



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

**TESINA DE GRADO PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL
TÍTULO DE PSICÓLOGA CLÍNICA**

TÍTULO DEL PROYECTO DE TESINA:

**“INFLUENCIA DE LOS FACTORES SOCIO-CULTURALES
EN CINCO CASOS DE PSICOSIS, PRESENTADOS EN
PACIENTES DEL INSTITUTO DE SEGURIDAD SOCIAL DE
RIOBAMBA, PERIODO MAYO - AGOSTO DE 2009”.**

AUTORA: Sayda Tamayo

TUTOR: Dr. Byron Boada

RIOBAMBA – ECUADOR

2010

DERECHO DE AUTORIA

Yo, Sayda del Rocío Tamayo Rodríguez
soy responsable de todo el contenido de
este trabajo investigativo, los derechos
de autoría pertenecen a la Universidad
Nacional de Chimborazo

DEDICATORIA

Con amor y respeto a mis padres, a mi esposo José Luis, a mis queridos hijos Phammela, Valentina, Camilo, Cristhian.

AGRADECIMIENTO

Al Doctor Miguel Ángel Cardoso por su apoyo a lo largo de toda mi etapa universitaria y especialmente en la realización de la presente investigación, al Doctor Byron Boada quien con sus acertadas sugerencias críticas guió el presente trabajo, a la Doctora Soledad Fierro por compartir sus conocimientos y sobre todo por transmitirme su fortaleza y gran valor humano, a ustedes por constituirse en mi referente de honestidad, ética y profesionalismo, gracias.

UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

“INFLUENCIA DE LOS FACTORES SOCIO-CULTURALES EN CINCO CASOS DE PSICÓISIS, PRESENTADOS EN PACIENTES DEL INSTITUTO DE SEGURIDAD SOCIAL DE RIOBAMBA, PERIODO MAYO A AGOSTO DE 2009”.

RESUMEN

La influencia de los Factores Socio-culturales son preponderantes en los casos de psicosis, demostrándose esto en el estudio de cinco casos realizados en el “Instituto de Seguridad Social” de Riobamba. Investigación realizada con enfoque cualitativo, utilizando registros narrativos, observación y entrevistas no estructuradas, con la finalidad de identificar las realidades particulares de las investigadas, sus sistemas de relaciones, su dinámica social y cultural. Estudio descriptivo analítico de corte por muestreo no probabilístico de tipo intencional de la investigadora, en el período de mayo a agosto de 2009. Los resultados revelan que los factores socio-culturales que más inciden en la aparición de patologías psíquicas específicamente trastorno bipolar, son: la religión principalmente, economía, educación, género, maltrato intrafamiliar. Estos factores estresantes, sumados a carencias afectivas, abandonos y abusos sufridos en la niñez conllevan a la aparición de estos trastornos bipolar, especialmente. Se puso especial interés en la situación de la mujer indígena en; su biografía en la que se incluye una serie de eventos traumatizantes como abusos sexuales, censuras, sentimientos de culpa y la marcada influencia de la religión en el desarrollo y afrontamiento de su enfermedad. En conclusión, se puede evidenciar un problema social que afecta a la integridad psíquica y emocional de las investigadas. La educación y la concienciación del valor que como mujeres tienen, constituirán una vía de salida a la dura situación que vive.

SUMMARY

The influence of the socio-cultural factors are preponderant in the cases of psychosis, this is demonstrated in the study of five cases that took effect in the Institute of Social Security of Riobamba. Investigation done with qualitative approach, using narrative registries, observation and nonstructural interviews in order to identify the particular realities of the investigated ones, their systems of relations, their social and cultural dynamics,. An analytic descriptive study cut by non probabilistic sampling or intentional type of the researcher was carried in the period from May to August of 2009. The results reveal that the socio-cultural factors that more impact in the apparition of psychic pathologies, specifically in psychotic pictures and bipolar disorder are: religion, economy, education, gender, inner family abuse. These stressful factors, added to emotional lacks, abandonments and abuses suffered in the childhood involve to the apparition of these inconveniences. It was placer special interest in the situations of the native woman, its biography in which a series of traumatic events are included like abuse, censorships, feelings of fault and the market influence of the religion in the development and confrontation of its illness. In conclusion a social problem can be shown that affects to the emotional and psychic integrity of the investigated, the education and the consciousness of the value them as a women have, will constitute a way to outset the hard situation they live.

INDICE GENERAL

DERECHO DE AUTORÍA	i
DEDICATORIA	ii
AGRADECIMIENTO	iii
RESUMEN	iv
SUMARY	v
INTRODUCCIÓN	1
CAPITULO I	4
1. PROBLEMATIZACIÓN	4
1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	4
1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	7
1.3. OBJETIVOS	7
1.3.1. OBJETIVO GENERAL	7
1.3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	8
1.4. JUSTIFICACIÓN	8
CAPITULO II	10
2. MARCO TEÓRICO	10
2.1. POSICIONAMIENTO PERSONAL	10

2.2. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA	12
2.2.1. DEFINICIÓN DE FACTORES SOCIO-CULTURALES	12
2.2.1.1. CULTURA DEL ECUADOR	13
2.2.2. RELIGIÓN EN EL ECUADOR	14
2.2.2.1. EVANGÉLICOS	15
2.2.2.2. CATÓLICOS	20
2.2.3. ECONOMÍA	26
2.2.4. EDUCACIÓN DE LA MUJER EN EL ECUADOR	28
2.2.5. FAMILIA	29
2.2.5.1. DEFINICIÓN DE FAMILIA SEGÚN EL ENFOQUE SISTÉMICO	29
2.2.5.2. TIPOLOGÍA DE LAS FAMILIAS	30
2.2.5.3. LA FAMILIA ECUATORIANA	31
2.2.5.4. VIOLENCIA INTRAFAMILIAR EN EL ECUADOR	32
2.2.5.5. TIPOS DE VIOLENCIA INTRAFAMILIAR	33
2.2.5.5.1 VIOLENCIA FÍSICA	33
2.2.5.5.2. VIOLENCIA PSICOLÓGICA	33
2.2.5.5.3. VIOLENCIA SEXUAL	34
2.2.5.6. MEDIO AMBIENTE PROPICIO	34
2.2.5.7. CICLO DE LA VIOLENCIA INTRAFAMILIAR	35

2.2.6. PSICOSIS	36
2.2.6.1. DEFINICIÓN	36
2.2.6.2. EVOLUCIÓN DEL DIAGNÓSTICO DE PSICOSIS	36
2.2.6.3. DEFINICIÓN DE ALUCINACIONES	43
2.2.6.4. DEFINICIÓN DE DELIRIOS, DELUSIONES O IDEAS DELIRANTES	44
2.2.7. ESQUIZOFRÉNIA	46
2.2.7.1. SUBTIPOS DE ESQUIZOFRÉNIA	47
2.2.7.2. CURSO DE LA ENFERMEDAD	48
2.2.7.3. EL ESTRÉS COMO DESCENCADENANTE DE LA ESQUIZOFRÉNIA	50
2.2.7.4. ASPECTOS Y CONDUCTAS DEL INDIVIDUO CON ESQUIZOFRÉNIA	51
2.2.7.5. CONSIDERACIONES CULTURALES Y SOCIO ECONÓ- MICAS	51
2.2.7.6. FACTORES PSICOSOCIALES	52
2.2.7.7. EL PAPEL DE LA FAMILIA EN EL MANEJO DE LA ESQUIZOFRÉNIA	53
2.2.7.8. TRATAMIENTO	55

2.2.8. TRASTORNO BIPOLAR	59
2.2.8.1. DEFINICIÓN	59
2.2.8.2. CLASIFICACIÓN DEL TRASTORNO BIPOLAR	59
2.2.8.3. CURSO DE LA ENFERMEDAD	62
2.2.8.4. SÍNTOMAS	64
2.2.8.5. TRATAMIENTO	65
2.2.8.6. INTERVENCIÓN DE LA FAMILIA	67
2.2.9. DOBLE VÍNCULO	68
2.2.10. TEORÍA DE LA COMUNICACIÓN	70
2.2.11. ENFOQUE SISTÉMICO	77
2.2.11.1. TEORÍA GENERAL DE LOS SISTEMAS	77
2.2.11.2. IMPORTANCIA DEL ENFOQUE SISTÉMICO	78
2.2.11.3. TERÁPIA SISTÉMICA	79
2.2.12. PRESENTACIÓN DE CASOS	80
2.3. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS	113
2.4. HIPÓTESIS Y VARIABLES	117
2.4.1. HIPÓTESIS	117
2.4.2. VARIABLES	117
2.4.3. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	118

CAPITULO III	119
3. MARCO METODOLÓGICO	119
3.1. MÉTODO	119
3.2. POBLACIÓN Y MUESTRA	120
3.2.1. POBLACIÓN	120
3.3. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS	120
3.4. TÉCNICAS PARA EL ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS	120
CAPITULO IV	121
CONCLUSIONES	121
RECOMENDACIONES	122
BIBLIOGRAFÍA	124
ANEXOS	129

INTRODUCCIÓN

La presente investigación ha sido realizada con el propósito de conocer cómo afectan los factores socio-culturales y como influyeron en cinco casos de cuadros psicóticos (trastorno bipolar) atendidos en el Hospital del "Instituto de Seguridad Social" de Riobamba, período mayo - agosto de 2.009. Por tanto, se puso especial interés en aspectos como: educación, género, equidad, salud, religión, y estructura familiar como elementos culturales y las características de los episodios psicóticos. Con la finalidad de realizar un diagnóstico preciso y por ende el tratamiento adecuado se analizó con minuciosidad la sintomatología.

Una vez identificada la realidad de cada paciente se procedió a elaborar sus respectivas historias clínicas e iniciar los procesos psicoterapéuticos, mediante el enfoque sistémico.

Por lo anotado, es necesario mencionar los porcentajes de analfabetismo a nivel país, que es del 2.7 % y en la Provincia de Chimborazo el 19.03 % hasta el año 2.008, constituyéndose en la provincia el más alto índice de analfabetismo, porcentaje que en su mayoría corresponde al sector indígena.

Los roles de género así como las relaciones de las mujeres con los hombres, las comunidades y la sociedad en general determinan la capacidad para acceder a educación, buena salud y calidad de vida. En la provincia de Chimborazo, en cuanto a las mujeres indígenas se refiere, éstas enfrentan una triple desventaja, debido a: a) pertenencia étnica, b) sexo y c) religión.

Se abordará el análisis de género relativo a la salud y la mujer en la Provincia de Chimborazo, los roles sociales de hombres y mujeres, el balance del poder entre ellos, y cómo estos afectan sus perfiles de salud física y fundamentalmente mental. El análisis también destaca las influencias de la cultura dominante y la percepción de la mujer respecto a su rol en la familia y en la sociedad.

En el caso de la mujer indígena, parecería que ellas se niegan a identificar como prioridad la inequidades de género, centrandó más bien su preocupación en su condición de "indígena" dentro de una población, colocando las necesidades de su comunidad entera por encima de las suyas propias.

El estado de salud mental está influenciado por la interacción de los determinantes de la salud: nivel socio-económico, comportamiento, costumbres, la disponibilidad o accesibilidad a los servicios de salud mental, conflictos familiares, inequidad de género, prejuicios y mitos.

Las poblaciones indígena y mestiza en general definen roles culturales y normas específicas de comportamiento para los hombres y las mujeres, algunos de los cuales anteceden a la colonización y otros han sido integrados en nuestra sociedad como resultado de la colonización. La posición social de las mujeres indígenas se caracteriza principalmente por la subordinación a los hombres y por su triple carga de trabajo: productivo, reproductivo y comunitario, no así en el caso de la mujer mestiza, que mantiene una cierta independencia económica, sin embargo, existe en cierto grado una dependencia emocional basada en patrones familiares y sociales.

La exclusión de las mujeres indígenas en lo que concierne a la formación académica hace que este fenómeno social impacte negativamente en la capacidad de obtener mayores ingresos económicos, en el no acceso a los servicios de salud y consecuentemente no practicar estrategias adecuadas de salud reproductiva, calidad óptima de vida y organización socio-familiar eficaz.

La violencia contra la mujer (sexual, física, verbal y psicológica) constituye un riesgo para la salud mental de las mujeres, aumentando aún más con las tasas crecientes de abuso del alcohol, pobreza y desempleo entre los hombres. La violencia crea el trauma físico y psicológico en las mujeres, asociándose con tasas altas de alteraciones en su salud mental.

Si hablamos de la sumisión de las mujeres frente a los hombres, nos referimos también de los abusos a los que está expuesta, así: los abusos sexuales y violaciones con los consecuentes traumas psicológicos que, como en estos casos específicos, dieron como resultado cuadros psicóticos.

Por las circunstancias descritas, es de resaltar la importancia del caso específico de la mujer indígena, puesto que, es infrecuente que una mujer de este estrato social y racial asuma y reconozca sus dificultades, consecuencia de eventos traumáticos de diferente índole, suscitados durante su vida y aún más, que busque ayuda psicológica, a sabiendas incluso de las repercusiones de carácter religioso que tendrá que enfrentar, pues, la religión ejerce el rol de juez castigador dentro de su comunidad.

En el desarrollo de la investigación se han utilizado recursos psicológicos como: la escucha atenta y empática, observación, reconocimiento del dolor, connotación positiva, normalización, desculpabilización, entre otros. Esto ha permitido elaborar adecuadas historias clínicas e iniciar procesos psicoterapéuticos específicos para trabajar en espacios y límites, derechos y responsabilidades; facilitar la expresión del dolor mediante el relato, y mejoramiento de la comunicación.

CAPITULO I

1. PROBLEMATIZACIÓN

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En el Ecuador, la influencia de factores socioculturales como costumbres, mitos, medios de comunicación, educación, economía y la religión entre otros rigen el accionar de los individuos. Cuando estos aspectos no van en desmedro de los derechos y libertad de los integrantes de una sociedad se estaría hablando de “normalidad”, pero cuando sucede lo contrario nos enfrentamos a un grave problema social, especialmente en lo referente a la integridad psíquica y afectiva de las personas, que desemboca en problemas de conducta, de personalidad y en general de la valoración individual.

El rol que debe desempeñar la mujer en la sociedad es o debería ser igual de importante que el del hombre, sin embargo, nuestra sociedad como en épocas anteriores sigue jerarquizando al hombre, aclarando que en la actualidad es en menor grado, consecuentemente este asume el derecho de exigir sumisión y obediencia, quitándole a la mujer el poder de decisión.

La cultura machista encuentra su apoyo mayormente en la religión y las costumbres. En los sistemas familiares es común ver como las mismas madres de familia educan a sus hijas para “servir a su esposo y para obedecerlo” bajo cualquier circunstancia, con la firme idea impuesta por la religión, que el divorcio es castigado por Dios, porque no es permitido “...lo que Dios a unido nadie lo separa”.

Bajo estas circunstancias, no es difícil que existan sistemas familiares disfuncionales en los que está presente la violencia intrafamiliar especialmente dirigidos a la mujer, agresiones físicas, verbales y psicológicas con la consecuente percepción desvalorizada de su “yo”.

En la Provincia de Chimborazo se reciben aproximadamente 90 a 95 denuncias mensuales de violencia a la mujer, por parte de su conviviente o cónyuge; en el período 2008-2009 se registraron aproximadamente 2.850 denuncias, equivalente al 12 % de incremento anual. (Comisaria de la Mujer, Riobamba)

Diario Expreso (“La mujer el motor de la sociedad”. Marzo 2009) preguntó a 366 mujeres de distintos sectores de la ciudad de Guayaquil sobre lo que piensan de sí mismas y, entre las respuestas se conoció que un 92% considera que vivimos en una sociedad machista. La culpa es de las propias mujeres, según dijo el 24%.

Esto es de esperarse, puesto que ese es el criterio que a través de la cultura la mujer ha mantenido durante todos los tiempos “el sentimiento de culpa”, pensar que ella es la causante de todo lo malo o negativo que le sucede, sería mejor hablar de asumir responsabilidades sobre las consecuencias de las acciones y tomar medidas para revertir estas situaciones.

Sin embargo, el 80% de ellas piensa que su rol debería ser trabajar fuera de casa y compartir con la pareja las responsabilidades del hogar, lo cual evidencia un pensamiento mayoritariamente no machista. (Diario Expreso “La mujer el motor de la sociedad”. Marzo 2009).

A las mujeres que cumplen con las tareas del hogar y se encargan del cuidado de los hijos se las denomina “amas de casa”, grupo social tan mal llamado población económicamente inactiva. Viven en una sociedad patriarcal, donde el hombre llega del trabajo y descansa, en cambio la mujer sigue trabajando, desempeñando las labores domésticas.

Las mujeres contribuyen al desarrollo del país y por tanto se debe fomentar en ellas los derechos a los servicios de salud, a la formación profesional y al trabajo.

Cuando Hablamos de índices de analfabetismo, el INEC publicó según el último censo realizado en 2.005 que las mujeres alcanzan el 10.23 % a nivel nacional.

El 25 de noviembre de 1.993 la Asamblea General de las Naciones Unidas declaró este día como “Día Internacional de la Eliminación de la Violencia Contra la Mujer”, es un día importante a favor de los Derechos Humanos.

La fecha de conmemoración es lo de menos, ya que día a día las estadísticas sobre violencia contra las mujeres ecuatorianas son evidentes. Los datos nos muestran que la problemática está lejos de ser erradicada:

El 31% de las mujeres de 15 a 49 años ha sufrido maltrato físico; el 40% psicológico y el 11.5% sexual.

En el caso de la violencia sexual, en el 86% de los casos el agresor era una persona conocida por las víctimas.

De las 8.735 denuncias de delitos sexuales presentadas en 2005 fueron tramitadas solo 695, correspondiente al 8%. (Diario Expreso. “La mujer el motor de la sociedad”. Marzo 2009)

La violencia a la mujer se manifiesta de diferentes formas, llegando hasta el feminicidio. Su costo social muchas veces no es tomado en cuenta y se constituye en parte de la cultura de determinados países, entre ellos el nuestro.

El historiador Ángel Emilio Hidalgo (Diario Hoy. “La mujer un debate antediluviano”. Marzo 2008) explica que “los hombres tienen “una conciencia culpable”, ya que, por un lado cargan con el peso de “una tradición que... marca modos de comportamiento poco incluyentes”, respecto a la consideración de la mujer como persona y, por otro lado, los hombres “... cada vez más conscientes de que el rol actual de la mujer cambió “.

Se está dando un cambio de actitud mental que tiene que ver con la educación y las nuevas normativas. Es necesario crear una conciencia ciudadana que incorpore a todos

los actores sociales en igualdad de condiciones, para que puedan desarrollarse como seres humanos libres.

Es importante también mencionar los porcentajes de prácticas religiosas en el Ecuador, así: más del 95% católico romano y el 5% confesiones cristianas⁴².

Ecuador es una nación multiétnica y pluricultural. Su población sobrepasa los 12,6 millones de habitantes. De ella, más de cinco millones y medio viven en la Sierra. En la Costa del Pacífico la cifra se acerca a los seis millones y medio. En la Amazonía hay más de 600 mil habitantes, y en Galápagos cerca de 17 mil. En sus tres regiones continentales conviven 14 nacionalidades indígenas con tradiciones diversas y cosmovisión propia⁴².

Ante la presencia de la violencia física, verbal o psicológica las mujeres presentan diferentes reacciones o comportamientos anormales como las manifestaciones psicóticas, casos investigados en este trabajo.

1.2.- FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cómo influyeron los factores socio-culturales en cinco casos de psicosis presentados en pacientes del “Instituto de Seguridad Social de Riobamba”, periodo mayo - agosto de 2009?

1.3.- OBJETIVOS

1.3.1 OBJETIVO GENERAL

Investigar la influencia de los factores socio-culturales en cinco casos de psicosis presentados en pacientes del “Instituto de Seguridad Social de Riobamba”, período mayo - agosto de 2009.

1.3.2 .-OBJETIVOS ESPECIFICOS

- *Determinar los factores socio- culturales que influyeron en los cinco casos de psicosis.
- *Identificar el medio socio-cultural en el cual se desenvuelven las pacientes.
- *Analizar el proceso de ayuda psicoterapéutica que las pacientes y sus familias requieren, para lograr una mejor calidad de vida.

1.4.- JUSTIFICACIÓN

La presente investigación está orientada a facilitar la comprensión del comportamiento de cinco pacientes que presentaron cuadros psicóticos, tomando en consideración el rol que “como mujeres “ se ven obligadas a cumplir bajo los parámetros y condiciones de la cultura, específicamente de la influencia de la religión.

Sin embargo, sería un error no tomar en cuenta las historias personales de estas mujeres y la historia de los grupos indígenas ecuatorianos en general, en razón de su identidad y pensamiento. Así, como han influido las agresiones físicas y psicológicas a las que han sido sometidas a través del tiempo, iniciado con la conquista incásica y continuando con la devastadora conquista española, en donde el indígena fue visto como un ser inferior que lo único que merecía es ser sometido, pero sería injusto señalar tan solo a los incas y españoles como victimarios del indígena ecuatoriano en el pasado y al mestizo en el presente, cuando, aunque parezca ilógico, el indígena en la actualidad se ha convertido también en victimario de su propia raza, y esto se evidencia cuando conocemos las normas sociales y religiosas bajo las cuales interaccionan, más los roles que desempeñan dentro de la comunidad y la familia.

En la elaboración de esta investigación ha sido de principal interés el rol de la mujer en dos ámbitos: como se percibe ella y como es vista por los demás integrantes de la sociedad.

Esta problemática social se agrava por el escaso por no decirlo nulo aporte de la población mestiza, manteniendo los estigmas que caracterizan a una sociedad discriminadora.

En este contexto socio-cultural. En el caso de la paciente indígena, se debe resaltar el interés excepcional demostrado por ella y sus familiares por buscar asistencia profesional específicamente en el área psicológica, a pesar de las prohibiciones de su comunidad regida por una religión castigadora y limitante que cohibe a la mujer indígena a disfrutar de una libertad de acción y pensamiento.

Para poder entender estos casos se hace imprescindible conocer el contexto sociocultural tan influyente en las estructuras familiares que se desarrollan en un ámbito donde predomina el maltrato en sus diferentes formas, presentando un dominio de poder del hombre lo cual incide negativamente en las pautas de comportamiento de la mujer quien debe mantener conductas de sumisión a su esposo, simplemente porque así mandan las costumbres, tradiciones y fundamentalmente la religión.

La presente investigación pretende dar una visión más realista de las causas que llevaron a estas mujeres a presentar cuadros psicóticos, como consecuencia de relaciones disfuncionales dentro de sus contextos familiares por influencia de factores socioculturales. Permitirá plantearnos la pregunta ¿realmente son locas como se las juzga o son víctimas de un sistema cultural anárquico y decadente?, ¿su “locura” será una forma de buscar un escape o un desahogo a su dura realidad? , estas entre otras tantas preguntas que surgirán a lo largo de la presente investigación y que, de alguna manera, la autora pretende aclarar el panorama de estas mujeres, para dar la oportunidad de reflexionar y analizar, cómo influye la realidad sociocultural en la psique y comportamiento de las investigadas. Para así poder dimensionar lo que ocurre con muchas mujeres de nuestra sociedad.

CAPITULO II

2.- MARCO TEÓRICO

2.1 .- POSICIONAMIENTO PERSONAL

Para la elaboración de la presente investigación se ha utilizado el enfoque sistémico estructural, ya que mediante este podemos observar la estructura de los sistemas familiares en los que las investigadas se han desarrollado como parte de un sistema constituido por subsistemas, manteniendo la premisa de que, la disfunción es evidente cuando uno de los subsistemas se altera o no cumple con el rol asignado, entendiéndose que, la alteración del subsistema es el indicador o síntoma de la evidente disfunción del sistema familiar.

Este enfoque permite conformar una base teórica y epistemológica sobre la convivencia relacional, partiendo del principio: las personas se influyen entre sí. En los casos investigados se puede ver como los comportamientos machistas y la asignación a la mujer de roles de inferioridad, desembocaron en cuadros psicóticos.

El posicionamiento sistémico estructural concibe a la familia como “un sistema social de transformación”²⁵, “integrado por un grupo de personas, unidas emocionalmente y o por lazos de sangre, que han vivido juntos el tiempo suficiente como para haber desarrollado patrones de interacción e historias que justifican y explican tales patrones”²⁶. Además que dentro del sistema familiar, las dificultades, problemas o síntomas de disfunción son concebidos como el resultado de las interacciones inadecuadas entre sus subsistemas”.

La dinámica de cada familia está pre-determinada por los aspectos socioculturales a los que se someten o que son impuestos por cada sociedad, a la existencia de límites y reglas, pero éstas deberán ser flexibles en la medida en que la familia vaya avanzando en su ciclo vital.

El cambio en cada uno de los subsistemas va a originar un cambio en el sistema, por tanto, no es posible hablar de un equilibrio completo dentro de este. En los casos estudiados veremos, cómo cambios radicales efectuados por las pacientes han originado también importantes cambios en el sistema familiar y como estos influyeron de manera positiva en el mejoramiento de su salud mental y calidad de vida.

La comunicación es elemento fundamental en toda relación, es imposible no comunicarse, constantemente el individuo está comunicando algo ya sea de forma verbal o no verbal. En los sistemas familiares disfuncionales claramente la comunicación está sufriendo un deterioro o simplemente no existe buena comunicación. En los casos presentados, uno de los factores comunes entre estos es justamente la inexistencia de buena comunicación, la comunicación es en forma vertical y no horizontal, es decir, dentro de un marco de rigidez y autoritarismo donde la mujer desempeña un rol de inferioridad y dependencia con relación al hombre. La sumisión de la mujer mantiene una comunicación vertical.

Paul Watzlawick, en su libro “Teoría de la Comunicación Humana” nos dice que se le debe dar igual importancia a los mensajes verbales y no verbales, al tipo de relación y a los contenidos que se intercambia, a la hora en que se puntúa en la secuencia de interacciones, y a las relaciones basadas en la igualdad o diferencia, o sea la interacción simétrica o complementaria entre las personas.

Estas mujeres etiquetadas como “locas” posiblemente a través de sus episodios estaban comunicando el desacuerdo con su forma de vida, con la manera de ser vistas por una comunidad o sociedad, su inconformidad con la misma forma con la que los miembros de sus sistemas familiares y sociales se comunican con ellas, y sobre todo el gran sufrimiento que estaban sintiendo debido a la serie de acontecimientos dolorosos que han experimentado durante toda su vida.

2.2.- FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

2.2.1 DEFINICIÓN DE FACTORES SOCIO-CULTURALES

Lo socio-cultural supone una íntima relación entre lo social y lo cultural, interrelacionados, entrelazados e interdependientes de tal manera que pasamos a hablar de una nueva realidad socio-cultural que integra sociedad y cultura, por tanto política: economía, religión, educación, costumbres, etc.

Lo social es el conjunto de relaciones que se establecen entre las personas de un grupo o territorio determinado. La sociedad o la vida en sociedad es el resultado de las interacciones que se establecen entre las personas.

La cultura por su parte la podemos definir como el conjunto de valores, criterios, aspiraciones, sueños y modelos, hábitos y costumbres, formas de comunicarse y relacionarse que tienen las personas de una comunidad o territorio.

También como la manera en que un pueblo entiende su realidad y se relaciona con su medio. La cultura se nos presenta no como algo accesorio, decorativo o superfluo sino como algo radicalmente importante y necesario para la vida y como un factor esencial de la identidad personal y grupal, ligada indisolublemente a la evolución y desarrollo de las personas y de los pueblos.

La cultura es el conjunto de todas las formas, los modelos o los patrones explícitos o implícitos a través de los cuales una sociedad regula el comportamiento de las personas que lo conforman. Como tal incluye costumbres, prácticas, códigos, normas y reglas sobre la manera de ser, vestimenta, religión, rituales, normas de comportamiento y sistemas de creencias. Se puede decir que la cultura es toda información y habilidades que posee el ser humano.

La cultura da al hombre la capacidad de reflexionar sobre sí mismo. Es ella la que hace de nosotros seres específicamente humanos, racionales, críticos y éticamente

comprometidos. A través de ella discernimos los valores y efectuamos opciones. A través de ella el hombre se expresa, toma conciencia de sí mismo, se reconoce como un proyecto inacabado, pone en cuestión sus propias realizaciones, busca incansablemente nuevas significaciones, y crea obras que lo trascienden.¹³

2.2.1.1.- CULTURA DEL ECUADOR

Es importante considerar la diversidad étnica y regional del Ecuador para analizar su cultura. Étnicamente nuestro país está marcado por la presencia de mestizos, indígenas, afro-ecuatorianos y descendientes de españoles; regionalmente por la costa, la sierra, el oriente y la región insular, todas estas con especificidades propias.

La cultura del Ecuador es el referente de las tradiciones ancestrales de pueblos precolombinos combinando con los elementos de la conquista española (el mestizaje) y la influencia del mundo pos-moderno científico, tecnológico y globalizante.

Definir las raíces culturales del Ecuador es tratar de encontrar la identidad de un pueblo, identidad que responde a un proceso dinámico que se da a lo largo del tiempo y por influencia de diversos factores. Para llegar a lo que somos primero tuvimos que definir un espacio geográfico y luego aprender a desarrollarnos en base a nuestra condición humana, como personas en sociedad.

No se podría definir con exactitud lo que es la cultura ecuatoriana, pues esta es dinámica y constantemente recibe variaciones debido a influencias y modificaciones externas, no solamente estuvo influenciada en el pasado por la imposición de la cultura española, en la actualidad recibe aportes de muchas otras culturas debido principalmente a la migración.⁴³

2.2.2.- RELIGIÓN EN EL ECUADOR

Los pueblos asentados en lo que es actualmente el Ecuador tuvieron sus propias religiones desde tiempos inmemoriales, relacionadas con la naturaleza y el ciclo agrícola. En la Amazonía, sus teologías explican de su relación con los ríos y el agua. Durante el Incario las religiones subsistieron, aunque se asimiló el culto de los vencedores. En los poblados norandinos se balancea el culto al Inti, con el culto a la Quilla.

El suigéneris Cristianismo de los conquistadores ibéricos se forjó en el enfrentamiento contra “moros y judíos”. Surgió así en España, a partir del siglo XV un Cristianismo discriminador y excluyente que, comenzando como intolerancia gradual contra los semitas devino en feroz persecución contra los conversos, hasta culminar en una abierta persecución racial. Esta era justificada y consagrada por los “Estatutos de Limpieza de Sangre”.

En nuestro continente el mestizaje impidió la separación racial y religiosa más bien se operó el sincretismo religioso manifestado en devociones y cultos a estatuas, monigotes y santones bajo el calificativo de “religiosidad popular”. Buena parte de las antiguas divinidades adquirieron nombres e imágenes de santos. El culto a la Quilla se camufló con advocaciones a Santa María Virgen y en el ritual del Corpus Christi subyace el Inti Raymi, en todo su esplendor.

Durante la Colonia la unión entre la fe cristiana y el Imperio español fue indiscutible, y de mutuo beneficio. La Conquista se había justificado para extender la fe cristiana como el único medio para la salvación de la persona. La Iglesia imperial defendía y legitimaba el poder colonial, las ofensas contra la religión eran crímenes de orden penal y civil. Pese a todas las precauciones, en Guamote Provincia del Chimborazo la Inquisición registra el primer linchamiento contra un protestante el 29-jun-1565, por cuanto el sistema jurídico imperante perseguía a delincuentes, revoltosos y disidentes del oficialismo teológico con igual fervor. Al mismo tiempo se imponía y defendía por todos los medios la única religión

“verdadera”, la religión católica.

A principios del siglo XIX llegaron al Ecuador los primeros predicadores no católicos provenientes de Inglaterra y los Estados Unidos, los unos como militares y los otros como colportores. Originarios de naciones donde ya imperaba la libertad de cultos, veían en América Latina la posibilidad de extender sus beneficios democráticos. Su tarea fue difícil, porque enfrentaban no sólo al clero sino también a la autoridad civil: predicar y profesar otra “religión” era un crimen contra la majestad del Rey y contra la naturaleza del Estado. La independencia política ecuatoriana a partir de 1820 trajo como consecuencia la distribución masiva de las Santas Escrituras y la organización de las sociedades bíblicas.⁷

En la actualidad, según una encuesta realizada en 2008 el 83.6% de la población es católica. Los protestantes, evangélicos, pentecostales, mormones y testigos de Jehová representan el 10.8% y el 5.4% no profesa religión alguna. Musulmanes, judíos, ortodoxos, y espiritualistas componen el 0.2% restante.⁴⁸

2.2.2.1 EVANGÉLICOS

Características Generales:

Los evangélicos pertenecen a una religión que se basa en el seguimiento fiel de la Biblia y en el compromiso personal con Cristo, es decir, su vida está fundamentada y basada en esto. Creen que cada individuo tiene una necesidad de renacimiento espiritual y compromiso personal con Jesucristo Salvador; subrayan la ortodoxia estricta en las doctrinas básicas, laboral y sobre todo la autoridad de la Biblia.

Muchos evangélicos siguen una interpretación tradicional y pre-crítica de la Biblia e insisten en su “infabilidad”, es decir, creen que esta no engaña.

Siguen rígidamente lo que dice la Biblia y **hacer lo contrario significa caer en pecado.**

A diferencia de los católicos, para quienes los eclesiásticos son quienes cumplen con el rol de mediadores entre el hombre y Dios, los evangélicos sostienen que la oración, el dialogo directo con Dios es el medio adecuado para llegar a El.³⁹

No consideran a la Virgen como mediadora, ni la veneran a través de imágenes, pero si la respetan y aman como Madre de Jesucristo y la ponen de ejemplo para la mujer.

No creen en los Santos ni en ninguna otra imagen que no sea la de Cristo, ya que en la Biblia dice: **“Dios es celoso.”**

Sostienen que ninguna religión salva, sino más bien es la relación directa con Dios, la fé en Él quien los salvará.

Creen en el arrepentimiento, el cambio de vida como condiciones para la salvación y para ser considerados hijos de Dios.

Dicen que existe una vida eterna y que esta es pasajera. Sostienen que el hombre es hecho a imagen y semejanza de Dios y que está compuesto de cuerpo, alma y espíritu.

Aceptan el poderío de Dios sobre la vida y creen que Dios es Omnisciente, Omnipotente.

La confesión de los pecados se debe realizar directamente a Dios y **pedir perdón a las personas ofendidas.**

Tanto hombres como mujeres son tratados de igual forma.

Manifiestan que muchas veces la persona no tiene la suficiente fe para creer en que Dios ha perdonado sus pecados luego de su arrepentimiento, manteniendo así la culpa y martirizándose... que no es la iglesia quien los culpa sino ellos mismos.

Cada comunidad tiene su jefe pero todos tienen la misma importancia, son todos hermanos y seres humanos autónomos.

El pastor es quien guía las reuniones y el que ha conseguido mayor madurez espiritual, a través de cursos de preparación teológica. El requisito para ser pastor es sentir el llamado del Señor, no se trata de vocación, sino de un llamado interno, en que la posibilidad de ser pastor llega. Los pastores no tienen que hacer celibato, ya que Dios creó al hombre para la procreación, siendo esta una naturaleza del ser humano.²¹

Familia:

La familia es el núcleo fundamental dentro de la vida de los “hermanos evangélicos”. Lo más importante en la familia es la valorización, el respeto y el compartir. La valorización de la familia implica estar en contra de la ley de divorcio, sin embargo éste es aceptado cuando se comete adulterio, a menos que se llegue al perdón.

El rol bíblico de la mujer es criar a los hijos, aunque igual trabajan por necesidad, pero el ideal sería el quedarse en la casa. El hombre al casarse se va de la casa para formar una familia nueva, ya que en la Biblia dice: “Dejará el hombre a su padre y madre para unirse a una mujer”.

Los enlaces conyugales deben ser entre evangélicos, aunque esto no es tan rígido. El matrimonio se hace en la celebración de una ceremonia, la presentación de los niños también es celebrada.

“Someteos los unos a los otros, someteos unos a otros en el temor a Dios. Las casadas estén sujetas a sus propios maridos, como al Señor; porque el marido es cabeza de la mujer, así como Cristo es cabeza de la Iglesia, la cual es su cuerpo, y El es su Salvador. Así que como la iglesia está sujeta a Cristo, así también las casadas lo estén a sus maridos en todo. Maridos, amad a vuestras mujeres, así como Cristo amó a la

Iglesia y se entregó así mismo por ella, para santificarla, a fin de presentársela así mismo una iglesia gloriosa que no tuviese mancha ni arruga, ni cosa semejante, sino que fuese santa y sin mancha. Así también los maridos deben amar a sus mujeres como a sus mismos cuerpos. El que ama a su mujer así mismo se ama”.⁴

En caso de infidelidad por parte de la esposa, primero debe confesar a Dios, luego al esposo y después habla con el Pastor, puede dar testimonio si así lo desea.

Creer en la existencia de lugares que son el infierno a donde irán quienes no se arrepienten y no aceptan a Dios como Salvador, creen en la existencia de un lugar llamado cielo a donde irán quienes han creído, tenido fe en el Señor, habiéndose arrepentido y cambiado de vida.

El hombre nace con el pecado original el cual no se borra con el bautismo como sostiene la iglesia católica, este se borra aceptando a Cristo como nuestro Salvador.

El bautismo es un paso de obediencia al Señor como complemento, lo realizan cuando la persona tiene conciencia del acto, de esta forma se convierte en miembro de una iglesia.

Los hijos en la familia deben honrar a sus padres, ya que éstos son los dueños de la verdad y los únicos que los pueden guiar en una primera instancia al camino de la salvación. Es responsabilidad de los padres el velar por la seguridad y bienestar de sus hijos.

Educación:

Los evangélicos tienen en los templos escuelas dominicales, en las cuales les enseñan a los niños a conocer más sobre la religión, aprenden a leer la Biblia, a respetar sus costumbres y a vivir la ley evangélica, dándoles así un compromiso con su fe desde pequeños.

Le dan mucha importancia a la educación, porque en el ámbito profesional los hace surgir y abrirse a la realidad, formando así bases de liderazgo.

Existen colegios evangélicos, generalmente son de pocos alumnos y las clases son impartidas por hermanos de la comunidad. Las materias son vistas en formas no tradicionales y orientadas a la búsqueda de la verdad, comprensión y aplicación de la Biblia en la vida cotidiana, en todo momento.

Entretenimiento:

Para ellos los vicios son pecados, ya que son malos para el cuerpo y “el cuerpo es el templo del Señor”; por esto es que no fuman tabaco, no beben alcohol, ni consumen drogas.

Ellos disfrutan de las cosas sanas, como la contemplación de la naturaleza y actividades deportivas.

Disfrutan de la buena comida, pero antes oran y agradecen por el alimento. Celebran los cumpleaños, reuniéndose la comunidad a cantar y escuchar canciones con mensajes cristianos.

El baile no lo practican, porque tiene mensajes sexuales que incitan al pecado. Los jóvenes evitan las reuniones con personas que sean ajenas a la comunidad, ya que pueden incitar al pecado y además se aburren al no hacer las mismas cosas que ellos (bailar, fumar, etc.).

Esta religión está permanentemente abierta al ingreso de nuevos adeptos, especialmente en la formación desde la niñez y, su gran diferencia con la iglesia Católica es la exigencia a sus fieles del aporte de un porcentaje de sus ingresos para la mantención de sus templos y para la proliferación de su doctrina.

En la Comunidad a la que pertenece una de las pacientes que ha sido investigada en este trabajo **existe una fusión importante entre la religión evangélica y su cultura**, de tal forma que, las normas (reglas, leyes) se endurecen considerablemente, perjudicando física y psicológicamente a sus integrantes. **En este caso específico, la paciente comete adulterio y su esposo y hermanos de comunidad la obligan a reconocer su culpa y pedir perdón al pastor y a toda la comunidad, para luego ser azotada frente a todos, solamente después de hacerlo será digna del perdón de Dios.**

La religión es un rasgo cultural en esta comunidad, afecta a todos los ámbitos de la vida, ya que, debido a sus firmes y rigurosas creencias y valores se ven estrictamente afectados en su condición de seres humanos con derecho a equivocarse y a rectificar, consecuentemente juzgados y castigados de forma cruel. Frente a estos condicionamientos, la investigada, no encuentra más salida que, como un mecanismo de auto defensa desarrollar inconscientemente el cuadro psicótico por el que fue hospitalizada.

La formación de los evangélicos empieza en la infancia a través de las reuniones dominicales, son obligados por sus padres a asistir, por lo que se les priva de una elección, elección que determinará su vida para siempre.⁶

Este fenómeno religioso será más alienante en el caso de la paciente en mención.

2.2.2.2. CATÓLICOS

Origen:

El cristianismo (catolicismo) es una de las tres grandes religiones monoteístas, junto con el Judaísmo y el Islam. Se inició como un movimiento mesiánico en el seno del judaísmo inspirado en Jesús de Nazaret y centrado en su persona. El hecho de que su

fundador fuese crucificado por los romanos y repudiado por el pueblo judío no impidió que sus discípulos extendiesen el culto por todo el mundo, basándose en la idea de su resurrección.

Para el cristianismo sólo hay un Dios que en la Trinidad aparece en tres personas: “Padre, Hijo y Espíritu Santo”. Este Dios otorgó a los hombres diez mandamientos a través del profeta hebreo Moisés, que son la ley que todo cristiano debe respetar. El cristianismo acepta la Biblia o Sagradas Escrituras hebreas a las que añaden los Evangelios, o vida de Jesús y otros escritos que conforman el Nuevo Testamento.

El cristianismo es una religión mono-teísta que tiene sus raíces en el judaísmo, pero se estructura como religión después del nacimiento de Jesús el Hijo de Dios, que viene a salvar no sólo al pueblo judío que no lo reconoce como Dios, sino a todos los gentiles resto de la humanidad.³⁰

Fundamento:

El libro fundamental de los cristianos es La Biblia. La Alabanza a Dios la realizan mediante canciones e himnos en sus reuniones, el uso de los salmos y de otros textos de las Sagradas Escrituras, el uso del incienso en la oración, un sacerdote, disciplinas ascéticas como el ayuno y la ofrenda, además de un calendario religioso por el cual ciertos acontecimientos y/o creencias se conmemoran.

El cristianismo admite la veneración a otras entidades como los santos, las vírgenes, ángeles, arcángeles. El cristiano debe su formación a los 10 mandamientos de Dios dados a Moisés en el Sinaí, que fueron reformados por Jesucristo:

*Amar a Dios sobre todas las cosas.

*No tomar el nombre de Dios en vano.

*Santificar las fiestas.

*Honrar al padre y a la madre.

*No matar.

***No cometer actos impuros.**

*No robar.

*No decir falso testimonio ni mentir.

***No consentir pensamientos ni deseos impuros.**

*No codiciar los bienes ajenos.³¹

Doctrina esencial:

La característica más sobresaliente y genuina para distinguir a los católicos es su posición personal respecto al Obispo de Roma. Este recibe el título de Papa, goza en la Iglesia católica de un estatus de jerarquía suprema. La Iglesia católica es reconocida solo por los católicos, no así por los cristianos no católicos.

Otras partes de la doctrina católica sobresalientes y distintivas en relación al resto de los cristianos son la creencia en el Dogma de la Inmaculada Concepción y en la Asunción de María, madre de Jesús, así como la fe en la autoridad espiritual efectiva de la Iglesia católica para perdonar pecados y remitir las penas temporales debidas por ellos, mediante el Sacramento de la Penitencia y las indulgencias.

Otro Dogma de fe sobresaliente en la Iglesia católica es la creencia en la Eucaristía y en su Transubstanciación ya que el pan y el vino presentados en el Altar se transforman realmente en el cuerpo y en la sangre de Cristo.²³

La perspectiva de la mujer en la edad media:

Santo Tomás de Aquino en sus escritos propone que **las mujeres son las trampas de**

Satanás. El asunto de Adán y Eva se añade a la dimensión de los antepasados griegos con las ideas de Aristóteles; la mujer es la causa de la caída del hombre y posteriormente la trampa de Satanás y se la debe estar observando con precaución y cautelosamente, pues ella es quien ha causado la primera caída de la humanidad y **todo este mal procede de la mujer.**

Este tipo de pensamiento persistió en las escrituras de los padres de la iglesia durante la edad media. En sus escritos se pueden encontrar estas presentaciones en uno o más aspectos. Sin embargo, después de la Reforma Protestante europea decidieron separarse de las restricciones y cadenas de la Iglesia Católica. Ideas que fueron nombradas como “El Siglo de las luces” o pensamientos que causaron en ellos el sentimiento de liberarse de muchas de estas ideas. Algunas de estas ideas eran científicas en su naturaleza, como que, la tierra giraba alrededor del sol, mientras que se decía que el sol giraba alrededor de la tierra, y teológicas en su naturaleza, como los escritos de Martín Lutero; así como sociales en su naturaleza; como la posición de la mujer en la sociedad. Sin embargo, los escritores de las “luces” aún transportaban este tema básico sin sufrir mucho cambio – las mujeres no eran seres humanos completos

Los Religiosos Cristianos:

Los religiosos cristianos llegaron al extremo de considerar a la mujer como la causante del “pecado original” y la razón de todas las catástrofes que sufrió el mundo por esta transgresión. Por tal motivo, es que, el contacto físico entre un hombre y una mujer se ha catalogado tradicionalmente como ”sucio” o “impuro” incluso si se practica dentro del matrimonio.²⁴

San Trofiliano dice: “La mujer es el camino que tiene Satanás para llegar al corazón del hombre. La mujer lleva al hombre al Árbol Prohibido. La mujer viola las leyes de Dios y distorsiona la figura del hombre”.

Wieth Knudsen, un escritor danés, ilustró la situación de la mujer de la Edad Media al

decir que de acuerdo a la fe católica, se consideraba a la mujer como un ciudadano de segunda, es por esto que se le prestaba muy poca atención y cuidado.

En 1586 se llevó a cabo una conferencia en Francia para debatir si la mujer podía ser considerada un ser humano o no. Allí se llegó a la siguiente conclusión: **“La mujer es un ser humano, pero ha sido creada para servir al hombre”**. De esta manera, en la conferencia se reconoció a la mujer como ser humano, lo que hasta entonces había estado en duda. De todos modos, no se logró avanzar mucho sobre los derechos de la mujer, sino que fue declarada al servicio del hombre y sin derechos personales. Esta decisión se mantuvo en efecto hasta el año 1938 cuando, por primera vez, se dictó un decreto que derogaba las leyes que le prohibían a la mujer tratar sus propias finanzas y abrir una cuenta bancaria a su nombre.²⁴

Los europeos continuaron discriminando a la mujer y siguieron privándola de sus derechos durante toda la Edad Media. Resulta sorprendente saber que las leyes inglesas no prohibían que un hombre vendiera a su esposa. Las diferencias entre el hombre y la mujer siguieron creciendo a tal punto que la mujer estaba completamente bajo el control del hombre, negándole sus derechos y quitándole sus bienes, que pasaban a pertenecer a su marido. Por ejemplo, aún recientemente, de acuerdo con la ley francesa la mujer no era considerada capaz de tomar sus propias decisiones financieras. El artículo 217 de la ley francesa dice: “Una mujer casada no tiene derecho a ganar, transferir, vender o comprar algo sin la participación de su marido en el contrato de la operación o sin su permiso por escrito, sin importar los bienes que tenga el marido o la mujer”. A pesar de todas las enmiendas y modificaciones que ha sufrido la ley francesa, aún podemos ver cómo ésta afecta a la mujer casada, trato comparable con la esclavitud. También, la mujer casada pierde su apellido en el momento del contrato matrimonial para comenzar a usar el apellido de su marido como muestra de sometimiento.²⁴

Bernard Shaw, el reconocido escritor inglés, dijo: “A partir del momento en que una

mujer se casa, todos sus bienes pasan a pertenecer a su marido según la ley inglesa”.

Existe otra injusticia que se comete contra la mujer occidental, y es que el vínculo matrimonial es para siempre según las creencias religiosas. De acuerdo con el catolicismo por ejemplo, no existe el divorcio, y a lo sumo, la pareja sólo puede separarse físicamente. En consecuencia, este tipo de separaciones conlleva a la corrupción de la sociedad y a la decadencia moral ya que hombres y mujeres buscan amantes, relaciones ocasionales e incluso las relaciones entre personas del mismo sexo. Además, una viuda no puede volver a casarse y llevar una vida normal tras la muerte de su marido.²⁴

Sin duda, lo que llamamos civilización occidental moderna y lo que ésta se esforzó en lograr se fundamenta por un lado en las tradiciones griegas y romanas en lo civil, y por otro en las tradiciones judeo-cristianas, en su ideología y base religiosa. Los abusos mencionados anteriormente, llevaron a que a medida que el mundo se fue modernizando, las mujeres salieran a las calles a reclamar por sus derechos organizadas en movimientos feministas de pensadoras, educadoras y activistas. El péndulo se balanceó para el otro lado y entonces las mujeres exigieron la igualdad absoluta de derechos y la liberación de tantos años de machismo y abusos. En muchos de los países laicos de hoy en día, la mujer tiene la igualdad de derechos en muchos aspectos, pero al mismo tiempo esa igualdad la ha expuesto a una agresividad inmoral y materialista que la considera como un objeto sexual a la venta. La ruptura de la unidad familiar y la propagación de la inmoralidad sexual, el aborto, la homosexualidad y los desvíos criminales han causado reacciones adversas dentro de la sociedad, en especial por parte de los religiosos o conservadores, que no pueden ir contra la corriente.²⁴

Movimiento Católico actual en favor de la mujer:

El movimiento en favor de las mujeres ha recorrido también dentro de la Iglesia un buen camino, con un cambio en el aumento de la justicia y de las oportunidades acordadas a la

condición femenina. A este respecto, se ha experimentado igualmente la solidaridad de hombres, ocasionalmente aún entre algunos que pertenecen al gobierno de la Iglesia. Pero la evolución futura de una Iglesia que hace justicia a las mujeres y a los hombres no depende en fin de cuentas de la realización de deseos aceptados por la jerarquía, pues está en marcha desde hace tiempo.⁴⁷

La vida concreta de las mujeres, lo mismo que los estereotipos ligados a la mujer se han modificado fundamentalmente. ¿Qué significa ser mujer?. Los elementos que permiten una respuesta no son sencillos ni claros, si se tiene en cuenta que dentro de la sociedad como de la Iglesia siempre se impone a las mujeres expectativas bien específicas. La lucha contra los estereotipos que oprimen y que constituyen una traba a la vida es moneda corriente en todo el movimiento en favor de las mujeres. En particular se ha recordado y se recuerda que los comportamientos lo mismo que los roles atribuidos a las mujeres no se desprenden necesariamente de una particular naturaleza femenina, de su ser y de una vocación específica. Ellas no son una ley de la naturaleza ni tampoco la voluntad de Dios, pues son modificables. Ellas pueden y deben ser el fruto de la acción humana⁴⁷.

La estructura de una sociedad que ofrezca a los seres humanos de los dos sexos buenas oportunidades de vida, lo mismo que una renovación de la Iglesia Católica Romana que trate a los dos sexos en la equidad, es una profunda preocupación común a un gran número de mujeres y de hombres. A pesar de la creciente solidaridad entre los hombres y las mujeres, existen todavía desigualdades estructurales e injustas relaciones de poder.⁴⁷

2.2.3.- ECONOMÍA

La economía de Ecuador es la octava más grande de América Latina y experimentó un crecimiento promedio del 4,6% entre 2000 y 2006. En enero de 2009 el Banco Central

del Ecuador (BCE) situó la previsión de crecimiento de 2008 en un 6,88%. El PIB per cápita se duplicó entre 1999 y el 2007, alcanzando los 65.490 millones de dólares según el BCE. Se calcula que alrededor de 7 millones de ecuatorianos tienen una ocupación económica y unos 3 millones están inactivos.¹⁴

Dentro del desarrollo de la economía del país la mujer desempeña un papel muy importante, ya que, adicionalmente a la labor que como madre y ama de casa desempeña, por la realidad económica de su hogar, se ve obligada a trabajar fuera de casa para aportar con el sustento económico de su familia, es así que, tanto la mujer rural como la urbana buscan diferentes formas de obtener ingresos económicos, exponiéndose a discriminación y subvaloración en muchos casos.

Las mujeres rurales realizan actividades pecuarias y agrícolas, tales como el cuidado del ganado, aves de corral, labores de siembra, poda, cosecha y post-cosecha, entre otras. La agricultura es la ocupación más frecuente de las mujeres y los hombres que viven en áreas rurales. En 2008 el trabajo en la agricultura, ganadería y caza empleaba al 65,7% de la población femenina rural económicamente activa y al 71,7% de los hombres.

Las mujeres constituían la tercera parte (30,9%) de la fuerza de trabajo rural dedicada a la producción agropecuaria.¹⁴

Las mujeres del campo están en una mayor variedad de ámbitos de trabajo que los hombres. Para noviembre de 2008 el porcentaje de las mujeres del campo que trabaja fuera de la agricultura es mayor al de hombres: 34,34% y 28,3% respectivamente; las otras ramas de actividad importantes incluyen el comercio (10,1%), los servicios comunitarios y personales (2,6%), la manufactura (7,6%), hoteles y restaurantes (2,6%), enseñanza 2,8% y servicio doméstico (5,5%). Debe destacarse que, en las áreas rurales el comercio tiende a ser una actividad femenina, excepto entre los grupos indígenas; más del doble de mujeres (10,1%) en relación a los hombres (5%) se dedica a esta actividad.¹⁴

La ocupación de la mujer en el sector urbano mayoritariamente es de carácter informal, en menor porcentaje en el sector formal y, es sub-dimensionado y sub-valorado. Sin embargo, este problema se vuelve más grave en el sector informal, porque el trabajo de la mujer se toma como parte de las obligaciones domésticas y familiares, todo lo cual se traduce en una significativa concentración de las mujeres en los niveles más bajos de ingresos que se registran en el sector informal, mientras que con los hombres de este mismo sector se registra una situación inversa.²²

El hecho de que la mujer salga de su hogar a trabajar no constituye una actitud negativa o agresión, si lo es el discrimen de género al que tiene que enfrentarse en muchas ocasiones, el menosprecio de sus capacidades y habilidades por el simple hecho de ser mujer, por ser considerada parte del mal llamado género débil, ocasionando sentimientos de minusvalía y deteriorando su integridad psíquica.

2.2.4. EDUCACIÓN DE LA MUJER EN EL ECUADOR

En el Ecuador la tasa de analfabetismo global de la población mayor de 15 años en el 2001 fue de 9%, indicador que presenta diferencias entre hombres y mujeres: 10,3% y 7,7% respectivamente, teniendo las mujeres rurales un alto índice de analfabetismo 18,1% frente a los hombres 12,8%¹⁴.

En el área rural, la población de 18 años y más que completó 12 años de estudio, corresponde al 8,5% de mujeres y al 8,9% de hombres. En el país la escolaridad de las personas de 24 años y más para 2001 fue de 7,3 años, en la población rural fue de 4,9 años, las mujeres alcanzaron 4,6 años y los hombres 5,1 años, mientras la población urbana llegó a 8,7 años.¹⁴

Un rasgo característico de nuestro sistema educativo es el referente a las desigualdades entre las áreas urbanas y rurales, siendo estas últimas las que poseen mayores deficiencias en el servicio ofrecido. Las consecuencias de este fenómeno en términos de aspiraciones y de participación social no han sido aún exploradas sistemáticamente, aunque es obvio que constituyen un serio problema en relación al desarrollo económico y a la modernización cultural, a la vez que un signo de injusticia.

Entre 1980 y 1990, a pesar de la reducción de gastos en educación producida como consecuencia de la crisis económica que afecta a nuestros países, la tasa de escolarización general se incrementó de modo notable, alcanzando en la actualidad a un 63.3% para la población femenina y a un 64.6% para la masculina.⁵

Es un hecho ampliamente reconocido que la expansión del sistema de educación formal benefició particularmente a las mujeres y, complementariamente, que el cambio más evidente en su condición social se expresa en su acceso masivo a la educación.⁵

Sin embargo, es fundamental tener en cuenta que «la mayor igualdad de oportunidades se produce en los niveles altos, manteniéndose las mayores discriminaciones en los grupos rurales pobres. Persiste la diferencia entre las ‘muy educadas’ y las analfabetas.

2.2.5.- FAMILIA

2.2.5.1.- DEFINICIÓN DE FAMILIA SEGÚN EL ENFOQUE SISTÉMICO

La familia es un grupo natural que en el curso del tiempo ha elaborado pautas de interacción. Estas constituyen la estructura familiar que a su vez rige el funcionamiento de los miembros de la familia, define su gama de conductas y facilita su interacción recíproca. La familia necesita de una estructura viable para desempeñar sus tareas

esenciales, a saber, apoyar la individuación al tiempo que proporciona un sentimiento de pertenencia.²⁵

2.2.5.2.- TIPOLOGÍA DE LAS FAMILIAS

La sociedad ecuatoriana está sufriendo un continuo cambio en lo referente a la formación y estructura familiar, esto se evidencia en la diversidad de modelos familiares que existen.

Contrariamente a épocas pasadas, en la actualidad ya son reconocidas como familias las parejas heterosexuales que conviven sin estar casadas, familias sin hijos, o las familias adoptivas, de igual forma las familias mono-parentales, las familias formadas tras los divorcios, en menor medida las compuestas por una madre soltera y su hijo, o las reconstituidas, las formadas a partir de otras uniones anteriores²⁷ Salvador Minuchin, expone la siguiente tipología:

Familias según el número de miembros que la componen:

- *Familias Nucleares.- Compuestas por padres e hijos.
- *Familias Extensas.- Aquellas que tienen por lo menos dos generaciones viviendo bajo un mismo techo.
- *Familia Mono-parental.- Los hijos están al cuidado de uno de los cónyuges, ya sea este madre o padre.
- *Familias Homo-parentales.- Constituidas por personas de un mismo sexo.
- *Familias Reconstituidas.- Son las constituidas por personas que se han vuelto a casar y tienen por lo menos un hijo de la relación anterior.- de estas se puede decir, que conviven “mis hijos, tus hijos, nuestros hijos”.
- *Personas sin familia.- Aquellas que viven solas.
- *Familias por convivencia.- Los une solo el hecho de vivir bajo un mismo techo, sin lazos de consanguinidad, solo de afinidad.

*Familias multi-problemáticas.- En estas existe un mal funcionamiento en el sistema familiar, demostrado en la incapacidad de realizar de manera satisfactoria sus tareas organizativas (apoyo económico, instrucción, crecimiento y cuidado de los hijos) y expresivas.²⁶

2.2.5.3.- LA FAMILIA ECUATORIANA

La enorme diversidad de situaciones familiares que se encuentran en la realidad social urbana y rural del Ecuador no permite hablar de un modelo uniforme de familia, sino de la coexistencia de distintas modalidades. Esta diversidad y heterogeneidad responde a las distintas variables exógenas que actúan sobre la institución familiar y a las tensiones inmanentes a ella, que combinan desde los aspectos más instrumentales ligados a las demandas del mantenimiento cotidiano de sus miembros, hasta las necesidades de amor, afecto, intimidad y seguridad personal³⁴.

La diversidad de formas que adquiere esta institución en el país está atravesada por variables clasistas, étnicas, regionales, entre otras. Se sostiene que, en la actualidad, la matriz de la familia ‘tradicional’ ha ingresado a un proceso natural de ‘reacomodo’ en sus bases de sustentación como institución fundante de la sociedad³⁴.

La matriz de familia tradicional serrana es el patrón que impera en el país, el mismo que condensa las peculiaridades nacionales y las trasciende. Es la forma ideológica que se emula y persigue, pero sin que exista –como consecuencia en la realidad– una sola forma de familia³⁴.

Aquel ‘reacomodo’ se desata, no sólo por el proceso de transición al nuevo modelo de desarrollo que vive el país. Este redefine constantemente los roles familiares, los mismos que se debaten en y por la permanente combinación de papeles tradicionales y modernos

que asumen sus miembros a su interior. Pero el cambio familiar opera, especialmente, por los roles que ahora asumen las mujeres.³⁴

De la anterior afirmación se desprende que, no se puede realizar un análisis de las familias ecuatorianas sin tomar en cuenta el rol central que ocupan las mujeres dentro de ellas y en las distintas respuestas familiares que se han articulado como salidas a la crisis, de modo particular en la familia popular.

En esa dirección, varios factores han coadyuvado a visualizar la contribución de las mujeres en los ámbitos público y privado, y especialmente al interior de las familias.

2.2.5.4.- VIOLENCIA INTRAFAMILIAR EN EL ECUADOR.

Se considera Violencia Intrafamiliar a toda acción u omisión que consista en maltrato físico, verbal, psicológico o sexual, ejecutado por un miembro de la familia en contra de la mujer o demás integrantes del núcleo familiar.⁴¹

La Violencia Intrafamiliar constituye una violación de derechos humanos, es un problema de salud pública y por tanto, es uno de los principales obstáculos al desarrollo de las ciudades y los países, que afecta a 7 de cada 10 mujeres.⁴¹

La mayor parte de los actos violentos tienen como consecuencia lesiones, trastornos mentales y reproductivos, enfermedades de transmisión sexual y otros problemas. Los efectos sobre la salud pueden durar años, y en ocasiones consisten en discapacidades físicas o mentales permanentes y aún en la muerte.

Se ha comprobado que, por regla general, a lo largo de sus vidas las víctimas de violencia doméstica o sexual padecen más problemas de salud, generan costos de atención sanitaria significativamente más elevados y acuden con mayor frecuencia a los servicios hospitalarios de urgencia que las personas que no sufren violencia, lo cual impide su aporte pleno al desarrollo⁴¹.

En su mayoría, estos costos no son asumidos por el estado sino por las mismas víctimas, consecuentemente, las personas más pobres son las más gravemente afectadas. De ahí que el sector de la salud debe estar incorporado en la prevención principalmente, con un papel clave que desempeñar al respecto.⁴¹

Por otra parte, para las víctimas de violencia de género, una de las principales inquietudes es el acceso a la administración de justicia. A pesar de los avances que se han dado, aún subsisten obstáculos para el acceso, prejuicios sexistas por ejemplo desde quien administra justicia.⁴¹

2.2.5.5.- TIPOS DE VIOLENCIA INTRAFAMILIAR

2.2.5.5.1.- VIOLENCIA FÍSICA

Todo acto de fuerza que cause daño, dolor o sufrimiento físico en las personas agredidas cualquiera sea el medio empleado y sus consecuencias, sin considerarse el tiempo que se requiera para su recuperación.⁴¹

Son acciones que afectan directamente al cuerpo y la salud de las víctimas: bofetadas, empujones, patadas, agresiones con objetos, otros.

Producen enfermedades, heridas mutilaciones e inclusive la muerte.

Las consecuencias que se producen pueden ser: lesiones en el cuerpo, abortos, incapacidades e incluso la muerte.⁴¹

2.2.5.5.2 VIOLENCIA PSICOLÓGICA.

Constituye toda acción u omisión que cause daño, dolor, perturbación emocional, alteración psicológica o disminución de la autoestima de la mujer o el familiar agredido. Es también la intimidación o amenaza mediante la utilización del apremio moral sobre

otro miembro de la familia, infundiendo miedo o temor a sufrir un mal grave o inminente en su persona o en la de sus descendientes o afines hasta el segundo grado.

Es la que afecta a la salud mental o emocional de la víctima.

Se manifiesta por: palabras soeces, amenazas, burlas, encierros, celos, otros.

Las consecuencias que se producen pueden ser: ansiedad, depresión, temor, agresividad, irritabilidad, resentimiento, inseguridad, inestabilidad, dependencia, enfermedades psicosomáticas, pérdida de autoestima, abuso de alcohol y drogas, intentos de suicidio, accidentes en el trabajo o labor que desempeñe. ⁴¹

2.2.5.5.3 VIOLENCIA SEXUAL.

Se considera violencia sexual todo maltrato que constituya imposición en el ejercicio de la sexualidad de una persona, y que la obligue a tener relaciones u otras prácticas sexuales con el agresor o con terceros, mediante el uso de la fuerza física, amenazas u otro medio coercitivo⁴¹.

Es obligar a la víctima a tener relaciones sexuales utilizando la fuerza o el chantaje y desprecio de la capacidad sexual.

Las víctimas agredidas viven una sexualidad para los demás, en donde su placer no existe o está muy mezclado con sentimientos de culpabilidad, lo que les conduce a rechazar su cuerpo y su sentir, rigidez y mala comunicación. ⁴¹

2.2.5.6. MEDIO AMBIENTE PROPICIO

El ambiente propicio para que se desarrolle cualquier tipo de violencia entre los miembros de la familia es un espacio difícil, donde existen preocupaciones o conflictos, como escasez económica, problemas en el trabajo, falta de empleo, alcoholismo, drogadicción, hacinamiento, infidelidad y celos. ⁴¹

2.2.5.7. CICLO DE LA VIOLENCIA INTRAFAMILIAR

El ciclo de la Violencia Intrafamiliar es el conjunto de etapas por las que atraviesa una pareja donde existe violencia doméstica, que tienden a repetirse periódicamente y juntas forman el ciclo de la violencia; del que resulta difícil salir cuando se ha adoptado esta manera de relacionarse.⁴¹

Fase 1. Incidentes menores

Se manifiestan incidentes menores de violencia.

Recurre a la negación como mecanismo de defensa: tuvo problemas en el trabajo, está cansado/a, estaba borracho/a, yo tengo la culpa, ya cambiará con el tiempo,...⁴¹

Fase 2. Explosión - Explicación

Se produce entonces un incidente agudo de agresión, caracterizado por el descontrol y la destrucción.⁴¹

Fase 3. Distanciamiento

En esta fase la pareja se distancia temporalmente, se produce la "ley del hielo".⁴¹

Fase 4. Reconciliación

Es la fase del arrepentimiento y las disculpas. El agresor se muestra cariñoso, arrepentido, suplica perdón y promete no volver a repetir su conducta.⁴¹

Para salir del círculo de la violencia es necesario cambiar conceptos y actitudes en cada integrante de la pareja o separarse definitivamente, de lo contrario al acumularse nuevamente las tensiones el círculo se volverá a repetir.⁸

2.2.6 PSICOSIS

2.2.6.1. DEFINICIÓN

Psicosis es un término colectivo que se usa para las formas más graves de trastornos psiquiátricos en los que pueden aparecer alucinaciones y delirios y se pierde la capacidad de introspección. La esquizofrenia, el trastorno maníaco – depresivo y las demencias son psicosis. ¹⁶

Otra definición de Psicosis dice que “es todo trastorno mental mayor de origen orgánico o emocional caracterizado por un deterioro importante de la percepción de la realidad, por lo que el individuo evalúa incorrectamente la exactitud de sus percepciones y pensamientos y hace comentarios incorrectos sobre la realidad externa, aún con pruebas en contra” ¹⁰

2.2.6.2. EVOLUCIÓN DEL DIAGNÓSTICO DE PSICOSIS

Kraepelin y la demencia precoz:

Al examinar los aspectos del cuadro clínico de la fenomenología psicótica, los investigadores han resuelto sus interrogantes sobre la identificación y definición de los trastornos mentales. ³⁶

Algunos de estos aspectos del cuadro llevaron a Kraepelin (1919) a denominar "demencia precoz" a la presencia de delirios y vacío afectivo en una temprana edad, lo que llevaba a deterioro. Diferenció la esquizofrenia de las "psicosis orgánicas", llamando a la demencia precoz como "psicosis funcional". Dentro de las psicosis funcionales distinguió demencia precoz de la psicosis maníaco depresiva, la cual presentaba un curso intermitente y síntomas afectivos claros. Hizo una descripción de los síntomas de la esquizofrenia, donde se incluía:

a. Alteraciones del pensamiento:

- Incoherencia
- Pérdida asociativa
- Creencias delirantes

b. Alteraciones de la atención:

- Distrabilidad por estímulos irrelevantes

c. Alteraciones emocionales:

- Deterioro de la expresión emocional
- Embotamiento

d. Negativismo

- Reducción de la actividad voluntaria
- Descuido de la responsabilidad

e. Conductas estereotipadas

f. Presencia de alucinaciones

La constatación de heterogeneidad de los pacientes llevó a Kraepelin a distinguir subtipos, dependiendo de los síntomas:

a. Paranoide

b. Catatónica

c. Emocional

d. Hebefrénica

Estos planteamientos fueron refutados, considerando que no siempre había un deterioro progresivo ni su comienzo era siempre precoz. Además, los subtipos eran mutuamente excluyentes, por lo que el diagnóstico se veía como poco fiable y sólo descriptivo.³⁶

Kraepelin evolucionó en sus conceptos, reconociendo que un 13% no degeneraba y que su comienzo no era precoz en todos los casos, pero nunca dejó de sostener que correspondía a una disfunción cerebral.³⁶

Si bien la psicosis es la pérdida del juicio de realidad, se puede producir por diferentes causas, por lo tanto, para definir el diagnóstico es necesario analizar otros parámetros de examen psicopatológico (conciencia, psicomotricidad, afecto, atención, concentración y memoria, inteligencia curso del pensamiento, senso percepciones), como así mismo la evolución y formas del curso del cuadro clínico.³⁶

Dentro de los síntomas característicos se implican una amplia gama de disfunciones cognitivas y emocionales incluidas la percepción, el pensamiento inferencial, el lenguaje y la comunicación, la organización comportamental, la afectividad, la fluidez y productividad del pensamiento y del habla, la capacidad hedónica, la voluntad y la motivación y la atención. Estos síntomas pueden clasificarse en positivos y negativos.³⁶

Los síntomas positivos (exceso o distorsión de las funciones normales) incluyen distorsiones o exageraciones del pensamiento inferencial (ideas delirantes), la percepción (alucinaciones), el lenguaje y la comunicación (lenguaje desorganizado) y la organización comportamental (comportamiento gravemente desorganizado o catatónico). Estos síntomas positivos obedecen a dos dimensiones: la dimensión "psicótica" que incluye ideas delirantes y alucinaciones, y la dimensión "de desorganización" que incluye el comportamiento y lenguaje desorganizados.³⁶

Dimensión psicótica:

Ideas delirantes: creencias erróneas que implican una mala interpretación de las percepciones o experiencias. Su contenido más común corresponde a ideas de

persecución, también son comunes las autorreferenciales, somáticas, religiosas o grandiosidad.³⁶

Alucinaciones: ocurren en cualquier modalidad sensorial, pero las auditivas son las más comunes en la esquizofrenia. Las alucinaciones auditivas son experimentadas generalmente como voces extrañas o conocidas, que son percibidas como distintas de los pensamientos de la propia persona. Las alucinaciones deben producirse en un contexto de claridad sensorial: las que ocurren mientras se concilia el sueño (hipnagógicas) y las ocurridas al despertar (hipnopómpicas) se consideran normales.³⁶

Dimensión desorganización:

Pensamiento desorganizado: es descrito como una de las características esenciales de la esquizofrenia, como es difícil definir objetivamente un trastorno del pensamiento, se ha optado por el concepto de lenguaje desorganizado, que en sujetos con esquizofrenia comúnmente se observa tangencialidad y laxitud en el discurso. Puede manifestarse en diversas formas que van desde las más infantiles hasta la agitación impredecible. Existen problemas en todas las acciones orientadas hacia un fin, ocasionando dificultades en la realización de actividades de la vida cotidiana. El sujeto puede descuidar su higiene y apariencia personal, presentar un comportamiento sexual inapropiado, o una agitación impredecible.³⁶

Los síntomas negativos: disminución o pérdida de las funciones parte primordial de la morbilidad asociada con el trastorno, son difíciles de evaluar por que ocurren en un continuo de la normalidad, son inespecíficos y pueden ser debido a diferentes factores. Existen tres: el aplanamiento afectivo, la alogia y la abulia.³⁶

Aplanamiento afectivo: se caracteriza por la inmovilidad y falta de respuesta en la expresión facial del sujeto (hipomimia), contacto visual pobre y reducción del lenguaje corporal. Para determinar si éste es lo suficientemente persistente para cumplir el criterio, es útil observar al sujeto interactuando con los otros.³⁶

Alogia (pobreza del habla): se manifiesta por las respuestas breves, lacónicas y vacías. El sujeto parece tener una disminución de los pensamientos que se refleja en un descenso en la fluidez y la productividad del habla.³⁶

Abulia: caracterizada por una incapacidad para iniciar y persistir en actividades dirigidas a un fin. La persona puede permanecer sentada durante un largo tiempo y mostrar poco interés en participar en el trabajo o las actividades sociales.³⁶

Para dar una definición más clara sobre las psicosis se debe entender que éstas se pueden dar dentro de dos grandes clasificaciones que son: cuadros psicóticos con y sin compromiso de conciencia:

Psicosis con compromiso de conciencia

Delirium: Corresponde a la manifestación externa de un cuadro (trastorno secundario). Entre sus características se encuentra la inquietud motora, alucinaciones visuales, alteraciones del ritmo sueño-vigilia, y presencia de una enfermedad médica que se relacione con la aparición de este cuadro.³⁶

Psicosis sin compromiso de conciencia

Esquizofrenia: no existe conciencia de la enfermedad, se caracteriza por múltiples alteraciones entre las que se incluyen alteraciones psicomotoras, del lenguaje, del contacto, del afecto, del pensamiento y de la sensopercepciones. Generalmente su curso es en brotes y genera un deterioro del funcionamiento pre-mórbido del individuo.³⁶

Trastornos afectivos (manía-depresión): en este tipo de cuadros existe una alteración fundamental del afecto, que puede presentarse expansivo o depresivo, además aparece una alteración de la psicomotricidad que puede variar entre el estupor (depresión) y la agitación excesiva (manía). También el lenguaje se ve afectado, pudiendo presentarse verborrea como sucede en la manía, o lentitud acompañada de latencia entre las respuestas, en el caso de la depresión. Además, se produce una alteración del contacto,

puediendo encontrarse facilitado (manía) o disminuido (depresión). Otra importante alteración se presenta en el pensamiento, donde en la manía puede presentarse hasta la ideofugalidad, o una lentitud excesiva en la depresión, apareciendo en el pensamiento contenidos delirantes de grandiosidad (manía) o de ruina, muerte y destrucción (depresión). Por último, también se observan alteraciones en la sensopercepción, donde se pueden llegar a presentar alucinaciones y pseudoalucinaciones catatímicas.³⁶

Trastorno delirante: se produce una alteración fundamental en los contenidos del pensamiento, generalmente no se presentan alteraciones en la psicomotricidad, en el curso del pensamiento o en la sensopercepción. Su curso es crónico, progresivo.³⁶

Psicosis reactiva: llamadas psicosis atípicas, son cuadros que se caracterizan por presentar su foco causal (explicable), los contenidos de los delirios en general aparecen relacionados con este foco causal, y las manifestaciones psicóticas son más atípicas. Su curso es agudo y de buen pronóstico.³⁶

Existe un criterio en el cual se ha dado a conocer un tipo de psicosis que se basan en las alteraciones graves que van asociadas a un curso clínico más benigno que las principales psicosis nombradas anteriormente, son las cuales coinciden en que describen un síndrome psicótico benigno, de corta duración y tendencia a remitir, frecuentemente asociada con problemas en la personalidad pre-mórbida, comienzo brusco a continuación de un estresante externo y un patrón a largo plazo con recaídas.³⁶

Los criterios diagnósticos sugeridos por Menuck, Legault, Schmidt, & Remington en 1.989 para estas psicosis son los siguientes:

Un episodio patológico (incluyendo las fases prodrómica, activa y residual) que dura menos de seis meses.

Presencia de al menos cuatro de los siguientes síntomas:

Incoherencia y marcada pérdida de las asociaciones.

Delirios.

Alucinaciones.

Conducta catatónica o desorganizada.

Afectividad lábil.

Fácil respuesta afectiva

Confusión, desorientación o perplejidad.

No es posible establecer que un factor orgánico sea la causa del comienzo o mantenimiento del trastorno.³⁶

2.2.6.3.- DEFINICIÓN DE ALUCINACIONES

Se definen como una percepción sensorial de cualquier tipo sin un estímulo externo, es decir, es una percepción que entra por cualquiera de los cinco sentidos sin que haya una razón; por ejemplo, una persona que se encuentra sola y despierta escucha que le hablan y no hay ningún sonido que la pueda confundir ni nadie presente. Son distintas a las *ilusiones*, ya que éstas son percepciones sensoriales alteradas, pero con un estímulo externo; sigamos el mismo ejemplo, una persona que está sola y despierta, escucha el ruido que provoca el aire al mecer un papel y cree escuchar que le hablan.²⁹

Auditivas

La persona escucha sonidos o voces, que en algunas ocasiones pueden darle órdenes o insultarla. Son las más comunes en las psicosis; cuando las voces comentan entre sí sobre el paciente representan un síntoma cardinal de la esquizofrenia.

Visuales

La persona experimenta "visiones o apariciones", ve cosas que nadie más puede ver sin estímulo externo; en donde no hay nada, ve personas, animales, vampiros, etcétera. Este tipo de alucinaciones son las segundas en importancia en las psicosis.

Olfativas

La persona experimenta olores agradables o desagradables que nadie más percibe. Este tipo de alucinaciones se asocia con algunos tipos de lesiones cerebrales, pero puede presentarse aun sin ellas.

Táctiles

La persona experimenta sensaciones corporales: que la tocan, insectos que recorren su cuerpo, que se quema, etcétera. Éste tipo de alucinación también suele asociarse a algunas lesiones cerebrales.

Gustativas

Son las menos frecuentes y, por lo general, se asocian a algunos tumores cerebrales; la persona experimenta un sabor extraño en su boca, pero sin estímulo externo.²⁹

2.2.6.4.- DEFINICIÓN DE DELIRIOS, DELUSIONES O IDEAS DELIRANTES

Se definen como una idea o creencia falsa, extraña, fija en la mente de la persona e irreductible a toda lógica. Ejemplo:

“En la calle todos los carros se ponen de acuerdo para echarme el humo en la cara justo cuando voy pasando, lo hacen por molestarme” (paciente esquizofrénica).

En este caso se trata de una idea falsa, extraña, fija en la mente de la paciente y que por más que se le explique que esto no es posible, para ella es una vivencia real.²⁹

Los principales tipos de ideas delirantes son:

De daño

La persona cree que alguien hará hasta lo imposible por dañarla, molestarla o matarla.

De persecución

La persona cree que lo están siguiendo, que vigilan sus actos.

De referencia

La persona cree que todo lo que gira en su entorno se refiere a él; por ejemplo, si ve a un grupo de personas que hablan, siente que dicen cosas de él; tiene la creencia de que le envían mensajes por la televisión o la radio.

De grandeza

La persona cree que es alguien sumamente importante como para que todo el mundo se fije en él; piensa que es el mejor para alguna actividad y que es incomparable.

Cuando éstas ideas delusivas se encuentran juntas se les denomina "complejo paranoide".

De robo del pensamiento

La persona cree que una fuerza extraña puede extraer los pensamientos de su mente.

De inserción

La persona cree que una fuerza extraña es capaz de introducirle ideas que él reconoce como extrañas a su mente.

De control

La persona cree que algo o alguien controlan su pensamiento e incluso su conducta.

De difusión

La persona cree que sus pensamientos se evaporan y están en el aire y cualquiera puede leerlos.

A este grupo de ideas se les denomina "complejo de control del pensamiento".

Somáticas

La persona cree que una parte de su cuerpo no funciona o está enfermo.

Nihilistas

La persona cree que tendrá ruina; que el mundo se va a acabar; que es alguien muerto; que alguno de sus órganos está en putrefacción o no tiene alguno.

Mesiánicas

La persona cree que tiene una misión en la vida.

Celotípicas

La persona cree que su pareja le es infiel.

Erotomaniacas

La persona cree que alguien especial está enamorado de ella, o que todas las personas sienten una atracción sexual hacia ella.

De filiación

La persona cree que pertenece a una familia importante o que conoce a un personaje distinguido.

Místico religiosas

La persona cree que Dios o algún santo se comunican con ella, que comparten su vida.

Al conocer estos síntomas podemos entender por qué un paciente se muestra desconfiado, no ingiere alimentos, no duerme (ideas delirantes de daño), es agresivo, puede intentar suicidarse, por qué presenta desinterés en su arreglo personal, etcétera.²⁹

En cualquier enfermedad psiquiátrica se pueden presentar síntomas psicóticos, desde las depresiones graves, los síndromes maníacos, el abuso de sustancias, las esquizofrenias, entre otros. Otras enfermedades que pueden ocasionar síntomas psicóticos son la meningitis, la encefalitis, el hipo o hipertiroidismo y los tumores.²⁹

2.2.7.- ESQUIZOFRENIA

La esquizofrenia y los trastornos relacionados con ella se caracterizan por la presencia de síntomas psicóticos como las alucinaciones y los delirios. En la esquizofrenia, el paciente sufre síntomas psicóticos y deterioro funcional. La esquizofrenia es una enfermedad particularmente incapacitante debido a que su curso, aunque variable, con frecuencia es crónico y recurrente.¹⁶

Los trastornos esquizofrénicos se caracterizan en general por distorsiones fundamentales y características del pensamiento y de la percepción, y por los afectos embotados o inapropiados. La claridad de la conciencia y la capacidad intelectual están conservadas por lo general, aunque con el paso del tiempo pueden presentarse déficits cognoscitivos. Los fenómenos psicopatológicos más importantes incluyen eco, inserción, robo o difusión del pensamiento; percepciones delirantes o ideas delirantes del ser controlado, de influencia o pasividad, voces alucinatorias comentando o discutiendo sobre el paciente en tercera persona; trastornos del pensamiento y síntomas negativos¹⁷.

2.2.7.1.- SUBTIPOS DE ESQUIZOFRENIA

Los tipos de esquizofrenia según la clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento CIE 10 son:

Esquizofrenia paranoide.-

En la esquizofrenia paranoide predominan las ideas delirantes relativamente estables, a menudo paranoides, que suelen acompañarse de alucinaciones, en especial de tipo auditivo, y de otras alteraciones perceptivas. Las alteraciones del afecto, la volición y el discurso y los síntomas catatónicos están ausentes o relativamente inadvertidos.

Esquizofrenia hebefrénica.-

Es una forma de esquizofrenia en la que predominan los cambios afectivos, con ideas delirantes y alucinaciones transitorias y fragmentarias, y es frecuente un comportamiento irresponsable e impredecible y los manierismos. El humor es superficial e inapropiado, el pensamiento está desorganizado y el discurso es incoherente. Hay una tendencia al aislamiento social. Por lo general el pronóstico es malo, debido al rápido desarrollo de síntomas “negativos”, en particular embotamiento afectivo y abulia. Normalmente, solo debe diagnosticarse hebefrenia en adolescentes o adultos jóvenes.

Esquizofrenia catatónica.-

En la esquizofrenia catatónica dominan las alteraciones psicomotoras notables, que pueden alternar entre extremos de hipercinesia a estupor o de obediencia automática a negativismo. Pueden mantenerse posturas y actitudes constreñidas forzadas durante largos períodos de tiempo.

Un rasgo llamativo de este trastorno puede ser la presencia de episodios de excitación intensa. Los fenómenos catatónicos pueden combinarse con estados oníroides con alucinaciones escénicas vividas.

Esquizofrenia indiferenciada.-

Estados psicóticos que cumplen los criterios generales de esquizofrenia, pero no se ajustan a ninguno de los subtipos en F20.0-F20.2, o presentan características de más de uno de ellos, sin claro predominio de ninguno.

Esquizofrenia residual.-

Estado crónico en el desarrollo de una enfermedad esquizofrénica, en la cual ha habido una progresión clara desde un estadio temprano a uno posterior caracterizado por síntomas “negativos” a largo plazo, aunque no necesariamente irreversibles; por ejemplo enlentecimiento psicomotor, disminución de la actividad y embotamiento afectivo; pasividad y falta de iniciativa, pobreza de la cantidad o contenido del lenguaje; comunicación no verbal pobre por la expresión facial, contacto ocular, modulación de la voz y posturas; cuidado de sí mismo y rendimiento social empobrecidos.

2.2.7.2.- CURSO DE LA ENFERMEDAD

Cuando los síntomas de una esquizofrenia se presentan por primera vez en la vida de una persona y desaparecen por completo después de poco tiempo, se habla de un episodio esquizofrénico o psicótico, en general después de estos episodios no quedan síntomas negativos.²⁰

Se puede hablar de una esquizofrenia cuando ya en la primera ocasión que se presentan las manifestaciones de la enfermedad se mantienen durante un tiempo más o menos

largo, cuando los síntomas vuelven a aparecer al cabo de algún tiempo y cuando la enfermedad desemboca en sintomatología negativa. Se pueden distinguir tres fases:

1ª fase prodrómica: es la fase en la vida de la persona que se produce antes del desencadenamiento de la enfermedad. Se puede constatar que en algunas personas que sufren la enfermedad ya habían sido diferentes en la niñez y en la juventud, solitarios, callados, rendimiento bajo. Pero no necesariamente tiene que ser así, hay casos en los que no se detecte ninguna anomalía en la persona que sufre de esquizofrenia. Se denomina fase prodrómica a la fase que se produce antes de una crisis, por lo tanto hay una serie de síntomas que nos pueden ayudar en algunos casos a detectarlas: tensión y nerviosismo, pérdida del apetito o desorganización en las comidas, dificultad para concentrarse, dificultad en dormir, disfruta menos de las cosas, no recuerda con precisión, depresión y tristeza, preocupado con una o dos cosas, ve menos a sus amistades, piensa que se ríen o hablan mal de él, pérdida de interés en las cosas, se siente mal sin motivo claro, se siente muy agitado o emocionado, se siente inútil, otros cambios.²⁰

2ª fase activa: es la fase donde se desencadena la enfermedad, son los llamados brotes o crisis, los síntomas que se producen son los positivos, alucinaciones, delirios, trastornos del pensamiento... es en la fase en la cual la familia se alarma y suele pedir ayuda médica. Estas crisis pueden brotar repentinamente y desarrollar el cuadro completo en unos días. En otros casos el comienzo de la enfermedad puede producirse muy lentamente y de forma desapercibida. La duración de los brotes varía según la persona y puede extenderse desde unas semanas hasta un año. Un mismo enfermo suele tener brotes de duraciones parecidas. Lo mismo ocurre con los intervalos entre brotes, según las características de la persona puede oscilar entre meses y varios años y son generalmente de la misma duración en una misma persona.²⁰

3ª fase residual: no la sufren todos los enfermos, en esta fase los síntomas negativos llegan a su culmen y el deterioro personal, social y laboral es grave.²⁰

Teoría de los tres tercios: 1/3 se recupera, 1/3 sigue teniendo ciertas limitaciones después de un brote. , 1/3 curso grave de la enfermedad y no pueden vivir de forma autónoma.²⁰

2.2.7.3.- EL ESTRÉS COMO DESENCADENANTE DE LA ESQUIZOFRÉNIA

Se supone que existe una especial vulnerabilidad psíquica para que pueda producirse una esquizofrenia. La primera responsabilidad se debe a determinadas condiciones hereditarias. Se sabe que en algunas familias las esquizofrenias son frecuentes, mientras que en otras no. Debido a esta predisposición una persona puede ser vulnerable a sufrir la enfermedad pero esto no es una condición ecuánime para desarrollarla. Como desencadenante de la enfermedad debe sumarse una carga emocional especial (estrés). Los síntomas patológicos de la esquizofrenia deben entenderse como un intento de escapar de alguna manera a esta carga excesiva.⁴⁶

Estas cargas pueden ser acontecimientos de la vida estresantes, normalmente imprevisibles, como la muerte de una persona próxima, el servicio militar, la pérdida de un puesto de trabajo... también un acontecimiento feliz, como el nacimiento de un niño, una boda, es decir situaciones que supongan un cambio en la vida. Sobre todo una carga emocional permanente puede significar una exigencia excesiva para una persona vulnerable: actitud excesivamente preocupada de la familia o pareja cohíbe a la persona y disminuye su autonomía, hay casos en que la persona que sufre de esquizofrenia es por sí, más retraída, debido a ello provocan que los demás quieran ayudarle. Otra actitud sería cuando los miembros de la familia tienen una actitud de rechazo encubierto, es decir no se habla del problema pero se manifiesta en las expresiones y actitudes, el

afectado se critica y desvaloriza. Las cargas emocionales excesivas desencadena los primeros brotes, pero también los brotes posteriores son provocados por situaciones de estrés aunque sean de carga leve.⁴⁶

Hay que mencionar la existencia de otros modelos médicos como por ejemplo: el modelo genético, neuroquímica, alteraciones cerebrales, alteraciones funcionales, electrofisiológicas y neuropsicológicas, complicaciones en el parto, infecciones por virus.

Por el momento, ninguna de estas causas posibles se ha demostrado como definitiva y las investigaciones prosiguen para confirmarlos.⁴⁶

2.2.7.4.- ASPECTO Y CONDUCTA DEL INDIVIDUO CON ESQUIZOFRENIA

Muchos pacientes con esquizofrenia parecen completamente normales. Algunos pueden mostrarse peculiares en sus comportamientos sociales, preocupados y retraídos, o extraños de alguna manera. Otros ríen o sonríen sin causa aparente, o se muestran perplejos con respecto a su entorno. Algunos están inquietos y molestos, otros presentan cambios de conducta bruscos e inesperados. Hay quienes se aíslan de toda compañía, pasando gran parte de su tiempo sólo en sus habitaciones, quizá yaciendo inmóviles en sus camas, abstraídos en sus pensamientos.¹⁶

2.2.7.5.- CONSIDERACIONES CULTURALES Y SOCIO - ECONÓMICAS

La esquizofrenia ha sido descrita en todas las culturas y grupos socioeconómicos. En los países industrializados, un número desproporcionado de pacientes esquizofrénicos se encuentran en los grupos de bajo nivel socio-económico, observación explicada por dos hipótesis alternativas. La hipótesis de la deriva descendente sugiere que las personas

descienden a grupos socioeconómicos inferiores o fracasan en sus intentos de pasar a un estatus superior debido a su enfermedad. La hipótesis de su causalidad social propone que las tensiones experimentadas por los miembros de los grupos socio-económicos más desfavorecidos contribuyen al desarrollo de la esquizofrenia.¹⁸

Algunos investigadores han presentado datos que indican que además del estrés de la industrialización como causa de la esquizofrenia, el estrés de la inmigración puede llevar a un estado del tipo de la esquizofrenia. Algunos estudios señalan una alta prevalencia de esquizofrenia entre inmigrantes recientes, y este hallazgo apunta hacia el abrupto cambio cultural como factor estresante implicado en la causa de este trastorno. Quizá, acorde con ambas hipótesis es la observación de que la prevalencia de la esquizofrenia aumenta entre las poblaciones del tercer mundo, a medida que se incrementa el contacto con las culturas tecnológicamente avanzadas.¹⁸

Los teóricos defensores de una causa social para la esquizofrenia sostienen que las culturas pueden ser más o menos esquizofrenógenas, dependiendo de cómo se perciba la enfermedad mental en ellas, la naturaleza del papel del paciente, el apoyo del sistema social y familiar, y la complejidad de la comunicación social. La esquizofrenia parece tener mejor pronóstico en los países en vías de desarrollo, donde los pacientes son reintegrados en sus comunidades y familias más completamente que en las sociedades occidentales altamente desarrolladas.¹⁹

2.2.7.6.- FACTORES PSICO-SOCIALES

El rápido desarrollo del conocimiento de la biología de la esquizofrenia y la introducción de tratamientos farmacológicos seguros y eficaces han puesto de relieve la necesidad de investigar mejor cuestiones individuales, familiares y sociales que afectan a los pacientes de esquizofrenia. Si la esquizofrenia es una enfermedad del cerebro, es

probable que sea análoga a enfermedades de otros órganos (por ej., infartos de miocardio y diabetes) cuyos recursos se ven afectados por situaciones de estrés psicosociales. También, al igual que otras enfermedades crónicas (por ejemplo, enfermedad pulmonar congestiva crónica), la farmacoterapia en solitario raramente es suficiente para conseguir la máxima mejoría clínica. Así pues, los clínicos deben tener en cuentas los factores psicosociales que afectan a la esquizofrenia.¹⁹

Se ha encontrado que el vivir en un medio urbano parece ser un factor de riesgo para la esquizofrenia. Otro factor de riesgo es la desventaja social, tal como la pobreza y la migración relacionada con la adversidad social, la discriminación racial, la disfunción familiar, el desempleo o las deficientes condiciones de vivienda. Ciertas experiencias vividas durante la infancia, incluyendo el abuso o traumatismos, también han sido implicadas como factores de riesgo de un diagnóstico de esquizofrenia más tarde en la vida. La paternidad o maternidad no puede considerarse responsable de la esquizofrenia de un hijo, pero las relaciones disfuncionales pueden contribuir a incrementar el riesgo de padecer esta enfermedad.³⁷

2.2.7.7.- EL PAPEL DE LA FAMILIA EN EL MANEJO DE LA ESQUIZOFRÉNIA

El desarrollo de la esquizofrenia en un miembro de la familia puede representar muchos problemas: aislamiento social; vergüenza; problemas de empleo (abandono de actividades); dificultades financieras (cuando el paciente era proveedor); rompimiento de relaciones (padres, hermanos, amigos, hijos, etcétera); problemas maritales; problemas de salud física y mental (ansiedad, síntomas depresivos, problemas para dormir); dolor (jaquecas).¹⁵

Además, para las familias los síntomas negativos (disminución afectiva, falta de comunicación y la pérdida de la voluntad) son los aspectos de la enfermedad más difíciles de enfrentar. Muchas veces los atribuyen a una especie de "pereza" y no a la enfermedad misma.

El paciente, por lo general, sufre recaídas por encontrarse en un ambiente familiar sobre protector o, por otro lado, demasiado crítico. Si el entorno estresante puede ser modificado, los pacientes experimentan menos recaídas¹⁵.

La familia deberá estar involucrada, desde su aparición, en el manejo de la esquizofrenia. Su papel principal es:

- Actuar como una fuente de información sobre el paciente para el equipo de atención (médicos, psicólogos, enfermeras, trabajadores sociales, entre otros).
- Ayudar a que se cumpla con el régimen medicamentoso.
- Monitorear los síntomas y los efectos colaterales.
- Asistir en la recuperación y en la rehabilitación.

Los programas de intervención familiar deben incluir:

- Un modelo explicativo de la enfermedad.
- Reconocimiento de la vulnerabilidad del paciente para presentar un episodio futuro.
- Estrategias para asegurar el cumplimiento del tratamiento.
- Reconocimiento del efecto del estrés en el desarrollo de la enfermedad.

- Reconocimiento de la diferencia entre los rasgos personales y la esquizofrenia (qué tanto tiene que ver la enfermedad y la personalidad con la actitud del paciente).

Los beneficios de combinar el tratamiento medicamentoso con la atención familiar son:

- Posibilidad de regresar a la vida laboral.
- Menos enfermedades en las familias (físicas y mentales).
- Mayor participación de los hermanos.

Además, se pueden reducir costos en medicamentos, hospitalización y enfermedades de otros miembros de la familia.¹⁵

2.2.7.8.- TRATAMIENTO

El tratamiento de la esquizofrenia se basa fundamentalmente en fármacos llamados antipsicóticos, los cuales controlan los síntomas activos, pero es necesario y a la vez complementario que el enfermo reciba un tratamiento psicosocial (psicológico, ocupacional y social) y familiar, es fundamental que la persona deje de alucinar, de delirar, pero también lo es que recupere sus hábitos de vida, que esté durante todo el día ocupado, que tenga su grupo de amigos, es decir, la integración en la sociedad, la normalización.

Medicación anti psicótica: El tratamiento farmacológico de la esquizofrenia se efectúa mediante fármacos llamados al principio neurolepticos (nl) por sus efectos catalépticos y más modernamente hay un cierto consenso en llamarlos antipsicóticos⁴⁶.

Desde la introducción del anti psicótico clorpromazina en 1954, las medicaciones psicotrópicas se han convertido en el pilar del tratamiento para la esquizofrenia y otras enfermedades psiquiátricas. Numerosos estudios han documentado la eficacia de los

antipsicóticos en el tratamiento de la esquizofrenia, y del litio y los antidepresivos en el tratamiento de los trastornos afectivos. Los antipsicóticos o neurolépticos han mostrado su eficacia tanto en el tratamiento agudo de los síntomas psicóticos como a nivel de recaídas⁴⁶.

Los antipsicóticos reciben también el nombre de neurolépticos. Fueron descubiertos a comienzo de los años 50. Son especialmente útiles para los síntomas característicos de la esquizofrenia⁴⁶.

La esquizofrenia va acompañada de una alteración del metabolismo cerebral, se trata de un funcionamiento excesivo de la dopamina. Los antipsicóticos bloquean el efecto excesivo de la dopamina y restablecen el equilibrio en el metabolismo cerebral. Sin embargo, los neurolépticos también modifican otros ámbitos metabólicos cerebrales, de ello resultan, además de los efectos deseados, desafortunadamente también efectos secundarios indeseables⁴⁶.

El efecto de los ap (anti-psicóticos) se describe como tranquilizador para casos de inquietud motora, conductas agresivas y tensiones interiores. Las alucinaciones, delirios y trastornos esquizofrénicos de la percepción prácticamente desaparecen con los fármacos. Cuando los brotes de la enfermedad se repiten, el tratamiento permanente con neurolépticos ofrece una protección importante y relativamente segura contra las recaídas a crisis agudas⁴⁶.

Los pacientes pueden reaccionar en cada caso de manera muy diferente a situaciones de la vida, también varían mucho las reacciones a los neurolépticos. Los enfermos responden de maneras muy diversas al tratamiento y en ocasiones se pueden producir efectos secundarios más leves o más fuertes⁴⁶.

Rehabilitación Psicosocial: El tratamiento psicofarmacológico es esencial en el tratamiento de la esquizofrenia y demás psicosis, pero es necesario un buen soporte psicoterapéutico para la buena evolución de la enfermedad, este soporte es la

rehabilitación psicosocial. Así, de poco sirve que el paciente tome su medicación y pasa inactivo, o que tenga prescrita una medicación y por falta de ayuda familiar no la tome⁴⁶.

Padecer un trastorno psicótico no puede ser el obstáculo que impida el desarrollo de roles sociales valiosos, como el trabajo u ocupaciones positivas, relaciones interpersonales y afectivas, consideración social y utilización de recursos comunitarios. La rehabilitación se entiende hoy como la proporción de la ayuda que requiere la persona para el desempeño psicosocial⁴⁶.

Los centros de rehabilitación psicosocial se enmarcan dentro del modelo comunitario, se trabaja con el enfermo en su contexto familiar y no en una institución.

Se trata de disminuir o eliminar el déficit o deterioro en las distintas áreas que impiden una integración normal del paciente en su medio, entrenando las habilidades que le permitan una mayor autonomía e integración social, mejorando la calidad de vida del enfermo y de su entorno social y familiar⁴⁶.

Para cada paciente se realiza un plan individualizado de rehabilitación (diferente), dependiendo de su enfermedad, estado, deterioro, conductas problemas, situación social y laboral.

Se trabajan las siguientes áreas:

Psicoeducación del paciente y de la familia: Proveer de una información actualizada y comprensible acerca de la enfermedad mental, enseñando a discriminar los síntomas, pródromos, importancia de la medicación anti psicótica, tomar conciencia de enfermedad, aceptándola y aprendiendo a vivir con ella⁴⁶.

Habilidades sociales: trabajar mediante actividades en grupo técnicas gratificantes y educativas del trato social. su escalonamiento progresivo va desde la configuración de pequeños grupos para jugar o realizar tareas cooperativas hasta el entrenamiento en

habilidades sociales específicas, como pedir favores, aceptar críticas, habilidades conversacionales⁴⁶.

Educación para la salud: fomentar la salud como un bien que se puede obtener activamente. Se trabaja mediante módulos, los cuales son: sexualidad, alimentación, sueño, prevención de la ansiedad, autoestima y autoimagen, capacidades cognitivas⁴⁶.

Orientación y tutoría: orientar y aconsejar acerca de cualquier duda problema que presente el usuario y no pueda ser tratado desde los programas elaborados en el ámbito grupal, evaluar la consecución de los objetivos previamente marcados para usuario⁴⁶.

Actividades de la vida diaria: la intervención se refiere a provocar la adquisición y mantenimiento de una amplia gama de habilidades necesarias para la vida cotidiana, esto se realiza mediante programas como cuidado personal, actividades domésticas y orientación cultural⁴⁶.

Desarrollo personal: desarrollo del paciente en su ambiente comunitario: realizar trámites de la vida diaria, favorecer su orientación a la realidad social, cultural, deportiva, política, enseñar recursos para buscar empleo⁴⁶.

Actividades deportivas: estimular físicamente al usuario mediante técnicas deportivas al mismo tiempo que se trabajan técnicas de coordinación, trabajo en grupo, aseo e higiene⁴⁶.

Otras áreas: prestaciones socioeconómicas y sanitarias, formación laboral, alternativas residenciales, uso del tiempo libre, educación de la persona afectada, ocupación y apoyos⁴⁶.

Todos los puntos aquí expuestos necesitarían más palabras y tiempo para desarrollarlos al completo, pero creo que, con lo dicho, podemos plantearnos un esquema general de esta enfermedad que por desgracia y a pesar de todos los avances científicos realizados,

marca y cambia la vida de las personas que la sufren, porque la padecen o bien porque su hijo, su mujer, su padre o madre empezaron un día a escuchar voces.⁴⁶

2.2.8.- TRASTORNO BIPOLAR

2.2.8.1.- DEFINICIÓN

El trastorno bipolar es una alteración patológica crónica³³, se caracteriza por dos o más episodios en los cuales el humor y los niveles de actividad del paciente están significativamente alterados. Esta alteración consiste en algunas ocasiones, en un humor elevado y en un aumento de la energía y la actividad (hipomanía o manía), y en otras, en un humor bajo y una disminución de la energía y la actividad (depresión).¹⁷

El trastorno bipolar es una enfermedad que afecta a los mecanismos que regulan el estado de ánimo. La persona que sufre un trastorno bipolar pierde el control de su estado de ánimo y este tiende a describir oscilaciones más o menos bruscas, que van desde la euforia patológica a la depresión, sin que estas estén en relación con el mundo exterior. El trastorno bipolar es una enfermedad crónica, episódica y recurrente, tratable con medicación.³⁵

2.2.8.2.- CLASIFICACIÓN DEL TRASTORNO BIPOLAR

La CIE-10 incluye los trastornos bipolares dentro del grupo de trastornos del humor (afectivos) y distingue tres apartados: el trastorno bipolar, los episodios maníacos aislados y la ciclotimia (como trastorno del humor persistente).

El trastorno bipolar clasificado dentro del capítulo F31, se caracteriza por la aparición de al menos dos episodios en los que existe una alteración del estado de ánimo, bien en forma de exaltación, aumento de actividad y aumento de vitalidad, bien en forma de disminución del estado de ánimo, de la vitalidad y de la actividad. Incluye los conceptos:

Trastorno maníaco-depresivo, Psicosis maníaco-depresiva y Reacción maníaco-depresiva. No contempla los episodios maníacos aislados.

Dentro del apartado F31, esta clasificación diferencia:

- F31.0 Trastorno bipolar, episodio actual hipomaníaco: Para su diagnóstico es necesario que el episodio actual satisfaga las pautas de hipomanía y que se haya presentado al menos otro episodio hipomaníaco, maníaco, depresivo o mixto.

- F31.1 Trastorno bipolar, episodio actual maníaco sin síntomas psicóticos: Debe cumplir los criterios de manía sin síntomas psicóticos y haber presentado al menos otro episodio hipomaníaco, maníaco, depresivo o mixto.

- F31.2 Trastorno bipolar, episodio actual maníaco con síntomas psicóticos: Debe cumplir los criterios de manía sin síntomas psicóticos y haber presentado al menos otro episodio hipomaníaco, maníaco, depresivo o mixto. Los síntomas psicóticos pueden ser congruentes o no congruentes con el estado de ánimo.

- F31.3 Trastorno bipolar, episodio actual depresivo leve o moderado.

- F31.4 Trastorno bipolar, episodio actual depresivo grave sin síntomas psicóticos.

- F31.5 Trastorno bipolar, episodio actual depresivo grave con síntomas psicóticos.

- F31.6 Trastorno bipolar, episodio actual mixto: Sucesión rápida de síntomas maníacos, hipomaníacos y depresivos. El diagnóstico de trastorno bipolar sólo deberá hacerse si ambos tipos de síntomas, depresivos y maníacos, son igualmente destacados durante la mayor parte de la enfermedad, que debe durar como mínimo dos semanas.

El episodio maníaco aislado (F30), caracterizado por la exaltación del humor y el aumento de la cantidad y velocidad de la actividad física y mental del individuo es contemplado en un apartado distinto del trastorno bipolar. Si existen episodios anteriores depresivos o maníacos, se debe recurrir al diagnóstico de trastorno bipolar. Se clasifica según tres niveles de gravedad en:

- F30.0 Hipomanía: Exaltación leve y persistente del ánimo (durante varios días seguidos), aumento de la vitalidad y, por lo general, sentimientos de bienestar y de elevado rendimiento físico y mental. EL individuo se vuelve más sociable, hablador, familiaridad excesiva, mayor vigor sexual y una disminución de las necesidades de sueño, sin interferir de forma grave con la actividad laboral o provocar rechazo social. Puede alterarse la capacidad de concentración y atención. No se acompaña de alucinaciones o de ideas delirantes. Debe durar al menos varios días seguidos.

- F30.1 Manía sin síntomas psicóticos: Exaltación del humor sin relación con las circunstancias ambientales, acompañado de aumento de la vitalidad y varios de los siguientes síntomas: logorrea, disminución de las necesidades del sueño, optimismo excesivo y en algunos casos proyectos extravagantes, gastar dinero de forma excesiva, etc.

En algunos episodios el humor es irritable y receloso más que exaltado. Debe durar al menos una semana y debe ser lo suficientemente grave como para alterar la vida laboral y social de forma más o menos completa.

- F30.2 Manía con síntomas psicóticos: Es una forma de manía más grave, donde aparecen ideas delirantes con fuga de ideas y logorrea que pueden hacer incomprensible el lenguaje. Las ideas delirantes y las alucinaciones pueden clasificarse de congruentes y no congruentes con el estado de ánimo. La excitación y la actividad física intensas pueden dar lugar a agresiones o violencias.

La ciclotimia (F34.0), previamente considerada dentro de los trastornos de la personalidad, se incluye en esta clasificación dentro de los trastornos del humor persistentes. Se caracteriza por una inestabilidad persistente del estado de ánimo con periodos de depresión y de euforia leves, ninguno de los cuales satisface los criterios diagnósticos de trastorno bipolar o trastorno depresivo recurrente. Tiene un curso crónico y no se relaciona con acontecimientos vitales¹⁷.

Algunos autores han propuestos nuevos subtipos. Akiskal propuso en 1987 designar como trastorno bipolar III el que se presenta en pacientes con antecedentes familiares de trastorno bipolar y que tenían episodios depresivos e hipomaníacos, únicamente durante el tratamiento depresivo. Este autor sostiene la existencia de un espectro amplio de pacientes, que iría desde aquellos con temperamento hipertímico que presentan episodios depresivos y cuyas características los acercarían más al espectro bipolar, que al unipolar.

En el otro extremo, describe los trastornos esquizoafectivos y las psicosis cicloides.¹

2.2.8.3.- CURSO DE LA ENFERMEDAD

La consideración de la evolución y el curso de la enfermedad es capital para su correcto diagnóstico y tratamiento.

La enfermedad bipolar se caracteriza por un curso episódico con frecuentes remisiones y recaídas. La mayor parte de los pacientes presentarán una recaída si no siguen un tratamiento profiláctico adecuado. Los pacientes más jóvenes al inicio tienen mayor probabilidad de recaídas⁴⁰.

La enfermedad tiene un carácter crónico y recidivante.

a) Edad de comienzo:

La enfermedad comienza a manifestar sus primeros síntomas en una etapa temprana de la vida, ya sea en la pubertad o incluso antes. A veces puede detectarse un inicio evidente, pero la mayor parte de los casos tienen antecedentes inespecíficos y sutiles que se reconocen retrospectivamente siendo los más frecuentes los síntomas de irritabilidad, hiperactividad, insomnio, o trastornos de conducta⁴⁰.

Si consideramos la edad de inicio la de la aparición de los primeros síntomas, la media se situaría a los 21 años; si la consideramos como la del primer tratamiento psiquiátrico o psicológico, a los 26 años, y si la definimos como la edad del primer episodio, a los 28 años. La incidencia de la enfermedad aumenta desde la adolescencia hasta los 25 años. Cuanto más temprano se presenta el primer episodio, existen mayores probabilidades de presentar síntomas psicóticos⁴⁰.

b) Recaídas:

La mayor parte de los pacientes presentan más de una recaída. La probabilidad de recaídas en el primer año es del 50%, que se incrementa hasta el 70% a los cuatro años y 90 a los cinco años⁴⁰.

La denominación de ciclador rápido se usa para designar aquellos pacientes que presentan 4 o más episodios anuales. Estos pacientes presentan recaídas más frecuentes, pero semiológicamente similares a las de otros bipolares. Entre el 70% y 90% de los cicladores rápidos corresponden al sexo femenino⁴⁰.

El ciclador rápido no es un fenómeno irreversible, y la mayor parte de los pacientes consiguen volver a una frecuencia menor de recaídas⁴⁰.

El ciclador rápido sería la forma extrema de un patrón evolutivo típico⁴⁰.

Por otro lado, a medida que aumenta el período de remisión, aumenta la probabilidad de mantenerse eutímico, de forma que la proximidad de la última descompensación tiene también un valor predictivo.⁴⁰

2.2.8.4.- SÍNTOMAS

Los principales síntomas del trastorno bipolar son fluctuaciones del humor que van desde importantes elevamientos (manía) hasta importantes decaimientos (depresión).⁴⁹

La fase maníaca puede incluir algunos de los siguientes síntomas:

- Euforia, exaltación

Ideas extravagantes o fuga de ideas

-Elocución rápida

-Ira

-Irritabilidad

-Megalomanía o exceso de confianza

-Gastos exagerados

-Necesidad de menos horas de sueño

-Tendencia a comer apresuradamente

-Mayor preocupación por el sexo

-Mayor interés en la religión

La persona puede no darse cuenta de sus cambios de comportamiento, pero sus familiares y amigos lo harán. La persona puede no percibir el problema y pensar que los demás nada más lo critican, son negativos y no le ayudan⁴⁹.

En la fase depresiva, los síntomas son diferentes.

- Desesperación
- Dificultad para concentrarse
- Tristeza, sentimiento de inutilidad y pérdida
- Letargo
- Auto desprecio
- Propensión a olvidar las cosas
- Negatividad extrema
- Incapacidad para desarrollar las tareas más sencillas
- Falta de combatividad
- Pensamientos o sentimientos suicidas
- Culpabilidad⁴⁹

2.2.8.5.- TRATAMIENTO

Tratamiento farmacológico:

El tratamiento del trastorno bipolar depende, de manera específica, del trastorno de la conducta en el momento de la presentación. Los agentes iniciales de elección para el estado maniaco agudo son el carbonato de litio o el divalproex, aunque quizá se requieran 10 a 14 días antes de lograrse un efecto total. Se informa una reacción

favorable en 65 a 75% de los pacientes maniacos bipolares. Las complicaciones son relativamente raras, pero no lo es la depresión de “rebote” transitoria después de la resolución de un estado maníaco. La reacción global al litio parece mejor mientras avanza el tratamiento, lo cual da como resultado un descenso importante de la mortalidad y morbilidad en el transcurso de la vida del individuo¹.

El grado de activación psicomotora y la estructura frágil de la alianza terapéutica en caso de manía aguda requiere que se administre tratamiento complementario con neurolépticos de acción más rápida o benzodiazepinas en la mayor parte de los casos. El tratamiento de la fase depresiva del trastorno bipolar es particularmente problemático, ya que los antidepresivos pueden precipitar la manía o resultar en cambios más rápidos en los ciclos¹.

Tratamientos psicosociales:

Casi siempre está indicado efectuar algún tipo de intervención psicosocial en el tratamiento del trastorno bipolar, aunque necesariamente su naturaleza y magnitud dependerán de las situaciones familiar y económica, de la reacción al tratamiento somático del individuo. La naturaleza de la contribución biológica al trastorno hace casi imposible determinar por adelantado cuales serían las necesidades psicosociales ulteriores del individuo después de desaparecer los síntomas agudos¹.

Los tratamientos psicológicos o las intervenciones psicosociales para el TB se han ido abriendo paso poco a poco y hoy se consideran imprescindibles para mejorar en varios importantes aspectos la vida de un paciente con TB. Las distintas intervenciones se han orientado básicamente a incrementar la adherencia al régimen de medicación, disminuir las hospitalizaciones y las recaídas y mejorar la calidad de vida de los pacientes. Los componentes necesarios para un buen tratamiento psicológico serían los de psicoeducación, mejorar la adherencia a la medicación, terapia familiar, con la finalidad de mejorar la calidad de vida del paciente.¹

2.2.8.6.- INTERVENCIÓN DE LA FAMILIA

Las consecuencias del padecimiento del trastorno familiar no solo lo sufre el paciente, sino también su familia, por tanto es importante que el paciente aprenda a manejar sus síntomas y entienda la necesidad de tratamiento, como lo es, hacer el mismo proceso con la familia⁹.

La familia puede ser un poderoso aliado en el proceso terapéutico, según el compromiso que asuman en el tratamiento del paciente. Como se decía el TB no solo afecta al paciente sino a las personas con las que convive, quienes no solo sufren las consecuencias de la enfermedad sino que terminan adoptando la función de cuidadoras. Dore y Romans ha destacado el impacto que la convivencia con pacientes bipolares tenía sobre el trabajo de los cuidadores, su situación económica, aspectos legales, relación de pareja, relaciones maritales, crianza de los hijos, relaciones sociales y actividades de ocio.⁹

Resulta evidente entonces que la enfermedad del paciente y el funcionamiento familiar se influyen mutuamente. La importancia del estrés ambiental en la evolución del trastorno bipolar, la carga experimentada por los familiares que conviven con el paciente y la demanda de las familias de recibir más información sobre el trastorno y sus estrategias de afrontamiento son algunas de las razones que fundamentan la introducción de la psicoeducación centrada en la familia del paciente.²⁸

El trastorno bipolar es una enfermedad compleja que requiere de un buen manejo del tratamiento farmacológico en combinación con una adecuada psicoeducación, mediante la cual se pueda detectar síntomas y prevenir recaídas.

La ayuda psicoterapéutica permitirá al paciente y familia mejorar su capacidad de adaptación a la enfermedad y desarrollar habilidades sociales que contribuyan a mejorar su calidad de vida.

2.2.9.- DOBLE VÍNCULO

Este concepto fue formulado por Gregory Bateson para describir una familia hipotética en la cual los niños reciben mensajes contradictorios de los padres con relación a sus conductas, actitudes y sentimientos. Según esta hipótesis, el niño se repliega en un estado psicótico para huir de la irresoluble confusión del doble vínculo.¹⁹

Este término "doble vínculo", fue desarrollado por primera vez por Gregory Bateson y colaboradores en el año 1.956, como una hipótesis explicativa del fenómeno interaccional que se observa en la comunicación esquizofrénica¹⁹.

Expone en su trabajo un análisis de los problemas de las relaciones adecuadas a contradicciones en la información que se dan en la comunicación entre madre e hijo como también analiza el flujo de la información, la interacción y la retroalimentación comunicativa en dicha relación³.

Gregory B. retoma la teoría de las comunicaciones que Russell llamó la Teoría de los Tipos Lógicos dónde su tesis central es que existe una discontinuidad entre una clase y sus miembros que se quiebra de manera continua e inevitable. Esta patología que se produce, como mencionamos anteriormente, es calificada como 'esquizofrenia'³.

Parte de aquí su estudio para hallar métodos terapéuticos e inicia la psicoterapia familiar donde pudo concluir que la idea de los trastornos mentales y sus manifestaciones esquizofrénicas en el paciente son efectivamente problemas de la comunicación. Para que este 'modo' de comunicación se manifieste, es necesario:

- a) una relación muy significativa entre dos o más personas;
- b) una experiencia repetida de doble mensaje o "doble vínculo";
- c) un mandato primario negativo del tipo "no hagas eso o te castigaré" o "si no hace eso te castigaré";
- d) un mandato secundario que está en conflicto con el primero en un nivel más abstracto y, que al igual que el primero, está reforzado por castigos o señales que anuncian un peligro para la supervivencia. Por lo general, se trata de mensajes no-verbales que contradicen la prohibición primaria, por ejemplo, un gesto que muestra "no consideres esto un castigo", o "no me veas como alguien que te castiga". O, verbalmente es contradicho el primer mandato diciendo, por ejemplo, "lo hago por tu bien" o "has las cosas por ti mismo y no porque te digo que las hagas";
- e) un mandato negativo terciario que prohíbe a la "víctima" escapar del campo; y
- f) luego, la persona aprende a percibir su universo bajo patrones de doble vínculo y ya no es necesario que se den secuencialmente todos los pasos, sino que casi cualquier parte de la secuencia de doble vínculo puede resultar suficiente para precipitar el miedo o la furia³.

Esta teoría hace referencia a la confusión que le acarrea a una persona tener que discriminar entre dos mensajes contradictorios entre sí y la imposibilidad de comunicar acerca de tal contradicción. Esta confusión de la que hablamos tiende a 'bloquear' los tres campos de la vida y de la actividad humana: la acción, el pensamiento y el sentimiento. Entonces se podría decir que los dobles vínculos no sólo derivan instrucciones contradictorias, sino también verdaderas paradojas⁴⁵.

En consecuencia, el paciente disgrega su personalidad por las contradicciones que se generan en el discurso hasta hacerle perder la capacidad que tiene el yo de "discriminar modos comunicacionales"⁴⁵.

No cabe duda de que el mundo en que vivimos está lejos de ser lógico y de que todos hemos estado expuestos a dobles vínculos, a pesar de lo cual casi todos nosotros nos hemos ingeniado para conservar nuestra cordura. Sin embargo, la mayoría de tales experiencias son aisladas y espurias, aunque en su momento puedan ser de naturaleza traumática. Es muy distinta la situación cuando el contacto con los dobles vínculos es duradero y se convierte gradualmente en una expectativa habitual. Esto, desde luego, se aplica en particular a la infancia, ya que todos los niños tienden a llegar a la conclusión de que lo que les sucede ocurre en todo el mundo: es la ley del universo, por así decirlo. Aquí, entonces, no se trata de un trauma aislado, sino más bien de un patrón definido de interacción. La cualidad interaccional de este patrón quizá se vuelva más clara si se recuerda que el doble vínculo no puede ser, en la naturaleza de la comunicación humana, un fenómeno unidireccional. Si un doble vínculo da lugar a conducta paradójica, entonces esa misma conducta, a su vez, crea un doble vínculo para quien lo estableció⁴⁵.

2.2.10.- TEORÍA DE LA COMUNICACIÓN HUMANA

Paul Watzlawick - Teoría de la Comunicación Humana

Un fenómeno permanece inexplicable en tanto el margen de observación no es suficientemente amplio como para incluir el contexto en el que dicho fenómeno tiene lugar. El observador de la conducta humana pasa de un estudio deductivo de la mente al estudio de las manifestaciones observables de la relación. El vehículo de tales manifestaciones es la comunicación. El estudio de la comunicación humana puede dividirse en tres áreas: semántica, sintáctica y pragmática. La semántica abarca los problemas relativos a transmitir información. La comunicación afecta a la conducta, y este es un aspecto pragmático. Así toda conducta es comunicación, y toda comunicación afecta a la conducta. Nos interesa el efecto de la comunicación sobre el receptor y el efecto que la reacción del receptor tiene sobre el emisor³⁸.

Noción de Función y Relación

Las variables no tienen un significado propio, sino que resultan significativas en su relación mutua, esto constituye el concepto de función. Las investigaciones sobre los sentidos y el cerebro han demostrado acabadamente que sólo se pueden percibir relaciones y pautas de relaciones, y que ellas constituyen en esencia la experiencia. Así, la esencia de nuestras percepciones no son cosas sino funciones y éstas no constituyen magnitudes aisladas sino signos que representan una conexión una infinidad de posiciones posibles de carácter similar³⁸.

Información y retroalimentación

La retroalimentación puede ser positiva o negativa. La negativa caracteriza la homeostasis (estado constante) por lo cual desempeña un papel importante en el logro y mantenimiento de la estabilidad de relaciones. La positiva lleva al cambio, o sea a la pérdida de estabilidad o de equilibrio. Los grupos interpersonales (grupos de desconocidos, parejas, familias, etc.) pueden entenderse como circuitos de retroalimentación, ya que la conducta de cada persona afecta a la de las otras, y la de los demás a ésta³⁸.

Redundancia

La redundancia ha sido ampliamente estudiada en dos de las áreas de la comunicación humana, en la sintáctica y en la semántica. Cada uno de nosotros posee vastos conocimientos acerca de la legitimidad y probabilidad estadística, inherentes tanto a la sintáctica como a la semántica de las comunicaciones humanas. Desde el punto de vista psicológico este conocimiento resulta interesante por el hecho de hallarse casi por completo fuera de la percepción humana. Nadie, excepto un experto puede establecer las probabilidades de las secuencias o los órdenes jerárquicos de las letras y palabras en un lenguaje dado, a pesar de lo cual todos podemos percibir y corregir un error de imprenta, agregar una palabra que falta, etc. La redundancia pragmática es cuando contamos con

un monto elevado de conocimientos que nos permiten evaluar, modificar y predecir la conducta³⁸.

Metacomunicación y el concepto de cálculo

La metacomunicación es cuando dejamos de utilizar la comunicación para comunicarnos y la usamos para comunicar algo acerca de la comunicación. Así utilizamos conceptualizaciones que no son parte de la comunicación sino que se refieren a ella³⁸.

Algunos axiomas exploratorios de la comunicación

1º Axioma: La imposibilidad de no comunicar

Se llama mensaje a cualquier unidad comunicacional singular o bien se habla de comunicación cuando no existen posibilidades de confusión. Una serie de mensajes intercambiados entre personas recibe el nombre de interacción, ya que constituyen un nivel más elevado en la comunicación humana. Si se acepta que toda conducta en una situación de interacción tiene un valor de mensaje, es decir, es comunicación, se deduce que por mucho que uno lo intente, no puede dejar de comunicar. Cualquier comunicación implica un compromiso y define el modo en que el emisor concibe su relación con el receptor.

2º Axioma: Los niveles de contenido y relaciones de la comunicación

Toda comunicación implica un compromiso y por ende, define una relación. Una comunicación no solo transmite información sino que al mismo tiempo, impone conductas. Siguiendo a Bateson, estas dos operaciones se conocen como los aspectos referenciales y connotativos de toda comunicación. El aspecto referencial de un mensaje transmite información, por ende en la comunicación humana es sinónimo de contenido del mensaje. El aspecto connotativo se refiere a qué tipo de mensaje debe entenderse que es, y por ende, en última instancia, la relación entre los comunicantes. El aspecto referencial transmite datos de la comunicación y el connotativo dice cómo debe entenderse la misma.

La relación puede expresarse en forma verbal gritando o sonriendo, y puede entenderse claramente a partir del contexto en que tiene lugar. La capacidad para metacomunicarse en forma adecuada constituye no sólo condición sine qua non de la comunicación eficaz, sino que también está íntimamente vinculada con el complejo problema concerniente a la percepción del self y del otro.

Así llegamos al 2º axioma "Toda comunicación tiene un aspecto de contenido y un aspecto de relacional tales que el segundo clasifica al primero y es, por ende, una metacomunicación".

3º Axioma: La puntuación de la secuencia de los hechos.

La puntuación organiza los hechos de la conducta. La falta de acuerdo con respecto a la manera de puntuar la secuencia de los hechos es la causa de incontables conflictos en las relaciones. Así llegamos al 3º axioma "La naturaleza de una relación depende de la puntuación de las secuencias de comunicación entre los comunicantes"

4º Axioma: Comunicación digital y analógica.

Estos dos tipos de comunicación -uno mediante la semejanza auto explicativa y otro mediante una palabra- son, desde luego, equivalentes a los conceptos de las computadoras analógicas y digitales. Las palabras son signos arbitrarios que se manejan de acuerdo con la sintaxis lógica del lenguaje. La comunicación analógica es toda comunicación no verbal, incluyendo la postura, los gestos, las expresiones faciales, el tono de voz, la secuencia, el ritmo y la cadencia de las palabras. Los seres humanos se comunican tanto digital como analógicamente. El lenguaje digital cuenta con una sintaxis lógica sumamente compleja y poderosa, pero carece de una semántica adecuada en el campo de la relación, mientras que el lenguaje analógico posee la semántica pero no una sintaxis adecuada para la definición inequívoca de la naturaleza de las relaciones.

5º Axioma: Interacción simétrica y complementaria.

En una relación complementaria un participante ocupa la posición superior o primaria mientras el otro ocupa la posición correspondiente inferior o secundaria.

La comunicación patológica:

Cada uno de los axiomas antes mencionados implica ciertas patologías.

1° Axioma: La imposibilidad de no comunicarse. Una situación típica de esta clase es un encuentro entre dos desconocidos, uno de los cuales quiere establecer una conversación y el otro no, por ejemplo, dos pasajeros en un avión que comparten un asiento. Supongamos que A sea el que no quiere hablar. Hay dos cosas que no puede hacer, no puede abandonar físicamente el campo y no puede no comunicarse. La pragmática de este contexto comunicacional se ve así limitada a unas ciertas reacciones posibles:

- a. Rechazo de la comunicación: A puede hacer sentir a B, en forma más o menos descortés, que no le interesa conversar.
- b. Aceptación de la comunicación: A terminará por ceder y entablar conversación.
- c. Descalificación de la conversación: A puede defenderse mediante una técnica de la descalificación, esto es, puede comunicarse de manera tal que su propia comunicación o la del otro queden invalidadas (cambios de tema, oraciones incompletas).
- d. El síntoma como comunicación: a puede fingir somnolencia, sordera, borrachera, ignorancia del idioma o cualquier otra deficiencia o incapacidad que justifique la imposibilidad de comunicarse.

2° Axioma: La estructura de los niveles de la comunicación (contenido y relación)

Variaciones posibles:

1. En el mejor de los casos, los participantes concuerdan con respecto al contenido de sus comunicaciones y también al de relación.
2. En el peor de los casos, encontramos la situación inversa: los participantes están en desacuerdo con el nivel de contenido y también el de relación.
3. Entre ambos extremos hay varias formas mixtas importantes:
 - a. Los participantes están en desacuerdo con el nivel de contenido pero ello no perturba su relación.

b. Los participantes están de acuerdo con el nivel de contenido pero no en el de su relación

c. Otra posibilidad son las confusiones entre los dos aspectos, "contenido y relación"

d. Por último están todas aquellas situaciones en las que una persona se ve obligada de un modo u otro a dudar de sus propias percepciones en el nivel del contenido a fin de no poner en peligro una relación³⁸.

En los trastornos de la comunicación debidos a la confusión entre el contenido y la relación, el desacuerdo puede surgir en cualquiera de los dos niveles, y ambas formas dependen una de la otra.

Definición del self y del otro

En el nivel relacional las personas proponen mutuamente definiciones de esa relación.

La persona P puede ofrecer a la otra, O, una definición de sí misma.

- Confirmación

O, puede aceptar (confirmar) la definición que da P de sí mismo.

- Rechazo

El rechazo presupone por lo menos un reconocimiento limitado de lo que se rechaza y, por ende, no niega necesariamente la realidad de la imagen que P tiene de sí mismo, de hecho ciertas formas de rechazo pueden ser constructivas³⁸.

- Desconfirmación

No se refiere a la verdad o a la falsedad de la definición que P da de sí mismo, sino más bien, niega la realidad de P como fuente de tal definición. La desconfirmación afirma de hecho: "Tú no existes"³⁸.

Niveles de percepción interpersonal

Estamos en condiciones ya de volver a la jerarquía de mensajes que surge cuando analizamos la comunicación en el nivel relacional. Hemos visto que ante la definición

que P da de sí mismo, O puede dar tres respuestas posibles: confirmación, rechazo o desconfirmación. Por medio de cualquiera de ellas O comunica: "Así es como yo te veo". Esto lleva a contextos metacomunicacionales cuya complejidad hace tambalear la imaginación y que sin embargo, tienen consecuencias pragmáticas muy específicas³⁸.

Impenetrabilidad: La visión que el otro tiene de mí es tan importante como la que yo tengo de mí mismo. Lo que hace que la impenetrabilidad sea tan difícil de resolver desde el punto de vista terapéutico el hecho de que las relaciones no son realidades concretas, sino experiencias puramente subjetivas o construcciones hipotéticas. Si los órganos de la percepción interpersonal son impenetrables, esta ceguera inevitablemente lleva a conflictos para los cuales sólo dos motivos parecen posibles: locura y maldad; estos conflictos relacionales constituyen patrones cuya comprensión permite ver bajo una nueva luz muchos de los cuadros clínicos de la psicopatología tradicional³⁸.

3° Axioma: La puntuación de la secuencia de los hechos

Las discrepancias en cuanto a la puntuación de las secuencias de hecho tienen lugar en todos aquellos casos en que por lo menos uno de los comunicantes no cuenta con la misma cantidad de información que el otro pero no lo sabe. Lo que podemos observar en casi todos estos casos de comunicación patológica es que constituyen círculos viciosos que no se pueden romper a menos que la comunicación misma se convierta en el tema de comunicación, o sea hasta que los comunicantes estén en condiciones de metacomunicarse.

Causa y efecto. Ninguno de estos conceptos resulta aplicable debido a la circularidad de la interacción³⁸.

Profecía auto-cumplidora. Se trata de una conducta que provoca en los demás la reacción frente a la cual esa conducta sería una reacción apropiada. Lo que caracteriza la secuencia y la convierte en un problema de puntuación es que el individuo considera que él sólo está reaccionando ante esas actitudes, y no que las provoca (piensa, nadie me quiere... todos terminan por no quererlo a causa de su actitud)³⁸.

Errores de traducción entre el material analógico y digital. Todos los mensajes analógicos invocan significados a nivel relacional, constituyen propuestas acerca de las reglas futuras de la relación. Al traducir el material analógico al lenguaje digital, deben introducirse las funciones lógicas de verdad, pues éstas faltan en el modo analógico. Es muy difícil transmitir el no digital al lenguaje analógico. El ritual puede ser el proceso intermedio entre la comunicación analógica y la digital (delfín que muerde despacio al hombre para demostrarle que si no lo lastima el no lo va a lastimar)³⁸.

Patologías potenciales en la interacción simétrica y complementaria. Escalada Simétrica. Hemos sugerido ya que en una relación simétrica existe siempre el peligro de la competencia³⁸.

Complementariedad rígida. Equivale a desconfirmaciones antes que a rechazos del self del otro. Así, según el contexto, el mismo patrón puede ser acabadamente confirmador del self en un momento y desconfirmador en una etapa posterior de la historia natural de una relación.³⁸

2.2.11.- ENFOQUE SISTÉMICO

2.2.11.1.- TEORÍA GENERAL DE LOS SISTEMAS

En 1.945 el biólogo Ludwing Von Bertalanffy acuñó el título de Teoría General de los Sistemas para dar cuenta de una perspectiva en el estudio de los fenómenos biológicos, opuesta al enfoque reduccionista-mecanicista prevaleciente hasta entonces. Von Bertalanffy instó a tomar en cuenta, de modo privilegiado, los fenómenos que hacen a la organización de determinados aspectos de una totalidad. Los principios teóricos resultantes de esta perspectiva constituyeron una verdadera revolución en el campo de las conceptualizaciones científicas²⁶.

La teoría General de los Sistemas es una teoría lógica matemática, puramente formal en sí misma pero aplicable a las varias ciencias empíricas. De este modo existen modelos

aplicables a modelos generalizados o a sus subclases, sin importar su particular género, la naturaleza de sus componentes y las relaciones o “fuerzas” que imperan en ellas²⁶.

Según esta teoría, un sistema es un conjunto de elementos en interacción dinámica, el estado de cada elemento está determinado por el estado de cada uno de los demás que lo configuran; de esta manera un sistema puede ser cerrado (cuando no intercambian información de su entorno) o abierto (cuando intercambian información con su entorno, por lo que es modificado y a la vez modifica a ese mismo contexto): Según esta teoría cualquier cambio en un miembro del sistema afectará a los demás, de esta manera se piensa en la totalidad y no en una sumativa, porque las pautas de funcionamiento del sistema no son reducibles a la suma de sus elementos constituyentes. En este sentido a un mismo efecto pueden responder distintas causas y, esto se da porque hay una permanente circularidad e interconexión entre los miembros de un sistema.²⁶

2.2.11.2.- IMPORTANCIA DEL ENFOQUE SISTÉMICO

(La Terapia Familiar Sistémica se diferencia de gran manera a las demás expresiones terapéuticas ensayadas hasta el momento). Esta plantea el paso del individuo al sistema, de lo intrasíquico a lo inter personal. Por lo que no interesa un individuo enfermo sino las maneras de organización del sistema en el que un individuo demanda atención. El enfoque sistémico utiliza así la interacción como elemento de trabajo y comunicación. Por lo que no se atiende en el ¿Por qué? de un individuo acciona de determinada manera sino en el ¿Cómo? Lo hace, como tampoco importa quién hace qué, sino ¿Cuándo? se realiza una determinada conducta³².

El enfoque sistémico trata de introducir un cambio significativo en la interacción familiar que haga innecesaria la manifestación sintomática del paciente identificado. Para comprender el síntoma se debe comprender no solo al portador del síntoma, sino a la familia y al sistema familiar ya que el síntoma cumple la función de mantener el

equilibrio del sistema familiar. Se podría establecer una regla empírica: cuando el “por qué” de un fragmento de una conducta permanece oscuro, la pregunta “para qué” puede proporcionar una respuesta válida³².

La terapia familiar tenía un concepto diferente de cambio en el tratamiento, para cambiar a un individuo se requiere una manera de pensar y para cambiar la interacción de una familia se requiere otra. Se trataba de cambiar el medio relacional en que la persona vive, no de sacarla de este medio e intentar cambiarla a ella. Uno de los pasos fue, si al estudiar a los hombres ampliamos más la indagación, hasta comprender e incluir en los análisis los efectos de determinadas conductas – comunicación, es decir, aquello que une al individuo y su ambiente y no a lo que está dentro de él.³²

2.2.11.3.- TERAPIA FAMILIAR

La teoría de la terapia de familias se basa en que el hombre no es un ser aislado, sino un miembro activo y reactivo de grupos sociales. Lo que experimenta como real depende tanto de elementos internos como externos. La experiencia del hombre es determinada por su interacción, con el medio. El hecho de basar las técnicas de salud mental en este concepto, constituye un nuevo enfoque²⁵.

Las técnicas tradicionales de salud mental se originaron en una fascinación producida por la dinámica del individuo. Esta preocupación dominó el campo y condujo a los terapeutas a concentrarse en la exploración de la vida intrapsíquica. Como consecuencia inevitable, las técnicas de tratamiento basadas en esta concepción se concentraron exclusivamente en el individuo, aislado de su medio. Entre el individuo y su contexto social se erigió una “frontera” artificial. Al ser tratado en forma aislada era inevitable que los datos encontrados fuesen restringidos a la forma en que él pensaba y sentía sólo acerca de lo que le ocurría; ese material centrado en el individuo, a su vez reforzaba el enfoque del individuo en forma aislada de su contexto y dejaba escaso margen para un

feedback correlativo. Como consecuencia de ello, se llegó a concebir al individuo como el asiento de la patología²⁵.

En cambio, el terapeuta de familia no basa sus concepciones en una personalidad “esencial” que permanecería inmodificada a través de las vicisitudes de diferentes contextos y circunstancias, considera a la persona como un miembro de diferentes contextos sociales, actuando y respondiendo en su marco. Su concepción acerca de la localización de la patología es mucho más amplia y también lo son, consecuentemente, las posibilidades de intervención.²⁵

La terapia familiar consiste en entrar en coparticipación con una familia, experimentar una realidad, cómo sus miembros la vivencian y envolverse en las interacciones repetidas que dan forma a la estructura familiar y plasman el pensamiento y la conducta de las personas. En instrumentar esa coparticipación para convertirse en un agente de cambio que obre dentro de las reglas del sistema familiar, con modalidades de intervención sólo posibles en esta familia en particular y destinadas a producir un modo de vida diferente, más productivo. Consiste en internarse en ese laberinto que es la familia y en encontrar un hilo de Ariadna.²⁶

2.2.12.- PRESENTACIÓN DE CASOS

Caso #1 AUGUSTINA

FECHA: 22 de mayo de 2009

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN

- **Nombre:** Agustina
- **Sexo:** Femenino
- **Edad:** 40 años

- **Lugar y fecha de nacimiento:** Chimborazo, Calpi, 30 de julio de 1969
- **Procedencia:** Chimborazo, San Francisco de Cunuguachai- Calpi
- **Residencia:** Chimborazo, San Francisco de Cunuguachai- Calpi
- **Instrucción:** Primaria completa
- **Profesión:** Ninguna
- **Ocupación:** Agricultura
- **Raza:** Indígena
- **Estado civil:** Casada
- **Número de Hijos:** 3 (2varones,1 mujer)
- **Tendencias Políticas:** Ninguna
- **Vivienda:** Propia
- **Religión:** Evangélica

Datos proporcionados por: Paciente y esposo

Fecha de ingreso: 22 de Mayo del 2009.

2. CONDICIONES DE HOSPITALIZACIÓN

La paciente es atendida en emergencia, conducida por su esposo e hijo, en contra de su voluntad; desorientada en tiempo, espacio y persona, presentando ideas delirantes, labilidad emocional, descuido en su aspecto personal, euforia, náusea y cefalea tipo pulsátil.

3. MOTIVO DE CONSULTA

Evaluación psicológica y tratamiento

2. HISTORIA DE LA ENFERMEDAD

Enfermedad actual

Presenta sintomatología psicótica, evidenciada en ideas delirantes, labilidad emocional y descuido en su aspecto personal.

Familiares refieren que, desde hace 6 días presenta confusión, angustia, miedos, sentimientos de culpa y tristeza. Esposo manifiesta que presenta delirios y alucinaciones, insomnio, agresividad hacia sí misma y hacia los demás e irritabilidad.

En el servicio de emergencia del “IESS” la causa del ingreso es atribuida, de inicio, por intoxicación de alcaloides.

Evolución de la enfermedad.

Hace aproximadamente 12 años se cambia de religión por haber sido estigmatizada por la comunidad a causa de embarazo no deseado.

Desde hace dos años la paciente mantiene una relación extramatrimonial, durante todo este tiempo ocultó este suceso (relación extramatrimonial) a su esposo, lo cual la llenó de culpas y miedos por la reacción que podría tener su cónyuge y la comunidad a la cual pertenece, al paso del tiempo esta culpa se agudizó, lo cual provocó que ella confiese su infidelidad a su esposo, hace seis días. Dos días luego de su confesión presenta desequilibrio emocional, con manifestaciones psicóticas y demás sintomatología evidente.

5. PSICOANAMNESIS PERSONAL, NORMAL Y PATOLÓGICA:

Etapa pre-concepcional.

No planificada

Etapa concepcional.

No refiere datos

Etapa pre-natal.

No refiere datos.

Etapa natal.

Producto de parto normal, a término, en la casa atendida por partera, aparentemente sin ninguna complicación.

Etapa post-natal.

No se conoce datos

Infancia.

Primera infancia.- no refiere datos acerca de las adquisiciones psicomotoras, lactancia materna y otros.

Segunda infancia.- recuerda que ayudaba a sus padres en las labores agrícolas, “cuidaba los animales”. Manifiesta no recordar demostraciones de afecto por parte de la madre, sí del padre.

Inicia la etapa escolar a los 6 años de edad demostrando adaptación al medio, “me gustaba la escuela” dice. A los 7 años de edad falleció su padre lo cual causó en la paciente extremo dolor “yo era la preferida de mi papá”. A decir de la paciente era poco sociable, poco comunicativa, retraída.

Tercera infancia.- luego de la pérdida de su padre dice se sintió desamparada, siempre triste y sola, “mi mamá me veía como a un animalito, nunca conversaba, ni preguntaba nada, solo me mandaba a hacer las cosas y atender a mis hermanos”.

Recuerda que se escapaba a jugar con su hermana y amigas pero que su madre la pegaba con un látigo.

Pubertad, adolescencia y juventud.

A los 11 años de edad su madre contrae matrimonio con un hombre viudo, inicialmente manifiesta no haber estado de acuerdo, pero posteriormente se adapta de buena manera hasta la actualidad, que mantiene una adecuada relación con el padrastro.

Termina la escuela cuando tenía 14 años de edad presentando bajo rendimiento académico, por lo que repitió cuarto y sexto grados.

Cuando tenía 13 años de edad refiere haber sido víctima de violación sexual por parte de un vecino, con repetidos intentos de abusos. Posteriormente, meses más tarde nuevamente es violada, en esta ocasión por su hermano de 17 años de edad, por repetidas ocasiones y durante un año, cesan las violaciones cuando este se casa y se traslada a vivir en otro sitio.

Ninguno de estos sucesos son relatados inicialmente por sus sentimientos de culpa. Gracias a las frecuentes visitas domiciliarias y al establecimiento de una adecuada empatía y a la facilitación de la expresión verbal, se logró que la paciente relate de una manera más detallada, todos los sucesos vividos.

A los 16 años de edad se traslada a vivir a Quito en un convento al servicio de una monja, en donde permanece hasta los 20 años. En este tiempo la mencionada monja es trasladada a otro convento en la misma ciudad, por lo que Agustina debía regresar al campo, pidiendo quedarse a trabajar en el mismo sitio que había permanecido en los últimos años, así lo hace.

En este mismo tiempo conoce a un hombre con el que inicia una relación, terminando al descubrir que es casado. Pasa un corto tiempo y establece otra relación, esta vez se habla de oficializarla, sin embargo no se concreta pues este hombre le confiesa que es casado, aun así se mantiene junto a él por un corto tiempo y como resultado de esta relación queda embarazada y es abandonada por su pareja, optando por regresar a su pueblo. Su madre y padrastro le ofrecen su apoyo. Nace su hija y al cabo de tres semanas

fallece, dice desconocer la causa y refiere “haberse sentido libre”, porque toda la comunidad hablaba mal de ella y le decían que “era una pecadora, mala mujer”, en razón de la influencia religiosa.

Retoma sus actividades en la agricultura y manifiesta haber tenido que enfrentar las críticas, las ofensas de la comunidad y el acercamiento de hombres, a decir de ella, para aprovecharse, por lo que “sentía que no valía nada, me sentía sucia y no me merecía nada bueno”.

A la edad de 23 años inicia otra relación amorosa, la misma que dura aproximadamente un año y termina a causa de la infidelidad de su pareja. Posteriormente es pretendida por quien actualmente es su esposo; la relación con este inicia al cabo de dos encuentros, en la tercera ocasión aquel le propone matrimonio, aceptando la paciente, a decir de esta por despecho y porque después de todo lo que le ha pasado, quien le iba a querer.

La paciente refiere que al inicio del matrimonio “no había comprensión y sentía que no me quería”, sumado a esto manifiesta que su esposo mantenía una relación demasiado estrecha con su familia de origen. Con el pasar del tiempo la relación, convirtiéndose los hijos en un soporte positivo, para fortalecer la relación. Ligadura a los 33 años de edad.

En esta etapa de su vida, por influencia de su esposo abandona la práctica de la religión católica para adoptar la religión evangélica. Cuando se le pregunta las razones dice que es “porque la religión católica deja que los hombres y las mujeres hagan lo que quieren, y también porque quiero que Dios perdone lo malo que he hecho porque sino me voy a quemar en el infierno”.

Madurez:

Al inicio de esta etapa, refiere que vida en pareja, tanto en el aspecto sentimental como sexual eran satisfactorias, pues se sentía enamorada de su esposo, refiere que en la relación había reciprocidad, se sentía amada, sin embargo, mantiene una relación

extramatrimonial, la misma que será más adelante el factor desencadenante para que la paciente presente la sintomatología psicótica.

6. PSICOANAMNESIS SOCIO – FAMILIAR

- a) **Grupo familiar de origen.**- padre fallecido, madre casada por segunda ocasión, 5 hermanos de padre y madre y dos hermanos maternos.
- b) **Grupo familiar propio.**- esposo; 40 años de edad, de ocupación albañil, no refiere patología de importancia. Tres hijos: primera hija 14 años de edad, segundo hijo 13 años de edad, tercero hijo 6 años de edad, ninguno con enfermedad de importancia.

7. EVALUACIÓN PSICOLÓGICA DE FUNCIONES COGNITIVAS

FUNCIONES PSICOLÓGICAS	AL INGRESO	HOSPITALIZAC IÓN	AL EGRESO	ACTUALIDA D
1. CONCIENCIA	Desorientación en tiempo y espacio	80 %	85%	Restablecida
2. ATENCIÓN	Hipoprosexia	60%	70%	Restablecida
3. LENGUAJE	Disgregado	90%	95%	Restablecido
4. PENSAMIENTO	Delirante, incoherente	70%	90%	Restablecido
5. JUICIO, RAZONAMIENTO	Ilógico	70%	95%	Restablecido

6. SENSOPERCEPCIONES	Auditivas y visuales	70%	90%	restablecido
7. AFECTIVIDAD	Labilidad, inestabilidad, irritabilidad.	50%	75%	Labilidad e inestabilidad
8. VOLUNTAD	Actos impulsivos	70%	95%	Restablecido
9. INSTINTOS	Insomnio	50%	80%	Restablecidos
10. HÁBITOS	Ninguno	-----	-----	-----

8. DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO

Intoxicación por alcaloides

Trastorno Bipolar

Trastorno de personalidad por dependencia

9. PRUEBAS PSICOLÓGICAS

No se dieron las condiciones necesarias para la aplicación de pruebas psicológicas.

10. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

a.- Diagnóstico clínico:

1.- Intoxicación por alcaloides

- 2.- Síndrome sicótico
- 3.- A descartar Trastorno orgánico cerebral
- 4.- A descartar síndrome depresivo conversivo
- 5.- Esquizofrenia
- 6.-Trastorno afectivo psicótico reactivo

b.- Diagnóstico de personalidad:

- 1.-Trastorno de la personalidad por dependencia
- 2.-Trastorno paranoide de la personalidad

11. DIAGNÓSTICO DEFINITIVO

a. Entidad Clínica:

Trastorno Bipolar, episodio actual maníaco con síntomas psicóticos F31.2 (CIE10)

b. Personalidad:

F60.7 Trastorno dependiente de la personalidad (CIE10)

12. PRONÓSTICO

Favorable

EVOLUCIONES

22 DE MAYO DE 2009

La paciente es conducida al Servicio de Consulta Externa de Psiquiatría por familiares mismos indican, que desde hace seis días presenta un cuadro progresivo de insomnio por varios días, irritabilidad, desconoce a los familiares, llanto imprevisto.

Diagnóstico clínico: Psicosis maníaco depresiva (Trastorno Bipolar)

Síndrome confusivo onírico

Diagnóstico provisional: Intoxicación por alcaloides.

Evidente alteración de la conciencia. Paciente que desde hace 6 días sin causa aparente presenta un estado de desorientación, disminución de los reflejos ostiotendinosos.

23 DE MAYO DE 2009

PSIQUIATRÍA

Paciente tranquila, entorpecimiento de conciencia, pánico, insigh.

24 DE MAYO DE 2009

EMERGENCIA

Paciente en mal estado general, no colabora con interrogación.

Diagnóstico: síndrome depresivo conversivo, presenta episodio de agresividad y agitación psicomotriz.

Paciente con agitación sicomotriz, intenta fugarse del hospital, refiere presentar ceguera.

MEDICINA INTERNA.

ID: Síndrome conversivo

25 DE MAYO DE 2009

ID: Síndrome confuso onírico.

Paciente con agitación sicomotriz desorientación en tiempo y espacio, refiere cefalea frontal.

26 DE MAYO DE 2009.

ID: síndrome depresivo conversivo.

Paciente despierta intranquila, desorientada en tiempo, espacio y persona.

27 DE MAYO DE 2009.

Paciente se encuentra más tranquila, en la entrevista está coherente, aunque a momentos habla incoherente y delirante.

DIAGNÓSTICO: Síndrome Depresivo Conversivo.

28 DE MAYO DE 2009.

DIAGNÓSTICO: Síndrome Depresivo Conversivo.

Paciente somnolienta, familiar refiere cefalea y palpitaciones, desorientada en lugar y persona, labilidad emocional.

29 DE MAYO DE 2009.

Paciente tranquila, sedada, siempre sedada.

30 DE MAYO DE 2009.

Paciente se encuentra tranquila.

Alta con indicaciones.

TRATAMIENTO INDICADO POR EL MÉDICO PSIQUIÁTRA

- 1.- Ácido valproico 500mg BID
- 2.- Clonazepan 200 mg 2 tabletas HS
- 3.- mirtazapina 200mg 1 tableta cada merienda
- 4.- diazepam 1 ampolla IV PRN
- 5.- haloperidol 5 gotas 06H00 y 14H00, 10 gotas 22H00
- 6.- complejo B 3cc IM QD

PROCESO PSICOTERAPÉUTICO CON EL MÉDICO PSIQUIÁTRA, TRATANTE

El día de ingreso de la paciente a emergencia no es posible establecer un buen contacto, la paciente se encontraba psicótica, con mirada estuporosa, no se establece ningún contacto visual ni emocional, evidentemente está delirante, alucinada e inquieta, algún contacto se logra con los familiares, hijo y esposo que explican a su modo la situación, refieren que le habrán puesto alguna sustancia, etc., por esta razón es necesario sedarle con medicamentos.

Los medicamentos cumplen su efecto de 12 horas a 24 horas, por tanto a las 48 horas ya es posible conversar. Acude al consultorio con el esposo, quien la acompaña permanentemente y participa activamente en la entrevista, la paciente algo temerosa pero sonreída, consciente y lúcida comienza a relatar con gran sentimiento de culpa que “todo es producto de haber cometido un gran error”, haberle engañado a su esposo con otro hombre, haber entregado su cuerpo. En esas circunstancias me concentro en

facilitar la narración del hecho, buscando entenderlo desde un punto de vista natural y racional , haciendo comentarios en los momentos oportunos, que si en realidad es un error y por supuesto una falta a la relación matrimonial, que desgraciadamente es algo que sucede, también haciendo comentarios respecto de que los seres humanos no somos perfectos, pero que si tenemos la capacidad de reconocer los errores cuando los cometemos y que lo ideal es rectificarlo, y eso es lo que ella está haciendo, que se requiere valentía , fortaleza y honestidad para hacerlo, que imagino que es difícil y doloroso para los dos. Posteriormente empiezo a preguntar al cónyuge qué piensa respecto de lo sucedido, quien con admirable sinceridad y buena intención explica sinceramente que sí, que le es difícil pero que está dispuesto a perdonar y que lo importante es continuar con la familia y la relación, porque él la quiere. Situación que favorece el proceso de la terapia, ahora dirigida ya a la pareja.

La segunda y tercera sesión nos centramos en evaluar la evolución de los sentimientos de culpa de la paciente y de la aceptación del esposo con ciertas dificultades por la presión social de vecinos y familiares que intervienen culpabilizándole aún más, no solamente a la paciente sino también al cónyuge, con comentarios, que también debe ser culpable que no le ha cuidado y atendido bien a su esposa. En estas circunstancias trabajamos límites, espacios, derechos y responsabilidades.

En la cuarta sesión (continúa hospitalizada), aparentemente asintomática, sin haber superado el conflicto sentimental, razón por la cual le proponemos el alta, como es nuestra costumbre para negociarla, sin embargo, nos sorprende cuando ella refiere no estar lista para ir a su casa a pesar de que extraña mucho a sus hijos, teme los comentarios y la censura que recibirán por parte de su entorno social, sobre todo religioso, por lo que postergamos el alta unos días más.

Quinta y sexta sesión. A pesar de que se evidencia que los sentimientos de culpa no han desaparecido en la paciente y tampoco en el esposo a desaparecido completamente su rol de víctima, la situación de la pareja es totalmente diferente, están sonreídos, conversan,

poniendo en evidencia que están superando la crisis, lo que ocasiona la disminución de la dosis en la medicación

Séptima sesión y posterior.- En primer lugar, buscamos mantener la relación empática y reforzarla lo cual no es difícil, buscamos ver cómo evolucionan sus sentimientos de culpa y tampoco son muy evidentes, suponemos que logró superar hasta cierto punto, más bien el esposo es quien ocasionalmente comenta lo difícil que es para él y, frente a las declaraciones del esposo re-enmarcamos positivamente esta actitud, tanto su sinceridad en reconocerlo, como su valor en soportarlo y su gran corazón en el propósito de mantener la relación, aunque en alguna ocasión le comenta a la esposa que en algún momento pensó en irse.

INTERVENCIÓN PSICOTERAPÉUTICA

El 30 de mayo la paciente es dada de alta, se mantiene la medicación, es notoria su mejoría.

Se evidencia en la paciente y esposo la incertidumbre por lo que sucederá en su comunidad. Proponemos la posibilidad de hacer un seguimiento del caso y continuar con el proceso psicoterapéutico asistiendo a su hogar, la propuesta es aceptada de muy buena manera, se observa una buena motivación.

Se inician las visitas. Se desarrolla una adecuada empatía lo cual nos permite iniciar la entrevista, procurando ser lo menos directiva posible, para recolectar datos para la elaboración de la historia clínica psicológica, los datos y acontecimientos son relatados cronológicamente. La paciente se muestra tranquila y colaboradora, sin embargo es notoria la dependencia hacia su esposo, pues frecuentemente solicita que él confirme la información e incluso le pide que relate ciertos acontecimientos de la infancia de la paciente, constantemente se observan acercamientos afectivos de ella hacia él, los que son bien recibidos y devueltos afectuosamente.

Cuando relata la muerte de su padre se tapa los ojos y procura controlar el llanto, intervengo y trato de facilitararlo, diciendo que es lógico que al recordar la muerte de su padre sienta tristeza y deseos de llorar, eso es normal, es bueno que lo haga y que exprese el dolor que está sintiendo. “es que le extraño mucho, era bueno, yo era la preferida” dice.

Al relatar sus vivencias relacionadas a los 13 años de edad nuevamente se tapa la cara y comienza a llorar, y dice “es que quiero contarle algo pero me da vergüenza”, el esposo la motiva para que lo haga, le digo que si ella desea hacerlo, la escucho, pero si no se siente segura, no hay problema, quizá más adelante pueda relatarlo, sin embargo ella comienza a contar que a los 13 años fue víctima de abuso sexual, la primera vez por un vecino mientras lavaba, ella trató de defenderse, a decir de ella, lo mordió, golpeo, sin embargo fue inútil, después de un tiempo le contó a su hermana menor, “hubiera querido que ella avise, pero nunca dijo nada” manifiesta. La segunda ocasión, es abusada por su hermano mayor, aproximadamente durante un año consecutivo “abusó de mi cuerpo... me decía que no pasa nada, tenía miedo de que me pegue y me culpe mi mamá, miedo a que por mi culpa hayan problemas”, refiere que la primera vez que fue abusada por su hermano sintió culpa, las siguientes veces “tenía iras, quería que se vaya”, los abusos cesan cuando este se casa y abandona la casa de su madre y padrastro, entonces “sentí tranquilidad”, manifiesta.

Mientras relata estos acontecimientos llora desconsoladamente, se friega las manos y constantemente se tapa la cara con su chal, evidente ansiedad, el esposo la abraza y la consuela, dice “no valgo nada... no sé lo que hice para que me pase eso, pero yo tengo la culpa”. Intervengo y le digo que ella no es culpable, que intentó defenderse, y que físicamente estaba en desventaja con sus agresores, que ella es una mujer admirable y fuerte, pues a pesar de lo sucedido ha salido adelante, ha enfrentado muchas adversidades, para eso se necesita mucha fortaleza.

En cada sesión se muestra muy colaboradora y no es necesario realizar demasiadas preguntas, pues es notorio que tiene mucha necesidad de hablar y de sacar todo lo que le está causando dolor, de igual forma es clara la necesidad que tiene de encontrar una respuesta a todo lo que le sucedió, constantemente me pregunta por qué le ha pasado todo esto, y ella misma busca y da respuestas, pero cuando lo hace mira a su esposo como queriendo aceptación a las alternativas que ella propone (ya habíamos anteriormente mencionado la dependencia que tenía hacia su esposo cuando estaba internada decía que está bien solo cuando su esposo está junto a ella) a lo que él contesta frecuentemente que ” ya le perdonó todo” y cuando dice todo, se refiere incluso a lo que ella vivió antes de iniciar la relación con él, intervengo y hago notar que no tendría que perdonarle cosas que pertenecen al pasado de ella, a su vida antes de él.

No ha sido posible hasta hoy abordar directamente el evento que ocasionó el episodio último, debido a que en todas las sesiones está presente el esposo, y noto que por tal razón ella evita tocar el tema, de todas maneras, en las pocas ocasiones que se ha mencionado, la paciente se refiere al evento como una violación, más no como una relación extra matrimonial y, el esposo parece necesitar que esto sea verdad, sin embargo al ingreso en el hospital el relato fue diferente.

En una de las sesiones comenta que es muy difícil para ella decir no a diversas situaciones, a pesar de que sabe que las consecuencias posiblemente sean negativas.

En la última sesión se pudo observar claramente que la paciente aún presenta depresión, sentimientos de culpa, y esto, debido a que su esposo no olvida y frecuentemente está reviviendo acontecimientos dolorosos del pasado, la desconfianza que tiene él, esto se evidencia cuando él pide a su esposa que le cuente “todo”.

Se sugiere evitar traer al presente eventos que ya sucedieron y que lo único que hacen es agravar la situación, que si bien es cierto, es adecuado compartir las vivencias, estas no deben ser con una finalidad persecutoria o por desconfianza sino justamente para el aporte al fortalecimiento de la relación. El mejorar la comunicación es clave en toda

relación, se muestran totalmente de acuerdo y hacen un compromiso para trabajar en este aspecto.

Es importante mencionar, que a pesar del bajo nivel de educación de la pareja, se muestran muy reflexivos y razonan de muy buena forma, principalmente el esposo.

Si bien, mediante la terapia que se está desarrollando, se van viendo avances en la relación de pareja y familia, persiste el miedo en los dos, pero fundamentalmente en ella, a enfrentar a la comunidad, debido a que tarde o temprano va a tener que “rendir cuentas de sus actos”. Constantemente reciben visitas del pastor de la comunidad con la finalidad de exigir un arrepentimiento público por parte de ella y el cumplimiento del castigo impuesto por sus hermanos de comunidad, para solo así recibir el perdón de Dios.

Este castigo consiste en el azotamiento que debe recibir la plaza central de la comunidad, en presencia de todos sus integrantes, esto según sus tradiciones.

Quien juzga la gravedad de la falta es el pastor, que en esta ocasión encontró como única culpable del pecado a esta mujer, el hombre con quien cometió adulterio, a decir del pastor “fue tentado por tanto no es culpable de nada”.

ANÁLISIS

Empezaré mencionando que, este caso en especial ha sido el que motivó a la investigadora a realizar el presente trabajo, puesto que es por demás interesante y original, ya que no es frecuente que se reporten casos de cuadros psicóticos en mujeres indígenas y más aún, que busquen ayuda mediante profesionales de la salud mental.

El caso de Augustina engloba una serie de factores socio-culturales que han aportado para la presencia de la patología que presentó. Es necesario analizar cada una de las

etapas del desarrollo de la paciente para poder entender la génesis del problema, pues su cuadro es el resultado de eventos traumatizantes del pasado y del presente.

Como niña indígena, desde pequeña se vio obligada a asumir responsabilidades asignadas por sus padres y su cultura, el trabajo en la agricultura, el cuidado de los animales, dejando a un lado las necesidades propias de su edad, jugar, divertirse, lastimosamente no solo ella sufre estas privaciones, todos los niños indígenas debido a sus costumbres enfrentan ésta situación, hasta cierto punto de violación de sus derechos y explotación.

A los siete años de edad sufre la pérdida de su padre, enfrenta la sensación de abandono del ser que le protegía y de quien recibía muestras de afecto. La madre poco afectiva, endurece más el trato a sus hijos, por lo que Augustina se siente sola, abandonada, desprotegida sin embargo, no sería justo juzgar a la madre por su actitud, basta con remontarnos a la historia del indígena ecuatoriano para darnos cuenta que a través del tiempo se les ha privado del derecho de demostrar afecto, tampoco lo han recibido, han sido vistos como seres sin sentimientos, casi comparables con los animales, o acaso nosotros mismos ¿no nos admiramos cuando miramos a una pareja de indígenas que tienen demostraciones de afecto?, ellos han asumido la posición que los mestizos les han impuesto, se les ha quitado el derecho a demostrar su afectividad.

A los 13 años de edad es abusada sexualmente por su vecino, refiriendo además que no entendía lo que estaba pasando, solo sabía lo que su agresor le dijo “no pasa nada, que era normal pero que no avise”. La falta de educación sexual en el sector indígena colabora para que en muchas ocasiones las víctimas de violación no sepan con certeza lo que les sucedió, esta falta de educación es en frecuentes ocasiones sostenida por la religión que estigmatiza el conocimiento de los niños en temas relacionados con la sexualidad, especialmente en el sector indígena.

En este tiempo (cuatro meses después) es nuevamente abusada sexualmente, en esta ocasión por su hermano, recibe amenazas para obtener su silencio, sufre sola, callada

con el temor de que si su madre se daba cuenta la iba a pegar, con intensos sentimientos de culpa, permitiendo que este abuso se repita una y otra vez. Barudy manifiesta que “los niños víctimas de abuso sexual no tienen otra elección que adaptarse a la situación abusiva. Su vulnerabilidad y dependencia los obliga a aceptar la ley del silencio”.

El temor a ser juzgada como culpable era lógico si se toma en cuenta el sistema familiar del cual era parte, madre rígida, poco afectiva, autocrática asignándole roles de servidora de sus hermanos, a quienes se les tenía que atender prioritariamente.

Si analizamos lo dicho por Barudy (Dictaduras familiares, abusos sexuales, incesto) respecto a que “los sentimientos de culpabilidad se encuentran reforzados por la tendencia de nuestra sociedad adultista a hacer responsable al niño” nos damos cuenta que los temores y sentimientos de culpa que se genera en los niños es el resultado de la poca credibilidad que les damos, contribuyendo a la formación de seres temerosos e inseguros.

Cuando la paciente queda embarazada, nace su hija y al poco tiempo muere, dice “yo me sentí libre”, esta expresión puede parecer dura, pero ante todos los agravios y la censura de su comunidad hasta cierto punto es lógica su reacción, cuesta entender, porque vivimos en una sociedad eminentemente juzgadora.

Todos estos eventos fueron mermando la autoestima de la paciente, circunstancia que desencadena a lo largo de su vida relaciones sentimentales inestables y conflictivas, resultado de sus sentimientos de desvalorización y culpabilidad.

Contrae matrimonio con un hombre que le ofrece protección a pesar de no estar enamorada, sentía que no era merecedora de dar ni recibir amor, aparentemente la relación se desarrolla dentro de los parámetros normales, pero en todo momento estaba presente su pasado y sus sentimientos de culpabilidad y ahora incrementados, porque su esposo desconocía estos eventos. Influenciada por su esposo deja la práctica de la religión católica y opta por la evangélica, es cuando le cuenta todo su pasado a su esposo

incluidas las violaciones sexuales que sufrió, y solicita “su perdón”, es así como lo exige la religión evangélica, pero esto no disminuye sus sentimientos de culpa. Las normas y reglamentos bajo las cuales interacciona la religión evangélica en este caso son alienantes y contribuyen a fomentar la discriminación de género, pues en ningún momento obliga a que el hombre relate sus experiencias pasadas y menos aún que solicite perdón a su esposa.

Cuando comete adulterio dice haberse sentido mal porque le traicionó a su esposo, sin embargo calla durante dos años en los cuales sentía una intensa culpa y decide confesar, pero sin imaginar que tendría que enfrentar el castigo y la censura de su comunidad, el intenso miedo que experimentó fue el detonante que desembocó en el episodio psicótico.

La religión tuvo un papel protagónico en este evento, pues el esposo dice perdonarle pero le condiciona a que “tiene que pedir perdón también al pastor y a la comunidad y enfrentar el castigo físico en medio de la plaza del pueblo”, ante esta situación inconscientemente busca un mecanismo de defensa para no enfrentar esta traumatizante evento y prefiere, como comúnmente se dice “hacerse la loca”.

La religión es el juez castigador que en nombre de una divinidad obliga a las personas y en especial a la mujer a mantener parámetros de conducta que en muchos casos atenta contra la libertad y los derechos de las personas, en donde la mujer está sujeta al hombre y es considerada mayoritariamente para los trabajos domésticos. A pesar de que en los últimos años se ha hablado tanto de la igualdad de género, de los derechos de la mujer, el rol de esta no ha sufrido mayor variación, en especial en el sector indígena y puntualmente en esta comunidad a la que pertenece la investigada, en donde existen desiguales e injustas relaciones de poder, muestra de esto la manera de “juzgar” si, cabe el término a hombres y mujeres cuando cometen adulterio, si la mujer lo hace ya hemos dicho que tiene que enfrentarse a la iglesia y comunidad y además es tratada como pecadora, si el hombre lo hace, no es culpable, “es hombre y fue tentado por la mujer”.

El bajo nivel educativo de la paciente también contribuye a asumir y aceptar lo impuesto por el pastor. En nuestro país siguen existiendo marcadas diferencias entre hombres y mujeres en cuanto a nivel educativo, en el sector rural las mujeres tienen menores posibilidades de culminar su educación, por tanto menos oportunidades de trabajar y de ser independientes económicamente, es el caso de Augustina que depende totalmente de su esposo, creándose así un doble vínculo.

Actualmente la investigada está estable, sin embargo ya no se presenta colaboradora, ni abierta a recibir ayuda por parte del personal de salud mental, pues ha recibido la disposición del pastor de no hablar más de su vida familiar ni del episodio que sufrió porque “esto no está en las manos de los humanos sino en las de Dios y lo que te pasó es castigo del Señor porque en toda tu vida has sido muy pecadora”. Como se ve, la gran influencia de la religión a través del pastor de la comunidad sigue ejerciendo gran poder en la paciente, su inseguridad, sentimientos de minusvalía, los sentimientos intensos de culpabilidad, así los eventos pasados no procesados ni superados hacen pensar en un pronóstico malo para la paciente.

CASO #2 GENOVEVA

Paciente de 54 años de edad, quien acude a la consulta acompañada por su hermana con quien vive desde hace 20 años. Es internada frecuentemente en hospitales psiquiátricos por presentar episodios psicóticos maniacales con fases depresivas, lo que hace pensar en un trastorno bipolar. Se mantiene medicada. En el año 1996 acude por primera vez al “Hospital del Instituto de Seguridad Social” de Riobamba.

Madre fallecida por atropellamiento y diagnosticada de Esquizofrenia, integrante de familia mono-parental, disfuncional; ingresada en hospitales psiquiátricos en varias ocasiones; es la segunda de tres hijos, tiene una hermana mayor y un hermano menor quien ha sido diagnosticado con Paranoia. Los tres hermanos sufren de un marcado

deterioro del “Yo” debido a las frecuentes agresiones verbales y desprecios por parte del padre.

No se conoce datos de las etapas pre-natal, pos-natal, natal, tampoco de la infancia excepto que sufrió la ausencia de su madre por enfermedad, creció con su padre, tíos, abuelos paternos, es decir proviene de familia extensa disfuncional.

Tiene primaria y secundaria completas, dice haber sido siempre marginada, con su vida social reprimida por la situación de su madre, constantemente estigmatizada como “hija de la loca”, especialmente llamada así por su padre. Nunca tuvo enamorado.

Actualmente vive con su hermana mayor realizando labores domésticas. La relación con esta es conflictiva, las constantes peleas que mantienen le conducen a episodios maniacales por lo que abandona la casa durante días. En este tiempo se relaciona con diferentes hombres, siempre mayores a ella, con los que mantiene relaciones sexuales y en ocasiones incluso le pagan por su compañía, luego regresa nuevamente a casa de su hermana.

En estado depresivo se arrepiente y se culpa, incluso dice “sentirse puerca”.

Cuando está compensada se autocensura por los actos cometidos. Debido a la relación de dependencia y disfunción en la relación con su hermana, los episodios maniacales son recurrentes.

Vive su femineidad escapándose y luego desencadena la depresión. Es obesa y presenta problemas orgánicos.

Cuando presenta los episodios maníacos y depresivos siempre conserva algo de lucidez y lucha por controlarse sin lograrlo, porque teme volver a los hospitales psiquiátricos.

En estos últimos 13 años no se presentó deterioro cognoscitivo.

Esta última consulta es solicitada. Traída por su hermana al Departamento de Psiquiatría del “Instituto de Seguridad Social” de Riobamba. Presenta episodio psicótico maniaco, dice ser puerca, habla de que ha tenido relaciones sexuales con médicos y otras personas, se desnuda, dice palabras grotescas, aunque aparenta conservar cierta conciencia, escucha lo que se le habla, presenta agitación psicomotriz.

El diagnóstico diferencial se lo realizó con esquizofrenia, trastorno de personalidad ciclotímica y lesión orgánico-cerebral, pero se han descartado, porque presenta sintomatología del “trastorno bipolar” así, episodios maniaco, depresivos. No hay deterioro cognoscitivo, por tanto se concluyó que presenta Trastorno Bipolar F31 (CIE10)

La paciente mantiene tratamiento farmacológico con anti-psicóticos, estabilizadores del humor, benzodiacepinas y psicoterapia cuando está compensada.

ANÁLISIS:

El contexto familiar disfuncional en el que se desarrolló la paciente es el propicio para que aparezcan patologías, por un lado la madre con serios problemas psíquicos y por el otro un padre maltratante que estigmatiza a su hija y de alguna manera hace que ella cargue con el peso de la enfermedad materna. La práctica de comunicación vertical, tanto verbal y no verbal utilizadas con el único fin de agredir, desvalorizar y culpabilizar predispusieron a la paciente a desarrollar cuadros de intenso estrés, depresión que daría como resultado el estado actual, “Trastorno bipolar”.

No es difícil imaginar el profundo sentimiento de abandono que en su niñez debió haber sentido ante la falta de atención de su madre y el rechazo del padre, aún más cuando sufre la pérdida por el fallecimiento de su madre.

Todo niño necesita desarrollar vínculos afectivos con sus progenitores, tiene la necesidad de sentirse protegido, al momento de morir la madre es lógico que la niña busque un sustituto de la madre fallecida, lo normal sería que lo encuentre en el padre, eso en el caso de la paciente no sucedió, todo esto contribuyó a que en la etapa de madurez desarrolle el trastorno.

El aislamiento social por la condición de “hija de la loca” como era tratada por su padre la llevó a una extrema emocionalidad, por tanto, a presentar actitudes impulsivas, posiblemente porque con estos comportamientos de alguna manera podrían bloquear las agresiones.

En su vida siempre han estado presentes las agresiones, comenzando desde sus familiares, percibiendo su rechazo inicialmente del padre y en la actualidad de la hermana, quien no desea ya que viva con ella, pues siente que es una carga.

Ha sido también víctima del machismo, pues es utilizada por los diferentes hombres con quienes ha mantenido relaciones sexuales, quienes se han aprovechado de su condición, ha sido tratada simplemente como un objeto sexual y es así precisamente como ella se percibe y en sus momentos de estabilidad siente intensa culpa por sus conductas, se auto-agrede y califica en forma muy despectiva, posiblemente porque es como aprendió a considerarse y calificarse.

Es importante analizar el hecho de que la paciente elige generalmente a hombres mayores que ella para mantener relaciones, lleva a considerar que existe en ella la necesidad de recibir afecto y atención paterna.

Debido a su falta de autoestima y dependencia no aprendió un oficio, no se independizó, tampoco se dio la oportunidad de establecer una relación de pareja, posiblemente por miedo al fracaso. La marginación que vive y la influencia de las actitudes machistas de las personas de su entorno complica cada vez más su trastorno por lo que en este

momento de su vida, su futuro es malo, los episodios maníacos y depresivos actuales se presentan con más sintomatología.

CASO # 3 DOLORES

Paciente de sexo femenino, de 45 años de edad. Acude sola a consulta al servicio de psiquiatría del “Hospital del Instituto de Seguridad Social” de Riobamba para recibir psicoterapia.

Dolores es la cuarta de cinco hermanos, tres varones y dos mujeres, huérfana de padre desde hace aproximadamente dos meses, madre profesora, jubilada. Proviene de una familia nuclear disfuncional.

No proporciona datos respecto de las etapas pre-natal, natal, post-natal y primera infancia, dice desconocer. Inicia la etapa escolar a los cinco años de edad con buena adaptación, en centro educativo católico, ya que su familia profesa esta religión, se define como sociable, amigüera, con buen rendimiento académico, buena deportista.

A los 10 años de edad sufre una caída “de un árbol”, no especifica el trauma, quedó imposibilitada de caminar durante tres meses, evento que la deprimió mucho, refiere, “si no hubiera sido por el fregador al que me llevaron no hubiera vuelto a caminar”, no recibió atención de especialidad médica.

A la edad de 13 años e inicio de segundo curso de secundaria es cambiada a un colegio fiscal, al comienzo con dificultades de adaptación, pero luego dice haberse acoplado especialmente porque formaba parte de la selección de básquet de la institución académica, “para mí era lo más importante jugar básquet y como era buena y me reconocían me sentía muy bien”, sin embargo empieza a bajar su rendimiento

académico, situación que oculta a su madre debido a la rigidez de ésta, pues constantemente la amenazaba con impedirle que siga practicando el básquet.

Refiere que su madre y padre eran demasiado rígidos e inflexibles, poco comunicativos, especialmente su madre “lo que decía se tenía que hacer y nunca me dijeron que me querían” “cuando me iba a alguna fiesta tenía que mentirles porque mi padre decía que solo las mujeres de mala reputación iban a las fiestas a buscar hombres”.

A los trece años de edad mantiene una relación amorosa en secreto, con un pariente del padre.

La relación con sus dos hermanos varones y hermana era buena, no así con el hermano mayor a ella con un año, dice que siempre estaban discutiendo, que era malo con ella y que siempre su madre le defendía a él.

Recibió una educación machista, en la que era obligada por su madre a atender a sus hermanos varones a la hora que lo soliciten, preferentemente al hermano con quien tenía dificultad, “ellos son hombres y las mujeres tenemos que atenderlos” si se hacía lo contrario la madre le castigaba. Recuerda que en una ocasión su hermano le pegó en la calle y su madre no le defendió.

La relación entre sus padres no era buena “casi no se hablaban”, en muchas ocasiones el padre abandonaba el hogar, no sabe con certeza los motivos, pero dice que al comienzo se sentía mal por la ausencia de su padre, porque de alguna manera era más cercana a él, pero que se fue acostumbrando.

Cuando se gradúa le envían a estudiar en Quito Odontología, vive con sus hermanos, agravándose la relación conflictiva con su hermano, “no me daba para nada... me decía

que era una mujer de la calle... en algunas ocasiones me pegó y frecuentemente me mandaba de la casa especialmente cuando salía con mis amigos”

Mantiene una relación amorosa con un compañero de universidad por el lapso de un año, se casan en secreto pero al enterarse los padres de él, es obligada a divorciarse, sosteniendo que ella es muy poca cosa para su esposo “el padre me insultó... me dijo que era una zorra aprovechada... yo me quede callada total ya estaba acostumbrada a que me traten mal”.

Posteriormente abandona la carrera y empieza a trabajar como recepcionista en un hospital, en donde mantiene relación amorosa con un médico casado, termina su contrato de un año y para renovarle el jefe le propone tener relaciones sexuales, a lo que la paciente rechazó.

Consigue trabajo en una distribuidora de medicinas e inicia una nueva relación, se mantiene durante más o menos ocho meses y termina por infidelidad de su pareja, “pero ya estaba acostumbrada a que me dejen... qué más podía hacer... es que él tenía plata y era de clase social alta... no iba a querer nada serio conmigo”.

A los 23 años de edad refiere haber sentido un “terrible dolor de cabeza”, pero no acude al médico; a los 24 años nuevamente siente intensos dolores de cabeza pero en esta ocasión no se puede controlar, corre por las calles, llega a casa de su amiga y llora intensamente “estaba descontrolada sólo quería llorar me sentía muy triste... tenía ganas de morirme”, es internada en clínica psiquiátrica por el lapso de tres meses, donde le administran medicación, con diagnóstico de “Psicosis depresiva maniacal”, recuerda que al despertar no quería ver a su hermano ni a su madre “no quería ver a mi hermano porque era malo conmigo, pero a mi mamá no sé por qué”

Luego del tratamiento psiquiátrico regresa a vivir en Riobamba con su madre quien le administra la medicación en dosis menores a las indicadas, por lo que presenta un nuevo

episodio y es trasladada a Quito, le prescriben dosis más altas y regresa a casa de su madre, se mantiene con la medicación.

A los 26 años de edad se casa con un hombre mayor a ella con dos años, de profesión ingeniero y profesor de educación superior, dice “me recuerda a mi hermano a quien no quiero...tomaba mucho y era grosero”. Se embaraza, nace su hija y refiere que le dio “depresión post-parto”. Es víctima de frecuentes agresiones físicas, verbales y psicológicas por parte de su esposo, por lo que regresa a vivir con su madre y presenta depresión.

Regresa después de algunos meses con el esposo pero la situación no cambia y descubre que mantiene una relación extramatrimonial, cuando lo confronta el admite y le dice que eso es lo que se merece porque ella es una mujer de la calle. Víctima de constantes agresiones dice “me convertí en su empleada”, no dormían juntos y fue agredida físicamente.

Toma la decisión de divorciarse hace dos años, su madre ve esto como un fracaso, actualmente vive con ella y su hija, refiere “ella es el motor de mi vida”, trabaja como secretaria con un arquitecto y dice sentirse tranquila. No ha presentado episodios maníaco- depresivos, asiste a terapia y ya no mantiene tratamiento medicamentoso.

La paciente tiene diagnóstico de “Trastorno Bipolar” F31 (CIE10), el diagnóstico diferencial se lo realizó con el trastorno de personalidad ciclotímica y esquizofrenia, sin embargo esta se descartó porque no presenta las características propias del trastorno, como son deterioro cognitivo y afectivo, entre otros.

ANÁLISIS

Este es un claro ejemplo de la discriminación de género, machismo, violencia intrafamiliar. La paciente proviene de un hogar donde se ve una marcada diferencia

entre los derechos que tienen los hijos varones y los derechos que tienen las mujeres, donde la madre es quien fomenta ésta situación, otorgándole a la mujer el penoso rol de constituirse en servidora incondicional del hombre, privándola de sus derechos, coartando su desarrollo integral, fomentando la equivocada percepción del valor que como mujer tiene. Es evidente el maltrato permanente.

Es frecuente encontrar en nuestra sociedad familias que se desarrollan en medio de violencia intrafamiliar, impulsada justamente por estas conductas que son vistas como normales, debido a factores socio-culturales que mantienen aún en el siglo XXI la sumisión de las mujeres.

Vivir en un sistema familiar disfuncional con comunicación patológica, en donde las hijas no tenían derecho a opinar, con una madre rígida, tiránica y potencialmente machista, minimizó a Dolores como persona, conduciéndola a establecer relaciones afectivas en las que tenía un rol inferior, ya sea por el aspecto económico y social, aceptando estas situaciones como normales.

Dolores ha debido afrontar situaciones negativas, como las constantes agresiones por parte de su hermano, abandono de sus parejas sentimentales, principalmente de su esposo, a consecuencia de estos eventos se convirtió en una persona vulnerable.

Apoyada en la ayuda psicoterapéutica, mediante la cual comprende el valor que como mujer y ser humano tiene toma la decisión de terminar con la relación conyugal disfuncional que mantenía, y logra estabilizarse.

CASO #4 MARUJA

Paciente de sexo femenino de 58 años de edad. Acude por primera vez al servicio de psiquiatría del Hospital del “Instituto de Seguridad Social” de Riobamba hace 6 años por

presentar episodio psicótico depresivo maniacal, con marcada agresividad, especialmente hacia su esposo.

Hija de madre campesina, soltera, maltratante y poco afectiva; tiene una hermana menor con la que mantiene una relación normal, sufrió por no tener padre; desconoce datos de etapas pre-natal, natal, post-natal, no proporciona mayores detalles de infancia y juventud, tan solo que ingresó a la escuela a los 5 años de edad, terminó la instrucción secundaria y se formó para profesora. Tiene una hija de 14 años de edad con quien la relación es buena, aparentemente, tomando en cuenta la enfermedad de la madre.

Frecuentemente ha asistido a la consulta psiquiátrica por presentar episodios psicóticos depresivos maniacales, como consecuencia de los constantes engaños y agresiones por parte de su esposo, a lo que la paciente por su enfermedad respondía “creía que le quería matar...que le decía de esta noche no pasas”.

Hace aproximadamente dos años inicia los trámites del divorcio, debido a la situación estresante presenta episodio psicótico depresivo, por lo que acude a consulta y se mantiene con medicación para controlar los síntomas psicóticos y depresivos.

Una vez superados los problemas del divorcio, no ha presentado hasta la actualidad cuadros psicóticos.

El diagnóstico de Maruja es “Trastorno Bipolar” F31 (CIE10), el diagnóstico diferencial se lo realizó con el trastorno neurótico de despersonalización. La paciente ha presentado episodios maniaco depresivos, por tanto se ha llegado a este diagnóstico (Trastorno Bipolar).

ANÁLISIS

Al igual que los casos anteriores, claramente vemos que el trastorno bipolar es desencadenado por carencias afectivas, disfunción familiar, maltrato intrafamiliar, discriminación de género.

Con una madre maltratante y sin la presencia de la figura paterna, la paciente creció en medio de un ambiente totalmente carente de afecto, privada de los derechos de atención y protección por parte de sus padres, en medio de una dictadura materna, como manifiesta Barudy (Dictaduras familiares, abusos sexuales, incestos) “la violencia ejercida sobre los menores se justifica entre otros mediante conceptos de sumisión a la autoridad de los padres”. Por supuesto, de no obedecer las consecuencias eran devastadoras.

El hecho mismo de no contar con la presencia de la figura paterna constituye para el niño/a un abandono que contribuirá a la presencia de sentimientos de minusvalía, inseguridad y la predisposición a desarrollar en la vida adulta patologías psíquicas, como ha sucedido en este caso.

El soportar las infidelidades y los maltratos de su esposo por largo tiempo habla sobre la percepción de la paciente, en cuanto al establecimiento de las relaciones, por supuesto, si vivió en un medio maltratante, para ella era normal estar inmiscuida en una relación con estas características.

Se debe rescatar que, a pesar de tener una madre campesina, con bajo nivel educativo, ella logró desarrollarse profesionalmente y trabajar como profesora, por lo que el pronóstico de mejorar su calidad de vida es bueno, adicionalmente a esto, como hemos dicho, una vez que se divorcia (sin querer decir que esta es la solución) termina así con los maltratos físicos, verbales y psicológicos. Los síntomas de su enfermedad desaparecen.

CASO #5 LEONOR

Paciente de sexo femenino, de 54 años de edad, madre soltera de una hija, jubilada por invalidez debido a su enfermedad mental.

Ha presentado cuatro episodios psicóticos de características alucinatorias delirantes en los últimos 25 años, sin existir deterioro cognoscitivo, emocional ni afectivo, por lo que se descarta el diagnóstico de esquizofrenia.

El primer episodio se presenta luego de su embarazo y parto, el mismo que fue producto de una relación “fantasma”, rechazada por sus padres y que nunca ha relatado a su hija ni en consulta, se desconoce si hubo romance o enamoramiento, fue una relación descalificada por su madre, quien tenía carácter fuerte, impositiva; tiránica, y que tuvo conflictos conyugales.

Tiene tres hermanos varones, de los cuales los dos tienen problemas psíquicos, el uno mantiene una apariencia “Jipi”, vagabundo y el otro terminó la carrera de Ingeniería Agronómica, nunca se casaron pues la madre es castrante.

Esta situación de ser madre soltera con una madre con las características mencionadas, le hizo vivir muchos conflictos a ella y a su hija, pues ella era quien le acompañaba a consulta y le daba la medicación hasta cuando tuvo 16 años de edad, se casa y tiene tres hijos, pero mantiene una relación conflictiva con su esposo y se separa.

Cuando la hija comienza a presentar problemas inmediatamente la paciente deja de psicotizarse, pues tiene que hacerse cargo de los problemas de la hija.

El diagnóstico diferencial de la paciente se realizó con cuadros maníacos psicóticos, esquizofrenia, lesión cerebral, llegando al diagnóstico definitivo: Cuadro psicótico delirante - F.22.0 (CIE 10).

Los cuadros psicóticos se caracterizaban por delirios y alucinaciones. En la paciente duraban semanas, con tratamiento farmacológico se estabilizaba, no presentaba sintomatología y se descarta el trastorno bipolar porque no habían crisis maníaco depresivas, en una ocasión convulsionó, por lo que se sospechó de la presencia de trastorno debido a lesión orgánica, nunca se confirmó, por tanto cabe la posibilidad de que puede ser un caso donde se presenten las dos características.

ANÁLISIS

Como en los casos anteriores, este es el resultado del concurso de varios factores, carencia afectiva, maltrato infantil, maltrato intrafamiliar, y cuando me refiero al maltrato infantil, tenemos que recordar que “por maltrato se entiende a todo acto de acción u omisión que afecte de manera física, verbal o psicológica al individuo...” y, por supuesto que, la paciente fue maltratada en su niñez, el hecho de obligar a un niño a vivir en medio de conflictos conyugales ya es un atentado hacia sus derechos; además ser vista como un objeto sin posibilidades de opinión por la dictadura del padre y la madre, de características rígidas e inflexibles.

Por ser rechazada y estigmatizada por sus padres en razón de su condición de madre soltera, guardando toda su vida el secreto de la identidad del padre de su hija (para proteger su dignidad), privando a la vez a su hija del derecho que tiene de saber quién es su padre, desencadenan sentimientos de vacío, posibilitando así su inestabilidad.

Es importante anotar que el momento en que su hija comienza a presentar dificultades, la paciente se compensa, posiblemente porque asume que ahora tienen que cuidar de ella.

2.3.- DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS

-Sistema.- es un conjunto de elementos en interacción dinámica en el que el estado de cada elemento está determinado por el estado de cada uno de los demás que lo conforman³².

-Sistema cerrado.- cuando no intercambian materia, energía y/o información en su entorno. Casi no hay ejemplos en la naturaleza porque la mayoría tienen un intercambio con su entorno³².

-Sistema abierto.- cuando intercambian materia, energía y/o información con su entorno, por tanto un sistema abierto es modificado por su entorno y este al mismo tiempo lo modifica³².

-Totalidad y no sumatividad.- el cambio en un miembro del sistema afecta a los otros, puesto que sus acciones están interconectadas. Las pautas de funcionamiento del sistema no son reducibles a la suma de sus elementos constituyentes³².

-Circularidad.- debido a la interconexión entre las acciones de los miembros de un sistema, las pautas de causalidad no son nunca lineales sino circulares en el sentido que B refuerza retroactivamente la manifestación de A³².

-Equifinalidad.- un mismo efecto puede responder a distintas causas. Es decir, los cambios observados en un sistema abierta no están determinados por las condiciones iniciales del sistema, sino por la propia naturaleza de los procesos de cambio³².

-Feedback.- en un sistema, las acciones de cada miembro se convierten en información para los demás, de forma que favorecen determinadas acciones en ellos (Feedfack positivo) o las corrigen (Feedback negativo)³².

-Homeostasis.- proceso de mantenimiento de la organización del sistema a través de Feedback negativo³².

-Morfogénesis.- proceso que facilita el cambio en la organización de cualquier sistema mediante Feedback positivo³².

-Nivel analógico, nivel digital.- mientras que el nivel digital se refiere al contenido semántico de la comunicación, el nivel analógico cualifica como se ha de entender el mensaje³².

-Puntuación de las secuencias.- los sistemas abiertos se caracterizan por patrones de circularidad, sin un principio ni un final claro. Por lo que la definición de cualquier interacción depende de la manera en que los participantes en la comunicación dividan la secuencia circular y establezcan relaciones de causa y efecto³².

-Simétrica o complementaria.- en los sistemas relacionales se dan relaciones simétricas (basadas en la igualdad) o complementarias (basadas en determinadas diferencias). No considerando disfuncional a ninguno de los dos tipos, salvo cuando se da una sola de estas formas³².

-Nociones evolutivas.- la importancia de estas nociones no radica sólo en cada frase en sí misma sino en las crisis a que puede dar lugar el paso de una a otra. La superación de tales crisis consiste en modificar la estructura del sistema familiar manteniendo su organización³².

-Un sistema se compone de subsistemas.- entre estos existen límites que tienen como objetivo proteger la diferenciación del sistema y facilitar la integración de sus miembros en él³².

-Límites y fronteras.- en cada familia existen reglas y fronteras internas que son identificadas por las distintas reglas de conducta aplicables a los distintos subsistemas familiares³².

-Grado de permeabilidad: límites.- estos pueden ser difusos. Rígidos o claros: Límites difusos son aquellos que resultan difíciles de determinar; límites rígidos son aquellos

que resultan difíciles de alterar en un momento dado; límites claros son aquellos que resultan definibles y a la vez modificables³².

-Triada rígida.- se refiere a las configuraciones relacionales paterno-filiales en las que el hijo se usa rígidamente para desviar o evitar los conflictos parentales. Hay tres configuraciones y estas son: Triangulación: cada uno de los cónyuges trata de obtener el respaldo del hijo en su conflicto con el otro. Coalición: uno de los progenitores respalda al hijo en un conflicto planteado por éste y el otro progenitor, esta situación tiene el efecto de crear un vínculo entre el progenitor defensor y el hijo para ir en contra del otro cónyuge³².

-Desviación de conflictos: se produce cuando se define a un hijo como malo y los padres, a pesar de sus diferencias mutuas en otros aspectos, se unen en un esfuerzo para controlarlo o cuando se le define como enfermo y se unen para cuidarlo y protegerlo³².

-Holones.- en la familia nuclear el sistema adulto-adulto puede ser conceptualizado en dos roles diferentes de relaciones: padre-madre, marido-esposa. Ambos holones están íntimamente interconectados y el desempeño del uno puede afectar al otro³².

-Holón individual.- es fácil considerar a la familia como una unidad, y al individuo, como un holón de esa unidad. Pero el individuo incluye además aspectos que no están contenidos en su condición de holón de la familia. La interacción constante dentro de diferentes holones en tiempos distintos requiere de la actualización de los respectivos segmentos del sí-mismo³².

Por lo tanto, las personas, en cada una de sus interacciones, solo manifiestan parte de sus posibilidades. Estas son múltiples, pero sólo algunas son traídas a la luz o canalizadas por la estructura del contexto. Por lo que la quiebra o ampliación de contextos pueden permitir el surgimiento de nuevas posibilidades³².

Las familias son sistemas multi-individuales de extrema complejidad, pero son a su vez subsistemas más vastos: la familia extensa, el barrio, la sociedad como un todo.

Tenemos que destacar que las familias tienen subsistemas diferenciados. Cada individuo es un subsistema, como lo son las diadas, (marido, mujer). Subgrupos más amplios son los formados por los miembros de la misma generación (subsistema de los hermanos), el sexo (abuelo, padre, hijo varón) o la tarea (subsistema parental). Las personas deben adecuarse a su rol y papel correspondiente dentro del sistema familiar, así tenemos que un hijo debe actuar como niño dentro del sistema parental para que su padre pueda obrar como adulto. Pero si lo dejan a cargo de su hermano más pequeño, deberá tomar sobre sí responsabilidades ejecutivas. Dentro del holón de la familia, tres unidades poseen significación particular, además del individuo; los subsistemas conyugal, parental y de los hermanos³².

-Holón conyugal.- formado por la pareja, tiene como tareas el trazado de fronteras. Este trazado permite parcelar un ámbito propio para las necesidades psicológicas de la pareja y regular la intromisión de otras personas en el subsistema. La eficacia de la delimitación de esas fronteras constituye uno de los aspectos más importantes de la viabilidad de la estructura familiar.³²

-Holón parental.- generalmente está formado por los padres (padre y madre), aunque el esquema puede variar dependiendo del tipo de familia: puede estar compuesto por abuelos, tíos, por un hermano o una hermana mayor encargado/a de la crianza de los pequeños.³²

-Holón de los hermanos.- los hermanos y las hermanas son una parte del mundo social y se constituyen en el primer grupo de iguales del niño/a. Dentro del contexto familiar los/as se apoyan entre sí, se divierten aprenden a resolver diferencias y conflictos, aprender habilidades relacionadas con la aserción, el compartir, negociar, cooperar y competir, y todo dentro de un proceso de interacción dinámico y cíclico.³²

2.4.- HIPÓTESIS Y VARIABLES

2.4.1.- HIPÓTESIS

Los factores socio-culturales influyen significativamente en los cuadros psicóticos presentados en las cinco pacientes del Instituto de Seguridad social de Riobamba (período mayo - agosto de 2009).

2.4.2.- VARIABLES

Variable independiente: Factores socio culturales

Variable dependiente: Cuadros Psicóticos

2.4.3.- OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIONES CONCEPTUALES	CATEGORIAS	INDICADORES	TÉCNICAS E INSTRUMENTOS
VARIABLE INDEPENDIENTE Factores socio – culturales	Sociedad.- organización de seres humanos que siguen un mismo ritmo de vida. Cultura.- es el modo de vida de un pueblo. Una sociedad está compuesta de gentes, el modo como se comportan es su cultura.	Religión Economía Educación Costumbres Género	Sumisión de las esposas Dependencia económica de la mujer al esposo. Bajo nivel educativo de la mujer. El rol de la mujer principalmente es de ama de casa.	Entrevista no estructurada. Observación. Historia clínica. Ficha clínica
VARIABLE DEPENDIENTE Cuadro psicótico	Trastorno psíquico indicativo de una situación de desintegración y confusión del Yo.	Trastorno (Trastorno bipolar etc.)	Trastorno Psíquico Trastorno de conducta Trastorno de personalidad	

CAPITULO III

3.- MARCO METODOLÓGICO

3.1.- MÉTODO

Esta investigación tendrá un enfoque cualitativo porque se han utilizado registros narrativos, observación, entrevistas no estructuradas con la finalidad de identificar las realidades particulares de las investigadas, sus sistemas de relaciones, su dinámica social y cultural. Ha sido de fundamental importancia desarrollar una comunicación igualitaria entre el investigador y las investigadas para obtener ricos y profundos datos, mediante el relato de vida. El método cualitativo se ajusta a esta investigación, ya que en esta se estudian los casos de manera particular y no generalizada y está orientada al seguimiento y resultado de los procesos terapéuticos.

De igual manera, se realizó un estudio descriptivo analítico por muestreo no probabilístico de tipo intencional de la investigadora, en el período comprendido entre mayo-agosto de 2009.

TIPO DE INVESTIGACIÓN

El tipo de investigación utilizada es histórica retrospectiva, porque se partió del hecho suscitado en el presente para, mediante la investigación obtener datos del pasado de las pacientes que justifiquen o sean causa de sus conductas y episodios psicóticos, es decir, descubrir el origen de estos hechos, analizando sus experiencias socio-culturales, principalmente en lo referente a la religión, tradiciones, nivel educativo, economía y la estructura de sus sistemas familiares. De alguna manera procurando que las pacientes recreen sus experiencias pasadas, sin tergiversar los hechos y condiciones reales, para examinar, seleccionar y clasificarlos con el fin de interpretarlos de manera adecuada.

DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

El diseño de la investigación es de campo porque se presentan, describen y analizan los datos manteniendo un orden. La recolección de datos se realizó en el espacio donde las investigadas se desenvuelven, es decir en el interior de sus familias y comunidades.

TIPO DE ESTUDIO

En esta investigación los datos fueron tomados en varios momentos, por lo cual el tipo de estudio es HORIZONTAL.

3.2.- POBLACIÓN Y MUESTRA

3.2.1.- POBLACIÓN

La investigación se la realizó en cinco pacientes del “Instituto de Seguridad Social” de Riobamba

3.3.- TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Entrevista: permitiendo identificar aspectos de importancia como necesidades, posición de la paciente ante determinadas situaciones, saber los motivos y razones de sus conductas, en general recoger información especializada.

Observación: mediante la cual se pudo observar los diferentes comportamientos no verbales frente, a diferentes estímulos.

3.4.- TÉCNICAS PARA EL ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

Historia Clínica: a través de esta se ha podido conocer datos bibliográficos, patologías de importancia, eventos de relevancia desarrollados en las diferentes etapas de la vida.

CAPITULO IV

CONCLUSIONES

-La integridad psíquica y afectiva de las personas en el medio rural es afectada por factores socio-culturales, costumbres, acceso a los medios de comunicación, educación, economía y religión.

-La muestra de la población seleccionada para la investigación evidencia un problema social que afecta a la integridad psíquica y afectiva de las personas, lo cual genera problemas de conducta, de personalidad y en general de valoración individual.

-La situación particular de la mujer campesina, la hace susceptible de ser víctima en mayor grado de desórdenes psicológicos que desembocan en cuadros psicóticos, así “trastorno bipolar”, que casi en su totalidad no son atendidos en forma adecuada, esto debido a su cultura en la que tiene un papel preponderante la religión, misma atribuye estos cuadros a “castigos divinos”, la práctica fanática de la religión es limitante, alienante.

-Las experiencias traumáticas de las pacientes vividas en la infancia por el irrespeto a los derechos que tienen los niños y la anarquía que ejercen los padres en el sistema familiar predispusieron a las investigadas a desarrollar en la vida adulta trastornos psiquiátricos.

-La violencia conyugal, las agresiones físicas, verbales y psicológicas a las que están expuestas las mujeres investigadas son el elemento estresante que ocasiona la aparición de cuadros psicóticos, y sin embargo, de no estar conformes con esta situación se ven obligadas a mantenerlas por su dependencia económica, creándose así un doble vínculo.

RECOMENDACIONES

-Diseñar planes de trabajo en intervención y prevención en el campo educativo y de salud mental, orientando los aprendizajes reflexivos y analíticos, de tal manera, que las personas del medio rural cuenten con oportunidades de acceso a medios de comunicación abiertos y los grupos sociales (femeninos) de los contextos indígenas estén en capacidad de elegir y discernir sobre sus convicciones y necesidades, con respeto a su integridad y a la de los demás.

-La atención en el área de la salud debe abordar la asistencia no solamente al aspecto biológico, sino que es necesario concienciar la necesidad de la intervención en el área mental. Así, fomentando los servicios en el área de psicológica clínica en los Centros de Salud de la provincia, con la finalidad de aportar al desarrollo de hogares funcionales y/o nutridores. Logrando por lo tanto personas con equilibrio emocional, que contribuyan efectivamente al desarrollo personal familiar y social.

-Los prejuicios raciales y principalmente religiosos presentes en nuestra sociedad deben erradicarse mediante la concienciación, para fomentar el respeto a todas las personas y contextos sociales.

-Se debe asegurar y garantizar el cumplimiento de los derechos de los niños (as) a vivir con respeto y afecto a través de la educación permanente, concomitantemente al humanismo y demás principios y valores.

-Mediante la prevención primaria, hacer conscientes a las comunidades sociales y a los sistemas familiares de los roles que cada miembro debe asumir en razón de sus deberes y derechos, para, fundamentalmente lograr que los niños (as) sean personas seguras y tengan la capacidad de romper el silencio y denunciar las agresiones de las que son víctimas.

-Fomentar en la mujer la conciencia de su derecho a desarrollarse intelectualmente y afectivamente, ha aprender un oficio o profesión, de tal forma que consiga su independencia, rompa el doble vínculo que la tiene expuesta a la violencia y opte por un crecimiento personal adecuado.

BIBLIOGRAFÍA

- (1) Akiskal, Cetskovich-Bokmas, García Boneto, Strejilevich-Vasquez. “Trastornos Bipolares. Editorial Médica Panamericana. Buenos Aires.
- (2) Asociación Americana de Psiquiatría. “Guía Clínica para el tratamiento de la Esquizofrenia”. Psiquiatría Editores, 2002.
- (3) Berger. M. Milton. “Más allá del Doble Vínculo” 1era. Edición. Editorial Paidós, España, 1993
- (4) Biblia Evangélica. Reina – Valera, 1960. Sociedades Bíblicas Unidas. Grupo Nelson, 2006.
- (5) CEPAL. IV Conferencia regional sobre la integración de la mujer en el desarrollo económico y social: “Las mujeres en América Latina y el Caribe”. Guatemala, 1988.
- (6) Coufre, Héctor. “Culturas y Estética contemporánea”. Ediciones Polimodal, 2002.
- (7) Crespo, Walter Roberto. “Análisis socio religioso del Ecuador”. Documento 2005. Biblioteca del Banco Central del Ecuador.
- (8) DINAMU-UNICEF. “Violencia Intrafamiliar en el Ecuador”. Documento Banco central del Ecuador 2007.
- (9) Dore G. Romans. “Impact of Bipolar affective disorder on family and partners”. Revista Brasileira de Psiquiatría de la Universidad de Barna 2005.
- (10) Diccionario Lexus de la Salud. Editorial Mosby. 2da. Edición. España.
- (11) Documento manifiesto de la “Primera Asamblea de Redes Cristianas”. 2007.

- (12) DSM-IV-TR “Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales”. Editorial Masson.
- (13) Espinoza Paula. “Raíces culturales del Ecuador”. Universidad San Francisco de Quito. 2005
- (14) Documento INEC. Sistema integrado de Encuestas de hogares. Modulo empleo 2003
- (15) Garnica Portillo, R. “Esquizofrenia”. Biblioteca Médica Mexicana. 2da. Edición. Editorial JGH 1998.
- (16) Gelder M., Mayou R., Geddes J. “Oxford Psiquiatría”. 2da. Edición. Editorial Marban. 2000.
- (17) Guía de Bolsillo de la Clasificación CIE-10. “Clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento”. Editorial Médica Panamericana. Bogotá. 2004.
- (18) Guinea R. “Rehabilitación Psicosocial, una teoría, una práctica, una ética”. Cuaderno de Psiquiatría Comunitaria. Vol. 7, #2- 2007.
- (19) Harold I. Kaplan, M.D., Benjamin J. Sadock, M.D. Sinopsis de Psiquiatría. Séptima Edición. Editorial Médica Panamericana 1996.
- (20) Howard H. Goldman, M.D, MPH, PHD. “Psiquiatría General”. Quinta Edición. Editorial el Manual Moderno. México. Santa Fé de Bogotá. 1995.
- (21) Iglesia “El Betel”. Entrevista a uno de sus miembro.
- (22) Linda, Cary. “Las Mujeres en América y el Caribe”. Documento expuesto en la IV Conferencia Regional sobre integración de la mujer en el desarrollo económico y social.
- (23) McKenzie John. “Despertad. Ediciones Notre Dame. 1999.

- (24) Millan Puelles, Antonio. "La libertad y el ser de mujer". Editorial Rialp. Madrid. 2006.
- (25) Minuchin Salvador. "Técnicas de Terapia Familiar". España- Paidos. 1985.
- (26) Minuchin Salvador, "Técnicas de Terapia Familiar". España – Paidos. 1988.
- (27) Navarro Morales Ma. Inmaculada." La intervención Psicosocial Familiar con familias multiproblemáticas". Editorial Herder. Valencia 2002.
- (28) Reinares M, Colon F. Martínez, Aranda A, Vieta E. "Therapeutic interventions focused on the family of bipolar patients". Editorial Médica Panamericana. Madrid 2005.
- (29) Revista de la Universidad de Guadalajara. "Acercamiento hacia la psicosis". Número 30. 2003-2004.
- (30) Revista de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador. "Evolución del Catolicismo". Quito. 1999.
- (31) Scmith M. "Compendio de fundamentos de la religión Católica". Editorial Subirama Hnos. Barcelona 2002.
- (32) Tapia Diego. "Terapia Familiar Sistémica". Editorial Universidad Politécnica de Quito. 2003.
- (33) The International Society for Bipolar Disorder. "Bipolar Disorders Journal". Volumen 1. Número 1. Editorial ARS Médica, México D.F. 2007.
- (34) Verdesoto, Luis, Ardaya Gloria, Roque Espinoza y García Fernando." Rastros de la familia Ecuatoriana". Biblioteca del Banco Central del Ecuador.
- (35) Vieta Eduard, Francesc Colom, I. Victoriano. "Convivir con el trastorno bipolar". Editorial Médica Panamericana. Madrid España. 2007.

(36) Villaseñor Bayardo, S. J. "La *bouffée* delirante, revisión histórica de un concepto", *Salud Mental*, núm. 1, vol. 16, marzo, 1993.

(37) Von As J, Krabbendam I, Myin-Germeys I. "The Schizophrenia Envirome". Vol. 18. Universidad de Cambridge.

(38) Watzlawick Paúl y otros. "Teoría de la Comunicación Humana". Editorial Herder. Barcelona. 2002.

Páginas web:

(39) Resumen Cronológico de la historia de la Iglesia Evangélica en el Ecuador. Disponible en la web:

www.angelfire.com/ut/iglesia/

(40) Borel Victoria, Cestavo Omar, Steeven Pablo. "Trastorno Bipolar". Curso Superior de Médico Especialista en Psiquiatría. Disponible en la web:

www.pdfactory.com

(41) Cary Linda. "Violencia Intrafamiliar en el Ecuador". Disponible en la web:

<http://www.monografías.com/trabajos60/violencia-intrafamiliar-ecuador/violencia-intrafamiliar-ecuador2.shtml>

(42) Documento INEC. Sistema Integrado de Encuestas de la Comunidad Andina. Módulo Socio-economía 2006. Disponible en la web:

www.inec.gov.ec/c/document_library/get_file?folderId.

(43) Espinoza Paula. "Raíces Culturales del Ecuador". Disponible en la web:

www.usfq.edu.ec/profesores/.../Ecuador.../raíces.html

(44) Estadísticas sobre prácticas religiosas en el Ecuador. Disponible en la web:

www2.ohchr.org/english/issues/.../EcuadorDefensoriadelpueblo.doc

(45) Feyerabend. “Teoría del Doble Vínculo”. 2010. Disponible en la web:

www.zeirschriftpsychologia.zoomblog.com/.../Gregory-Bateson-Teoria-del-doble-vinculo.html.

(46) Moreno Cidoncha Esther. “La Esquizofrenia: Definición, causas, curso, tratamiento”. Disponible en la web en:

www.psicología-online.com.../esther/esquizofrenia1/index.shtml

(47) Movimiento católico actual a favor de la mujer. Disponible en la web:

<http://misionalogiolatinoamerica.blogspot.com/2007/10/analisis-socio-religioso-html>

(48) Publicaciones 2000. “Entendiendo el desorden afectivo bipolar”. Disponible en la web:

www.nhs.direct.nhs.uk

(49) Rouner Jorge. “Esquizofrenia Modulo I”. Disponible en la web:

www.cofa.org.ar/esquizofrenia.html

ANEXOS

HISTORIA CLÍNICA

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN

- Nombre:
- Lugar y fecha de nacimiento:
- Edad:
- Sexo:
- Procedencia:
- Residencia:
- Instrucción:
- Profesión:
- Ocupación:
- Raza:
- Estado civil:
- Número de Hijos:
- Religión:
- Tendencias Políticas:
- Datos proporcionados por:
- Fecha de ingreso:

2. CONDICIONES DE HOSPITALIZACIÓN:

3. MOTIVO DE CONSULTA.-

4. HISTORIA DE LA ENFERMEDAD

Enfermedad actual

Evolución de la enfermedad.

5. PSICOANAMNESIS PERSONAL, NORMAL Y PATOLÓGICA:

Etapa pre-natal.

Etapa natal.

Etapa post-natal.

Infancia.

Pubertad, adolescencia y juventud.

Madurez:

6. PSICOANAMNESIS SOCIO – FAMILIAR

c) **Grupo familiar de origen.-**

d) **Grupo familiar propio.-**

7. EVALUACIÓN PSICOLÓGICA DE FUNCIONES COGNITIVAS

FUNCIONES PSICOLÓGICAS	AL INGRESO	HOSPITALIZAC IÓN	AL EGRESO	ACTUALIDA D
1. CONCIENCIA				
2. ATENCIÓN				
3. LENGUAJE				
4. PENSAMIENTO				
5. JUICIO, RAZONAMIENTO				
6. SENSOPERCEPCIONES				
7. AFECTIVIDAD				

8. VOLUNTAD				
9. INSTINTOS				
10. HÁBITOS				

8. DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO

9. PRUEBAS PSICOLÓGICAS

10. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

a.- Diagnóstico clínico:

b.- Diagnóstico de personalidad:

11. DIAGNÓSTICO DEFINITIVO

a. Entidad Clínica:

b. Personalidad:

12. PRONÓSTICO:

