

UNIVERSIDAD DIEGO PORTALES

FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS Y EDUCACIÓN

ESCUELA DE PSICOLOGÍA

CÁTEDRA METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

Estudio descriptivo sobre las actitudes discriminativas de padres hacia hijos esquizofrénicos y su efecto en la vida familiar

INTRODUCCIÓN

Tema:

Estudio sobre las actitudes discriminativas de padres hacia hijos esquizofrénicos y su efecto en la vida familiar.

Problematicación:

Desde la antigüedad se pensó que la locura era provocada por causas naturales. En los primeros tiempos se la atribuyó a una mezcla no equilibrada de los humores. En la edad media, fue atribuida a los demonios. La teoría vigente del siglo pasado fue la degeneración: lo natural dentro del individuo. Poco a poco, el acento se desplazó hacia lo histórico y la cultura, entendiendo como tal el mundo definido por reglas, por lo tanto, con atributos de relatividad y particularidad

Calabuig P, Fernández S, González M, Serrano E, sostienen que las enfermedades mentales han sido un problema de gran magnitud. Hoy, a escala internacional, los pacientes diagnosticados de problemas de salud mental representan aproximadamente al 25% de la población. Artigas R, Rocco V (2003), sostienen que de este total, se identifica aproximadamente a un 1% de la población mundial con Esquizofrenia

En cuanto a la forma de expresión de la esquizofrenia, Calabuig P, Fernández S, González M, Serrano E, plantean que la expresión actual de la enfermedad se observa desde un punto de vista enfocado más hacia el área social; la nueva perspectiva sociológica opina que los enfermos mentales son creados por la sociedad y, por tanto, debe ser ella la que los cuide. Esto último indica que el núcleo familiar de las personas enfermas tome un lugar preponderante, debido a que serían la fuente primaria con la cual se relacionan. La enfermedad mental implica repercusiones en la familia, no tan sólo con respecto a las interacciones emocionales, sino que también a las actividades domésticas y a la situación económica.

En un estudio reciente (Jara A, Gallado O; 1998), menciona que la esquizofrenia es un problema grave que aqueja a un porcentaje importante de personas de nuestra sociedad; esta situación no sólo afecta a estos individuos, sino que también a sus familiares que se ven envueltos en un mundo completamente desconocido y estresante. Dentro de estas situaciones se divisan etapas de recibimiento de la enfermedad mental, al comienzo la familia responde con angustia y miedo porque se presentan cambios emocionales en la conducta del enfermo y temen a lo desconocido.

Algunas familias sienten culpa, convencidos de su responsabilidad en la enfermedad. La estigmatización de las enfermedades mentales por parte de la sociedad contribuyen a generar aun mayores sentimientos de frustración e ira. La familia también se ve obligada a reconocer la cruda realidad de tener un miembro esquizofrénico y hacer el duelo por las expectativas y los sueños con respecto al enfermo

Los impactos de la esquizofrenia en la familia son diversos, esto se ve en que; La esquizofrenia, como cualquier otra enfermedad degenerativa, provoca inevitables impactos en todos los miembros de la familia. Esta, experimenta estrés asociado a la convivencia cotidiana con un paciente de estas características y la falta de apoyo los limita a poder seguir ayudándolo.

Por otra parte, estas nuevas experiencias, provocan actitudes; como por ejemplo, propiciar un ambiente familiar inconsistente e impredecible que hacen difícil la vida de las familias que viven con un pariente enfermo. Algunas familias piensan que tienen que ocultar la enfermedad de su pariente del resto del mundo o pueden sentirse aisladas, ya sea porque es difícil invitar gente a su casa, o porque otras personas pueden dejarlas de lado, incluso otros miembros de su familia que evitan visitarlas

Especialistas como el Dr. Armando Nader; psiquiatra que ejerció 10 años en la clínica psiquiátrica de la Universidad de Chile en la década de los 80', específicamente en el módulo llamado "hospital diurno", lugar donde los pacientes se rehabilitan, en el cual ocupó el cargo de jefe de servicio en el pabellón de mujeres; comenta que: ***sí, existe una fuerte discriminación hacia el paciente esquizofrénico por parte de la familia.*** El doctor nos habla con propiedad acerca del trato que recibe el paciente esquizofrénico por parte de su familia: "... a muchos de ellos se les intentaba estigmatizar, excluir y en un término mas englobador, discriminar, ya que no son tratados como persona sino que como un paciente crónico y enfermo..."

Por lo mismo sé podría creer que; no sólo los esquizofrénicos son parte del trastorno sino que la familia es una fuente de aporte a la misma enfermedad, que en este caso llegaría al punto de discriminar a su miembro familiar. Uno de los principales obstáculos de la esquizofrenia es la estigmatización frecuentemente asociada a este trastorno. La estigmatización puede dar lugar a una discriminación grave que exagera innecesariamente los problemas de las personas con esquizofrenia. Tal discriminación limita la cantidad de recursos disponibles para el tratamiento del trastorno, la disponibilidad de vivienda, las oportunidades de empleo y las relaciones sociales, problema que, a su vez, aumenta aun más la estigmatización asociada a la enfermedad

A partir de lo expuesto anteriormente, el énfasis del presente trabajo es enfocar el tema de la esquizofrenia desde el punto de vista de la familia, más que del enfermo mismo, poniendo el acento en los efectos que producen las actitudes discriminativas de los padres.

Problema de Investigación

¿ Qué efectos producen en la vida familiar las actitudes discriminativas de los padres hacia el hijo esquizofrénico?

Objetivos

General:

- Exponer los efectos en la vida familiar que son producidos por las actitudes discriminativas de los padres hacia el esquizofrénico.

Específicos:

- Describir e Identificar cuales son las actitudes discriminativas que se suscitan en el problema.
- Determinar los niveles de discriminación familiar hacia el hijo esquizofrénico.
- Describir e Identificar los efectos que tienen en la vida familiar las actitudes discriminativas.

Relevancia del Estudio

La mayoría de las investigaciones publicadas sobre el tema de la esquizofrenia ponen énfasis en el paciente, el diagnóstico, el curso y el pronóstico de la enfermedad, temática que en la actualidad está suficientemente estudiada con excelentes resultados. Otra forma de abordar la problemática de la esquizofrenia, dice relación con la génesis social y particularmente se centra en las dinámicas familiares, algunas de ellas doble vinculantes, otras esquizoides, de las cuales el esquizofrénico resulta una expresión sintomática de una disfunción o de una relación patológica y enajenante (Boyers R; Orrill R, 1978); este enfoque social de la esquizofrenia también ha sido abordado de una manera exhaustiva. Esta investigación, pondrá énfasis en la *descripción del proceso* de la familia nuclear del esquizofrénico en función del impacto que afecta a los padres, las posibles alteraciones en las dinámicas familiares, las alteraciones de su calidad de vida, sus preocupaciones, la expresión de sus sentimientos de rabia, culpa, responsabilidad o negación (Gomberoff M; Jiménez JP, 1982) y la presencia de actitudes o conductas discriminativas hacia el hijo(a) afectado(a).

La relevancia de la investigación, asume que este aspecto de la problemática que se pretende abordar no se ha desarrollado en gran medida desde el punto de vista de las actitudes discriminativas de los padres, además este proceso descriptivo de la relación familiar propende a entregar matices que aporten a la discusión del tema dentro del área de la salud mental, es decir, desde el que hacer psiquiátrico y psicológico. Es posible desprender de los resultados de la investigación datos importantes e innovadores que aporten a la elaboración de posibles publicaciones que sistematicen esta información, y que entreguen luces y directrices un poco más claras para aquellas personas que pretendan abordar el tema desde lo terapéutico, grupal y/o familiar que propenda a mejorar las intervenciones del tratamiento para reducir la diferencia, educación a familiares y gente en general, medidas educativas, sociales y legales; además nuestra investigación puede apoyar también el seguimiento de las terapias familiares, dado que se ha demostrado que los pacientes crónicos pueden mantenerse bien en sus hogares si sus familias reciben adecuado consejo y apoyo entregado por profesionales capacitados en salud mental (Gomberoff M; Jiménez JP, 1982).

Hipótesis:

Las actitudes discriminativas de padres a hijos esquizofrénicos, provocan alteraciones en la dinámica familiar y problemas de convivencia entre sus integrantes.

MARCO TEÓRICO

Familia y Sociedad

La sociología contemporánea (Bruce, 1984) define como estructura familiar: Un grupo de parentesco cuya responsabilidad primaria es la socialización de los hijos y la plena satisfacción de otras necesidades básicas. Esta consiste en un grupo de personas que tienen parentesco consanguíneo, de matrimonio o de adopción, y que viven juntos por un periodo indefinido. Se pueden encontrar dos tipos de familia: La familia nuclear, entendida esta como la unidad básica, compuesta por el esposo, la esposa y su prole; a veces denominada *familia conyugal*. El segundo tipo de familia, se denomina familia extensa, la que se basa en vínculos consanguíneos de una gran cantidad de personas incluyendo a los padres, niños, abuelos, tíos, tías, primos, sobrinos, etc.; este tipo de familia es denominado a veces como *familia consanguínea*. (Bruce, 1984)

Lévi-Strauss (1976) afirma que si bien no existe ley natural alguna que exija la universalidad de la familia, hay que explicar el hecho que se encuentra en casi todas las organizaciones sociales. Con esto, dice que la familia es un grupo social con tres características (Lévi-Strauss, 1976):

Primero, tiene su origen en el matrimonio; diciendo que el grupo social es el que muestra interés por el matrimonio, esto se evidencia en forma directa en la necesidad de una licencia y posteriormente los servicios representantes reconocidos del grupo para su unión; este autor agrega además que uno de los rasgos casi universales del matrimonio es que no se origina en los individuos, sino en los grupos interesados (familias, linajes, clanes) y que además une a los grupos antes y por encima de los individuos; también señala que si

bien es el matrimonio quien origina la familia, es la familia o más bien, las familias las que generan el matrimonio como el dispositivo legal más importante que poseen para establecer alianzas entre ellas, por esto el matrimonio no puede ser un asunto privado.

En segundo lugar, la familia está formada por el marido, la esposa y los hijos nacidos de éste, aunque es concebible que otros parientes encuentren su lugar cerca del grupo nuclear; el autor dice que independientemente de las formas de familia, siempre hay una estructura que permanece en todas las sociedades.

En tercer lugar sostiene que los miembros de la familia están unidos por: lazos legales; derechos, obligaciones económicas, religiosas y de otro tipo; una red de prohibiciones sexuales, más una cantidad variable y diversa de sentimientos psicológicos tales como amor, afecto, respeto, temor, etc.; es a partir de este punto donde el autor establece las prohibiciones y las prescripciones, desde la prohibición del incesto, de la familia.

Lévi-Strauss (1976) señala que para el conjunto de la humanidad, el requisito absoluto para la creación de la familia, es la existencia previa de dos familias; una que proporcione al hombre y otra a la mujer, con el matrimonio iniciarán una tercera familia y así sucesivamente. Lo que verdaderamente diferencia al mundo humano del animal es que en la humanidad una familia no podrá existir sino existiera la sociedad, es decir, una pluralidad de familias dispuestas a reconocer que existieran otros lazos además de los consanguíneos y que el proceso natural de descendencia sólo puede llevarse a cabo a través del proceso social de afinidad.

Lévi-Strauss (1976) menciona: La conclusión importante que conviene retener es que de la familia restringida no puede decirse ni que sea el átomo del grupo social, ni que tampoco resulte de este último..., explicando después que para que se cree una familia es necesario de un conjunto preciso de reglas, para así perpetuar a lo largo de las generaciones la pauta básica de fabricación social; estas reglas las crearían la sociedad (o conjunto de familias). Luego nos dice: ... el interés social fundamental con respecto a la familia no es protegerla o reforzarla: es una actitud de desconfianza, una negación de su derecho a existir aislada o permanentemente; las familias restringidas sólo están autorizadas a gozar de una existencia limitada en el tiempo (corta o larga según las circunstancias) pero bajo la condición estricta de que sus partes componentes sean desplazadas, prestadas, tomadas a préstamo, entregadas o devueltas incesantemente de forma que puedan crearse nuevas familias restringidas...; es con esto que se podría deducir que la gran deuda de la familia con la sociedad es entregar los miembros para así formar nuevas familias.

Bruce (1984) menciona que la familia como institución social ha desempeñado (tradicionalmente) diversas funciones, estas varían de una sociedad a otra. A continuación nombraremos las funciones más tradicionales y más generales (Bruce, 1984):

- *La regulación de la conducta sexual y de la reproducción.* Las relaciones sexuales sirven al propósito inmediato y práctico que tiene la sociedad de reemplazar a sus miembros a través de la reproducción. La sociedad, por otro lado, es también responsable de las prácticas del sexo. Las prácticas sociales varían desde aquellas que castigan y prohíben estrictamente las relaciones sexuales prematrimoniales, hasta otras que las fomentan.

- *Cuidado y protección de los niños, inválidos y ancianos.* La familia tiene como primera obligación cuidar física y económicamente a sus niños, ya que estos son incapaces de asumir alguna función por sus propios medios (la mayoría de las veces). Además tradicionalmente la familia ha sido responsable de cuidar el bienestar de los inválidos y proveer de seguridad económica a los ancianos.

- *Socialización de los hijos.* Durante un período importante después del nacimiento, la familia es el único grupo con el cual el niño tiene contacto extenso. Por esto la familia desempeña un papel primordial en la formación de actitudes, valores, y creencias del niño y ejercerá una gran influencia en la clase de relaciones que él desarrollará con otros agentes e instituciones sociales.

– *Fijación de la posición social y establecimiento del status.* La sociedad (por lo menos todas las que se conocen) tiene sistemas de reglas de descendencia para determinar la ubicación y el status propio del niño y para identificar los parientes y la familia a la que pertenece. Existen tres tipos primarios de regulación de la descendencia, estos son: la descendencia patrilineal (en la que el niño está afiliado al grupo parentesco del varón), la descendencia matrilineal (en la que el niño está afiliado al grupo parentesco de la mujer) y la descendencia bilateral (en la que el niño está afiliado tanto como al grupo parentesco del varón, como al de la mujer).

– *Provisión de seguridad económica.* Tradicionalmente la familia tiene la responsabilidad de satisfacer las necesidades básicas de sus miembros.

Familia como Sistema

Desde la teoría de la comunicación se afirma que: Un sistema es un conjunto de objetos así como de relaciones entre los objetos y entre sus atributos, en el que los *objetos* son los componentes o parte del sistema, los *atributos* son las propiedades de los objetos y las *relaciones* mantienen unido al sistema..

Berenstein (1987) menciona que los sistemas pueden ser cerrados o abiertos; en el caso de la familia es un sistema abierto, hacia dos vertientes; desde un lado hacia el mundo interno de los individuos que conforman el sistema familiar y desde el cual intercambian vivencias e información. Por otro lado este sistema familiar está abierto hacia el sistema social que le impone sus normas y que determina alguno de sus valores fundamentales. No obstante, podemos encontrar grupos familiares que se piensan a sí mismos, como sistemas cerrados y basa en él su estabilidad como grupo, negando de esta manera el sistema de la relación, tanto con el exterior como con el interior. Se debe agregar (Berenstein) que la familia es un sistema estable, lo que implica que alguna de sus variables tienden a mantenerse dentro de ciertos límites definidos. Este sistema posee las siguientes propiedades (Berenstein, 1987):

– *Totalidad y su Corolario; no sumatividad:* La familia no es sólo la suma de sus miembros sino que todos ellos forman un sistema donde una modificación de uno induce la del resto, pasando el sistema de un estado a otro.

– *Homeostasis:* Define la estabilidad del sistema, y la corrección y vuelta al estado inicial. Cuando la relación entre las partes no es de sumatividad sino de circularidad (cuando cada parte modifica a la otra) se describe esta propiedad como realimentación: el sistema tiene mecanismos para volver al estado inicial de equilibrio, pero se puede incrementar el desequilibrio en el sentido del desarrollo o patología.

– *Equifinalidad:* Propiedad de los sistemas abiertos por la cual su estado está determinado por la naturaleza de la relación y no por sus condiciones iniciales, de manera tal, que distintas condiciones iniciales pueden llevar a un mismo estado del sistema.

– *Calibración:* El hábito es un método económico de solventar problemas familiares, sustituyendo la calibración por la realimentación. La regulación, debido a esta propiedad, es equivalente y se constituye por las reglas que gobiernan la estabilidad del sistema. Además consiste en el pasaje del sistema de un estado a otro.

La Esquizofrenia

La Asociación Americana de Psiquiatras (1994) define la esquizofrenia como una mezcla de signos y síntomas peculiares que a lo menos se presentan durante un mes y con algunos signos del trastorno que han persistido durante 6 meses. Los síntomas y signos se asocian a una marcada disfunción social y laboral. Estas alteraciones no son explicables por un trastorno psicoafectivo o del ánimo con síntomas psicóticos y no es derivada por alguna sustancia o enfermedad médica. (APA, 1994)

Según la APA (1994), los síntomas más característicos de la esquizofrenia implican muchas disfunciones cognitivas y emocionales tales como; la atención, percepción, afectividad, capacidad hedónica, voluntad, motivación, pensamiento inferencial, el habla, el lenguaje, productividad del pensamiento, la organización comportamental y la comunicación. Se menciona (APA) que ningún síntoma aislado es evidencia del trastorno descrito como esquizofrenia sino que es el conjunto de síntomas los que componen la alteración.

La APA (1994) afirma que los síntomas se dividen como positivos y negativos, siendo los positivos los que reflejan un exceso o distorsión de las funciones normales y los negativos por ende, la pérdida o disminución de éstas. Los síntomas positivos y negativos tienen que estar presentes a lo menos por un mes y presentarse simultáneamente por lo menos dos de cada uno. Lo importante para la investigación, es que la esquizofrenia posee síntomas y trastornos asociados que deben ser destacados porque afectan de forma directa al entorno social y laboral. (APA, 1994)

- El sujeto con esquizofrenia puede presentar afecto inapropiado, es decir; puede presentar risa o expresión facial alegre en ausencia de estímulos apropiados, develando una de las características de tipo desorganizado.
- La anhedonia, que quiere decir una pérdida de la capacidad del sujeto para sentir placer.
- El humor disfórico, que puede tomar la forma de depresión, ansiedad o ira.
- Puede existir trastorno del sueño.
- El sujeto puede mostrar falta de interés por las comidas, a consecuencia de sus ideas delirantes.
- Las actividades cognitivas están claramente alteradas, por lo que al sujeto le cuesta poner atención, confuso y desorientado, presentando algunas veces un deterioro de la memoria durante la presencia de síntomas activos o negativos muy graves.
- La falta de conciencia de la enfermedad es ordinaria y predice una mala evolución por que predice al sujeto al incumplimiento del tratamiento.
- La vida de los esquizofrénicos en términos de probabilidades es más frágil dado que el 10 % de los sujetos con esquizofrenia se suicida.

La APA (1994) menciona que prevalencia de la esquizofrenia varía entre el 0,5 y 1,0% sin variar mucho entre las tasas de todo el mundo, dado que existen poblaciones más propensas y acentuadas en torno al trastorno mental. Se afirma (APA) que la edad media de inicio para el primer episodio psicótico de la esquizofrenia es a mitad de la tercera década de la vida de los varones y al final de la década en las mujeres.

El patrón familiar es otro de los factores importantes, ya que los familiares biológicos de primer grado de los sujetos con esquizofrenia, presentan un riesgo de presentar la enfermedad aproximadamente diez veces superior al resto de la población general (APA, 1994).

La APA (1994) afirma que muchos de los delirios producidos por sustancias, además de trastornos del ánimo con síntomas psicóticos, son difíciles de distinguir de la esquizofrenia, ya que presentan síntomas similares como el aplanamiento afectivo y alteraciones del estado de ánimo en algunas fases de la enfermedad. Además se menciona que (APA), la esquizofrenia difiere del trastorno esquizofreniforme y del trastorno psicótico breve, principalmente, en la duración de la enfermedad.

Estos son los principales contenidos definidos por la Asociación Americana de Psiquiatras (1994) que atañen la investigación correspondiente al entorno social y familiar, con el fin de entender la discriminación, también, en un sentido estructural sintomático.

Para efectos de la investigación, la definición de Esquizofrenia propuesta por la A.P.A., a partir del DSM IV, es sólo un elemento que permite identificar y entender al sujeto esquizofrénico al nivel de su diagnóstico, sin embargo se requieren otros puntos de vista teóricos que articulen y grafiquen la relación entre este tipo de pacientes con el contexto social y familiar, a fin de poder observar y describir de mejor manera a este sujeto social que depende de esta relación dinámica que además determina el curso y el pronóstico de su enfermedad.

La Esquizofrenia desde otras teorías dentro del ámbito social, comunicacional y familiar.

Castillo (2003) menciona que Bateson los fenómenos no se pueden aislar del contexto, pues cada fenómeno tiene sentido y significado dentro del contexto que se produce. Además (Castillo) afirma que Bateson expuso la teoría del doble vínculo como la etiología formal de la esquizofrenia, afirmando que no hay una persona esquizofrénica sino un sistema (familiar) esquizofrénico. Para Bateson (según Peter Sedgwick, 1978) la expresión doble vínculo se refiere a un modelo específico de comunicación perturbada, detectable, en los casos patológicos, en el que uno de los miembros se haya sometido a dos imposiciones o vínculos contrapuestos, a la vez altamente desequilibrantes o traumáticos; hay una tercera imposición, implícita en la situación, que es la posiblemente impide a la parte amenazada abandonar el campo y evitar así el conflicto.

De acuerdo con lo anterior, es posible precisar el trabajo de Bateson, desarrollando el concepto de familia doble vínculo que constituye, en el elenco mismo de su *dramatis personae*, un grupo cuyos personajes principales, tanto por separado como en el colectivo, son el mal agüero para la paz doméstica, independientemente incluso de que se descubran modos específicos de intimidación en su lenguaje y conducta.

Para finalizar la mirada del mecanismo del doble vínculo y de su funcionamiento familiar que dan cuenta de numerosas formas de convivencias confusas y violentas, se puede agregar que a la familia doble vínculo se le acusa con razón de constituir un sistema patógeno de comunicaciones o nexo de mistificación. Se les condena a base de sus discordancias mutuas, pues tales disensiones de opinión han de ser consideradas como intentos de desconfirmar, condena e invalidar la experiencia principal del otro, especialmente de la víctima.

Otro autor relevante para la investigación, el psiquiatra R.D. Laing (Sedgwick, 1978) señala que los equipos psiquiátricos americanos tienden a considerar todavía la esquizofrenia como denominación de un desorden conductual y cognoscitivo imputable a pacientes individuales. La esquizofrenia si es que este término quiere decir algo, significa un trastorno de comunicación de la familia en su conjunto, de modo que el lenguaje del diagnóstico y tratamiento aplicado a alguien llamado esquizofrénico no haría sino enmascarar la trama de conexiones familiares, que constituye la auténtica realidad del asunto. Desde estas premisas (Sedgwick, 1978) Laing desarrolla la idea de familia nexal que supone un proceso análogo de vinculación mediante el terror, pero ampliando el concepto (Sartriano) de terror hasta el punto de abarcar virtualmente toda inquietud que pueda experimentar un miembro de la familia en relación al efecto que para el mismo pudiera tener las acciones de algún otro miembro. Sedgwick (1978) Esta es la descripción que hace Laing del tipo de familias que viven una especie de *Ghetto familiar*, envueltas en un terrorismo recíproco como gánsters atrapados en el chantaje de la protección mutua. Laing ataca esas relaciones humanas que han generado en sí cierta anticipación de intercambio o cierto sentido de un límite que habrá de violarse si el intercambio no resulta recíproco. En la teoría de Laing, (Sedgwick, 1978) afirma que lo que podría llamarse el nexo familiar da cuenta de las relaciones personales caracterizadas por la influencia constante y recíproca sobre la experiencia y conducta de cada uno. En este caso, el uso del concepto nexo incluye no solo a la familia perturbada, sino también a la familia en general (y en este sentido a todo grupo primario, cerrado y estable)

Todo lo desarrollado hasta aquí, da cuenta de que al interior de las familias ocurren procesos que podrían determinar dinámicas de relación disfuncionales, que podrían llegar a generar patologías como la esquizofrenia en algunos de sus miembros. Resulta relevante entonces profundizar el análisis de este proceso y observarlo desde el punto vista de las actitudes que determinan el clima de relación familiar.

FAMILIA Y ESQUIZOFRENIA

Berenstein (1987) menciona que por lo general, cuando emerge una crisis en el funcionamiento mental de una persona, su grupo familia se define como *sanos* opuestos al integrante definido como *enfermo*. Con esto sostiene que la familia de un enfermo mental, como sistema sano o normal, sigue los lineamientos de las normas sociales, las cuales son adaptadas al criterio vigente, desde donde las conductas normales son aquellas que la sociedad considera como tales con arreglo a una norma. Se ha sugerido (Berenstein) que como la categoría enfermo se dirige hacia un integrante de la familia, con frecuencia se quejan de que el enfermo es la causa del desequilibrio familiar.

Anderson, Reiss y Hogarty (1986) mencionan que la esquizofrenia provoca inevitablemente un impacto en todos los miembros de la familia. Además afirman que la familia experimenta un estrés grave y crónico asociado a la convivencia con un enfermo esquizofrénico sin recibir asistencia ni apoyo; mencionando que no es raro ver surgir conflictos conyugales entre los padres, exoactuaciones entre los hermanos y depresión o síntomas físicos en casi todos los miembros de dicha familia. Se afirma que las familias tienden a las respuestas emocionales siguientes (Anderson, Reiss y Hogarty, 1986):

- *Angustia, miedo*: Con la esquizofrenia hay importantes cambios emocionales, cognitivos y de conducta; por ende, muchas veces, los miembros de la familia se vuelven temerosos y angustiados aun antes de tener la certeza de que el paciente está gravemente enfermo. Presenciar cómo un ser querido empieza a comportarse de manera extraña e inexplicable constituye una experiencia increíblemente perturbadora. Los familiares sentirán inevitablemente miedo y angustia con respecto a la causa o significado de esos comportamientos y el futuro del enfermo.

- *Culpa*: Muchas familias se inclinan a temer que los problemas del esquizofrénico hayan sido causados o exacerbados por algo que ellos hicieron o se abstuvieron de hacer. Los medios de comunicación populares tienden a reforzar estas preocupaciones, con sus mensajes que destacan la conexión entre la buena crianza y el éxito del hijo. Parece inevitable entonces que se experimenten ciertos sentimientos de culpa.

- *Estigma y embarazo*: Los enfermos mentales constituyen uno de los grupos más estigmatizados de nuestra sociedad. Gran parte de esto se debe al miedo, la incompreensión de las enfermedades mentales y la desproporcionada publicidad otorgada a los pocos enfermos que manifiestan conductas disociadoras, violentas o criminales. Cuando actúan de esta manera extraña, es comprensible que causen dolor y embarazo a sus familiares.

- *Frustración*: Cuando un miembro de una familia contrae una enfermedad mental, lo habitual es que los demás traten de ayudarlo por todos los medios posibles y, al mismo tiempo, procuren mantener la vida familiar en condiciones estables y previsibles. Los resultados mínimos o nulos obtenidos con tantos mecanismos de resolución comunes hacen que la mayoría de los familiares se sientan naturalmente cada vez más frustrados.

- *Ira*: Es una respuesta normal a la frustración crónica. Aun cuando comprendan que el paciente está enfermo, a los miembros de su familia les resulta imposible dejar de encolerizarse ante conductas irreflexivas, inconvenientes o irritantes. La ira prevalece particularmente en aquellos casos en que los familiares creen que el paciente podría dominar sus comportamientos con sólo esforzarse un poco más, o si no fuese perezoso o manipulador.

- *Tristeza, duelo*: La mayoría de los familiares experimentan, en algún momento, una sensación de tristeza por la pérdida de sus sueños y esperanzas con respecto al esquizofrénico. Estos sentimientos son especialmente agudos cuando los familiares comprenden por primera vez que el paciente nunca volverá a ser el mismo de antes. Renunciar a los sueños y esperanzas es un acto particularmente triste para los padres, más aún si el paciente es su único hijo. También lo es para el cónyuge de un paciente cuando debe llorar la pérdida

de una esposa o marido que le corresponde genuinamente, y aprende a hacer frente el ensimismamiento del ser querido o al menos a cabo de sus capacidades.

Es con lo anterior que Anderson, Reiss y Hogarty (1986) mencionan que existen diferentes respuestas conductuales comunes como: Adoptarse y normalizar la situación, adoptando una rutina con el fin de incorporar las pautas de conducta del enfermo; recurrir a los ruegos y halagos, y a la persuasión razonada; buscar sentido a comunicaciones desatinadas del esquizofrénico; hacer caso omiso de la conducta del paciente, tratando de negar importancia a los síntomas de no pensar en ellos y de centrar la atención en otros aspectos de su propia vida; asumir responsabilidades adicionales, llevándolos a una sobreprotección; vigilar constantemente al enfermo; reducir las actividades propias para cuidar del paciente o prestarle apoyo; hacer caso omiso de las necesidades de los otros miembros de la familia, con el tiempo esto puede llevar al deterioro de otras relaciones familiares, o hacer que otros miembros de la familia se sientan desentendidos o abandonados por que no hay tiempo ni energías suficientes para ocuparse de ellos.

Berenstein (1987) afirma que, una familia puede cuidar con solicitud a su enfermo mental y, sin embargo, maltratarlo o reprocharle por su maltrato a los integrantes. Otra familia puede contraer grandes deudas para pagar el tratamiento del enfermo y, al mismo tiempo, el resto de los integrantes sentirse envidiosos y en competencia con el paciente por la cantidad de gastos que insume.

Berenstein (1987) explica que una organización dualista es lo que determina que los individuos se definan en relación con los otros por su pertenencia o no-pertenencia a la misma mitad, cada una de las cuales adopta una denominación distinta. Además menciona que: A nivel familiar, una de las mitades está formada por el *enfermo* y adopta tal denominación y la otra mitad, formada por *sanos*, que en efecto adopta esta denominación. Ambas mitades forman una oposición y enmarcan un sistema insoluble ya que no puede entenderse uno de los términos sin el otro. Este sistema dualista aparece como una forma de regular el principio general de la reciprocidad

Con lo anterior, Berenstein (1987) sostiene que no se puede entender el significado de los síntomas de un integrante familiar si no se le incluye dentro de un contexto sociofamiliar, en función del cual se entienden las normas y, en tanto, la anormalidad o desviación de las normas. Con esto (Berenstein) menciona que, uno puede encontrarse con otros familiares padeciendo serias perturbaciones mas no contienen el significado de anormalidad en la medida en que son concordantes con las normas familiares.

Berenstein (1987) menciona que cuando un grupo familiar se organiza por medio del eje salud/enfermedad, contiene otras participaciones correspondientes a su organización social, económica, religiosa y psicológica, que las familias que no se encuentran en este eje, las cuales serían la mayoría que comprende la sociedad.

ACTITUDES DISCRIMINATIVAS

De acuerdo a Rodrigues (1987) las actitudes son o pueden ser elementos valiosos para predecir conductas, además desempeñan funciones psicológicas específicas para cada persona y son la base de una serie de importantes situaciones sociales, como las relaciones de amistad y de conflicto

Por su parte, Sabini (1992) plantea que las actitudes tendrían tres principales funciones (Sabini, 1992):

- Son elementos centrales en la definición y mantención de los grupos,
- Ayudan a establecer la propia identidad o la concepción de sí mismo,
- Guían el pensamiento y la conducta.

De una forma más concisa, Baron y Byrne (1994) plantean que las actitudes han sido un tema central en la psicología social por una buena razón: Ellas moldean tanto nuestras percepciones sociales como nuestra conducta social

Desde la psicología social actitud se entiende como una organización duradera de creencias y cogniciones en general, dotada de una carga afectiva a favor o en contra de un objeto social definido, que predispone a una acción coherente con las cogniciones y afectos relativos a dicho objeto. Rodrigues (1997). Es importante señalar que las actitudes se forman o se modelan a través del siguiente proceso, la información cognitiva es lo que la persona conoce acerca del objeto actitudinal, los hechos y creencias que tiene sobre él (por ejemplo, el fumar hace daño). La información afectiva consiste en cómo la persona se siente hacia el objeto, los sentimientos y emociones que provoca el objeto actitudinal (ejemplo, malestar frente al humo del cigarrillo). Y la información conductual comprende el conocimiento acerca de las interacciones pasadas, presentes o futuras de la persona con el objeto actitudinal (ejemplo, que la persona no fume).

Para poder dar cuenta de las actitudes que llamaremos discriminativas al interior de la familia de un paciente esquizofrénico, resulta relevante revisar elementos teóricos que determinarían el carácter discriminativo de dichas actitudes asociadas al impacto que causa la presencia de esta enfermedad al interior de una familia.

Estigma social, prejuicio y Discriminación sobre la Esquizofrenia.

El Estigma es una forma particular de Actitud, un término de la Psicología que se refiere a la suma de lo que pienso, lo que siento y de como reaccionaría frente hechos, personas o cosas, generalmente sin un análisis objetivo que pueda justificarlo.

El término estigma ya se utilizó en la antigua Grecia cuando se marcaba a los seres inferiores y de menor nivel que el resto de Los ciudadanos comunes con alguna señal física visible. Las enfermedades mentales son actualmente una de esas *marcas* estigmatizantes, siendo la Esquizofrenia una de las más afectadas. (Pedro Gargoloff, Diego Rodríguez, Martín Telleriarte; 2002)

Actualmente, si bien el término estigma no es tan poderoso, la *marca* lamentablemente persiste, expresándose en actitudes negativas y conductas de rechazo de la sociedad para con las personas que sufren enfermedades psiquiátricas. Hay razones para creer que una sociedad que considera a ciertos individuos *enfermos mentales*, los denomina *enfermos mentales* y los trata como *enfermos mentales* agrava mediante esos actos esa condición a la que se califica de *enfermedad mental*.

Es importante reiterar algunos elementos del párrafo anterior, tales como condición y calificación de enfermedad mental, que actualmente dan cuenta del proceso de etiquetar conductas que no encajan o que escapan a las reglas y conductas del normal funcionamiento de los individuos en la sociedad, los hombres de la sociedad occidental han forjado normas para definir cuales son los aspectos del cosmos que deben considerarse reales o irreales, internos o externos. Si un hombre considera real lo que según ellos debería considerar irreal, o viceversa, o como interno lo que debería considerar externo, o viceversa, y se defiende la validez de su criterio con un estilo de argumentación que ellos tienen por anómalos, o no lo razona de manera alguna, lo más probable es que le tachen de *enfermo mental*. La sociedad occidental designa a los psiquiatras como expertos para examinar a aquellos que quebrantan las reglas y establecer si rompen aquellas normas por las que se puede calificarles de *enfermos mentales*.

Erich Fromm, (1976) en *Psicoanálisis de la sociedad contemporánea* desarrollo el concepto de *Patología de la modernidad*, y se remite al tema a través de lo que define como la actitud del *humanismo normativo* para señalar que la salud de la sociedad occidental no esta necesariamente garantizada y que en muchos aspectos fundamentales de la vida se desenvuelve entre soluciones acertadas o erróneas, satisfactorias o insatisfactorias. Se logra salud mental si el hombre llega a la plena madurez de acuerdo con las características y las leyes de la naturaleza humana. El desequilibrio o la enfermedad mental consisten en no haber tenido ese desenvolvimiento. Partiendo de esta premisa el criterio para juzgar a la salud mental no es el de la adaptación del individuo a un orden social dado, sino que a un criterio universal, valido para todos los hombres: el de dar solución suficientemente satisfactoria al problema de la existencia humana.

Lo que Fromm (1976) propone con la idea de criterio universal es acercarse a la forma de validación consensual de las ideas, que da pie para entender lo engañoso que puede resultar en función de la salud mental, esta tendencia a regular normativamente las distintas formas de comportamiento y desenvolvimiento normal y patológico. Es decir, que la categoría de sano o enfermo no necesariamente responde a un criterio médico si no que más bien podría estar en función de criterios consensuales de orden económico o político, a los cuales el enfermo esquizofrénico no responde por lo que resulta normal que se le margine, se le recluya y que pierda también en este proceso su calidad de ser humano (en el sentido de sus derechos, dado que no cumple deberes y no produce) y pasa a ser nombrado como esquizofrénico, generalizando y personificándose como un ser social enfermo (que puede llegar a ser percibido por los otros como riesgoso o peligroso) y no como un hombre que sufre o que está afectado por una enfermedad.

Respecto al proceso de marginación, de prejuicios, de estigma social y discriminación Franco Basaglia (1988) señala que nuestro sistema social, no puede dar cuenta de las contradicciones del hombre, lo toma según es: un hombre está fuera o dentro de las normas, y esto se da tanto para el encarcelado, el delincuente, como el enfermo mental. Por el contrario la ruptura de la norma no puede ser aceptada por nuestro sistema social, la ruptura de la norma debe ser inmediatamente reprimida, por que las condiciones de nuestra sociedad no son como para poder permitir que una persona sea diferente. Porque el problema esencial es que lo que no podemos permitirnos es lo diferente, es decir ser diferentes. Para nosotros ser diferentes significa desigualdad. *El loco* es diferente por eso se le considera desigual.

Estigma es una actitud que parte de un juicio negativo y desvalorizante. Discriminación es entonces, el resultado o la consecuencia negativa del estigma con las consecuentes conductas y actitudes discriminativas, de injusto rechazo, atentando así contra la dignidad de las personas diferentes o que tienen una enfermedad, privándolas de sus derechos.

Bibliografía

1. Anderson, Carol; Reiss, Douglas; Hogarty, Gerard (1986). *Esquizofrenia y Familia*. Buenos Aires: Amorrortu.
2. American Psychiatric Association, *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM IV)*, Washington DC 1994, Editorial Masson, S.A.
3. Artigas R, Rocco V; 15 de abril de 2003; 21:15 horas;
<http://www.bio.puc.cl/cursos/bio289a/esquizofrenia.ppt>
4. Basaglia Franco; 1988; *Razón; Locura y sociedad*; Editorial Siglo veintiuno; México D.F; México
5. Berenstein Isidoro; 1987; *Familia y Enfermedad Mental*; Editorial Paidós; Argentina; Buenos Aires
6. Boyers, Robert; Orrill, Robert; (1978), *Laing y la antipsiquiatría*, Editorial Alianza, España, Madrid.
7. Bruce, J.Cohen; (1984), *Teoría y problemas de introducción a la sociología*, McGraw, México D.F., México.
8. – Calabuig P, Fernández S, González M, Serrano E; 15 de abril de 2003; 20:30 horas
<http://usuarios.lycos.es/igonza/trab.html>.
9. Castillo, María Isabel; 2003; *Cátedra de Psicología de la Personalidad*. 05, 24, 2003. .
10. Fromm, Erich; 1976; *Psicoanálisis de la Sociedad Contemporánea*; Fondo de cultura económica; México D.F.; México

11. Gargoloff, Pedro; Rodríguez, Diego; Telleriarte, Martín; 26 de Abril; 21:30 horas
<http://psiconet.com/argentina/apsa2002/esquizoyestigma.htm>:
12. Gomberoff, M; Jiménez, JP; (1982), *Manual de Psiquiatría*, Editorial Medcom, Chile, Santiago.
13. Jara, Alejandra; Gallardo, Osvaldo; (1998); *Aplicación y evaluación de un taller de psicoeducación para familiares de pacientes esquizofrénicos*; Tesis para optar al grado académico de licenciado en psicología y al título profesional de psicólogo; Universidad católica de Valparaíso, facultad de filosofía y educación, escuela de psicología.
14. Lévi-Strauss (1976). *Problemática sobre el origen y la universalidad de la familia*. : Anagrama.
15. www.psicoplanet.com/temas/tema14_contenidos.htm;. 15 de Abril de 2003; 21:00 horas
- Berenstein Isidoro (1987); *Familia y Enfermedad Mental*; Editorial Paidós; Argentina; Buenos Aires; pág. 68
- 15 de abril de 2003; 21:00 horas; www.psicoplanet.com/temas/tema14_contenido.htm (2002)
- 15 de abril de 2003; 21:00 horas; www.psicoplanet.com/temas/tema14_contenidos.htm (2002)
- 15 de abril de 2003; 21:00 horas; www.psicoplanet.com/temas/tema14_contenido.htm (2002)
- Calabuig P, Fernández S, González M, Serrano E; 15 de abril de 2003; 20:30 horas
<http://usuarios.lycos.es/igonzal/trab.html>.
- Calabuig P, Fernández S, González M, Serrano E; 15 de abril de 2003; 20:30 horas
<http://usuarios.lycos.es/igonzal/trab.html>.
- Bruce, J.Cohen (1984). *Teoría y problemas de introducción a la sociología*. México: McGraw. Página 84
- Lévi-Strauss (1976). *Problemática sobre el origen y la universalidad de la familia*. : Anagrama. Página 47
- Lévi-Strauss (1976). *Problemática sobre el origen y la universalidad de la familia*. : Anagrama. Pagina 47
- . Berenstein Isidoro (1987); *Familia y Enfermedad Mental*; Editorial Paidós; Argentina; Buenos Aires; pág. 41
- Robert Boyers, Robert Orril; (1978); *Laing y la antipsiquiatría*; Alianza Editorial; Madrid; España; pág. 25
- 12 Robert Boyers, Robert Orril; (1978); *Laing y la antipsiquiatría*; Alianza Editorial; Madrid; España; pág. 26
- Robert Boyers, Robert Orril; (1978); *Laing y la antipsiquiatría*; Alianza Editorial; Madrid; España; pág. 27.
- Robert Boyers, Robert Orril; (1978); *Laing y la antipsiquiatría*; Alianza Editorial; Madrid; España; pág. 28.
- Robert Boyers, Robert Orril; (1978); *Laing y la antipsiquiatría*; Alianza Editorial; Madrid; España; pág. 31.
- Robert Boyers, Robert Orril; (1978); *Laing y la antipsiquiatría*; Alianza Editorial; Madrid; España; pág. 32.
- Robert Boyers, Robert Orril; (1978); *Laing y la antipsiquiatría*; Alianza Editorial; Madrid; España; pág. 34 y 35.

Berenstein Isidoro (1987); *Familia y Enfermedad Mental*; Editorial Paidós; Argentina; Buenos Aires; pág. 73

Enrique Barra; (1998); *Psicología Social*; Anadalién Editorial; Concepción; Chile; capítulo 4; pág. 91

Enrique Barra; (1998); *Psicología Social*; Anadalién Editorial; Concepción; Chile; capítulo 4; pág. 92

Enrique Barra; (1998); *Psicología Social*; Anadalién Editorial; Concepción; Chile; capítulo 4; pág. 94

Pedro Gargoloff, Diego Rodríguez, Martín Telleriarte;

<http://psiconet.com/argentina/apsa2002/esquizoyestigma.htm>; 26 de Abril; 21:30 horas.

Robert Boyers, Robert Orril; (1978); *Laing y la antipsiquiatría*; Alianza Editorial; Madrid; España; pág. 221.

Robert Boyers, Robert Orril; (1978); *Laing y la antipsiquiatría*; Alianza Editorial; Madrid; España; pág. 222.

Erich Fromm; (1976); *Psicoanálisis de la Sociedad Contemporánea*; Fondo de cultura económica; México D.F.; México; pág. 20

Franco Basaglia; 1988; *Razón; Locura y sociedad*; Ed. Siglo veintiuno; México D.F; México; pág. 27.