

Titulo:

ACTITUDES DE DOS PERSONAS FRENTE A UN FAMILIAR CON DIAGNOSTICO DE ESQUIZOFRENIA INDIFERENCIADA, INTERNO EN EL PABELLON DE INGRESOS DEL HOSPITAL SAN RAFAEL DE PASTO .

1. \_\_\_\_\_ Trabajo de Grado

Autor:

DE LOS RIOS, César

2. \_\_\_\_\_ Facultad de Ciencias Humanas , Programa de Psicología

3. Asesor: CEBALLOS, Zeneyda

Palabras Claves:

Actitud

familia

Paciente esquizofrénico

Investigación cualitativa

Descripción:

Para identificar las actitudes familiares frente al paciente esquizofrénico internado en el Hospital Psiquiátrico San Rafael de Pasto se evaluaron a dos personas, quienes presentaron pensamientos, afectos y comportamientos en su mayor parte, que diferían de los estudios realizados en la antigüedad. El método utilizado fue cualitativo de tipo descriptivo, aplicando instrumentos tales como: entrevistas, observación participante e historias de vida; encontrándose actitudes de aceptación, apoyo, interés, cariño, comprensión, conductas de aproximación y prosociales. Por lo que se concluye que las actitudes familiares pueden ser de gran importancia para la creación de nuevas

estrategias terapéuticas que contribuyan en el tratamiento de los esquizofrénicos.

### Fuentes:

Se consultaron un total de 23 referencias bibliográficas distribuidas así: Sobre psicología social: 7 libros; psicología general: 7 libros; Sobre la investigación cualitativa: 6; y sobre el tema de esquizofrenia: 3 libros.

### Contenido:

El marco teórico esta dividido en tres temas principales que son: la esquizofrenia abordada cultural y clínicamente, componentes e identificación de las actitudes y el grupo familiar. Los temas profundizados de la esquizofrenia clínicamente son su etiología, subtipos, curso, pronostico epidemiología y tratamiento. En lo cultural se presentan tópicos como la historia de la locura y el paciente mental crónico institucionalizado. Los objetivos específicos son tres y se relacionan en que cada uno determina la clase de actitud, el objetivo general es identificar las actitudes familiares frente a un familiar con diagnóstico de esquizofrenia indiferenciada interno en el pabellón de ingresos del Hospital Psiquiátrico San Rafael de Pasto. El planteamiento y formulación del problema nace en el interés de conocer que tipo de pensamientos, creencias, sentimientos y comportamientos existen hacia personas que tienen un diagnóstico de trastorno mental y que son internos en un hospital psiquiátrico.

### Metodología:

La investigación fue cualitativa de tipo descriptivo por lo cual en el proceso hubo diferentes pasos, primero se baso en reunir el material bibliográfico necesario para el estudio y en analizar la situación de visitas en el Hospital San Rafael, con el

objetivo de identificar a familiares que tenían más frecuencia de visitar a los pacientes, así la población se determinó solamente a dos personas, porque la colaboración fue muy escasa. Luego se aplicaron los principales instrumentos del enfoque cualitativo: La entrevista, la observación y las historias de vida a los familiares en diferentes fechas establecidas. Con la información recogida se inicio el proceso de análisis, el cual se hizo mediante el proceso de triangulación que consistió en unir los datos obtenidos de cada técnica para proponer ideas e interpretarlas para identificar las actitudes más representativas y cuales confrontaban con las investigaciones realizadas con anterioridad.

#### Conclusiones:

La conclusión más relevante se asocia al papel que las actitudes familiares pueden tener en los pacientes esquizofrénicos o de cualquier trastorno mental a nivel terapéutico, puesto que estas pueden ser utilizadas al crear nuevas estrategias terapéuticas familiares en el tratamiento de estas personas y por lo que tanto, profesionales en la materia, familiares y pacientes se beneficiarían. Los especialistas podrían proponer programas educativos donde se valore el tipo de actitudes a enfermos, así mismo la relación familiar-paciente sería mayormente adecuada y la calidad de vida de los enfermos mejoraría.

Las limitaciones están en el poco interés y colaboración por parte de las personas que son familiares de pacientes y en el número tan reducido de visitas, se recomienda profundizar el tema ya que no ha sido abordado con la importancia y utilidad que puede tener en la actualidad.

#### Anexos:

El número total de anexos fueron: 12

1 Formato de Entrevista

1 Formato de Observación

2 Historias de Vida

2 Entrevistas semi-estructuradas

6 Fichas de Observación

**ACTITUDES DE DOS PERSONAS FRENTE A UN FAMILIAR CON  
DIAGNOSTICO DE ESQUIZOFRENIA INDIFERENCIADA, INTERNO EN  
EL PABELLON DE INGRESOS DEL HOSPITAL PSIQUIATRICO SAN**

**RAFAEL DE PASTO**

**CESAR GEOVANNY DE LOS RIOS**

**UNIVERSIDAD DE NARIÑO  
FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS  
PROGRAMA DE PSICOLOGIA  
SAN JUAN DE PASTO**

**2003**

**ACTITUDES DE DOS PERSONAS FRENTE A UN FAMILIAR CON  
DIAGNOSTICO DE ESQUIZOFRENIA INDIFERENCIADA, INTERNO EN**

**EL PABELLON DE INGRESOS DEL HOSPITAL SAN**

**RAFAEL DE PASTO**

**CESAR GEOVANNY DE LOS RIOS**

**Asesor: Dra. ZENEYDA CEBALLOS VILLADA**

**UNIVERSIDAD DE NARIÑO**

**FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS**

**PROGRAMA DE PSICOLOGIA**

**SAN JUAN DE PASTO**

**2003**

**NOTA DE ACEPTACION**

---

---

**DIRECTOR**

---

**JURADO**

---

**JURADO**

---

## **AGRADECIMIENTOS**

Al programa de psicología por el aporte institucional dado para la realización de este trabajo.

A los familiares de los pacientes, sin su colaboración esta investigación no hubiera sido posible.

A los directivos del Hospital San Rafael, quienes me brindaron un espacio de trabajo.

Dra. Zeneyda Ceballos por su asesoría y dirección en el estudio.

Dra. Elizabeth Ojeda y Dr. Francisco Yela por ser mis jurados.

Y a todas aquellas personas que de una u otra forma, colaboraron o participaron en esta meta, hago extensivo mi más sincero agradecimiento.



**DEDICADO A**

A Dios creador del universo y dueño de mi vida.

A mis padres, Carmen y Oswaldo por el apoyo incondicional a lo largo de toda la  
carrera.

A mi hijo Nicolás fuente de motivación y superación en mi vida.

A mis hermanas Catalina, Marcela y Alejandra por su compañía, cariño y  
comprensión.

César de los Ríos.

## TABLA DE CONTENIDOS

	Pag.
TABLA DE CONTENIDOS	
Resumen	1
INTRODUCCION	2
TEMA	4
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	4
FORMULACION DEL PROBLEMA	4
JUSTIFICACION	5
Subpreguntas	7
OBJETIVOS	7
Objetivo Generales	7
Objetivos Específicos	7
MARCO TEORICO	8
ACTITUDES	8
Componentes	9
Componente Cognitivo	9
Componente Afectivo	10
Componente Conductual	10
Funciones	10
Propiedades	13
Las actitudes y la conducta	13
Identificación de las Actitudes	14
ESQUIZOFRENIA	14
El paciente mental crónico institucionalizado	15

	Pag.
Historia	16
Factores Etiológicos	17
Factores Genéticos	17
Factores Bioquímicos	18
Dopamina	18
Acido Glutámico	18
Factores Psicofisiológicos	19
Teoría Viral	19
Movimientos Oculares de Seguimiento	20
Alteración de la Atención	20
Factores Psicosociales	20
Teoría Psicoanalítica	20
Teorías del Aprendizaje	21
Teoría del Aprendizaje de Bandura	22
Modelo socio-psicológico de Ullman y Krasner	22
Teorías relacionadas con la Familia	22
Subtipos clínicos de Esquizofrenia	23
Paranoide	23
Desorganizada	23
Residual	24
Catatónica	24
Indiferenciada	24
Epidemiología y Prevalencia	25
Edad y género	25

	Pag.
Curso y Pronostico	25
Tratamiento Farmacológico	26
Tratamientos Psicosociales	27
Psicoeducación	28
Entrenamiento en aptitudes sociales	28
Rehabilitación	28
Terapia Familiar Educativa	29
GRUPO FAMILIAR	30
La Familia en relación con la Esquizofrenia	30
Estudios sobre actitudes y creencias hacia la Esquizofrenia	31
El papel familiar en el tratamiento médico, psiquiátrico y psicológico	33
METODOLOGIA DE LA INVESTIGACION	33
Tipo de Investigación	33
Participantes	34
Instrumentos	34
Procedimiento	38
RESULTADOS	41
DISCUSION	66
RECOMENDACIONES	75
CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES	76
REFERENCIAS	77
ANEXOS	79

## LISTA DE TABLAS

Tabla 1.	Matriz de Categoría Componente Cognitivo	42
Tabla 2.	Matriz de Categoría Componente Afectivo	44
Tabla 3.	Matriz de Categoría Componente Comportamental	46
Tabla 4.	Matriz de Información Entrevista Semi-estructurada Familiar 1	48
Tabla 5.	Matriz de Información Entrevista Semi-estructurada Familiar 1	50
Tabla 6.	Matriz de Información Entrevista Semi-estructurada Familiar 1	52
Tabla 7.	Matriz de Información Historia de Vida Familiar 1	55
Tabla 8.	Matriz de Información Historia de Vida Familiar 1	59
Tabla 9.	Matriz de Información Observación Participante Familiar 1	61
Tabla 10.	Matriz de Información Entrevista Semi-estructurada Familiar 2	63
Tabla 11.	Matriz de Información Entrevista Semi-estructurada Familiar 2	66
Tabla 12.	Matriz de Información Entrevista Semi-estructurada Familiar 2	68
Tabla 13.	Matriz de Información Historia de Vida Familiar 2	70
Tabla 14.	Matriz de Información Historia de Vida Familiar 2	74
Tabla 15.	Matriz de Información Observación Participante Familiar 2	77
Tabla 16.	Matriz de Triangulación de Información Familiares 1 y 2	79
Tabla 17.	Matriz de Triangulación de Información Familiares 1 y 2	81
Tabla 18.	Matriz de Triangulación de Información Familiares 1 y 2	84
Tabla 19.	Categorización de la Información Familiares 1 y 2	87
Tabla 20.	Categorización de la Información Familiares 1 y 2	89
Tabla 21.	Categorización de la Información Familiares 1 y 2	90

## LISTA DE ANEXOS

Anexo A. Historia de Vida Familiar 1	80
Anexo B. Historia de Vida Familiar 2	83
Anexo C. Formato de Entrevista	86
Anexo D. Entrevista Familiar 1	88
Anexo E. Entrevista Familiar 2	96
Anexo F. Formato Observación Participante	102
Anexo G. Ficha de Observación 1 Familiar 1	103
Anexo H. Ficha de Observación 2 Familiar 1	104
Anexo I. Ficha de Observación 3 Familiar 1	105
Anexo J. Ficha de Observación 1 Familiar 2	106
Anexo K. Ficha de Observación 2 Familiar 2	107
Anexo L. Ficha de Observación 3 Familiar 2	108

## **Abstract**

The objective of this study was to identify the existent attitudes in two people toward a relative with diagnosis of schizophrenia indiferenciada and patient of the Pavilion of revenues in the Psychiatric Hospital San Rafael of Grass. Inside the conceptual mark it is emphasized topics of the social psychology, as the attitudes and the social groups (family), including the clinical and cultural description of the schizophrenia. A type of qualitative investigation was used, with descriptive method. The techniques applied the relatives for the gathering of data were: The qualitative interview, the participant observation and the history of life, as narrative technique, with which you continued to the method of Triangulación that allowed to unite the wombs, to gather the information and to categorize it in more precise units, being that the attitudes of the studied relatives vary according to the thoughts and the emotions that they experience in front of the contact with the patient, that which takes them to behave in particular in a way that it changes depending on the situation in which the mental sick person is.

## **Resumen**

El objetivo de este estudio fue identificar las actitudes existentes en dos personas hacia un familiar con diagnóstico de esquizofrenia indiferenciada y paciente del Pabellón de ingresos en el Hospital Psiquiátrico San Rafael de Pasto. Dentro del marco conceptual se enfatiza temas de la psicología social, como las actitudes y los grupos sociales (familia), incluyendo la descripción clínica y cultural de la esquizofrenia. Se utilizó un tipo de investigación cualitativa, con método descriptivo. Las técnicas aplicadas a los familiares para la recolección de datos fueron: La entrevista cualitativa, la observación participante y la historia de vida, como técnica narrativa, con las cuales se prosiguió al método de Triangulación que permitió unir las matrices, para reunir la información y categorizarla en unidades más precisas, encontrándose que las actitudes de los familiares estudiados varían de acuerdo a los pensamientos y las emociones que ellos experimentan frente al contacto con el paciente, lo cual los lleva a comportarse de una manera en particular que cambia dependiendo de la situación en la que el enfermo mental se encuentra.



**Actitud de dos Personas Frente a un Familiar con Diagnóstico de  
Esquizofrenia Indiferenciada, interno en el Pabellón de Ingresos del Hospital  
San Rafael**

Dentro de las enfermedades mentales, la esquizofrenia es uno de los padecimientos más severos, a causa del grave deterioro emocional, cognitivo, laboral y social que provoca. Se puede describir en el sentido emocional, como la dificultad para comprender y expresar sentimientos o también en los cambios repentinos del estado de ánimo; a nivel cognitivo, aparentemente el paciente suele tener pensamientos irracionales acompañados de percepciones que se salen de la realidad y en el aspecto laboral y social se ve disminuida la calidad y eficacia en el trabajo y las relaciones interpersonales, por lo cual hubo interés en conocer una visión social hacia estas personas, como lo son las actitudes familiares existentes hacia el paciente esquizofrénico.

Por su parte, las actitudes ocupan un lugar estratégico en la teoría y práctica del papel que desarrolla el psicólogo en sus diferentes campos de acción: social, clínico, comunitario, educativo, etc. Es por eso que para la psicología y la presente investigación es fundamental, ya que el estudio de las actitudes permite descubrir comportamientos, formas de pensar o sentir de los seres humanos frente a determinados roles de ámbito social, como el paciente esquizofrénico en la familia y las actitudes frente a este.

Así las actitudes familiares son de gran importancia en la evolución de este trastorno mental; las creencias, los sentimientos y los conocimientos que los familiares tengan acerca del problema, influirán en las acciones que se lleven a cabo, así como en la evolución y tratamiento del paciente esquizofrénico, con una

intervención adecuada donde se le proporcione al paciente apoyo, afecto, cuidado, ayuda para seguir las recomendaciones médicas y así prevenir su deterioro.

Este trabajo buscó describir e identificar en dos miembros familiares las actitudes existentes hacia un paciente esquizofrénico, con el fin de dar información relevante que contribuya o beneficie en el proceso terapéutico la calidad de vida, evitando el deterioro de los pacientes y a su vez en el manejo y relación adecuada de familiar-paciente.

La investigación que se utilizó es cualitativa, con método descriptivo. El proceso de triangulación permitió unir la información de las técnicas aplicadas: entrevistas semi-estructuradas, fichas de observación participante e historias de vida, en los dos familiares sujetos de este estudio.

Se encontró que las actitudes hacia el paciente esquizofrénico varían de acuerdo a la experiencia y estado de ánimo del familiar y del estado global en que se encuentra el paciente en el momento de la visita. Razón por la cual este estudio puede ser tomado como punto de partida para investigaciones siguientes relacionadas con la función o comportamiento familiar en cualquier tipo de trastorno mental, ya que el conocimiento de actitudes en los miembros de la familia puede contribuir al desarrollo de programas encaminados a mejorar la relación familiar-paciente y aportar o mejorar en la calidad de vida del enfermo mental.

## **TEMA**

Esquizofrenia y actitudes familiares.

### **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

En Nariño, el número de pacientes que requieren un tratamiento psiquiátrico hospitalario de carácter interno, es significativamente elevado en comparación con los demás departamentos de Colombia, pues se encuentra que del total de pacientes en cada pabellón de los cuatro existentes en el Hospital Psiquiátrico San Rafael, la mitad de estos son del departamento de Nariño, tal es el caso del Pabellón de Ingresos, que cuenta con un total de 58 pacientes de los cuales 26 son de la ciudad. Aunque no todos los pacientes provienen de la ciudad de Pasto, dentro de estos se ha observado, que en muchos de los casos las familias no se involucran en el tratamiento que se ofrece dentro del hospital, limitándose únicamente a hacer visita en los días establecidos y en algunos casos se observa abandono por cuanto el nivel de visita es mínimo.

García en 1.996 evaluó que los comportamientos y las creencias culturales sobre la esquizofrenia son muy importantes en el sentido en que estas pueden funcionar y manejarse como estrategias para poder mantener al paciente en equilibrio.

### **FORMULACION DEL PROBLEMA**

¿Qué actitudes tienen dos personas frente a un familiar con diagnóstico de esquizofrenia indiferenciada paciente interno del Pabellón de Ingresos del Hospital Psiquiátrico San Rafael de Pasto, durante el primer semestre del año 2.003?

## JUSTIFICACION

Para Allen, Frances y otros (1.994) señalaron que la esquizofrenia es una de las enfermedades mentales en la que actualmente los avances científicos, indican que no se ha encontrado con certeza su etiología. Pero de todo el conocimiento que hay acerca de este trastorno, existe información que documenta la manera como algunos aspectos de la relación paciente y grupo familiar, apoyan en la evolución del tratamiento del paciente esquizofrénico, uno de ellos son las actitudes familiares hacia el paciente. Siendo este el punto de partida que justifique el interés de desarrollar esta investigación, conocer qué piensan, qué sienten y qué comportamientos se dan en los familiares hacia el enfermo mental.

Los estudios que más se acercan a los objetivos planteados en esta investigación se han encontrado con las actitudes críticas y hostiles (emoción expresada) de Brown y Monkey (1962, 1972) quienes comprobaron que estas actitudes influyen en el aumento o disminución de los índices de recaídas y reingresos hospitalarios de pacientes quienes vivían con su familia o estaban internados. Sin embargo, a nivel global las actitudes familiares hacia un miembro con diagnóstico de esquizofrenia no se han profundizado en su estudio. Mientras que en la actualidad, la familia ha ido ocupando un lugar estratégico en el tratamiento del paciente esquizofrénico.

Esta investigación pretende identificar actitudes con el fin de ofrecer elementos de información que permitan comprenderlas y proponer estrategias encaminadas al trabajo con las familias de los pacientes esquizofrénicos, para facilitar su apoyo en el proceso terapéutico recibido por los pacientes internos del Hospital Psiquiátrico San Rafael. Así como la identificación de las que se consideren inadecuadas, con miras a restablecer la relación entre el paciente y su familia, de manera que la relación

familiar-paciente mejore; y sobre todo el paciente tenga menos probabilidad de recaídas.

En este mismo sentido, resulta relevante identificar cómo funciona la dinámica familiar en cuanto a sus actividades, qué creen y qué esperan los familiares con uno de sus miembros con tal trastorno mental y por tanto, qué conocimientos tienen o están dispuestos a adquirir?; finalmente qué capacidades y comportamientos tienen para el manejo del paciente en el momento de encontrarse en la visita.

En consecuencia, con el resultado de esta investigación se puede beneficiar tanto el trabajo terapéutico de los psicólogos profesionales que trabajan con pacientes esquizofrénicos, como a las familias, proporcionándoles mayor información, la cual puede ser base para un mejor entrenamiento de estas, en el manejo adecuado del paciente, interno o de consulta externa. De esta manera se puede influir en la optimización de los recursos de las instituciones de salud mental, al aprovecharlos para poder brindar una atención más efectiva y eficaz.

## **SUBPREGUNTAS**

- ¿Cuáles son los sentimientos que acompañan al grupo familiar tras la esquizofrenia en uno de sus miembros?

- ¿Cuáles son las creencias familiares acerca de la esquizofrenia como trastorno mental en uno de sus miembros?

- ¿Cuáles son los comportamientos por parte del grupo familiar hacia el paciente esquizofrénico durante la visita en el hospital?

## **OBJETIVOS**

### **Objetivo General**

Identificar las actitudes de dos personas frente a un familiar con diagnóstico de esquizofrenia indiferenciada, interno en el Pabellón de Ingresos del Hospital Psiquiátrico San Rafael de Pasto, durante el primer semestre del año 2.003.

### **Objetivos Específicos**

- Identificar las actitudes en sus componentes comportamentales de dos personas frente a la esquizofrenia indiferenciada de un familiar, que es interno en el Pabellón de Ingresos del Hospital Psiquiátrico San Rafael.
- Determinar las actitudes en sus componentes afectivos de dos personas frente a la esquizofrenia indiferenciada de un familiar, que es interno en el Pabellón de Ingresos del Hospital Psiquiátrico San Rafael.
- Determinar las actitudes en sus componentes cognitivos presentados en dos personas frente a la esquizofrenia indiferenciada de un familiar, que es interno en el Pabellón de Ingresos del Hospital Psiquiátrico San Rafael.

## MARCO TEORICO

### Actitudes

El estudio de las actitudes se constituye en un aspecto muy importante dentro del estudio de la psicología social e históricamente hablando, fue uno de los primeros interrogantes que se plantearon.

Es así como se han encontrado diferentes conceptos sobre las actitudes desde la psicología social, entre ellos se encuentra que las actitudes son una forma o tipo de filtros a través de los cuales recibimos la realidad, es decir, que son el mapa que utilizamos para andar por el mundo, sabiendo que un mapa nunca puede reflejar el terreno con total precisión, ya que para ser totalmente preciso necesitaría incluir absolutamente la misma información que el mundo real y dejaría de ser un mapa (Hulei, 1982).

De la misma forma cualquier opinión, actitud o valoración que formemos sobre algo, por su propia naturaleza, exige que generalicemos y simplifiquemos, lo que quiere decir, que las actitudes nunca son “verdad” ni “mentira”, sino que son una forma de entender una determinada situación; según autores como: Fishbein, Ajzen, Oskamp, (citados por Hernandez, Fernández y Baptista, 1991) se puede definir una actitud como una reacción evaluadora para responder consistentemente de una manera favorable o desfavorable respecto a alguien o algo. (p. 263), mientras que Fazio (citado por Morales, Moya y Reboloso, 1994) considera que una actitud es una asociación entre un objeto dado y una evaluación dada.

Su importancia radica en que el conocimiento de las actitudes permite concebir de manera más clara y objetiva al ser humano, su conducta y sus interacciones con la sociedad. Las situaciones sociales, las personas, y los problemas sociales constituyen objetos actitudinales; la evaluación significa el afecto que

despierta, las emociones que moviliza, el recuerdo emotivo de las experiencias vividas e incluso las creencias acerca de la capacidad del objeto para conseguir metas deseadas. (p. 497)

Es por eso, que el término de disposición a responder contempla a las actitudes como una respuesta y como una disposición a responder, además es organizada y hace referencia a si la actitud es concebida como un mediador, donde es valido suponer que la única forma de organización que puede tener es a nivel cognitivo, y que la experiencia significa que las actitudes son aprendidas, donde es notable la influencia de socialización y aprendizaje social.

Las actitudes tienen componentes que permiten facilitar su comprensión y están determinados a partir de los diferentes puntos de vista dentro de la evaluación del objeto actitudinal, estos son: (a) cognitivo, (b) afectivo y (c) conductual.

### **Componentes**

Los componentes cognitivo, afectivo y conductual coinciden en que son evaluaciones del objeto actitudinal; las percepciones o la información pueden ser favorables o desfavorables, los sentimientos positivos o negativos; y la conducta o intenciones de conducta pueden ser de apoyo u hostiles. (Morales y cols. 1994)

Así mismo, Morales postula que las respuestas que la persona emite frente al objeto actitudinal denotan una triple naturaleza, según predominen en ellas los elementos de: información, creencias, afectivo, de intención o conducta.

### **Componente cognitivo**

Cuando existe una actitud hacia un objeto [en este caso hacia el paciente esquizofrénico], debe existir también una representación, visión, creencia con respecto a dicho objeto, o sea, ideas sobre el paciente (Jones y Harold, 1.988), de esta forma los familiares toman algún esquema que puede ser positivo o negativo hacia el



paciente. Cada persona adoptará una creencia fortalecida por las interacciones sociales o por el aprendizaje en su medio social.

### **Componente Afectivo**

El componente principal de las actitudes es el afectivo, y está en el sentimiento que cada individuo tiene hacia el objeto medido, este sentimiento positivo o negativo indica la intensidad de la actitud, es decir la fuerza o ligereza de la actitud medida y la dirección como la forma de sentir, con el agrado o desagrado hacia el objeto medido.

### **Componente Conductual**

Según, Gross (1994) las actitudes no son solo las determinantes de la conducta, sino que representan una forma de comportarse, pero esa forma como se actúa, en realidad dependerá de cómo se piensa que los otros se comportarían. Desde luego que para que exista un componente conductual primero se debe dar una idea y un sentimiento o sea los dos primeros componentes determinarán el conductual.

El interés por el estudio de las actitudes ha sido una constante dentro de la Psicología Social, porque estas constituyen el fundamento de los modos de conducta con respecto al objeto social, su conocimiento permite al observador adelantarse a predecir su conducta con cierto grado de confiabilidad. Se han discutido las dimensiones de funcionalidad de las actitudes, y al respecto Rodríguez (citado por Salazar y cols. 1979), trabajó sobre ellas dependiendo de sus funcionalidades:

### **Funciones**

Las actitudes tienen una base funcional en el sentido en que una opción específica, puede desarrollarse y mantenerse para satisfacer una necesidad social importante para la persona. Estas funciones son:

#### **La funcionalidad cognoscitiva**

Es en donde se reconoce que las actitudes podrían desempeñar un papel mediador entre estímulo y respuesta, entonces formarían parte de un sistema que “codifica”, “selecciona”, “interpreta”; tanto los estímulos como las respuestas. Se ha sostenido que las actitudes constituirán unidades de una visión totalitaria del mundo en el que vivimos”.

### **La función utilitaria**

Según Bentham (1960) la función utilitaria se señala cuando se desarrollan actitudes favorables ante objetos recompensantes, o que conducen a la obtención de recompensas y desfavorables ante objetos que conducen a la obtención de castigo. La función utilitaria de las actitudes ha posibilitado la formulación de un análisis mediato-finalista que señala que aquellas nos disponen favorablemente hacia objetos y procedimientos instrumentales para el logro de metas. Muchas veces cuando se han impuesto modas en relación con objetos de actitud, las personas asumen esas actitudes pensando en la posibilidad de obtener las metas en el futuro.

### **La función económica**

Se fundamenta en la provisión de una guía práctica y simplificada de las conductas apropiadas frente a algunos objetos. Los estereotipos y las creencias que configuran nuestro mundo actitudinal, son simplificaciones con implicaciones unívocas respecto a la acción.

### **La función expresiva**

Retoma aspectos de autoreforzamiento, por ejemplo la autoasertividad, donde actitudes hacia diversos aspectos de la realidad, son elementos fundamentales en la formación de la identidad de una persona. Además el individuo consigue satisfacción mediante la expresión de actitudes apropiadas a sus valores personales y a su concepto de sí mismo. Muchas de las creencias y actitudes se basan en esta

función, con diferentes posibilidades específicas como: racismo, religiosidad, aptitudes, materias, etc.

### **Propiedades**

Scott (1968) determinó de la teoría disponible, las siguientes once propiedades de las actitudes:

1. Dirección. Comprendida como la distancia psicológica, positiva o negativa, frente al objeto de la actitud. Es decir la actitud frente a un objeto se piensa en términos de sentimientos positivos o negativos, con la opción de una posición neutra.

2. Magnitud. Se refiere al grado de favorabilidad o desfavorabilidad del sentimiento frente al objeto psicológico de la actitud. Con frecuencia las escalas de actitudes miden esta propiedad.

3. Intensidad. Es una característica que se refiere a que tan fuerte es el sentimiento, favorable o desfavorable, hacia el objeto.

4. Ambivalencia. Manifiesta que en un objeto puede existir componentes tanto favorables como desfavorables.

5. Centralidad o prominencia. Entendida como la importancia del objeto para la persona, o también la prontitud con que esta puede expresar la actitud.

6. Prominencia afectiva. Indica el grado hasta el cual la percepción del objeto por parte de la persona, está dominada por contenidos afectivos.

7. Complejidad cognitiva. Dice qué tanta información tiene la persona frente al objeto, relacionado con el componente cognoscitivo de una actitud.

8. Aislamiento versus enlace. Una actitud puede estar aislada de otros elementos de tipo cognitivo, como otra actitud, idea, creencia, valor o puede estar

relacionada con esos mismos elementos a través de asociaciones y mecanismos similares.

9. Prominencia conativa. Es el grado de tendencia a la acción presente en la actitud.

10. Flexibilidad. Las actitudes son cambiadas o alteradas por una multiplicidad de factores.

11. Conciencia. Hay un cierto grado de conciencia hacia las actitudes, frente a un objeto psicológico. Pensar en una actitud es totalmente inconsciente, es equivalente a pensar en “tendencias de comportamientos sin una contraparte fenomenológica directa, o sea, actitudes en las que están ausente los componentes cognoscitivos y afectivos [o que no son verbalizados por las personas]” (Scott, 1968, p. 208)

### **Las Actitudes y la Conducta**

Dentro de la psicología, las actitudes se han aplicado a individuos y grupos, a patrones individuales y a patrones sociales y culturales; en varias ocasiones se ha postulado que las actitudes no predicen conductas, Salazar y Cols (1979) plantearon que es posible indicar dos razones para explicar el fracaso de predecir la conducta a partir de las actitudes en la investigación contemporánea: (a) la primera es que se ha intentado medir las actitudes respecto de un estímulo inapropiado, generalmente la medición ha pretendido detectar actitudes hacia los negros, la planificación familiar, es decir a grandes entidades ideales o categoriales antes que frente a estímulos específicos en contextos definidos, y (b) la segunda, es que la conducta específica estudiada puede estar completa o parcialmente no relacionada con la actitud medida.

Cada creencia normativa se multiplica por la motivación a obedecer o seguir esa opinión; la norma social subjetiva es el resultado final de sumar todos esos

productos, la actitud más la norma social subjetiva determinan la intervención de la persona hacia la conducta. La intención será un predictor más exacto de la conducta que la actitud o la norma social subjetiva por separado; por otro lado una conducta que surja de una intervención de la persona y que tenga en cuenta tanto su propia orientación como la de su ambiente social más próximos se puede calificar como una conducta razonable.

Cuando la observación no es directamente un parámetro para medir las actitudes, se debe recurrir a otros medios como los siguientes:

### **Identificación de Actitudes**

Se cuenta con diversos tipos de instrumentos para obtenerlas, teniendo en cuenta que el tipo de enfoque de la investigación es cualitativo, las técnicas de recolección de información que ayudarán a identificar las actitudes son: (a) Entrevista cualitativa, (b) Observación participante y (c) Técnicas narrativas como los testimonios y las entrevistas narradas. Estos métodos son netamente cualitativos, por lo cual se explican en la metodología de la investigación.

Con la manera de identificar las actitudes, estas tienen que estar enfocadas hacia alguien o algo, en este caso la esquizofrenia. La importancia de la esquizofrenia en el campo de la psicología actual depende de todo lo que encierra en ella, desde la gravedad del trastorno hasta cómo una actitud influye a nivel social y por ende en el grupo familiar.

### **Esquizofrenia**

A grandes rasgos, la esquizofrenia es un trastorno fundamental de la personalidad, una distorsión del pensamiento; las personas que la padecen tienen frecuentemente el sentimiento de estar controlados por fuerzas extrañas, poseen ideas delirantes que pueden ser extravagantes, con alteración de la percepción, afecto

anormal sin relación con la situación y autismo entendido como una forma de aislamiento.

El deterioro de la función mental en estos enfermos ha alcanzado un grado tal que interfiere con su capacidad para afrontar algunas de las situaciones normales de la vida o mantener un adecuado contacto con la realidad. La actividad cognitiva del esquizofrénico no es normal, hay incoherencias, desconexiones y no hay una correspondencia en el lenguaje, pues no razona ni piensa de forma normal (Yepes, 1998).

### **El paciente o enfermo mental crónico institucionalizado**

Se puede decir que el enfermo mental es producto de un marco familiar, social y cultural que en ocasiones es rechazado o aceptado, siendo para la sociedad un problema más, que se ve resuelto cuando los pacientes se encuentran hospitalizados. Es el hospital mental el lugar donde ellos mejoran cualitativamente o cuantitativamente la calidad de vida, con una estancia corta y una terapia de apoyo junto con la familia puede evitarse actitudes negativas por parte de la familia y recaídas en los pacientes.

El paciente mental es una persona a la cual se le puede querer y apreciar como a cualquier otra, es un ser humano con necesidades básicas y con anhelos, la familia no se desprestigia por tener un enfermo mental; por el contrario si el paciente es dado de alta de un hospital se puede esperar que asuma alguna responsabilidad y ejercite sus deberes y derechos, siendo sus familiares los mejores amigos.

Durante toda la historia humana el hombre a través de sus diferentes culturas ha concebido la esquizofrenia desde locura hasta llegar a catalogarla en diferentes subtipos clínicos, para entender mejor este trastorno mental a nivel cultural, es importante conocer su historia.

## **Historia**

Ya que la investigación trata más un carácter cultural que clínico, la descripción histórica es más cultural, como es concebida por los grupos sociales como la familia.

Un hecho es real: el ser humano le ha temido siempre a la locura, y quizá ese mismo temor es el que ha llevado a lo largo de la historia a adoptar métodos de tratamiento a veces inhumanos y crueles, para con los efectos de la enfermedad. La incompreensión que se tenía de la esquizofrenia, está siendo superada paulatinamente y ahora disponemos de una gran cantidad de información respecto de la misma, surgida de la sofisticación de los métodos de investigación, derivada del notable avance de la ciencia y la tecnología. Aunque sea este el preámbulo, hoy se dispone de suficientes elementos de juicio que permite facilitar la comprensión de esta enfermedad, y lo que aun es más importante la comprensión de los enfermos.

En 1400 A. C. Un fragmento hindú del Ayur-Veda describe una enfermedad causada por los demonios en la que el doliente es “glotón, sucio, se pasea desnudo, ha perdido la memoria y se pasea inquieto”. Con la cual recomendaba “meditación” y “técnicas de encantamiento” para su tratamiento. En el siglo I D. C. El médico Areato de Capadocia observó la diferencia cualitativa esencial entre los pacientes que padecían la entidad “cajón de sastre”, entonces conocida como “manía y lo que describió como “estúpidos, ausentes y ensimismados”. Sorano en el siglo III D. C. Describió ideas delirantes en pacientes que creen ser Dios y que se niegan a orinar por temor a causar un nuevo diluvio”. También dió descripciones cuidadosas de los estados de estupor.

Durante la edad antigua y hasta el siglo XIX no ocurre nada sobresaliente en el campo de la esquizofrenología. Lo más sobresaliente en la edad media está en la

descripción de su sintomatología en el año de 1.852, cuando el psiquiatra belga Benedict Morel la describe con el nombre de “demence precoce”, este término fue retomado 44 años más tarde por el Emil Kraepelin de origen alemán, quien en 1.896 reunió bajo el nombre de “dementia praecox” a una gran diversidad de síndromes psicóticos cuyo inicio se ubicaba en la adolescencia y tenía un curso crónico de deterioro progresivo que terminaba en demencia. Sin embargo el término de “esquizofrenia” no se cuenta en la literatura sino hasta en 1.911, cuando el psiquiatra suizo Eugene Bleuler introdujo dicho término para reformarlo a “demencia precoz”.

Desde entonces hasta la fecha, las concepciones en torno a la enfermedad, a su etiología, psicopatología y pautas terapéuticas han evolucionado enormemente. Existen múltiples teorías que intentan explicar el origen de la esquizofrenia, teniendo en cuenta que el origen de esta enfermedad mental no está radicalmente dado, se describe las teorías de mayor relevancia.

### **Factores Etiológicos**

No se ha logrado establecer una causa clara para la esquizofrenia, sin embargo, es de natural aceptación que debe existir una interrelación entre factores biológicos y psicosociales; con lo cual se resume brevemente los principales factores etiológicos:

#### **Factores Genéticos**

La relación entre esquizofrenia y factores genéticos ha tenido su origen en la observación bien conocida, de que este trastorno se presenta más comúnmente en determinadas familias, siendo más alta la probabilidad mientras más cercano sea el grado de consanguinidad del paciente esquizofrénico. Rosenthal y cols. (1968) argumentó que los hermanos de esquizofrénicos corren un riesgo diez veces mayor, y en los hijos la probabilidad de contagio aumenta; lo mismo ocurre en estudios en



gemelos monocigotos y dicigóticos, con la probabilidad mayor en gemelos que han sido criados por separado desde su infancia temprana.

Se desconoce qué es lo heredado en la esquizofrenia, aunque se supone que se trata de un factor bioquímico. El modo de transmisión sería de carácter poligénico, es decir que múltiples genes serían insuficientes para producir la entidad, pero que por un efecto de sumación y en combinación con otros factores biológicos y ambientales, podrían generar la enfermedad.

Varios estudios han implicado la posibilidad de un error metabólico, innato o adquirido que altera la neurotransmisión, generando la esquizofrenia según la etiología bioquímica (Rosenthal y cols, 1968).

### **Factores Bioquímicos**

Actualmente la tendencia es a implicar varios sistemas de neurotransmisión, en la etiología y fisiopatología de la esquizofrenia como son: (1) la dopamina y (2) el ácido glutámico.

#### **1. Dopamina**

La dopamina se encuentra distribuida en el sistema nervioso central en tractos dopaminérgicos, la hipótesis dopaminérgica postula en términos generales un aumento de la actividad de esta neurotransmisión como factor fundamental de la sintomatología esquizofrénica. La esquizofrenia está caracterizada por una hipodopaminérgica a nivel límbico y estriado, esto explicaría la presencia de síntomas negativos, atribuible en parte al déficit dopamínico en las regiones prefrontales del encéfalo; y los positivos serían consecuencia de la hiperdopaminergia a nivel subcortical.

#### **2. Acido Glutámico**

Las investigaciones más actuales sugieren que las alucinaciones no esquizofrénicas estarían ligadas a una mayor activación de este receptor.

Casi todas las teorías bioquímicas de la esquizofrenia derivan de una suposición fundamental: la presencia anormal cualitativa o cuantitativa de una sustancia en el cerebro como responsable de la conducta del esquizofrénico, suponiendo que la esquizofrenia resulta de: mucha o poca sustancia cerebral o la presencia de una sustancia tóxica en el cerebro; pero hasta ahora no se ha confirmado ningún estudio que demuestre que esas sustancias desempeñen una función central en la etiología de la esquizofrenia.

La mayoría de los pacientes esquizofrénicos toman medicamentos antipsicóticos. Aunque los efectos de tales drogas en la conducta disminuyen rápidamente tan pronto son descontinuadas, sus vestigios permanecen en el torrente sanguíneo por largos períodos de tiempo. Los pacientes institucionalizados posiblemente fumen más, tomen más café y permanezcan relativamente inactivos; todos estos factores pueden contribuir para la explicación de las diferencias en los factores bioquímicos de los esquizofrénicos, aunque estos estudios continúan.

### **Factores Psicofisiológicos**

Existen numerosas pruebas experimentales que desde el punto de vista psicofisiológico buscan determinar la etiología de la esquizofrenia. Entre ellas se cuentan:

**Teoría Viral.** Esta teoría sostiene que la mayor cantidad de esquizofrénicos son nacidos en meses de invierno y en los primeros meses de verano, este descubrimiento coincide con algunas epidemias en especial la influenza, lo que ha llevado a hipotetizar acerca del papel que pudiera tener la presencia de

algunas infecciones vírales durante la gestación, en el desarrollo de algunas formas de esquizofrenia.

**Movimientos Oculares de seguimiento.** En el seguimiento de un objeto una persona utiliza dos clases de movimientos oculares: los sacádicos-rápidos y los de seguimiento suaves, que tienden a estabilizar la imagen, siendo en la esquizofrenia que dicho registro presenta alteración en el 80% de los pacientes.

**Alteraciones de la Atención.** Los esquizofrénicos tienen un déficit de atención y la base de este trastorno está dada por un alto nivel de alertamiento por lo cual no hay función de filtrado o selectividad para los estímulos y el paciente tiene una verdadera sobrecarga de percepciones, emociones e ideas. Las fallas en la atención pueden vincularse a una disfunción a nivel de la corteza límbica, la amígdala o el hipocampo.

### **Factores Psicosociales**

Los factores psicosociales no son únicos dentro de la gama de activadores ambientales de la esquizofrenia, pero dentro de estos factores la importancia está en los aspectos relativos de la familia.

### **Teoría Psicoanalítica**

Arieti (1955) afirma que la orientación psicoanalítica tradicional (Freudiana) de la etiología de la esquizofrenia establece que este trastorno presenta una fijación o una regresión a niveles más primitivos del desarrollo psicosexual: los niveles de la etapa oral. Como consecuencia el esquizofrénico no desarrolla estructuras importantes de la personalidad, especialmente de tipo defensivo para combatir el estrés del medio ambiente. La teoría psicoanalítica tradicional también enfoca las características de aislamiento y regresión, explicándolas como si fueran un esfuerzo

del paciente por recuperar su capacidad de actuar en el mundo, así como de reconstruir y poner nuevo orden al medio ambiente que de otra manera sería confuso.

Freud (1914) describió este proceso afirmando que en la esquizofrenia, la libido esta alejada del interés en el mundo y tiende hacia el interés en el ego. Harry Stack Sullivan (1892, 1949), concluyó que la enfermedad era el resultado de dificultades interpersonales tempranas, particularmente las relacionadas con lo que él consideraba “maternidades defectuosas” y abiertamente ansiosas.

Las visiones psicodinámicas más contemporáneas de la esquizofrenia se alejan del modelo freudiano; tienden a considerar la hipersensibilidad constitucional a los estímulos perceptivos como un déficit, a estos pacientes les resulta difícil discriminar ciertos estímulos y centrarse en un solo aspecto a la vez, esto dificulta y crea problemas en cada fase de desarrollo de la infancia, y produce un estrés particularmente intenso en las relaciones interpersonales. La atención de las hipótesis psicoanalíticas se han desplazado recientemente al Yo: los trastornos de las funciones del Yo, al igual que las del Super Yo, deben ser atribuidas a desviaciones en su desarrollo, maduración e integración en la infancia.

Estos trastornos ocurren como consecuencia de factores genéticos o constitucionales o de distorsiones en las relaciones recíprocas entre el niño y su madre.

### **Teorías del Aprendizaje**

De acuerdo con las teorías del aprendizaje los niños que más tarde sufrirán esquizofrenia aprenden reacciones y formas de pensamiento irracionales por medio de la imitación de los padres, quienes pueden tener sus propios problemas emocionales. La pobreza de las relaciones interpersonales de las personas

esquizofrénicas se desarrolla debido a la pobreza de los modelos de los cuales aprenden durante su infancia.

### **Teoría del Aprendizaje Social de Bandura**

Bandura (1968) concluye que los delirios, el recelo, la grandeza y la negación extrema de la realidad son con frecuencia aprendidas por medio de reforzamiento directo y transmitidas por los padres mediante patrones de conducta desviada.

### **Modelo Socio psicológico de Ullman y Krasner**

Ullman y Krasner (1969) explican en este modelo la conducta esquizofrénica como un “producto de la falta de reforzamiento a una secuencia de conducta”. afirmando que después de que algunas veces no se ha dado reforzamiento, el esquizofrénico aprende a no atender a los indicadores del medio ambiente.

### **Teorías Relacionadas con la Familia**

Estudios no controlados indican que algunos patrones familiares específicos pueden desempeñar un papel causal en el desarrollo de la esquizofrenia. Es clínicamente relevante reconocer las conductas familiares patológicas, ya que estas pueden incrementar el estrés emocional que para una persona con vulnerabilidad para la esquizofrenia puede ser difícil de soportar.

Las características de los padres con hijos esquizofrenicos según Sullivan eran que estos cuando fueron niños habían sufrido ansiedad y sus madres se habían mostrado también ansiosas. El vínculo entre la madre y su hijo es crucial en el desarrollo de la esquizofrenia, a tal punto que el término “madre esquizofrenogénica” ha sido acuñado para describir una madre que induce conflictos en sus hijos y quien es rechazante, dominadora e insegura, que se autosacrifica, rígida, moralista sobre el sexo y con un padre inadecuado, pasivo e indiferente; otros padres pueden aparecer

como agresores o brutales y madres sobreprotectoras que perpetúan la unión simbiótica.

La esquizofrenia puede ser de varios tipos pero todas tienen en común la misma sensación de irrealidad, de vivencia en un mundo paralelo, de ser simple espectador ante la representación teatral del mundo. Su aislamiento de la realidad es la característica que la hace merecedora de tal diagnóstico; es a partir de ahí que dependiendo de otros síntomas se clasificará en un tipo u otro. Según el DSM IV los tipos de esquizofrenia pueden ser: (a) paranoide, (b) desorganizado, (c) residual, (d) catatónica e (e) indiferenciada.

### **Subtipos Clínicos De Esquizofrenia**

Allen, Frances y cols. (1994), describen los siguientes subtipos clínicos de la esquizofrenia:

#### **Paranoide**

En la paranoide el sujeto se preocupa por una o más ideas delirantes o alucinaciones auditivas frecuentes, se le considera como una de las formas más típica y más diagnosticada en nuestro medio, en la que hay además una conservación de la personalidad y la edad de aparición es más tardía, en tanto que el afecto puede estar comprometido de manera variable y son poco frecuentes las alteraciones ideoverbales de tipo negativo en el pensamiento.

#### **Desorganizada**

Este tipo de esquizofrenia era conocido antes como hebefrénico y es donde el lenguaje es incoherente así como la expresión de los afectos o su comportamiento, los pacientes pueden estar activos aunque de una forma no constructiva, es decir sin objetivos. La risa fácil es frecuente y sin causa aparente, lo mismo que las muecas;

pero su característica principal es el lenguaje desorganizado y la afectividad aplanada.

### **Residual**

En el tipo residual no hay alucinaciones ni delirios, su lenguaje no está desorganizado ni presenta una extraña movilidad, pero si existen creencias raras o experiencias perceptivas no habituales.

### **Catatónica**

Se caracteriza por alteraciones de la conducta motora y puede presentarse bajo la forma de excitación o estupor. En la fase de estupor aparece un notable retardo motor llegando a veces a la inmovilidad total, sin respuesta a estímulos ambientales. En la fase de excitación aparece una intensa agitación, movimientos estereotipados y conducta violenta o destructiva; el paciente puede estar en negativismo y presentar alucinaciones auditivas típicas, ideas delirantes y experiencias de pasividad.

### **Indiferenciada**

Este tipo de esquizofrenia es un caso especial, ya que no predomina en el paciente un síntoma concreto; es como la mezcla de los anteriores subtipos descritos, por lo que el término está reservado para los casos que no puedan ser inscritos en alguna de las categorías precedentes. Entonces cabe diferenciar el comportamiento del paciente con sus familiares en este subtipo, y las actitudes familiares generadas a causa de esto. El tipo indiferenciado no puede catalogarse en ninguna de las formas mencionadas, aunque si cumple los criterios para hablar de esquizofrenia.

La esquizofrenia tiene unos subtipos que la muestran con diferente sintomatología y forma de presentarse, también se cuenta con que este trastorno mental al transcurrir el tiempo indica factores como la epidemiología y prevalencia, edad y género y curso y pronóstico.

## **Epidemiología y Prevalencia**

La esquizofrenia es una enfermedad de distribución universal, que aparece en todas las culturas, clases sociales, a cualquier edad y en personas con distintos niveles intelectuales. Según Toro & Yepes (1.998) “la prevalencia varía según la población estudiada pero podría afirmarse que oscila entre el 1.6 al 4.2 por 1.000 (promedio 3.3 por mil). La incidencia se ha calculado en un promedio de 21.8 por 100.000 y el riesgo de morbilidad sería del 0.86%.” (pag. 113)

## **Edad y Género**

En cuanto a edad se refiere, la esquizofrenia tiene claro predominio entre adolescentes y personas jóvenes, las edades oscilan entre los 20 y 40 años, siendo los picos de incidencia entre los 25 y 35 años. El comienzo es más temprano en el hombre y la mujer presenta un porcentaje más alto en grupos de mayor edad, además la diferencia esta en estrecha relación con el grupo de edad; hasta los 34 años el predominio es masculino, después de los 45 aparece con mayor frecuencia en la mujer con una proporción de 3 a 1, siendo su evolución más benigna.

## **Curso y Pronóstico**

### **Curso**

El curso de la enfermedad contiene tres fases y comienza con una fase prodrómica donde hay manifestaciones de retraimiento social, descuido en el vestirse higiene personal, afectividad embotada, ideación extraña, experiencias perceptivas poco comunes y falta de iniciativa o energía; estas manifestaciones pueden darse hasta por un año.

### **Pronóstico**

La esquizofrenia fue conocida como demencia precoz, porque supuestamente implicaba un deterioro mental real y era considerada incurable. Bleuler (1989)



afirma que una tercera parte de todos los esquizofrénicos probablemente podrían reestablecerse si se les daba un tratamiento temprano, vigoroso y prolongado. Freud (1914) por su parte, afirmó que los esquizofrénicos no eran idóneos para el psicoanálisis, porque la enfermedad no facilita la transferencia. Investigadores recientes afirman que es accesible a la terapia y puede ser efectiva, aunque se sustente en enfoques y modalidades diferentes.

“Algunos estudios han hallado que en el período de los 5 a 10 años posteriores al primer episodio psicoactivo, sólo de un 10% a un 20% de los pacientes han obtenido del tratamiento un resultado positivo. Mas del 50% ha obtenido un resultado escaso, con frecuentes hospitalizaciones, exacerbaciones de los síntomas, episodios de trastorno del estado de ánimo e intentos de suicidio, a pesar de estas cifras la esquizofrenia no sigue siempre un curso deteriorante.”

Es importante enfatizar que el tratamiento debe orientarse a todos los aspectos de la enfermedad, los diferentes estudios realizados han mostrado que las intervenciones terapéuticas combinadas (psicofármacos, psicoterapia, intervención familiar, intervención social, etc.) son mucho más efectivas que los abordajes excluyentes, ya que los pacientes esquizofrénicos son mejor considerados como ente integral de una sociedad o una familia. Las terapias con mayor aplicabilidad son:

### **Tratamiento Farmacológico**

Aunque en el pasado algunos terapeutas sostenían que los fármacos no tenían cabida en el tratamiento de la esquizofrenia, en la actualidad la mayor parte del esfuerzo terapéutico va dirigido en este sentido. Es importante enfatizar que el tratamiento es orientado a todos los aspectos de la enfermedad, ya que diferentes estudios han comprobado que la intervención terapéutica combinada con otras son mucho más efectivas que los abordajes excluyentes de otras opciones.

Con el tratamiento farmacológico, desde su aparición en los años 50, las condiciones de vida del paciente se han mejorado, la efectividad de los antipsicóticos es claramente establecida. Toro y Yepes (1.998), describen dos fases para este tratamiento Farmacológico:

#### Fase Aguda

El paciente debe ser hospitalizado en caso de presentar pérdida notable del sueño, alucinaciones auditivas o verbales persistentes, ideas delirantes persecutorias peligro para sí mismo o terceros. Para la elección del medicamento se debe tener en cuenta que los antipsicóticos tienen las mismas propiedades en dosis equivalentes (excepto la Clozapina y la Risperidona). Otros factores a considerar son la respuesta a tratamientos anteriores, historia familiar de respuesta terapéutica y el perfil de efectos secundarios. Cuando hay conductas de agitación se administra una benzodiacepina, pero no deben utilizarse por más de dos semanas. (Pag. 118)

#### Fase de Sostenimiento

La dosis de antipsicóticos no debe ser reducida de manera significativa durante los seis primeros meses, pues hacerlo favorece recaídas tempranas.

La duración del tratamiento es algo que merece un análisis de acuerdo con las características individuales, los antecedentes y las condiciones ambientales. La mayoría de los pacientes necesitará un tratamiento por tiempo indefinido, pese a recibir medicación, un número importante de pacientes recae, lo cual pone de presenta la importancia de las medidas de tratamiento psicosocial. Aunque aproximadamente un 70% de los pacientes responden adecuadamente al tratamiento antipsicótico convencional, los restantes mostrarán escasa respuesta o síntomas residuales de tipo positivo o negativo. (Pag. 118)

## **Tratamientos Psicosociales**

La lucha por modificar los síntomas de la esquizofrenia, por lograr una mejoría de las relaciones interhumanas y evitar los efectos del deterioro social, ha hecho que se ensayen diversas formas de tratamiento psicosocial como: (a) la psicoeducación, (b) la rehabilitación, (c) entrenamiento en aptitudes sociales y (d) la terapia familiar

### **Psicoeducación**

Se puede definir como una forma de tratamiento para pacientes y familiares, formando grupos que contribuyen a entender mejor la enfermedad, sus causas, su tratamiento y su influencia en la familia. Esto, bajo la guía de un grupo de profesionales y expertos, además de la ayuda de manuales informativos proporcionando todos los datos útiles, los detalles suficientes para que el paciente y sus familiares sean capaces de aceptar mejor el hecho de la enfermedad y considerar las ventajas e inconvenientes del tratamiento, permitiendo un cambio positivo de actitud frente al paciente.

### **Entrenamiento en aptitudes sociales**

La base de este tratamiento es enseñar a los pacientes conductas sociales adecuadas que les permitan afrontar situaciones específicas, suponiendo que los déficits sociales son originados en la misma enfermedad, la historia previa, la ausencia de estímulo ambiental o la pérdida de las conductas ya adquiridas. Este tratamiento conlleva los siguientes elementos: reflexión sobre situaciones problema, instrucciones verbales para la práctica de habilidades, técnicas de ensayo conductual; o sea juego de roles, terapia de apoyo, orientación y retroalimentación por videocintas.

### **Rehabilitación**

Esta forma ayuda al paciente a conseguir de forma gradual, una vida más normal, tanto social como profesionalmente, y a conducir su vida de la mejor forma posible (dentro de la familia, en su residencia) proporcionando entrenamiento social y profesional, pautas de comportamiento social, asistencia para la resolución de problemas económicos, etc. El aspecto laboral debe ser uno de los objetivos centrales de la rehabilitación, pero no el único; otros factores como el uso del tiempo libre, al igual que el desarrollo de capacidades para el manejo de diversas situaciones familiares, son también importantes.

### **Terapia Familiar Educativa**

La terapia familiar educativa consiste en hacer sesiones educativas que consisten en exponer todos los aspectos de la enfermedad, al mismo tiempo se intenta aliviar las tensiones familiares, enseñando la adecuada expresión de sentimientos y estrategias para resolver problemas y conflictos, concluyendo con tareas especiales para realizar en casa (Toro y Yepes, 1998).

Este tipo de terapia es considerado como punto crucial en el tratamiento de estos pacientes ya que el esquizofrénico generalmente experimenta un deterioro de las relaciones familiares e interpersonales en general. Uno de los grandes problemas de la enfermedad viene de la poca comprensión que existe sobre la misma a nivel general, el rol de la familia y amigos cercanos como estructuras de apoyo al paciente esquizofrénico es de suma importancia.

Rodríguez (1989) investigó que cuando comenzaron a desaparecer las instituciones de encierro y muchas familias se hicieron cargo de un integrante esquizofrénico, la mitad de ellas se adaptó bien, pero el resto no. Cuando se empezó a trabajar con las familias de esquizofrénicos se pudo contribuir a mejorar la forma de enfrentar la situación.

## **Grupo Familiar**

El grupo familiar es un conjunto de personas que provienen de un mismo linaje, es decir formadas por el padre, la madre y los hijos, conviviendo bajo un mismo techo (Rodríguez, 1989). Tras el estudio de las diferentes enfermedades que se dan en el mundo entero, la familia es hoy de mucha importancia en el tratamiento de cualquier trastorno psicológico, ya que los pacientes mejoran cuando son comprendidos por sus seres queridos.

### **La Familia en relación con la Esquizofrenia**

Los estudios de la familia y su influencia en la esquizofrenia han sido abordados desde diversas perspectivas, siendo los primeros trabajos dados a conocer a partir de 1950 con Gregory Bateson y su teoría de “doble mensaje, en donde los pacientes esquizofrénicos eran sometidos a una comunicación familiar que contenía mensajes persistentes y contradictorios; este “doble mensaje” consiste en una comunicación a muchos niveles en que una demanda manifiesta en un nivel es anulada o contradicha en otro nivel.

En estos estudios se observa la incapacidad del esquizofrénico para distinguir lo literal de lo metafórico, a través del tipo de comunicación verbal fomentada por los familiares al paciente, y es a partir de estas investigaciones que surge la necesidad de conocer la comunicación y actitud entre los miembros de la familia y los pacientes esquizofrénicos, ya que se establece esta como irracional, confusa e inservible. (Bayer, 1996).

En los años setenta, en Gran Bretaña, George Brown (1972) introduce el término de “emoción expresada” que se refiere a las actitudes familiares hacia el paciente, como comentarios críticos, hostilidad y sobreinvolucramiento emocional. Este interés surge desde la observación de que los pacientes esquizofrénicos que

después de un largo tiempo en el hospital, regresaban a sus hogares tendían más a recaer que aquellos que no lo hacían o llegaban a otra vivienda; se ha encontrado evidencia de una mayor probabilidad de recaída en pacientes esquizofrénicos que viven con familiares con un alto índice de “emoción expresada”, este término se refiere a los comentarios críticos de los familiares con respecto del paciente, la hostilidad mostrada hacia este y un demasiado sobreinvolucramiento emocional.

Las actitudes y creencias acerca de la enfermedad mental han sido estudiadas a través de diversas culturas y en diferentes poblaciones, el estudio en este sentido se ha dado principalmente debido a las implicaciones que tienen para los servicios de atención y rehabilitación de estas personas, orientando las medidas necesarias para la prevención y el tratamiento comunitario.

### **Estudios sobre actitudes y creencias hacia la Esquizofrenia**

Se puede decir que en Occidente la percepción comunitaria hacia la enfermedad ha cambiado, en los sesenta se observaba pesimismo, negación, intolerancia, temor a la enfermedad mental y desconfianza hacia los especialistas, ahora se reporta un cambio de actitud en cuanto a la aceptación del enfermo y conocimiento de la enfermedad como de cualquier otra.

Pero por otro lado, a pesar de que se observa menor restricción social a los enfermos mentales, mayor tolerancia hacia ellos y mejor aceptación hacia los servicios de salud mental, se observan inconsistencias; mientras que en cuanto a reconocer los derechos que tienen estas personas, la población en general en diversas culturas se muestra más abierta, en lo que toca al establecimiento de relaciones cercanas y estrechas, como de tipo social, laboral o amoroso se observa aun más recelo y rechazo (García, 1996)

Se ha elevado el nivel de información, sin embargo aún se observa ignorancia en la naturaleza de la enfermedad, etiología y tratamiento. García en 1996 evaluó las creencias respecto al enfermo mental dentro de la ciudad de México, observando que la mitad de la muestra considera inteligentes a los pacientes, un porcentaje menor los veía como retrasados mentales y tontos, hay acuerdo en la necesidad de atención y divergencia en cuanto a si ellos pueden contribuir a su curación y si son culpables de la enfermedad. Observó áreas de ignorancia y creencias negativas como el de concebir a la enfermedad como sinónimo de locura, y percibir a estas personas siempre como religiosas.

Los estudios en cuanto a creencias se han enfocado más a población general y se han analizado principalmente con el fin de detectar el efecto que estas pueden tener en cuanto al impacto de los servicios comunitarios de salud mental, la evaluación de creencias en la familia respecto a la enfermedad mental es muy importante en el sentido en que estas pueden funcionar como eventos disposicionales para manejar cierto tipo de información respecto a la esquizofrenia y están relacionadas con las expectativas que tienen con respecto al paciente.

Tarrier, Watts, Freeman (1981) comentan que el familiar que acude a las sesiones de información ya tiene consigo un modelo particular de la enfermedad, con una visión individual de la condición del paciente, que afecta la manera en la que toman la información alternativa (profesional), que puede ser con rechazo o aceptación. De igual manera mientras más tiempo tiene el paciente enfermo, el familiar tuvo más tiempo de haber formulado su propio modelo de la enfermedad.

El análisis de las creencias respecto a la esquizofrenia en los familiares de quienes la padecen, son como disposiciones que pueden influir en la adquisición de ciertos conocimientos, respecto a este problema, se facilita la detección de aquellas

personas que estarán más abiertas a recibir información profesional que vaya en beneficio de su paciente, y para aquellas personas que tendrán problema para aceptar este tipo de información.

### **El papel familiar en el tratamiento médico, psiquiátrico y psicológico**

Como primera medida el familiar debe aceptar la enfermedad, buscar atención profesional y entrenarse e informarse en aspectos básicos de la esquizofrenia. De esta forma en la comunicación y socialización con el paciente esquizofrénico, el familiar ya está entrenado de manera adecuada, realizando los requerimientos y críticas amablemente, de manera clara, consistente y específica.

Según Freese y Gooldman, (1993) si los pacientes esquizofrénicos viven con sus familiares, las actividades familiares son diarias, donde se debe establecer una rutina y disciplina, a través de reglas de conducta, fomentar actividades de autocuidado, toma de medicamentos, reforzamiento de conductas adecuadas y decrementar aquellas inadecuadas por medio de técnicas motivacionales. Los familiares deben comprender que la apatía y la flojera son síntomas de la enfermedad, así como entender la necesidad de que ellos tienen de estar solos en ocasiones y darles espacio para hacerlo. Además tener expectativas realistas y establecer metas que se vayan incrementando gradualmente para darle libertad y responsabilidad al paciente.

## **METODOLOGIA DE LA INVESTIGACION**

### **Tipo de Investigación**

Esta investigación cualitativa tiene un tipo de estudio descriptivo, el cual fundamentalmente identifica las características importantes de las personas, grupos, comunidades u otros objetos que sean sometidos a análisis (Dankhe citado por



Hernández, Fernández y Baptista, 1991); en este caso son las actitudes familiares hacia el paciente esquizofrénico.

La investigación descriptiva evalúa diferentes aspectos o componentes del problema que es estudiado; en este trabajo la actitud vista como un sentimiento, como un pensamiento y como un comportamiento frente a un integrante familiar con diagnóstico de esquizofrenia indiferenciada.

En la presente investigación el objetivo principal es la identificación de las actitudes familiares hacia un integrante esquizofrénico, que utiliza como instrumentos de recolección de información de la investigación cualitativa: la entrevista cualitativa, observación participante y técnicas como los testimonios y las entrevistas narradas en los dos grupos familiares de pacientes esquizofrénicos internos en el Pabellón de Ingresos del Hospital Psiquiátrico San Rafael de Pasto.

### **Participantes**

La presente investigación se realizó teniendo en cuenta como población a los familiares de pacientes esquizofrénicos de la ciudad de Pasto, con diagnóstico de esquizofrenia indiferenciada y que hacen parte del Pabellón de Ingresos del Hospital Psiquiátrico San Rafael de Pasto.

Los participantes de este estudio fueron dos familiares de pacientes esquizofrénicos recluidos en el Hospital Psiquiátrico San Rafael, en el Pabellón de Ingresos, cuya procedencia es la ciudad de San Juan de Pasto. La selección se hizo teniendo en cuenta tres factores relevantes que fueron: (a) familiares que visitan a los pacientes con mayor frecuencia, (b) pacientes de un mismo pabellón con igual diagnóstico, y (c) pacientes con procedencia de la ciudad de Pasto. De estos factores se seleccionó dos mujeres, una madre y una hija que hicieron que la población sea más homogénea y así tener las mismas especificaciones para su desarrollo.

## **Instrumentos**

Se utilizó la entrevista cualitativa, la observación participante y técnicas narrativas como los testimonios y entrevistas narradas con el objetivo de encontrar los aspectos que son importantes y significativos para este estudio, tales como la identificación de las actitudes familiares hacia el paciente esquizofrénico.

La entrevista cualitativa es un acto de intercambio de comunicación cruzada, que se hace formulando preguntas de acuerdo a que es lo que se desea conocer; las preguntas indican el tipo y riqueza de la información. Estas son abiertas al inicio de la entrevista, mientras que al final son cerradas, por lo que es importante tener presente toda una serie aspectos que faciliten una comunicación eficaz y, por consiguiente un testimonio de mayor calidad.

Para Fontana y Frey (1994) “el éxito de una buena entrevista esta condicionado por los siguientes factores: el acceso a la situación, la comprensión del lenguaje, la forma de autopresentarse, la localización del informante, conseguir sinceridad en la información, la elaboración del informe y la recogida de materiales empíricos” (pag. 361-376). Todas estas consideraciones pueden incluirse en torno a un proceso que tiene la entrevista en su aplicación.

Este proceso tiene en primera parte una etapa de interacción, es decir crear condiciones iniciales que ayuden a la colaboración y a un proceso de comunicación fluido, tal como informar a los entrevistados del interés y utilidad de esta, de manera que se identifique los objetivos y las condiciones de su desarrollo, lugar, hora y anonimato. La empatía es la condición esencial para que se de una autentica comunicación verbal (Ruiz, 1996: 175).

La recogida de información es otro de los pasos a seguir, en esta parte se tiene en cuenta la aplicación de algunas estrategias con que cuenta este instrumento, esto ayudará a que la recolección obtenida sea más fidedigna y productiva.

Las estrategias que se utilizaron en la aplicación de la entrevista cualitativa son: La técnica de “embudo”, para afinar y centrarse en el tipo de información que se desea. Ruiz (1996) plantea proceder de lo más amplio a lo más pequeño, de lo más superficial a lo más profundo, de lo más impersonal a lo más personalizado y de lo más informativo a lo más interpretativo.

La técnica de “relanzamiento” se tiene en cuenta cuando se note cansancio en los familiares durante la entrevista; de modo que se recurrirá al chiste o, a un momento de diversión, para que la comunicación no decaiga, evitando la indisponibilidad del familiar y pérdida de la información.

La conservación de la información es el último proceso en la entrevista, consiste en recolectar los datos obtenidos para elaborar interpretaciones y a su vez dando sentido a las informaciones. El registro de la información se hará tomando notas y utilizando la técnica “tecnológica”; esta se refiere a emplear un sistema tecnológico como grabadores de audio o vídeo. Según Patton (1987) “cuando la entrevista es grabada, es mucho más productiva, ofrece mejor técnica para analizar y recolectar la información fidedigna.” (pag: 132).

De esta manera la entrevista cualitativa aportará profundidad y detalle en la visión interna de los familiares, facilitará la interpretación de comportamientos exteriorizados. Además proporcionará informaciones, no observables directamente, sobre sentimientos intenciones, pensamientos, emociones, etc.

La observación participante es otra técnica con la que se trabajó en la investigación. Esta implica la interacción entre el investigador y los grupos

familiares, con el objetivo de recoger los datos de modo sistemático. Para Goetz y LeCompte (1988), sirve para obtener de los individuos sus definiciones de la realidad y los constructos con los que organizan su mundo (pag. 297)

Adler (1994) sugiere considerar y valorar distintas estrategias para entrar a los contextos, ya que tendrá consecuencias directas sobre la cantidad y sesgo de la información. Por lo cual, la estrategia de acceso de este estudio, es presentarse personalmente a los distintos grupos familiares, manifestando el deseo de intercambio de aportaciones y beneficios mutuos, ofreciendo información de los resultados sobre la investigación; lo mismo que el anonimato de la colaboración.

La técnica cuenta con varios tipos de desarrollarla que son: (a) participación completa, (b) el participante como observador y (c) el observador como participante y observador exclusivamente. Estos tipos hacen referencia a la actuación o no participación del investigador con los grupos familiares en los acontecimientos que se registren. En este caso, el tipo, se efectuó en función de los propósitos de la investigación, las circunstancias y peculiaridades de los escenarios de aplicación.

Los datos como comportamientos, movimientos, lenguaje verbal y gestos, se obtuvieron gracias al uso de esta técnica, además se apoyaron por recursos tecnológicos con el desarrollo de diferentes dinámicas o actividades elaboradas junto con los familiares durante la visita al paciente esquizofrénico en el Hospital Psiquiátrico San Rafael.

El último método que se utilizó es la técnica narrativa, en la cual se incluyen varias prácticas de análisis en las que se incluyen autobiografías, biografías, documentos personales, documentos de vida, narraciones personales, testimonios, etc. En la presente investigación se tuvo en cuenta las historias de vida.

Las historias de vida son narraciones en torno a determinados eventos en los que se proyectan la causalidad de los valores humanos, las actitudes y patrones significativos de una cultura particular. Para Robinson y Hawpe (1986) las historias son un medio de interpretar y reinterpretar los eventos mediante la construcción de patrones causales que integran lo que conocemos sobre los eventos, así como lo que es, en conjetura, relevante para una interpretación.

Este medio aportó en la investigación gracias a la capacidad para sugerir, ilustrar o contrastar hipótesis, y en proporcionar relatos que sirvieron para demostrar las actitudes del familiar hacia el paciente esquizofrénico, como el objetivo trazado.

### **Procedimiento**

Con el abordaje de la teoría necesaria, se definió y delimitó el concepto a medir: actitud familiar hacia sus miembros con diagnóstico de esquizofrenia indiferenciada. La investigación, en mayor parte, se llevó a cabo en las instalaciones del Hospital Psiquiátrico San Rafael de Pasto, durante la visita de dos familiares a sus pacientes, en el primer semestre del año 2.003. Con técnicas cualitativas que son: la entrevista cualitativa, la observación participante y las historias de vida.

Se construyó la entrevista teniendo en cuenta su conceptualización cualitativa, abordando las preguntas necesarias que permitieron descubrir dimensiones subjetivas tales como las actitudes.

Para la recolección de información y proceso de análisis de información se tuvo en cuenta las grabaciones de las entrevistas. Las actividades se hicieron de forma aislada con el paciente y su familiar, se inició con las entrevistas cualitativas y la observación participante; por último se efectuaron las historias de vida. Los instrumentos se aplicaron en un período de tres meses, estos permitieron recolectar la

información, y con ella se hizo el respectivo análisis de datos cualitativo, es decir la interpretación y reflexión de los datos que sirven para caracterizar, categorizar, valorar, verificar su pertinencia, asignar en textos y contrastar hipótesis; este proceso fue de dos meses aproximadamente. El cual se indica sobre los siguientes tres pasos o fases:

Fase Uno: Se exploró la situación del Hospital Psiquiátrico San Rafael de Pasto, conociendo su funcionamiento y composición, es decir saber el funcionamiento de visitas, identificación de posibles familiares y la presentación y contacto con los elegidos. Se recolectó información bibliográfica, se tomó un diseño descriptivo y se elaboró los instrumentos metodológicos para conseguir el objetivo del estudio.

Fase Dos: Aplicación de técnicas a los sujetos de estudio iniciando con la entrevista en un tiempo aproximado de tres meses, la entrevista a cada familiar se grabó en cinta de vídeo. La observación participante se hizo de dos formas primero sin el conocimiento del familiar o sea fue observación directa y segundo con el consentimiento del mismo, por último las historias de vida.

Fase Tres: Resultados y Análisis Cualitativo mediante tres pasos: (1) Método de Triangulación que es la recopilación de datos encontrados a través de las diferentes fuentes empleadas como métodos, personas, grupos, ambientes, perspectivas teóricas y tiempos. De tal manera que se reduce la amplitud de ellos, a dimensiones manejables. (2) Categorización o conceptualización, agrupando y ordenando los datos dentro de categorías o conceptos en los componentes de las actitudes en tres categorías posibles. (3) Presentación de resultados mediante el uso de tablas, e interpretación y evaluación de estas.

Las tablas 1, 2 y 3 son la matriz de las tres categorizaciones de la actitud: (a) Componente Cognitivo, (b) Componente Afectivo y (c) Componente Comportamental, estas muestran la conceptualización y objetivo específico de cada una de ellas; las técnicas que se utilizaron, y las preguntas orientadoras de cada categoría hechas a la fuente que son los dos familiares de los pacientes esquizofrénicos.

En las tablas 4 a 15 se encuentra la información recogida de las dos fuentes familiares, por medio de: (a) la Entrevista semi-estructurada, (b) la Historia de Vida y (c) la Observación Participante. Las tablas poseen las preguntas orientadoras de cada categoría, y en cada una de ellas se presentan proposiciones; que son afirmaciones de la información recibida.

De la tabla 16 a 18 se señalan las proposiciones, más relevantes de cada técnica utilizada, consiguiendo así agruparlas en una sola, y por último en las tablas 19 a 21 se presenta la categorización de la información mediante la categoría cognitiva, afectiva y comportamental donde se interpretaron de acuerdo a las proposiciones agrupadas determinando las actitudes.

## **RESULTADOS**

A continuación se presentan los resultados obtenidos con la realización de este estudio que se organiza según las categorías analizadas.





Tabla 1

Matriz de Categorías Componente Cognitivo

Objetivo Específico	Pregunta Orientadora	Categoría	Conceptualización	Técnica	Fuente
<p>Identificar las actitudes en sus componentes cognitivos de una persona frente a la esquizofrenia indiferenciada de un familiar, que es interno en el Pabellón de Ingresos del Hospital San Rafael.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ¿Qué concepto tiene el familiar sobre el Hospital San Rafael?</li> <li>- ¿Qué creencias tiene el familiar hacia el paciente?</li> <li>- ¿Qué opinión existe sobre la esquizofrenia según el familiar del paciente?</li> <li>- ¿Cuál es la causa de la enfermedad del paciente según el familiar?</li> </ul>	<p>Componente cognitivo</p>	<p>Componente cognitivo: Es la referencia al cómo y qué se conoce del objeto de estudio, a partir de creencias, valores, pensamientos, ideas, ideologías, opiniones, ect. Cómo se define al objeto. De esta forma cada persona adoptará una creencia fortalecida por las interacciones sociales o por el aprendizaje en su medio social.</p>	<p>Entrevista semiestructurada Historia de vida Observación participante</p>	<p>Familiar de paciente esquizofrénico interno en el Pabellón de Ingresos del Hospital Psiquiátrico San Rafael</p>

Tabla 2

Matriz de Categorías Componente Afectivo

Objetivo Específico	Pregunta Orientadora	Categoría	Conceptualización	Técnica	Fuente
Determinar las actitudes en sus componentes afectivos de una persona frente a la esquizofrenia indiferenciada de un familiar, que es interno del Pabellón de Ingresos del Hospital San Rafael.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ¿Cuáles son los sentimientos del familiar cuando visita al paciente?</li> <li>- ¿Cuáles son los sentimientos en un familiar de un paciente esquizofrénico?</li> <li>- ¿Qué tipo de sentimientos desata el inicio de la enfermedad en el familiar?</li> </ul>	Componente afectivo	Componente afectivo: Es el componente principal de las actitudes, es el que está en el sentimiento que cada individuo tiene hacia el objeto de estudio, ese sentimiento positivo o negativo indica la intensidad de la actitud, es decir la fuerza o ligereza de la actitud medida y la dirección como la forma de sentir con el agrado o desagrado hacia el objeto de estudio.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Entrevista semi-estructurada</li> <li>Historia de vida</li> <li>Observación participante</li> </ul>	Familiar de paciente esquizofrénico interno en el Pabellón de Ingresos del Hospital Psiquiátrico San Rafael

Tabla 3

Matriz de Categorías Componente Comportamental

Objetivo Especifico	Pregunta Orientadora	Categoría	Conceptualización	Técnica	Fuente
Identificar las actitudes en sus componentes comportamentales presentados en una persona frente a la esquizofrenia indiferenciada de un familiar que, es interno del Pabellón de Ingresos del Hospital San Rafael.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ¿Qué suelen hacer los familiares cuando visitan a los pacientes?</li> <li>- ¿Cómo los familiares saludan a los pacientes</li> </ul>	Componente comportamental	Componente comportamental: No es el comportamiento ante el objeto, sino la tendencia que se tiene a comportarse ante el. Para que exista un componente conductual primero debe haber una idea y un sentimiento, como resultado los dos primeros componentes determinan el tercero.	Entrevista semi-estructurada Historia de vida Observación participante	Familiar de paciente esquizofrénico interno en el Pabellón de Ingresos del Hospital Psiquiátrico San Rafael

Tabla 4

Matriz de Información Entrevista Semi-estructurada Familiar 1

Categoría	Pregunta Orientadora	Información	Proposiciones
Componente Cognitivo	¿Qué concepto tiene el familiar sobre el Hospital San Rafael?	“El Hospital es un lugar muy bueno porque se presta para dejar a nuestros hijos que son enfermos, los médicos son muy buenos y toda la atención que ofrecen los hermanos.”	El familiar tiene confianza y credibilidad en el hospital y en los doctores.
	¿Qué creencias tiene el familiar hacia el paciente esquizofrénico?	“Yo pienso que son hombres frustrados de toda la vida, uno viene con la esperanza e ilusión de que nuestros hijos se van a curar pero transcurren los años y no se ha conseguido que se cure; cada vez que vengo veo a muchos pacientes que están acabados y deteriorados a causa de la medicación tan fuerte”	En el familiar hay momentos de desesperanza y confusión por el estado del paciente como también al observar a los demás pacientes.
	¿Qué opinión existe sobre la esquizofrenia según el familiar del paciente?	“Esquizofrenia es una conducta del individuo que no se porta bien socialmente, es muy duro en el proceder de él y en la personalidad no tienen estabilidad en la conducta; hay tiempos en los que están bien y otros no. El vocabulario es muy soez.”	Concepción relacionada con el comportamiento social inadecuado.
	¿Cuál es la causa de la enfermedad según el familiar?	“Lo primero fue por un golpe en la cabeza al caer de un caballo, me dicen que estuvo bastante tiempo inconsciente y lo segundo fue cuando lo llevaron al cuartel, fue el remate; él no rendía en nada y los superiores lo castigaban fuertemente, decía que él era muy perezoso. La infancia de él fue muy triste porque no encontró profesores que le enseñaran con cariño sino que se encontró con personas que no lo entendieron.”	El familiar tiene una creencia causada por factores externos ligado a sucesos o acontecimientos específicos.

Nota. Fuente: Madre de paciente con diagnóstico de esquizofrenia indiferenciada interno en el Pabellón de Ingresos del Hospital San Rafael

Tabla 5

Matriz de Información Entrevista Semi-estructurada Familiar 1

Categoría	Pregunta Orientadora	Información	Proposiciones
Componente Afectivo	¿Qué tipo de sentimientos desata el inicio de la enfermedad en el familiar?	“Me sentí bastante deprimida y deteriorada espiritual y psicológicamente, sufrí mucho en todo aspecto. Yo no tenía apoyo de nadie porque el sufrimiento lo llevaba sola.”	En el familiar hubo sufrimiento y tuvo sentimientos de soledad.
	¿Cuáles son los sentimientos del familiar cuando visita al paciente?	“Me siento muy contenta, muy satisfecha, porque se que es mi deber de estar más cerca con mi hijo enfermo y más desafortunado, soy feliz cuando lo vengo a visitar. Cuando vengo y lo veo enfermo sufro mucho, es muy triste mirarlo como una persona vegetativa.”	Para el familiar los sentimientos cambian de acuerdo al estado en que se encuentra el paciente en el momento de visita. Es decir que ciertas veces hay sentimientos de alegría y en otras hay tristeza.
	¿Cuáles son los sentimientos del familiar de un paciente esquizofrénico?	“En el hogar y en la sociedad me siento mal porque como mamá es muy difícil tener un hijo enfermo, uno de mamá quiere que sus hijos salgan adelante, que sean alguien en la vida; pero no tener un hombre frustrado. En el pueblo no hubo ninguna ayuda, hubo rechazo, yo me sentía avergonzada, humillada; acá en la ciudad las cosas han cambiado la enfermedad de mi hijo ha sido aceptada y no han tratado de aislarlo.”	Los sentimientos del familiar también han cambiado de acuerdo a la situación de vivir bajo presión social.

Nota. Fuente: Madre de paciente con diagnóstico de esquizofrenia indiferenciada interno en el Pabellón de Ingresos del Hospital San Rafael.

Tabla 6

Matriz de Información Entrevista Semi-estructurada Familiar 1

Categoría	Pregunta Orientadora	Información	Proposiciones
Componente Comportamental	¿Qué suelen hacer los familiares cuando visitan a los pacientes?	<p>“Siempre han sido diferentes las visitas porque unas veces lo he encontrado deprimido, llorando, diciéndome que no le vaya a fallar con la visita y en otras contento o agresivo. La mayoría de veces está contento y cuando vengo a penas me mira les dice a las enfermeras: “Miren llegó mi mamá a visitarme.”</p> <p>Yo le pregunto ¿cómo esta mi hijo? ¿cómo me lo han tratado? Siempre le traigo cuando hay algo de comida y sino café y también le traigo ropa.</p> <p>El es muy caritativo con las personas, me dice: “mamá démole algo de comer a ese hombrecito que no tiene quien lo venga a visitar; entonces últimamente trae a un amigo y sabe compartirle lo que yo le traigo.</p> <p>Hablamos mucho, él pregunta de la familia y yo siempre le digo que lo quiero mucho, que él es mi consuelo, que tiene que trabajar en cualquier cosa; así sea levantando un papel, que el trabajo dignifica al hombre. Mientras el come yo le converso y el me dice: “si mamá yo ya me siento bien y cuando salga yo le voy a ayudar a trabajar para que usted descanse.”</p>	<p>El comportamiento del familiar durante la visita puede considerarse prosocial, de aproximación, con comportamiento verbal permanente y expresión de afecto de acuerdo al estado anímico con que se encuentre el paciente durante la visita.</p>
	¿Cómo los familiares saludan a los pacientes?	<p>“Cuando yo llego a veces me está esperando en el patio de la entrada y sino lo espero hasta que le informen cuando ya me mira sale corriendo, luego me abraza, me da un beso, me pide la bendición, entonces yo le correspondo de igual manera, lo abrazo, le tomo la mano, le pregunto que como está, que como lo han tratado y trato de llevarlo a un lugar donde no se vengán todos los pacientes porque ellos lo reconocen y saben que uno</p>	<p>El saludo es con expresión de afecto tanto físico como verbalmente.</p>

		trae algo de comer.” “Converso mucho con él, casi toda la visita hablamos de todo, de la familia, yo le cuento que a veces estamos pasando malos ratos en el trabajo, cosas de actualidad y también yo le digo siempre que tiene que hacer cualquier cosa en el hospital que no se vaya a quedar de vago. Yo no paseo con él porque ya se me dificulta por la edad.”	El comportamiento del familiar es verbal permanentemente y de aproximación.
--	--	---	---

Nota. Fuente: Madre de paciente con diagnóstico de esquizofrenia indiferenciada interno en el Pabellón de Ingresos del Hospital San Rafael.



Tabla 7

Matriz de Información Historia de Vida Familiar 1

Categoría	Pregunta Orientadora	Información	Proposiciones
Componente Cognitivo	¿Qué concepto tiene el familiar sobre el Hospital San Rafael?	<p>“Cuando vine por primera vez al hospital tenía la seguridad y certeza de que el doctor iba a curar a mi hijo.”</p> <p>“Había escuchado decir del Hospital Mental que habían doctores y enfermeras muy buenos.”</p>	<p>Hay credibilidad en cuanto al hospital y al personal que labora en el. Hay optimismo, fe, en que su hijo se puede curar.</p> <p>Para la madre del paciente el hospital está representado por los doctores y enfermeras por los cuales hay confianza hacia ellos y por ende hacia el hospital.</p>
	¿Qué creencias tiene el familiar hacia el paciente?	<p>“Como no rendía en el estudio lo castigaba pensando que era pereza de él. El estaba inconsciente de sus cosas por lo que obedecía lo que le decían.</p> <p>“El es afectuoso, me da besos y hay veces que es muy grosero dice palabras feas”</p>	<p>En el familiar hubo intolerancia, confusión por el comportamiento del paciente.</p> <p>Descripción de una persona laboriosa y afectiva.</p>
	¿Qué opinión existe sobre la esquizofrenia según el familiar del paciente?	<p>“No sabía que era esquizofrenia pensaba que estaba enfermo de nervios hasta que el doctor me dijo y escuche por primera vez de la enfermedad.”</p> <p>“Es la conducta del individuo que se porta mal que no es tolerante con la sociedad”</p>	<p>La esquizofrenia se confunde con otras enfermedades por falta de conocimiento de la misma.</p> <p>Para la madre del paciente sus creencias frente a la enfermedad están relacionadas con el no cumplimiento de normas sociales.</p>
	¿Cuál es la causa de la enfermedad según el familiar?	<p>“Creo que fue la caída del caballo porque fue un golpe muy fuerte y tal vez le sucedió algo en el cerebro.”</p>	<p>Creencia particular referida a accidente o causas externas.</p>

Nota. Fuente: Madre de paciente con diagnóstico de esquizofrenia indiferenciada interno en el Pabellón de Ingresos del Hospital San Rafael.

Tabla 8

Matriz de Información Historia de Vida Familiar 1

Categoría	Pregunta Orientadora	Información	Proposiciones
Componente Afectivo	¿Cuáles son los sentimientos del familiar cuando visita al paciente?	“Tenía mucha pena de ver a mi hijo que debía guardar en el hospital, pero después de que no estuvo en la casa tanto tiempo, me alegraba volver a verlo y tenerlo cerca, con vida.”	Los sentimientos de tristeza y alegría del familiar cambian de acuerdo a la evolución del paciente.
	¿Cuáles son los sentimientos del familiar de un paciente esquizofrénico?	“Mi sufrimiento ha sido duro pero pese a ello hay un Dios bastante bueno que me ha dado fortaleza y ganas de salir adelante. Yo era muy cobarde, muy tímida, no sabía donde meterme cuando lo veía bravo, usted me entiende lo que es un miedo.”	Había temor hacia el paciente. Hubo desconcierto y al mismo tiempo aceptación y fe en Dios.
	¿Qué tipo de sentimientos desata el inicio de la enfermedad en el familiar?	“Fue duro y triste pero mi mayor apoyo ha sido Dios sobre todo cuando el doctor me dijo que mi hijo tenía que quedarse un buen tiempo en el Hospital.” “Fé en Dios, Dios sabrá hasta cuando me tiene sufriendo a mi y a mi hijo. He dado todo lo que he podido y que he tenido para ayudar a que mi hijo se cure.”	Tristeza y fe en Dios. Sentimientos de tristeza, esperanza y fé en Dios.

Nota. Fuente: Madre de paciente con diagnóstico de esquizofrenia indiferenciada interno en el Pabellón de Ingresos del Hospital San Rafael.

Tabla 9

Matriz de Información Observación Participante Familiar 1

Categoría	Pregunta Orientadora	Información	Proposiciones
Componente Comportamental	¿Cómo los familiares saludan a los pacientes?	“El familiar llega puntualmente como de costumbre, trae un morral con algo de comida y ropa limpia. Entra y saluda a la enfermera de turno, luego busca a su hijo cuando lo encuentra él le pide la bendición, le da besos en las mejillas y el familiar le toma de las manos, responde a su saludo, sonrío y le pregunta: “¿cómo ha estado mi hijo, como me lo han tratado?”	El comportamiento del familiar es de aproximación, hay expresión de afecto tanto verbal como físicamente.
	¿Qué suelen hacer los familiares cuando visitan a los pacientes?	“El familiar lleva al paciente a un lugar solitario, se sienta junto a él, le ofrece comida y ropa, mientras ella le habla posteriormente, el paciente intercambia algunas palabras con su familiar.” “El familiar únicamente diálogo con el paciente se sienta muy cerca junto a él, mantiene un contacto visual y físico solamente cuando el paciente la abraza o le da un beso. Expresa afecto cuando le dice que lo quiere mucho que él es su consuelo, que se porte bien para que le den permiso de ir a la casa hacerle compañía.”	El comportamiento del familiar es prosocial con Conducta verbal permanente y hay comportamientos de aproximación Comportamiento prosocial con expresión de afecto permanente.

Nota. Fuente: Madre de paciente con diagnóstico de esquizofrenia indiferenciada interno en el Pabellón de Ingresos del Hospital San Rafael.

Tabla 10

Matriz de Información Entrevista Semi-estructurada Familiar 2

Categoría	Pregunta Orientadora	Información	Proposiciones
Componente Cognitivo	¿Qué concepto tiene el familiar sobre el Hospital San Rafael?	“Es una institución que se encarga de albergar diferentes tipos de personas con problemas de tipo mentales, adicción a las drogas. Referente a mi caso ha sido una última alternativa porque la enfermedad ha tenido episodios muy fuertes y la única salida que ha habido llevarlo ahí para que tenga un tratamiento que lo pueda estabilizar un poco. Cuando otras personas no tienen familiares en un hospital no se refieren de la misma manera como los que si los tienen, lo han estigmatizado como un lugar solo para enfermos mentales sin ningún tipo de remedios”	El familiar tiene conocimiento del servicio que presta el hospital. Hay credibilidad hacia la institución en cuanto a la estabilidad en el tratamiento del paciente más no de una curación global.
	¿Qué creencias tiene el familiar hacia el paciente esquizofrénico?	“Es una persona que está fuera de la realidad, con el que no se puede tener ningún tipo de contacto oral, visual, de pronto están muy aislados del mundo, de lo que pasa, de su entorno, de lo que esta a su alrededor; y según lo que he podido darme cuenta mi papá no es tan inconsciente de las cosas, aunque si tiene sus crisis. En el hospital se ve mucho paciente deteriorado sin ninguna esperanza.”	El familiar hace una comparación entre su padre y los demás pacientes en la cual reafirma que los pacientes tienen inadecuadas relaciones interpersonales.
	¿Qué opinión existe sobre la esquizofrenia según el familiar del paciente?	“Es una persona que no se comunica, que es muy aislado, que no quiere hacer nada, no es comunicativo pero tampoco es agresivo.”	El familiar tiene conceptos de la enfermedad de acuerdo a la experiencia con el paciente relacionados con las inadecuadas relaciones interpersonales.
	¿Cuál es la causa de la enfermedad según el familiar?	“Inició con depresión, él era de otras creencias religiosas razón por la cual el consumió unos hongos alucinógenos y yo pienso que a partir de este momento el se enfermó, no creo que haya sido otra causa.”	La concepción es asociada a causas externas como sufrir una intoxicación por sustancias.

Nota. Fuente: Hija de paciente con diagnóstico de esquizofrenia indiferenciada interno en el Pabellón de Ingresos del Hospital San Rafael.

Tabla 11

Matriz de Información Entrevista Semi-estructurada Familiar 2

Categoría	Pregunta Orientadora	Información	Proposiciones
Componente Afectivo	¿Cuáles son los sentimientos del familiar de una paciente esquizofrénico?	“Yo era muy pequeña y no entendía bien las cosas, lo veía mal pero no alcanzaba a imaginar que era algo tan largo que puede ser tan complicado y que pueda terminar en una esquizofrenia. Cuando me entere le pedí a Dios rezaba mucho, yo pensaba que iba a pasar rápido.”	El familiar por su corta edad se encuentra confundido, su estado emocional es acercarse a Dios. Hay sentimientos de esperanza frente a la recuperación de su familiar.
	¿Cuáles son los sentimientos del familiar cuando visita al paciente?	“Me siento feliz, cuando recién enfermo íbamos todos a mirarlo todos los domingos, hablamos con él, y uno se siente conforme haciéndolo sentir bien, que le importamos.”	El familiar trata de hacer sentir bien al paciente, demostrándole su compañía y apoyo.
	¿Qué tipo de sentimientos desata el inicio de la enfermedad en el familiar?	“Es muy difícil cuando no se puede llevar una vida en familia normal, uno no lo puede entender en realidad, después de un tiempo ya se da cuenta que no hay otro camino que apoyarlo al fin y al cabo el es mi papá y yo soy su hija.”	Hay resignación, aceptación y solidaridad con el paciente.

Nota. Fuente: Hija de paciente con diagnóstico de esquizofrenia indiferenciada interno en el Pabellón de Ingresos en el Hospital San Rafael.

Tabla 12

Matriz de Información Entrevista Semi-estructurada Familiar 2

Categoría	Pregunta Orientadora	Información	Proposiciones
Componente Comportamental	¿Qué suelen hacer los familiares cuando visitan a los pacientes?	<p>“Mas que todo es tratar de hablar con él, contarle cosas de la familia y noticias que a él le gustan. A veces él me pregunta de mi hermano, de los demás casi no lo hace.</p> <p>Yo siempre trato de hacer que él haga alguna actividad pero él no quiere hacer nada, cuando vengo a verlo le digo vamos a dar una vuelta, vamos a caminar, pero él se rehusa y más que todo yo soy la que hablo, es muy poco lo que él me sabe conversar.</p> <p>Mas antes le decía: “ vamos a jugar ping – pong” y siempre estaba dispuesto, yo he querido mirarlo más activo porque ahora ya no le gusta hacer casi nada.”</p>	<p>El comportamiento del familiar durante la visita es de aproximación a través de la conducta verbal con el objetivo de motivar al paciente a la realización de diferentes actividades como caminar, jugar y pasear.</p>
	¿Cómo los familiares saludan a los pacientes?	<p>“El saludo es efusivo, le doy el beso, lo abrazo trato de ser cariñosa, aunque el es poco expresivo y frío. Yo trato de ser cálida, cuando me despido le digo que lo quiero mucho.</p> <p>“Mirarlo como esta, dialogar y tratar de que sea más activo.”</p>	<p>En el familiar hay expresión de afecto físico y verbal.</p> <p>El comportamiento se asocia a establecer contacto verbal y motivar al paciente a hacer más activo.</p>

Nota. Fuente: Hija de paciente con diagnóstico de esquizofrenia indiferenciada interno en el Pabellón de Ingresos del Hospital San Rafael.

Tabla 13

Matriz de Información Historia de Vida Familiar 2

Categoría	Pregunta Orientadora	Información	Proposiciones
Componente Cognitivo	¿Qué concepto tiene el familiar sobre el Hospital San Rafael?	<p>“Pensaba que únicamente habían personas que estaban locas. Cuando fui la primera vez al hospital fue impresionante, no dormí una semana, uno no se imagina que algún día mi papá podría llegar a este lugar.”</p> <p>“La gente piensa que el hospital solo es para dementes, ahora me doy cuenta que son por diferentes factores que una persona puede estar en este lugar.”</p>	<p>El familiar relacionaba el hospital con solo servir para personas con trastornos mentales. Creencia que ha cambiado dado la experiencia vivida con su padre.</p>
	<p>¿Cuál es la causa de la enfermedad según el familiar?</p> <p>¿Qué opinión existe sobre la esquizofrenia según el familiar del paciente?</p>	<p>“El consumió unos hongos que lo llevarían a conseguir sus deseos según la gnosis, con lo cual se intoxicó, creo que fue el inicio de su depresión y de su enfermedad.”</p> <p>“Yo creía que la enfermedad de mi papá eran nervios y depresión, ya que en ese momento yo era muy pequeña todavía.”</p> <p>“Yo pensaba que tenía mucho que ver con la depresión, yo no entendía en ese entonces muy bien si los actos de mi papá eran incoherentes o irracionales.”</p>	<p>Para el familiar el motivo de la enfermedad en el paciente está asociada a causas externas como sufrir una intoxicación por sustancias.</p> <p>Hay concepción de la enfermedad relacionado con el comportamiento del paciente.</p>

<p>¿Qué creencias tiene el familiar hacia el paciente esquizofrénico?</p>		<p>“Sabía que estaba enfermo pero pensaba que se iba a curar, él empezó a tener otras ideologías sobre la religión por lo que empezó a descuidar su familia, anímicamente estaba afectado. Nunca ha sido una persona que muestra abiertamente sus sentimientos, pero tampoco es indiferente. Es una carga muy dura, difícil, es como si fuera un niño, no creo que él pueda reponerse a esto tal vez si sigue las indicaciones medicas tenga espacios de bienestar.”</p> <p>“Mi papá era una persona muy querida por la gente en el barrio, trabajo y familia, en la familia fue una persona destacada, en realidad le han apreciado por la calidad de persona que ha sido.”</p>	<p>Había esperanza de que se curaría, ahora hay resignación, aceptación y realismo en cuanto al apoyo y bienestar de su familiar.</p> <p>Confianza y credibilidad hacia la figura paterna en la familia y la sociedad.</p>
---	--	--	--

Nota. Hija de paciente con diagnóstico de esquizofrenia indiferenciada interno en el Pabellón de Ingresos del Hospital San Rafael.



Tabla 14

Matriz de Información Historia de Vida Familiar 2

Categoría	Pregunta Orientadora	Información	Proposiciones
Componente Afectivo	¿Cuáles son los sentimientos del familiar cuando visita al paciente?	“Fue sorprendente mirarlo al tiempo pero me sentí bien, aunque mirarlo a mi papá en este lugar, preocupante; pensaba que únicamente habían personas que estaban locas. Toda la familia lo visitábamos tratando de hacerle entender que nos importaba, recuerdo lo feliz que estuve la primera vez que lo miramos en el hospital.”	El sentimiento principal del familiar es de alegría y se sintió ansiosa al volver a mirarlo.
	¿Cuáles son los sentimientos del familiar de un paciente esquizofrénico?	“Yo creía que mi papá no podría enfermarse así, uno cree que esas cosas están lejos de uno, que uno no las va a vivir y por eso al principio verlo en un hospital es angustiante, enfrentarse al comportamiento que él tiene es muy duro, es muy difícil sobre todo cuando uno es muy niño y uno no entiende que es lo que está pasando.” “A raíz de su misma enfermedad creo que por el mismo choque que tuve al mirar tantas escenas fue como me aleje de él un poco, porque yo no sabía como podía reaccionar ante cualquier situación, por miedo o no se.” “Uno tener que vivir esto todo el tiempo y sin saber porque él está haciendo eso o porque no tiene una explicación sino que únicamente lo hace sin mirar que sentíamos nosotros, esa situación fue muy difícil.”	Los episodios de la enfermedad cambiaban momentáneamente la parte afectiva del familiar. Algunas veces sintió temor al paciente, en otras desconsuelo, desconcierto ante el número de roles presentados al inicio de la enfermedad.
	¿Qué tipo de sentimientos desata el inicio de la enfermedad en el familiar?	“No entendía muy bien lo que estaba pasando pero miraba a mi papá muy triste, yo me sentía igual o peor, pero pensaba también que se curaría pronto.” “Fue difícil, ya que un tiempo nuestra relación cambió, casi no me hablaba y yo al mirar las discusiones que tenía con mi mamá me aleje de él no he sido afectuosa pero lo quiero mucho y ahora yo estoy con él porque nadie está tan cerca como yo.”	Tristeza y depresión por encontrar a su padre en el mismo estado. Esperanzas en su posible curación. Por un tiempo alejamiento y desapego con el padre. Ahora aceptación y apoyo, comprensión y atención.

Nota. Fuente: Hija de paciente con diagnóstico de esquizofrenia indiferenciada interno en el Pabellón de Ingresos del Hospital San Rafael.

Tabla 15

Matriz de Información Observación Participante Familiar 2

Categoría	Pregunta Orientadora	Información	Proposiciones
Componente Comportamental	¿Cómo los familiares saludan a los pacientes?	El familiar espera a que los enfermeros lo llamen y le informen al paciente que tiene visita cuando el paciente se encuentra con el familiar es el familiar quien saluda primero dándole un beso en la mejilla y diciéndole hola papá ¿cómo estas? El paciente tiene un tono de voz muy bajo por lo cual no se escucha su contestación, aunque el familiar la mayor parte de tiempo es callado.	El comportamiento del familiar es de aproximación estableciendo contacto verbal.
	¿Qué suelen hacer los familiares cuando visitan a los pacientes?	El familiar sale a caminar junto con el paciente durante un tiempo por los patios del hospital, luego se sientan en el césped. El familiar plantea la conversación le habla sobre los demás familiares pero el paciente es muy poco lo que habla, no hay un contacto visual mutuo permanente. Salir a caminar por los corredores y patios del hospital Dialogar	El comportamiento del familiar es de aproximación sin mantener contacto visual permanente cuando dialoga con el paciente. El comportamiento del familiar es prosocial y de motivación para realizar actividades.

Nota. Fuente: Hija de paciente con diagnóstico de esquizofrenia indiferenciada interno en el Pabellón de Ingresos del Hospital San Rafael.

Tabla 16

Matriz de Triangulación de Información Familiares 1 y 2

Pregunta Orientadora	Proposición Entrevista	Proposición Historia de Vida	Proposición Observación Participante	Proposiciones Agrupadas
¿Qué concepto tiene el familiar sobre el Hospital San Rafael?	<p>El familiar tiene confianza y credibilidad en el hospital y en los doctores.</p> <p>El familiar tiene conocimiento del servicio que presta el Hospital, hay credibilidad en la institución.</p>	<p>Hay credibilidad en cuanto al Hospital y al personal que labora en el. Hay fe en Dios, que su hijo se puede curar.</p> <p>En el familiar hay impresión, el hospital es relacionado con solo servir para personas con trastornos mentales.</p>	-	Para el familiar el Hospital y el personal que trabaja en el se representa como un lugar de confianza y credibilidad dependiendo de la evolución del paciente que presente frente a su tratamiento.
¿Qué creencias tiene el familiar hacia el paciente esquizofrénico?	<p>En el familiar hay momentos de desesperanza y confusión por el estado del paciente, como también al observar a los demás pacientes.</p> <p>El familiar hace una comparación entre su padre y los demás pacientes, en el cual reafirma que los pacientes tienen inadecuadas relaciones interpersonales.</p>	<p>En el familiar hubo intolerancia y confusión por el comportamiento del paciente. Hay descripción de una persona laboriosa y afectiva.</p> <p>Había esperanza de que se curaría, ahora hay resignación, aceptación y realismo en cuanto al apoyo y bienestar del paciente. Confianza en la figura paterna por parte de la familia y la sociedad.</p>	-	Se representa la percepción de lo que es él paciente en el antes y en el ahora, como también la resignación y la aceptación del familiar hacia el paciente forma parte de su experiencia vivencial.

<p>¿Qué opinión existe sobre la esquizofrenia según el familiar del paciente?</p>	<p>Concepción relacionada con el comportamiento social inadecuado.</p> <p>El familiar tiene un concepto de la enfermedad de acuerdo a la experiencia con el paciente relacionados con las inadecuadas relaciones interpersonales.</p>	<p>La esquizofrenia se confunde con otras enfermedades. Las creencias respecto a la enfermedad están relacionadas con el no cumplimiento de normas sociales.</p> <p>La concepción de la enfermedad esta relacionada con el comportamiento del paciente.</p>		<p>El trastorno mental está relacionado en los pacientes prioritariamente con el comportamiento social inadecuado que presentan.</p>
<p>¿Cuál es la causa de la enfermedad según el familiar?</p>	<p>El familiar tiene una creencia causada por factores externos ligado a sucesos o acontecimientos específicos.</p> <p>La concepción es asociada a causas externas como a un accidente.</p>	<p>Creencia particular referida a accidente o causas externas.</p> <p>Para el familiar el motivo de la enfermedad en el paciente está asociada causas externas como a una intoxicación orgánica</p>		<p>La causa de la enfermedad mental para el familiar está asociada particularmente a factores externos ligados a sucesos específicos.</p>

Nota. Categoría: Componente Cognitivo

Tabla 17

Matriz de Triangulación de Información Familiares 1 y 2

Pregunta Orientadora	Proposición Entrevista	Proposición Historia de Vida	Proposición Observación Participante	Proposiciones Agrupadas
¿Cuáles son los sentimientos del familiar de un paciente esquizofrénico?	<p>Los sentimientos del familiar han cambiado de acuerdo a la situación de vivir bajo presión social.</p> <p>El familiar por su corta edad se encuentra confundido, su estado emocional es acercarse a Dios, había esperanza en que él paciente se curaría.</p>	<p>Había temor hacia el paciente, hubo desconcierto y al mismo tiempo aceptación y fe en Dios por su recuperación.</p> <p>Los episodios de la enfermedad cambian constantemente la parte afectiva del familiar. Hubo desconcierto, desconcierto ante el número de roles presentados al inicio de la enfermedad.</p>	-	<p>El estado emocional del familiar varia por la presión social.</p> <p>El familiar siente temor, desconcierto, desconcierto, aceptación y fe en Dios por una recuperación.</p>
¿Cuáles son los sentimientos del familiar cuando visita al paciente?	<p>Para el familiar los sentimientos de alegría y tristeza cambian de acuerdo al estado en que se encuentra el paciente en el momento de la visita.</p> <p>El estado emocional es tratar de hacer sentir bien al paciente.</p>	<p>Hay estados emocionales de felicidad y tristeza variantes.</p> <p>Las emociones son de alegría y felicidad.</p>	-	<p>Los sentimientos de alegría o de dolor del familiar dependen del estado de ánimo en que se encuentre el paciente en el momento de la visita.</p>
¿Qué tipo de sentimientos desata el inicio de la enfermedad en el familiar?	<p>En el familiar hubo sufrimiento y tuvo sentimientos de soledad.</p> <p>Hay resignación, aceptación y solidaridad con el paciente.</p>	<p>Tristeza, esperanza y fe en Dios.</p> <p>Tristeza, depresión por encontrar a su padre en el mismo estado. Esperanzas en</p>	-	<p>Los sentimientos del familiar son confusos donde resaltan el dolor y aceptación, soledad y fe en Dios, tristeza y comprensión.</p>

		Dios por su posible curación. Por un tiempo alejamiento y desapego con el padre, ahora aceptación, comprensión, apoyo y atención.		
--	--	---	--	--

Nota. Categoría: Componente Afectivo.

Tabla 18

Matriz de Triangulación de Información Familiares 1 y 2

Pregunta Orientadora	Proposición Entrevista	Proposición Historia de Vida	Proposición Observación Participante	Proposiciones Agrupadas
¿Cómo los familiares saludan a los pacientes?	<p>El saludo es con expresión de afecto tanto físico como verbal.</p> <p>En el familiar hay expresión de afecto físico y verbal.</p>	-	<p>El comportamiento del familiar es de aproximación, hay expresión de afecto tanto verbal como físico.</p> <p>El comportamiento del familiar es de aproximación estableciendo contacto.</p>	El saludo por parte del familiar es de aproximación con expresión de afecto tanto físico como verbal.
¿Qué suelen hacer los familiares cuando visitan a los pacientes?	<p>El comportamiento del familiar es verbal permanente y de aproximación.</p> <p>El comportamiento se asocia a establecer contacto verbal y motivar al paciente a hacer más activo.</p> <p>El comportamiento del familiar durante la visita puede considerarse prosocial de aproximación con comportamiento verbal permanente y expresión de afecto de acuerdo al estado anímico con que se encuentre el paciente durante la visita.</p> <p>El comportamiento del familiar es de aproximación a través de la conducta verbal con el objetivo de motivar al paciente a la realización de diferentes actividades como caminar, jugar y pasear.</p>	-	<p>El comportamiento es prosocial con conducta verbal permanente.</p> <p>El comportamiento es de aproximación sin mantener contacto visual permanente cuando dialoga con el paciente.</p> <p>Comportamiento prosocial con expresión de afecto permanente.</p> <p>El comportamiento del familiar es prosocial y de motivación para realizar actividades.</p>	<p>El comportamiento de los familiares es de aproximación con diálogo permanente.</p> <p>Los familiares tienen un comportamiento prosocial de aproximación y de motivación para realizar actividades.</p>

Nota. Categoría: Componente Comportamental.

Tabla 19

Categorización de la Información Familiares 1 y 2

Categoría Deductiva	Proposiciones Agrupadas	Categoría Inductiva
Componente Cognitivo	<p>Para los familiares el Hospital y el personal que labora en el fluctúa en representarse como un lugar de confianza y credibilidad y a la vez existe desconfianza sobre la efectividad de los mismos.</p> <p>El comportamiento del paciente se representa en el familiar como un estado de confusión, desesperación y tolerancia, donde se reafirma las inadecuadas relaciones interpersonales que ellos llevan.</p> <p>La resignación y aceptación del familiar hacia el paciente forma parte de su visión, que se concibe como resultado de los no cambios significativos en el enfermo, durante tiempo prolongado.</p> <p>El trastorno mental está relacionado en los pacientes prioritariamente con el comportamiento individual y social inadecuado presentado.</p> <p>La causa de la enfermedad mental para el familiar está asociada particularmente a factores externos ligados a sucesos específicos.</p>	<p>Los pensamientos varían entre la credibilidad y desconfianza al Hospital y sus profesionales.</p> <p>Las creencias del familiar en cuanto al comportamiento del paciente varían entre la confusión y la tolerancia.</p> <p>Resignación y aceptación del enfermo.</p> <p>Conceptos propios de la enfermedad, formados a través de la experiencia del familiar.</p> <p>Modelo o creencia particular de la enfermedad en su etiología, debida a factores externos y no causas orgánicas.</p>



Tabla 20

Categorización de la Información Familiares 1 y 2

Categoría Deductiva	Proposiciones Agrupadas	Categoría Inductiva
Componente Afectivo	<p>El estado emocional del familiar cambia por la presión social.</p> <p>El familiar siente temor, desconcierto, desconsuelo, aceptación y fe en Dios.</p> <p>Los sentimientos de alegría o de dolor del familiar dependen del estado de ánimo en que se encuentre el paciente en el momento de la visita.</p> <p>Los sentimientos del familiar son confusos donde resaltan el dolor y aceptación, soledad y fe en Dios, y tristeza y comprensión.</p>	<p>Variación emocional por cierto grado de restricción social.</p> <p>Temor hacia el paciente, desconcierto y desconsuelo por la enfermedad del paciente, aceptación y fe en Dios por única posibilidad de recuperación.</p> <p>Manifestaciones emocionales que varían entre la alegría y el dolor.</p> <p>Emociones encontradas que dependen de toda la evolución del paciente esquizofrénico.</p>

Tabla 21

Categorización de la Información Familiares 1 y 2

Categoría Deductiva	Proposiciones Agrupadas	Categoría Inductiva
Componente Comportamental	<p>El saludo por parte de los familiares es de aproximación con expresión de afecto tanto físico como verbal.</p> <p>El comportamiento de los familiares es de aproximación con diálogo permanente.</p> <p>Los familiares tienen un comportamiento prosocial de aproximación y de motivación para realizar actividades.</p>	<p>Actitud de acercamiento o apego afectivo, actitud positiva de acercamiento al paciente que dependen del tipo de pensamientos y emociones hacia su paciente.</p> <p>Actitud de establecimiento de una relación cercana.</p> <p>Apoyo y comprensión hacia el paciente.</p>

## DISCUSION

Una enfermedad mental grave como la esquizofrenia tiene muchas facetas y puede ser analizada desde diferentes ángulos. En este caso el trastorno mental se investigó desde una visión psicosocial, como es la actitud familiar frente al paciente esquizofrénico interno en el Hospital San Rafael. De esta manera las actitudes halladas en este estudio se describen seguidamente de acuerdo al tipo de componente en este orden: Cognitivo, afectivo y comportamental.

La actitud familiar empieza a ser estudiada desde 1.970 con George Brown, quien encontró pensamientos críticos, conducta hostil y sentimientos de culpa hacia los esquizofrénicos, este estudio permite descubrir que estas actitudes no siempre son las mismas; en esta investigación en particular se descubrió que la actitud hacia el esquizofrénico es de apoyo, aceptación, comprensión, aproximación, etc.

A nivel cognitivo se encuentra que los pensamientos sobre el Hospital Psiquiátrico San Rafael fluctúan entre la credibilidad hacia el hospital como institución y competencia de sus profesionales, y desconfianza sobre la efectividad de los tratamientos en la recuperación del paciente esquizofrénico.

Según Toro y Yepes (1.996) La esquizofrenia no presenta mayoritaria ni indefectiblemente una evolución desfavorable, muchos pacientes se podrían beneficiar con los tratamientos y terapias familiares que existen en la actualidad. Sin embargo para algunos familiares de esquizofrénicos de la ciudad de Pasto, prevalece la creencia en la que la enfermedad no es curable, lo cual induce a la desesperanza debido a que estos creen que el tratamiento que reciben los pacientes no sería efectivo a la hora de la recuperación de los mismos.

El familiar crea pensamientos de acuerdo a las percepciones y al estado de ánimo o comportamiento del paciente en el momento de la visita, pero sin lugar a

dudas los aspectos que prevalecen son la aceptación y resignación hacia la enfermedad en el familiar. Además se encuentra que los familiares del paciente pueden o no aceptar la información o ayuda prestada por el profesional, dependiendo de la experiencia vivida o factores externos como el tiempo de evolución, la edad, el nivel cultural, la procedencia, el sexo, etc. de los familiares, que llevan al final a construir conceptos que pueden o no ser adecuados en el proceso de tratamiento. Como lo afirman Terrier, Watts y Freeman (1.981) con respecto a que cuanto mayor es el tiempo que el paciente tiene enfermo, más son las concepciones propias que tendrán los familiares para aceptar o no la información profesional.

El pensamiento sobre la esquizofrenia para el familiar está directamente relacionado con el comportamiento social inadecuado que el paciente demuestra ante los demás, por lo cual la relación familiar-paciente en ocasiones decae debido a la conducta percibida como inadecuada del esquizofrénico. La violencia y la agresividad se asocian a la esquizofrenia desde la antigüedad, conceptos que aún se mantienen cuando él familiar visita al paciente y lo encuentra descompensado. La inactividad y el aislamiento son también percepciones descritas de acuerdo a la vivencia o experiencia particular del familiar con el paciente.

La concepción de causalidad en la enfermedad también está asociada con las experiencias vividas entre la familia y el paciente esquizofrénico, como causas externas ligadas a situaciones o acontecimientos específicos, como el sufrir un accidente o una intoxicación más que a una creencia de tipo orgánica como una enfermedad hereditaria.

La visión que el familiar construye sobre el paciente esquizofrénico viene dada por la confrontación de las experiencias del antes y lo que es en la actualidad el enfermo. El antes es considerado como mejor, por cuanto la enfermedad estaba

apenas en desarrollo y sus características percibidas como generadoras de incomodidad son poco perceptibles, razón por la cual la representación que los familiares tienen sobre el paciente esquizofrénico es de una persona trabajadora, inteligente y sana, es decir que cumplía con características de una persona normal dentro de una sociedad. Por el contrario cuando se explora esta percepción familiar sobre el paciente esquizofrénico en la situación actual se encuentra desesperanza, porque no se perciben cambios positivos y significativos en las características del paciente, lo cual lleva al familiar a considerarlo como incurable, y al mismo tiempo se encuentra la aceptación y resignación con que la esquizofrenia puede ser degenerativa

Según el estudio del “Doble Mensaje” realizado en 1.950 por Gregory Bateson, se afirma que los pacientes esquizofrénicos tienen dificultades en la comunicación familiar y en establecer adecuadas relaciones interpersonales, investigación que se confirma con los múltiples e infructuosos intentos que realiza el familiar por conversar con el enfermo durante la visita, lo cual le genera desconcierto manifestado en el pensamiento que la visita es una obligación de tiempo prolongado e inevitable por ser el su único apoyo y la persona responsable.

Todos los grupos familiares son distintos, diferenciados por un sinnúmero de factores que van desde su posición social hasta su capacidad para afrontar los problemas. El familiar del paciente esquizofrénico tiene sus propias creencias respecto a él y a pesar de reconocer que la esquizofrenia no tiene cura total en el mundo entero, el familiar tiene “fe en Dios”, más que en el trabajo que puedan realizar los seres humanos. Al mismo tiempo otros aceptan la realidad sabiendo que los enfermos pueden salir de las crisis y permanecer con estabilidad temporal.

Los comienzos de la esquizofrenia en el paciente, presentan problemas de adaptación familiar, dependiendo de cómo cada familiar percibe el hecho de la enfermedad, las situaciones descritas suelen ser estresantes y dolorosas, generando la incertidumbre y el desasosiego que trae consigo tener un miembro con esquizofrenia.

Para García (1.996) cuando el nivel de información sobre la esquizofrenia en los familiares es bajo determina todo tipo de pensamiento y creencia inadecuado con respecto a la enfermedad, en paciente, médicos y hospital. En los sujetos de estudio existen criterios conseguidos a través de la vivencia particular, de manera que tienen validez, así difieran en las investigaciones sobre el tipo de creencias hacia esta enfermedad mental.

Pese a la difícil situación que representa el tener un esquizofrénico en la familia se concluye que está por encima la aceptación y apoyo al paciente, actitudes presentes en la actualidad en muy pocos familiares, ya sea por el desconocimiento de la enfermedad o por las diferentes atribuciones mal estructuradas que se han conformado a través del tiempo.

La gama de sentimientos que están interiormente en todos los seres humanos permanecen como en una expectativa a las situaciones que causan la inestabilidad emocional, no cabe duda que toda persona los posee y los manifiesta en distintas maneras en los diferentes problemas que se presentan en el diario vivir. Tal es el caso en los roles que se presentan en cualquier tipo de grupo familiar, como en cientos de hogares de la ciudad de Pasto, que tienen un miembro como paciente esquizofrénico interno o no en un hospital psiquiátrico.

Las emociones que se identificaron con los familiares de este estudio, en la situación descrita anteriormente son diversas e inconstantes. La novedad de un

diagnóstico de esquizofrenia para una persona o un familiar desata desconcierto, tristeza profunda y sentimientos de soledad, entre otros. En primer momento los familiares de un paciente esquizofrénico se sienten confundidos, no entienden lo que está pasando dando paso al sentimiento de dolor psíquico, del cuestionar el por qué sucedió? y que seguirá en adelante. El percibir la soledad en el familiar es sentirse sin apoyo, ni entendido por nadie, el dolor o sufrimiento lo lleva solo, interiormente.

Los estados emocionales en los familiares cambian o permanecen por tiempos cronológicos. El sentimiento de soledad, la tristeza, el sufrimiento que se da cuando se conoce por vez primera de la enfermedad, permanece por espacios cortos, desaparecen pero vuelven con menor grado de intensidad, porque aparecen otros sentimientos que los desplazan. El aceptar al paciente como enfermo mental y la resignación a la situación se dan cuando la experiencia vivida por estas personas se ha superado en algún tiempo posible.

La conformidad en el familiar da inicio a tener solidaridad, apoyo y comprensión hacia el paciente, estos sentimientos comienzan como en una segunda etapa, donde lo importante es la atención y ayuda a los enfermos que efectivamente la necesitan. El familiar que comprende al paciente podría beneficiar la calidad de vida de él y mejora la relación haciéndola más entendible para ellos. Pero la prioridad para los familiares es tratar de hacer sentir bien al paciente, de manera que se sientan felices y tienen por momentos la fe espiritual a una posible curación.

Los sentimientos de felicidad, tristeza, alegría y dolor son inconstantes, se dan en los familiares cuando visitan a sus pacientes y cambian de acuerdo al estado en que se encuentre el enfermo en el momento de la visita. En algunos periodos los esquizofrénicos pasan por crisis en las cuales se muestran apáticos o pasan por un comportamiento inadecuado, por lo que el familiar según el nivel de información o

conocimiento sobre el trastorno no lo comprende, se desconcierta, se siente afligido, triste y vuelven a sentirse como al principio de la enfermedad.

Pero los pacientes esquizofrénicos también tienen periodos de estabilidad donde los familiares se sienten felices y animados cuando los miran mejorados, lúcidos, comparando algunos el estado de su paciente con el de los demás.

El sentimiento familiar también cambia cuando se vive bajo presión social, aun se observa que en algunos tipos de sociedad puede haber rechazo hacia las personas que tienen esquizofrenia por que se las considera peligrosas, discapacitadas, agresivas y muchas más definiciones que se promueven por un número de mitos y tabúes hacia la enfermedad mental, lo que los lleva a sentirse desconcertados, avergonzados, humillados, amenazados por el posible peligro que pueden correr sus vidas y las pérdidas sociales que esto puede acarrearles.

Las manifestaciones mal elaboradas de hostilidad, temor, indiferencia en una sociedad predisponen a dudar de las creencias y emociones particulares que tienen los familiares de los pacientes, que por momentos los sentimientos inadecuados de temor o ira son hacia estas personas enfermas. El sentir miedo está implicado en el comportamiento del paciente, pero puede estar infundido por las creencias que existen hacia el esquizofrénico. Mientras que la ira se repercute por los sentimientos o emociones confusas causados por la restricción social.

La expresión de sentimientos a un paciente esquizofrénico no es unidimensional, ya que no son constantes y están cambiándose de acuerdo a todo tipo de circunstancias que ocurren bajo el hecho de vivir en esta clase de rol. No solo el amor ayuda a recuperar al paciente esquizofrénico, son las actitudes que se tienen hacia ellos y que deben aprenderse y enseñarse por parte de los familiares.



El componente conativo conductual comienza a darse precisamente cuando el familiar visita al paciente, en el momento del saludo. Estos comportamientos pueden ser de dos formas, dependiendo del tipo de actitudes de cada familiar y el grado de confianza. Cuando los familiares se muestran entusiasmados, animados y contentos de poder mirarlos en un estado de lucidez, se manifiesta en el saludo, el abrazo, el beso, apretón de manos; lo que determina una conducta de aproximación con establecimiento de contacto físico de forma afectiva. Por lo general, el familiar desde un principio pregunta por el estado de cómo se encuentra o en que forma lo han tratado, siendo otra tendencia conductual establecer contacto verbal.

Pero esta tendencia a reaccionar difiere en algo. Si un familiar no ha tenido nunca expresión de afecto de manera abierta, ya sea por su tipo de personalidad o por que el aplanamiento afectivo en el paciente lidera sus síntomas, o cualquier otra razón, se tiende a seguir en la misma forma, sin demostrarse mucho el apego afectivo. El familiar visita al enfermo y lo saluda con menor expresión de afecto. Más aun, para el familiar es importante mirarlo, constatar que aun sigue vivo y es relevante también preguntar por su estado de salud y forma de cuidado, ya que esto le permite afrontar y darle apoyo para cualquier necesidad imperiosa.

Otra de las actitudes que se destacan de los familiares, a parte de manifestarles su afecto, es el demostrarles cariño y estimación, llevándoles comestibles, para lo cual buscan los lugares más aislados y solitarios para su necesaria privacidad, la tranquilidad y el posible beneficio de la visita. El familiar de acuerdo a su situación también se encarga de su vestuario, lo que indica más hospitalidad y colaboración con el paciente.

El beneficio de las visitas para el paciente esquizofrénico se resalta porque en cuestión de terapia, el estar con sus familiares, poder dialogar con ellos es de gran

aporte terapéutico. Es por eso que los familiares buscan un lugar adecuado para hablar con ellos, a parte las conversaciones demuestran en el familiar un comportamiento de contacto verbal.

En otros caso el diálogo es poco, ya que la esquizofrenia cumple con una serie de síntomas que la requieren para ser catalogada con este nombre, pero no todos los esquizofrénicos son los mismos y se comportan de igual manera. Así que el familiar no habla mucho y no tiene un contacto visual permanente con él, más bien lo motiva a que realicen alguna actividad, como caminar por los patios, practicar algún deporte o jugar. Esta actitud determina una conducta de motivación.

Todas las actividades que se hacen por parte del familiar están encaminadas a beneficiar en el paciente su recuperación y tratar de hacerlo sentir bien, lo que da a entender que visitarlo, llevarle comestibles y vestuario, motivarlo y dialogarle es una conducta prosocial, donde se entrega prioridades a personas desvalidas que tienen necesidades como cualquier ser humano, pero que en algunas partes de la sociedad este tipo de apoyo es olvidado. Además, lo difícil que parece convivir con la causa de un enfermo mental se ve reflejado en la mayoría de ellos, olvidados y abandonados por sus seres queridos.

A nivel general, con respecto a las cogniciones de los familiares se concluye que no existen pensamientos de desinterés o abandono hacia el paciente, que la creencia con respecto a la causa de la enfermedad se encuentra asociada a eventos externos como un accidente y que no se cree en la posibilidad de recuperación del enfermo, mientras que a nivel afectivo se deduce que el familiar experimenta diversas emociones con respecto a la enfermedad, que cambian de acuerdo a la evolución del paciente. Y a nivel conductual se visualiza que la actitud del familiar

está orientada por los pensamientos y sentimientos que éste experimenta frente a su paciente y que están en permanente cambio.

Lo cual permite entender que las actitudes del familiar frente al paciente esquizofrénico pueden ser de gran importancia y utilidad a la hora de desarrollar nuevas estrategias para su tratamiento.

## RECOMENDACIONES

A partir del estudio realizado se proponen las siguientes recomendaciones a psicólogos o profesionales en la materia, que quieran continuar y profundizar en el tema, como a los hospitales psiquiátricos, instituciones acordes y altos directivos, en post de una mejor calidad de vida al paciente esquizofrénico:

Crear programas que se orienten a generar conocimiento e información a familiares de enfermos mentales, sobre todo lo que encierra la esquizofrenia, de modo que las actitudes hacia ellos sean las adecuadas, mejorando la calidad de vida de los pacientes.

Apoyo fijo a experiencias terapéuticas serias, con el fin de contribuir en la formación y aprendizaje de los familiares hacia los enfermos mentales. Mejorando las actitudes de familiares que no tienen conocimiento general y terapéutico de la esquizofrenia.

Elaborar más investigaciones que se orienten a conocer detalladamente las actitudes del grupo familiar de un paciente esquizofrénico, puesto que su conocimiento contribuirá en mejorar la evolución y tratamiento de este.

Teniendo en cuenta a los investigadores y psicólogos que tienen interés en ampliar su conocimiento sobre este estudio se sugiere:

Aumentar la población de la investigación de modo que las expectativas terapéuticas a nivel nacional de la enfermedad, tengan mayores bases y fundamentos en el trabajo que pueda realizar la familia en post del bienestar del paciente.

Cambiar el diagnóstico en la formulación del problema con el fin de determinar que tipo de actitudes familiares se generarían o coincidirían en otro tipo de enfermedad.



## REFERENCIAS

- Allen, Frances y Otros (1994). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (4ª. Ed) Barcelona, España: Masson.
- Arieti, Silvano. (1965). Interpretación de la esquizofrenia Vol. 2 No. 4 Barcelona: Torboso.
- Batista, E (1982) Escalas de actitudes Ed. Copiyepes
- Benassini, Oscar (1997). Esquizofrenia programa de actualización continua en psiquiatría México: Ed. Intersistemas.
- Bonilla, Elsy y Rodríguez, Penelope (1994). Más allá del dilema de los métodos Bogotá: Universidad de los Andes.
- Bronfenbrenner, Urie (1979). La ecología del desarrollo humano Barcelona: Ed. Paidós.
- Buendía, L (1998). Métodos y técnicas de investigación cualitativa en psicopedagogía España: Ed. Mc Graw Hill
- Cerda, Hugo (1994). La investigación total Bogotá, Colombia: Ed. Cooperativa Magisterio.
- Fernández, B. R. & Carrobbles, J. A. (1981). Evaluación conductual metodología y aplicaciones Madrid: Ed. Pirámide.
- Howard, C. (1964). Diccionario de psicología México: Ronda de cultura económica.
- Hulei, C & Marque, I (1994). Psicología social España: Ed Mag Graw Hill.
- Jones, E & Gerar, H (1998). Fundamentos de psicología social México: Ed. Limusa.

Martínez, Miguel (2000). La investigación cualitativa etnográfica en educación (1ª edición) Colombia Editorial Gráficas Herrera y Asociados Ltda. (170 pag.)

Meyers, David (1991). Psicología social (2ª edición) Editorial Media Panamericana (509 pag.)

Moreno, Alberto (1982). La psicología humanista: fundamentación epistemológica, estructura y método México: Ed. Trillas

Peña, Telmo (1994). Guía para la elaboración de documentos escritos en psicología. Resumen y adaptación de las normas del manual de la Asociación Psicológica Americana Santa Fe de Bogotá: Universidad Nacional de Colombia

Pervin, Leo (1998). Personalidad teoría e investigación México: Ed. Manual Moderno.

Rodríguez, A (1991). Psicología social Bogotá: Ed. Trillas

Rodríguez, A & Seoane, J (1989). Creencias, Actitudes y Valores: Tratado de psicología social Madrid: Ed. Alambra

Toro, Ricardo & Yepes Luis (1998). Fundamentos de Medicina (3ª edición) Medellín, Colombia: Ed. Rojo.

Torres, Arturo (1994). Enfoques Cualitativos y participativos en investigación social Santa Fe de Bogotá: Unisur

Uscategui, Mireya (1999). Investigación cualitativa Pasto. Documento de apoyo.

Watslawick, Pablo (1990). Teoría de la comunicación humana Barcelona: Ed. Herder

# **ANEXOS**



ANEXO A.

Entrevista

¿Qué piensa Ud. sobre el Hospital San Rafael?

---

---

---

¿Qué es para Ud. la esquizofrenia?

---

---

---

¿Cuál es para Ud. la causa de la enfermedad?

---

---

---

¿Qué opina Ud. sobre el paciente esquizofrénico?

---

---

---

¿Qué sentimientos o emociones ha desatado en Ud. la enfermedad del paciente?

---

---

---

¿Cuáles son los sentimientos que Ud. tiene durante la visita?

---

---

---

¿Cómo se siente Ud. siendo un familiar de un paciente con la enfermedad de la esquizofrenia?

---

---

---

¿Cómo se siente Ud. cuando visita a su familiar?

---

---

---

¿Cómo se sintió Ud. cuando se entero de la enfermedad?

---

---

---

10. ¿Qué suele hacer Ud. cuando visita a su familiar?

---

---

---

11. ¿Cómo Ud. saluda a su familiar cuando llega a la visita?

---

---

---

12. ¿Cómo es Ud. en la visita?

---

---

---

13. ¿Qué actividades ha hecho Ud. con el paciente durante la visita?

---

---

---

## ANEXO B.

### Entrevista Familiar 1

1. ¿Qué concepto tiene Ud. sobre el Hospital San Rafael?

“El hospital es un lugar muy bueno porque se presta para dejar a nuestros hijos que son enfermos, los médicos son muy buenos y toda la atención que ofrecen los hermanos.”

2. ¿Qué es para Ud. la esquizofrenia?

“Esquizofrenia es una conducta del individuo que no soporta bien socialmente, es muy duro en el proceder de él y en la personalidad no tienen estabilidad en la conducta; ha y tiempos en los que están bien y otros no. El vocabulario es muy soez.”

3. ¿Cuál es para Ud. la causa de la enfermedad?

“Lo primero fue por un golpe en la cabeza al caer de un caballo, me dicen que estuvo bastante tiempo inconsciente y lo segundo fue cuando lo llevaron al cuartel, fue el remate, él no rendía en nada y los superiores lo castigaban fuertemente decían que él era muy perezoso. La infancia de él fue muy triste porque no encontró profesores que le enseñaran con cariño sino que se encontró con personas que no lo entendieron.”

4. ¿Qué opina Ud. sobre el paciente esquizofrénico?

“Yo pienso que son hombres frustrados de toda la vida, uno viene con la esperanza e ilusión de que nuestros hijos se van a curar pero transcurren los años y no se ha conseguido que se cure; cada vez que vengo veo muchos pacientes que están acabados y deteriorados a causa de la medicación tan fuerte.”

5. ¿Como son los sentimientos que Ud. tiene durante la visita?

“Me siento muy contenta, muy satisfecha porque se que es mi deber de estar más cerca con mi hijo y más afortunado, soy feliz cuando lo vengo a visitar. Cuando vengo y lo veo enfermo sufro mucho, es muy triste mirarlo como una persona vegetativa.”

6. ¿Cómo se siente Ud. siendo un familiar de un paciente con la enfermedad de la esquizofrenia?

“En el hogar y en la sociedad me siento mal porque como mamá es muy difícil tener un hijo enfermo, uno de mamá quiere que sus hijos salgan adelante, que sean alguien en la vida; pero no tener un hombre frustrado. En el pueblo no hubo ninguna ayuda, hubo rechazo, yo me sentía avergonzada, humillada; acá en la ciudad las cosas han cambiado, la enfermedad de mi hijo ha sido aceptada y no han tratado de aislarlo.”

7. ¿Qué tipo de sentimientos desata la enfermedad en Ud.?

“Me sentí bastante deprimida y deteriorada espiritual y psicológicamente, sufrí mucho en todo aspecto. Yo no tenia apoyo de nadie porque el sufrimiento lo llevaba sola.”

8. ¿Cómo Ud. saluda a su familiar cuando llega a la visita?

“Cuando yo llego a veces me esta esperando en el patio de la entrada y sino lo espero hasta que le informen, cuando ya me mira sale corriendo, luego me mira sale corriendo, luego me abraza, me da un beso, me pide la bendición, entonces yo le correspondo de igual manera, lo abrazo, le tomo la mano, le pregunto que como esta, que como me lo han tratado; trato de llevarlo a un lugar donde no estén todos lo pacientes por ellos lo reconocen y saben que uno trae algo de comer.”

9. ¿Qué actividades se hacen por parte de Ud. en la visita?

“Converso mucho con él, casi toda la visita hablamos de todo, de la familia, yo le cuento a veces que estamos pasando malos ratos en el trabajo, cosas de la actualidad y también yo le digo siempre que tiene que hacer cualquier cosa que no se vaya a quedar de vago. Yo no puedo pasear con él porque se me dificulta por la edad.”

10. ¿Qué actividades ha realizado Ud. con su paciente durante la visita?

“Siempre han sido diferentes las visitas porque unas veces lo he encontrado deprimido, llorando, diciéndome que no le vaya a fallar con la visita, y en otras contento o agresivo. La mayoría de veces está contento y cuando vengo a penas me mira les dice a las enfermeras: “Miren llegó mi mamá a visitarme”. Yo le pregunto como está mi hijo? Cómo me lo han tratado? Siempre le traigo cuando hay algo de comida y sino café y también le traigo su ropa.

El es muy caritativo con las personas, me dice: “Mamá démole algo de comer a ese hombrecito que no tiene quien lo venga a visitar; entonces últimamente trae un amigo y sabe compartirle lo que lo le traigo.

Hablamos mucho, él pregunta de la familia y yo siempre le digo que lo quiero mucho, que él es mi consuelo, que tiene que trabajar en cualquier cosa, así sea levantando un papel, que el trabajo dignifica al hombre. Mientras él come yo le converso y él me dice: “si mamá yo ya me siento bien y cuando salga yo le voy a ayudar a trabajar para que usted descanse.”

## ANEXO C.

### Entrevista Familiar 2

1. ¿Qué concepto tiene Ud. sobre el Hospital San Rafael?

“Es una institución que se encarga de albergar diferentes tipos de personas con problemas mentales, adicción a las drogas. Referente a mi caso ha sido una última alternativa porque la enfermedad ha tenido episodios muy fuertes y la única salida que ha habido es llevarlo ahí para que tenga un tratamiento que lo pueda estabilizar un poco. Cuando otras personas no tienen familiares en un hospital no se refieren de la misma manera como los que si los tienen, lo han estigmatizado como un lugar sola para enfermos mentales sin ningún tipo de remedio.”

2. ¿Qué es para Ud. la esquizofrenia?

“Es una persona que no se comunica, que es muy aislado, que no quiere hacer nada, no es comunicativo pero tampoco es agresivo.”

3. ¿Cuál es para Ud. la causa de la enfermedad?

“Inició con depresión, él era de otras creencias religiosas, razón por la cual el consumió unos hongos alucinógenos y yo pienso que a partir de este momento él se enfermó, no creo que haya sido otra causa.”

4. ¿Qué opina Ud. sobre el paciente esquizofrénico?

“Es una persona que está fuera de la realidad, con el que no se puede tener ningún tipo de contacto oral, visual, de pronto están muy aislados del mundo, de lo que pasa, de su entorno, de lo que está a su alrededor, y según lo que he podido darme cuenta mi papá no están inconscientes de las cosas, aunque si tiene sus crisis. En el hospital se ve mucho paciente deteriorado sin ninguna esperanza.”

5. ¿Qué tipo de sentimientos desata en Ud. la enfermedad?

“Es muy difícil cuando no se puede llevar una vida en familia normal, uno no lo puede entender en realidad, después de un tiempo ya se da cuenta que no hay otro camino que apoyarlo al fin y al cabo él es mi papá y yo soy su hija.”

6. ¿Cómo se siente Ud. siendo un familiar de un paciente con la enfermedad de la esquizofrenia?

“Yo era muy pequeña y no entendía bien las cosas, lo veía mal pero no alcanzaba a imaginar que era algo tan largo que puede ser tan complicado y que puede terminar en una esquizofrenia. Cuando me entere le pedí a Dios, rezaba mucho, yo pensaba que iba a pasar rápido.”

7. ¿Cómo son sus sentimientos cuando visita a su familiar?

“Me siento feliz, cuando recién enfermo íbamos todos a mirarlo todos los domingos, hablamos con él, y uno se siente conforme haciéndolo sentir bien, que le importamos.”

8. ¿Cómo Ud. saluda a su familiar cuando llega a la visita?

“El saludo es efusivo, le doy el beso, lo abrazo, trato de ser cariñosa, aunque él es un poco frío, yo trato de ser cálida. Cuando me despido le digo que lo quiero mucho.”

9. ¿Qué actividades se hacen por parte de Ud. en la visita?

“Mirarlo como esta, dialogar y tratar de que sea más activo.”

10. ¿Qué actividades ha hecho Ud. con el paciente durante la visita?

“Mas que todo es tratar de hablar con él, contarle cosas de la familia y noticias que a él le gustan. A veces él me pregunta de mi hermano, de los demás casi no lo hace. Yo siempre trato de hacer que él haga alguna actividad pero él se rehusa y más que todo soy yo la que hablo, es muy poco lo que él sabe conversar.

Mas antes le decía: “vamos a jugar ping – pong” y siempre estaba dispuesto, yo he querido mirarlo más activo porque ahora ya no le gusta hacer casi nada.”



## ANEXO D.

### Historia de Vida Familiar 1

Edad: 56 años

Lazo Familiar del Paciente: Madre

Estado Civil: Viuda

Yo me case muy joven, tengo 4 hijos, el primero fue “Sujeto 1” y los tres menores que son ahora profesionales. Cuando me case fue un matrimonio muy bonito, nos acompañó bastante gente, los padrinos fueron buenas personas, él Dr. Montenegro y la Sra. Tirza, después de eso siguió la rutina de la vida, empezamos a luchar porque no nos entendíamos con mi esposo, él era de un genio algo especial, él no me entendía y yo no le comprendía a él. Luego vino el embarazo de “Sujeto 1”, en ese entonces yo le tenía mucho miedo al agua y mi esposo cuando nos íbamos a bañar él me echaba agua y yo sentía ese pánico, así empezó mi sufrir. Cuando nació mi hijo, mi esposo tuvo que irse a trabajar a otro lado de registrador del Estado Civil y permanecí mucho tiempo solamente con mis hijos. De ahí me tocó debatirme con la vida porque el sueldo que él ganaba no alcanzaba para nada, ganaba muy poquito.

Pero el que más sufrió conmigo fue “Sujeto 1” porque él me ayudó a criar a mis otros tres hijos. Cuando él era niño fue excelente persona, era muy bueno y muy servicial, él me hacía todos los mandados y así sucesivamente. Ya era de 11 años cuando él empezó con la enfermedad; un día yo lo mandé a entregar una bestia, esta había estado un poco briosa porque no era nuestra, era alquilada, entonces salió un perro y espanto a la bestia entonces lo mandé lejos al muchacho, en ese camino no sé cuánto tiempo habría quedado desmayado. Yo no me había enterado porque él no

me contó nada de la caída del caballo sino hasta los 16 años, a los doce años ya estaba en primero de bachillerato y ya no rendía en los estudios, pero como yo tenía a los otros dos hijos pequeños tenía que preocuparme también por ellos, entonces lo descuide, él siguió malito, entonces él ya empezó a tener sus cosas, a pegarles a los hermanos pequeños a dañar las cosas, los carros que se les compraba a los otros los desbarataba por completo, todo integro. Como ya no respondía en el estudio yo lo empecé a castigar pensando que era pereza de él, no quería estudiar, yo me preocupaba, uno quiere que sus hijos salgan adelante, “no mi hijo aproveche el tiempo es oro salga adelante”, pero bueno no se pudo sacar adelante por los síntomas de la enfermedad.

La causa por la cual que él enfermo creo que es la caída del caballo, porque fue un golpe fuerte y tal vez le sucedió algo en el cerebro. Luego ya en el colegio él empezó a tener sus cosas ya de 13 o 14 años empezó a molestarlas a las niñas del colegio a corretearlas, o él hacía las cosas que le mandaban, como por ejemplo: como en todas partes hay gente mala, entonces unos muchachos habían cogido de reunirse y decirle a mi hijo: “ve coge a esa muchacha y tócale los senos o álzale la falda”, etc. Entonces como él estaba inconsciente ya de sus cosas él ya no pensaba sino en hacer las cosas que le mandaban. Ese fue el principio de la enfermedad de él, a los 17 años lo presente al servicio militar porque ya era necesario, entonces yo fui y hable con el comandante “vea a mi hijo no lo pueden llevar él es enfermo”, no señora él está bien alentado y sino van a venir unos médicos de Bogotá a hacerle unos exámenes. Cuando le hicieron los exámenes yo hable con uno de los médicos y él me dijo que todo estaba normal está completo, y llegó al cuartel, allí se remató porque no podía hacer los ejercicios, no podía hacer nada, entonces lo empezaron a

castigar fuertemente con bayoneta, baños con manguera, golpes; así la vida de mi hijo a sido muy dura muy drástica. En la escuela también era de los boys scouts y ahí también había el señor que los mandaba y lo castigaba mucho lo hacia desnudar lo bañaba hasta dejarlo entumido y le pegaba con un palo, y yo no conocía nada de estas historias sino hasta después de unos años cuando él me contaba.

Para traerlo al hospital paso lo siguiente, mi mamá lo mando a dejar un ganado y en esas por una quebrada había pasado una campesina con unos pollos, entonces él le había echado un piropo y la campesina le contesto mal entonces él le pego y ella cayo al suelo y todas las gentes del vecindario empezaron a hablar que él la había violado y esto no era cierto. Luego por el parque mire que venia mi hijo con un policía y yo sentí mucho miedo y se lo llevo a la cárcel, entonces yo me fui hablar con el alcalde y él me contesto con palabras duras, “su hijo lo que hace es escándalos no respeta nada es un tipo peligroso ha violado a esa señora”. Recurrí a un Doctor que tenia acá era el Dr. Poveda quien me lo trataba y yo pensaba que no era por la enfermedad de esquizofrenia sino que lo trataba por los nervios. Cuando fui donde el doctor y hable con él me dijo: “tranquila, no va a pasar nada porque yo puedo dar el concepto de que esta enfermo de esquizofrenia”, entonces supe primera vez de esta enfermedad. Después la policía decía que debíamos traer a los otros médicos legistas para que “Sujeto 1” pudiera salir, esas vueltas las tuve que hacer sola porque mi marido por su trabajo no podía acompañarme además estaba lejos. Entonces cuando lo traje aquí el médico dijo que él era un muchacho sano que no había hecho uso de mujer, que el no había cometido nada, y de eso fui a la casa a comentarle a mi mamá que no había pasado nada que iba a salir libre. Luego siguió cometiendo locuras y las gentes ya no soportaban que él estuviera por las calles, así se reunieron los del

consejo del pueblo y determinaron que mi hijo revestía un peligro para la juventud que debía ir al Centro de Salud Mental.

Luego mi marido lo mando con unos amigos al hospital mental pero las cosas no habían sido así y hubo alguien quien me llamo y me dijo que el estaba en la Picota y no en el Hospital Mental. Estuvo casi 3 años, yo siempre creí en esto. Durante este tiempo mi hijo estuvo mandando cartas y marcones a mi esposo para que lo fuéramos a recoger, pero él no me comento nada y no quería traerlo por que él pensaba que como “Sujeto 1” ya era una persona joven debería hacer su vida y que lo debían dejar en algún lado, además él nunca me dijo nada; cuando ya yo mire que mi hijo había desaparecido entonces yo lloraba inmensamente, vivía angustiada preocupada no sabia a que santo encomendarme y en esas le habían dado salida a él y a 30 compañeros más, los habían traído en una volqueta y que los iban votando sin papeles ni nada uno por uno en partes diferentes de Bogotá. El sin tener nada ni nadie se había cansado de caminar y descanso en una anden en esas comenta él que había llovido fuertemente, se había arrimado un señor preguntándole que como se llamaba y él no se acordaba ni siquiera de su nombre, tanto eran las plegarias que yo hacia por mi hijo y lo tenia encomendado al señor del Calvario. Un señor que trabajaba en un taxi lo había mirado en la calle solo y este señor había sido evangelista y había orado por él con su grupo de oración y que en las plegarias había escuchado una voz que les decía que lo ayudaran que él era de una familia buena, entonces los hermanos lo trajeron, lo bañaron, le cortaron el cabello y que le preguntaron que como se llamaba la madre, que si había estudiado, que como se llamaban sus profesores y fue así como el les dio el nombre de uno de sus profesores y el lugar, luego los hermanos evangelistas le dijeron a “Sujeto 1” que escribiera una

carta dirigida al padre del pueblo y él con su letra y sin ortografía escribió la carta diciendo que estaba donde los hermanos evangelistas en Bogotá que lo mandara a traer, cuando yo me entere de esto me aloque; plata no tenia pero pedí prestada y me fui a Ipiales a comprar el tiquete del avión, cuando llegue llame al teléfono que me habían dado y así estuve de vuelta con “Sujeto 1”.

Cuando llegamos de nuevo al pueblo los comentarios de las gentes empezaron, las personas decían que era un peligro que él ya esta de nuevo en el pueblo, luego vino la muerte de mi mamá y regreso mi marido jubilado que no podía colaborar más por lo cual hubo más problemas, entonces yo vendí una cuadra de terreno que tenia y con eso salí del pueblo y pensaba que si mi hijo se sanara en la ciudad yo iría acompañarlo; ya que había escuchado hablar del Hospital Mental que habían doctores y enfermeras muy buenos, entonces compre la casa aquí y mi marido ya lo había traído a él al hospital lo había examinado un doctor Caicedo quien le había tomado un electroencefalograma. De esta manera la conducta de él empeoro trataba muy mal a los vecinos, peleaba con los hermanos entonces lo lleve al hospital y me lo atendió el doctor Moncayo y ya son más o menos 18 años de lo que esta aquí, el esta en el hospital desde los 20 años y ahora tiene 42. Cuando vine por primera vez al hospital tenia la seguridad y la certeza que él doctor lo iba a curar mi hijo, pero un día dio la casualidad que yo le pregunte al doctor si él se sanaría y él dijo que no, que esa enfermedad era esquizofrenia y que no tenia cura.

En el hospital nos han dado conferencias donde han hablado de cómo tratar a los enfermos en la casa, que no se los debe consentirlo mucho, yo lo he tratado muy bien buscándole la forma de que este tranquilo, pero hay momentos en los que el no

responde porque él se altera por todo, es muy celoso. Me ha costado bastante aceptarlo, mi sufrimiento han sido duro pero pese a ello hay un Dios bastante bueno que me ha dado fortaleza y ganas de salir adelante; yo era muy cobarde, muy tímida, no sabía donde meterme cuando lo veía bravo, usted me entiende lo que es un miedo. Aunque él ha sido afectuoso conmigo, me abraza, me da besos, es bien, hay veces en las que vengo a visitarlo y es muy grosero dice palabras muy feas, es difícil determinarlo.

“Sujeto 1” es amiguero, se compadece con los enfermos con los pobres, pero cuando ya no quiere hacer nada o yo ya lo miro que esta mal es porque se le nota en los ojos, la mirada esta extraviada le dijo a mi otro hijo tenemos que llevarlo rápido al hospital antes de que cometa cualquier desatino o él dice: “para que me traen aquí a esta casa, yo estoy bien en el hospital”. “Sujeto 1” tiene etapas, a veces es muy bueno, servicial, ayuda, colabora a las enfermeras, tiende las camas, lava platos; esos oficios los hacia antes pero últimamente le dio por alterarse con los empleados del local. Los hermanos lo quieren y siempre vienen a visitarlo aunque en varias ocasiones él los ha insultado mucho por lo que un tiempo no lo visitaron mientras comprendieron que no era causa de él sino de la enfermedad, ahora han vuelto y han hecho las paces. Un domingo en que venimos con mi hijo menor le estábamos dando la comida cuando Diego dijo mamá vamos porque no deje cerrando la puerta del local y se pueden entrar a robar, entonces cuando nos despedimos “Sujeto 1” lo empezó a insultar a Diego diciéndole que no quería que lo volviera a visitar. Ellos han entendido y aceptado la enfermedad de él, cuando sale de permiso en la casa se lo atiende bien y se le da lo mejor. La relación siempre ha sido buena con los hermanos, ellos lo han perdonado y él ha veces reconoce la falta y dice: “mamita

perdóname. Milton me dijo: “tal vez no me voy a sentir defraudado con el insulto de mi hermano, no voy a proceder mal con usted, venga mamá vamos a verlo” cuando llegó, “Sujeto 1” lo miro y se fue a las carreras y lo abrazo y le dijo: “perdóname hermanito fue un rato que estuve mal perdóname no te voy a volver a insultar más”, entonces él otro le dijo: “no tranquilo hermano no se preocupe pero no me vuelva a tratar así, yo lo quiero igual que la familia lo estimamos lo tenemos en cuenta por lo tanto usted debe pagarnos de igual forma siendo un persona buena de buenos sentimientos y que es grato con nosotros que lo venimos a visitarlo” “así es hermanito lo que usted dice así es, yo debo ser distinto, ya voy a cambiar”.

El papá era disciplinado, lo castigaba mucho porque él decía que a los niños había que formarlos bien rectos; “no hay que decirle nada, hay que seguirle la corriente para ver hasta donde llega”. Así nos ha tocado tolerarlo y tolerarlo, unas veces él dice llévenme al hospital porque yo ya estoy mal y no quiero hacerles daño quiero dejarlos tranquilos o me dice: “mamá tengo una rabia que tengo ganas de pegarles a todos, es mejor que me lleve al hospital”.

La esquizofrenia es la conducta del individuo que se porta mal que no es tolerante con la sociedad, pero lo que yo puedo decir es que no quiero perder la esperanza, la fé en Dios, de que tal vez Dios sabrá hasta cuando me tiene sufriendo a mí y también tiene sufriendo a mi hijo y habrá un día, habrá una esperanza de que mi hijo pueda tener un cambio con la ayuda de Dios, porque en cuanto a los humanos es muy difícil decir que si habrá curación, sino que ahí no más puede obrar Dios, del resto creo que no.

Cuando yo veo a mi hijo bien pues que alegría, mi hijo se llena de alegría y mi hijo me dice: “mamá ya me estoy recuperándome, ya estoy bien, yo voy a tratar salir de aquí y voy a conseguirme un trabajo para ayudarle a usted”. Yo siempre le he dado estímulos, soy feliz cuando esta en la casa y me colabora con los oficios porque sé que esta ocupado y no tiene tiempo para ponerse bravo. El diálogo con él es bien, le doy atención y le digo usted mi hijo es mi consuelo. Todos estos años no le he fallado en las visitas solo una vez que me enferme de la pierna por tres meses pero después de que me cure ya fui a mirarlo. Las enfermeras pueden decir que yo no le faltado, siempre vengo los jueves y domingos a verlo le traigo su comida y le arreglo la ropita.



## ANEXO E.

### Historia de Vida Familiar 2

Edad: 25 años

Lazo Familiar del paciente: Hija

Estado Civil: Soltera

Tengo 25 años y mi papá sufre hace algún tiempo de esquizofrenia, ya hace más o menos 13 años. En un principio cuando yo era niña , antes de que pasara todo esto vivíamos muy bien, éramos felices yo me la llevaba bien con mi papá, con mis hermanos, era una familia armónica, mis papas se entendían muy bien, no tenían problemas de ninguna clase. Mi papá era una persona muy querida por la gente en su profesión, en el barrio, en el trabajo y en la familia. Fue una persona destacada, en realidad ha sido muy inteligente le han apreciado por la calidad de persona que ha sido.

A partir del cambio que él tuvo en la religión él empezó a tener creencias y otras ideologías, empezó a meterse mucho en eso, a raíz de eso empezó a hacerse muy fanático. Empezó a descuidar la familia, los intereses normales que tendría cualquier papá normal frente al desarrollo del hogar, de ahí iniciaron los inconvenientes y las discrepancias entre mis padres, mi mamá trataba de hacerle entender que esas cosas no lo iban a llevar por un buen camino. Porque él empezó a descuidar mucho la parte de su familia, vivía solo en su religión y vivía solo para eso, recuerdo que mi mamá un día contaba que era tanto su fanatismo que regalaba su sueldo a la gente pobre y se olvidaba que nosotros existíamos por así decirlo.

Vivía solo para su religión, sabía comprar muchos libre para cosas de la gnosis; así empezaron a ver más problemas ya que todo el tiempo lo dedicaba a esas cosas.

Mi mamá lo toleraba al principio le seguía la idea, pero cuando se empezó a dar cuenta de los cambios tan bruscos se fue preocupando y pensaba que ya no iba poder más permanecer en la casa. A partir de buscar la manera diferente de realizarse o desdoblarse según la gnosis, él consumió unos hongos que lo llevarían a conseguir sus deseos pero lo que paso fue que se intoxicó ya que eran hongos alucinógenos, después de esto se enfermó gravemente y él no quería que lo llevaran a ningún médico, porque él pensaba que se sanaría por su propio cuerpo sin ningún tratamiento médico o drogas ni nada por el estilo.

Creo que fue el inicio de su depresión y luego de su enfermedad, aunque en ese tiempo yo no miraba bien cual era la dimensión de las cosas, yo era muy niña pensaba mi papá está enfermo pero se que se curara. Desde una perspectiva muy lejana miraba como el papel de mi mamá como tenía que desenvolverse sola con ese sufrimiento constante, con mi papá enfermo en la cama. Recuerdo que mi papá un mes no comió nada, no hablaba, no se levantaba a duras penas tomaba agua, luego de la intoxicación tuvo que ser hospitalizado con tratamiento psiquiátrico porque anímicamente estaba muy afectado.

Yo creía que mi papá no podría enfermarse así, uno cree que esas cosas están lejos de uno, que uno no las va a vivir y por eso al principio verlo en un hospital, enfrentarse al comportamiento que él tiene es muy duro, es muy difícil; sobre todo cuanto uno es muy niño y uno no sabe que es lo que está pasando. Él se refugió en

un mundo muy ilusorio muy abstracto, tenia otras ideologías que lo empezaron a sacar de la realidad.

Han sido muchos años de lucha, muy difícil, a mi mamá le ha tocado sola ayudar a los hijos, la crianza, ayudarlo a mi papá. Cuando él ya no trabajo por su incapacidad ella tuvo que hacer el rol de él, remplazarlo en el trabajo, entonces era una carga muy dura para ella, él se portaba muy agresivo, gritaba por todo, todos los episodios han sido difíciles de manejar; se arrojaba, se golpeaba contra las paredes hasta sacarse sangre de la cabeza, se hizo varias yagas en las rodillas, se hirió las rodillas tanto caminar sobre ellas, y uno tener que vivir esto todo el tiempo y sin saber porque el esta haciendo eso o que le pase porque no tiene una explicación sino que únicamente lo hace sin mirar que sentíamos nosotros, esa situación fue muy difícil.

La familia de mi papa al inicio a tratado de apoyarlo, ayudarlo, pero como por la novedad porque esta enfermo, pero después poco a poco él ha sido dejado de lado porque creo que ellos piensan que ya no les compete, que no es su problema, hablo en el caso de mis tíos, me parece muy malo su indiferencia hacia a él, pues como sea todo el tiempo que estuvo mi mamá tuvo que estar luchando sola, el cuidado en el tratamiento ha sido una tarea muy ardua. Luego llego el momento en que ya no se miro la respuesta de mi papá ni tampoco la de mi mamá que trataba de ayudarlo, acompañarlo, tratando de que el llevara una vida casi normal dentro de su enfermedad.

Nos hemos llevado muy bien con mi padre, aunque nunca ha sido una persona que muestra abiertamente sus sentimientos, su cariño, pero tampoco es nada indiferente. A raíz de su enfermedad creo que por el mismo choque que tuvo al mirar tantas escenas fue como que me aleje de él un poco porque yo no sabía como podía reaccionar ante cualquier situación, por miedo o no se; mi hermano siempre trato de darle más confianza, pienso que la relación de ellos se acento más que entre mi papá y yo. Después de tanto tiempo de que mi mamá estuviera al frente de la situación yo creo que la enfermedad y la relación fue cambiando, al pasar el tiempo mi mamá tuvo una oportunidad de trabajo fuera de la ciudad, en realidad ella lo necesitaba, acepto y se fue siendo la relación más distante. Al principio mi mamá llama ba y preguntaba por él, aunque él permanecía más tiempo hospitalizado, no teníamos la oportunidad de vivir con él en la casa.

A partir de este constante distanciamiento las cosas cambian radicalmente, mi papá preguntaba por ella no muy frecuente, cuando mi mama lo visitaba era muy alegre, se le miraba en la cara, pues cambia, hablaba con ella, sin embargo no sé si mi mamá le tenga algún rencor por haber pasado tantas cosas, lastima no se. Ella ha tomado una actitud muy diferente con él, no esta pendiente de él como ya no parece preocuparse por lo que le pueda pasar, yo estoy a cargo de él. Yo estoy pendiente de él, es una carga muy dura, difícil, vivir sola y no esperar que el papá o la mamá le ayuden a uno sino al contrario, me toca responsabilizarme de todo lo que haga, pendiente de su droga, es como si fuera un niño pequeño; yo me considero una persona joven pero con muchas responsabilidades.

Cuando fui la primera vez al hospital a mirar a mi papá fue impresionante, no dormí una semana, mirarlo a mi papá en este lugar, preocupante, pensaba que únicamente habían personas que estaban locas, yo creía que la enfermedad de mi papá eran nervios y uno no se imagina que algún día mi papá podría estar en un lugar como este, toda la familia lo visitamos tratar de hacerle ver que nos importaba, esto fue antes de que se fuera mi mamá. La gente piensa que el hospital solo es para dementes, pero ahora me doy cuenta que no es así hay muchos factores por los cuales una persona puede estar aquí como por consumo de sustancias alucinógenas, alcoholismo, depresión, estrés, etc.

No creo que él pueda reponerse a esto, ha avanzado mucho, tal vez si sigue las indicaciones medicas, toma los medicamentos, lleva un orden en el tratamiento pueda que tenga espacios de bienestar pero de manera va a seguir recayendo. En las visitas trato de contarle cosas mías, de mi hermano, mi hija, contarle noticias, decirle que le mandan saludos, pero el casi no habla. Cuando le dieron salida hace seis meses hubo un cambio rotundo muy diferente porque en la primera semana hacía cosas que nunca lo veía hacer, salía hacer deporte, mirar televisión, comer todo el tiempo, hacia chistes, etc. Estaba tan sorprendida con ese cambio que no sabia si era bueno o malo. Era como el papá que yo quería que siempre fuera. Aunque a la semana siguiente estos cambios se fueron, no duraron mucho; él no quería hacer nada, no quería levantarse de la cama, bañarse y de esta manera volver a lo mismo.

Actualmente yo estoy pendiente de mi papá siempre lo voy a mirar, a veces se pone muy contento me habla, me dice porque no has venido a verme y pregunta por la familia y otras veces es indiferente. Tengo la esperanza de poder llevar a vivir

a mi papá a Medellín donde están mis hermanos, de pronto ese cambio le ayudaría en algo.

ANEXO F.

FICHA DE OBSERVACION

FECHA: \_\_\_\_\_

SUJETO: \_\_\_\_\_

SITUACION OBSERVADA:

---

---

RESUMEN DE LO OBSERVADO:

---

---

---

---

REFLEXION Y VALORACION:

---

---

---

---

## ANEXO G.

### FICHA DE OBSERVACION 1

FECHA: Mayo 23 de 2.002

SUJETO: Familiar 1

SITUACION OBSERVADA: Inicio de la visita – Saludo

RESUMEN DE LO OBSERVADO: El familiar llega puntualmente como de costumbre trae un morral con algo de comida y ropa limpia. Entra y saluda a la enfermera de turno, luego busca a su hijo, cuando él la encuentra le pide la bendición, le da besos en las mejillas y el familiar le toma de las manos, responde a su saludo, sonrío y le pregunta ¿Cómo ha estado mi hijo, cómo me lo han tratado?

REFLEXION Y VALORACION: El comportamiento del familiar es de aproximación, hay expresión de afecto, tanto verbal como físico.



## ANEXO H.

### FICHA DE OBSERVACION 2

FECHA: Mayo 29 de 2.003

SUJETO: Familiar 1

SITUACION OBSERVADA: Transcurso de la visita – Actividades del familiar

RESUMEN DE LO OBSERVADO: El familiar lleva al paciente a un lugar solitario, se sienta junto a él, le ofrece algo de comida y ropa para cambiarse, mientras ella le habla posteriormente, el paciente intercambia algunas palabras.

REFLEXION Y VALORACION: El comportamiento del familiar es prosocial con conducta verbal permanente y hay comportamientos de aproximación.

## ANEXO I.

### FICHA DE OBSERVACION 3

FECHA: Junio 5 de 2.003

SUJETO: Familiar 1

SITUACION OBSERVADA: Transcurso de la visita – Comportamiento del familiar

RESUMEN DE LO OBSERVADO: El familiar únicamente dialoga con el paciente se sienta muy cerca de él, mantiene un contacto visual y físico solamente cuando el paciente la abraza o le da un beso. Expresa afecto cuando le dice que lo quiere mucho, que él es su consuelo, que se porte bien para que le den permiso de ir a la casa para hacerle compañía.

REFLEXION Y VALORACION: Comportamiento prosocial con expresión de afecto.

## ANEXO J.

### FICHA DE OBSERVACION 1

FECHA: Junio 12 de 2.003

SUJETO: Familiar 2

SITUACION OBSERVADA: Inicio de la visita - Saludo

RESUMEN DE LO OBSERVADO: El familiar espera a que los enfermeros llamen al paciente, cuando se encuentra con él, es el familiar quien saluda primero, dándole un beso en la mejilla, diciéndole hola papá como estas, el paciente habla muy bajo por lo que no es posible escuchar su contestación. La mayor parte de la visita el paciente permanece callado.

REFLEXION Y VALORACION: El comportamiento del familiar es de aproximación estableciendo contacto.

## ANEXO K.

### FICHA DE OBSERVACION 2

FECHA: Junio 20 de 2.003

SUJETO: Familiar 2

SITUACION OBSERVADA: Transcurso de la visita – Actividades del familiar

RESUMEN DE LO OBSERVADO: El familiar sale a caminar junto con el paciente, durante unos minutos por los patios del hospital, luego se sientan en el césped. El familiar le conversa, pero el paciente es muy poco lo que habla, casi no hay contacto visual en el familiar.

REFLEXION Y VALORACION: El comportamiento del familiar es de aproximación sin mantener contacto visual permanente cuando dialoga con el paciente

## ANEXO L.

### FICHA DE OBSERVACION 3

FECHA: Junio 28 de 2.003

SUJETO: Familiar 2

SITUACION OBSERVADA: Transcurso de la visita – Comportamiento del familiar

RESUMEN DE LO OBSERVADO: Caminan por los corredores del hospital, el familiar entabla la conversación que es corta

REFLEXION Y VALORACION: El comportamiento del familiar es prosocial y de motivación para realizar actividades.