UNIVERSIDAD LA SALLE

DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA

LA PERCEPCIÓN DEL PACIENTE CON DIAGNÓSTICO DE ESQUIZOFRENIA PARANOIDE SOBRE EL NIVEL DE COMUNICACIÓN DENTRO DE SU SISTEMA FAMILIAR

Postulante: Paola Viviana Aníbarro Peringer

Tutor: Mag. María Elizabeth Salazar Jiménez

Tesis de grado presentada al Departamento de Psicología como requisito para la obtención del Título en Licenciatura

La Paz – Bolivia

2016

Le pedí a Dios estar en primera fila…

Él me coloco en el último lugar para que conociera la paciencia y la humildad.

Le pedí ser el centro del mundo…

Él me enseño que la vanidad me aparta del centro de cualquier cosa.

Le pedí fama y gloria…

Pero Él me concedió sencillez y comprensión para que mi ego no fuera a herir a los demás.

Le pedí a Dios un auto que viajara veloz…

Él me concedió un paso firme por el sendero correcto para que no atropellara mis sentimientos.

Le pedí tener una mansión…

Pero Él me dio una pequeña casa llena de ternura y amor.

Le pedí poseer dinero para tener muchos amigos…

Él me concedió algo mejor: me ofreció su amistad no a cambio de mi dinero sino de mi sinceridad.

Le pedí a Dios poseer mucha belleza y sin embargo…

Él me dio sensibilidad y belleza espiritual para que no me sintiera más que los demás.

Le pedí a Dios ser siempre feliz…

Pero Él me hizo conocer la tristeza para que comprendiera que la vida no solo está compuesta de cosas bellas y para que tuviera compasión por el sufrimiento de los demás.

Le pedí un carácter fuerte…

Pero Él me concedió un corazón blando y un carácter pasivo para que pudiera amar y ayudar a los demás.

Le pedí tener el mundo a mis pies…

Pero Él me hizo comprender que es mejor tener amigos en el corazón.

Por todo eso Dios mío…nunca me concedas todo lo que te pido…concédeme lo que hasta hoy he tenido la dicha de poseer.

Marcos Crespo Paz – Reflexiones de Vida

He aquí mi secreto. Es muy simple: no se ve bien sino con el corazón. "Lo esencial es invisible a los ojos". (El Principito – Antoine de Saint-Exupéry)

AGRADECIMIENTOS

En primer lugar agradezco a mi Dios y a mi Virgencita de la Candelaria por permitirme haber cumplido con uno más de mis grandes sueños, por llenarme siempre de valor y fortaleza para afrontar las cosas difíciles que la vida me presentaba; por haberme dado siempre una luz de esperanza, por guiarme en todo momento y por haberme dado tanto!!!

A mi compañero de lucha, de vida….a mi esposo Ramsés, gracias por el apoyo, por tu amor incondicional, por los abrazos sin palabras y por las palabras dichas en el momento necesario…te amo!

A mis dos grandes razones de vida, a las personitas que son mi motor, mi impulso de vida para seguir adelante… mis amadas hijas, Luciana y Alexa. Gracias por haberme permitido cumplir mi sueño, quitándoles a veces mucho tiempo valioso… gracias de todo corazón, las amo infinitamente!!!!

A mis papas amados, mi Jorge y mi Eve, quienes siempre me dieron su apoyo incondicional, su ayuda siendo los niñeros ejemplares…gracias, son mi ejemplo de vida, mis pilares fundamentales, mi fortaleza…gracias por siempre estar a mi lado, en las buenas y en las malas y por todo lo que han hecho de mi…los adoro, hoy y por siempre!!!

A mi suegra Mela, por siempre tener palabras de aliento y de esperanza hacia mi…por decirme siempre que yo puedo!!!! Y por confiar en mi….gracias!!!

A mi tutora Lic. Mag. María Elizabeth Salazar Jiménez, por guiarme en este camino, por ser más que mi docente, mi amiga…la persona que siempre tuvo tiempo para darme un consejo y

darme una mano como profesional y como ser humano. Muchísimas gracias Lic. Ely, usted es un ejemplo de mujer y de profesional para mi…

Al Dr. Marcelo de la Quintana, quien siempre aportó con sus magníficas ideas y sus consejos sobre literatura que me ayudaron tanto para lograr mi tesis, por estar siempre presto a escuchar mis ideas y por ser el mejor consejero que pude haber tenido, muchísimas gracias, como siempre se lo dije, "es usted un grande"…

A la Lic. Mag. Elizabeth Ordóñez, por haber estado siempre presente en todo este camino, gracias por su apoyo emocional y profesional, gracias por hacer de mi una mejor persona…es usted un ser humano lleno de luz y bondad, mil gracias!!

A la Dra. Marianela Paniagua, por tener siempre palabras de aliento y por tener siempre esa sonrisa tan bella que lo dice todo…gracias!!

A la Lic. Alhena Alfaro por su constante ayuda y colaboración desinteresada…es usted una gran profesional y un gran ser humano, gracias.

Al Lic. Dindo Valdéz, una persona con una gran bondad y paciencia, gracias por brindarme su ayuda y su orientación en la parte estadística de esta investigación.

A la Dra. Carola Vásquez, Psiquiatra, a la Lic. Alba Prado, Psicóloga de la Comunidad de Agudos, la Dra. Gabriela Condori, Médico del hospital y la Dra. Marxia Tinini, excelentes profesionales que me enseñaron a amar lo que uno hace, hacer las cosas con pasión, y a luchar cada día por ser mejor, por saber más… personas que me enseñaron a nunca darme por vencida y siempre me infundieron fortaleza en mis decisiones… gracias por ser amigas de tiempo completo…las quiero un montón!!!. Y aquí está… lo hice!!!!

Al personal profesional encargado de la Comunidad de Agudos, por haberme brindado siempre su apoyo y ayuda y por haber compartido tan lindos momentos juntos, por ser gente tan noble…Lic. Martha, Inecita, Roberto, Carlos, Efrén y Doña Lulú.. gracias!!!

A la Universidad La Salle, por la formación profesional que me dieron, por ser una Universidad con profesionales llenos de valores y de mucha humanidad, gracias La Salle.

A mis amigas y compañeras de curso…infinitas gracias por todo…fue una dicha haberlas conocido…y que nuestra amistad perdure por siempre!!

A los pacientes internos y externos de la Comunidad de Agudos del Hospital de Rehabilitación y Salud Mental San Juan de Dios; con quienes compartí casi un año de vivencias, de muchas alegrías, sonrisas y momentos llenos de aprendizaje y experiencia…también compartimos momentos tristes y dolorosos…todo lo que pase con cada uno de ustedes fueron momentos que siempre vivirán en mis recuerdos…gracias por haberme enseñado la grandeza y la riqueza que llevan dentro. Sin ustedes este trabajo no hubiese sido posible…Gracias!!!!

INDICE GENERAL

Agradecimientos……..4

Índice General……..7

Índice de Contenido…….....8

Índice de Tablas…….….14

Índice de Figuras…….....17

Índice de Anexos……...19

Resumen…….....20

INDICE DE CONTENIDO

CAPÍTULO I 21

INTRODUCCIÓN 21

I.1 Planteamiento del Problema 23

I.2 Justificación 23

Relevancia científica 26

Relevancia social 27

Relevancia académica 28

I. 3 Objetivos 30

I. 3.1 Objetivo General 30

I.3.2 Objetivos Específicos 30

I.4 Hipótesis 30

Hipótesis nula 30

I.5 Pregunta de investigación 30

CAPITULO II 31

MARCO TEORICO 31

II.1 Esquizofrenia 31

I.1.1 Origen del término esquizofrenia 31

II.1.2 Definición de esquizofrenia 31

II.1.3 Etiología de la esquizofrenia 32

II.2 Esquizofrenia paranoide 34

II.3 Percepción 35

II.4 Sistema Familiar 37

II.4.1 Concepto de Sistema 37

II.4.2 La familia como sistema 39

II.4.3 Clases de sistemas familiares 40

II.5 Modelo circumplejo de los sistemas familiares 41

II.5.1 Cohesión familiar 41

II.5.2 Adaptabilidad familiar 42

II.5.3 Comunicación familiar 42

II.6 Comunicación 42

II.6.1 Encuentro biológico 44

II.6.2 Encuentro personal 44

II.6.3 Encuentro cultural 44

II.6.4 Encuentro trascendental 45

II.6.5 Encuentro consigo mismo 45

II.7 Tipos de Comunicación Familiar 45

II.7.1 Comunicación verbal 46

II.7.2 Comunicación no verbal 46

II.8 Niveles de comunicación 47

II.8.1 Comunicación informativa..... 47

II.8.2 Comunicación racional 47

II.8.3 Comunicación emotiva y profunda..... 48

II.9 Tipos de mensajes 49

II.9.1 Mensaje de contenido 49

II.9.2 Mensaje de relación 50

II.9.3 Metacomunicación..... 50

II.9.4 El doble vínculo 51

II.10 Comunicación patológica..... 53

II.10.1 Rechazo de la comunicación..... 53

II.10.2 Aceptación de la comunicación 53

II.10.3 Descalificación de la comunicación..... 53

II.10.4 El síntoma como comunicación 53

II.11 La comunicación en el sistema familiar del paciente esquizofrénico 54

II.11.1 Familias restrictivas, limitantes 57

II.11.2 Familias normativas..... 57

II.11.3 Familias con comunicación de dirección por los otros..... 57

II.11.4 Familias con comunicación tradicional……57

II.11.5 Familias esquizofrenógenas..... 57

II.12 Los padres del esquizofrénico 60

II.12.1 Figura materna 63

II.12.2 La figura paterna 64

CAPITULO III 67

MARCO METODOLOGICO 67

III. 1. Enfoque de la investigación 67

III. 2. Tipo de investigación 67

III. 3. Diseño de la investigación 68

III. 4. Población 68

III. 5. Ambiente y delimitación 73

III. 6. Variables 73

III. 6. 1. Variable 1 73

III.6.2 Variable Atributo 77

III. 7. Instrumentos (materiales y aparatos) 77

III. 8. Procedimiento 78

Fase 1: Identificación de la Escala 78

Fase 2: Identificación y selección de los sujetos 78

Fase 3: Aplicación del instrumento a la muestra 79

Fase 4: Resultados 79

Fase 5: Conclusiones y recomendaciones 79

CAPÍTULO IV 80

RESULTADOS 80

IV.1 Resultados generales por ítem 80

IV.1.1. Tablas de frecuencia porcentuales por ítem 80

IV.1.2 Tablas de puntuaciones promedio 101

IV.2 Análisis de resultados por las dimensiones de la operacionalización de la variables comunicación 103

IV.2.1. Dimensión: Mensajes claros y congruentes 104

IV.2.2. Dimensión: Empatía 106

IV.2.3. Dimensión: Frases de apoyo 107

IV.2.4. Dimensión: Habilidad de resolución de problemas 108

IV.2.5. Dimensión: Escucha reflexiva 109

IV.2.6. Resumen de promedios por dimensión de la variable comunicación 110

IV.3 Resultados de la clasificación de la escala de comunicación familiar 112

IV.4 Análisis de resultados por grupo de comparación 113

CAPITULO V 119

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES 119

V. 1 Conclusiones por Objetivos 119

V.1.1. Objetivo General 119

V.1.2. Objetivos específicos 121

V.2 Conclusiones en relación a la hipótesis..... 127

V.3 Recomendaciones..... 127

V.4. Limitaciones y alcances 128

V.4.1. Limitaciones..... 128

V.4.2. Alcances..... 128

BIBLIOGRAFIA..... 131

ANEXOS..... 134

INDICE DE TABLAS

Tabla 1: Pacientes varones internados en la Comunidad de Agudos..... 70

Tabla 2: Pacientes mujeres internadas en la Comunidad de Agudos..... 71

Tabla 3: Pacientes varones con diagnóstico de esquizofrenia paranoide internados en la Comunidad de Agudos 72

Tabla 4: Pacientes mujeres con diagnóstico de esquizofrenia paranoide internadas en la Comunidad de Agudos 73

Tabla 5: Operacionalización de la Variable Comunicación 74

Tabla 6: Distribución de frecuencias y porcentajes de las alternativas de respuesta correspondientes al ítem 1 aplicado a pacientes diagnosticados con esquizofrenia paranoide. Los miembros de la familia estamos satisfechos con la forma de comunicarnos. 81

Tabla 7: Distribución de frecuencias y porcentajes de las alternativas de respuesta correspondientes al ítem 2 aplicado a pacientes diagnosticados con esquizofrenia paranoide. Los miembros de la familia sabemos escuchar. 83

Tabla 8: Distribución de frecuencias y porcentajes de las alternativas de respuesta correspondientes al ítem 3 aplicado a pacientes diagnosticados con esquizofrenia paranoide. Los miembros de la familia nos expresamos afecto entre nosotros. 85

Tabla 9: Distribución de frecuencias y porcentajes de las alternativas de respuesta correspondientes al ítem 4 aplicado a pacientes diagnosticados con esquizofrenia paranoide. En nuestra familia compartimos los sentimientos abiertamente. 87

Tabla 10: Distribución de frecuencias y porcentajes de las alternativas de respuesta correspondientes al ítem 5 aplicado a pacientes diagnosticados con esquizofrenia paranoide. Disfrutamos pasando tiempo juntos. 89

Tabla 11: Distribución de frecuencias y porcentajes de las alternativas de respuesta correspondientes al ítem 6 aplicado a pacientes diagnosticados con esquizofrenia paranoide. Los miembros de la familia discutimos los sentimientos e ideas entre nosotros. 91

Tabla 12: Distribución de frecuencias y porcentajes de las alternativas de respuesta correspondientes al ítem: 7 aplicado a pacientes diagnosticados con esquizofrenia paranoide. Cuando los miembros de la familia preguntamos algo, las respuestas son sinceras. 93

Tabla 13: Distribución de frecuencias y porcentajes de las alternativas de respuesta correspondientes al ítem 8 aplicado a pacientes diagnosticados con esquizofrenia paranoide. Los miembros de la familia intentamos comprender los sentimientos de los otros. 95

Tabla 14: Distribución de frecuencias y porcentajes de las alternativas de respuesta correspondientes al ítem 9 aplicado a pacientes diagnosticados con esquizofrenia paranoide. Los miembros de la familia resolvemos tranquilamente los problemas..... 97

Tabla 15: Distribución de frecuencias y porcentajes de las alternativas de respuesta correspondientes al ítem 10 aplicado a pacientes diagnosticados con esquizofrenia paranoide. En nuestra vida expresamos nuestros verdaderos sentimientos..... 99

Tabla 16: Distribución de promedios de puntuación por ítem en orden descendente para el grupo de sujetos diagnosticados con esquizofrenia paranoide 101

Tabla 17 Distribución de promedios por ítems de la dimensión: Mensajes claros y congruentes 104

Tabla 18 Distribución de promedios por ítems de la dimensión: Empatía..... 106

Tabla 19:Distribución de promedios por ítems de la dimensión: Frases de apoyo 107

Tabla 20: Distribución de promedios por ítems de la dimensión: Habilidad de resolución de problemas..... 108

Tabla 21: Distribución de promedios por ítems de la dimensión: Escucha reflexiva..... 109

Tabla 22: Distribución de promedios por dimensión de la variable comunicación en orden descendente..... 110

Tabla 23: Clasificación general correspondiente al puntaje obtenido en el test de Escala de Comunicación Familiar. 112

Tabla 24: Distribución de valoración promedio por ítem del test de Escala de Comunicación Familiar según grupo de comparación..... 114

Tabla 25: Clasificación correspondiente al puntaje obtenido en el test de Escala de Comunicación Familiar por grupo de comparación. 116

Tabla 26: Prueba Chi cuadrado de independencia..... 117

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1: Distribución porcentual de las alternativas de respuesta correspondientes al ítem 1 aplicado a pacientes diagnosticados con esquizofrenia paranoide: Los miembros de la familia estamos satisfechos con la forma de comunicarnos. 81

Figura 2: Distribución porcentual de las alternativas de respuesta correspondientes al ítem 2: Los miembros de la familia sabemos escuchar. 83

Figura 3: Distribución porcentual de las alternativas de respuesta correspondientes al ítem 3: Los miembros de la familia nos expresamos afecto entre nosotros. 85

Figura 4: Distribución porcentual de las alternativas de respuesta correspondientes al ítem 4: En nuestra familia compartimos los sentimientos abiertamente. 87

Figura 5: Distribución porcentual de las alternativas de respuesta correspondientes al ítem 5: Disfrutamos pasando tiempo juntos. 89

Figura 6: Distribución porcentual de las alternativas de respuesta correspondientes al ítem 6: Los miembros de la familia discutimos los sentimientos e ideas entre nosotros. 91

Figura 7: Distribución porcentual de las alternativas de respuesta correspondientes al ítem 7: Cuando los miembros de la familia preguntamos algo, las respuestas son sinceras. 93

Figura 8: Distribución porcentual de las alternativas de respuesta correspondientes al ítem 8: Los miembros de la familia intentamos comprender los sentimientos de los otros. 95

Figura 9: distribución porcentual de las alternativas de respuesta correspondientes al ítem 9: Lo miembros de la familia resolvemos tranquilamente los problemas. 97

Figura 10: Distribución porcentual de las alternativas de respuesta correspondientes al ítem 10: En nuestra vida expresamos nuestros verdaderos sentimientos. 99

Figura 11: Puntuación promedio por ítem en orden descendente para el grupo de sujetos diagnosticados con esquizofrenia paranoide 102

Figura 12: Promedios según sexo por ítem de la dimensión: Mensajes claros y congruentes ... 104

Figura 13: Promedios según sexo por ítems de la dimensión: Empatía 106

Figura 14: Promedios según sexo por ítems de la dimensión: Frases de apoyo 107

Figura 15: Promedios según sexo por ítems de la dimensión: Habilidad de resolución de problemas..... 108

Figura 16: Promedios según sexo por ítems de la dimensión: Escucha reflexiva 109

Figura 17: Distribución de los promedios según dimensión de la variable comunicación en orden descendente..... 111

Figura 18: Distribución porcentual de los sujetos de estudio según su clasificación en la Escala de Comunicación Familiar..... 113

Figura 19: Diagrama comparativo de la valoración media según ítem de la Escala de Comunicación Familiar para los grupos de comparación 115

Figura 20: Clasificación del grado de comunicación familiar por grupo de comparación..... 116

INDICE DE ANEXOS

Anexo 1 Escala de Comunicación Familiar (FCS-VE)……135

Anexo 2 Solicitud de prácticas al Director del Hospital de Salud Mental San Juan de Dios Dr. Rodolfo Lopez H……136

Anexo 3 Carta de informe de cumplimiento de práctica profesional del primer semestre de la gestión 2015……..…..137

Anexo 4 Carta de informe de cumplimiento de práctica profesional del segundo semestre de la gestión 2015……..…..138

Anexo 5 Revista el Agudo ……..139

Anexo 6 Show de Talentos como instrumento de comunicación……152

Anexo 7 Disertante en el Seminario de Trastornos de Ansiedad ……...157

Anexo 8 Actividades de interacción para facilitar la comunicación ……..160

Anexo 9 CD

RESUMEN

Los trastornos esquizofrénicos son enfermedades de origen desconocido. Los modelos científicos que han pretendido solucionar la enfermedad le asignan sus propios conceptos, así tenemos a las teorías biológicas, los aportes de la neurorradiología y la neurofisiología, la neuropsicología, el cognitivismo, el modelo psicoanalítico y las teorías sistémicas (La Escuela de Palo Alto, con Watzlawick, Bateson, Jackson, Wynne, el Grupo de Milán, con su destacada representante Selvini Palazzoli y la "Teoría de la Emoción Expresada" descrita por Brow y colaboradores).

Esta investigación otorga relevancia a las teorías sistémicas ya que de la observación del cuadro esquizofrénico en el Hospital San Juan de Dios, se ha podido evidenciar que la empatía, la escucha atenta, la integración con el paciente, han sido las mejores técnicas comunicacionales para abordar a los pacientes logrando una comunicación eficaz durante el año de estancia.

Los resultados de la observación llevaron a la aplicación de la Escala De Comunicación Familiar (FCS-VE) de Barnes, H y Olson, D., que mide la comunicación familiar, a través de variables que los pacientes han mencionado carecer en su vida familiar como ser la falta de afecto, atención, comprensión, el aislamiento, los mensajes hirientes y otros por parte del sistema familiar.

Aplicada la escala, se concluye la coincidencia entre la percepción del paciente esquizofrénico con los bajos estándares que la FCS-VE asigna a la comunicación deficiente, por lo que se puede describir a la mala comunicación del sistema familiar como determinante en la conducta del paciente esquizofrénico paranoide.

CAPÍTULO I

INTRODUCCIÓN

La vida diaria se torna desagradable dentro de millones de familias frustradas por las interacciones destructivas que dan origen a quejas sobre la mala comunicación. Wahlroos (2009) menciona:

> Que estas interacciones inadecuadas resultan por lo general de la violación de ciertas reglas de comunicación que en su continuidad hacen casi imposible la existencia de semejantes interacciones. El precio que se paga por el quebrantamiento de estas reglas suele con frecuencia ser terrible. La mayoría de los divorcios, de los casos de jóvenes que huyen de casa, así como de muchos suicidios y gran parte de la psicopatología general tiene un origen reconocible en una comunicación escasa y deficiente. "La llave del mejoramiento de las relaciones familiares, y por lo mismo de la salud emocional en general, se halla en la comunicación". (p.11)

En un estudio sobre la familia y la esquizofrenia, realizado por Merino y Pereira (1990), en los últimos treinta años:

> Se caracterizaron por un continuado interés acerca de las influencias familiares sobre el individuo, es así que las características del individuo se consideran como moldeadas por sus relaciones interpersonales, y debido a ello las pautas de interacción entre los sujetos pasan a ser objeto primordial de estudio. En nuestro medio, la familia es una unidad social de gran importancia en el desarrollo de la personalidad, por ello el estudio de los procesos de interacción familiar así como de la comunicación dentro de la familia de un paciente

> esquizofrénico, proporcionará información valiosa acerca de la percepción comunicacional dentro del sistema familiar y la influencia de ésta en la enfermedad propiamente dicha. (p.11-12)

La comunicación es sin duda un tema importante respecto de la esquizofrenia y la familia; sin embargo no todos los autores reconocen la precisión en la etiología de la enfermedad de la esquizofrenia.

Jarne (2010), doctor en psicología de la Universidad de Barcelona, refiere que:

> "Los trastornos esquizofrénicos son enfermedades de origen desconocido. Ello significa que no se puede establecer con certeza la causalidad de los trastornos" (Jarne & Talarn, Manual de psicopatología clínica, 2010, pág. 437). Sin embargo el autor observa que no es que no existan datos concluyentes respecto al origen de la esquizofrenia sino que cada modelo conceptualiza el origen de una forma diferente.

Por lo mencionado anteriormente, la presente investigación pretende aportar desde conceptos propios del modelo sistémico haciendo referencia a lo que indica Jarne (2010), "este modelo es el que mayores aportaciones ha realizado al estudio de la esquizofrenia en la última década" (Jarne & Talarn, Manual de psicopatología clínica, 2010, pág. 444)

Por ello se pretende describir cómo es que los pacientes con esquizofrenia paranoide internados en el Hospital de Rehabilitación y Salud Mental San Juan de Dios de la Comunidad de Agudos, perciben el nivel de comunicación en sus familias de origen. Esta pretensión se apoya en los avances que el modelo sistémico de la psicología ha fundado hasta el presente.

I.1 Planteamiento del Problema

La percepción sobre la comunicación familiar que tiene el paciente con esquizofrenia paranoide, es el elemento a investigar, debido a que las varios estudios sobre el tema, refieren que se ha observado que la familia del paciente podría tener características en su discurso que no guarden relación con las necesidades del enfermo, lo que implica cuestionar la comunicación en la familia del paciente esquizofrénico. Del mismo modo el paciente durante las entrevistas menciona que sus necesidades comunicadas verbalmente no son debidamente atendidas por la familia.

Entonces es importante indagar dónde se da la disfunción comunicacional entre la familia y el paciente, además de determinar su impacto e influencia comunicacional en el paciente, entendiendo que "los modelos inefectivos de comunicación pueden entorpecer los intentos de resolución de problemas y contribuir a detonar de forma continua los síntomas, pues una forma clara y adecuada de comunicación tendrá un impacto directo sobre el proceso de recuperación, siendo por tanto fundamental que la familia desarrolle formas apropiadas de comunicación" (Arntzen, B., 2010, pág. 216).

I.2 Justificación

Dentro del acompañamiento realizado a los profesionales encargados de la Comunidad de Agudos del Hospital de Rehabilitación y Salud Mental San Juan de Dios, en la escucha de las entrevistas y la observación de las historias clínicas de los pacientes diagnosticados con esquizofrenia paranoide, se pudo evidenciar cierta recurrencia cuando los pacientes verbalizan que los padres o las personas que los criaron son los causantes de su enfermedad, justificando lo

mencionado con datos sobre su forma de vida, experiencias, hechos, mensajes y tipo de comunicación.

El hecho de que los pacientes con esquizofrenia paranoide culpen a la familia como elemento que los aqueja no puede quedar en la indiferencia, mereciendo un abordaje científico a fin de identificar de manera apropiada el elemento o los factores que generan al paciente una percepción culpabilizadora.

La presente investigación pretende aportar con un elemento teórico, referido a conocer la percepción que tiene el paciente diagnosticado con esquizofrenia paranoide sobre el nivel de comunicación existente en su sistema familiar, esto a fin de poder analizar si ésta percepción podría ser la causa de la mala evolución en su enfermedad, ya que una comunicación deficiente con dobles mensajes de los padres hacia sus hijos y una comunicación trianguladora son mensajes que no prevén las consecuencias que pueden afectar el desarrollo físico, psicológico y social de los hijos. (Ríos Gonzáles, 1994, pág. 70)

> "Algunas familias con un miembro psicótico se comunican bien, mientras que otras manifiestan una estructura perturbada de comunicación, es a menudo consecuencia de una fuerte tensión emocional y de intentos infructuosos o fracasados de abordar una serie de problemas. El modo como los miembros de la familia comunica sus pensamientos y sentimientos ejercen un gran impacto en el curso de la enfermedad. Del mismo modo, los modelos inefectivos de comunicación pueden entorpecer los intentos de resolución de problemas y contribuir a un aumento de los síntomas" (Arntzen, B., 2010, pág. 141)

Las principales aportaciones de la Escuela de Palo Alto a la comprensión de la comunicación, en la obra clásica de Watzlawick, Beavin y Jackson, "Teoría de la Comunicación Humana"

(1971), hace hincapié en ocuparse de la pragmática, esto es, los efectos de la comunicación sobre la conducta. “Toda conducta, no solo el habla, es comunicación, y toda comunicación, incluso los indicios comunicacionales de contextos impersonales, afectan a la conducta” (Watzlawick & Helmick, Teoría de la comunicacion humana, 1976, pág. 24)

Es necesario mencionar que:

> “Los trastornos esquizofrénicos alteran la capacidad para la comunicación y las relaciones interpersonales, por lo que se hace necesario el esfuerzo a la hora de mantener una comunicación adecuada con la persona que padece este trastorno. De este modo, los sentimientos de dolor, desesperanza, estrés así como angustia por el futuro de la persona enferma, afectarán de manera prolongada a todo el sistema familiar y al paciente mismo, ya que no encuentra apoyo, y siente inestabilidad con respecto a su futuro” (Ignacio, 2014, pág. 3)

Por este motivo la presente investigación nace de la necesidad de los pacientes con esquizofrenia paranoide, de poder tener una buena comunicación con su familia, debido a la constante y mala comunicación entre sus miembros, más aun cuando manifiestan que ésta ha cambiado desde el desencadenamiento de la enfermedad, por lo que se sienten incomprendidos y a la vez culpables de estar “enfermos”.

Antes de investigar el nexo causal y el grado de influencia de la comunicación con la esquizofrenia, es necesario investigar la percepción de la comunicación intrafamiliar del paciente esquizofrénico para contar con las bases descriptivas suficientes referidas a la comunicación y la esquizofrenia. Para este propósito se utiliza la Escala de Comunicación Familiar (FCC-VE-2003) de Barnes, H y Olson, D (1982) que por su brevedad puede ser aplicada a los pacientes con

esquizofrenia paranoide que se encuentran estabilizados por el equipo profesional de la Comunidad. (Ver Anexos sobre la revista El Agudo y actividades varias)

Relevancia científica

Las teorías más destacadas sobre la incidencia de la comunicación familiar desde el modelo sistémico respecto a la esquizofrenia son:

En primer lugar, las herederas directas de los estudios sobre comunicación familiar en la esquizofrenia de la Escuela de Palo Alto. Para Wynne y cools citados en (Jarne & Talarn, Manual de psicopatología clínica, 2010) se evidenciaría en esta enfermedad una alteración en la comunicación de los padres, de forma que estos utilizarían un estilo comunicacional semejante al estilo de los trastornos de pensamiento en la esquizofrenia y que el enfermo aprende. (p. 444)

En segundo lugar y desde un punto de partida totalmente diferente (el psicoanalítico), pero relacionado con lo anterior, Selvini, (citada en Jarne y Talarn, 2010), refiere a las teorías del grupo de Milán, que conciben la esquizofrenia de forma que el comportamiento sintomático del paciente se conecta siempre a un cierto juego en acto en su familia (donde el termino juego se emplea intuitivamente como sinónimo de espontaneidad y modalidad inevitable de organización interactiva de los miembros del grupo familiar, que se transforma en el tiempo). Este juego viene determinado por la existencia de embrollos, trampas en referencia a los sentimientos de los conyugues que están en dificultades en su relación, y hacen cómplice al hijo enfermo de estas trampas, y la instigación, que es cuando un padre se muestra victima impotente de las prevaricaciones de su cónyuge, soportadas por el bien de la familia, lo cual fomenta los partidismos del hijo. (p. 445)

Brown y cools (citados en Jarne y Talarn, 2010), hablan de la teoría de la emoción expresada (EE), que concibe la emoción expresada como un estilo interaccional-cognitivo-afectivo-comunicacional propio de cada familia. Los parámetros que define la emoción expresada son la protección entre los miembros de la familia, la implicación de los unos con los otros, la involucración mutua en sus intereses, la valoración que hacen de sus conductas y, en general el tipo de relación con el enfermo. En un estudio de los muchos realizados sobre la (EE), se demostró que en familias de enfermos con alta emoción expresada se producen muchas más recaídas que donde la emoción expresada es baja. Leff y Vaughn (citados en Jarne y Talarn, 2010), mencionan que la alta emoción expresada son algunos estilos de emoción con relación al enfermo como; sobreprotección, sobreimplicación, sobreinvolucración, criticismo de su conducta y hostilidad. (p. 445)

Los resultados de la presente investigación están referidos a la percepción que tiene el paciente diagnosticado con esquizofrenia paranoide sobre el nivel de comunicación dentro de su sistema familiar, y se pretende aportar elementos objetivos que nos permitan explicar la validez del modelo sistémico, cuando se refiere a la comunicación como la posible etiología de la enfermedad de la esquizofrenia paranoide.

Relevancia social

La terapia familiar contribuye a esclarecer esa importante franja que se da entre lo individual y lo macrosocial. Un punto de gran relevancia es el giro que se ha dado en la orientación en salud mental hacia lo que hoy en día se denomina atención comunitaria; este movimiento nació como respuesta a un pedido de la población en general, los problemas de salud mental.

Fue en la conferencia de Boston en 1965, donde se sentaron las bases para la preparación de los psicólogos que intervendrían en trabajos relacionados con la salud en la comunidad, la responsabilidad social del psicólogo en relación con la salud, está basada en la evidencia de que existe un asociación directa entre pobreza, clase social baja y mayor frecuencia de trastorno mental. (Jarne & Talarn, Manual de psicopatología clínica, 2010, pág. 121)

En plena época contemporánea, queda la pregunta porque hasta este momento no se encontraron las verdaderas causas de la esquizofrenia para poder curarla, por lo que este esfuerzo representa la exteriorización del silencio de los pacientes con esquizofrenia que ansían ser comprendidos. Esta investigación debe demostrar que los pacientes con esquizofrenia pueden comunicarse si es que el ambiente que los rodea es apropiado, y más allá, ellos mismos también podrán ayudar a revelar las causas de su enfermedad para su cura. Este es un paso más en el esfuerzo por disminuir la carga económica y social que para cada familia y la comunidad representa el esfuerzo de contener a personas en cierto grado incomprendidas.

Relevancia académica

En Inglaterra abunda el financiamiento a los estudios referidos a la esquizofrenia, donde desatacan Brown y cols (citados en Jarne y Talarn, 2010), quienes mencionan que las relaciones familiares influyen en el curso de la enfermedad psicótica. Esta investigación, también llevada a cabo en Londres el año 1958, reveló que los pacientes a los que se daba el alta del hospital y se retornaban al hogar a vivir con sus padres y hermanos, tenían más probabilidades de volver a ponerse enfermos, en comparación con aquellos pacientes que eran dados de alta y se les alojaba en una residencia. (CODEM, 2011, pág. 2) y (Jarne & Talarn, Manual de psicopatología clínica, 2010, pág. 445)

Leff y Vaughn (citados en Jarne y Talarn, 2010), en su estudio ya clásico, demostró que en familias británicas de enfermos con alta emoción expresada se producen muchas más recaídas en pacientes con emoción expresada baja, entendiendo a las emociones expresadas como formas de comunicación inapropiada. Ambos estudios son parte de la Teoría de la Emoción Expresada (EE) que validan experiencias sobre la comunicación familiar y la esquizofrenia, aportando estudios en sentido de que la mala comunicación genera recaída en la enfermedad de la esquizofrenia, llegando a indicar que el resultado lógico es que la mala comunicación puede ser la que genere un cuadro de esquizofrenia. (p. 445)

Por ello se pretende examinar cuán determinante es la comunicación en el sistema familiar del paciente esquizofrénico paranoide, con el agregado de que el estudio sea llevado a cabo de manera local. Es decir que se indagará la percepción de los pacientes internados en el Hospital San Juan de Dios en la Comunidad de Agudos de la ciudad de La Paz-Bolivia con relación a la comunicación familiar.

La exploración realizada será un aporte de la Universidad La Salle de la ciudad de La Paz-Bolivia, que permitirá seguir con las bases para la discusión teórica y práctica de nuestra realidad local en cuanto al origen y evolución de la enfermedad de la esquizofrenia paranoide, tal y como propusieran los teóricos del modelo sistémico de la psicología cuando hacen referencia a la enfermedad de la esquizofrenia y su relación con la comunicación.

I. 3 Objetivos

I. 3.1 Objetivo General

Describir la percepción que tiene el paciente diagnosticado con esquizofrenia paranoide con relación al nivel de comunicación existente en su sistema familiar.

I.3.2 Objetivos Específicos

- Determinar si el paciente percibe mensajes claros y congruentes por parte de su familia

- Establecer si el paciente no observa empatía en su familia

- Comprobar si el paciente distingue frases de apoyo por parte de su familia

- Observar si el paciente percibe si su familia posee habilidades para la resolución de problemas.

- Constatar si el paciente percibe que su familia cuenta con escucha reflexiva

I.4 Hipótesis

"La esquizofrenia y el grado de comunicación familiar están relacionados"

Hipótesis nula

"La esquizofrenia y el grado de comunicación familiar no están relacionados"

I.5 Pregunta de investigación

- ¿Cuál es la percepción que tiene el paciente diagnosticado con esquizofrenia paranoide, sobre el nivel de comunicación dentro de su sistema familiar?

CAPITULO II

MARCO TEORICO

II.1 Esquizofrenia

II.1.1 Origen del término esquizofrenia

Belloch y Jarne (1995 y 2010), ambos en sus respectivos manuales de psicopatología, coinciden en que el término esquizofrenia fue introducido por el psiquiatra Suizo Bleuler en 1911, aunque este trastorno ya fue identificado por el psiquiatra Alemán Kraepelin (1896) bajo el nombre de demencia precoz, queriendo enmarcar con este término a aquellas personas que necesariamente sufrían graves deterioros cognitivos y comportamentales similares a las demencias experimentadas por algunas personas ancianas, pero refiriéndose en este caso a la edad juvenil. Bleuler (1911), sin embargo, observó que no era así en todos los casos y consideró más apropiado dar el nombre de esquizofrenia a un cuadro que se caracterizaba por una ruptura en la asociación de ideas, una retirada de la realidad y de la vida social. El término esquizofrenia en sí significa "mente partida" (Belloch & Sandín, 1995, pág. 474) (Jarne & Talarn, 2010, pág. 401)

II.1.2 Definición de esquizofrenia

> “Los trastornos esquizofrénicos se caracterizan por distorsiones fundamentales y características del pensamiento y de la percepción y por los efectos embotados o inapropiados. La claridad de la conciencia y la capacidad intelectual están conservadas por lo general, aunque con el paso del tiempo pueden presentarse déficits cognoscitivos. Los

> fenómenos psicopatológicos más importantes incluyen eco, inserción, robo o difusión del pensamiento; percepciones delirantes o ideas delirantes del ser controlado, de influencia o de pasividad; voces alucinatorias comentando o discutiendo sobre el paciente en tercera persona; trastornos del pensamiento y síntomas negativos" (CIE-10, 2000, pág. 70)

Las características esenciales de la esquizofrenia son una mezcla de signos y síntomas peculiares (tanto positivos como negativos) que han estado presentes en una parte significativa de tiempo durante un periodo de 1 mes (o durante un tiempo más breve si ha habido tratamiento con éxito) y con algunos signos del trastorno que han persistido durante al menos 6 meses.

Los síntomas característicos de la esquizofrenia implican un abanico de disfunciones cognoscitivas y emocionales que incluyen la percepción, el pensamiento inferencial, el lenguaje y la comunicación, la organización comportamental, la afectividad, la fluidez y productividad del pensamiento y el habla, la capacidad hedónica, la voluntad y la motivación y la atención. Ningún síntoma aislado es patognomónico de la esquizofrenia; el diagnostico implica el reconocimiento de una constelación de signos y síntomas asociados a un deterioro de la actividad laboral o social" (DSM IV, 2002, pág. 280)

II.1.3 Etiología de la esquizofrenia

Para el Manual de Psicopatología Clínica de Jarne y Talarn (2010), los trastornos esquizofrénicos son enfermedades de origen desconocido. Ello significa, en primer lugar que hoy por hoy no podemos establecer con certeza la causalidad de éstos, ni tampoco el proceso de desarrollo de la enfermedad. No es solo que no existan datos concluyentes al respecto, es también que cada modelo la conceptualiza de una forma diferente. (p.437)

Según Godoy (citado en Caballo, Salazar y Carrobles, 2014), refieren que a pesar de que la investigación sobre la esquizofrenia ha sido muy amplia, aún no se conoce bien su causa.

Tampoco se dispone, a pesar de los importantes avances en la medicación antipsicótica, de un tratamiento eficaz para todos los pacientes y tampoco se cuenta con adecuadas estrategias para su prevención primaria, secundaria y terciaria. El dicho "los árboles no dejan ver el bosque" ha sido acuñado para la esquizofrenia, debido a que todos los hallazgos aportados por la investigación hacen muy difícil componer satisfactoriamente el rompecabezas, y hoy en día aun los datos sugerentes, no completan el panorama complejo y heterogéneo de lo que la esquizofrenia es, de lo que padecen los afectados y sus familiares. Por ello y sus inmensos costes personales, familiares y sociales, se convierte en un importante y urgente reto científico, social y sanitario que hay que abordar con creatividad, coraje, energía y optimismo, con mejores modelos conceptuales y mejores estrategias de actuación, basadas, en importantes y urgentes cambios en la investigación, en los roles profesionales y en la política asistencial. (p. 363)

La perspectiva sistémica es quizá una de las que más aportaciones han realizado al estudio de la esquizofrenia en la última década, algunas de las primeras teorías que surgieron con vocación explicativa de la etiopatogenia de los trastornos esquizofrénicos son:

La teoría del doble vínculo, que postulaba el hecho de que los enfermos esquizofrénicos debían enfrentarse en el contexto de la familia a mensajes con un sentido contradictorio, donde se le negaba al paciente la clave comunicacional y afectiva para resolverlo o evitarlo. La madre sería la expendedora principal de este tipo de mensajes, constituyendo una figura que se denominó madre esquizofrenógena (Jarne & Talarn, 2010, pág. 444)

Selvini (1990) afirma que durante sus investigaciones apuntó siempre a lograr una coherencia de fondo, una continuidad teórica y clínica. Cambió los métodos, las estructuras, las herramientas, pero el objetivo sigue siendo el mismo: "La investigación de una etiología relacional de la llamada enfermedad mental" (p. 10).

II.2 Esquizofrenia paranoide

Según el Manual de Psicopatología Clínica de Jarne y Talarn, 2010, es el tipo de esquizofrenia más frecuente, cerca del 60% del total de trastornos se caracteriza por la presencia predominante de delirios y alucinaciones (síntomas positivos), el resto de la sintomatología esquizofrénica (desorganización del pensamiento, trastornos motrices, etc.) puede estar presente, pero no es prevalente. (p.427)

Presenta características clínicas que la diferencian del resto de subtipos; suele tener un inicio más tardío, a partir de los 22 o 23 años y un número importante de pacientes no evolucionan hacia el deterioro, por lo que el pronóstico es mejor que en el resto de subtipos. Su forma de inicio típica es aguda y cursa una serie de episodios agudos con remisiones interepisodios de la sintomatología, donde un porcentaje importante de pacientes logran una aceptable adaptación personal, social y laboral. (Jarne & Talarn, Manual de psicopatología clínica, 2010, pág. 428)

Según el DSM-IV TR. (1995) la característica principal del tipo paranoide de esquizofrenia consiste en la presencia de claras ideas delirantes o alucinaciones auditivas, en el contexto de una conservación relativa de la capacidad cognoscitiva y de la afectividad , las ideas delirantes son de persecución, de grandeza o ambas, pero también puede presentar ideas delirantes con otra temática (p. ej. celos, religiosidad o somatización).). Las ideas delirantes pueden ser múltiples, pero suelen estar organizadas alrededor de un tema coherente. Los síntomas asociados incluyen

ansiedad, ira, retraimiento y tendencia a discutir. El sujeto puede presentar un aire de superioridad y condescendencia y también pomposidad; falta de naturalidad o vehemencia extrema en las interacciones interpersonales. Los temas persecutorios pueden predisponer al sujeto al comportamiento suicida, y la combinación de las ideas delirantes de persecución y de grandeza con las reacciones de ira puede predisponerle a la violencia. (Comite Elaborador del DSM-IV & esquizofrenia, 1995, págs. 292-293)

Para el CIE-10 (2000) la esquizofrenia paranoide predominan las ideas delirantes relativamente estables, a menudo paranoides, que suelen acompañarse de alucinaciones, en especial de tipo auditivo, y de otras alteraciones perceptivas. Las alteraciones de afecto, la volición y el discurso y los síntomas catatónicos están ausentes o relativamente inadvertidos. (CIE-10, 2000, pág. 72)

II.3 Percepción

Es el mecanismo individual que realizan los seres humanos que consiste en recibir, interpretar y comprender las señales que provienen desde el exterior, codificándolas a partir de la actividad sensitiva. Se trata de una serie de datos que son captados por el cuerpo a modo de información bruta, que adquirirá un significado luego de un proceso cognitivo que también es parte de la propia percepción. Justamente allí radica la diferencia entre la percepción y la sensación, con la que suele confundirse el término: mientras que la percepción incluye la interpretación y el análisis de los estímulos, la sensación es la experiencia inmediata que apunta a una respuesta involuntaria y sistemática (Psicología al día, 2012, pág. 2)

Cuando se utiliza el concepto percepción, se está haciendo referencia a una imagen mental formada a partir de la experiencia humana, que incluye su forma de organización, su cultura y

sus necesidades. Allí están los dos componentes de la percepción que analiza la ciencia psicológica: el medio externo que es precisamente la sensación que será captada (en forma de sonido, imagen), y el medio interno que es el modo en el que se interpretará ese estímulo (totalmente variable según el individuo). Por esto se dice que la percepción es de carácter subjetivo, es selectiva porque las personas deciden (a veces de forma inconsciente) percibir algunas cosas y otras no, y es temporal porque no se producirá por siempre sino por un corto plazo (Craig, 1997, pág. 49)

Según Caballo, Salazar y Carrobles (2014) la percepción es un proceso cognitivo mediante el cual aprehendemos la realidad. Las alteraciones en este proceso suelen atraer gran interés, ya que a veces indican un deterioro grave en el grado de contacto que el paciente mantiene con la realidad, como en el caso de las alucinaciones. Generalmente las alteraciones de la percepción se han clasificado en función de si existe o no un estímulo accesible a los órganos sensoriales que se corresponde con la percepción que describe la persona, se dividen en distorsiones y engaños.

En las distorsiones perceptivas la persona percibe de un modo distinto del que cabría esperar según las características del estímulo. Así se puede percibir de manera alterada la intensidad, la cualidad, el tamaño, la forma e incluso puede estar alterada la integración perceptiva, tanto por exceso como por defecto. Otra alteración perceptiva que no necesariamente implica morbidez, es la ilusión, que es una percepción equivocada o errónea de un objeto concreto, es decir, la percepción no se corresponde con las características objetivas del estímulo. La ilusión incluye desde fenómenos como las figuras reversibles hasta experiencias más cotidianas, como “oir” pasos que nos siguen en una calle solitaria, o “ver” a una persona a la que esperamos desde hace media hora. (p.85)

Slade y Bentall (citados en Caballo, Salazar y Carrobles, 2014) refieren que los engaños perceptivos más graves y los que despiertan mayor interés son las alucinaciones, experiencias similares a la percepción que se producen en ausencia del estímulo apropiado para producir tal percepción con toda la fuerza e impacto de una percepción real y que no pueden ser dirigidas o controladas por quien las está experimentando. (p. 85-86)

II.4 Sistema Familiar

II.4.1 Concepto de Sistema

Nace de la Teoría General de Sistemas (TGS) que surge a mediados del siglo XX. La TGS es concebida por Ludwig von Bertalanffy en la década de los cuarenta con el fin de "constituir un modelo practico para conceptuar los fenómenos que la reducción mecanicista de la ciencia clásica no podía explicar" citado en (Cejalvo Calvo, 2009)

Von Bertalanffy (1976) citado en (Ríos, 1994) afirma que:

> "Un sistema puede ser definido como un complejo de elementos en interacción. Por interacción entendemos unos elementos "P" ligados por relaciones "R", de modo que el comportamiento de un elemento "P" en "R" difiere de su comportamiento en otra relación "R". Si se comporta del mismo modo en "R" y "R", no existe interacción, y los elementos se conducen independientemente por referencia a las relaciones "R" y"R". (p. 55)

Para la TGS, "un sistema es una totalidad y sus componentes y propiedades sólo pueden comprenderse como funciones del sistema total" (Walrond-Skinner, 1978) citado en (Cejalvo Calvo, 2009, pág. 96)

Cejalvo Calvo (2009, p. 96) afirma que las partes de un sistema, sus componentes, son denominados subsistemas y poseen atributos o propiedades que les permite establecer interacciones entre sí. Lo más importante dentro de un sistema no son sus componentes o propiedades de manera aislada, sino las transacciones que mantienen entre sí; que es lo que se conoce como la superioridad del todo frente a las partes. Además que los sistemas no están aislados unos de otros, cada sistema pertenece a un nivel superior que comparte con otros sistemas que es el llamado suprasistema.

> Parson y Bales, 1955 (citados en Ríos, 1994) mencionan que por sistema hay que entender "el conjunto constituido por una o más unidades ligadas entre sí de modo que el cambio en el estado de una unidad estará seguido de un cambio en el estado de otras unidades del sistema; tal cambio irá seguido en un nuevo cambio en la unidad primitivamente modificada; y así sucesivamente". Parson y Ríos establecen que algunas características de los sistemas pueden derivar a aplicaciones que para la familia tienen importancia capital. La interacción no sólo se da entre los elementos o miembros del sistema entre sí, sino que hay una verdadera interacción con el entorno. La familia no puede mantenerse aislada del entorno, ya que ese entorno la va a ir configurando, y de ese entorno se derivan muchas de las influencias que hoy día se valoran como elementos amenazantes de la unidad, cohesión y progreso de la institución familiar; pero al mismo tiempo de ese mismo entorno recibida influjos benéficos que le impedirá paralizarse o deteriorarse. (p. 56)

Como ni los sistemas ni subsistemas están aislados entre sí, además del tipo de relación que mantienen, existe otro medida más cuantitativa que controla sus transacciones y son los límites; este concepto fue desarrollado por Minuchin (citado en Cejalvo Calvo, 2009) donde los límites sirven para preservar la diferenciación del sistema, y el grado de autonomía necesaria para cada

componente del mismo. De acuerdo con la permeabilidad de estos límites encontramos sistemas más o menos abiertos o más o menos cerrados. (p. 96)

II.4.2 La familia como sistema

Para Watzlawick (1976) la teoría de las reglas familiares se adecua a la definición inicial como "estable con respecto a algunas de sus variables si estas variables tienden a mantenerse dentro de límites definidos" (p. 130)

Todo esto lleva a definir a la familia de manera formal como un sistema, este modelo para la interacción familiar fue sugerido por Jackson (citado en Watzlawick, 1976) cuando introdujo el concepto de homeostasis familiar, al observar que las familias de pacientes psiquiátricos sufrían varias repercusiones como depresión, episodios psicosomáticos, cuando el paciente mejoraba; Jackson dijo que estas conductas y por tanto la enfermedad del paciente, eran "mecanismos homeostáticos" que intervenían para que el sistema perturbado recuperara su delicado equilibrio. (p. 130)

Para Brenes, 1979 (citado en Ríos, 1994) "la familia viene considerada como un sistema dinámico viviente sometido a un proceso de establecimiento de reglas y de búsqueda de acuerdo sobre ellas" (p. 54)

Haley, 1971 (citado en Ríos, 1994) llego a afirmar que la familia es un sistema "sui generis", especial, con una historia y un pasado al tiempo que se encierra en sí un futuro que hay que descubrir, añadiendo que el concepto de familia no se reduce a las relaciones de sangre y que puede valorarse como familia cualquier grupo que mantenga relaciones estables y prolongadas. (p. 54)

Una descripción importante de Catell, 1956 (citado en Ríos, 1994) afirma que la estructura del grupo familiar es el resultado del número y tipo de ligámenes existentes en él. Estos ligámenes señalan el tipo de disciplina, rol materno, paterno, etc., aspectos imprescindibles por lo que suponen en los niveles emocionales de percepción por parte de los miembros de la familia. La experiencia clínica demuestra como tal tipo de percepción configura actitudes que se traducen en conductas. (p. 55)

II.4.3 Clases de sistemas familiares

Para Ríos (1994) al hablar de clases de sistemas familiares, se ve que dentro del sistema existe una doble vertiente, un sistema abierto y un sistema cerrado, las diferencias de uno y otro grupo de sistema son los siguientes:

II.4.3.1. Sistema abierto

- Mantiene continuos intercambios con su entorno.
- Puede alcanzar su estado final independientemente de las condiciones iniciales.
- Manifiesta una cierta manera de demostrar una voluntad propia.
- No está regulado por el segundo principio de la termodinámica, según el cual, con el paso del tiempo la cantidad de energía de un sistema cerrado disminuye en calidad al permanecer constante.

II.4.3.2. Sistema Cerrado:

- No mantiene ningún tipo de intercambio con su entorno.
- El estado final depende de las condiciones iniciales del propio sistema.

- Al estar regulado por el segundo principio de la termodinámica, hay un aumento de entropía en su seno, lo que supone un empobrecimiento energético y se da una pérdida constante de calidad. (p. 56)

II.5 Modelo circumplejo de los sistemas familiares

Ríos (2009) describe el modelo circumplejo de los sistemas familiares desarrollado por Olson, Sprenkle y Russell en1979, como uno de los modelos más respetados y más extensamente usados en estudios de la familia. Este modelo aporta una conceptualización sistémica de la familia. Es un modelo que articula una teoría y proporciona métodos específicos e intervención, lo que le hace muy útil como guía para el diagnostico y el tratamiento, y para teorizar sobre una variedad de sistemas y subsistemas, como el sistema marital, el sistema padres-hijos y el sistema familiar.

Olson, Sprenkle y Russell, 1979 (citados en Ríos, 2009) agruparon las variables y conceptos más importantes del comportamiento familiar en tres dimensiones familiares: Cohesión, adaptabilidad y comunicación. Estas tres dimensiones han sido incorporadas en las propuestas de otros muchos modelos teóricos, la mayoría de ellos influenciados por la teoría general de sistemas (Bertalanffy, 1968), lo que da mayor peso a esta clasificación. (p. 633-634)

II.5.1 Cohesión familiar

> Olson, Russell y Sprenkle (1989) (citados en Ríos, 2009), la definen como “el vínculo emocional que tienen los miembros de la familia entre sí”; y las variables que pueden usarse para medirla son los siguientes: vínculo emocional, límites, coaliciones, tiempo, espacio, amigos, toma de decisiones e intereses y recreación. (p. 635)

II.5.2 Adaptabilidad familiar

> Olson y Gorall (2003) (citados en Ríos, 2009), definen la adaptabilidad como "la cantidad de cambio en el liderazgo, en las relaciones de roles y en las reglas dentro de las relaciones de un sistema marital o familiar"; es decir se refiere a la capacidad de los sistemas familiares en crear un equilibrio flexible entre la estabilidad y el cambio. Los conceptos que incluye esta dimensión son: liderazgo, control, disciplina, estilos de negociación, relaciones de roles y reglas en las relaciones. (p. 636)

II.5.3 Comunicación familiar

> Olson, Russell y Sprenkle, 1983 (citados en Ríos, 2009), añaden la tercera dimensión del modelo circumplejo. Esta dimensión es considerada como facilitadora del cambio en las otras dos dimensiones. Las habilidades de comunicación positivas (empatía, escucha reflexiva, frases de apoyo, mensajes claros y congruentes y habilidades efectivas de resolución de problemas) permiten a las familias compartir entre ellos sus necesidades y preferencias cambiantes en tanto que se relacionan con la cohesión y la adaptabilidad. Las habilidades de comunicación negativas (mensajes paradójicos y de dobles vínculos, críticas, mensajes incongruentes y descalificantes, carencia de empatía y habilidades pobres de resolución de problemas) minimizan la capacidad de los miembros de una familia de compartir sus sentimientos y restringen sus movimientos en estas dimensiones. (p. 638)

II.6 Comunicación

Hora (citado en Watzlawick y Helmick, 1976) sirvió de inspiración a Watzlawick en su afirmación de que se "ha demostrado claramente que para comprenderse a sí mismo, el hombre

necesita que el otro lo comprenda. Para que otro lo comprenda, necesita comprender al otro" (p. 37).

Watzlawick (1976), en su teoría de la comunicación, indica que "los términos comunicación y conducta, se usan virtualmente como sinónimos, pues los datos de la pragmática no son solo palabras, (en función de sus configuraciones y significados), que están al servicio de la sintáctica y la semántica, sino también sus concomitantes no verbales y el lenguaje corporal. Así desde esta perspectiva de la pragmática, toda conducta y no solo el habla, es comunicación, y toda comunicación, incluso los indicios comunicacionales de contextos impersonales, afectan a la conducta" (p. 21).

"La teoría de la comunicación guarda muchos paralelismos con la obra de von Bertalanffy que se preocupaba en la Teoría General de Sistemas (TGS) del papel de la comunicación como vehículo relacional entre un emisor y un receptor miembros de un sistema" (Cejalvo Calvo, 2009, pág. 98)

"El concepto de comunicación incluye todos los procesos a través de los cuales la gente se influye mutuamente"(Bateson & Ruesch, Comunicacion. La Matriz social de la Psiquiatria, 1984, pág. 120)

Ajuriaguerra, 1978 (citado en Ríos, 1984) señala que la comunicación existe para el ser humano desde el mismo momento de su nacimiento. La relación madre-hijo está llena de mensajes, el amor materno es un producto de la comunicación que se establece entre el niño y la madre, principalmente si se tiene en cuenta que no solo existe un lenguaje comunicativo expresado verbalmente, sino que hay muchos códigos a través de los que se verifica la transmisión de mensajes y la emisión de recepción de información. (p. 67)

Según Cejalvo Calvo, 2009 “Es imposible no comunicarse, ya que hagamos lo que hagamos o dejemos de hacer lo que dejemos de hacer, siempre estaremos tomando una posición determinada. El silencio o el retraimiento, que pueden parecer maneras de no comunicar, ya están expresando por sí mismas un posicionamiento” (p. 99)

Para Ríos (1994) puede hablarse de la comunicación en un contexto en el que tienen lugar varios tipos de encuentros:

II.6.1 Encuentro biológico

El del recién nacido con la madre, que no se limita solo a lo biológico, sino que se convierte en camino hacia la percepción de ciertas pautas ambientales y culturales.

II.6.2 Encuentro personal

Del ser humano con el mundo interno del “otro”, según las distintas fases de desarrollo en que se encuentre y realice. Entran aquí los encuentros con las figuras significativas de la infancia como los padres, adultos, modelos idealizados, etc.

II.6.3 Encuentro cultural

Mediante la percepción de pautas y modelos que facilitan la incorporación a las estructuras psíquicas que componen las pautas de conducta, normas culturales, fidelidad a modelos transmitidos, estilos de vida, valores.

II.6.4 Encuentro trascendental

Se da en el encuentro con realidades de tipo superior, en las que se armonizan estructuras ya aprendidas, pero siempre necesitadas de una más adecuada integración con lo que se va adquiriendo progresivamente.

II.6.5 Encuentro consigo mismo

En él se formará la propia identidad que servirá de apoyo para la seguridad personal que hará posible la apertura de vías de contacto con el mundo y con los otros, que es fundamental para la madurez personal y la madurez de las relaciones interpersonales. (p. 68)

Ríos, 1999 dice que el tema de la comunicación es un punto central y de trascendencia capital. Partiendo del hecho de que en todo comportamiento hay comunicación y de que toda comunicación es un vehículo de información que genera lazos de relación entre los miembros de un sistema. Por ello mismo, la comunicación es algo que permeabiliza la vida de relación entre los humanos, hasta tales límites que la hace inevitable en cualquier situación. (p. 67)

Brown y cols (1962) (citados en Jarne y Talarn, 2010) conciben el término de emoción expresada (EE), como un estilo interrelacional cognitivo-afectivo-comunicacional propio de cada familia. (p. 445)

Wynne y cols (1978) (citados en Jarne y Talarn, 2010), evidencian a la esquizofrenia como una alteración en la comunicación de los padres. (p. 444)

II.7 Tipos de Comunicación Familiar

Para Ríos (1994), existen dos grandes tipos de comunicación:

II.7.1 Comunicación verbal

Ésta comunicación se realiza de manera continua, consiste en la transmisión de información, mediante formas verbales, así proporciona al otro un conocimiento exacto de lo que se transmite; constituye un nivel primario de comunicación.

Las características de esta comunicación verbal, son: Lo que se transmite se hace mediante palabras inteligibles para el receptor; utiliza conceptos; los mensajes que envía son mensajes de contenido; es un vínculo de transmisión cultural; cuando se transmite un sentimiento o una emoción se hace expresando el estado de ánimo con palabras.

II.7.2 Comunicación no verbal

En este tipo de comunicación la información que se transmite es expresada en formas no verbales, lo que obliga al receptor a traducir de algún modo el lenguaje codificado que le llega.

Constituye un nivel de verdadera metacomunicación y sus diversas variedades, como el tono de voz, los gestos, la postura del cuerpo, el silencio que se adopta cuando se decide no comunicarse, la enfermedad, el lenguaje sintomático, la agresividad. Constituye un nivel secundario de comunicación y se centra en lo que se dice con gestos o lenguaje corporal. Las características son: Lo comunicado se vincula al objeto de manera no clara; lo que se transmite se hace mediante gestos, posturas o movimientos que el receptor debe convertir el lenguaje interno que les resulte comprensible; no utiliza conceptos, sí emplea signos, síntomas, corporeidad; los mensajes que se envían son mensajes de relación; lo que se envía puede comprenderse de muchas maneras, las emociones varían según el receptor o el contexto en que se encuentra este. (Ríos Gonzáles, 1994, pág. 70)

Ríos, 1994 afirma que la comunicación del sistema familiar y esta doble manera de hacerlo provoca sistemas sanos o sistemas enfermos, muchos malentendidos de pareja o de relación intrafamiliar derivan de una mala traducción del lenguaje no-verbal. (p. 71)

Se puede ver claramente como "el fenómeno de la comunicación se apoya, para su sana o inadecuada utilización, en otros fenómenos como los tipos de mensajes, presencia o no de dobles vínculos, reglas, empatía, frases de apoyo y habilidades para la resolución de problemas" (Barnes, 2008, pág. 83).

II.8 Niveles de comunicación

Ríos (1984) es quien hace una definición de los niveles de comunicación existentes dentro de los diferentes sistemas familiares y ve oportuno el reducir a tres los niveles en que puede establecerse la comunicación intrasistémica familiar:

II.8.1 Comunicación informativa

Se da cuando que la información que se transmite se hace de manera convencional, cotidiano, rutinario. Simplemente se informa de lo que se ha hecho, visto, oído o realizado.

II.8.2 Comunicación racional

Esta comunicación se da cuando al tiempo que se transmite datos o hechos también se comunican consideraciones de tipo especulativo, reflexivo o intelectual al hilo de la noticia dada. Encierra contenido formativo o manipulativo, ya que al transmitir el hecho se pretende, actuar sobre el otro.

Este tipo de comunicación se utilizará en la familia como vehículo transmisor de pautas, valores, normas que estiman como importantes, hay una carga de intencionalidad que hace que

en el sistema se estructure un modelo concreto y vinculado a valores y hasta a ideologías que se transmiten culturalmente en ese contexto.

II.8.3 Comunicación emotiva y profunda

Es aquella en la que al tiempo que se dan datos, se transmiten sentimientos, afectos, emociones, estados de ánimo del que comunica. Hay una cierta manifestación de la intimidad personal que se devela a propósito de aquello que se relata o dice. Es una comunicación autoreveladora del sí mismo.

Si se da este tipo de comunicación en el interior de la familia, habrá una verdadera comunicación ya que aparecen expresiones con las que se gratifica a los otros en lo afectivo, intelectual, valores personales, transmisión de lo que nos hacen sentir en un momento dado.

Este nivel de comunicación adopta muchas veces el lenguaje no verbal. En el interior de la familia, un gesto, una caricia, una mirada, una sonrisa, pueden servir de signos para comunicar al otro la carga afectiva que se tiene en ese momento; en el aspecto negativo puede ser que con una mirada hosca, un rictus, una mueca o un gesto airado comuniquemos al otro nuestro desagrado, nuestro enfado, ira, hostilidad o nuestro rechazo.

La falta de niveles profundos en la comunicación familiar desencadena fenómenos muy concretos; no saber qué quiere el otro, que necesita, que busca, de que es capaz, lo que puede ser el origen de conductas carenciales por el sentimiento de abandono afectivo en que crecen los miembros; también puede originar pobreza emocional en la estructura del comportamiento, falta de ternura expresada y vivida en la relación diaria, y así se da la búsqueda de tales gratificaciones en otro lugar. También hay que decir que una falta de realización de este nivel puede amenazar a la dinámica de la familia que comienza. (Ríos Gonzáles, 1994, págs. 80-82)

II.9 Tipos de mensajes

Ríos (1994) también destaca que dentro de la comunicación humana interesan dos tipos de mensajes: los denominados mensajes de contenido y los mensajes de relación.

Bateson (1951) (citado en Watzlawick, 1976) fue quien introdujo estas dos operaciones que se conocen como los aspectos referenciales y conativos, de toda información señalando que toda comunicación implica un compromiso y, por ende, define la relación. Esta es otra manera de decir que una comunicación no solo transmite información sino que al mismo tiempo impone conductas, siendo la transmisión de información el aspecto referencial y la que impone conductas, el aspecto conativo. (p. 52)

II.9.1 Mensaje de contenido

"El aspecto referencial de un mensaje transmite información y por ende, en la comunicación humana es sinónimo de contenido del mensaje. Puede referirse a cualquier cosa que sea comunicable al margen de que la información sea verdadera o falsa, valida, no valida o indeterminable" (Watzlawick & Helmick, Teoría de la comunicacion humana, 1976, pág. 52)

Para Ríos (1994) el mensaje de contenido es el que se transmite mediante un lenguaje verbal, directo, comprensible no necesitado de traducción. Cuando se toman posturas como rechazo o ignorancia del mensaje; se sientan las bases para que el sujeto que envió un mensaje de contenido no recibido de modo conveniente, estructure un tipo de comunicación basado en la utilización de los mensajes de relación. (p. 73)

II.9.2 Mensaje de relación

"El aspecto conativo se refiere a que tipo de mensaje debe entenderse que es, y, por ende, en última instancia, a la relación entre los comunicantes" (Watzlawick & Helmick, Teoría de la comunicacion humana, 1976, pág. 52)

Para Ríos (1994) este tipo de mensaje es siempre no-verbal. En el mensaje de relación se dice algo envuelto en símbolos, no hay coincidencia entre el significado y el significante y por ello, la confusión emotiva es inevitable, y la comunicación se hace caótica y confusa. Dentro las características de estos mensajes se ve que en la familia se roba la palabra a sus miembros, aparecen gestos, signos, símbolos y síntomas. Dentro de los mensajes de relación la comunicación se transforma en un nuevo fenómeno; el de la metacomunicación. (p. 74)

II.9.3 Metacomunicación

"Es la capacidad del ser humano de comunicar acerca de la propia comunicación, con la complicación de tener que utilizar los mismos signos para el acto de describir o analizar, y para lo descrito o analizado" (Cejalvo Calvo, 2009, pág. 99)

Bateson (1956) (citado en Ríos, 1994) afirma que la metacomunicación "Es una comunicación relacionada con la comunicación". Es decir, una confirmación o rechazo de cuanto ha sido dicho o del modo en que se ha dicho una determinada cosa. Éste fenómeno se ha estudiado ampliamente en los casos de esquizofrenia, por un amplio número de autores (Bateson, 1956; Mishler y Waxler, 1968; Sojit, 1969; Wynne, 1966; Lenard y Bernstein, 1969). (p. 75)

Watzlawick (1976) dice que la metacomunicación es “cuando dejamos de utilizar la comunicación para comunicarnos, y la usamos para comunicar algo acerca de la comunicación, cosa que es inevitable cuando investigamos sobre la comunicación, utilizamos conceptualizaciones que no son parte de la comunicación, sino que se refieren a ella” (p. 41).

II.9.4 El doble vínculo

Bateson, Jackson, Haley y Weakland (citados en Watzlawick, 1976) fueron quienes hablaron por primera vez del término doble vínculo, en un trabajo titulado “Toward a Theory of Schizophrenia” publicado en 1956, estos investigadores enfocaron el fenómeno de la comunicación esquizofrénica desde un punto de vista totalmente diferente de las teorías ya conocidas sobre la esquizofrenia; donde se decía que la esquizofrenia era un trastorno intrapsíquico (un trastorno del pensamiento, una función yoica débil) que afecta secundariamente las relaciones del paciente con las demás personas y las de éstas con él. La definición que da Bateson y cools (citados en Watzlawick, 1976) pueden describirse de la siguiente manera:

Dos o más personas participan en una relación intensa que posee un gran valor para la supervivencia fisca y/o psicológica de una, varias o todas ellas. Estas situaciones no se limitan solo a la vida familiar, sino también a la situación de enfermedad, la dependencia material, el cautiverio, la amistad, el amor, la lealtad hacia un credo, una causa o ideología, los contextos que están bajo las normas sociales o la tradición. En todo este contexto se da un mensaje que está estructurado de tal modo que: a) afirma algo, b) afirma algo de su propia afirmación y c) ambas afirmaciones son mutuamente excluyentes. (p. 194-195)

Para Bateson (citado en Watzlawick, 1976) “el doble vínculo no puede ser, en la naturaleza de la comunicación humana, un fenómeno unidireccional, sino que da lugar a conductas paradójicas” (p. 196).

Para Satir (1982) (citada en Ríos, 1994) define que “El doble vínculo se hace presente cuando en un mensaje determinado hay más de un nivel de comunicación, niveles que discrepan o son incongruentes” (p. 76)

La teoría del doble vínculo, según Ríos (1994) se puede concretar diciendo que éste aparece cuando:

- El sujeto queda envuelto en una situación que supone una gran intensidad emocional, lo que significa la presencia de una relación en la que es de importancia vital discriminar el tipo de mensaje que se recibe, para poder dar una respuesta adecuada.
- Al mismo tiempo, el sujeto se ve atrapado en una situación en la que la otra persona expresa dos mensajes distintos: lo que uno afirma está negado por el otro.
- El sujeto no está en condiciones de expresar su propia idea sobre los mensajes transmitidos, tanto por la incongruencia que se da en ellos, como por la manipulación afectiva que encierran.

Este fenómeno es una forma trastornada de la comunicación y encierra factores desorientadores. Las consecuencias de este son muchas, aunque basta con destacar que con este tipo de comunicación el sujeto no sabe a qué atenerse. (p. 76)

II.10 Comunicación patológica

"El esquizofrenés, es entonces un lenguaje que obliga al interlocutor a elegir entre muchos significados posibles que no sólo son distintos, sino que incluso pueden resultar incompatibles entre sí" (Watzlawick & Helmick, Teoría de la comunicacion humana, 1976, pág. 74).

Para Watzlawick (1976), este contexto comunicacional de la esquizofrenia se ve limitada a unas pocas reacciones posibles:

II.10.1 Rechazo de la comunicación

Es donde se evita la comunicación con otra persona mediante el silencio.

II.10.2 Aceptación de la comunicación

Donde se responde a la comunicación y se la pone en manifiesto de manera expresa.

II.10.3 Descalificación de la comunicación

Cuando la persona no responde directamente a la comunicación y cambia el núcleo de la comunicación a otro tema, a fin de no entablar la comunicación. (p. 76)

II.10.4 El síntoma como comunicación

Aquí también se evita la comunicación, pero de una manera en la que el mismo evitante se convence a sí mismo de que existen fuerzas poderosas que le impiden la comunicación; estas fuerzas poderosas son síntomas neuróticos, psicosomáticos o psicóticos. (Watzlawick P. , Teoría de la comunicación humana, 1984, pág. 78)

Ríos (1994) establece que tal vez el síntoma como lenguaje comunicativo sea el fenómeno más claro del mensaje de relación, como tipo de comunicación. Las palabras quedan sustituidas por síntomas. Una palabra puede tener diversos significados en el contexto de una frase, lo mismo que un síntoma que puede utilizarse con diversas acepciones, según el contexto familiar en que se utiliza y al que se dirige.

La presencia de un síntoma aparentemente inexplicable, es la señal más clara de alarma para avisar que en el fondo del sistema relacional se están estructurando comunicaciones con mensajes de relación, todo ello va a constituir el fondo del comportamiento sintomático, de importancia fundamental en el estudio de la comunicación familiar. (p. 74)

II.11 La comunicación en el sistema familiar del paciente esquizofrénico

Según Arntzen (citado en Bloch, Gronnestad y Oxnevard, 2009) el método de resolución de problemas requiere una capacidad de comunicación adecuada, algunas familias con un miembro esquizofrénico se comunican bien, mientras que otras manifiestan una estructura perturbada de comunicación, a menudo consecuencia de una fuerte tensión emocional y de intentos infructuosos o fracasados de abordar una serie de problemas. Los pacientes que padecen esquizofrenia tienen dificultades para expresarse, carecen de confianza y desisten de conversar. En familias cuyos miembros hablan mucho a causa de una fuerte tensión emocional y los pacientes apenas hablan, unos y otros con frecuencia pierden la capacidad de escucharse, lo que da lugar a repetidos monólogos. (p. 141)

El modo como los miembros de la familia comunica sus pensamientos y sentimientos ejerce un gran impacto en el curso de la enfermedad. En una crisis, la comunicación efectiva puede reducir la tensión en la familia y promover intentos de manejar la crisis y resolver los problemas.

Del mismo modo, los modelos inefectivos e comunicación pueden entorpecer los intentos de resolución de problemas y contribuir a un aumento de los síntomas. Los problemas más típicos de comunicación consisten en las dificultades en expresar sentimientos positivos y negativos y en escuchar activamente, así como el hálito de plantear preguntas en lugar de fijar objetivos y reaccionar a lo dicho anteriormente. (Arntzen, B., 2010, pág. 142)

Bloch y cols. Mencionan que cuando una familia se entera del diagnóstico de esquizofrenia en uno de sus miembros, son frecuentes sentimientos como dolor profundo, tristeza, ansiedad, rabia, descontento y frustración. En los miembros de la familia se establece una expresión emocional que puede llevar actitudes inadecuadas hacia el paciente. Expresar estos sentimientos puede aliviar la presión. Cuando se comunican sentimientos negativos, existe el peligro de que se expresen como ataques personales demasiado generalizados, a los cuales el paciente es en particular vulnerable. La crítica y la expresión de sentimientos negativos surgen a menudo cuando queremos que la otra persona cambie su conducta. (Bloch, Gronnestad, & Oxnevad, 2010, pág. 142)

A principios de la década de los setenta el modelo sistémico de intervenciones paradójicas tuvo éxitos terapéuticos inauditos, pero solo se trataba de episodios que fueron posteriormente contrapuestos por errores y fracasos, por lo que Selvini,1990 tuvo que abandonar los métodos paradójicos buscando un nuevo método terapéutico, llegando así a relacionar el trastorno de la pareja parental con el trastorno del hijo. (Selvini Palazzoli, 1990, pág. 10)

¿La comunicación de una determinada familia es patológica porque uno de sus miembros es psicótico, o bien uno de sus miembros es psicótico porque la comunicación es patológica?(Watzlawick & Helmick, Teoría de la comunicacion humana, 1976, pág. 47)

Esta pregunta se la hicieron también, aunque con diferente redacción, Selvini, Wynne, Brow y se la siguen haciendo los investigadores sistémicos en la actualidad ya que no existe respuesta sobre el origen de la esquizofrenia por el simple hecho de que ningún autor ha referido y demostrado la cura de la enfermedad de la esquizofrenia. El instante en que una determinada terapia detenga la enfermedad de la esquizofrenia sin recaídas, entonces se estará ante el verdadero y válido origen de la enfermedad. Por tanto, solo entonces se podrá responder a la pregunta que se hiciera Watzlawick. El autor, demuestra su interés por examinar el punto de vista comunicacional a fin de dar respuesta a los criterios divergentes en los enfoques etiológicos y terapéuticos de la esquizofrenia (Watzlawick & Helmick, Teoría de la comunicacion humana, 1976, pág. 48)

Para Watzlawick, el esquizofrénico se comporta como si evitara todo compromiso al no comunicarse, pero afirma y demuestra que esta actitud es en sí una forma de comunicación, llegando a la conclusión de que no es posible no comunicarse, aun para el paciente esquizofrénico (Watzlawick & Helmick, Teoría de la comunicacion humana, 1976, págs. 52,73)

Según Brown y cols, 1962 (citados en Jarne y Talarn, 2010) en la teoría de la emoción expresada (EE), concibe a la EE como una relación cognitivo-afectivo-comunicacional, propio de cada familia (sobreprotección, sobreimplicacion, sobreinvolucracion, criticismo de su conducta y hostilidad). (p. 445)

Wynne (citado en Jarne y Talarn, 2010) evidenciaría que la esquizofrenia es una alteración en la comunicación de los padres y Selvini, 1990 concibe la esquizofrenia como el comportamiento sintomático del paciente que se conecta siempre con un cierto juego en acto en su familia. (p. 445)

II.11.1 Familias restrictivas, limitantes

Tienen un claro rechazo a la autonomía del hijo, de modo tácito sin mensajes claros, sin lenguajes directos e inteligibles. Limita al niño o adulto del sistema. (Ríos Gonzáles, 1994, pág. 470)

II.11.2 Familias normativas

La familia evita la espontaneidad, con culto a la ley y normas intocables. (Ríos Gonzáles, 1994, pág. 492)

II.11.3 Familias con comunicación de dirección por los otros

La comunicación paterno filial no existe o es pobre, debido a la inseguridad los hijos son formados por otros (amigos, grupos, TV).El padre solo transmite angustia, timidez, inquietud e inseguridad y el hijo huye de un padre así, buscando seguridad en otros, y cierra todo contacto verbal con los padres. (Ríos Gonzáles, 1994, pág. 494)

II.11.4 Familias con comunicación tradicional

La comunicación de padres a hijos es pasiva y solo se limita a transmitir lo aprendido de anteriores generaciones. Mantienen las tradiciones para mantener los valores herenciales. (Ríos Gonzáles, 1994, pág. 495)

II.11.5 Familias esquizofrenógenas

Sluzki y Ransom, 1976 (citados en Ríos, 1994) señalan que “los estudios más modernos sobre la etiología y génesis de la esquizofrenia ponen el acento en señalar el contexto familiar como

factor etiológico de la misma y describen las familias con miembros esquizofrénicos en términos de modelos de retroacción y calibración”

Haley 1959, (citado en Ríos, 1994) menciona que” la esquizofrenia resulta ser el producto de un determinado tipo de interacción familiar” (p. 473)

Selvinni Palazzoli (1990) expresaba que “tropezaba repetitivamente con juegos o maniobras hábilmente ocultas, que denominamos juegos sucios” (p. 91)

Los juegos sucios para Selvini (1990) es cuando los actores (familia), recurren a medios desleales como engaños sutiles, mentiras impúdicas, venganzas camufladas pero implacables, manipulaciones, seducciones, promesas ambiguas y violaciones ambiguas; los llamaban sucios porque su fin se disimulaba y se negaba para poder alcanzarlo más fácilmente, estas familias era gente bien educada, de apariencia correcta y responsable; la hipótesis de Selvini era que la conducta del paciente señalado estaba en conexión directa con un juego sucio. La explosión de la conducta psicótica tenía lugar cuando el paciente había sido traicionado por su sistema parental, con quienes creía tener más afinidad. (Selvini Palazzoli, 1990, págs. 91-92)

Según las ideas de los autores citados anteriormente pueden destacarse los siguientes aspectos para poder describir, en términos operativos, la fisonomía de la familia que puede calificarse como esquizofrenógena.

La esquizofrenia es el resultado de una determinada interacción familiar donde hay una sucesión de experiencias que provocan tal sintomatología; por ello, más que indagar buscando una experiencia traumática en la etiología, hay que ver los modelos característicos de procesos que pueden explicar la aparición de la esquizofrenia. (Ríos Gonzáles, 1994, pág. 474)

Sluzki, 1976 (citado en Ríos, 1994) señala que estas sucesiones tienen la característica de que en base a ellas el paciente adquiere un hábitus mental que queda demostrado en la comunicación esquizofrénica, así el esquizofrénico "debe vivir en un universo donde la sucesiones de acontecimientos son tales que sus modalidades comunicativas no convencionales resultan apropiadas de algún modo" (p. 474)

Bateson, 1958 y Haley, 1959 mencionan que contemplada desde el contexto distorsionado, la esquizofrenia es una comunicación igualmente distorsionada, al tiempo que puede describirse el comportamiento esquizofrénico en base a niveles de una comunicación característica centrada en el doble vínculo. Bateson, también afirma que la sucesión de este tipo de experiencias externas es responsable de los conflictos internos, apareciendo como una sucesión irresoluble que se denominaría con el término doble vínculo. Este dinamismo hacen nacer transacciones que están llenas de "no confirmaciones". (Bateson, Jackson, & Haley, Toward a theory of Schizophrenia, 1956, pág. 251)

Sluzki,1976 citado en Ríos, 1994) menciona que en la naturaleza de esta interacción aparece el verdadero comportamiento psicótico que puede ser el resultado, no de la quiebra de la capacidad de una persona para afrontar la realidad, sino de los esfuerzos para hacer frente a los mensajes contradictorios y a las exigencias imposibles, pudiendo llegar, a que la psicosis de un miembro de la familia puede ser una alternativa económica a la descompensación de otros muchos miembros o a una crisis familiar. (p. 475)

Sluzki, 1976 hace una descripción de la familia esquizofrenógena con las siguientes notas diferenciadoras:

* La familia esquizofrenógena logra una adaptación externa a costa de su disgregación interna.

* El miembro esquizofrénico se adapta a este ambiente familiar con formas de comportamiento comunicativo en el que el mundo interno y externo quedan implícita o explícitamente negados.

* Es una familia fuertemente homeostática.

* Los miembros de esta familia son incapaces de llegar a tomar decisiones, ninguno asume la responsabilidad de poner ante sí y de modo claro un problema. Esto hace que el ambiente familiar de este tipo sea rígido.

* Dada la incapacidad de esta familia para adaptarse a los nuevos cambios, se encontrará siempre intentando resolver sus viejos problemas, sin encontrar, un dinamismo progresivo y perfectivo. (Ríos Gonzáles, 1994, pág. 475)

Después de haber visto los conceptos sobre el funcionamiento de la comunicación dentro del sistema familiar del paciente esquizofrénico, se evidencia la importancia de destacar la dinámica relacional que se da entre el paciente designado como esquizofrénico y las figuras del subsistema parental.

II.12 Los padres del esquizofrénico

Batesosn, Lidz y Wayne (1969), la década de los años 50 es la época de la formulación de las teorías familiares más importantes; a pesar de las marcadas diferencias entre estas tres escuelas, las tres comparten la siguiente hipótesis general: "Las condiciones de la vida familiar,

especialmente ciertas formas de interacción entre los miembros familiares, pueden predisponer a un individuo a la esquizofrenia" citados en (Liem, 1971, pág. 429)

Watzlawick y Helmick (1976), definen que “las familias con problemas psiquiátricos donde se ha estructurado comportamientos patológicos en alguno de sus miembros, hay transacciones dirigidas a mantener reglas y normas rígidas destinadas a salvaguardar el delicado equilibrio de un sistema perturbado. Los estudios sobre familias que incluyen a un miembro esquizofrénico dejan muy pocas dudas acerca de que la existencia del paciente es esencial para la estabilidad del sistema familiar, y ese sistema reaccionara rápida y eficazmente frente a cualquier intento interno o externo, de alterar su organización. Evidentemente, se trata de un tipo indeseable de estabilidad”. (Watzlawick & Helmick, Teoría de la comunicacion humana, 1976, pág. 32)

Según Brevis Heilbrunn (2004) en su Tesis de Licenciatura en trabajo Social de la Universidad de Humanismo Cristiano, de Santiago de Chile:

> “En los sistemas familiares, donde un miembro se encuentra con un problema psiquiátrico como la esquizofrenia, los padres muchas veces tienen expectativas sobre el futuro de la vida educacional, profesional, afectiva, social de los hijos; pero al aparecer la enfermedad los padres tienen sentimientos muchas veces de frustración y aparecen los prejuicios en torno a las enfermedades mentales, lamentablemente comienzan a ver en el hijo un proyecto fracasado. Por otro lado la madre que enfrenta las dificultades cotidianas, entre ellas los cuidados hacia el hijo enfermo, de este modo la madre genera expectativas muy altas en relación a la ayuda, a la comprensión y el 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 sentimientos de rechazo, rebelión y culpabilidad. Las relaciones sociales, se dificultan al interior de la familia y en su entorno. En muchas culturas los hijos son la proyección de los padres, si ellos triunfan los padres se sienten orgullosos, si fracasan, se sientan responsables y a veces avergonzados. Cuando el hijo es rechazado, los padres piensan que también lo son. Esta interacción varía y no es igual en todas las familias y culturas, depende de la información que se maneja respecto de la enfermedad, el nivel sociocultural, las creencias, ideas y valores de cada grupo. 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 tienen sentimientos de abandono, se aíslan y a veces se ponen agresivos; así 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".

Este estudio, donde 20 pacientes con esquizofrenia, 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. El estudio concluyó que son familias cerradas, estáticas, sin vida de relación extra familiar, la afectividad es pobre y no hay manifestaciones afectivas al interior de la familia. Estas familias cerradas se dan con roles y normas poco flexibles, este punto tiene directa relación con la teoría de sistemas aplicada en el

estudio que habla de las familias enfermas con dinámica homeostática y normas rígidas. (p. 75-78)

Lutz, 1957 e Ingrassia, 1966 (citados en Ríos, 1994) señalan que las perturbaciones carenciales parentales inciden en lo que él denomina "perturbaciones del contacto", el componente básico se encuentra en la falta de calor materno y paterno que es fundamental para el desarrollo psicobiológico infantil, que constituyen un elemento fundamental del síndrome de la esquizofrenia infantil, estos síntomas son la no adquisición o pérdida de contacto objetivo con la realidad, aparición de un pensamiento autista, fenómenos de regresión y disociación. (p. 476)

Boszormenyi-nagy y Framo (1965), destacan que los padres del esquizofrénico tienen miedo funcionar como individuos autónomos en relación con el paciente, ya que actuar así significa para ellos la muerte del paciente, así el paciente hace que explote el terror de los padres, para obtener de ellos gratificaciones infantiles en una relación simbiótica e intensa que impide la maduración del mismo. Tambien definen a los padres del esquizofrénico como personas que siguen vinculadas a sus familias de origen, hasta el punto de no formar parte psicológicamente de la propia familia conyugal. El hijo esquizofrénico está afectado por un tipo de apego que ata a los padres a estructuras familiares de sus respectivos pasados; es así que se hace difícil la salida para estos padres ante el dilema de tener que optar por una forma de identidad "como hijos" frente a una identidad "como padres". (Boszormenyi-Nagy, 1965, pág. 165)

II.12.1 Figura materna

Fry, 1962 (citado en Ríos, 1994) hace referencia a que "la figura materna del esquizofrénico ha sido valorada como un verdadero factor etiológico" (p. 477)

Jackson, 1958 (citado en Ríos, 1994) ha destacado" la relación que guarda el sentimiento de culpa con el control materno" (p. 477)

Bateson, 1984 (citado en Ríos, 1994) insiste en el hecho que la madre del esquizofrénico castiga al hijo por su expectativa de castigo, con lo que quiere aparentar que el hijo debe permanecer varado en este tipo de obstáculo. El contexto de aprendizaje del esquizofrénico viene descrito en términos de relación con la madre; ésta se comporta de manera hostil cuando el hijo se le acerca y simula a veces un comportamiento hostil retirándose. La sensibilidad de la madre ante las acusaciones impide al hijo comentar o discriminar cuidadosamente lo que está comunicando. (p. 478)

Lidz y Fleck, 1960 (citados en Ríos, 1994) mencionan que "las madres de esquizofrénicos existe la tendencia materna a combinar las necesidades del hijo con las propias necesidades, proyectándolas sobre el hijo, lo que causa una verdadera incapacidad para el hijo" (p. 478)

Bowen, 1960 (citado en Ríos, 1994) afirma que "las lamentaciones y quejas de las madres por la inadecuación de un hijo esquizofrénico pueden considerarse como una exteriorización de inadecuación de las propias madres" (p. 478)

II.12.2 La figura paterna

Los padres han sido objeto de menor número de investigaciones, pero existen aportaciones interesantes que se mencionan a continuación:

Cheek, 1965 y Caputo, 1966 (citados en Ríos, 1994) refieren a "los padres de esquizofrénicos como sujetos con personalidades muy pasivas, apartados de la relación familiar normal en cualquier familia, descritos como padres periféricos" (p. 479)

Mishler y Waxler, 1966 (citados en Ríos, 1994) definen a los padres como "menos dominantes en comparación con los padres de hijos normales" (p. 479)

Lindz, 1959 (citado en Ríos, 1994) dice que el tipo más frecuente de estos padres es el "distante", que resulta ser muy semejante al "autoritario", mencionado por Kanner y Eisenberg, 1959. Lindz y Fleck, 1964, también resaltan que son padres poco seguros de sí mismos y de su masculinidad, lo cual lleva a exigir admiración y atención continua para sostener su propia estima, de donde se sigue que tales padres resultan débiles, con comportamiento paradójico e irracional, aspectos que afectan negativamente a la interacción con el hijo. (p. 479)

Clausen y Kohnn, 1964 (citados en Ríos, 1994) resaltan tres categorías de padres de esquizofrénicos; a) el pasivo inmaduro y tendente a renunciar a funciones propias de la paternidad; b) autoritario, sádico y c) frío, megalómano y narcisista. (p. 479)

Weakland, 1960 (citado en Ríos, 1994) menciona que la figura paterna ocupa en la génesis de los esquizofrénicos un lugar también destacado, ya que forma parte del triángulo que origina un doble vínculo. Junto a los mensajes conflictivos y al comportamiento psicótico, el padre es el tercer miembro potencial del "triángulo", asumiendo una de estas tres posiciones; o participan el papel de perseguidor, o permanece como testigo pasivo, o se convierte en una víctima más. El padre entra aquí como un factor negativo, ya que es incapaz de apoyar al hijo en su relación con la madre, aspecto que resultaría altamente beneficioso para una posterior evolución de la

situación. La actitud del padre debiera ser la de intervenir cuando la madre se comporta hostilmente con el hijo esquizofrénico, cosa que no sucede. (p. 478)

Podemos evidenciar después de lo citado anteriormente como el comportamiento de los progenitores actúa sobre el comportamiento del hijo, destacando que la madre es mas protectiva e intrusiva, esta característica no se da solo en el momento del diagnostico de la esquizofrenia del hijo, sino que parece ser una nota peculiar de las madres antes de evidenciarse la perturbación esquizofrénica; las madres son controladoras y dominantes y los padres, quienes han sido objeto de menor número de investigaciones pero que también aportan con su personalidad pasiva y que aparecen más apartados de la relación familiar normal en cualquier familia son descritos muchas veces como padres periféricos. Algo que resaltar es que la inseguridad de la figura paterna bloquea y obstaculiza los procesos normales de identificación y sus posteriores elaboraciones en la fase de identidad del hijo, como hombre, y en la hija como mujer.

CAPITULO III

MARCO METODOLOGICO

III. 1. Enfoque de la investigación

La presente investigación tendrá un enfoque cuantitativo, de manera que se podrá realizar un análisis estadístico con el instrumento de la Escala de Comunicación Familiar (FCS-VE) a fin de que el paciente diagnosticado con esquizofrenia paranoide, pueda expresar su percepción sobre el nivel de comunicación existente en su sistema familiar.

Las investigaciones cuantitativas son aquellas que "usan la recolección de datos para probar hipótesis, con base en la medición numérica y el análisis estadístico, para establecer patrones de comportamiento y probar teorías" (Hernández & Fernández, Metodología de la investigación, 2003, pág. 5)

III. 2. Tipo de investigación

La presente investigación es de carácter descriptiva, ésta se define como:

"La investigación descriptiva consiste en la descripción de fenómenos en la vida real. Ofrece una descripción detallada de las características de ciertos individuos, situaciones o grupos". (Kerlinger & Lee, 1999).

Dankhe, (citado en Hernández y Fernández, 2003) dice que "los estudios descriptivos buscan especificar las propiedades importantes de personas, grupos, comunidades o cualquier otro fenómeno que sea sometido a análisis. (p. 60)

La presente investigación es de tipo descriptiva en tanto se describirán conceptos y se establecerán características detalladas de la percepción que tiene el paciente con diagnostico de esquizofrenia paranoide, sobre el nivel de comunicación existente dentro del sistema familiar.

III. 3. Diseño de la investigación

Esta investigación utiliza el diseño No Experimental, en tanto no se manipulará deliberadamente ninguna variable "lo que se hace en la investigación no experimental es observar fenómenos tal y como se dan en su contexto natural, para después analizarlos" (Hernández, Fernández, & Baptista, Metodología de la investigación, 1998, pág. 184).

La presente investigación es de tipo transeccional, ya que "se recolectarán datos en un solo momento, en un tiempo único. Pueden abarcar varios grupos o subgrupos de personas, objetos, situaciones, contextos, fenómenos en una variable o concepto y proporcionar su descripción" (Hernández & Fernández, Metodología de la investigación, 2003, pág. 187)

Por lo tanto, la presente investigación es de tipo transeccional, debido a que se realizara una única medición a través de la Escala de Comunicación Familiar (FCS-VE) en un grupo de pacientes diagnosticados con esquizofrenia paranoide en un determinado período de tiempo, no se practicarán seguimientos de tipo temporal. Dicho procedimiento permitirá comprender la percepción actual que tienen los pacientes diagnosticados con esquizofrenia paranoide sobre el nivel de comunicación existente en su sistema familiar.

III. 4. Población

La población tomada en cuenta en esta investigación, son pacientes varones y mujeres entre las edades de 18 a 35 años, diagnosticados con esquizofrenia paranoide y que se encuentran

internos en la Comunidad de Agudos del Hospital de Rehabilitación y Salud Mental San Juan de Dios.

La Comunidad de Agudos del Hospital de Rehabilitación y Salud Mental San Juan de Dios, cuenta con 32 pacientes internados, de los cuales 16 pacientes son varones y 16 pacientes son mujeres. Los pacientes con diagnóstico de esquizofrenia paranoide son 14 varones y 6 mujeres en el período de muestra de la gestión 2015.

Cabe aclarar que los pacientes internados en la Comunidad de Agudos, son pacientes que fueron ingresados por haber tenido un brote psicótico; pueden ser pacientes de nuevo ingreso o pacientes que son reingresados; dichos pacientes son evaluados por el equipo multidisciplinario, el cual está conformado por el médico psiquiatra, la psicóloga, el personal de enfermería, médicos residentes y practicantes en el área de psiquiatría y psicología.

El paciente, desde su ingreso y después de haber logrado estabilidad en su cuadro con la medicación y las terapias psicológicas apropiadas a cada caso, se encuentra en condiciones de incorporarse a la comunidad de pacientes estabilizados.

La presente investigación y la aplicación de la escala fueron aplicadas cuando el paciente ha mostrado señales de estabilización y coherencia en su participación y comunicación con el equipo multidisciplinario debido a su aptitud para poder ser entrevistado.

Por lo mismo se utilizaron los siguientes criterios importantes para la selección de los pacientes:

- Los pacientes varones y mujeres deben ser personas mayores de edad que comprendan edades entre los 18 años a 35 años, con el diagnostico de esquizofrenia paranoide.

- Los pacientes deben haber sido informados sobre la investigación que se está efectuando, ellos deben acceder de manera voluntaria a ser entrevistados, ningún paciente es obligado a realizar la aplicación de la escala de comunicación.

A continuación se muestra una tabla donde se describe el número de pacientes internados, la edad y su diagnóstico:

Tabla 1: Pacientes varones internados en la comunidad de agudos

Pacientes varones	**Iniciales del nombre**	**Edad**	**Diagnóstico**
1	C.C.L.	19 años	Trastorno orgánico delirante
2	J.G.C.M.	26 años	Esquizofrenia Paranoide
3	B.M.Q.CH.	21 años	Retraso mental leve con descontrol de impulsos
4	J.G.A.	35 años	Esquizofrenia Paranoide
5	M.A.V.C.	25 años	Esquizofrenia paranoide
6	A.G.	85 años	Demencia Vascular
7	C.A.B.	35 años	Esquizofrenia Paranoide
8	G.S.T.	27 años	Esquizofrenia Paranoide
9	S.M.R.	25 años	Esquizofrenia Paranoide
10	D.A.T.B.	61 años	Dependencia alcohólica
11	H.A.M.C.	20 años	Esquizofrenia Paranoide
12	A.W.S.	28 años	Esquizofrenia Paranoide
13	A.J.C.V.	33 años	Esquizofrenia Paranoide
14	M.L.C.	25 años	Esquizofrenia Paranoide
15	D.P.C.	29 años	Esquizofrenia Paranoide

16	P.C.C.	30 años	Retraso mental Moderado
17	L.C.M.	29 años	Esquizofrenia Paranoide (trasladado a intermedios)
18	E.P.V.	26 años	Esquizofrenia Paranoide (alta solicitada)

Tabla 2 Pacientes mujeres internadas en la comunidad de Agudos

Pacientes mujeres	**Iniciales del nombre**	**Edad**	**Diagnóstico**
1	V.M.V.	46 años	Psicosis reagudizada por consumo de alcohol
2	M.T.N.A.	57 años	Trastorno Bipolar
3	D.R.T.H.	33 años	Trastorno mental por lesión o disfunción
4	A.L.O.	67 años	Depresión Recurrente
5	F.M.L.	19 años	Anorexia nerviosa
6	M.O.N.	35 años	Esquizofrenia Paranoide
7	V.G.C.	38 años	Trastorno Bipolar descompensado
8	E.P.A.	35 años	Esquizofrenia paranoide
9	G.M.O.	29 años	Esquizofrenia Paranoide
10	E.A.	21 años	Esquizofrenia Paranoide
11	K.K.G.T.	23 años	Esquizofrenia Paranoide
12	V.G.V.	49 años	TMO por lesión cerebral
13	U.S.M.	69 años	Depresión severa con síntomas psicóticos

14	C.C.H.G.	21 años	Esquizofrenia Paranoide
15	M.C.Z.	22 años	Trastorno obsesivo compulsivo con síndrome depresivo moderado con diagnóstico psicótico
16	A.P.T.I.	29 años	Trastorno esquizoafectivo

Tabla 3: Pacientes varones con diagnóstico de esquizofrenia paranoide internados en la Comunidad de Agudos

Paciente	**Iniciales del nombre**	**Edad**	**Diagnóstico**
1	J.G.C.M.	26 años	Esquizofrenia Paranoide
2	J.G.A.	35 años	Esquizofrenia Paranoide
3	C.A.B.	35 años	Esquizofrenia Paranoide
4	G.S.T.	27 años	Esquizofrenia Paranoide
5	S.M.R.	25 años	Esquizofrenia Paranoide
6	A.W.S.	29 años	Esquizofrenia Paranoide
7	A.J.C.V.	33 años	Esquizofrenia paranoide
8	M.L.C.	25 años	Esquizofrenia Paranoide
9	L.C.M.	29 años	Esquizofrenia Paranoide
10	E.P.V.	26 años	Esquizofrenia Paranoide
11	M.A.V.C.	25 años	Esquizofrenia Paranoide
12	H.A.M.C.	20 años	Esquizofrenia Paranoide
13	D.P.C.	29 años	Esquizofrenia Paranoide
14	A.P.G.	26 años	Esquizofrenia Paranoide, alta solicitada

Tabla 4: Pacientes mujeres con diagnóstico de esquizofrenia paranoide internados en la Comunidad de Agudos

Paciente	Inicial del nombre	Edad	Diagnóstico
1	M.O.N.	34 años	Esquizofrenia paranoide
2	G.M.O.	29 años	Esquizofrenia Paranoide
3	E.A.	22 años	Esquizofrenia paranoide
4	K.K.G.	23 años	Esquizofrenia Paranoide
5	C.C.H.G.	21 años	Esquizofrenia Paranoide
6	E.P.A.	35 años	Esquizofrenia Paranoide

III. 5. Ambiente y delimitación

La aplicación de la escala se realizará en las instalaciones del Hospital de Rehabilitación y Salud Mental san Juan de Dios en la Comunidad de Agudos. Ubicado en la calle Pankarita Irpavi II de la ciudad de La Paz-Bolivia.

III. 6. Variables

La presente investigación comprende dos variables de las cuales una es el nivel de comunicación familiar mas la variable atributo que es el género. A continuación se explica cada una de las variables:

III. 6. 1. Variable 1

Nivel de comunicación familiar: Permite evaluar las habilidades positivas de comunicación en una familia, como, mensajes claros y congruentes, empatía, frases de apoyo y habilidades efectivas de resolución de problemas.

Operacionalización de la variable 1:

Tabla 5: Operacionalización de la variable Comunicación

Variable	Dimensión	Definición	Instrumento	Ítems	Medición
Comunicación	Mensajes claros y congruentes	Llamado mensaje de contenido por Ríos Gonzales, es el que se transmite mediante un lenguaje verbal, directo, comprensible y no necesitado de traducción. Corresponde, a una verdadera situación real que se expresa de modo inequívoco. (Ríos Gonzáles, 1994, pág. 72)	Escala de Comunicación Familiar (FCS. Family Communication Scale) (Barnes, 2008)	1, 4, 7 y 10	1= No describe nada a mi familia 2= sólo la describe ligeramente 3= describe a veces a mi familia 4= en general, sí describe a mi familia 5= describe muy bien a mi familia
	Empatía	Es la capacidad de percibir, predecir e identificarse con los sentimientos de los		2 y 8	

		demás. Al meternos en la situación de los demás, creamos un clima más favorable para resolver los problemas (Ríos, 2009, pág. 638)			
	Frases de apoyo	Son las palabras dichas a una persona que ayudan en su crecimiento personal. (Olortegui, 2001, pág. 45)		3 y 10	
	Habilidad de resolución de problemas.	La capacidad de resolver problemas es la eficacia y agilidad para dar soluciones a problemas detectados, emprendiendo las acciones correctoras necesarias con sentido común, sentido del coste e iniciativa. (Cádiz,		5, 6 y 9	

		2015, pág. 1)			
	Escucha reflexiva	Es escuchar con comprensión y cuidado, saber lo que la otra persona trata de comunicar y transmitirle, ya sea a nivel verbal o no verbal, que hemos recibido su mensaje (Ríos, 2009, pág. 638)		2, 6 y 8	

III.6.2 Variable Atributo

Género: Masculino o femenino a efectos comparativos.

Grupo de Comparación: Individuos sin diagnóstico elegidos al azar a efectos comparativos.

III. 7. Instrumentos (materiales y aparatos)

Para lograr los objetivos planteados en la presente investigación se aplicó la Escala de Comunicación Familiar (FCS-VE). (Anexo 1). Dicha escala tiene como objetivo evaluar la comunicación que se produce en el sistema familiar, evaluando varios aspectos importantes como el nivel de apertura o libertad para intercambiar ideas, la información y preocupaciones entre generaciones, la confianza y honestidad experimentada y el tono emocional de las interacciones. La escala consta de 10 ítems, en una escala Likert de cinco opciones de respuesta (1 no describe nada a mi familia a 5 describe muy bien a mi familia)

Esta escala está distribuida en cinco dimensiones, a continuación se desarrollará una breve descripción de estas:

- Mensajes claros y congruentes: Llamado mensaje de contenido por Ríos Gonzales, es el que se transmite mediante un lenguaje verbal, directo, comprensible y no necesitado de traducción. Corresponde, a una verdadera situación real que se expresa de modo inequívoco. (ítems 1, 4, 7 y 10)
- Empatía: Es la capacidad de percibir, predecir e identificarse con los sentimientos de los demás. Al meternos en la situación de los demás, creamos un clima más favorable para resolver los problemas. (ítems 2 y 8)
- Frases de apoyo: Son las palabras dichas a una persona que ayudan en su crecimiento personal. (ítems 3 y 10)

- Habilidad de resolución de problemas: La capacidad de resolver problemas es la eficacia y agilidad para dar soluciones a problemas detectados, emprendiendo las acciones correctoras necesarias con sentido común, sentido del coste e iniciativa. (5, 6 y 9)
- Escucha reflexiva: Es escuchar con comprensión y cuidado, saber lo que la otra persona trata de comunicar y transmitirle, ya sea a nivel verbal o no verbal, que hemos recibido su mensaje. (2, 6 y 8)

III. 8. Procedimiento

La presente investigación se realizó en las siguientes fases:

Fase 1: Identificación de la Escala

En la primera fase se indago entre varios cuestionarios que evaluaran la comunicación dentro del sistema familiar. Se seleccionó la Escala de Comunicación Familiar (Family Communication Scale-Versión Española; FCS-VE), por su fiabilidad y por su validez.

Fase 2: Identificación y selección de los sujetos

En esta fase se observó que todos los internos estabilizados con diagnostico de esquizofrenia paranoide son aptos para la toma de muestras. Incluso los pacientes crónicos llegan a tener episodios de estabilidad en los que puede aplicarse la muestra. Se tomo la muestra a 14 varones y 6 mujeres estabilizados con diagnóstico de esquizofrenia paranoide.

Tambien se trabajó con un grupo de sujetos de comparación sin ningún tipo de diagnostico de enfermedad mental para poder observar el comportamiento estadístico de los resultados y su tendencia. Se tomo la muestra a 15 mujeres y 16 varones sin diagnóstico de enfermedad mental.

Fase 3: Aplicación del instrumento a la muestra

La toma de muestra, se realizó a 6 pacientes mujeres y 14 pacientes varones internados con el diagnóstico de esquizofrenia paranoide en la Comunidad de Agudos del Hospital de Rehabilitación y Salud Mental San Juan de Dios en la gestión 2015.

Fase 4: Resultados

Los resultados fueron procesados con la ayuda del software estadístico SPSS versión 18 para Windows. Tanto las tablas como las figuras han sido realizadas en Excel, la prueba Chi cuadrado de independencia se utiliza para verificar la existencia de una dependencia o no entre dos variables donde al menos una de ellas es categórica, la prueba ha sido realizada en el software SPSS.

El programa SPSS se utiliza para cualquier tipo de investigación cuantitativa, puede ser descriptiva, exploratoria, correlacional o causal. Si bien la tesis es descriptiva, la prueba de correlación surge a partir de los resultados descriptivos, el objetivo es justificar estadísticamente la significancia de las relaciones encontradas entre ambos grupos de comparación

Fase 5: Conclusiones y recomendaciones

A partir de los resultados obtenidos y los fundamentos teóricos de la presente investigación se elaboraron las conclusiones en respuesta a los objetivos y de manera general, también se hicieron algunas recomendaciones para profundizar y mejorar el aporte de esta investigación.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS

En este capítulo se presenta el análisis de los resultados finales obtenidos a través del instrumento de Escala de Comunicación Familiar (FCS-VE) aplicado a los sujetos participantes del estudio, en función de los objetivos formulados se realiza el tratamiento correspondiente para el análisis de los datos, destacando las deducciones más relevantes de esta investigación.

IV.1 Resultados generales por ítem

Los resultados obtenidos se presentan en cuadros de distribución de promedios, frecuencias y porcentajes de las alternativas de respuestas correspondientes a cada ítem del test, así como al puntaje total del test. Cada ítem corresponde a una frase de la Escala de Comunicación Familiar (FCS-VE), por ello analizaremos los resultados de los diez frases o ítems.

IV.1.1. Tablas de frecuencia porcentuales por ítem

La información obtenida es presentada organizadamente en cuadros y gráficos a través de gráficos de barras en función de los porcentajes y alternativas de respuestas; permitiendo establecer el análisis descriptivo de cada ítem.

Tabla 6: Distribución de frecuencias y porcentajes de las alternativas de respuesta correspondientes al ítem 1 aplicado a pacientes diagnosticados con esquizofrenia paranoide. Los miembros de la familia estamos satisfechos con la forma de comunicarnos.

Respuesta	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
No describe nada	4	20,0	20,0
Describe ligeramente	2	10,0	30,0
Describe a veces	8	40,0	70,0
En general, sí describe	1	5,0	75,0
Describe muy bien	5	25,0	100,0
Total	20	100,0	

Fuente: Elaboración propia

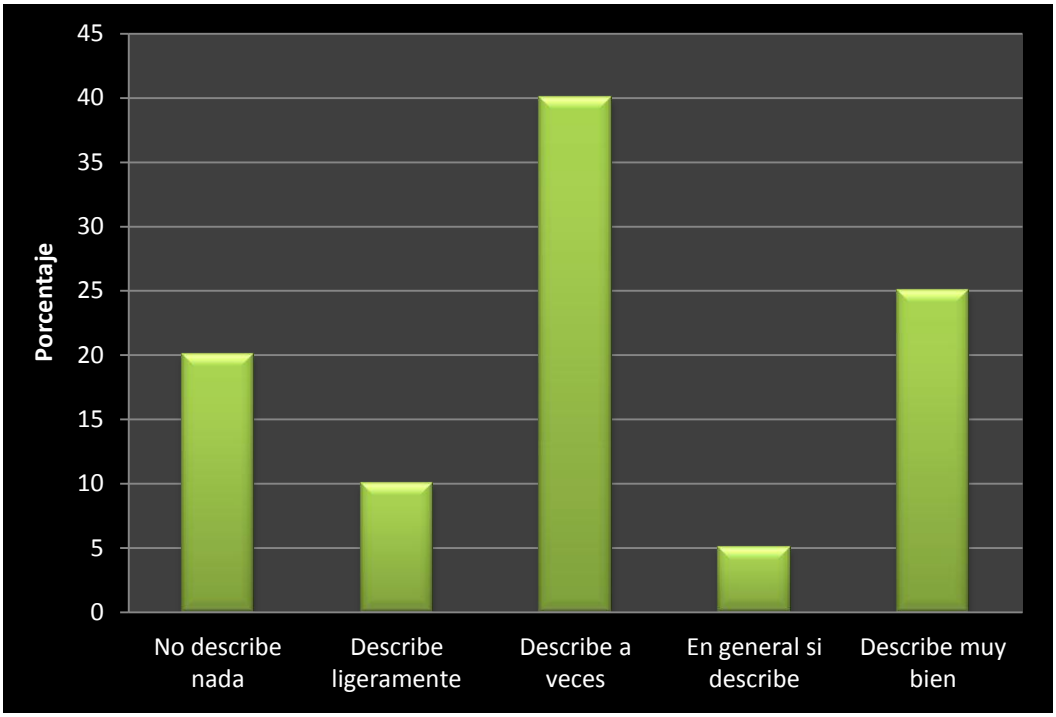


Figura 1: Distribución porcentual de las alternativas de respuesta correspondientes al ítem 1 aplicado a pacientes diagnosticados con esquizofrenia paranoide: Los miembros de la familia estamos satisfechos con la forma de comunicarnos.

Respecto al primer ítem del test en la Tabla 6 el 40% de los participantes con diagnóstico de esquizofrenia paranoide percibe "a veces" satisfacción con la forma de escucharse en el entorno

familiar, el 30% acumulado indica “nada o ligeramente”, y el otro 30% indica una respuesta favorable –“si describe o describe muy bien”.

En la Figura 1 se observa que, ante la frase o ítem “Los miembros de la familia estamos satisfechos con la forma de comunicarnos”, el mayor porcentaje es equilibrado con su percepción.

Tabla 7: Distribución de frecuencias y porcentajes de las alternativas de respuesta correspondientes al ítem 2 aplicado a pacientes diagnosticados con esquizofrenia paranoide. Los miembros de la familia sabemos escuchar.

Respuesta	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
No describe nada	4	20,0	20,0
Describe ligeramente	3	15,0	35,0
Describe a veces	6	30,0	65,0
En general si describe	3	15,0	80,0
Describe muy bien	4	20,0	100,0
Total	20	100,0	

Fuente: Elaboración propia

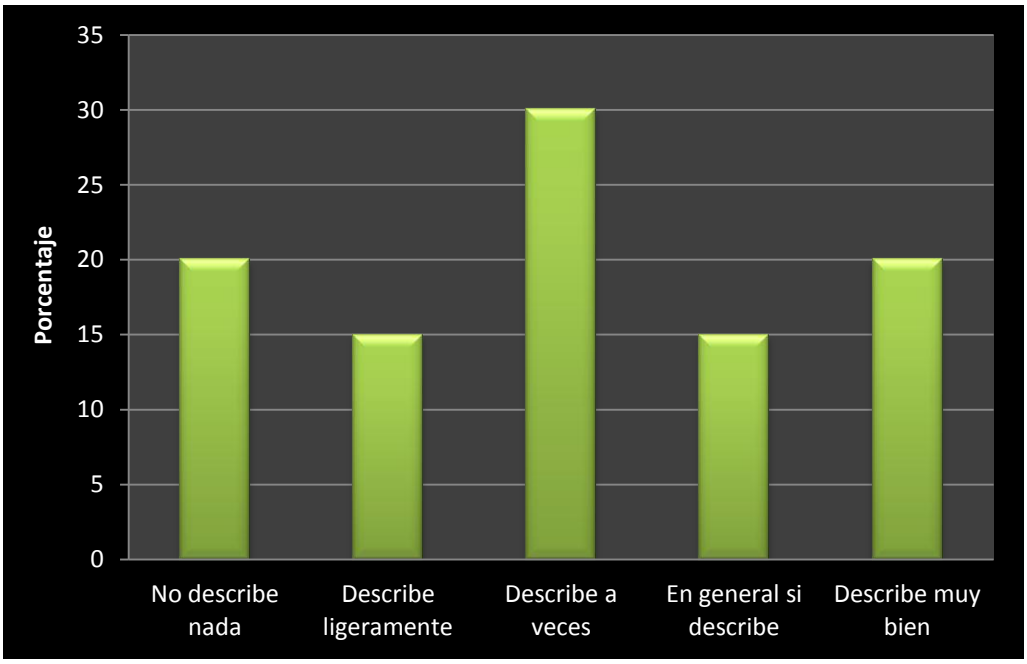


Figura 2: Distribución porcentual de las alternativas de respuesta correspondientes al ítem 2: Los miembros de la familia sabemos escuchar.

En relación al ítem 2, la Figura 2 muestra una simetría en los porcentajes de respuesta, se aprecia un porcentaje mayor en la opción central (30%), sumando las opciones más favorables se llega a un 35% de la muestra que tienen una percepción afirmativa y el restante 35% con una percepción negativa al hecho de que los miembros de la familia saben escuchar.

En la Figura 2 se observa que, ante la frase o ítem “Los miembros de la familia sabemos escuchar”, el mayor porcentaje es también equilibrado en su percepción.

Tabla 8: Distribución de frecuencias y porcentajes de las alternativas de respuesta correspondientes al ítem 3 aplicado a pacientes diagnosticados con esquizofrenia paranoide. Los miembros de la familia nos expresamos afecto entre nosotros.

Respuesta	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
No describe nada	5	25,0	25,0
Describe ligeramente	4	20,0	45,0
Describe a veces	4	20,0	65,0
En general si describe	3	15,0	80,0
Describe muy bien	4	20,0	100,0
Total	20	100,0	

Fuente: Elaboración propia

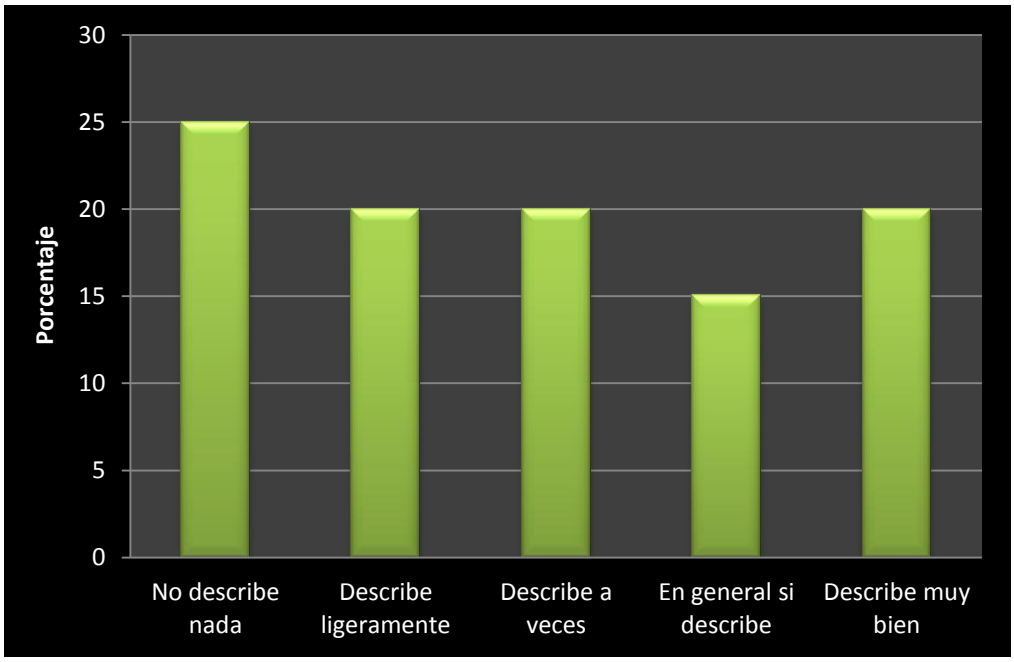


Figura 3: Distribución porcentual de las alternativas de respuesta correspondientes al ítem 3: Los miembros de la familia nos expresamos afecto entre nosotros.

Respecto al tercer ítem del test en la Tabla 8 el 45% de los participantes con diagnóstico de esquizofrenia paranoide percibe "ligeramente a nada" de expresión de afecto en el entorno familiar, el 20% indica "a veces", y el otro 35% indica una respuesta favorable –"si describe o describe muy bien".

En la Figura 3 se observa que, ante la frase “Los miembros de la familia nos expresamos afecto entre nosotros”, se observa que el mayor porcentaje de los sujetos empieza a tener una percepción negativa, es decir poca expresión de afecto.

Tabla 9: Distribución de frecuencias y porcentajes de las alternativas de respuesta correspondientes al ítem 4 aplicado a pacientes diagnosticados con esquizofrenia paranoide. En nuestra familia compartimos los sentimientos abiertamente.

Respuesta	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
No describe nada	7	35,0	35,0
Describe ligeramente	4	20,0	55,0
Describe a veces	3	15,0	70,0
En general si describe	2	10,0	80,0
Describe muy bien	4	20,0	100,0
Total	20	100,0	

Fuente: Elaboración propia

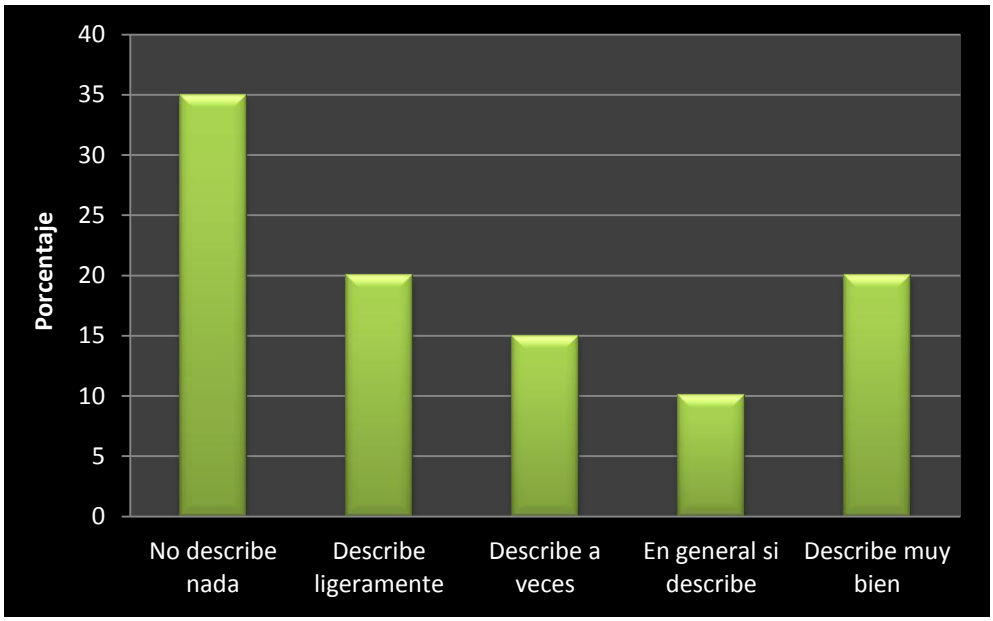


Figura 4: Distribución porcentual de las alternativas de respuesta correspondientes al ítem 4: En nuestra familia compartimos los sentimientos abiertamente.

Respecto al cuarto ítem del test, en la Tabla 9 el 55% de los participantes con diagnóstico de esquizofrenia paranoide percibe "ligeramente a nada" de poder compartir abiertamente los sentimientos en el entorno familiar, el 15% indica "a veces", y el otro 30% indica una respuesta favorable –"si describe o describe muy bien".

En la Figura 4 se observa que, ante la frase “En nuestra familia compartimos los sentimientos abiertamente”, se observa que el mayor porcentaje de los sujetos tiene una mayor percepción negativa, es decir que en la familia no hay apertura para compartir los sentimientos.

Tabla 10: Distribución de frecuencias y porcentajes de las alternativas de respuesta correspondientes al ítem 5 aplicado a pacientes diagnosticados con esquizofrenia paranoide. Disfrutamos pasando tiempo juntos.

Respuesta	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
No describe nada	4	20,0	20,0
Describe ligeramente	3	15,0	35,0
Describe a veces	9	45,0	80,0
En general si describe	1	5,0	85,0
Describe muy bien	3	15,0	100,0
Total	20	100,0	

Fuente: Elaboración propia

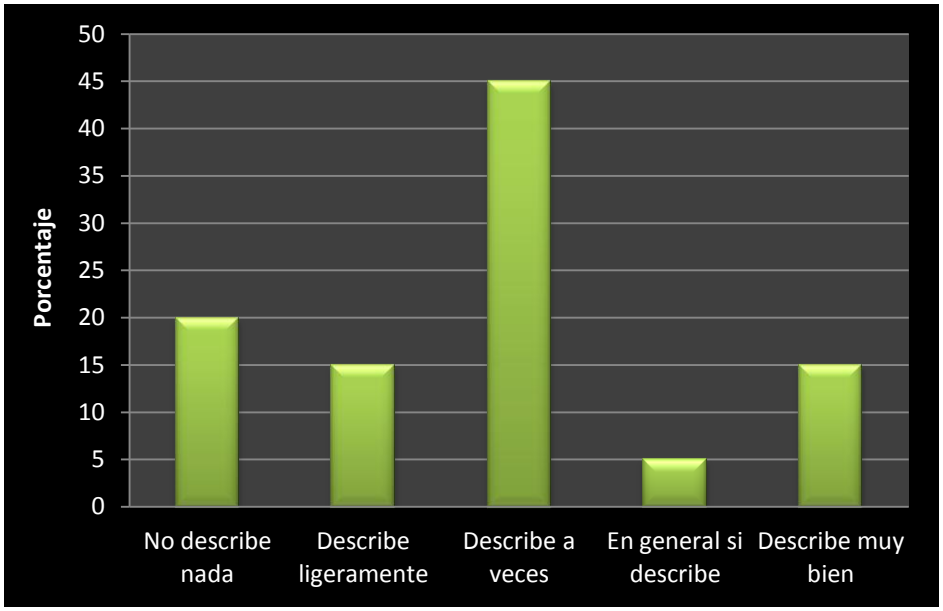


Figura 5: Distribución porcentual de las alternativas de respuesta correspondientes al ítem 5: Disfrutamos pasando tiempo juntos.

Respecto al quinto ítem del test en la Tabla 10 el 45% de los participantes con diagnóstico de esquizofrenia paranoide percibe que "a veces" disfrutan pasando tiempo juntos en el entorno familiar, el 35% indica "ligeramente a nada", y el otro 20% indica una respuesta favorable –"si describe o describe muy bien".

En la Figura 5 se observa que, ante la frase “Disfrutamos pasando tiempo juntos”, se observa que el mayor porcentaje de los sujetos tiene una percepción equilibrada sobre el disfrute del tiempo en familia.

Tabla 11: Distribución de frecuencias y porcentajes de las alternativas de respuesta correspondientes al ítem 6 aplicado a pacientes diagnosticados con esquizofrenia paranoide. Los miembros de la familia discutimos los sentimientos e ideas entre nosotros.

Respuesta	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
No describe nada	7	35,0	35,0
Describe ligeramente	6	30,0	65,0
Describe a veces	3	15,0	80,0
En general si describe	1	5,0	85,0
Describe muy bien	3	15,0	100,0
Total	20	100,0	

Fuente: Elaboración propia

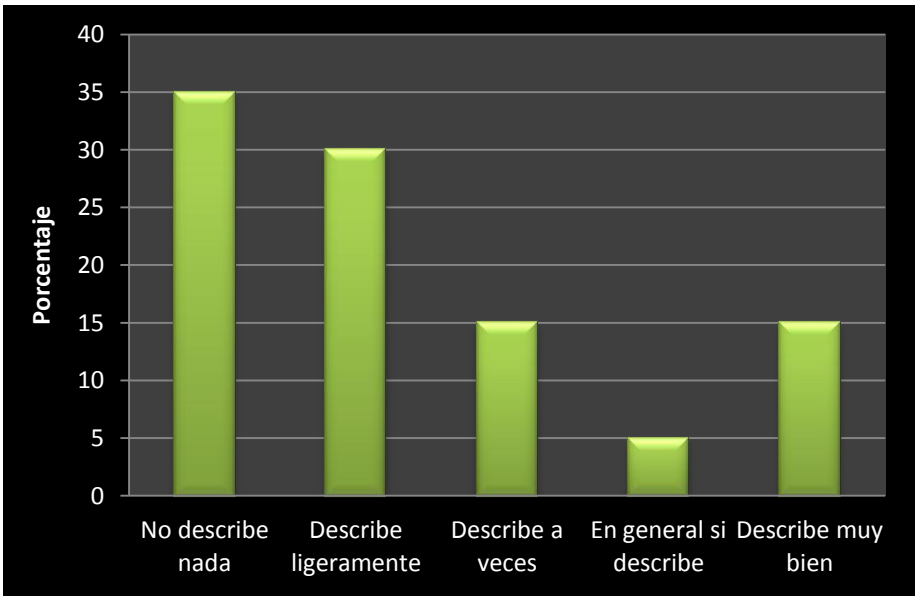


Figura 6: Distribución porcentual de las alternativas de respuesta correspondientes al ítem 6: Los miembros de la familia discutimos los sentimientos e ideas entre nosotros.

Respecto al sexto ítem del test en la Tabla 11 el 65% de los participantes con diagnóstico de esquizofrenia paranoide percibe "ligeramente a nada" de posibilidad de discusión de los sentimientos e ideas en el entorno familiar, el 15% indica "a veces", y el otro 20% indica una respuesta favorable –"si describe o describe muy bien".

En la Figura 6 se observa que, ante la frase “Los miembros de la familia discutimos los sentimientos e ideas entre nosotros”, se observa que el mayor porcentaje de los sujetos vuelve a tener una percepción negativa, es decir que no existe oportunidad de discusión de sentimientos e ideas.

Tabla 12: Distribución de frecuencias y porcentajes de las alternativas de respuesta correspondientes al ítem: 7 aplicado a pacientes diagnosticados con esquizofrenia paranoide. Cuando los miembros de la familia preguntamos algo, las respuestas son sinceras.

Respuesta	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
No describe nada	8	40,0	40,0
Describe ligeramente	2	10,0	50,0
Describe a veces	2	10,0	60,0
En general si describe	2	10,0	70,0
Describe muy bien	6	30,0	100,0
Total	20	100,0	

Fuente: Elaboración propia

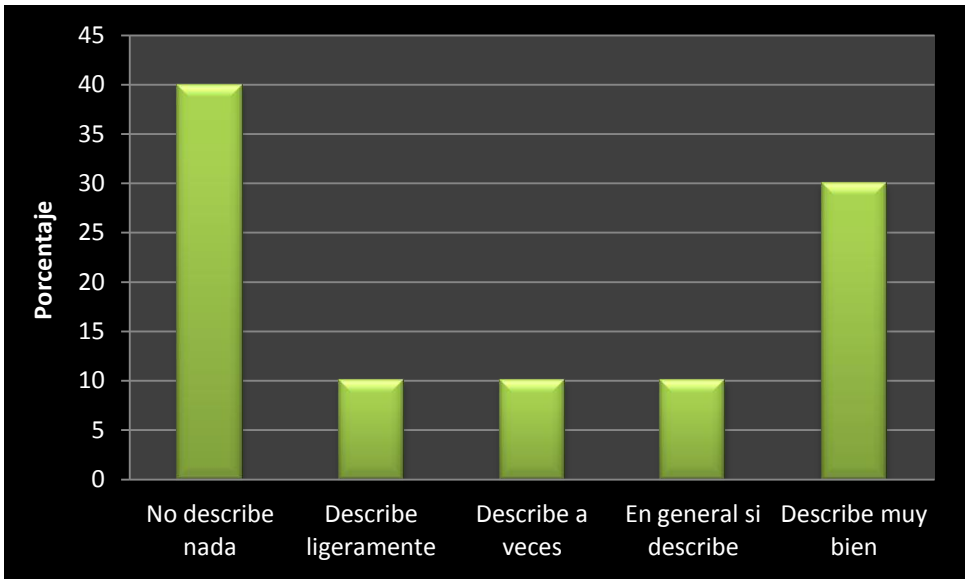


Figura 7: Distribución porcentual de las alternativas de respuesta correspondientes al ítem 7: Cuando los miembros de la familia preguntamos algo, las respuestas son sinceras.

Respecto al séptimo ítem del test en la Tabla 12 el 50% de los participantes con diagnóstico de esquizofrenia paranoide percibe "ligeramente a nada" de sinceridad en las respuestas a sus inquietudes en el entorno familiar, el 10% indica "a veces", y el otro 40% indica una respuesta favorable –"si describe o describe muy bien".

En la Figura 7 se observa que, ante la frase “Cuando los miembros de la familia preguntamos algo, las respuestas son sinceras”, se observa que el mayor porcentaje de los sujetos mantiene la tendencia de percepción negativa, es decir que no consideran que su entorno familiar sea sincero.

Tabla 13: Distribución de frecuencias y porcentajes de las alternativas de respuesta correspondientes al ítem 8 aplicado a pacientes diagnosticados con esquizofrenia paranoide. Los miembros de la familia intentamos comprender los sentimientos de los otros.

Respuesta	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
No describe nada	10	50,0	50,0
Describe ligeramente	3	15,0	65,0
Describe a veces	5	25,0	90,0
En general si describe	1	5,0	95,0
Describe muy bien	1	5,0	100,0
Total	20	100,0	

Fuente: Elaboración propia

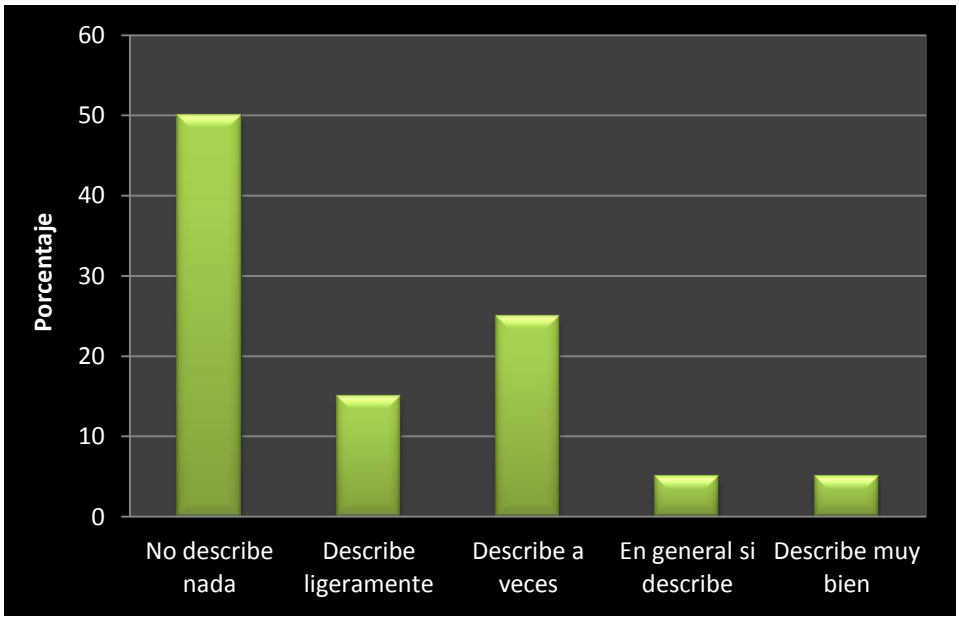


Figura 8: Distribución porcentual de las alternativas de respuesta correspondientes al ítem 8: Los miembros de la familia intentamos comprender los sentimientos de los otros.

Respecto al octavo ítem del test en la Tabla 13 el 65% de los participantes con diagnóstico de esquizofrenia paranoide percibe "ligeramente a nada" de expresión de afecto en el entorno familiar, el 25% indica "a veces", y el otro 10% indica una respuesta favorable –"si describe o describe muy bien".

En la Figura 8 se observa que, ante la frase "Los miembros de la familia intentamos comprender los sentimientos de los otros", se observa que el mayor porcentaje de los sujetos

tienen una percepción negativa, es decir que la familia no intenta comprender los sentimientos de los integrantes del sistema.

Tabla 14: Distribución de frecuencias y porcentajes de las alternativas de respuesta correspondientes al ítem 9 aplicado a pacientes diagnosticados con esquizofrenia paranoide. Los miembros de la familia resolvemos tranquilamente los problemas.

Respuesta	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
No describe nada	14	70,0	70,0
Describe ligeramente	0	0,0	70,0
Describe a veces	4	20,0	90,0
En general si describe	0	0,0	90,0
Describe muy bien	2	10,0	100,0
Total	20	100,0	

Fuente: Elaboración propia

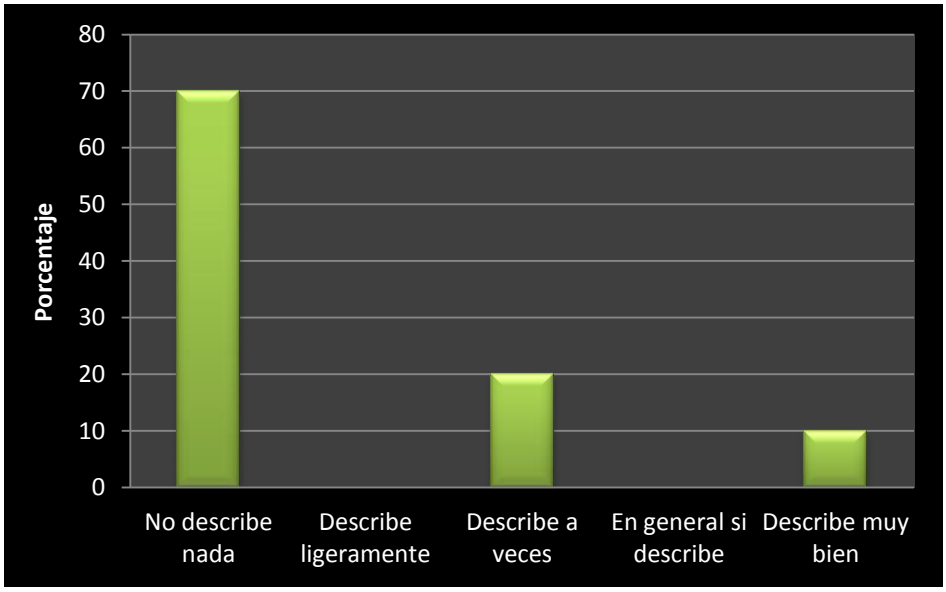


Figura 9: Distribución porcentual de las alternativas de respuesta correspondientes al ítem 9: Los miembros de la familia resolvemos tranquilamente los problemas.

Respecto al noveno ítem del test en la Tabla 14 el 70% de los participantes con diagnóstico de esquizofrenia paranoide percibe "nada" en la resolución de problemas en el entorno familiar, el 20% indica "a veces", y el otro 10% indica una respuesta favorable –"describe muy bien".

En la Figura 9 se observa que, ante la frase “Los miembros de la familia resolvemos tranquilamente los problemas”, se observa que el mayor porcentaje de los sujetos tiene una percepción altamente negativa, es decir que no resuelven tranquilamente los problemas.

Tabla 15: Distribución de frecuencias y porcentajes de las alternativas de respuesta correspondientes al ítem 10 aplicado a pacientes diagnosticados con esquizofrenia paranoide. En nuestra familia expresamos nuestros verdaderos sentimientos.

Respuesta	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
No describe nada	7	35,0	35,0
Describe ligeramente	5	25,0	60,0
Describe a veces	3	15,0	75,0
En general si describe	2	10,0	85,0
Describe muy bien	3	15,0	100,0
Total	20	100,0	

Fuente: Elaboración propia

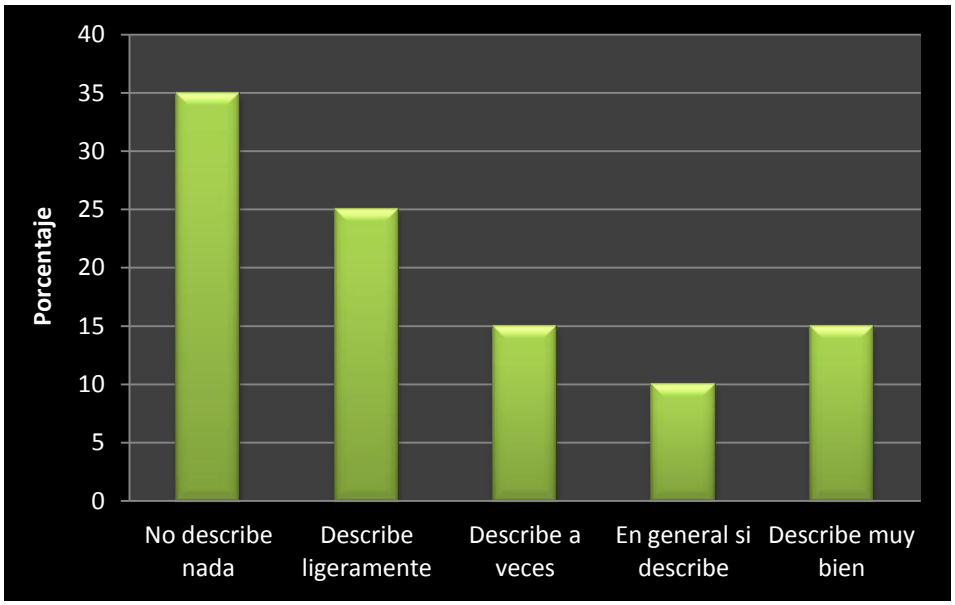


Figura 10: Distribución porcentual de las alternativas de respuesta correspondientes al ítem 10: En nuestra familia expresamos nuestros verdaderos sentimientos.

Respecto al décimo ítem del test en la Tabla 15 el 60% de los participantes con diagnóstico de esquizofrenia paranoide percibe "ligeramente a nada" de expresión de los verdaderos sentimientos en el entorno familiar, el 15% indica "a veces", y el otro 25% indica una respuesta favorable –"si describe o describe muy bien".

En la Figura 10 se observa que, ante la frase “En nuestra familia expresamos nuestros verdaderos sentimientos”, se observa que el mayor porcentaje de los sujetos tiene una percepción negativa, es decir que consideran que la familia no expresa sus verdaderos sentimientos.

IV.1.2 Tablas de puntuaciones promedio

Tabla 16: Distribución de promedios de puntuación por ítem en orden descendente para el grupo de sujetos diagnosticados con esquizofrenia paranoide

Ítem	Media
1. Los miembros de la familia estamos satisfechos con la forma de comunicarnos	3,05
2. Los miembros de la familia sabemos escuchar	3,00
3. Los miembros de la familia nos expresamos afecto entre nosotros	2,85
7. Cuando los miembros de la familia preguntamos algo, las respuestas son sinceras	2,80
5. Disfrutamos pasando tiempo juntos	2,80
4. En nuestra familia compartimos los sentimientos abiertamente	2,60
10. En nuestra familia expresamos nuestros verdaderos sentimientos	2,45
6. Los miembros de la familia discutimos los sentimientos e ideas entre nosotros	2,35
8. Los miembros de la familia intentamos comprender los sentimientos de los otros	2,00
9. Los miembros de la familia resolvemos tranquilamente los problemas	1,80

Nota: El promedio está calculado sobre la escala del 1 al 5 de forma positiva, siendo la puntuación superior a 3 considerada como alta, e inferior a 3 como baja.

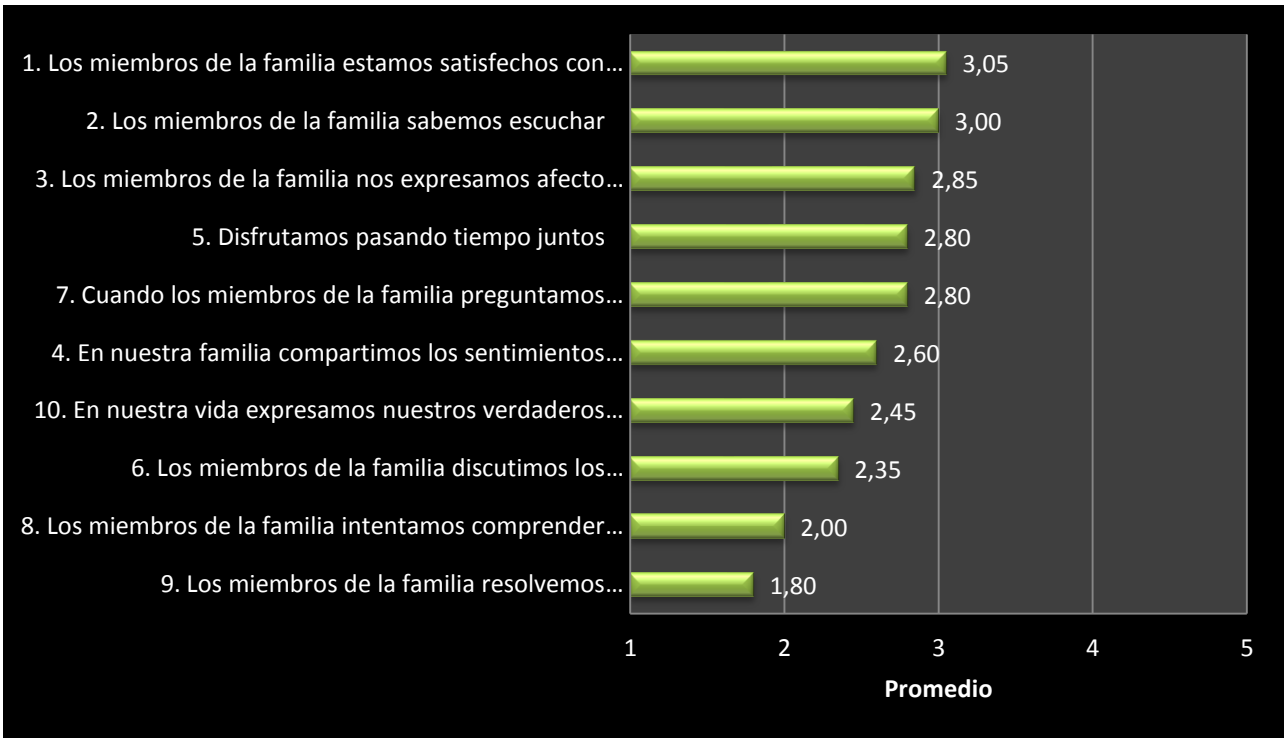


Figura 11: Puntuación promedio por ítem en orden descendente para el grupo de sujetos diagnosticados con esquizofrenia paranoide

La Tabla 16 muestra las puntuaciones promedio por ítem en la escala de 1 a 5 de forma positiva, se observa que los ítems 1 y 2 están en el punto medio referidos a la satisfacción con la forma de comunicación y la escucha el promedio indica que están algo de acuerdo con estas afirmaciones, sin embargo los otros ítems están por debajo, aspecto que refleja una valoración con tendencia a la negación de los ítems del test de escala de comunicación familiar, los ítems 8 y 9 tienen el promedio más bajo, estos se refieren a la comprensión de los sentimientos y la resolución tranquila de los problemas familiares.

Se evidencia que el promedio de las puntuaciones por ítem están por debajo de la media (3), lo que significa que la percepción de los pacientes a las frases propuestas en la escala es negativa.

IV.2 Análisis de resultados por las dimensiones de la operacionalización de la variable comunicación

A continuación se realiza el análisis de las dimensiones definidas en la operacionalización de variables, cuyos resultados se presentan en tablas de distribución de promedios generales. En este análisis se incluye la variable atributo “género”.

IV.2.1. Dimensión: Mensajes claros y congruentes

Tabla 17 Distribución de promedios por ítems de la dimensión: Mensajes claros y congruentes

Ítems	Media
1. Los miembros de la familia estamos satisfechos con la forma de comunicarnos	3,05
4. En nuestra familia compartimos los sentimientos abiertamente	2,60
7. Cuando los miembros de la familia preguntamos algo, las respuestas son sinceras	2,80
10. En nuestra familia expresamos nuestros verdaderos sentimientos	2,45
Promedio General	**2,73**

Nota: El promedio está calculado sobre la escala del 1 al 5 de forma positiva, siendo la puntuación superior a 3 considerada como alta, e inferior a 3 como baja.

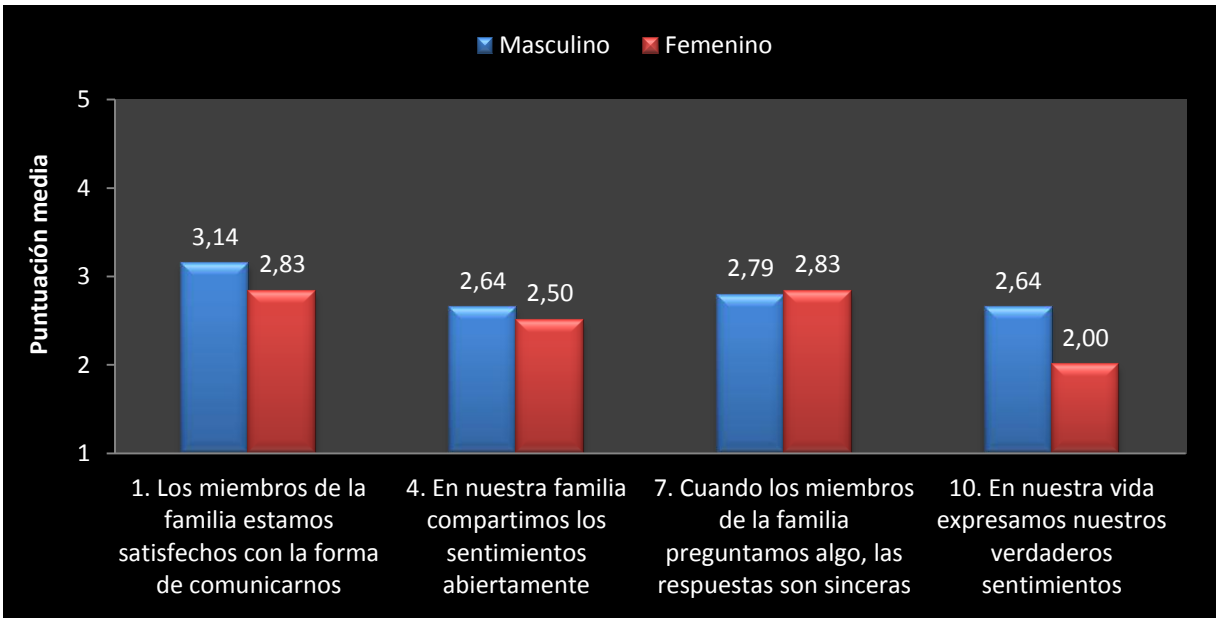


Figura 12: Promedios según sexo por ítem de la dimensión: Mensajes claros y congruentes

La Tabla 17 muestra que solo el puntaje medio del ítem 1 está por encima del punto central, este hecho refleja que en la dimensión mensajes claros y congruentes la percepción de los sujetos esta con una tendencia negativa ya que tiene un promedio global de 2,73 en la escala del 1 al 5.

La Figura 12 muestra los promedios de los ítems de la dimensión por género, donde se observa que la percepción media de las mujeres participantes del estudio, en general se encuentra por debajo de la percepción media de los hombres, sin embargo la tendencia de los resultados es la misma.

IV.2.2. Dimensión: Empatía

Tabla 18 Distribución de promedios por ítems de la dimensión: Empatía

Ítems	Media
2. Los miembros de la familia sabemos escuchar	3,00
8. Los miembros de la familia intentamos comprender los sentimientos de los otros	2,00
Promedio General	**2,50**

Nota: El promedio está calculado sobre la escala del 1 al 5 de forma positiva, siendo la puntuación superior a 3 considerada como alta, e inferior a 3 como baja.

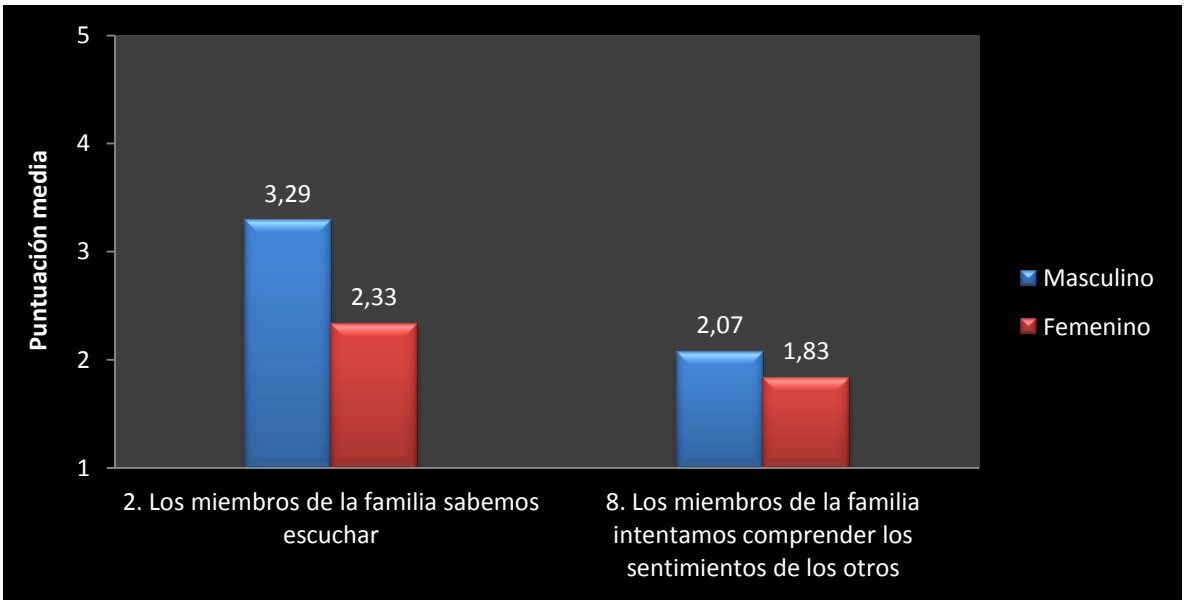


Figura 13: Promedios según sexo por ítems de la dimensión: Empatía

La Tabla 18 indica que el promedio global de la dimensión empatía es 2,5 por debajo del valoración central 3, nuevamente se tiene una tendencia negativa en este aspecto. La Figura 13 muestra que la percepción de las mujeres en promedio está por debajo de los hombres, es interesante la valoración del ítem 2, se puede decir que el promedio de los hombres está por encima del punto central (3,29) en cambio el promedio de las mujeres se encuentra por debajo (2,33).

IV.2.3. Dimensión: Frases de apoyo

Tabla 19: Distribución de promedios por ítems de la dimensión: Frases de apoyo

Ítems	Media
3. Los miembros de la familia nos expresamos afecto entre nosotros	2,85
10. En nuestra familia expresamos nuestros verdaderos sentimientos	2,45
Promedio General	**2,65**

Nota: El promedio está calculado sobre la escala del 1 al 5 de forma positiva, siendo la puntuación superior a 3 considerada como alta, e inferior a 3 como baja.

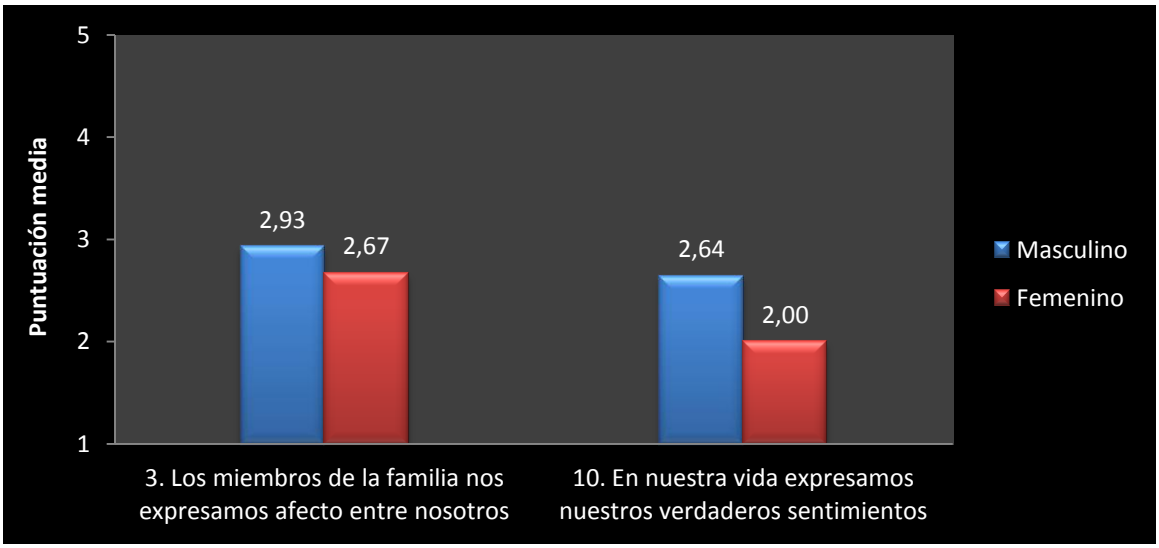


Figura 14: Promedios según sexo por ítems de la dimensión: Frases de apoyo

La Tabla 19 indica que el promedio global de la dimensión "Frases de apoyo" es 2,65 por debajo del valoración central 3, nuevamente se tiene una tendencia negativa en este aspecto. La Figura 14 muestra que la percepción de las mujeres en promedio está por debajo de los hombres.

IV.2.4. Dimensión: Habilidad de resolución de problemas

Tabla 20: Distribución de promedios por ítems de la dimensión: Habilidad de resolución de problemas

Ítems	Media
5. Disfrutamos pasando tiempo juntos	2,80
6. Los miembros de la familia discutimos los sentimientos e ideas entre nosotros	2,35
9. Los miembros de la familia resolvemos tranquilamente los problemas	1,80
Promedio General	**2,32**

Nota: El promedio está calculado sobre la escala del 1 al 5 de forma positiva, siendo la puntuación superior a 3 considerada como alta, e inferior a 3 como baja.

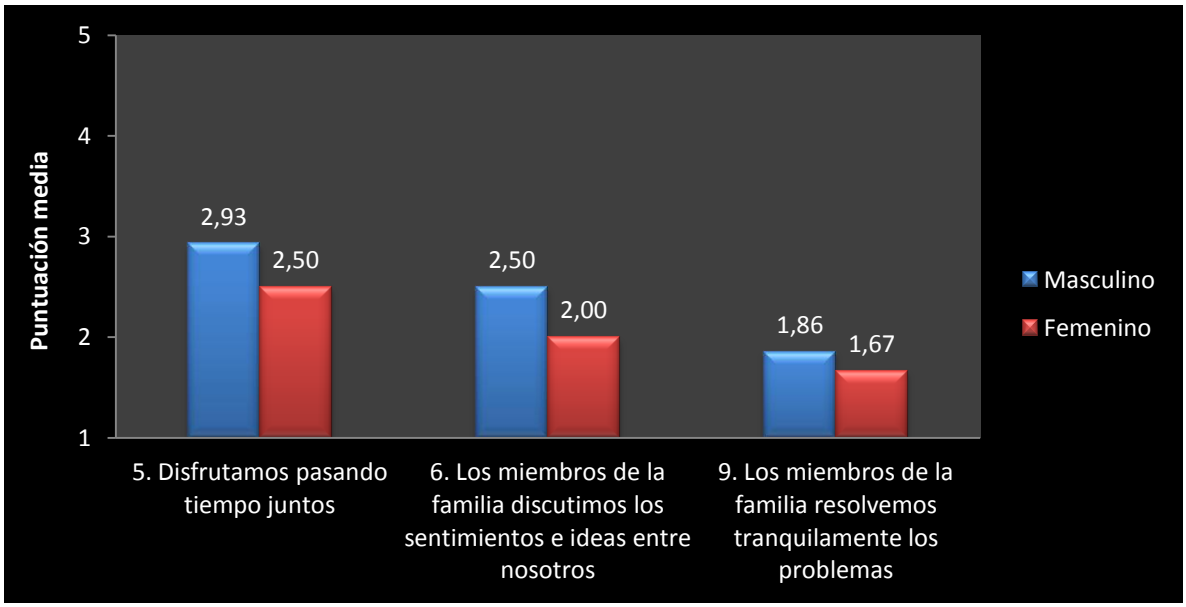


Figura 15: Promedios según sexo por ítems de la dimensión: Habilidad de resolución de problemas

La Tabla 20 indica que el promedio global de la dimensión "Habilidad de resolución de problemas" es 2,32 por debajo del valoración central 3, nuevamente se tiene una tendencia negativa en este aspecto. La Figura 15 muestra que la percepción de las mujeres en promedio está por debajo de los hombres.

IV.2.5. Dimensión: Escucha reflexiva

Tabla 21: Distribución de promedios por ítems de la dimensión: Escucha reflexiva

Ítems	Media
2. Los miembros de la familia sabemos escuchar	3,00
6. Los miembros de la familia discutimos los sentimientos e ideas entre nosotros	2,35
8. Los miembros de la familia intentamos comprender los sentimientos de los otros	2,00
Promedio General	**2,45**

Nota: El promedio está calculado sobre la escala del 1 al 5 de forma positiva, siendo la puntuación superior a 3 considerada como alta, e inferior a 3 como baja.

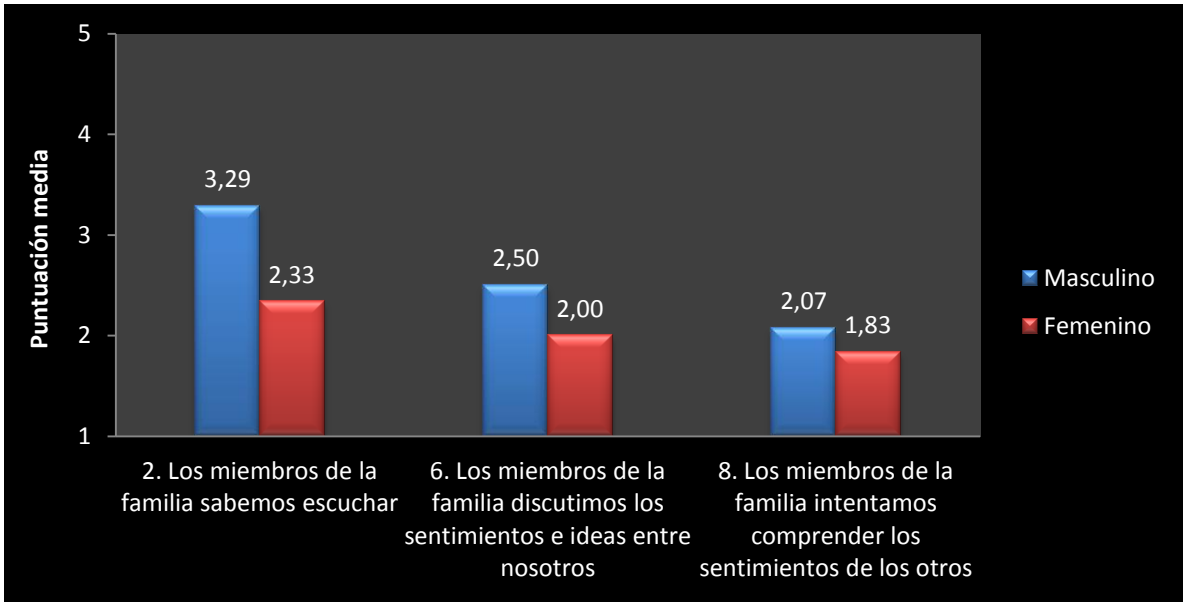


Figura 16: Promedios según sexo por ítems de la dimensión: Escucha reflexiva

La Tabla 21 indica que el promedio global de la dimensión "Escucha reflexiva" es 2,45 por debajo del valoración central 3, nuevamente se tiene una tendencia negativa en este aspecto. La Figura 16 muestra que la percepción de las mujeres en promedio está por debajo de los hombres.

IV.2.6. Resumen de promedios por dimensión de la variable comunicación

Tabla 22: Distribución de promedios por dimensión de la variable comunicación en orden descendente

Dimensión	Media Global
Mensajes claros y congruentes	2,73
Frases de apoyo	2,65
Empatía	2,50
Escucha reflexiva	2,45
Habilidad de resolución de problemas	2,32

	Grupo	
	Sujetos diagnosticados con esquizofrenia	Sujetos sin diagnóstico
Dimensión	Media	Media
Mensajes claros y congruentes	2,73	3,40
Frases de apoyo	2,65	3,55
Empatía	2,50	3,26
Escucha reflexiva	2,45	3,25
Habilidad de resolución de problemas	2,32	3,20

Nota: El promedio está calculado sobre la escala del 1 al 5 de forma positiva, siendo la puntuación superior a 3 considerada como alta, e inferior a 3 como baja.

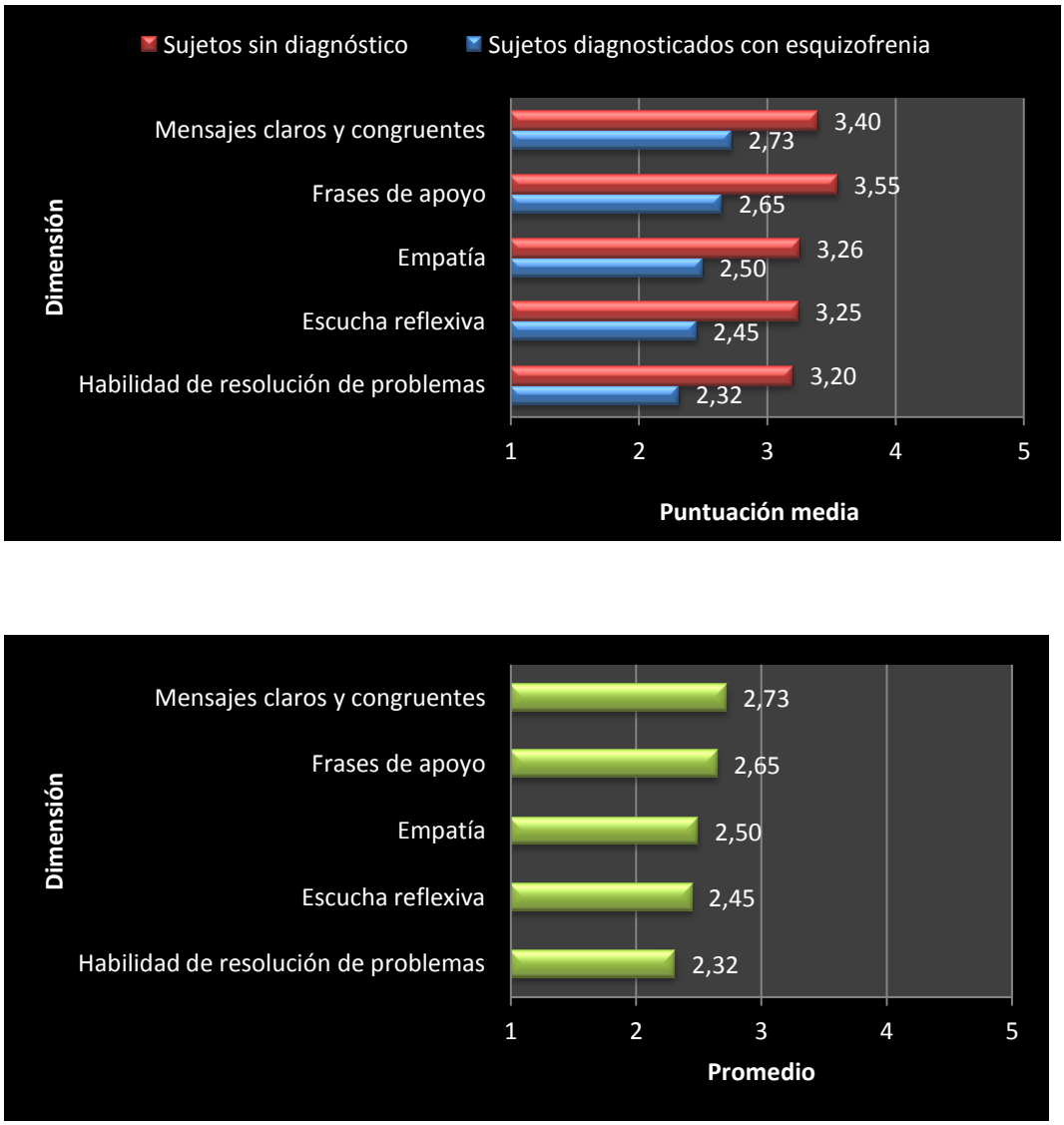


Figura 17: Distribución de los promedios según dimensión de la variable comunicación en orden descendente

La Figura 17 revela que la valoración promedio de las 5 dimensiones definidas para la variable comunicación familiar se encuentran por debajo del punto central (3), en un orden descendente se observa que la dimensión mensajes claros es la que tiene mayor valoración y la dimensión con ponderación más baja es habilidad de resolución de problemas, este aspecto muestra que esta dimensión es una de las más críticas.

IV.3 Resultados de la clasificación de la escala de comunicación familiar

El test de Escala de Comunicación Familiar (FCS.VE) tiene 10 ítems, cada ítem se puntúa de 1 a 5 de forma positiva. La puntuación total se obtiene de la suma de las puntuaciones de cada ítem, por lo que la puntuación mínima es 10 y la máxima es 50. Considerando estos aspectos se vio por conveniente realizar la siguiente clasificación en base al puntaje obtenido en el test.

Puntuación total	**Clasificación**
De 10 a 20	Comunicación baja
De 21 a 39	Comunicación media
De 40 a 50	Comunicación elevada

Tabla 23: Clasificación general correspondiente al puntaje obtenido en el test de escala de comunicación familiar.

Clasificación del nivel de comunicación familiar	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Comunicación baja	10	50,0	50,0
Comunicación media	7	35,0	85,0
Comunicación elevada	3	15,0	100,0
Total	20	100,0	

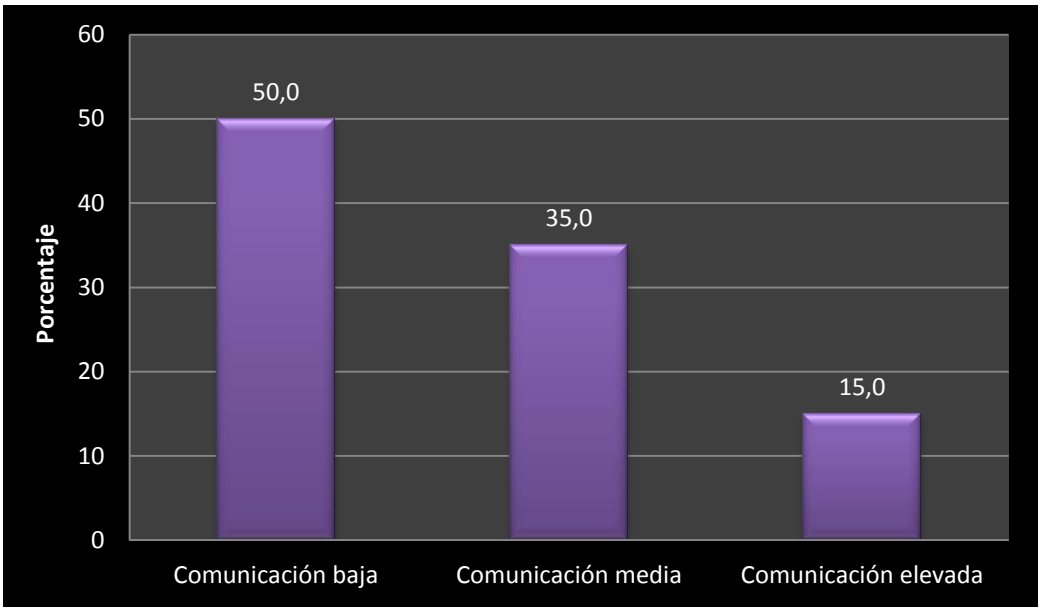


Figura 18: Distribución porcentual de los sujetos de estudio según su clasificación en la escala de comunicación familiar

La Figura 18 revela la asimetría de la clasificación del grado de comunicación familiar, siendo la clasificación de comunicación baja la que predomina con un 50% de los sujetos de estudio, y solo el 15% de los sujetos se encuentran con un puntaje clasificado como comunicación elevada.

IV.4 Análisis de resultados por grupo de comparación

En esta sección se presentan los resultados comparativos del test de escala de comunicación familiar aplicado al grupo de estudio: sujetos diagnosticados con esquizofrenia y otro grupo de personas sin diagnóstico y consideradas como personas hábilmente sociales. Se vio por conveniente ampliar el estudio a este grupo de sujetos sin diagnóstico para aplicar el test de Escala de Comunicación Familiar (FCS-VE) y contrastar las puntuaciones y/o percepciones que tienen en relación a los resultados obtenidos con el grupo de sujetos diagnosticados con la enfermedad.

Tabla 24: Distribución de valoración promedio por ítem del test de escala de comunicación familiar según grupo de comparación

	Grupo	
	Sujetos diagnosticados con esquizofrenia	Sujetos sin diagnostico
Ítem	Media	Media
1. Los miembros de la familia estamos satisfechos con la forma de comunicarnos	**3,05**	**3,23**
2. Los miembros de la familia sabemos escuchar	**3,00**	**3,00**
3. Los miembros de la familia nos expresamos afecto entre nosotros	**2,85**	**3,52**
4. En nuestra familia compartimos los sentimientos abiertamente	**2,60**	**3,26**
5. Disfrutamos pasando tiempo juntos	**2,80**	**3,55**
6. Los miembros de la familia discutimos los sentimientos e ideas entre nosotros	**2,35**	**3,23**
7. Cuando los miembros de la familia preguntamos algo, las respuestas son sinceras	**2,80**	**3,52**
8. Los miembros de la familia intentamos comprender los sentimientos de los otros	**2,00**	**3,52**
9. Los miembros de la familia resolvemos tranquilamente los problemas	**1,80**	**2,84**
10. En nuestra familia expresamos nuestros verdaderos sentimientos	**2,45**	**3,58**

Nota: El promedio está calculado sobre la escala del 1 al 5 de forma positiva, siendo la puntuación superior a 3 considerada como alta, e inferior a 3 como baja.

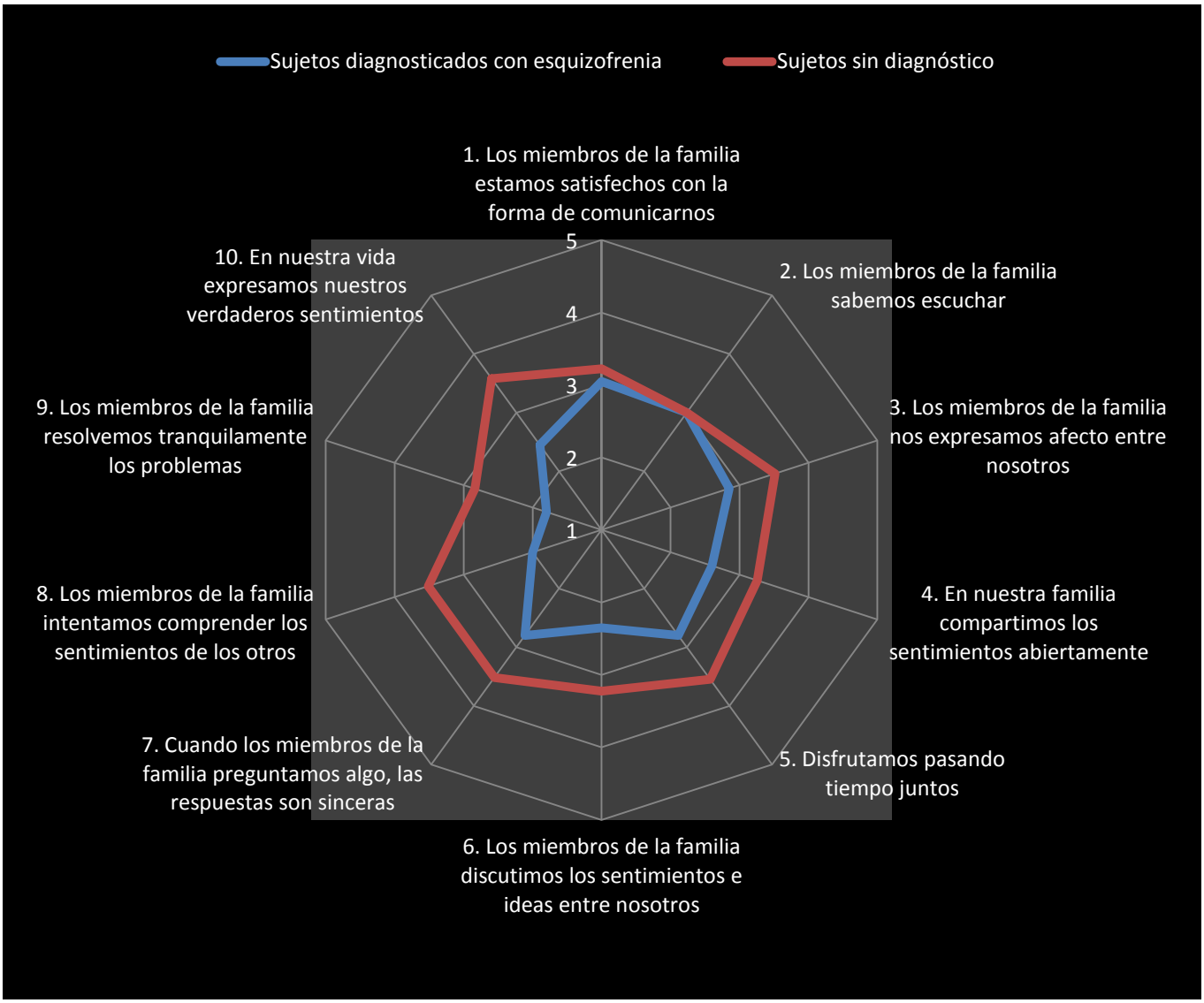


Figura 19: Diagrama comparativo de la valoración media según ítem de la escala de comunicación familiar para los grupos de comparación

La Figura 19 muestra un diagrama radial de los promedios por ítem para ambos grupos de comparación, se observa claramente que en el caso de los sujetos sin diagnóstico el promedio de los ítems es mayor, aunque en el ítem 9 “los miembros de la familia resolvemos tranquilamente los problemas” ambos están por debajo del punto central 3, otro punto interesante es el promedio del ítem 2 “los miembros de la familia sabemos escuchar” en ambos grupos se tiene un

promedio de 3, este ítem es el más alto para el grupo con esquizofrenia y es uno de los más bajos para el grupo sin diagnóstico, es decir tienen tendencias contrapuestas.

Tabla 25: Clasificación correspondiente al puntaje obtenido en el test de escala de comunicación familiar por grupo de comparación.

Clasificación	Grupo			
	Sujetos diagnosticados con esquizofrenia paranoide		Sujetos sin diagnostico	
	Recuento	% dentro del grupo	Recuento	% dentro del grupo
Comunicación baja	10	50%	1	3%
Comunicación media	7	35%	22	71%
Comunicación elevada	3	15%	8	26%
Total	20	100%	31	100%

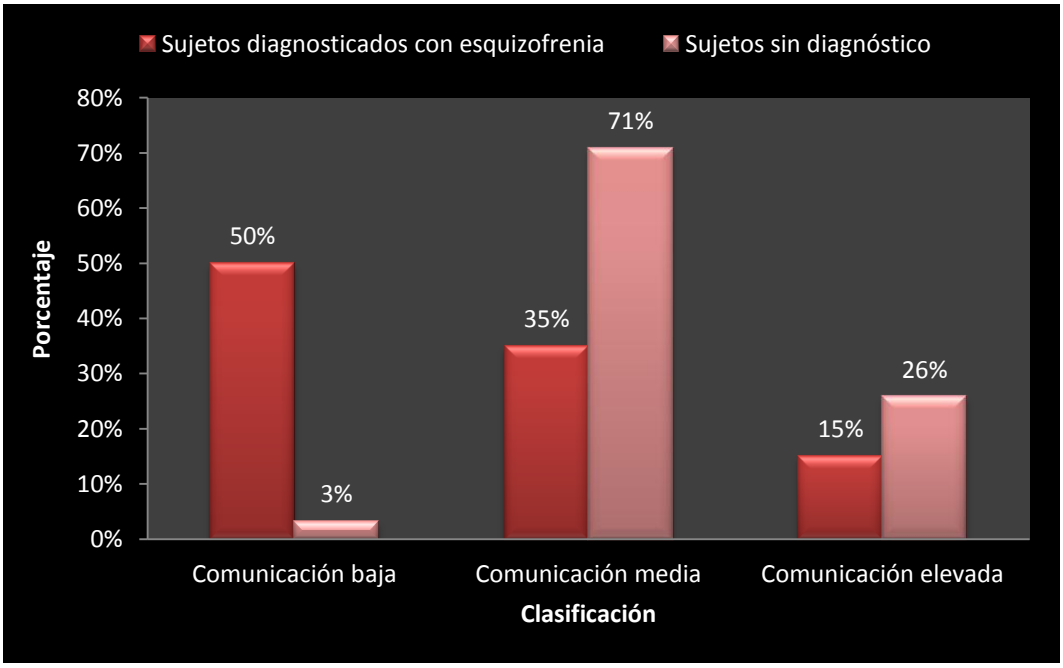


Figura 20: Clasificación del grado de comunicación familiar por grupo de comparación

La Figura 20 muestra una diferencia entre los porcentajes de sujetos clasificados según el test de Escala de Comunicación Familiar en ambos grupos, en el grupo con esquizofrenia paranoide se observa mayor porcentaje clasificado con comunicación baja (50%), mientras que en el grupo

sin diagnóstico el porcentaje más alto se encuentra clasificado con el grado de comunicación media (71%) y solo el 3% tiene la clasificación de comunicación baja, este hecho sugiere que la percepción de la Escala de Comunicación Familiar es distinta en ambos grupos, aspecto que será sometido a una prueba estadística en la siguiente sección.

Prueba Chi cuadrado de independencia

Lo que se trata de probar es la relación que parece existir entre la enfermedad de la esquizofrenia paranoide y el grado de comunicación familiar obtenido a partir del test de Escala de Comunicación Familiar (FCS.VE).

A continuación se presentan los resultados de la prueba Chi cuadrado de independencia obtenidos con la ayuda del software estadístico SPSS (los detalles de la prueba se encuentran en anexos).

Hipótesis nula:	La esquizofrenia y el grado de comunicación familiar no están relacionados
Hipótesis de investigación:	La esquizofrenia y el grado de comunicación familiar están relacionados

Tabla 26: Prueba Chi cuadrado de independencia

Estadístico	Valor χ^2	Grados de libertad	Probabilidad
Chi-cuadrado de Pearson	15,755	2	**0,000***
N de casos válidos	51		

***La prueba es significativa al 0.05 (probabilidad menor a 0,05 significa el rechazo de la hipótesis nula y la aceptación de la hipótesis de investigación)**

Según los resultados de la prueba Chi cuadrado de independencia presentados en la Tabla 21, se rechaza la hipótesis nula de independencia entre las variables, este hecho permite confirmar que existe una relación significativa entre las variables: Esquizofrenia paranoide y grado de Comunicación Familiar.

CAPITULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

A continuación se presentan las conclusiones obtenidas a través de los resultados de la investigación. Esta investigación pretendía describir la percepción del nivel de comunicación dentro del sistema familiar del paciente diagnosticado con esquizofrenia paranoide. Además de ver la importancia de la variable atributo género, en los veinte pacientes participantes entre hombres y mujeres que respondieron a la Escala de Comunicación Familiar (FCS-VE), misma que se aplicó en predios del Hospital de Rehabilitación y Salud Mental San Juan de Dios.

En el capitulo respectivo se presentan las conclusiones a las que se llegó en la investigación, mismas que serán explicadas de acuerdo a los siguientes indicadores:

- En relación a los objetivos planteados en la investigación.
- En respuesta a la hipótesis planteada.
- Recomendaciones para futuras investigaciones.
- Descripción de las limitaciones y alcances de la investigación.

V. 1 Conclusiones por Objetivos

V.1.1. Objetivo General

El objetivo general de la presente investigación fue “Describir la percepción que tiene el paciente diagnosticado con esquizofrenia paranoide con relación al nivel de comunicación existente en su sistema familiar”.

El objetivo del estudio fue explicar la percepción que tiene el paciente diagnosticado con esquizofrenia paranoide sobre la comunicación en su sistema familiar. Para cumplir con este objetivo se aplicó la Escala de Comunicación Familiar (FCS-VE) a los sujetos varones y mujeres con diagnóstico de esquizofrenia paranoide.

Los resultados fueron procesados con la ayuda del software estadístico SPSS versión 18 para Windows. Tanto las tablas como las figuras han sido realizadas en Excel, la prueba Chi cuadrado de independencia se utiliza para verificar la existencia de una dependencia o no entre dos variables donde al menos una de ellas es categórica, la prueba ha sido realizada en el software SPSS.

Watzlawick (1976) se preguntaba: "¿La comunicación de una determinada familia es patológica porque uno de sus miembros es psicótico, o bien uno de sus miembros es psicótico porque la comunicación es patológica?"(Watzlawick & Helmick, Teoría de la comunicacion humana, 1976, pág. 47). Wynne (citado en Jarne & Talarn, 2010) evidenciaría que la esquizofrenia es una alteración en la comunicación de los padres (p.445) entre otros factores predisponentes.

En base a los resultados obtenidos se puede evidenciar que el paciente con esquizofrenia paranoide tiene una percepción negativa (por debajo de la media 3) sobre la comunicación en su sistema familiar. Esto significa que para el paciente con esquizofrenia paranoide el nivel de comunicación en el sistema familiar es inapropiado.

Se puede describir a la comunicación familiar del paciente esquizofrénico paranoide con su entorno familiar como deficiente. Las muestras estadísticas de la investigación aportan prueba descriptiva que apoya las teorías de los autores citados en el marco teórico, que como

Watzlawick y Wynne se animaron a concluir que la comunicación deficiente está relacionada con la enfermedad de la esquizofrenia.

La Figura 18 muestra que el paciente esquizofrénico considera que su comunicación es nula en un 50% y un 35% considera que tiene una comunicación mediana, lo que significa que la percepción que tiene el paciente diagnosticado con esquizofrenia paranoide con relación al nivel de comunicación existente en su sistema familiar puede describirse en un 85% como "media-baja", a diferencia del grupo de comparación que tiene un 97% (Figura 20) de comunicación media (71%) – alta (26%) y solo un 3 % de comunicación baja.

Para validar el objetivo general, basta con analizar el resultado de cada grupo en el rango de la comunicación baja, en la que se evidencia que los pacientes esquizofrénicos se encuentran en un 50% y el grupo de comparación solo un 3%, por lo tanto se puede describir a la comunicación del paciente esquizofrénico como baja a nula.

V.1.2. Objetivos específicos

Los objetivos específicos desarrollados en la presente investigación son los siguientes:

El primer objetivo específico fue: Determinar si el paciente percibe mensajes claros y congruentes por parte de su familia, este objetivo fue logrado a partir de la aplicación de la Escala de Comunicación Familiar (FCS-VE) en los ítems 1 (los miembros de la familia estamos satisfechos con la forma de comunicarnos), 4 (en nuestra familia compartimos los sentimientos abiertamente), 7(cuando los miembros de la familia preguntamos algo, las respuestas son sinceras) y 10 (en nuestra familia expresamos nuestros verdaderos sentimientos). A partir de la aplicación de este instrumento se logró conocer que el paciente esquizofrénico paranoide percibe con un nivel por debajo de la media (2,73 - Figura 17) de la escala a esta dimensión.

Por tanto, se concluye que la percepción del paciente diagnosticado con esquizofrenia paranoide en relación con los mensajes claros y congruentes, nos indica una percepción no clara y baja en el momento de recibir o interpretar los mensajes verbalizados o no en su entorno familiar. Ya que como mencionó Arntzen (2010) el modo como los miembros de la familia comunica sus pensamientos y sentimientos ejerce un gran impacto en el curso de la enfermedad. En una crisis, la comunicación efectiva y con mensajes claros puede reducir la tensión en la familia y promover intentos de manejar la crisis y resolver los problemas.

El segundo objetivo específico fue: Establecer si el paciente no observa empatía en su familia, este objetivo fue logrado a partir de la aplicación de la Escala de Comunicación Familiar (FCS-VE) en los ítems 2 (los miembros de la familia sabemos escuchar) y 8 (los miembros de la familia intentamos comprender los sentimientos de los otros). A partir de la aplicación de este instrumento se logró conocer que el paciente esquizofrénico paranoide percibe con un nivel por debajo de la media (2,50 - Figura 17) de la escala a esta dimensión.

Del análisis de la frase o ítem 8 “los miembros de la familia intentamos comprender los sentimientos del otro” se evidencia en la figura que existe una puntuación media de 2 (siendo la puntuación media más baja 1 y la más alta 5 según la Tabla 24). Es la segunda frase más baja en cuanto a puntuación, después del ítem “habilidad de resolución de problemas”. Es muy importante el describir que la empatía es uno de los ítems clave de la presente investigación, debido a que se ha observado que los sujetos con diagnóstico de esquizofrenia paranoide carecen de habilidad de resolución de problemas justamente por la falta de escucha reflexiva y empatía por parte de sus familiares.

Es necesario describir que de la evaluación general de los resultados de las variables, la presente investigación, y la observación realizada durante la toma de muestras y el tiempo de permanencia en el Hospital de Rehabilitación y Salud Mental San Juan de Dios, se concluye que los pacientes con esquizofrenia paranoide, en las diferentes entrevistas refieren que sienten intensamente la falta de empatía por parte de sus referentes familiares así como la falta de escucha reflexiva, y además están convencidos de que estas son las causas para que los pacientes con esquizofrenia paranoide carezcan de habilidades reales para la resolución de problemas, en otras palabras sienten que son anulados por su sistema familiar..

Uno de los logros más satisfactorios de esta investigación ha sido traducir el fruto de la observación a los datos estadísticos, en los que se puede CONFIRMAR lo que se ha observado:

La falta de empatía y la falta de escucha reflexiva por parte de la familia del paciente esquizofrénico paranoide generan alta inseguridad en el paciente, la cual anula la habilidad de resolución de problemas, o lo que es lo mismo, carecen de habilidades para afrontar los nuevos desafíos que se le presentan en el día a día al paciente, de modo que esto puede generar un alto nivel de estrés, a tal punto que es mejor "romper" con la realidad.

El tercer objetivo especifico fue: Comprobar si el paciente distingue frases de apoyo por parte de su familia, este objetivo fue logrado a partir de la aplicación de la Escala de Comunicación Familiar (FCS-VE) en los ítems 3 (los miembros de la familia nos expresamos afecto entre nosotros) y 10 (En nuestra familia expresamos nuestros verdaderos sentimientos). A partir de la aplicación de este instrumento se logró conocer que el paciente esquizofrénico paranoide percibe con un nivel por debajo de la media (2,65 – Figura 17) de la escala a esta dimensión.

Es decir que podemos describir que el paciente percibe ESCASAS frases de apoyo por parte de su familia, es decir que el paciente no siente frases de apoyo hacia su persona por parte de su sistema familiar.

El cuarto objetivo especifico fue: describir si el paciente percibe que su familia posee habilidades para la resolución de problemas, este objetivo fue logrado a partir de la aplicación de la Escala de Comunicación Familiar (FCS-VE) en los ítems 5 (disfrutamos pasando tiempo juntos), 6 (los miembros de la familia discutimos los sentimientos e ideas entre nosotros y 9 (los miembros de la familia resolvemos tranquilamente los problemas). A partir de la aplicación de este instrumento se logró conocer que el paciente esquizofrénico paranoide percibe con el nivel más bajo (2,32 – Figura 17) de la escala a esta dimensión.

En la presente investigación se demostró que la dimensión "habilidad para la resolución de problemas" es la de menor puntuación en la escala aplicada, por lo que este resultado nos permitiría concluir que la "inhabilidad para resolver los problemas" es un factor determinante en la baja comunicación de un paciente esquizofrénico con su familia.

El ítem 9, muestra una misma tendencia en los pacientes diagnosticados con esquizofrenia paranoide como en el grupo de comparación, la tendencia es la "baja habilidad de resolución de problemas". Este panorama se comprende mejor cuando analizamos la tendencia de los otros dos ítems 5 y 6 que también son parte de esta dimensión; esto puede significar que no basta con "creer" que uno sabe resolver los problemas, sino que además es necesario que se demuestre destreza para la resolución efectiva de los problemas y es lo que hacen los ítems o frases 5 y 6 que miden la habilidad en el proceso de resolución de problemas, donde el grupo con diagnóstico

de esquizofrenia paranoide ha calificado muy bajo, al contrario del grupo de comparación sin diagnóstico que ha sobrevalorado esta aptitud.

Por tanto el paciente percibe que su familia NO posee habilidades para la resolución de problemas.

El quinto objetivo especifico fue: constatar si el paciente percibe que su familia posee habilidades para la escucha reflexiva, este objetivo fue logrado a partir de la aplicación de la Escala de Comunicación Familiar (FCS-VE) en los ítems 2 (los miembros de la familia sabemos escuchar), 6 (los miembros de la familia discutimos los sentimientos e ideas entre nosotros y 8 (los miembros de la familia intentamos comprender los sentimientos de los otros). A partir de la aplicación de este instrumento se logró conocer que el paciente esquizofrénico paranoide percibe con el segundo nivel más bajo (2,45 – Figura 17) de la escala a esta dimensión.

La dimensión "escucha reflexiva" se hace negativa cuando el familiar del paciente omite su función de escuchar y prestar atención las demandas u opiniones del paciente, por lo tanto, esa falta de presencia de la familia en una relación dual, hace presumir que el paciente carece de su contraparte en la comunicación, por lo que la ausencia del principal sujeto de la escucha en la comunicación hace que esta (la comunicación) sea nula. Podríamos concluir que la participación de la familia en la dualidad de "escucha reflexiva" es irreemplazable si no fuera así, el paciente no le daría tanta importancia negativa a la ausencia de su contraparte familiar en la escucha.

En otras palabras, el paciente carece de su primordial referente en la escucha: la familia que lo escucha de manera reflexiva. No se puede concebir una escucha reflexiva sin el principal agente: el que escucha. Al parecer esta carencia es muy importante en la percepción del paciente esquizofrénico, al extremo de otorgarle puntuaciones muy bajas en la escala.

Por otra parte, el grupo de comparación de personas sin diagnóstico, le asignan a los ítems relacionados a la escucha puntajes contrapuestos en los ítems o frases 6 y 8, lo que lleva a concluir que el grupo de comparación, a diferencia del grupo de pacientes con esquizofrenia, se sienten muy satisfechos con la escucha reflexiva de su familia.

Cabe aclarar que no es lo mismo "escucha" que "escucha reflexiva", ya que el ítem 2 que hace mención literal a la "escucha" (los miembros de la familia sabemos escuchar), las personas del grupo de comparación han asignado el puntaje más bajo a la comunicación (3), y paradójicamente ese mismo puntaje y el más alto es asignado por los sujetos con esquizofrenia paranoide. Esto puede significar que los pacientes con esquizofrenia paranoide, se dan cuenta de que si bien su familia los "oye" pero no se sienten retroalimentados con sus inquietudes, lo que hace que esa "escucha" no sea reflexiva.

Por lo tanto, mientras que el grupo de comparación si tiene un feed back a sus demandas comunicacionales, como se evidencia de lo altos puntajes que le asignan a los ítems 6 y 8; el grupo de pacientes con esquizofrenia paranoide carecen de esta retroalimentación familiar al asignarle a los mismos ítems 6 y 8 los puntajes más bajos de la escala. Al ser criterios contrapuestos en ambos grupos, se concluye que la ausencia de una "escucha reflexiva", que implica un saberse comprendido, hace la diferencia en la deficiente comunicación del paciente con esquizofrenia.

Se constató que el paciente con diagnóstico de esquizofrenia paranoide percibe que su familia NO posee habilidades para la escucha reflexiva.

V.2 Conclusiones en relación a la hipótesis

La hipótesis planteada para la presente investigación fue “La esquizofrenia y el grado de comunicación familiar están relacionados”, esta hipótesis fue comprobada ya que según los datos obtenidos a través de la escala aplicada a los veinte pacientes diagnosticados con esquizofrenia paranoide y al grupo de comparación de treinta y un personas sin diagnóstico y de acuerdo a la Prueba Chi cuadrado de independencia analizada en la tabla 26, se observa que la prueba es significativa al 0.05, lo que quiere decir que una probabilidad menor a 0,05 significa el rechazo de la hipótesis nula y la aceptación de la hipótesis de investigación.

Con ello se prueba la relación que existe entre la enfermedad de la esquizofrenia paranoide y el grado de comunicación familiar obtenido a partir del test de Escala de Comunicación Familiar (FCS.VE).

V.3 Recomendaciones

***** Se recomienda realizar una investigación experimental en los sujetos con enfermedad de esquizofrenia paranoide y su familia modificando para bien las falencias comunicacionales encontradas en la presente investigación: Incrementar las habilidades de resolución de problemas en la familia, a través de la implementación de escucha reflexiva y empatía que implican que el paciente se sienta retroalimentado por el entorno familiar.

Para el cumplimiento de este objetivo, se recomienda a la Universidad La Salle la implementación de un Centro de Investigación Psicológica en el que se puedan realizar las recomendaciones de las investigaciones de los alumnos por una parte y se pueda mejorar la calidad de vida de los pacientes que puedan ser sujetos en este Centro.

* Con los resultados de esta investigación y la segunda investigación experimental propuesta precedentemente, se recomienda implementar en el Hospital de Rehabilitación y Salud Mental San Juan de Dios, la terapia Sistémica para modificar la comunicación familiar del paciente esquizofrénico en la que "necesariamente" se incluya a su familia para reforzar la escucha reflexiva, y la empatía a fin de mejorar la habilidad de resolución de problemas.

* Evaluar los resultados de la investigación experimental y la terapia sistémica recomendada a fin de poder evaluar si los resultados son los esperados en la mejora de la enfermedad esquizofrénica (que no tenga origen físico) y con ello recomendar de manera científica, se incluya a la Deficiente Comunicación Familiar como elemento en la etiología de la enfermedad de la esquizofrenia.

V.4. Limitaciones y alcances

V.4.1. Limitaciones

***** La investigación se realizó con los 20 pacientes con diagnostico de esquizofrenia paranoide de la Comunidad de Agudos del Hospital de Salud Mental San Juan de Dios, por lo que los resultados no pueden ser generalizados al resto de la población boliviana con el diagnóstico.

V.4.2. Alcances

***** La presente investigación cuenta con un alcance limitado al Hospital de Salud Mental San Juan de Dios, Comunidad de Agudos.

* La investigación alcanza el grado de percepción de los pacientes con diagnóstico de esquizofrenia paranoide en relación a la comunicación con su familia, la cual en conclusión no es satisfactoria y está lejos de los estándares de las relaciones familiares funcionales. Se ha logrado

concebir resultados inesperados pues en general no se esperaba que los pacientes esquizofrénicos paranoides puedan ser sujetos aptos para este tipo de investigaciones, sin embargo se ha demostrado que con una adecuada técnica comunicacional (después de la estabilización farmacológica y psicológica), los pacientes están abiertos y lúcidos para expresar las inquietudes que los aquejan.

Los resultados de esta investigación brindan el ambiente propicio para efectuar posteriores investigaciones correlacionales, a fin de medir el grado de influencia entre las variables "resolución de problemas", "empatía", "escucha reflexiva", "mensajes claros y congruentes" y "frases de apoyo" con la enfermedad de la esquizofrenia, pero de manera experimental, a fin de tener grupos familiares de control que permitan la observación al cambio en 360 grados de esta carencia comunicacional y poder así obtener resultados que nos permitan evidenciar que la comunicación es la causa de la enfermedad. Pero esta hazaña será parte de otra investigación con los aportes que ha logrado la presente investigación al establecer de manera concreta y estadística, las variables fundamentales para el deterioro de la salud mental.

Es necesaria la ayuda en la mejora de la forma de comunicación de la familia del paciente con esquizofrenia paranoide. Así, sería de esperar que con estas pruebas objetivas, el Hospital de Rehabilitación y Salud Mental San Juan de Dios pueda implementar terapeutas familiares que contemplen o involucren a la familia del paciente con el objeto de modificar la estructura comunicacional, ya que ésta es determinante en la evolución de la enfermedad del paciente. En suma, se trata de dotar a las familias de estrategias que les ayuden a mejorar la comunicación a través de una efectiva forma en la resolución de problemas, como consecuencia de la implementación de técnicas que mejoren la empatía y escucha del paciente por parte de su

sistema familiar, y asimismo técnicas que implementen una calidad afectiva diferente, ya que se ha aportado prueba contundente referida a la carencia de afecto.

Es necesario trabajar en la dinámica comunicacional del sistema familiar del paciente con esquizofrenia paranoide, lo que implica formar profesionales preparados en la intervención y la orientación familiar, además de capacitar al equipo multidisciplinario en la asignación terapéutica y la participación de la familia en el curso de la enfermedad, con las aportaciones realizadas en la presente investigación, como la empatía, la escucha reflexiva, la habilidad para resolución de problemas, dar mensajes claros y las frases y palabras de apoyo; que son necesarias en los pacientes que padecen esquizofrenia paranoide.

BIBLIOGRAFIA

Ajuriaguerra, J. (1978). *La primera infancia.* Madrid: Instituto de ciencias del hombre.

Arntzen, B. (2010). La comunicación en los grupos. En G. Bloch, & T. y. Gronnestad, *Trabajo familiar y multifamiliar en la psicosis* (pág. 141). Barcelona, España: Herder.

Barnes, H. L. (2008). *Manual de instrumentos de evaluación familiar.* Madrid, España: CCS.

Bateson, G., & Ruesch, J. (1984). *Comunicacion. La Matriz social de la Psiquiatria.* Barcelona: Paidos.

Bateson, G., Jackson, D., & Haley, J. y. (1956). *Toward a theory of Schizophrenia.* Milan: Adelphi.

Belloch, A., & Sandín, B. y. (1995). *Manual de Psicopatologia.* Madrid: McGraw-Hill.

Bloch, G., Gronnestad, T., & Oxnevad, A. (2010). *Trabajo Familiar y Multifamiliar en la Psicosis.* España: Herder.

Boszormenyi-Nagy, I. y. (1965). *Psicoterapia intensiva della famiglia.* Torino, Italia: Boringhieri.

Brevis Heilbrunn, K. (2004). *Familia y Esquizofrenia* . Santiago de Chile: Universidad Academia de Humanismo Cristiano .

Caballo, V., Salazar, I., & Carrobles, J. (2014). *Manual de psicopatología y trastornos psicológicos.* Madrid, España: Pirámide.

Cádiz, U. d. (2015). Resolución de problemas. *Formación, cualificación y certificación de las cmpetencias profesionales*, 1.

Cejalvo Calvo, J. (2009). La personalidad desde la perspectiva sistémica. En J. Ríos, *Personalidad, madurez humana y contexto familiar* (pág. 95). Madrid: CCS.

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

CODEM, C. o. (15 de Abril de 2011). *http:www.codem.es/Adjuntos/CODEM/Documentos/Informaciones/Público/9e8/40e2-cec7/4df7-8af9-843320f05ea/d7960f05-5536-48pdf-926c-58e19c39b520085badf36cea-42de-55-e7ffd196e/085badf3-6cea-2de-655-eae7ffd196e1pdf.* Recuperado el 21 de Mayo de 2015

Comite Elaborador del DSM-IV, N. C., & esquizofrenia, P. P. (1995). *DSM-IV Tr. Manual diagnostico y estadistico de los trastornos mentales.* Barcelona, España: Masson S.A.

Craig, G. (1997). *Desarrollo psicológico.* Mexico: Prentice-Hall Hispanoamericana S.A.

DSM IV, T. (2002). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales.* España: Elsevier, Masson.

Garcia, P., & Magariños, M. (1994). *POCKET GUIDE TO THE ICD 10 Clasification on Mental and Behaviourat Disorders o world Health Organization.* (E. M. S.A., Trad.) ESPAÑA, España: EDITORIAL MEDICA PANAMERICANA S.A.

Hernández, R., & Fernández, C. y. (2003). *Metodología de la investigación.* México: McGraw . Hill.

Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, P. (1998). *Metodología de la investigación.* México: McGraw - Hill.

Ignacio, J. (2014). Dificultades en Familias con personas Afectadas de Esquizofrenia. *Facultad de Psicologia España*, 3-5.

Jarne, A., & Talarn, A. (2010). *Manual de psicopatología clínica.* Barcelona: Herder.

Kerlinger, F., & Lee, H. (1999). *Investigación del comportamiento. Métodos de investigación en ciencias sociales.* México: McGraw - Hill.

Leff, J., & Vaughn, C. (2010). "The measurement of expressed emotion in the families of psychiatric patientes. En A. y. Jarne, *Manual de psicopatología clínica* (pág. 445). Barcelona, España: Herder.

Liem, J. (1971). An update and commentary. Schizophrenia Bulletin, 6. *Family Studies of Schyzophrenia*, 429.

Mejia, D. Z. (1998). Familias y Esquizofrenia. *Hospital Docente de Atencion Psicosocial Dr. Jose Dolores Fletes Valle*, 1.

Merino, H. y. (1990). Familia y esquizofrenia: Una revision desde el punto de vista de la interaccion familiar. *Anales de psicología*, 11.

Olortegui, F. (2001). *Diccionario de psicología.* Lima: San Marcos.

Palabra y Razón (2011). Librosbasicos en la historia del campo Iberoamericano de estudiso en comunicacion. *Razon y Palabra*, 3.

Psicología al día. (15 de 04 de 2012). *Percepción y sensación.* Recuperado el 19 de Octubre de 2015, de http://www.google.com.bo/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=5&ved=0CDkQFjAEahUKEwiKvZTW2fzIAhWBBiwKHTP2CKA&url=http%3A%2F%2Fwww.um.e

s%2Fdocencia%2Fpguardio%2Fdocumentos%2Fpercepcion.pdf&usg=AFQjCNH50LD-OTdZEZoAuVxvLZ42engmKw

Ríos Gonzáles, J. (1994). *Manual de orientación y terapia familiar.* Madrid: International Copy, S.A.

Ríos Gonzales, J. A. (1999). *La Familia. Realidad y Mito.* España: Centro de Estudios Ramón Areces.

Ríos, J. (2009). *Personalidad, madurez humana y contexto familiar.* Madrid, España: CCS, Alcalá.

Rivera, M., & Andrade, P. (2010). Escala de Evaluacion de las Relaciones Intrafamiliares. *Uaricha*, 17.

Satir, V. (1982). *Psicodinamica y Psicoterapia del nucleo familiar.* Mexico: Edicion Castellana enPprensa Mejicana.

Selvini Palazzoli, M. (1990). *Los juegos psicóticos en la familia.* Barcelona, España: Paidós.

Valle, H. D. (2012). Guia de Intervencion Familiar en Esquizofrenia. *Familias y Esquizofrenia*, 1-2.

Vásquez, J., & cols, B. y. (1998). *Psiquiatría en atención primaria.* Madrid, España: Aula Médica.

Wahlroos, S. (2009). *La comunicación en la familia. Una guía hacia la salud emocional.* México: Diana.

Watzlawick, P. (1984). *Teoría de la comunicación humana.* Barcelona: Herder.

Watzlawick, P., & Helmick, J. y. (1976). *Teoría de la comunicacion humana.* Buenos Aires, Argentina: Tiempo Contemporáneo.

ANEXOS

Anexo 1

ESCALA DE COMUNICACIÓN FAMILIAR

(Family Communication Scale-Versión Española; FCS-VE)

Por favor, indica en qué medida cada una de las siguientes frases describe a tu familia:

1= No describe nada a mi familia **4= En general, sí describe a mi familia**

2= Sólo la describe ligeramente **5= Describe muy bien a mi familia**

3= Describe a veces a mi familia

PREGUNTAS

1.	Los miembros de la familia estamos satisfechos con la forma de comunicarnos	1	2	3	4	5
2.	Los miembros de la familia sabemos escuchar	1	2	3	4	5
3.	Los miembros de la familia nos expresamos afecto entre nosotros	1	2	3	4	5
4.	En nuestra familia compartimos los sentimientos abiertamente	1	2	3	4	5
5.	Disfrutamos pasando tiempo juntos	1	2	3	4	5
6.	Los miembros de la familia discutimos los sentimientos e ideas entre nosotros	1	2	3	4	5
7.	Cuando los miembros de la familia preguntamos algo, las respuestas son sinceras	1	2	3	4	5
8.	Los miembros de la familia intentamos comprender los sentimientos de los otros	1	2	3	4	5
9.	Los miembros de la familia resolvemos tranquilamente los problemas	1	2	3	4	5
10.	En nuestra familia expresamos nuestros verdaderos sentimientos	1	2	3	4	5

UNIVERSIDAD
LA SALLE

La Paz, 10 de Agosto del 2015
CEXT/CO-PSI 012/15

Señores
Dr. Rodolfo López H.
DIRECTOR HOSPITAL
DE SALUD MENTAL "SAN JUAN DE DIOS"
Presente.-

Estimado Doctor:

A tiempo de saludarlo de manera muy cordial, conocedora de su espíritu científico, orientador y de colaboración, me permito formalizar la Solicitud de Practicas de la alumna **PAOLA VIVIANA ANIBARRO PERINGER** en la comunidad de Agudos de la Institución.

La misma deberá cumplir 320 horas prácticas y supervisadas dentro de este semestre, al término del cual enviare los formularios correspondientes para su calificación los mismos que deberán ser devueltos con una carta de apreciación personal sobre la calidad de trabajo de la practicante.

Los días y horarios designados para la práctica son: lunes, miércoles y viernes de 9:30 à 14:00.

Esperando su gentil aceptación lo saludo con las consideraciones que merece.

Atentamente,

Mag. María Elizabeth Salazar Jiménez
COORDINACION CARRERA DE PSICOLOGIA

RECIBIDO
10 AGO 2015
C.R.S.M. "SAN JUAN DE DIOS"

c.c. archs./

CIDAD
FICADA
ISO 9001
Icontec
IQNet

Para el diseño y prestación del servicio en sus carreras.

Av. Jorge Carrasco
Nº 450
(bajada a Bolognia)
esq. Calle Las Palmas
La Paz - Bolivia

Teléfono/Fax
2723732 · 2724650

www.ulasalle.edu.bo

La Paz, 13 de Junio de 2015

Sra:

Mag. María Elizabeth Salazar Jiménez
COORDINACIÓN CARRERA DE PSICOLOGÍA – UNIVERSIDAD LA SALLE

Presente.-

Licenciada:

La presente es para informarle que la estudiante **PAOLA VIVIANA ANIBARRO PERINGER** perteneciente al 7mo Semestre de la carrera de Psicología de su Universidad, ha realizado con éxito su práctica profesional del 18 de Febrero al 12 de junio del presente año, mostrando continuamente capacidad de abordaje clínico, responsabilidad, creatividad y compromiso con nuestra comunidad y los pacientes.

Toda la Comunidad Terapéutica Agudos del Centro de Rehabilitación y Salud mental "San Juan de Dios" se encuentra agradecida por todo el esfuerzo y dedicación que la practicante ha demostrado en todo éste tiempo y en caso de que desee continuar sus siguientes prácticas en nuestra Institución será muy bien recibida.

Sin otro particular, me despido de usted deseándole éxitos constantes

Lic. Ana Prado Bazoberry
PSICOLOGA
MAT P-0508

ORDEN HOSPITALARIA
CENTRO DE
REHABILITACION Y
SALUD MENTAL
San Juan de Dios"
La Paz - Bolivia

23/6/2015

CENTRO DE REHABILITACIÓN Y SALUD MENTAL
San Juan de Dios
LA PAZ | BOLIVIA

La Paz, 13 de noviembre 2015

Señora:

Mag. María Elizabeth Salazar Jiménez
COORDINACIÓN CARRERA DE PSICOLOGÍA – UNIVERSIDAD LA SALLE

Presente.-

Licenciada:

La presente es para informarle que la estudiante PAOLA VIVIANA ANIBARRO PERINGER perteneciente al 8º semestre de la carrera de Psicología de su Prestigiosa Universidad, ha realizado con éxito su Práctica Profesional III del 10 de agosto al 6 de noviembre del presente año, mostrando de manera constante su capacidad de abordaje clínico, responsabilidad, creatividad, vocación y compromiso con nuestra Institución y sobretodo con los pacientes de la Comunidad Terapéutica Agudos a la que tengo a bien dirigir en el área de Psicología.

Como Comunidad Terapéutica Agudos agradecemos todo el esfuerzo y dedicación que la practicante ha demostrado durante todo este tiempo, siendo siempre bienvenida en nuestra institución.

Sin otro particular, me despido deseándole éxitos constantes.

Lic. [illegible]
PSICOLOGA
MAT P-[illegible]

Calle Chicani N° 50 Final Irpavi II
Telefono: 2723464
Fax: 00591-22724887
E-mail: sjdlapaz@hsjd.org
La Paz - Bolivia

EL AGUDO

La realidad que hay que conocer...

EDICIÓN 01/15

Los Pacientes de la Comunidad Terapéutica Agudos, les presentamos con mucho gusto éste proyecto que se había estancado, pero que por las gestiones de nuestros responsables de Comunidad, Dra. Carola Vásquez y Lic. Alba Prado, hemos logrado relanzarlo, ésta vez con el apoyo de Roemmers, un laboratorio que cree en nosotros y que cada dos meses nos brindará todo su apoyo para que todos ustedes, queridos lectores, puedan reír, llorar, pensar, reflexionar sobre algunos temas y sobretodo entender lo que es la enfermedad mental, dejando de lado las estigmatizaciones y que puedan saber que somos capaces de mucho más.

Gracias.

CONTENIDO

- TESTIMONIO
- POESIA
- CHISTES
- NUESTRO MURAL



TESTIMONIOS

SOLO MI HISTORIA

Miércoles 25 de marzo de 2015

Entre rejas, me vuelvo a encontrar, los años solo han cambiado los colores y los formatos, no recuerdo exactamente el día en el que deje de dormir en mi casa, no recuerdo exactamente el día en el que deje mi hogar…

Mi hogar, el de adentro de mi corazón y mi alma, los arlequines y sus luminosos trajes, fueron los primeros en alegrarme, de la fuente verdadera de amor, el calor real y del verdadero amor, en manos de almas jóvenes llenas de amor y pasión comienza mi historia…

Ver el refrigerador vacio, me congelaba el estomago, la sangre en los pasillos, marcaron las huellas de mis zapatos, una camiseta de lana, un pantaloncito a rayas, un calor generado por depósitos llenos de recuerdos y fracasos, pilas y pilas de libros y cachivaches que cuentan historias no solo de tristezas si no también de alegrías.

Crece, crece sin saber quién era, necesitaba saberlo todavía, le gustaba manejar bicicleta y vestirse de futbolista, igual que papá; le encantaba que mamá le dijera que era hermosa.

Amaba resbalar por los basurales en pedazos de cartón y lanzarse en empinados cerros, con patinetas y zapatos grandes que papa le prestaba. Por las noches, cuando dormía y viajaba sola, esperaba a mama, que estaba lejos, veía como los vampiros entraban por su ventana, mama llegaba en los amaneceres con chamarras gruesas, volvía de las montañas, ella llevaba nombre de caricatura.

Llevaba jugos en bolsa de recreo al colegio y zapatos baratos, recibía burlas por sus zapatos pequeños de capital. Sus jugos en bolsa para el recreo tenían un olor a refrigerador vacio…

Tenía una pandilla de barrio, sus primos y vecinos, juntos lideraban, no! Me retracto, ella lideraba la pandilla! La idea era siempre hacer travesuras sin medida ni control.

Recuerda con una sonrisa, conectar la máquina de regar el pasto, aunque no tenían pasto y bailar como descocidos al compás de los chorros del agua. Jugar pesca-pesca en peligrosos recovecos… casi siempre estaba al borde del abismo, de la caída.

Había inventado un juego al que llamaba "la manzanita de la discordia", se trataba de sillas y de castigos, bolsas de dulces llenas de piedra y arena.

Mientras dormía escuchaba gritos y golpes, en sus oraciones pedía que no le hubieran matado a la tía… con el tiempo aprendió a ignorar la sangre que chorreaba en las caras de las féminas de esta casa humilde, solo le bastaba con saber que seguía viva, tenia 5 años para entonces…

El golpeador tenía un hermoso e inocente hijo, era su mejor amigo; juntos se ocultaban debajo de la mesa, debajo de la cama, debajo del mueble del televisor, debajo de las cortinas, debajo de todos…para que no los separaran!

Se amaban profundamente, eran 3, había una mas pequeñita, ella era la más inocente… eran los tres mosqueteros..

CAPITULO II

LOS TRES MOSQUETEROS

Tenían armaduras de lanas, tejidos de croché, sus armas eran flores, y sus carruajes eran pedazos de cartón, transitaban por los paisajes detrás del viento y el sol guiaba sus pasos…

¡NO PUEDO ESCRIBIR MÁS! ¡EL DOLOR ME AHOGA! ¡ELDOLOR ME PERSIGUE!

DEPRESION

Anduve con amargura en mi corazón, mi alma estuvo asqueada de vivir, por todas las experiencias duras, malas y crueles que me toco vivir.

Pensaba que Dios se había olvidado de mi…Me ahogaba en la tristeza y el sufrimiento, solo tenía ideas de morir…

Pero con el apoyo de mi madre, me propuse olvidar y madurar; volveré a empezar, lo voy a lograr, dejare todo el pasado y quedara olvidado, porque ya no quiero volver atrás ni quiero volver a sufrir.

Ya no mas.. Ahora toca el momento de ser una nueva persona y seguir adelante cumpliendo los sueños y metas que me proponga.

A.Z.

MI HISTORIA

Hola me llamo ..., sufro de "Esquizofrenia", bueno… ya me estoy curando, con mucha esperanza y fe.

Al principio yo era un joven sano y alegre; pero al pasar el tiempo, todos me dejaron, mis amigos, compañeros y mi pareja, todo por mi enfermedad…

Me internaron en el Hospital de Clínicas como siete veces, después de mucho encontré este Hospital San Juan de Dios, el que me pareció más hermoso y grande con un jardín muy lindo. Y así me fui recuperando con mucha fe y también tomando los medicamentos que la Doctora me recetaba..

Y así me fui recuperando, empecé a trabajar como ayudante en la cocina del Hospital, esa es mi mejor Terapia, pero…. A veces… no todo es color de rosa… sigo luchando día a día para salir adelante!!!

W. V.

POESIA

LOS NIÑOS

Los niños son los seres más ingenuos y tiernos que existen dentro de los seres vivos, por eso necesitan afecto y comprensión y tener una propia visualización de las cosas, donde todo vaya desarrollándose de manera que no se conviertan en acciones deteriorables que el niño vaya a demostrar.

Entre los derechos y los deberes del niño podría destacar:

- El derecho a gozar de una salud esplendida, ya que la salud se la toma como un privilegio y no como un derecho fundamental e indispensable de las personas.

- El derecho a tener una familia y un hogar donde pueda desenvolverse con toda la espontaneidad que vaya a necesitar el infante.

- El derecho a tener una formación adecuada y oportuna, porque si se las niega, estas se vulnerabilizan los principios de los cuales se hacen mención.

- El derecho a formar parte de la sociedad de acuerdo a su desenvolvimiento en su hogar, porque si se le fuerza a algo que no esté predispuesto a hacer, algo que no cree poder hacer, la frustración se hace más creciente.

Entre los deberes de un niño están:

- El deber de recibir y dar cariño para con sus padres y todos los integrantes de su familia

- El deber del niño para con la sociedad, el rol que deberían cumplir los niños junto a la colectividad.

- El deber del niño frente a sus semejantes, como podría comportarse o confraternizar frente a los mismos de su misma índole.

- El deber de poder entender la complejidad de la vida en una etapa de la vida, donde todo se puede comprender los sucesos que acontecen en la vida diaria.

H. A.

CHISTES

MUCHO HUMOR

· UNA CRIPTONITA EN FORMA...
SERIA UNA CLIPTONITA?

· ERES TAN CIEGO,
QUE NO VES NI TUS LENTES

· NO ES VINOTERAPIA,
ES VICIOTERAPIA

· SI CHESPIRITO FUERA CRESPO...
SERIA CRESPIRITO

· CUAL ES EL BAILE DE LAS BALLENAS?
EL BALLENATO!!

· ME CUESTA HACER LA ENCUESTA

· NI LOCO VUELVO A ESE MANICOMIO

· EN VEZ DE DECIR NO QUIERO ESTAR EN SUS ZAPATOS,
MEJOR NO QUISIERA ESTAR EN SUS CHINELAS

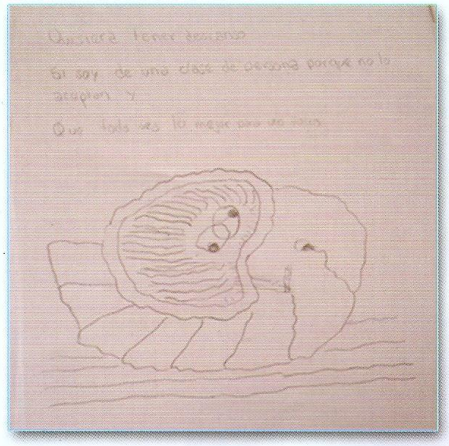
· NI QUE MANDRAKE, COPPERFIELD O HOUDINNI,
MEJOR EL MAGO BYRON

· SI GERMEN DE TRIGO,
ENTONCES BACTERIA DE MAÍZ

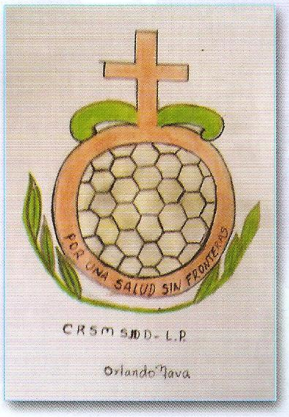
· NO ES LO MISMO MANICOMIO,
QUE EL COMIO-MANI

G.

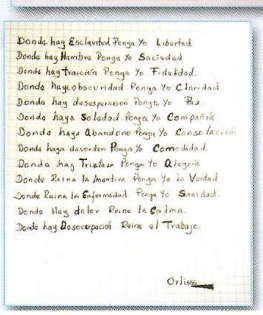
NUESTRO MURAL

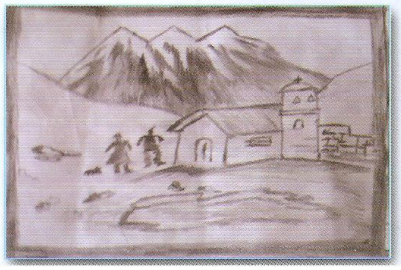


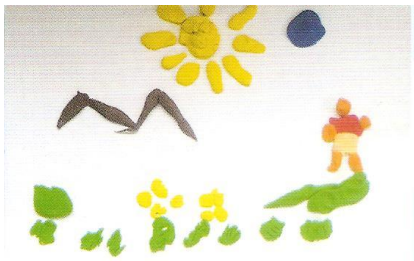








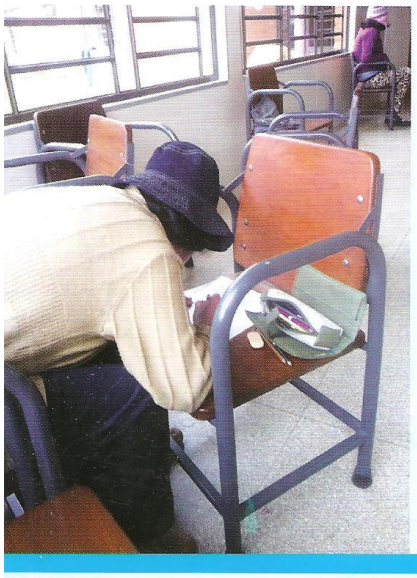




CENTRO DE REHABILITACIÓN Y SALUD MENTAL
San Juan de Dios
LA PAZ | BOLIVIA

Teléfonos: 2723464 2724887
Fax: 591-2-723464
Correo: b sjdlapaz@hsjd.org
secretaria.lpz@sanjuandedios.org.bo
Calle Chicani s/n zona Irpavi 2.

COMUNIDAD



La Comunidad Agudos recibe pacientes con distintas patologías, buscando siempre la estabilización en el periodo más corto, trabajando con el paciente para generar conciencia de enfermedad y adherencia al tratamiento, además de informar y trabajar con la familia.

Nuestra Comunidad se centra también en el abordaje terapéutico integral, coadyuvando al tratamiento se realizan dinámicas grupales, actividades recreativas y la producción intelectual, generando en nuestros pacientes la confianza de sentirse libres de expresar sus ideas, miedos, preocupaciones, alegrías y talentos, dando importancia a la interacción social reconociendo que la intervención individual y familiar no lo es todo.

Martesia®

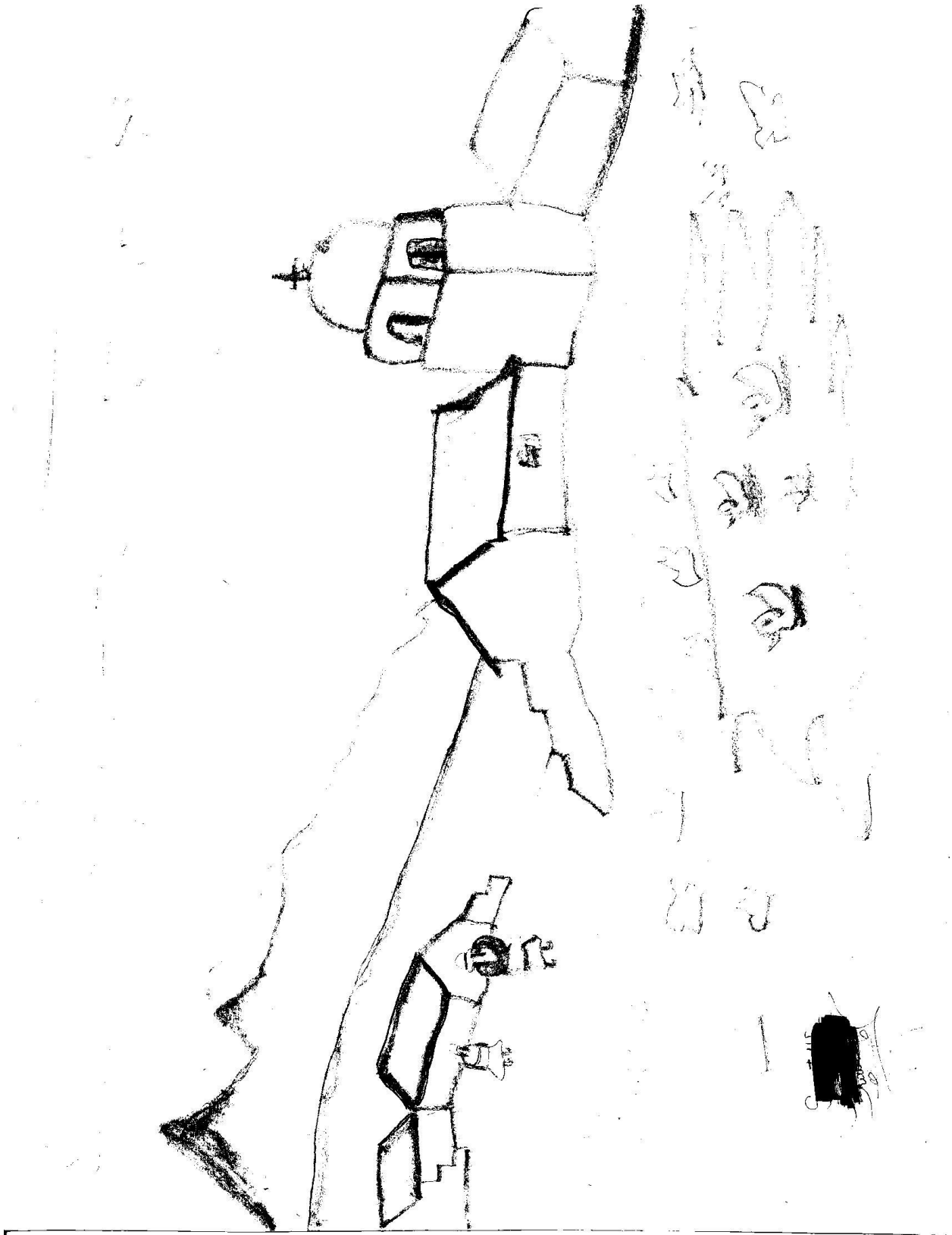
Ezentius
ESCITALOPRAM

QUETIAPINA
edagan XR

Personal de la Comunidad Terapéutica Agudos

Dra. Carola Vásquez (médico Psiquiatra)
Lic. Alba Prado (Psicóloga)
Dra. Marxia Tinini (M.R. 1 Psiquiatría)
Lic. Giovana Espejo (Trabajo Social)
Lic. Rosario Vásquez (Trabajo Social)
Lic. Martha Quispe (Enfermería)
Lic. Carlos Huaycho
Aux. Inés Quispe
Aux. Roberto Collao
Aux. Rosmery Ramos
Aux. Efrén Chipana
Aux. William Flores
Aux. Marina Quispe
Aux. Roxana Ibañez
Practicante Jasmín Barra (psicología)
Practicante Viviana Anibarro Peringer (psicología)

ROEMMERS
CONCIENCIA POR LA VIDA

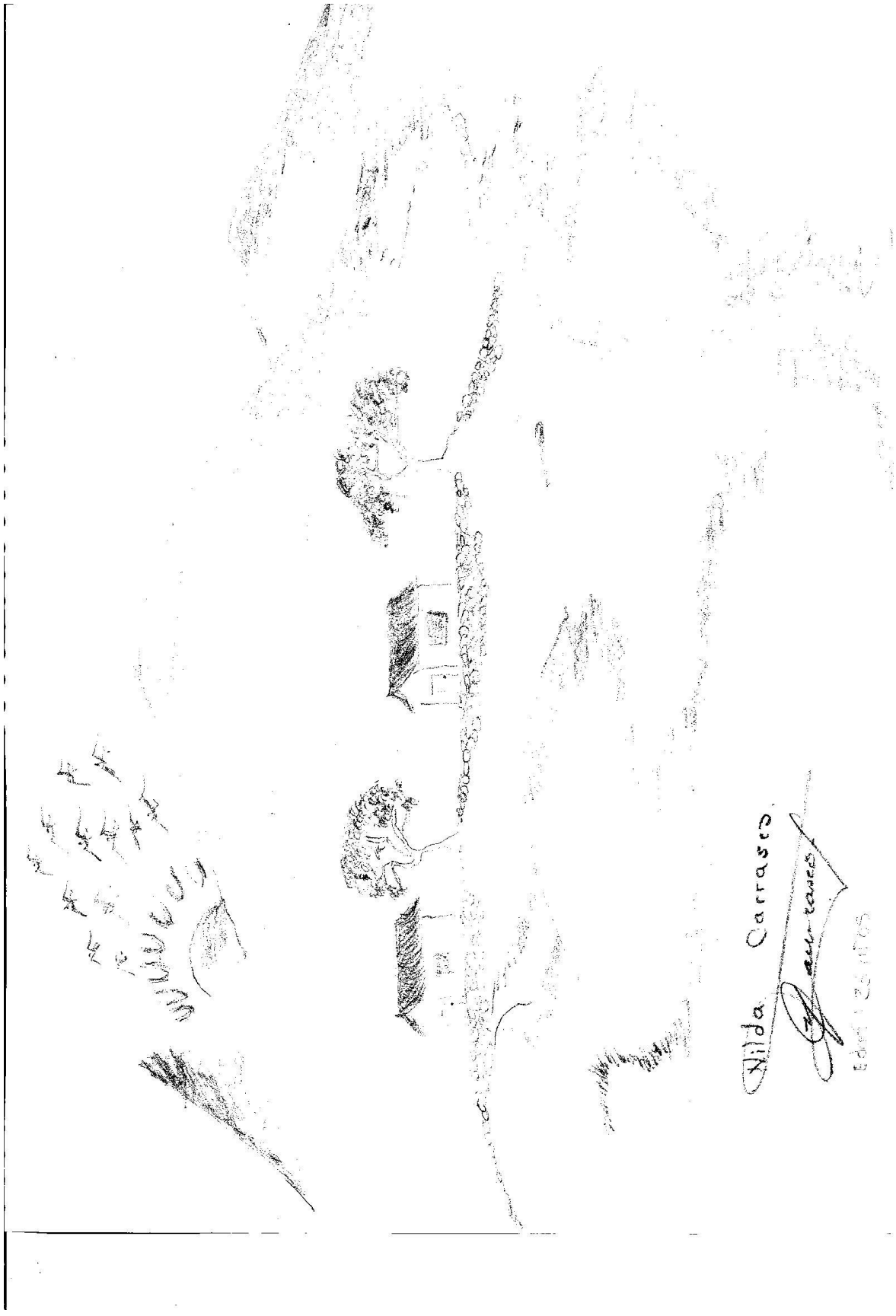




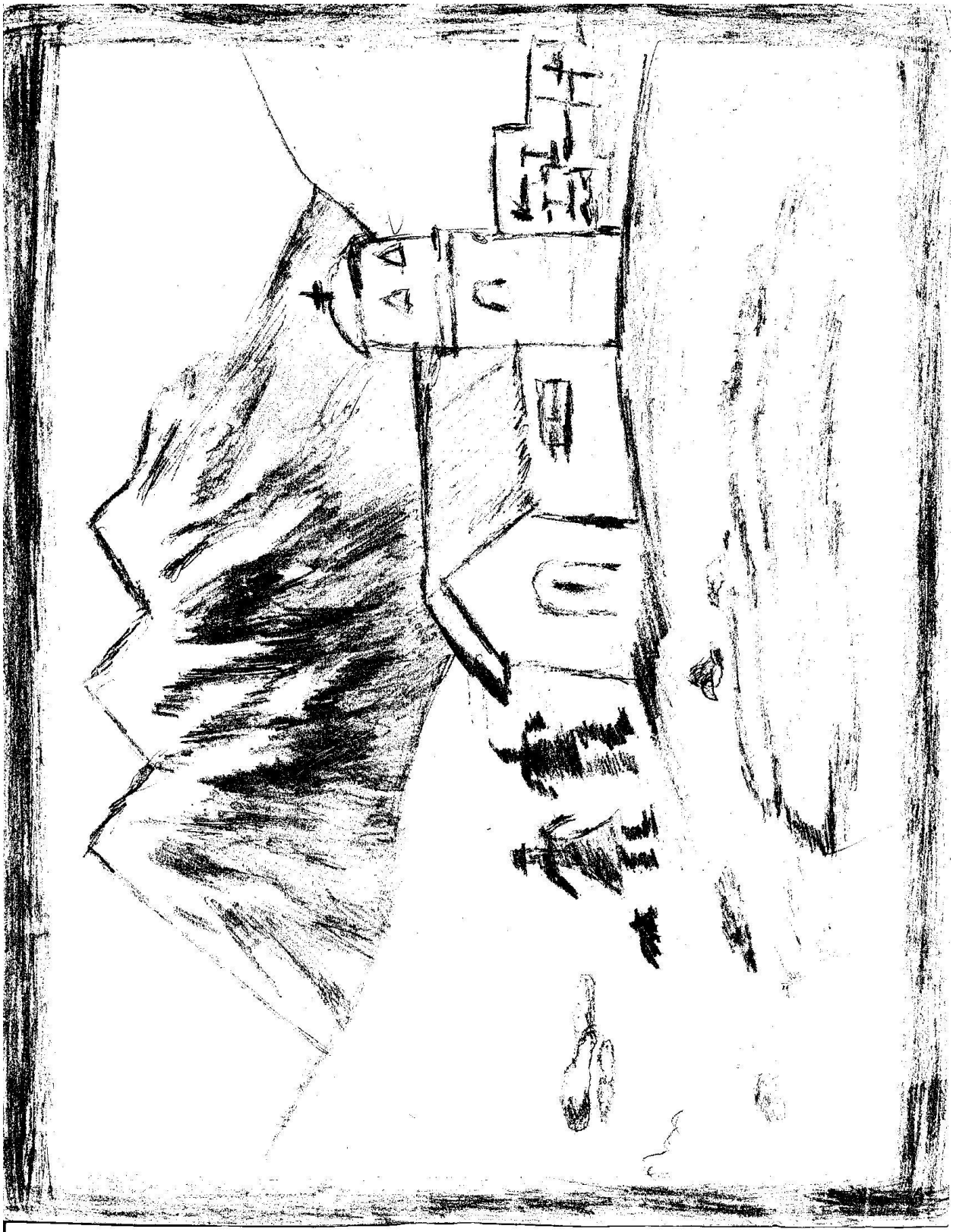
CRSM SJD D- L.P.

[redacted]

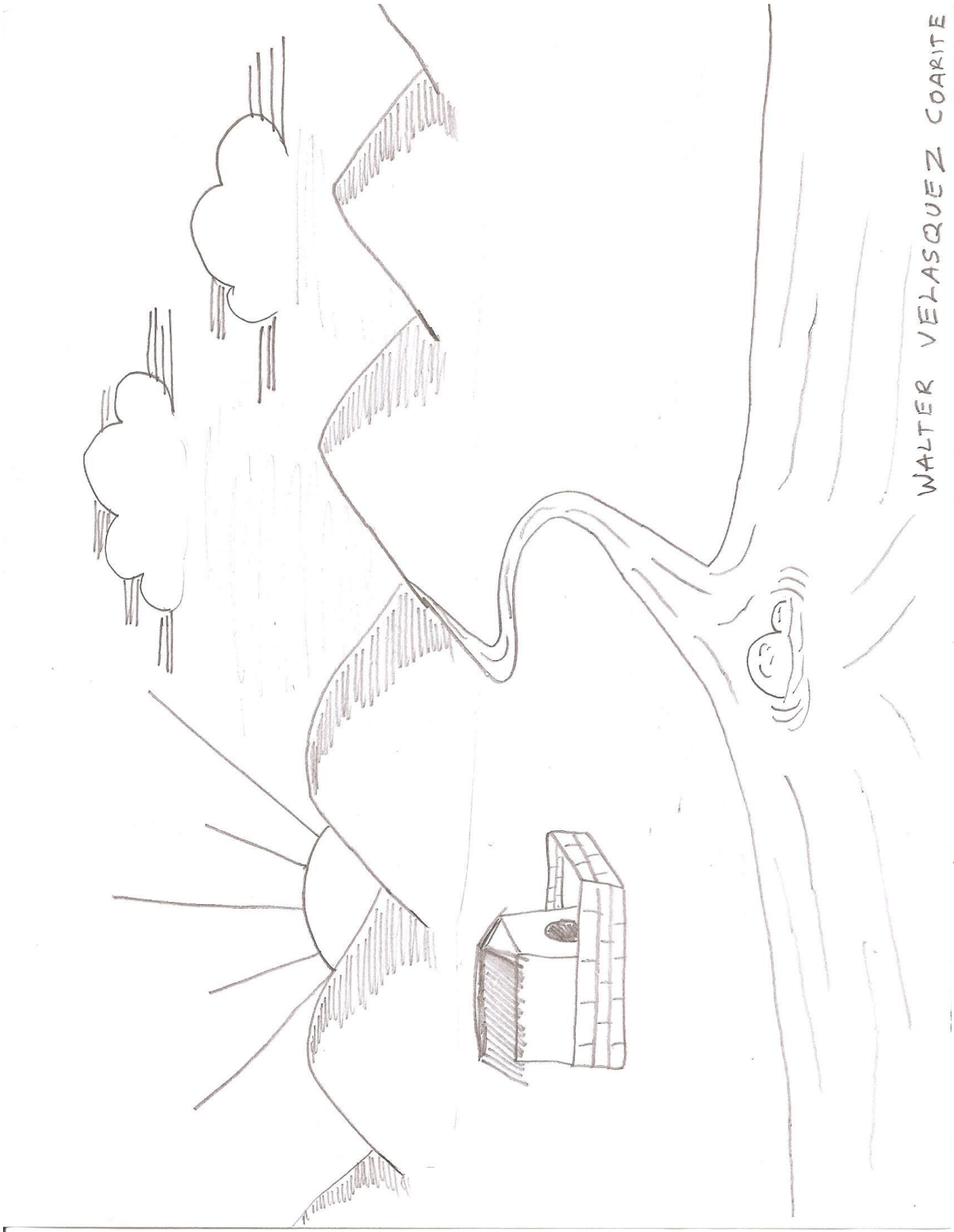

Rolando Mava


Wilda Carrasco


M L B




Orlando


WALTER VELASQUEZ COARITE



CENTRO DE REHABILITACIÓN Y SALUD MENTAL

San Juan de Dios

LA PAZ | BOLIVIA



EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO

COMUNIDAD TERAPÉUTICA AGUDOS

La Comunidad Terapéutica Agudos presenta:

Show de Talentos

SHOW DE TALENTOS

La Comunidad Terapéutica Agudos, busca reforzar la creatividad de nuestros pacientes, con el fin de coadyuvar la pronta rehabilitación, generando la confianza necesaria para que puedan ser capaces de expresar sus talentos, así como sus pensamientos y emociones.

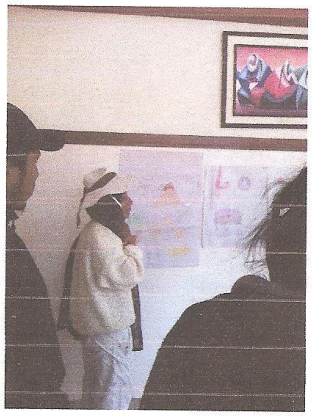
Agradecemos su presencia y esperamos que el Show sea de su total Agrado



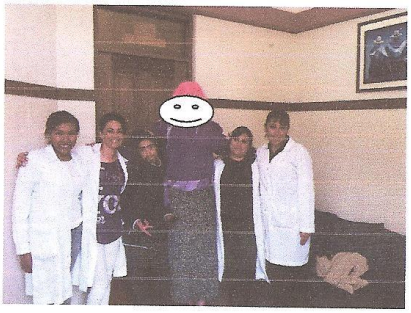
Programa:

1. Palabras a Cargo de Dra. Carola Vásquez –Jefa de Comunidad
2. Charles y Gloria, bailan ;"Regueaton" de Nick Jam TE ESTABA BUSCANDO
3. Nilda, recitación; "El Beso"
4. Elizabeth, canta "Canción del Adiós" de LOS NOCHEROS
5. Limberth, baila; "Morenada" De María Juana QUIEN TE QUIERE COMO YO
6. David, recitación; "El Soldado"
7. Demostración: Mishell baila Tango y Milonga
8. Vania, baila "Caporales" Los LLajuas CARA DE OVEJA
9. Juliana, canta "Eres" de Miriam Hernanadez
10. Christian, recitación; "Regreso"
11. Ciro, baila "Cumbia" el tema INFIEL
12. Roberto (Beto) y Nilda, bailan HAPPY de William Ferrel
13. Paulo, baila; "Musica Electronica"
14. Ivonne, presenta; "Dibujo al Carbon"
15. Roberto e Ivonne, bailan "Tiempo de Vals" de Chayanne
16. Juan Gabriel, toca "Zampoña"
17. Baile de grupo, varones "CAPORAL" el tema CHEVERE QUE CHEVERE
18. Baile de grupo, mujeres, "TINKU" el tema CELIA
19. Demostración: Tango Prof. Victor Hugo Angulo
20. Entrega de Premios
21. Agradecimientos y Clausura

154





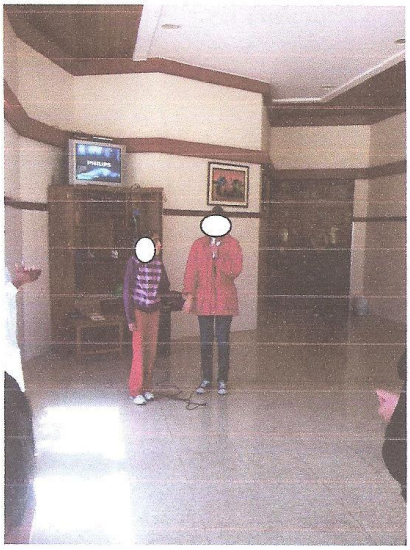


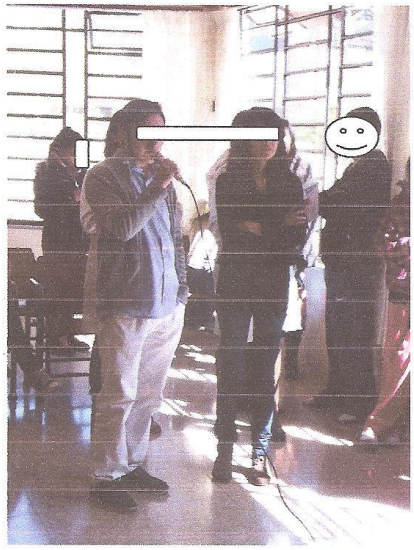


155





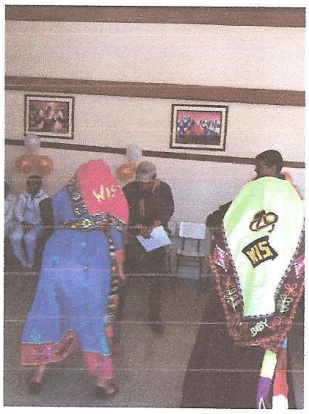




156









Viernes 22 de mayo de 2015

HORA	TEMA	EXPOSITOR
16:00 Hrs.	Abordaje Psicológico en los transtornos de Ansiedad	Viviana Anibarro Jazmin Barra
16:40 Hrs.	Manejo de enfermería en transtornos de ansiedad	Lic. Martha Quispe Licenciada en Enfermería
17:20 Hrs.	La Familia como Contención en los Transtornos de Ansiedad	Lic. Rosario Vásquez Jefa de Trabajo Social
17:40 Hrs.	Refrigerio	
18:20 Hrs.	Diferencia Neurobiológica entre el cerebro Masculino y Femenino	Dr. Josué Bellot Psiquiatra
19:00 Hrs.	Tratamiento Farmacológico de los transtornos de Ansiedad	Dra. Carola Vásquez Psiquiatra
20:00 Hrs.	Clausura del Curso del Jefe de Enseñanza	Dr. Gonzalo Rivero Psiquiatra

martesia®

ROEMMERS
CONCIENCIA POR LA VIDA

CENTRO DE REHABILITACIÓN Y SALUD MENTAL
San Juan de Dios
LA PAZ | BOLIVIA

SEDES LA PAZ

SEMINARIO DE TRANSTORNOS DE ANSIEDAD

"IMPORTANCIA DE LA SALUD MENTAL PARA PREVENIR TRASTORNOS FUTUROS"

20 - 21 - 22 DE MAYO DE 2015
16:00 A 18:30 HRS.
SALONES DEL COLEGIO MEDICO DE LA PAZ



Miércoles 20 de mayo de 2015

HORA	TEMA	EXPOSITOR
15:00 Hrs.	**INSCRIPCIÓN**	
16:00 Hrs.	Palabras de Bienvenida al curso	Hermano Luis Sanchez Gerente General del Centro de Rehabilitación y Salud Mental San Juan de Dios
16:10 Hrs.	Personalidad Ansiosa	Dr. Rodolfo López Director del Centro de Rehabilitación y Salud Mental San Juan de Dios - Psiquiatra
16:50 Hrs.	Transtorno de Ansiedad desde el punto de vista del Psicoanálisis	Lic. Roxana Muñoz Psicología
17:30 Hrs.	Refrigerio	
17:50 Hrs.	Transtorno de Ansiedad Generalizada	Dra. Marxia N. Tinini Maydana Médico Residente de Psiquiatría
18:30 Hrs.	Violencia Intrafamiliar	Dr. Gonzalo Rivero - Psiquiatra
19:10 Hrs.	Transtorno de Estrés Post Traumatico	Dra. Angela M. Vera Mariaca Psiquiatra

Jueves 21 de mayo de 2015

HORA	TEMA	EXPOSITOR
16:00 Hrs.	FOBIAS	Dra. Wayra Kolle Médico-Psiquiatra
16:30 Hrs.	La Familia disfuncional como detonante de transtorno de ansiedad	Lic. Alba Prado Psicóloga
17:40 Hrs.	Ansiedad, Mitos y Realidades	Lic. Cinthia Sánchez Psicóloga
18:15 Hrs.	Refrigerio	
18:30 Hrs.	Transtorno Obsesivo Compulsivo a propósito de un caso	Dra. Laura Tejedo Psiquiatra
19:10 Hrs.	Transtorno de Somatización	Dra. Gabriela Condori Médico - Clínico
19:40 Hrs.	Salud Mental en inmigrantes Choque de dos culturas	Dra. Jesica Estrada Psiquiatra

Ezentius ESCITALOPRAM

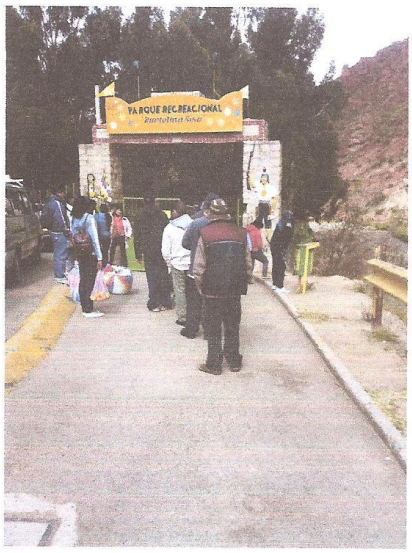
QUETIAPINA edaganXR

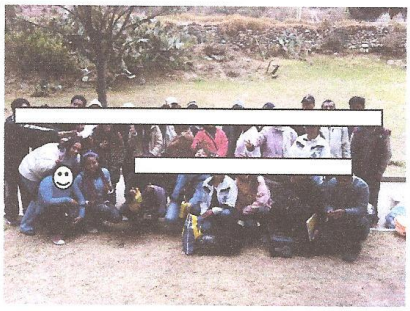
159

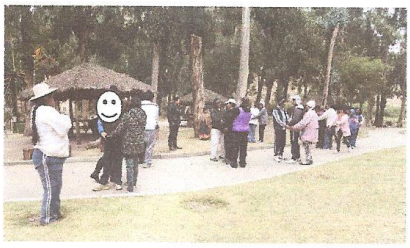


160









161



