muy nervioso y tiene problemas de lenguaje"

"Yo no entendía que estaba enferma, así que me afligía mucho, trataba de ayudarla de hacer lo mejor, pero todo me salía mal y me confundía la situación"

"Cuando yo tomaba le afectó mucho a ella, aunque estuviera enferma de la cabeza, se daba cuenta"

"Yo siento que todavía no puedo dejarla sola, una vez no dormí en 20 días por cuidarla me amanecía al lado de ella, gritaba, lloraba, se sacaba la ropa, el hijo menor la sacaba a pasear todos los días o sino se desesperaba. Lo que yo viví no quiero que se vuelva a repetir, por mí y mis hijos ha sido muy triste, por eso prefiero que trabajen ellos y yo hago las cosas en casa. No van a estar todo el tiempo cuidando a la mamá, son jóvenes y tienen que hacer su vida"

"Yo no le acepto ese hijo en la casa, si ella quiere lo puede ir a ver a Santiago, la última vez que vino se puso a tomar, tiene mala cura, me empezó a insultar y recordar todo lo pasado, que mi esposa lo abandonó y eso le hace mal a ella, así que lo eché no tengo porque aguantarlo, no es ni mío y ya es un tonto como de 30"

Hijo 1: *"Nosotros no conversamos mucho, porque no me gusta molestarlo con mis cosas y lo único que quiero es que se mejore"*

"Cuando yo la veía así me desesperaba, lloraba, no entendía, hasta me escondía"

Hijo 2: *Yo llevo una buena conversación, le cuento como le va en el trabajo y ella como se ha sentido en el día"*

"Yo cuando la veía mal le daba agua con azúcar, la acostaba y si no se le pasaba llamaba a un vecino o una ambulancia, a veces le decía que la dejaría sola para

que se calmara, le gritaba, para que se le quitara y me iba a esconder lejos, la observaba y ella seguía transmitiendo sola”.

NORMAS

Paciente: “Un día que el Luis llegó tarde del colegio, Manuel les pegó unos huascasos, estaba chico y no llegó a la hora que tenía que llegar”

“Yo nunca les pegué, sólo les gritaba y les decía eso no se hace, diciéndole que los acusaría a Manuel”

Esposo: “Hay normas en los horarios de almuerzo, a veces trabajan ellos y a la hora que ellos lleguen comen”

“Cuando eran mas chicos se les colocaba hora de llegada, por ser ellos llegaban a las 9 máximo, si ellos se demoraban me apretaba el cinturón, ellos ahora manejan su horario”

“El Alejandro es otra cosa, porque llega a la hora que el quiere sale y no esta ni ahí con uno, no avisa, puede llegar a las tantas, pero yo estoy pendiente de el, si le pasa algo no faltan los malulos en caso de algo”

“Yo los huascaba si no obedecen, porque uno como padre debe llevar el árbol derecho, sino más grande se dobla y me dio resultado, porque ahora no dan problema”

“Por lo menos nunca me han levantado la mano y son respetuosos, yo creo que están contentos y agradecidos con la enseñanza nos respetan y nos quieren”

“Se les pegaban sus dos huascas fuertes para que entendieran, sino obedecían dos huascas mas, hasta que entendieran’

“Cuando mi esposa hizo las cosas fue una alegría pa todos un regalo que uno nunca ha tenido”

Hijo 1: “Nosotros respetamos todas las normas que nos dan nuestros padres”

SEXTA FAMILIA: Entrevista en profundidad realizada a paciente (Erasmus-44años- Hospital Base), primo, prima y tía.

INFORMACION

PACIENTE: "Ésta es una enfermedad por un daño que yo recibí, fue un espíritu maligno y eso todo sale en la Biblia que no miente. Es una hechicería que tengo en mi cuerpo y mi mente que no me deja trabajar. Cuando tengo trabajo me hace la contra, - me dice- que no trabaje, me molesta me dice muchas cosas, me provoca desmayos, aunque el día este tranquilo yo estoy con problemas, me llega a aburrir, me dice puras leceras mientras ocuparon mis manos afanando, nunca me ha dejado pololear, esa voz me sigue para todos lados"

"Yo los viernes voy a la Iglesia Evangélica y cuando vuelvo me viene molestando todo el camino. Los pastores en la iglesia me ungen pa sacarme ese espíritu, me ponen la mano en la cabeza y dicen palabras santas, lo malo es que me alivio en el momento, pero después vuelve a pasarme lo mismo, yo confío en que Dios me va a sacar lo malo que tengo en mi mente"

"Yo no creo en la ciencia de los doctores que dicen que es esquizofrenia, lo de ellos es otra verdad, yo creo en lo que tengo que soportar a diario, cuando escucho esas voces se multiplican, son de hombres y de mujeres, también imitan voces de conocidos y me recuerdan cosas del pasado"

"Yo creo que me enfermé por un problema que tuve con un hombre o una mujer, alguien que me pretendía o se enamoró de mí y yo como nunca me enteré, ni hice caso, por venganza me hechizó. Cuando yo estoy acostado a veces me lamen mis órganos genitales, para buscar placer y yo echaba a esas fuerzas malignas, yo nunca he estado con alguna mujer por cobardía"

"Las escucho cuando tengo mucho trabajo difícil, como cuidar a mi abuelita, eso me enfermaba al tiro como medio trastornado o cuando trabajaba la tierra"

Tía: Yo pienso que se enfermó por todos los problemas familiares, su mamá lo dejó botado cuando chico y su papá murió, el se crío con mi mamá, yo creo que eso lo marcó"

"Nos dimos cuenta por el hecho de que el pasaba con problemas, no reaccionaba bien, veía cosas, sentía voces, gritaba, entonces ya no era normal"

"Aquí ni sabemos como se llama la enfermedad, sólo sabemos que está enfermo"

"Nosotros nos hemos sentido atacados por la gente, que piensa que al Erasmo lo echamos de aquí y el se va por cuenta propia a la casa de un hermano evangélico, dice que se siente más tranquilo"

Primo: *"Yo pienso que fue lo mismo por el sufrimiento"*

"De repente cambió de un día pa otro, mas callao, pasaba enojado y antes era amigable con todos, después pasaba escondido"

Prima: *"Yo creo que la enfermedad de el tiene un trasfondo. Aló mejor cuando chico fue normal, pero que a nivel de desarrollo le fue aumentando y terminó en un problema psiquiátrico que no le permite llevar una vida normal"*

"A mi me hacen buenos comentarios de el y me dicen pucha que pena que se haya enfermado este cabro. Era súper sano, jugaba a la pelota, llevaba una vida normal, la gente lamenta hartito que siendo tan joven le haya pasado esto y se haya alejado de la sociedad"

ROLES

Paciente: *"Yo antes le hacía todo a mi abuelita, le cocinaba y hacía el aseo, pero es mucha carga para mi, ahora mi tía se lo hace y yo cocino para mí, hago mi cama, barro y me tomo los remedios sólo de vez en cuando porque le tengo miedo al pastilleo que afecte mi estómago, a veces la tía me pide que la ayude"*

"Me gustaría vivir solo y tranquilo en mi casita. Ahora estoy postulando a una, así puedo hacer cualquier cosa. Quiero que esté retirada del camino para que no me afecte el ruido. Me gustaría volver a trabajar, porque la pensión es poca y juntarme con todos los que recibimos esta plata, hablar con alguna autoridad, para que la suban, no alcanza pa vivir"

Tía: *"Cuando yo trabajo en la fruta,
El hace todo y cuando estoy yo le pido que me ayude"*

"Para mi es como mi hermano menor, porque se crió siempre con nosotros"

"Ojalá que Dios sea piadoso y esté mejor, aunque el sale solo, yo siempre estoy pendiente, voy y averiguo donde está"

Prima: "Lo vemos como un primo, con ciertos problemas"

"Pero lo veo igual que siempre, porque se va y vuelve de la casa, le molesta la tele, la radio, lo más lógico es que cuando esté viejito y enfermo no va a tener quien lo cuide, cuando mi mamá ya no esté, estará peor"

Primo "Que siga yendo al médico, ojalá que vuelva a ser como antes cuando era joven"

Comunicación

Paciente: "Yo no puedo estar mucho tiempo con mi familia, porque ligerito me empiezan a molestar las voces, Aquí hay mucho ruido, la tele, la radio, todo eso me molesta, mejor me voy donde el hermano evangélico, así estoy cerca de la religión y en silencio"

"Yo he soportado la enfermedad, desde los 18 años, cuando me sentí mal con depresión. Antes estaba bien, tenía amigos, después me tomó los nervios y ahora hace 4 años que estoy con remedios, pero son calmantes no más, no crean ningún cambio, yo me defiendo con la Biblia, porque los remedios no me ayudan"

"Me aislé de la gente, veía a todos como enemigos, todos querían hacerme daño, me iba a trabajar por los potreros en vez de la calle principal, por miedo a la gente, todos los amigos desaparecieron con mi enfermedad, hasta los amigos de la escuela."

"Mis papás se separaron cuando yo tenía 5 años, a mi mamá se la llevó el mejor amigo de mi papá. Yo quedé con mi abuela paterna y a mis hermanos los repartieron, no tengo mucho contacto con ellos, sólo con uno que me iba a ver cuando yo estaba en el psiquiátrico en Santiago. Cuando estaba ahí fue la vez que más vi. a mi mamá, no sé pa que fue, conversé con ella, me abrazó, dijo- que me quería, a veces llegaba con regalos, yo no le creo ná, pero la escuchaba no más, porque la religión mía dice que hay que perdonar, ella cuando termine su vida le dará cuentas al señor de lo que ha hecho"

Primo "Pero el no conversa con nadie porque el quiere no más"

"Yo a veces le prendía la luz, cuando estaba mal o lo dejaba con la luz prendida para que no le diera susto"

Prima: *"No le gusta conversar con nadie es callao con todos, se encierra no comparte, ya estamos acostumbrados"*

NORMAS

Paciente: *"Yo siempre he respetado a mi abuela y le obedezco"*

TÍA *"Mi mamá es terrible, aunque ya no escucha por los años, nos manda y nos gritonea, cuando chicos nos pegaba a todos, al Erasmo lo mandoneaba a hacer algo y sobre la misma otra cosa, no lo deja tranquilo"*

Prima *"Aquí todas las normas las puso mi abuela, nos escondemos para que no nos mande y al Erasmo lo admiramos, porque lo que ordena ella, él lo hace, tiene una adoración por ella si le pide ir a la China él se va"*

SÉPTIMA FAMILIA: Entrevista realizada a paciente (María-50 años-Hospital Base), esposo e hija

INFORMACIÓN

Paciente: "Yo sé que es una enfermedad, pero nunca he sabido el nombre. Me enfermé hace, como 18 años y hace 13 que tomo remedios, los que me han calmado. Yo me di cuenta de que no estaba funcionando bien, porque salí a andar y no hacía ninguna cosa en la casa"

"Yo creo que es una debilidad al cerebro porque un tío mío tiene, parece que tiene esta misma enfermedad"

"De repente Empecé a escuchar como varias voces, estuve internada en el Hospital de Molina dos meses. Todo el día me daban pastillas y me amarraban, no dejaban ni que viera a mi familia"

"Había gente que decía que me tenía miedo"

Esposo: "No me acuerdo como se llama me le han dicho varias veces los doctores, pero me le olvida, yo he andado con ella en Talca y San Clemente viendo médicos, pa que se mejore"

"Salí a andar con las cabras chicas, sé ponía a correr o gritar y me dejaba a mi solo, yo llegaba tarde de la pega y ella andaba perdía y sin nada en la casa, me acostaba con hambre"

"Fue por el terremoto que se enfermó, ella sé ponía muy agresiva yo llegaba del trabajo y tenía que partir a buscar la ambulancia, le aguanté todos los odios"

"Les daba miedo, porque la veían trastorná, en el trabajo a mí me decían, -Le tenemos miedo a su señora con la enfermedad que tiene capaz que nos saque la contumelia"

Hija: "No tengo idea el nombre, pero sé que es una enfermedad"

"No se preocupaba de nosotros, cuando éramos chicos nos pegaba por nada, no nos hacía la comía y peleaba con mi papi"

"Fue después del terremoto, mi mamá quedó así, la casa se desarmó y tuvimos que cambiarnos, al poco tiempo mi mamá empezó a portarse rara"

"Ella siempre andaba como enferma y yo no entendía, como idiota"

"Cuando mi mamá hacía cosas raras, o sé ponía a bailar arriba de las mesas, como que la gente la miraba raro, sé reía y algunos les seguían la corriente"

ROLES

Paciente: *"Me levanto, tomo desayuno y parto donde mi hija casada, porque me aburro, ahí estoy con mis nietos y converso, después vuelvo y cuando me siento bien hago la comida, se me ocurre sola hacerlo, pero a veces ando débil con los remedios, no tengo ánimo de ná, así que mi nuera hace la comía, en la tarde duermo siesta, llega mi esposo y después nos acostamos. A veces tengo que ir a control a Curicó, voy sola, pero el Doctor dijo que alguien debía acompañarme y nadie puede, a mí me da miedo tomar la liebre porque puede chocar"*

"Ahora yo soy esposa y abuela, mamá no, porque mis hijos están grandes y tienen su vida. No los puedo mandar, sus esposas les hacen sus cosas, yo sólo atiendo a mi esposo, antes no le hacía ná"

"Estaré más vieja y igual que ahora del cerebro, lo malo es que mientras tenga vida me tengo que inyectar me dijo el doctor y me duele la cabeza y la vista, pero estoy mejor que antes ya no peleo con nadie"

Esposo: *"Yo trabajo todo el día, no estoy en la casa"*

"Ella sola se tiene que cuidar, porque está mejor, yo la acompañé cuando podía al doctor ahora no puedo"

"Tal vez yo no esté, pero ella siempre debe tomar sus remedios, o si no le puede volver la enfermedad"

Hija: *"Yo atiendo a mi familia, mi esposo y hijos"*

"Yo la veía como mi mamá, pero le tenía mucho miedo, llegaba a tiritar, no le contestaba nada, llegaba y arrancaba con mis hermanos"

"Gracias a Dios mi mamá ahora no tiene problemas, el tratamiento la dejó bien, ya no escucha esas voces, espero que siga igual"

Comunicación

Paciente: *"Cuando recién me enfermé me llevaba mal con mi esposo, pésimo, después la cosa mejoró"*

"Mentira una vez que lo rajuñé él me pegó, no debió hacerlo, porque yo estaba enferma. Este tiene que apoyarme, porque yo estoy con él"

"Lo peor que me ha pasado es vivir con esta enfermedad y lo mejor tener a mis hijos en la juventud"

"Mi mamá me abandonó a los 7 años, y repartió a mis hermanos, yo no sé nada de ella y ella no sabe nada de mí. Nunca me quiso como hija, fue siempre mala madre, yo trataba de verla y ella no quería, una vez la fui a ver y me echó, así que no tengo madre, ella hizo su vida y yo me críe con mis abuelos que a los 11 años me pusieron a trabajar de emplea puertas adentro. Le pedí a mi abuela que me sacara, porque me pegaban, yo veía escondida a mi papi, pero murió electrocutado. Cuando tenía como 13 años, viví con mi abuela y a los 19 años quedé embarazada y me echaron, viví con una amiga, hasta los 23. Cuando conocí a mi marido, el crío mi niñita, como si fuera de él"

Esposo: *"Yo no podía ni defenderlas porque estaba trabajando, no podía hacer nada para ayudarlos"*

"Yo nunca le levanté la mano, cuando estaba enferma nunca dejé que se las machucara por ahí sola, aunque una vez me tiró la olla por la cabeza"

"Yo tengo una buena comunicación con ella, hablamos del trabajo, los nietos etc. hay que conversar con la mujer o si no lo primero que dicen éste anda amachado"

Hija: A nosotros nos internó una Asistente social por 2 años, porque mi mamá nos pegaba mucho sin razón, nos pescaba de las mechas o con varillas nos daba, nos arrancábamos"

"Mi mamá lo único que tiene es a mi papá, porque no tiene familia"

"Ahora yo tengo harta confianza con ella hablamos de todo, como adultas"

NORMAS

Paciente: "Cuando yo estaba mal no habían muchas normas, cada cual hacía lo que quería, además yo me puse a tomar, hasta curarme, como una vez a la semana, ahora ya no tomo nada"

"Cuando eran chicos las cabras si no obedecía yo les pegaba"

"En la casa nadie me decía nada, cuando me recuperé, pero los vecinos me felicitaban"

Esposo: "Pero siempre dábamos las órdenes entre los dos, sino obedecía yo les gritaba."

"Yo no le digo ni una cosa, ella ya sabe lo que hace, ahora este mejor sí"

Hija: "Cuando llegué del internado, estaba todo en orden y mi mamá mejor, yo me alegré mucho, pero nunca le dije nada"

OCTAVA FAMILIA: Entrevista realizada a Paciente (Ximena-44años-Hospital Base), mamá y papá

INFORMACIÓN

Paciente: "No es una enfermedad, sabe porque fue una agresión, un mal que yo recibí. Un día fui a comprar y las vecinas me dijeron -que estay gorda Ximena-, y cuando volví a la casa escuchaba esas voces todo el camino, después de eso me enfermé, parece que se llama Quitofrenia"

"No era yo la que hacía esas cosas, me mandaba un hombre que me obligaba a pegarles"

"Yo estoy tranquilita en mi pieza y empiezan las voces de un hombre que se quiere acostar conmigo, me pasa cuando estoy sola o aburrida, me enoja con la gente de la calle porque me miran, me pelan y yo les grito ¡qué les importa! y me enfurezco con mis papás porque esa voz me manda, así que no tengo la culpa"

Mamá: "Es una enfermedad que lamentablemente le tocó a ella, para mí ha sido terrible, se enfermó justo pal 73, yo tenía que partir con ella a Santiago, vimos varios doctores y nadie me daba una respuesta. Fue mucho el sacrificio en ese tiempo por el problema político, no encontrábamos buses de vuelta y me tenía que amanecer con ella en el terminal. Todo era particular, mi marido no podía acompañarme, porque debía trabajar el doble para pagar las consultas y tratamientos"

"Yo conozco del tema porque, desde que se enfermó comenzó a leer para conocer de que se trata. Yo sé lo que le pasó, cuando ella tenía 4 años se cayó de la ventana y sé pegó en la cabeza con un macetero, yo la curé con colonia y algodón, Le quedó un chichón por varios días, pero no le di importancia. Con los años empezó con dolores de cabeza y cuando tenía 7 años el doctor le diagnosticó una discapacidad intelectual, producto del golpe. Tenía adentro infectado, mas adelante como a los 17 años la llevé, por su agresividad y los doctores dijeron que por el mismo golpe había desarrollado una esquizofrenia"

"Yo me dí cuenta porque comenzó a pelear conmigo, con el papa, con los hermanos chicos, andaba todo el tiempo agresivo"

"De la nada se pone agresiva y contestador, a veces estamos lo mas bien y comienza a gritar"

"A mí la gente me dice pobrecita, me compadecen y con ella son amables, porque todos la conocen"

Papá: *"Yo creo que fue el destino y Dios nos mandó una prueba, yo sólo sé el nombre de la enfermedad y lo que me dice mi mujer que le cuentan los doctores"*

"Le pegaba a la mamá y a mí también me levantaba la mano"

ROLES

Paciente: *" Me levanto, tomo desayuno, hago mi cama, veo tele, almuerzo y me acuesto con mi peluche a dormir siesta"*

"Me gusta ayudar a mi mamá, pero me da miedo el fuego y el gas, empiezo a desesperarme"

"Yo no soy una niña. Mis papás deben cuidarme, si salgo a la calle me puede pasar algo, como atropellarme, prefiero salir con ellos para que me ayuden"

"Después me imagino más alegre que ahora, porque en el hospital, me dicen que cambie la cara de pena por una de alegría"

Mamá: *" Yo hago todo lo que hace una dueña de casa, el aseo, lavo y hago el almuerzo y once. La Ximena me ayuda en pequeñas tareas, porque no me atrevo a darle cosas difíciles como cocinar, le tiene miedo a encender la cocina, todo lo hace bajo mi supervisión"*

"La Ximena una vez salió sola al centro, cuando tenía 16 años, pero se asustó. Igual que la llevábamos a la escuela especial para que aprendiera algo, pero la tuvimos que sacar porque le daba miedo los niños con síndrome de dawn. Desde ahí que siempre se sale con ella, ahora el papá la va a buscar y a dejar al Hospital, ahí le dijeron que tenía que aprender a llegar solita, pero nosotros no nos atrevemos a tanto, lo mas que hace es ir al frente a comprar, pero hay que mirarla"

"Aunque sea la mayor para mí es una niña, no sé si le hago un daño, pero no puedo cambiar, cuando yo salgo le pago a una señora y si es cortito la dejo con llave y encargada con vecinos, pero escucho incendio y pienso altiro que es aquí, vivo preocupada"

"El miedo que tengo es que va a pasar con ella, cuando no estemos, no se la puedo dejar a los hermanos porque es mi responsabilidad, mi carga, nunca he pensado en dejarla, la gente diría no hizo nada por su hija. Es una mala madre, lamentablemente su enfermedad no tiene cura, siempre va a depender de la gente, de que se tome los remedios, si Dios es generoso, sabría a quien llevarse primero o moriremos juntas"

Esposo: *" Yo hasta el año pasado trabajaba ahora estoy jubilado, así que me encargo de las compras ir a la feria, supermercado y el jardín"*

"Es una niña y uno tiene que estar pendiente de ella todo el día, mi otra hija que no vive Aquí, la llama y le pregunta ¿Qué quiere Ximenita? y le trae lo que le pide, todos la tratamos como niñita"

"Tendrá que poner de su parte, para recuperarse, o si no sé hasta dónde vamos a llegar, no quedará del todo normal, pero un poco mejor, por eso esta yendo al Hospital"

COMUNICACIÓN:

Paciente: *"En la micro todos me miran porque me visto bonita, los hombres me molestan mucho", un chico del hospital me pidió la prueba de amor, yo le dije mi mamá"*

"Todos los días me daban pastillas, me ponían unos cables, sentía la cabeza como bomba"

"Yo los hago rabiar de diablo que soy"

Mamá *"La última vez que escuchó voces fue anoche y empezó a gritar, hace poco llegó a la pieza a tirarme el pelo, me botó al suelo, tuve que pedir ayuda, no la podía controlar, yo trato de calmarla, pero sin violencia"*

"Si los jóvenes Le conversan no es problema, pero cuando las manos van a otra parte hay que preocuparse"

"Ella tuvo una pésima experiencia cuando vivió en el psiquiátrico de Talca. Sus compañeros le quitaban la comida, se burlaban de ella, por eso les tiene miedo a los hombres, la tuve que sacar de ahí, sufrió mucho"

"Al principio yo pensaba que la Ximena nos mentía, cuando nos decía que escuchaba voces, me desesperaba, hasta que en unos talleres nos explicaron que era un síntoma"

"Yo reaccionaba con mucha pena y dolor, me sentía frustrada tuve que ir al psicólogo, dejé de ser mujer, esposa, me dediqué sólo a ser madre. Yo no soy persona, todo lo que me enseñó mi madre se lo llevó el viento, me siento peor que ella, la mujer más desvalida del mundo yo sufro, ella no, porque no se da ni cuenta"

"Es un angelito malo, algunas veces cuando vamos al supermercado, me hace pasar cada vergüenza y yo tengo que explicar que es enfermita, porque comienza a gritar:

que no compro nada, yo estoy ahí porque ella está ahí, ella no ha muerto, vive, por eso aguanto, que Dios sea piadoso y nos lleve a las dos"

Esposo: *"Conversamos poco con ella, la única vez, es cuando la voy a buscar y le explico donde esta la plaza, la iglesia y calles principales, por si alguna vez se pierde"*

"No lo entendía, no comprendía las reacciones, a veces me pateaba, aunque yo sólo llegaba en la noche"

NORMAS

Paciente: *"Mi mamá da las órdenes porque mi papá es un cero a la izquierda"*

Mamá: *"Lo que pasa es que es muy blandito, no tiene carácter"*

"A mí con una sola mirada me hacen caso, el les decía diez veces las cosas y no le obedecían, no tiene autoridad, ellos mismos me decían mi papá nos da risa, nunca nos manda"

"Yo eduqué a mis tres hijos y no los dejé salir nunca a la calle, jugaban aquí adentro, donde mis ojos lo vieran, tampoco le entraba amiguitos porque les podían romper los juguetes, así que yo era la amiga de los niños, los otros dos me salieron tan inteligentes que en vez de pedirme juguetes, querían libros"

Esposo: *"Ella es la que lleva las riendas de la casa"*

