



UNIVERSIDAD DE ORIENTE
NÚCLEO DE SUCRE
ESCUELA DE CIENCIAS SOCIALES
DEPARTAMENTO DE TRABAJO SOCIAL

**Ambiente Socio-Familiar y su influencia en el bienestar integral de dos
pacientes con trastornos de Esquizofrenia, atendidos en el HUAPA.
Cumaná. 2011.**

**Esquizofrenia: El Drama Psicosocial
De las Mentes Separadas**

Autoras:

Beltrán, María 17.791.668

Rodríguez, Jessika 16.683.999

Tutora:

Prof. Carmen Guevara

***Trabajo de grado, Modalidad Tesis presentado como requisito parcial
para optar por el título de Licenciadas en Trabajo Social***

Cumaná, Octubre de 2012

**Ambiente Socio-Familiar y su influencia en el bienestar integral de dos
pacientes con trastornos de Esquizofrenia, atendidos en el HUAPA.
Cumaná. 2011.**

Esquizofrenia:

El Drama Psicosocial De las Mentes Separadas

TRABAJO DE GRADO TITULADO:

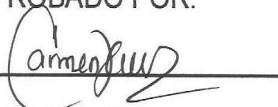
**Ambiente Socio-Familiar y su influencia en el bienestar integral de dos
pacientes con trastornos de Esquizofrenia, atendidos en el HUAPA.**

Cumaná. 2011.

Esquizofrenia: El Drama Psicosocial

De las Mentes Separadas

APROBADO POR:



Prof. Carmen Guevara
Asesora



Prof. Cesar Franco
Jurado



Prof. (a) Ivonne Rodríguez
Jurado

Este Trabajo fue evaluado en la categoría de:

APROBADO MERITORIO

Cumaná, Octubre 2012

INDICRE GENERAL

<u>DEDICATORIA.....</u>	<u>vii</u>
<u>DEDICATORIA.....</u>	<u>viii</u>
<u>AGRADECIMIENTOS.....</u>	<u>i</u>
<u>LISTA DE CUADROS.....</u>	<u>ii</u>
<u>LISTA DE FIGURAS.....</u>	<u>iii</u>
<u>LISTA DE TABLAS.....</u>	<u>iv</u>
<u>LISTA DE GRÁFICOS.....</u>	<u>v</u>
<u>RESUMEN</u>	<u>vi</u>
<u>INTRODUCCIÓN.....</u>	<u>1</u>
<u>CAPITULO I.....</u>	<u>4</u>
<u>1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....</u>	<u>4</u>
<u>OBJETIVOS GENERALES.....</u>	<u>12</u>
<u>OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....</u>	<u>12</u>
<u>JUSTIFICACIÓN.....</u>	<u>13</u>
<u>CAPITULO II.....</u>	<u>16</u>
<u>MARCO TEÓRICO REFERENCIAL.....</u>	<u>16</u>
<u>2.1 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN.....</u>	<u>16</u>
<u>2.2 BASES TEÓRICAS.....</u>	<u>19</u>
<u>2.3 BASES LEGALES.....</u>	<u>32</u>
<u>CAPITULO III.....</u>	<u>37</u>
<u>ASPECTOS METODOLÓGICOS.....</u>	<u>37</u>
<u>3.1 La Historia de vida como un método de acercamiento a la realidad social.....</u>	<u>38</u>

3.2 Aspectos operativos de la investigación:.....	41
3.3 Tratamiento de la información.....	44
3.4 Análisis e interpretación de la información:.....	45
CAPITULO IV.....	46
<u>REPRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE LA HISTORIA DE VIDA DE DOS (2) PACIENTES CON TRASTORNO DE ESQUIZOFRENIA ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE PSIQUIATRÍA DEL HUAPA.....</u>	<u>46</u>
4.1 Descripción del Sujeto:.....	46
4.2 CATEGORÍA DE ANÁLISIS.....	55
4.2.1 Caos y desolación:.....	56
4.2.2 La medicina, un camino a la esperanza	65
4.2.3 ¿Poca información o miedo a la realidad?.....	69
4.2.4 Juventud y la drogodependencia	72
4.2.5 Desintegración familiar	75
4.2.6 Importancia de una figura paterna y materna, en el desenvolvimiento de los pacientes	79
4.2.7 La muerte y sus consecuencias en el ámbito familiar:.....	82
4.2.8 ¿El maltrato como detonante de la enfermedad?.....	84
4.2.9 La esquizofrenia un camino a la indigencia	87
4.2.10 ¿Sobrepotección o miedo a la realidad?	90
4.2.11 La esquizofrenia y sus consecuencias en la sociedad.....	92
4.2.12 ¿Los pacientes que padecen de esquizofrenia, podrán integrarse en los diferentes ámbitos?.....	94
4.3 SISTEMATIZACION DE LOS RESULTADOS.....	100
CONSIDERACIONES FINALES.....	112
RECOMENDACIONES.....	115

BIBLIOGRAFÍA.....	116
HOJA DE METADATOS.....	127

DEDICATORIA

Con especial cariño le dedico este logro a:

A Dios por darme salud, por estar siempre conmigo, guiarme hacia los logros adquiridos.

A mis padres Emilio y Sunilde, gracias por la educación y valores inculcados que conservo con orgullo, por ustedes soy quien soy, por guiarme y apoyarme siempre en cada uno de mis pasos. Sin ustedes no lo hubiese lograd. **A ustedes dedico este triunfo** **Los amo**

A mis hermanos Viczamar y Emilio, agradezco el apoyo brindado, con todo mi cariño se los dedico. **Los quiero**

A mis sobrinas Gabriela y Daniela, que este logro sirva de estímulo en sus vidas de estudiantes, espero verlas triunfar. **Los adoro**

A mis amistades, Carli, Jessika, Jhoa, Manuel, Josmary, Juan, Eiling, Jesús y en especial a la Licda. Grey Lovera, licda. Natally Sotillet, Licda. Danellys Pigus, por apoyarme durante todos los años vividos en la universidad.

En Especial, a Carlos (Mi toti), por ser mi amigo y cómplice incondicional, por estar siempre allí y brindarme apoyo cuando más lo necesité, **te quiero**.

Les agradezco

A todos mi familiares mil gracias.

María Beltrán

DEDICATORIA

Con especial cariño le dedico este nuevo logro a:

A Dios por darme salud, por estar siempre conmigo, guiarme hacia los logros adquiridos.

A mis padres Félix y Nely, gracias por la educación inculcada y de quienes aprendí los valores morales que conservo con orgullo.

En especial a mi Tía Cira, Tío Alfredo y Ramón Olivero de quienes con su esfuerzo, dedicación, sacrificio dieron su apoyo incondicional.

A ustedes dedico este triunfo

A mis sobrinos Jhon Jairo y Llalizmar, Narazaret, Francisco, espero verlos triunfar y que este logro sirva de estímulo en sus vidas de estudiantes.

Los adoro

A mis hermanos Freddy, Frank, Erika y Javier con todo mi cariño se los dedico.

Los quiero

A mi abuelo (a) Materna y abuelo paterno, que este logro sea bendecido por ellos desde el cielo.

Los extraño

A todos mis familiares, mis amigos María, Carlí, jhoa, Manuel, Jesús, Juan, Eiling y a la Licda. Grey Lovera, licda. Natally Sotillet por guiarme; ayudarme y en especial a Antonio gracias por la paciencia y el apoyo que me has brindado mil gracias.

Jessika R

AGRADECIMIENTOS

Queremos dar nuestros más sinceros agradecimientos a todas aquellas personas que de una u otra forma contribuyeron a la culminación de este trabajo de investigación; en especial nuestro agradecimiento a:

A nuestra asesora de tesis, la **Profesora Carmen Guevara**, por ser compañera y amiga, agradeciendo su valiosa colaboración, dedicación, solidaridad y preocupación en el transcurso de nuestra investigación.

Nuestro gran agradecimiento a "**María Antonieta y Carlos Roberto**" los protagonistas de esta investigación y a sus familiares quienes nos permitieron ingresar a sus hogares y sobre todo a los momentos mas significativo e importante de sus vidas. Gracias por permitirnos alcanzar los objetivos planteados en la investigación con sus relatos de vida.

A la **Licenciada Caryné Martínez**, Trabajadora Social del Servicio de Psiquiatría del Hospital Antonio Patricio de Alcalá, por sus orientaciones, apoyo y por facilitarnos la información de suma importancia sobre la investigación, al personal que labora en el servicio (Psiquiatras, Enfermeras, Camilleros, Obreros).

A nuestros amigos, compañeros, familiares y todas aquellas personas que nos ayudaron cuando lo necesitamos en especial a nuestro amigo **Alfredo Rivas** por el apoyo prestado.

Finalmente queremos agradecer a todos aquellos Profesores que nos ayudaron, formaron y nos hicieron crecer profesionalmente, en especial al **Doctor. Cesar Franco**, por su aporte y sugerencia sobre la investigación.

María y Jessika

LISTA DE CUADROS

CUADRO N°1 SINTESIS DE LA HISTORIA DE VIDA DE CARLOS y MARIA...104

CUADRO N°2 SINTESIS DE LAS HISTORIA DE VIDA SEGÚN CATEGORIAS 106

LISTA DE FIGURAS

Figura N° 01 Categorías extraídas de los discursos de los sujetos investigados.....	56
Figura N° 2 DIBUJO REALIZADO POR CARLOS MANUEL EN UNA DE LAS VISITAS.....	96
Figura N° 03 Relato Biográfico de Carlos Manuel.....	101
Figura N° 04 Relato Biográfico de María Antonia.....	103

LISTA DE TABLAS

Tabla N° 01 Neurolépticos clásicos y modernos antipsicóticos.....	69
Tabla N° 2 Descripción de los sujetos: María Antonieta y Carlos Manuel, año 2011.....	101

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico N°01 Titulo: Riesgo de Morbilidad entre los parientes sanguíneos de personas con esquizofrenia	62
GráficoN°2.....	124
GráficoN°3.....	125
GráficoN°4.....	125
GráficoN°5.....	126



UNIVERSIDAD DE ORIENTE
NÚCLEO DE SUCRE
ESCUELA DE CIENCIAS SOCIALES
DEPARTAMENTO DE TRABAJO SOCIAL

Ambiente Socio-Familiar y su influencia en el bienestar integral de dos pacientes con trastornos de Esquizofrenia, atendidos en el HUAPA. Cumaná. 2011.

**Esquizofrenia: El Drama Psicosocial
De las Mentes Separadas**

Autoras: Beltrán, María
Rodríguez, Jessika

Asesora: Prof. Carmen Guevara

RESUMEN

La Esquizofrenia es una alteración que persiste durante por lo menos seis meses e incluye por lo menos un mes de síntomas de la fase activa, dos o más de los siguientes síntomas: ideas delirantes, alucinaciones, lenguaje desorganizado, comportamiento gravemente desorganizado o catatónico y síntomas negativo. Esta investigación tuvo como objetivo principal Analizar el ambiente Socio-Familiar y su influencia en el bienestar de dos pacientes con trastornos de Esquizofrenia atendidos en el servicio de psiquiatría del HUAPA. Desde el relato familiar. Cumaná. 2011, **esta investigación se realizó bajo el paradigma cualitativo, en una modalidad de historia de vida. Se asumieron como técnicas,** la observación participante y la entrevista a profundidad con (2) pacientes con trastornos de esquizofrenia atendidos en el servicio de siquiatria del HUAPA y con sus grupos familiares. Entre las conclusiones finales se pueden mencionar que la familia ante los procesos de salud y enfermedad no reaccionan de igual manera. Algunos se integran y otros se desintegran, en el caso de la esquizofrenia el problema es complejo ya que ésta patología, requiere de una atención permanente, donde la integridad familiar forma parte del tratamiento. La comunicación, la información sobre la enfermedad, el apoyo, la comprensión, el amor, lo económico y lo social son factores que influyen en las relaciones familiares de estos pacientes, por ello la familia debe fortalecerlos, para garantizar un ambiente placentero y propicio para todos sus miembros. Se recomienda a los entes gubernamentales, que generen y fomenten programas de educación para salud mental.

Palabras claves: Esquizofrenia, Salud mental, Sociedad, Familia, Apoyo, Relaciones Interpersonales, Afectividad.

INTRODUCCIÓN

Uno de los problemas cruciales presentes en la última década lo constituye las diversas enfermedades que existen hoy en día, esta situación es una realidad a nivel mundial, para todos los seres humanos, sin exclusión alguna, debido a que todos los individuos están propensos a padecerlas porque estas no distinguen entre raza, creencias, edades o clases sociales.

Las enfermedades, más que considerarse como un problema individual, es decir, que sólo la sufre la persona que presenta determinada patología, debe percibirse como un problema social, porque afecta al grupo familiar, el cual se ve en la necesidad de afrontar los síntomas que esta impondrá en la vida del que la presente, sobre todo cuando se tratan de enfermedades psiquiátricas, las cuales requieren de una gran atención y cuidado. Por lo que, la dinámica familiar y los roles que puedan asumir cada integrante del grupo familiar, son fundamentales para lograr el pleno desenvolvimiento y funcionamiento del paciente psiquiátrico. Este requerirá del apoyo familiar, psico-afectivo y económico, de sus familiares, en un proceso donde intervienen las relaciones interpersonales Y la comunicación dentro de la familia, fortaleciendo su capacidad emocional, a nivel familiar, social e intelectual.

La Trabajadora Social Martínez Caryné, (2011) señala que:

Es elemental mencionar que el impacto de la alteración de la salud mental, produce en la población un desequilibrio que se refleja, no sólo en el bienestar individual sino también en la economía de los países, su grado de desarrollo y el funcionamiento de los sistemas de salud.

Debido a lo anterior, estas personas se convierten en una carga tanto a la familia como para el Estado, considerándolos no productivos ni capaces de aportar al desarrollo del país afectando la económica y a la población; por el grado de discapacidad que representan estas enfermedades. Es necesario que se le de mayor importancia a estas enfermedades para poder prevenir el incremento de las mismas en el país.

Según información publicada por la Organización Mundial de la Salud (OMS 2010) :

Cada año son reportados cerca de 700 millones de casos en el mundo de enfermedades relacionadas con el sistema nervioso central y el cerebro. De acuerdo con la OMS, 5 de las 10 primeras causas de discapacidad crónica en el mundo son trastornos mentales (depresión, esquizofrenia, trastorno bipolar, abuso de alcohol y trastorno obsesivo compulsivo). Se calcula que en cualquier momento alrededor del 10% de la población mundial será afectada por estos trastornos, que su impacto económico en la sociedad, es de gran magnitud y sus repercusiones en el bienestar y calidad de la vida de las personas será considerable. (Enlace consultado en sevenoticias.com)

Para los efectos de esta investigación se consideró enfermos mentales ***“a las personas que padecen de algún tipo conjunto de trastorno separados, agudo y crónicos, que pueden tratarse con mayor o menor éxito, como otras enfermedades, con medicamentos específicos, intercesiones psicosociales y rehabilitación”***, según Desjarlais, R (1997:40). Dentro de estas enfermedades mentales se trabajó con la esquizofrenia, siendo necesarias para esta investigación las experiencias de vidas de dos pacientes con trastorno de esquizofrenia, a fin

de comprender e interpretar su estilo de vida. Para esto se utilizó el método “historia de vida”, el cual presenta una orientación cualitativa que permitió describir detalladamente, la situación particular de las dinámicas familiares en cuanto a la comunicación, las relaciones interpersonales, los roles familiares de cada uno de ellos ante esta enfermedad.

No hay que dejar de mencionar que esta investigación es de mucha importancia para el área que corresponde a la salud mental y a su vez a la sociedad, debido a que ha sido un tema poco estudiado específicamente en la carrera de Trabajo Social. Asimismo, nos permitirá conocer la realidad de la vida de estas personas.

La investigación que a continuación se presenta está estructurada de la siguiente manera: Capítulo I: Planteamiento del Problema, Objetivos y Justificación. Capítulo II: Marco Teórico, Antecedentes, Bases Teóricas y Bases Legales. Capítulo III: Marco Metodológico. Capítulo IV: Representación y análisis de la historia de vida de dos (2) pacientes con trastorno de esquizofrenia atendidos en el servicio de psiquiatría del HUAPA. Consideraciones Finales. Recomendaciones. Bibliografía y Anexos.

CAPITULO I

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Según Satir, V (2007:41) La familia ***“es un lugar donde se puede encontrar amor comprensión y apoyo, aun cuando lo demás falle, el lugar donde uno puede serenarse y “recargarse” para un encuentro más eficaz con el mundo exterior”***. Esta cumple un papel fundamental en las vicisitudes presentadas por cada uno de sus integrantes, donde se requiere el apoyo moral, económico, emocional y de protección para el afectado. La familia es el sostén emocional para una persona que padece cualquier enfermedad, sin embargo, no siempre se cuenta con ello, dada las dinámicas familiares, muchas veces las malas relaciones y los problemas de índole económicos son motivos para dejar al paciente sin apoyo familiar, bien sea porque la familia rompe vínculos y relaciones interpersonales con el individuo o simplemente porque el paciente pierde contactos con su descendientes

Desjarlais,R (1997:41) afirma que: ***“Se conoce que los vínculos emocionales son factores protectores de la salud, puesto que las personas que no tienen con quien compartir sentimientos o mantener un contacto estrecho duplican las posibilidades de enfermedad o muerte”***. Es decir que es indispensable el apoyo familiar en cualquier situación problema presentada.

Es importante mencionar, que desde hace muchos años ha existido un sin fin de enfermedades, que han aquejado a los individuos en su diferentes ámbitos, estos pueden ser social, emocional, familiar y laboral. Entre las enfermedades que afectan actualmente nuestra sociedad y a las familias, se

encuentran las enfermedades mentales, las cuales no son más que un síndrome o un patrón psicológico de significación clínica, que suele aparecer vinculado a un malestar o una discapacidad.

Según Desjarlais,R (1997:41) define enfermedad mental como: ***“Un conjunto de trastornos separados (por lo tanto, “ enfermedades”, en plural), agudos y crónicos, que pueden tratarse con mayor o menor éxito, como otras enfermedades, con medicamentos específicos, intervenciones psicosociales y rehabilitación”.***

Según wikipedia (2012); se definen a las enfermedades mentales como:

Una alteración de los procesos cognitivos y afectivos del desarrollo, que se traduce en trastorno del razonamiento, del comportamiento, de la comprensión de la realidad y de la adaptación de las condiciones de vida. Aunque existen diferentes tipos de trastornos mentales, las principales hace referencia a: el estrés, trastorno de ansiedad, el desorden de la somatización, el desorden facticio, la paranoia, la depresión, la manía, la manía-depresiva, el delirio, la demencia, el narcisismo y la esquizofrenia. Esta última es el tema de estudio de la presente investigación. (Enlace consultado)

Haciendo énfasis en esta patología a pesar de que es un tema muy complejo La esquizofrenia según Rebolledo, S y Lobato, J (1998: 2). Se define como:

Un desorden cerebral, que dificulta la manera de pensar, dominar sus emociones, tomar decisiones y relacionarse con los demás. Es una enfermedad compleja y crónica que no afecta por igual a todos los pacientes, suele aquejar más gravemente a las personas en cuanto joven es, cuanto más tardío y brusco es el inicio de la enfermedad y cuanto más normal es el carácter previo del paciente, mejor pronóstico

tendrá la enfermedad; en cuanto más tardío y lento sea y más retraída y rara su forma de ser, peor será el pronóstico.

Es importante señalar que existen diversos tipos de esquizofrenia, sobre todo a la hora de dar un diagnóstico, debido, a que no todas evolucionan de igual manera, ni requieren el mismo tratamiento. Entre estos tipos se pueden mencionar; Según el DSM IV (2005:145) ***“Esquizofrenia paranoide, esquizofrenia desorganizada, esquizofrenia catatónica, esquizofrenia diferenciada, esquizofrenia residual”***.

Son en estos diferentes tipos, donde sobresalen los síntomas negativos, apatía, inhibición, falta de iniciativa, pasividad, empobrecimiento del lenguaje y del pensamiento y un deterioro del auto cuidado y del aseo. Según Sue, D. (2010:366). Cuantas más crisis esquizofrénicas se padezcan durante la vida, mayor deterioro se va a dar, y más fácilmente se va a llegar a una esquizofrenia residual.

La esquizofrenia es un problema grave que aqueja a un porcentaje importante de personas de nuestra sociedad, a nivel mundial, se calcula para esta enfermedad una prevalencia entre el 0,5 y 1,5 % de la población según la OMS para el año 2002, lo cual equivale a 1 individuo afectado por cada 100 personas; esta enfermedad suele iniciarse con mayor frecuencia entre los 18 y 25 años en los hombres, y de los 26 a los 45 en las mujeres, lo que no evita que también se inicie en la infancia y la adolescencia.

En lo que se refiere a nivel nacional, en Venezuela, según el censo casa a casa realizado por el estado venezolano por la Misión José Gregorio Hernández (2008), arrojó que existían a nivel nacional 22.661 Personas con

discapacidad mental (psicosis, esquizofrenia, etc.), sin embargo, cifras por el Ministerio de Salud señalan que para el año 2008, 216.957 personas sufrían de algún tipo de trastorno mental en Venezuela. Tomando como punto de partida que el Gobierno afirma que la población general del país en ese momento era de 27.934.783 personas, entonces los afectados representarían 0,77%. El Distrito Capital es la entidad con mayor cantidad de casos(Esquizofrenia 2.141 de personas el 1,20%) seguida de Miranda y en tercer lugar, Zulia. Luego están Carabobo, Monagas, Aragua, Táchira, Guárico, Lara y Mérida. Delta Amacuro se encuentra en el último peldaño. Por otra parte en el ministerio se encuentran en la etapa final de elaboración de un nuevo informe, que sentará las bases para diseñar un plan de acción para 2010. (Weffer, L, (2010) :enlace consultado el).

Sin embargo para el año 2010 de acuerdo con estimaciones del Centro de Atención al Esquizofrénico y Familiares de Maracaibo podrían ser 200.000 personas con esquizofrenia; algunas están en psiquiátricos, otras deambulan por la calle y tan sólo una parte se ha reincorporado a las actividades sociales. A nivel nacional la esquizofrenia es considerada una de las enfermedades mentales más devastadoras y discapacitante, ya que trae como consecuencia marginación, incompreensión y discriminación social, afectando además de manera directa e indirecta a niveles tanto individuales, familiares, sociales y económicos.

En lo que respecta al nivel local, según las estadísticas suministradas por el HUAPA (años 2010-2011) se encuentran aproximaciones tan sólo 143 personas registradas con la enfermedad (ver Fig. 02), las cuales han sido atendidas por esta institución. Hay que dejar en claro que estas estadísticas no son 100% exactas, ya que pueden existir otros casos, los cuales no han sido tratados científicamente o atendido por un médico, Psicólogo o Psiquiatra.

Es importante resaltar que, estas son enfermedades que se estigmatizan por gran parte de la sociedad contribuyendo a generar mayor sentimiento de frustración e ira al afectado, es por tal motivo, que familiares, amigos y la gente en general con frecuencia denigran a estas personas por no entender dicha enfermedad, lo que es producto de un proceso cultural muy fuerte donde el “el loco te puede llevar”. Es importante saber, que todos estos síntomas no sólo afectan a estos individuos, sino 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, donde al comienzo la familia responde con angustia y miedo porque se presentan cambios emocionales en la conducta del enfermo y temen a lo desconocido.

En tal sentido, que algunas familias sienten culpa, convencidos de su responsabilidad con la enfermedad, se ven obligados a reconocer la cruda realidad de tener un miembro familiar con esquizofrenia y hacer una proyección 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. Estos experimentan estrés asociado a la convivencia cotidiana con un paciente de estas características, donde la falta de recursos económicos y la falta de apoyo los limita a poder seguir ayudándolos. Es imprescindible que los familiares comprendan que la esquizofrenia no es el resultado de una "mala crianza" ni de una debilidad de la persona, sino, se debe a una combinación de problemas donde incluyen factores genéticos y ambientales, que surgen durante el desarrollo del individuo.

Cada día, son más las personas que luchan contra el estigma que sufren los afectados por algún tipo de enfermedad especialmente los

pacientes esquizofrénicos. Los especialistas reafirman que el apoyo de los familiares de un enfermo mental es clave para su recuperación, la mayoría de las personas que sufren de esta enfermedad deben contar bien sea con sus padres, hermanos, esposo (a) o hijos y un núcleo familiar, del cual dependan por completo. Esto nos indica que en la medida que se establecen relaciones sociales y más aún cuando participan en alguna actividad, encuentran una forma de sentirse satisfechos emocionalmente y muy raramente se sienten aislados. Los familiares, el ciclo de amistades y el entorno social, son algunos de los medicamentos fundamentales para mejorar la calidad de vida de todas estas personas. Sin embargo, por una circunstancia o por otra existe un sin fin de situaciones familiares, que influyen en el comportamiento negativo de estos enfermos, entre las que se incluyen el estigma, los recursos económicos limitados, el desconocimiento a la enfermedad, el impacto que produce la enfermedad, entre otros.

Por otra parte, las personas que padecerán de esta enfermedad en años anteriores no se encontraban totalmente asistidas, debido a que no existen suficientes instituciones y políticas públicas que se encarguen de un régimen exclusivo para atender a las personas que padecen de este tipo de trastorno tanto a nivel local, regional, estatal o nacional. Según Rojas Gabriela (2011, Últimas Noticias, Octubre, 19) plantea en su reportaje que las 24 coordinaciones del Programa de Salud Mental en Venezuela desconocen los programas y las estadísticas actuales en materia de salud mental las cuales serán discutidas en meses posteriores, es por ello que el psiquiatra, psicoterapeuta y coordinador nacional de Trastornos Afectivos de la Sociedad Venezolana de Psiquiatría (Luis Madrid) enfatiza la importancia de que el país pueda contar con un registro actualizado y específico en esta materia para generar lineamientos de políticas públicas de salud, tanto para los sistemas públicos como para la atención privada.

Sin embargo, en España se encuentra la Confederación Española de Asociaciones de Familiares de Enfermos Mentales, la cual se encarga de asistir a estas personas en el ámbito moral y familiar; además existen centros clínicos y grupos que apoyan y atienden necesidades exclusivas de estos pacientes. En lo que respecta a Venezuela se encuentra un centro que atiende exclusivamente a estas personas y a su grupo familiar, el cual es el Centro de Atención al Esquizofrénico y familiares de Maracaibo (CATESFAM) en el estado Zulia. Es importante mencionar que este centro no es un recurso suficiente para dar atención a la población existente en cada uno de los estados del país.

En lo que respecta a la región oriental, se encuentra el Servicio de Psiquiatría del Hospital Universitario Antonio Patricio Alcalá (HUAPA), del Municipio Sucre, del Estado Sucre, donde es notorio en este momento un problema de infraestructura, debido a que no cuenta con toda la capacidad de espacio físico para atender a toda la población afectada, sólo cuentan con el área A del piso, ya que el área B se encuentra inactivo por falta de mantenimiento y por negligencia de entes gubernamentales encargados de mantener esta área, para que así pueda prestar un mejor servicio; esta situación ha traído como consecuencias, que hombres y mujeres con diferentes trastornos se encuentren juntos compartiendo el mismo espacio físico, ocasionando conflictos entre sí; aunado a esto también se presenta el ingreso permanente de pacientes provenientes de todo el oriente venezolano, atendiendo así a personas de los diferentes estado, ocasionando un incremento significativo de pacientes. Según Estadísticas suministradas por el Servicio de psiquiatría de HUAPA (2011).

No hay que dejar a un lado que se han evidenciado casos donde los pacientes son recluidos nuevamente por recaída de la enfermedad. Es

importante mencionar, que las recaídas continuas de estos enfermos, pueden tener consecuencias devastadoras tanto para los pacientes como para sus familias, como lo son, la pérdida de empleo, la indigencia, la cárcel o incluso el suicidio. Por otra parte, muchas veces los pacientes que han sido retirados por sus familiares al poco tiempo son recluidos nuevamente, debido a que sus familiares no les dedican el tiempo suficiente y no están al pendiente de suministrarles las medicinas como lo establecen los especialistas o porque no son tratados adecuadamente, es decir, no les dan apoyo familiar, no se comunican constantemente con ellos y no le expresan ese afecto, sentimiento o seguridad emocional que estas personas necesitan. Asimismo el factor económico incide, dado el alto costo del tratamiento psiquiátrico y el desabastecimiento fármaco, haciendo difícil a los familiares de encontrarlo.

De continuar con esta problemática se incrementará el número de pacientes con trastornos de esquizofrenia, así mismo aumentará el número de personas en estado de indigencia, ya sea por abandono familiar, por falta de medicamentos o atención especializada.

Por lo antes expuesto, la realidad que afecta a las personas que padecen esta enfermedad, requiere la comprensión e interpretación desde las propias experiencias de los que les perjudica y de la información que suministren sus familiares y parientes más cercanos. Por tal razón, utilizando para esto el Método de Historia de Vida a partir de una orientación cualitativa, surgió en el equipo investigador la inquietud de estudiar este fenómeno desde el punto de vista subjetivo de los familiares y las personas afectadas. Cabe resaltar, la importancia de dicho método para conocer la percepción que tuvieron los familiares de pacientes esquizofrénicos ante su situación y como ha sido su vida ante esta realidad, lo que permitió estudiar

la historia de vida de dos (2) individuos partiendo desde el relato de sus familiares más cercanos, quienes padecen y sufren día a día con su familiar afectado, durante su infancia, adolescencia y adultez.

Para cumplir con los objetivos planteados se comenzó por abordar dentro de la investigación las siguientes interrogantes.

¿Cómo fue la infancia y adolescencia de los 2 pacientes con trastornos de Esquizofrenia?, ¿Cómo es la relación actual que llevan los 2 pacientes con sus familiares?, ¿Cuáles son las condiciones socio-económicas que tienen los 2 pacientes en la actualidad?, ¿Qué actividades realizan las 2 personas con esquizofrenia?, ¿Cuál es la percepción que tienen los 2 pacientes de su estado de salud y ánimo? ¿Cuáles han sido las consecuencias interpersonales y económicas que se han generado en el núcleo familiar por tener un integrante con trastorno de Esquizofrenia?

OBJETIVOS GENERALES

Analizar el ambiente Socio-Familiar y su influencia en el bienestar de dos pacientes con trastornos de Esquizofrenia atendidos en el servicio de psiquiatría del HUAPA. Desde el relato familiar. Cumaná. 2011._

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Indagar la infancia y la adolescencia de los pacientes con trastornos de Esquizofrenia, atendidos en el HUAPA.
- Describir las distintas actividades y el modo de subsistencia de estos 2 pacientes.

- Interpretar las opiniones que tienen los pacientes atendidos sobre su estado de salud y de ánimo.
- Determinar las condiciones sociales actuales que tienen los pacientes.
- Determinar las consecuencias en el ámbito familiar por la presencia de paciente con trastorno de Esquizofrenia.
- Analizar las relaciones interpersonales actuales que tienen los pacientes con sus grupo familiares.

JUSTIFICACIÓN

La esquizofrenia es una enfermedad, que **“se manifiesta inicialmente al término de la adolescencia o comienzo de la edad adulta”**. Desjarlais, Robert (1997:41); teniendo un curso deteriorante si no ingiere medicamentos, en las limitaciones propias del funcionamiento y de los grupos familiares, además es una realidad que ligada a las condiciones presentes en pueblos y ciudades de Venezuela, específicamente en el Estado Sucre Municipio Sucre agudizan en los últimos tiempos al desbordamiento de la exclusión a hombres y mujeres que sufren esta patología.

Cabe destacar, que en el Hospital Universitario Antonio Patricio de Alcalá en la Unidad de Psiquiatría se evidenció cierto tipo de discriminación puesto que, en algunos de los casos tratados, existe poco apoyo de los familiares hacía los pacientes con esquizofrenia, lo que se ve reflejado cuando se trata de pacientes ya conocidos en el Servicio (reincidentes). Una de las causas que lleva este tipo de discriminación, puede ser por el poco conocimiento que tienen algunos familiares en torno a los trastornos psiquiátricos y a su origen, en la cual se evidencio en la mayoría de los casos que han sido hospitalizados en el Servicio de Psiquiatría, debido a que durante las horas de visitas algunos se encuentran solos, otros ingresan sin

ropas y al ser dados de alta los familiares los rechazan regresando al poco tiempo con una crisis más aguda, por a la poca atención que prestan sus familiares en cuanto a su cuidado y tratamiento requerido.

A nivel social, esta investigación ofrece al Estado Sucre y a su capital Cumaná aportes primarios y documentales sobre un perfil aproximado referente a estos pacientes aportando información que puede compararse futuro con otras realidades locales donde se ejecuten investigaciones similares.

Dentro de los aportes del presente estudio a nivel institucional, se encuentra brindar la oportunidad a la Universidad de Oriente, Escuela de Ciencias Sociales y su Departamento de Trabajo Social de conocer la realidad de los pacientes con esquizofrenia, ya que no existen investigaciones locales en torno a este objetivo de estudio, además que es un tema poco estudiado e innovador. Permitiendo abrir paso a una línea de investigación sobre las personas que se encuentra en esta condición de pacientes con esquizofrenia.

No se puede dejar de mencionar que existen casos en los cuales los pacientes reciben apoyo familiar, lo cual los beneficia y contribuye con su pronta recuperación y a mejorar su calidad de vida. Por consiguiente dentro de las razones que mantuvo esta investigación está la alternativa que propuso, para comprender e interpretar la realidad que tienen los pacientes con trastorno de esquizofrenia, permitiendo el abordaje del problema desde la apreciación particular de los sujetos investigados; es decir, obtener un conocimiento amplio de la realidad de dichos paciente. Del mismo modo el esfuerzo y sacrificio que hacen los profesionales presentes en esta unidad psiquiatra para brindar la mayor atención integral con pocos recursos suministrados por parte del estado.

En ese sentido, dentro de los beneficios que ofrece esta investigación, esta, el de servir de referencia y antecedentes a las futuras generaciones, contribuir en la búsqueda participativa de soluciones pertinentes, por ser un área de acción profesional del trabajador social, donde se necesita tener un conocimiento en cuanto a este fenómeno, además de necesidad de estimular los enfoque de investigación cualitativa, particularmente historia de vida, como una herramienta metodológica, para la formación investigativa del Trabajador Social.

CAPITULO II

MARCO TEÓRICO REFERENCIAL

2.1 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

Son escasas las investigaciones que se han realizado sobre este tema, se puede asegurar que este estudio, es pionero en investigación a nivel local desde una perspectiva cualitativa en relación a la esquizofrenia. Es oportuno indicar que en su mayoría los estudios desarrollados sobre esta temática son de carácter cuantitativo y aunque se han efectuado aportes relevantes, dejan de lado los perfiles particulares y personales del objeto de estudio; mientras que las perspectivas cualitativas de investigación social ofrecen la ventaja de contar con el objetivo primordial, de conocer las especificidades de los fenómenos sociales a partir de la experiencia y del sentido que los sujetos involucrados en una acción le otorgan a la realidad.

Entre las investigaciones más destacadas a **nivel internacional** tenemos a: Sánchez O, Silvia. (2001). Barcelona, España. Quien desarrolló un trabajo de investigación denominado: La Emoción Expresada de las Familias en una muestra costarricense de pacientes esquizofrénicos (Modalidad: investigación). El estudio de Costa Rica tenía **como objetivo** evaluar la emoción expresada de las familias en una muestra de pacientes esquizofrénicos y precisar algunas características asociadas a la recaída durante 9 meses de seguimiento que se realizó a las familias. Los resultados a los que se llegaron son: La Emoción Expresada está relacionada (NS) con la recaída con rehospitalización durante el período de seguimiento de 9 meses. El cumplimiento en la toma regular de la medicación fue un elemento protector de la rehospitalización (NS). La Calidez no mostró relaciones

significativas con el resto de las variables. El Contacto Cara a Cara es un predictor fiable ($p < 0.01$) de la rehospitalización durante los 9 meses de seguimiento.

Otras de las investigaciones internacionales sobre esquizofrenia encontradas fue la de

Acosta A, Francisco (2003) **España**, desarrolló un trabajo de investigación denominado: Estudio prospectivo de las variables psicopatológicas asociadas a tentativas de suicidio en pacientes esquizofrénicos. **(Modalidad: Investigación). El objetivo** fue comprobar si existe perfil psicopatológico asociado a suicidabilidad del esquizofrénico en periodo de estabilidad, identificar patrón de asociaciones entre variables psicopatológicas; estudiar intensidad de éstas y correlaciones con fase aguda; estudiar si existen subtipos de esquizofrénicos suicidas. A pesar de la importancia de la esquizofrenia y el suicidio, existen pocos estudios prospectivos como el presente en el que se evalúan en esquizofrénicos las variables psicopatológicas, socio demográfico y clínicas generales, en fase aguda y en estabilidad. De 130 esquizofrénicos ingresados fueron reevaluados 104 al año, dividiéndose en tres grupos según sociabilidad (alta, media, baja). Para los subtipos, se dividió en casos y controles, centrándose en grupo de casos. Los esquizofrénicos de alta suicidabilidad presentan mayor depresión y desesperanza en análisis de los tres grupos, si bien las que mejor los identifican en análisis de grupos extremos son la mayor desesperanza y/o menor sintomatología negativa, respecto a los de baja suicidabilidad. Subtipos fueron identificados según motivación suicida (psicótica, depresiva), mostrando perfil psicopatológico diferencial. El grupo de alta suicidabilidad tiene un esquema cognitivo de desesperanza-depresión. En la desesperanza predomina el componente de rasgo, y en la

depresión el de estado. Ambas están íntimamente relacionadas. La sintomatología negativa es factor protector. El subtipo de motivación depresiva es el esquema cognitivo de desesperanza-depresión más acusado y con mayor nivel educativo. Los subtipo de motivación psicótica, presenta mayor vulnerabilidad ante los síntomas psicóticos.

En cuanto a las investigaciones realizadas a **nivel local** tenemos:

Villarroel, Ricardo y Campos, Miguel. (2004) Cumaná, Venezuela, titulado "Alteraciones hematológicas y hepáticas asociadas a tratamiento con neurolépticos en pacientes esquizofrénicos, asistentes a la Unidad de Psiquiatría del SAHUAPA Cumaná, Edo. Sucre (Modalidad: Investigación)"., el cual estuvo dirigido a: Comparar las posibles alteraciones de los parámetros bioquímicos (bilirrubina, transaminasa y fosfatasas alcalinas); hematológicos (cuenta y fórmula leucocitaria) en 22 pacientes con esquizofrenia aguda de ambos sexos, con edades superiores a los 18 años, sin antecedentes de enfermedades hepáticas y hematológicas que asistieron a la consulta de psiquiatría del SAHUAPA durante el período comprendido entre Junio y Agosto de 2003. A los resultados obtenidos se les aplicó un análisis de varianza sencillo, con un nivel de confianza del 95% para comparar la variación de los parámetros antes y después del tratamiento c antipsicóticos. El este grupo a su vez, fue comparado con un grupo control normal conformado por 25 individuos aparentemente sanos. Los niveles de bilirrubina total y directa, transaminasas (TGO) en sangre se mantuvieron dentro de los valores de referencia, sin embargo la bilirrubina indirecta y la transaminasa TGP mostraron diferencias significativas ($p < 0,05$) y altamente significativas ($p < 0,001$) respectivamente. El análisis de los parámetros hematológicos junto con las pruebas de función hepática, constituyen valores

importantes para la detección de enfermedades hepáticas y sanguíneas durante la terapia con antipsicóticos.

2.2 BASES TEÓRICAS

2.2.1 Historia

Autores como Sue, Wing y Sue

Haciendo un recuento sobre la historia de la esquizofrenia nos encontramos que se designa del griego clásico formado por *Skhizein* (Separar) y *Phern* (Mente), tuvo su comienzo históricamente con el término «demencia precoz» por Morel Bénédicte a mediados del siglo XIX. Años más tarde se puso de manifiesto que el trastorno descrito como «demencia precoz» no conduce necesariamente a un deterioro mental y en 1908 el psicólogo suizo Bleuler Eugen sugirió que el nombre era inadecuado, porque el trastorno no era una «demencia», es decir, no llevaba necesariamente a un deterioro de funciones mentales como en la demencia senil tipo enfermedad de Alzheimer; por ende, Bleuler en (1908) planteó la palabra «esquizofrenia» para referirse a una división de los procesos psíquicos consistente en la pérdida de correspondencia entre el proceso de formación de ideas y la expresión de emociones .

Investigaciones demuestran que Bleuler en 1908 no se encontraba en aquellos tiempos tan lejano de la realidad sobre la causa de la enfermedad, debido a que un grupo de investigadores científicos suecos en una entrevista realizada a la revista *Neuroscience Letters* (1998) detectaron por medio de estudios efectuados; una partícula minúscula, de origen todavía desconocido, pero alojada en el líquido de la médula espinal, que podría ser

el punto de partida de la esquizofrenia, estos fragmentos pueden intervenir en el desarrollo de la enfermedad, o ser el resultado del proceso patológico en el cerebro de pacientes esquizofrénicos, explicaron los especialistas en un resumen del estudio, que la investigación consistió en analizar muestras de líquido cefalorraquídeo tomado de la médula espinal de 22 individuos esquizofrénicos y 38 sujetos sanos, con el propósito de encontrar biomarcadores que indicaran la presencia de la patología.

Se encontraron esferas mínimas (una cienmilésima de milímetro de tamaño) en 20 de los 22 pacientes enfermos, y en sólo 2 de los 38 no afectados. Las partículas serían una nueva forma de vida, ya que no corresponden a ninguno de los microorganismos conocidos y no poseen ADN (ácido desoxirribonucleico); son más grandes que los virus pero más pequeños que las bacterias y se parecen a los priones que desencadenan la enfermedad de las vacas locas. No se descarta que sirvan como marcadores biológicos de la enfermedad. Las causas de la esquizofrenia son desconocidas, expresan los científicos suecos, “pero el proceso patogénico produce cambios orgánicos en el tejido cerebral, que pueden alterar la composición del fluido cerebroespinal”. Según Wetterberg Lennart (1998), citado por los autores, Rebolledo, S y Lobato, J (1998: 2).

2.2.2 Esquizofrenia y sus causas

La Esquizofrenia es una **“alteración que persiste durante por lo menos seis meses e incluye por lo menos un mes de síntomas de la fase activa (P.E). dos [o más] de los siguientes: ideas delirantes, alucinaciones, lenguaje desorganizado, comportamiento gravemente desorganizado o catatónico y síntomas negativos”**, Según el

DSMIV(2002:278) ; sin embargo Ander,E (2001:99) lo define como “ ***un trastorno de la personalidad, caracterizado por la ruptura de contacto con su circunstancia incoherencia del pensamiento, acción y afectividad, el apartamiento de la realidad, un repliegue excesivo sobre sí mismo y una mentalidad primitiva, prelógico***”.

Existen muchos factores que causan esta enfermedad entre los cuales podemos mencionar la genética y los factores ambientales (físicos, psicológicos y sociales) que combinados entre sí, abren paso a la enfermedad. La herencia es el factor principal pero no lo suficiente para causar la esquizofrenia; los factores ambientales también intervienen. Se ha supuesto que algunos patrones familiares negativos, que incluyen características parentales o los procesos de comunicación intrafamiliar, trascienden en la esquizofrenia. Hay poca evidencia de que los factores psicológicos en sí mismo o en combinación con otros pueden causar esta condición.

2.2.3 Sintomatología

La esquizofrenia es un conjunto de severos síntomas psicológicos, los cuales hacen difícil trabajar, jugar y relacionarse, con otras personas. Los síntomas positivos incluyen ilusiones (creencias irracionales), alucinaciones (experiencias sensoriales por falta de estímulo), pensamiento y habla incoherentes, paranoia o ansiedad intensa e incontrolable y un comportamiento extraño. Entre los síntomas negativos están la pérdida de experiencias y expresiones emocionales, pérdida de poder e iniciativa, inhabilidad de experimentar placer o de interesarse en cosas, y aislamiento de personas. En los síntomas cognitivos se presentan asociaciones laxas, neologismos, déficit de atención, déficit en el procesamiento de la información, problemas para mantener la concentración, priorizar y modular

la conducta basada en normas sociales, pensamiento inútil, y en los síntomas afectivos; hostilidad, conductas auto lesivas incluyendo suicidio, impulsividad, humor deprimido, tensión irritabilidad, preocupación y humor ansioso. Querelle y Cia. (2011) documento en línea.

2.2.4 Tipología de la Esquizofrenia

Según Flores; en el Manual de diagnóstico y estadística de tratamientos mentales DSM IV (2005:292-296); en esta enfermedad se conocen:

- **Esquizofrenia Paranoide**

Consiste en la presencia de claras ideas delirantes o alucinaciones auditivas, en el contexto de una conservación relativa de la capacidad cognoscitiva y de la afectividad.

- **Esquizofrenia Desorganizada**

Las características principales del tipo desorganizado de esquizofrenia son el lenguaje desorganizado, el comportamiento desorganizado y la afectividad aplanada o inapropiada. El lenguaje desorganizado puede ir acompañado de tontería y risa que no tiene una clara conexión con el contenido del discurso.

- **Esquizofrenia Catatónica**

Es mucho más rara y se caracteriza por las alteraciones motoras, ya sea inmovilidad persistente y sin motivo aparente, o una agitación. Un síntoma

muy típico es la obediencia automática, el paciente obedece ciegamente las órdenes sencillas que se les dan.

- **Esquizofrenia indiferenciada**

Este diagnóstico se aplica a aquellos casos que siendo verdaderas esquizofrenias, no reúnen las condiciones de ninguna de las tres formas anteriores y se suele utilizar como un “cajón de sastre” en el que se incluye a aquellos pacientes imposibles de definir.

- **Esquizofrenia residual:**

El tipo residual de esquizofrenia se presenta cuando se ha presentado al menos un episodio de esquizofrenia, pero en el cuadro clínico actual no es patente la existencia de síntomas psicóticos positivos, en este desembocan muchas esquizofrenias sean del tipo que sean.

2.2.5 Historia del Tratamiento de la Esquizofrenia

A través de los años la esquizofrenia era tratada quirúrgicamente, estos procedimientos radicales se abandonaron en la década de 1950 cuando se descubrieron los efectos benéficos de los fármacos antipsicóticos. Hoy la esquizofrenia se trata de manera típica con tales medicamentos, en conjunto con algunos tipos de terapia psicosocial. En los últimos años, la investigación y el punto de vista clínico sobre las personas con esquizofrenia ha cambiado de un enfoque en la enfermedad y el déficit, a uno de recuperación y promoción de la salud, competencia, independencia y autodeterminación.

La mayoría de los profesionales de salud mental consideran la introducción, en 1955, del medicamento llamado como “Thorazine”, la primera droga antipsicótica, el inicio de una nueva era en el tratamiento de la esquizofrenia. Aunque estos medicamentos han mejorado la vida de los pacientes, no curan el trastorno. Casi cinco décadas después, los antipsicóticos convencionales (Thorazine y los medicamentos relacionados llamados fenotiazinas) siguen siendo un tratamiento eficaz para la esquizofrenia, a pesar de que ha comenzado a suplantarse por medicamentos más nuevos, antipsicóticos atípicos.

Según Sue, Wing y Sue (2010). Señalan que la Esquizofrenia:

Incluye factores tanto biológicos como psicológicos, y los programas de tratamiento que combinan medicamentos y psicoterapia parecen ser la opción más prometedora. Los medicamentos antipsicóticos convencionales o más antiguo (Clorpromazina/thorazine, haloperido/Haldol, perfenazina/Trilafon, flufenazina/Prolixin). Los antipsicóticos más nuevos (Clozapina/Clozaril, risperidona/Risperdal, olanzapina/Zyprexa, quetiapina/Seroquel y ziprasidona/Geodon). (Pág. 383)

Aunado a estas se encuentran las terapias psicosociales de acompañamiento que consisten en orientación de apoyo y terapia conductual, con un énfasis en el entrenamiento de habilidades sociales y cambios en los patrones de comunicación entre los pacientes y los miembros de su familia.

En la actualidad muchas enfermedades neuropsiquiátricas pueden tratarse eficazmente. Se han hecho adelantos considerables tanto en el campo de la psicofarmacología como en las terapias psicosociales. Los psicofármacos, cuando

son utilizados adecuadamente, son efectivos en el tratamiento de muchos pacientes; de lo contrario, son ineficaces y puede producir efectos secundarios peligrosos. Los tratamientos que combinan los medicamentos apropiados con intervenciones basadas en la familia o en la comunidad han demostrado su eficiencia aun en casos crónicos de enfermedades mentales graves. Desjarlais, R (1997:92)

2.2.6 La esquizofrenia y su influencia en la sociedad

La sociedad se rige por ciertas consideraciones culturales y sociales, donde el individuo está sujeto al cumplimiento de una serie de normas que van a depender del día a día de los avances sociales; dichas normas son establecidas por los miembros de un grupo, comunidad, o en su efecto sociedad; es por tal motivo que la esquizofrenia tiene un impacto en el desarrollo del individuo puesto que, ésta afecta directamente al desarrollo integral de la persona, es decir, que ocurren cambios a nivel cognitivo del individuo, restringiendo el desarrollo considerado "NORMAL" para la sociedad.

Es importante tener en cuenta que la influencia en la sociedad va a depender de muchos factores socio-ambientales, tales como económico, familiar, educativo, personal, ambiental e institucional.

Actualmente los partidarios de la Psiquiatría social en los últimos años prestan especial interés en la calidad de vida del enfermo esquizofrénico, en la cual la rehabilitación psicosocial y el apoyo social tienen su rol protagónico en el desenvolvimiento del enfermo; es por tal motivo que el apoyo familiar y social juega un papel fundamental en la continuidad del desarrollo integral del individuo para que estos en un mañana sean personas capaces de aportar al desarrollo del país.

2.2.7 La esquizofrenia y su influencia en núcleo familiar

El ambiente familiar es el conjunto de relaciones que se establecen entre los miembros de la familia que comparten el mismo espacio; este nexo es indispensable y debe prevalecer que en cada miembro de la familia, puesto que, según Ander -egg (2002:127) **“Familia es la forma de vinculación y convivencia más íntima en la que la mayoría de las personas suelen vivir buena parte de sus vidas”**. Cada familia vive y participa en estas relaciones de una manera particular, de ahí que cada una desarrolle unas peculiaridades propias que le diferencian de otras familias. Pero el ambiente familiar, sea como sea la familia, tiene unas funciones educativas y afectivas muy importantes, ya que partimos de la base de que los padres tienen una gran influencia en el comportamiento de sus hijos y que este comportamiento es aprendido en el seno de la familia. Lo que difiere a unas familias de otras es que unas tienen un ambiente familiar positivo y constructivo que propicia el desarrollo adecuado y feliz en lo que respecta al niño, y en cambio otras familias, no viven correctamente. Las relaciones interpersonales de manera asertiva y positiva, permiten que el niño o individuo no adquiera de sus padres el mejor modelo de conducta o que tenga carencias afectivas importantes.

Cuando en la familia se manifiesta un caso de esquizofrenia, existen diversas reacciones, preocupaciones, dudas e inquietudes, causando conflicto en la comunicación y las relaciones interpersonales, debido a que se presenta aquella confrontación entre los jefes de familia por buscar culpables de lo sucedido, en ocasiones hay familiares que por no tener conocimientos y recursos tienden a discriminar a su integrante afectado por ser “el anormal y el loco” de las casa, creando un desequilibrio emocional en estos seres, el ambiente familiar es de suma importancia para la recuperación de esta enfer-

medad, se necesita de apoyo moral, económico y de cuidados para la recuperación.(Martínez C, (2011)

Es necesario que la familia entienda que nadie tiene la culpa de esta enfermedad; que no hay que sentirse avergonzado por la misma y que los demás deben aprender a aceptar esta realidad. Es fundamental hablar del asunto con naturalidad, disipando falsas creencias y peligros imaginarios, intentando que la vida familiar cambie lo menos posible. No hay que dejar de mencionar que por lo imprevisible y oscuro de la enfermedad, el sentimiento predominante en la familia es la angustia, que se pone de manifiesto con reproches mutuos entre los familiares, insomnio, disminución en la participación en acontecimientos sociales y en general un deterioro de la calidad de vida.

2.2.8 Esquizofrenia un problema de salud pública.

La esquizofrenia definida como enfermedad altamente discapacitante representa una carga social y económica de dimensiones respetables. Se considera que afecta entre el 0,5 y el 1,5 % de la población mundial. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS 2010) indica que cifras internacionales nos anuncian que el 10 y el 15 % de las personas con esquizofrenia mueren por suicidio y tan sólo el 50 % de ellos intentan al menos una vez en la vida suicidarse.

Por ello la salud pública como disciplina encargada de mejorar las condiciones de salud, mediante la promoción de estilos de vidas saludables, las campañas de concienciación, la educación e información, debe fomentar la información de esta enfermedad para que la sociedad esté enterada de qué es la esquizofrenia, sus consecuencias, su tratamiento etc. Con esto evitar estigmatizaciones falsas de estas personas y velar por la salud mental

de ellos y de sus familiares, lograr que no sean rechazados por la sociedad y disminuyendo a enfermos con esquizofrenias en situación de calle , que terminaron en la delincuencia, la indigencia, la drogadicción, el alcoholismo y enfermedades de transmisión sexual, incluso aumentándose el índice de mortalidad; de estos, debido a que en su gran mayoría los enfermos de esquizofrenia en situación de calle tienden a consumir sustancias estupefacientes tales como, cigarrillo, cocaína, marihuana entre otras.

En años posteriores, según OMS (2010) la esquizofrenia se encontraba incluida en el listado de las 10 causas más importantes de enfermedad y muerte en el mundo y ocupó la posición 9 entre ellas.

2.2.9 Políticas Públicas en el contexto venezolano en el área de salud mental (Esquizofrenia)

Las políticas públicas son el instrumento principal de la actuación gubernamental. Asumiendo ésta última como la acción de conducir los destinos de un país, las políticas públicas son el timón a través del cual se conduce. Sin embargo, aunque suele señalarse que las políticas públicas se orientan a la resolución de problemas; está claro que más allá de ese fin inmediato, persiguen la detección y la corrección de desigualdades producto de otras acciones gubernamentales. Petrizzo Mariángela (2008) [consulta en línea.]

En los últimos años y con la gestión del actual presidente de la República Bolivariana de Venezuela se han incrementado los programas y políticas públicas dirigidas a los ciudadanos y ciudadanas de este país, permitiendo así el desenvolvimiento y el protagonismo de cada uno de los

venezolanos, tengan o no alguna discapacidad, tanto física, intelectual, visual, auditivas entre otras. No obstante en lo que respecta a salud mental en el estado Sucre, no se cuenta con un programa de atención integral a las personas con esquizofrenia, que atiendan necesidades específicas de esta población afectada. Más sin embargo, no hay que dejar de mencionar el esfuerzo realizado por el equipo de atención integral de salud mental del niño, niña y adolescente (UNISAMA) adscrito al ministerio del poder popular para la salud y desarrollo social y a FUNDASALUD-Sucre, la cual se desprende del programa regional de salud mental emanado del estado Sucre, creado con el fin de desarrollar un modelo preventivo a través de la capacitación de los servicios básicos de salud y los grupos organizados que hacen vida en la comunidad.

Lo anterior, surge con la misión de fomentar la salud mental de la población a través de la participación activa de la comunidad organizada con énfasis en la población, teniendo como objetivo y misión coordinar el diseño de acción que garanticen la salud mental de la población como elemento básico que favorezca su calidad de vida. Observándose así en los principales diagnósticos de los pacientes atendidos por Unidad de Atención Integral de Salud Mental del Niño del Adolescentes (UNISAMA) para el año 2011, los siguientes: Trastorno de déficits de atención e hiperactividad con 381 consulta; Retardo mental con 231 Consultas; Depresión con 113; Trastorno de Conducta 111; Trastorno del Aprendizaje 111; Trastorno de Ansiedad 89; Síndrome mental Orgánico 32 y Autismo 21 consulta. Con esto se evidencia la poca participación de los pacientes con trastorno de esquizofrenia en esta unidad de atención lo que demuestra que es necesaria la pronta creación de una unidad de atención especial y exclusivas para estas personas, así como lo realiza el Centro de Atención al Esquizofrénico y Familiares (CASTEFAN) en el estado Zulia.

Por otra parte, llama poderosamente la atención, que en tiempos remotos las personas que padecían alguna demencia o algún tipo de enfermedad o trastorno mental eran considerados un “estorbo”, no sólo estas personas sino también aquellas que con alguna condición diferente: como autismo, deficiencia visual, auditiva, la ausencia de algún miembro entre otros, eran discriminados en todos los ámbitos como son: laboral, social, cultural y educativo. En años posteriores se fueron implementando políticas e instituciones fundadas para brindar atención integral a esta población con discapacidad mental, creando un paternalismo y una dependencia hacia estas instituciones. Con los nuevos lineamientos y gestiones, se quisieron eliminar estos centros debido a que los familiares de los afectados no colaboraban con el desenvolvimiento y recuperación de su familiar, utilizando estos centros como depósitos de estas personas, coartando su libertad de ser útil para esta sociedad y de continuar con la vida; hay que dejar atrás las falsas creencias de que las personas con discapacidad no pueden valerse ni llevar una vida “normal”.

En Venezuela, no se ha realizado ninguna campaña de educación pública y concienciación sobre la salud mental donde participen los profesionales o un equipo multidisciplinario (psiquiatra, psicólogos, nutricionistas, neurólogos y trabajadores sociales), los medios de comunicación, los políticos y la población en general, si este tipo de actividades se llevaran a cabo continuamente, la sociedad y los familiares de estos pacientes tuvieran mayor grado de consciencia y aceptación.

Según cifras de la Organización Mundial de la Salud (2011, Últimas Noticias, Octubre 9):

Durante los últimos 5 años se ha evidenciado un incremento del 30% en la atención psiquiátrica de enlace, lo que refleja que los médicos refieren más a los pacientes a interconsultas psicológicas y atienden de manera integral las enfermedades; además nos indica que es tan sólo el 2% de la partida total del presupuesto asignado para la salud mental, por lo que se detiene a apuntar que los seguros médicos y las redes públicas deben reconocer las necesidades y la atención de los pacientes psiquiátricos.

Si se crearan nuevas políticas públicas enfocadas en el bienestar integral y social de los enfermos mentales, en el país se observará menor índice de personas en estado de indigentes, desintegración familiar, además fueran personas productivas para el estado, ya que las políticas estarían enfocadas en la recuperación plena de los afectados.

2.2.10 Discriminación y esquizofrenia:

Decir esquizofrenia hoy en día es decir discriminación, puesto que, la esquizofrenia es una enfermedad en la cual la sociedad ha generado una idea totalmente errónea de que las personas con esquizofrenia son personas muy peligrosas. Según Ander-Egg (2001; 98) discriminar no es más que **“dar trato de inferioridad a una persona o colectividad en relación a su raza, religión, idea, sexo, edad, condición física, mental, etc.”**. Cabe mencionar que estas personas pueden cometer delitos de sangre, y curiosamente siempre suele darse el caso en aquellos sujetos sin familia, sin tratamiento o desamparados, por esta razón la sociedad los ha estigmatizados como “locos”, los discrimina, sólo por el hecho de poner en manifiesto actitudes distintas en poco tiempo.

Es por esta razón que se deben incrementar políticas y programas sociales públicos en Venezuela con equipos multidisciplinario constituido por Psicólogos, Psiquiatras, Médicos generales, Sociólogos y fundamentalmente Trabajadores Sociales, que se encarguen de velar y atender a esta población específica de personas con discapacidad, donde se les suministre medicamentos , atención integral, apoyo moral, terapéutico, orientación familiar, información entre otros, para lograr así el bienestar y disfrute integral de esta población afectada, entendiéndose al bienestar como **“un estado favorable en el que se encuentran miembros de una determinada formación social”**. Según Klisksberg, B (1992: 115)

2.3 BASES LEGALES

Las bases legales con las cuales se sustentó esta investigación están relacionadas con el análisis de artículos de la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela Capítulo V de los Derechos Sociales y de las Familias, La Declaración Universal de los Derechos Humanos, además de leyes y decretos, tales como: Ley de Servicios Sociales y Ley para las Personas con Discapacidad.

En este sentido se ha creído conveniente realizar el presente estudio de acuerdo al soporte que brindan los siguientes instrumentos legales:

1.-Declaración Universal de los Derechos Humanos (1948:3):

Art. 22: Toda persona, como miembro de la sociedad, tiene derecho a la seguridad, y a obtener mediante el esfuerzo nacional y la cooperación internacional, habida cuenta de la organización y de los recursos de tal estado, la satisfacción de los derechos económicos, sociales y culturales indispensables a su dignidad y al libre desarrollo de su personalidad.

El artículo citado expresa claramente que toda persona tiene derecho a obtener recursos otorgados por el estado, para su bienestar social e integral puesto que, es el ente garante de los derechos del ciudadano, brindándole seguridad y desarrollo integral a la ciudadanía sin discriminación alguna.

2.-La Constitución de la República Bolivariana de Venezuela (1999)
Capitulo VA, referido a los derechos Sociales y de las Familias, en su artículo 81, consagra lo siguiente:

La declaración universal de los derechos humanos promulgados por la Organización de las Naciones Unidas el 10-12-1948, garantiza la Seguridad Social como un derecho fundamental, en la cual prevalece la justicia social y el libre desarrollo de su personalidad reconocida por los pueblos del mundo, se quiere destacar con esto que cualquiera que sea el país en el cual se encuentra un ciudadano el estado se encuentra obligado a brindarle protección institucional.

Art. 81: Toda persona con discapacidad o necesidades especiales tiene derecho al ejercicio pleno y autónomo de sus capacidades y a su integración familiar y comunitaria. El estado, con la participación solidaria de las familias y de la sociedad les garantizara el respeto a su dignidad humana, la equiparación de oportunidades, condiciones laborales satisfactorias y promueve su formación capacitación y acceso al empleo acorde con sus condiciones de conformidad con la ley. Se les reconoce a las personas sordas y mudas el derecho a expresarse y comunicarse a través de la lengua de señas.

En el artículo antes mencionado y contemplado por la Constitución Bolivariana de Venezuela hace mención a que, toda persona con discapacidad tiene derecho a ser integrado tanto en el ámbito familiar, social, laboral y cultural puesto que, tienen derecho a desarrollar sus capacidades,

ser respetados y tratados como un ciudadano mas, al cual se le debe de admirar por sus cualidades y aporte a la sociedad y al país.

3.-Ley de Servicios Sociales, Capitulo II, Deberes de Coordinación y Cooperación de Organismos Públicos y Privados, en la atención Integral a la salud, en su artículo 24, consagra los siguientes:

Art. 24: El ministerio con competencia en materia de salud, a través del sistema público nacional, deberá promover y desarrollar la atención integral de la salud a las personas protegida por esta ley, mediante programas de promoción, prevención, restitución, habilitación y rehabilitación, atendiendo las particularidades inherentes a su condición.

4.-La ley de Persona con Discapacidad, Titulo I, Disposiciones Generales, Definición de Personas con Discapacidad, en su artículo 6 contempla:

Art. 6: Son todas aquellas personas que por causas congénitas o adquiridas presenten alguna disfunción o ausencia de sus capacidades de orden físico, mental, intelectual, sensorial o combinaciones de ellas; de carácter temporal, permanente o intermitente, que al interactuar con diversas barreras le impliquen desventajas que dificultan o impidan su participación, inclusión e integración a la vida familiar y social, así como el ejercicio pleno de sus derechos humanos en igualdad de condiciones con los demás. Se reconocen como personas con discapacidad: Las sordas, las ciegas, las sordas ciegas, las que tienen disfunciones visuales, auditivas, intelectuales, motoras de cualquier tipo, alteraciones de la integración y la capacidad cognoscitiva, las de baja talla, las autistas y con cualesquiera combinaciones de algunas de las disfunciones o ausencias mencionadas, y quienes padezcan alguna enfermedad o trastorno discapacitante; científica, técnica y profesionalmente calificadas, de acuerdo con la

Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud de la Organización Mundial de la Salud.

Esta es una de las leyes más importantes en el territorio venezolano ya que desde que fue creada tienen mayor énfasis los derechos y deberes para las personas con discapacidad. Siendo una población muy desasistida y discriminada, por medio de la misma se conoce cuáles son las discapacidades que reconoce el estado venezolano, con el fin de tomar en cuenta todas esas condiciones para ser calificadas, clasificadas y certificadas.

Art. 9: Ninguna persona podrá ser objeto de trato discriminatorio por razones de discapacidad, o desatendida, abandonada o desprotegida por sus familiares o parientes, aduciendo razonamientos que tengan relación con condiciones de discapacidad. Los ascendientes y descendientes hasta el segundo grado de consanguinidad, y los parientes colaterales hasta el tercer grado de consanguinidad, están en la obligación de proteger, cuidar, alimentar, proveer vivienda, vestido, educación y procurar asistencia médica, social y comunitaria, a personas con discapacidad que no puedan por sí mismas satisfacer las necesidades que implican las acciones enunciadas. La persona con discapacidad debe ser atendida en el seno familiar. En caso de atención institucionalizada, ésta se hará previo estudio de acuerdo con las leyes de la República. El Estado brindará apoyo y sostendrá instituciones para brindar esta atención en condiciones que garanticen respeto a la dignidad humana y a la libertad personal.

El artículo mencionado es de suma importancia, lo contempla la ley para las personas con discapacidad, en la que prohíbe que las personas con dichas condiciones sean estigmatizadas, rechazadas, desprotegidas y discriminadas por sus familiares o parientes, debido a que muchos son abandonados por los familiares y les niegan la posibilidad de recuperación y

de ser productivos mas adelante. Asimismo esta ley crea un sentido de responsabilidad para todas las personas del territorio venezolano y del mundo, puesto que es el único país que los toma en cuenta. En lo que respecta a el apoyo que el estado debe brindar a esta personas debería ser permanente y con condiciones adecuada.

No hay que dejar mencionar que a pesar de que estas leyes existen en la actualidad, aún no cumplen con su total ejecución, esto se puede evidenciar con la población de persona con discapacidad intelectual (Enfermos Mentales), la cual no son atendidos de manera integral dejándolos desamparados y fuera de todo beneficio que por derecho corresponde.

Desde que fue promulgada la Constitución de la República de Venezuela en los años de 1830 está en ciertos artículos se cumplieron, aunque con el pasar de los años ha sufrido diversas modificaciones y cambios, la misma se creó para el beneficio de los ciudadanos (as) y de la nación venezolana, a medida que fue trascurrido el tiempo y pasaron los gobiernos, surgiendo con estos nuevas leyes, creada para favorecer, algunas a la población venezolana mientras que otras solo a una población especifica de personas como lo es la Declaración Universal de los Derechos Humanos, Ley de Servicios Sociales y la ley de de Persona con Discapacidad surgiendo estas en la última década. Es para el año 1999 cuando el actual presidente de la República Bolivariana de Venezuela fue proclamado como jefe de estado, y es allí donde comienza a darles huaje e importancia a estas personas que en tiempos pasados no eran tomadas en cuenta llegando al grado de crear nuevas leyes donde sus deberes y derechos fueran respetados.

CAPITULO III
ASPECTOS METODOLÓGICOS

3.1 La Historia de vida como un método de acercamiento a la realidad social.

El método que orientó la investigación es de tipo cualitativo y el mismo se basa en referentes humanistas, a fin de rescatar las vivencias subjetivas de individuos y grupos. Según Hernández, R. (2006:21). **“La investigación cualitativa proporciona profundidades a los datos, dispersión, riqueza interpretativa, contextualización del ambiente o entorno, detalles y experiencias únicas”**. Asimismo la investigación cualitativa consiste además en una serie de descripciones detalladas de situaciones, eventos, interacciones y comportamientos observables, así como aquellos que las personas dicen, sus actitudes, experiencias ,creencias, pensamientos y reflexiones, tal y como son expresados por ellas mismas.

Esas capacidades y ventajas que en el campo de las ciencias sociales son mayormente eficaces y eficientes, por cuanto ayudan a la comprensión y determinación de las diferentes estructuras sociales de cada uno de los fenómenos; y esto se logra mediante la calificación de los hechos presentados, a través de las perspectivas fenomenológicas, antropológicas, etnográficas, historia de vida, psicológicas, sociológicas, entre otras.

Por lo antes expuesto, dentro de la orientación cualitativa existen diferentes métodos entre ellos las “historias de vida” y para los efectos de la presente investigación se utilizará en primera instancia, porque consideramos que las personas con esquizofrenia representan un grupo considerable y de los cuales sólo se conocen algunos aspectos vagos y difusos, que pueden ser clarificados por medio de este tipo de investigación.

Según Moreno, A (1996:23), se entiende por ***“historia de vida; es la que el sujeto narra a otra persona, presente física y actualmente como interlocutor”***.

Este método permitió a los investigadores describir detalladamente, el fiel relato de los actores involucrados en el estudio.

La metodología cualitativa, se concibe como la capacidad de indagar en la subjetividad de las personas, con el fin de captar ciertos aspectos de la realidad social. Al respecto Martínez, M (2004:08) plantea que:

La metodología cualitativa permite la explicación del comportamiento humano sin la visión positivista, que considera los hechos sociales como “cosas” que ejercen una influencia externa y causal sobre el hombre, sino que valora también y sobre todo, la importancia de la realidad como es vivida y percibida por él: sus ideas, sentimientos y motivaciones.

Este fundamento metodológico nos facilitó la comprensión y determinación de las diferentes estructuras sociales y particulares de cada uno de los fenómenos sociales abordados, mediante la cualificación de los hechos que se presentan a través de las perspectivas fenomenológicas. Es por ello, que este fundamento facilitó la comprensión e interpretación de la realidad objeto de estudio desde el marco de referencia de las vivencias y experiencias de los propios pacientes con esquizofrenia y sus familiares. Aquí lo relevante fueron las prácticas vividas por este equipo de investigación, quienes se encargaron de la interpretación de los relatos de vida.

Se reitera que debido a la gran diversidad de métodos utilizados en las investigaciones cualitativas, para el presente estudio se utilizó el Método de “Historia de Vida”, ya que se adapta a la realidad y acercamiento al objeto de estudio. Tal como lo plantea Arjona y Checa (1998:2) **“Es una buena técnica para el restablecimiento de la científicidad apoyada en lo cualitativo, sin complejos metodológicos”**.

El presente trabajo de investigación se enfocó hacia el informador privilegiado, por cuanto la historia de vida se sitúa alrededor de una relación que deberá ser fiel y detallada de la memoria del informante, lo que permitió caracterizar las circunstancias y experiencias vividas por los pacientes con esquizofrenia y familiares asistidos en el servicio de psiquiatría del HUAPA del municipio Sucre de la ciudad de Cumaná.

De esta manera, las historias de vida son conocidas como relatos de vidas, historias orales, autobiografías, biografías, entre otros. Al respecto Taylon y Bogdan (2000:174) la define como **“Una descripción de los acontecimientos y experiencias importantes de la vida de una persona o de alguna parte principal de ella en las propias palabras del protagonista en la construcción de la Historia de vida, el análisis consiste en un proceso de compaginación y reunión de relatos de modo tal que el resultado capte los sentimientos, modo de ver y perspectivas de las cosas”**.

Para el desarrollo de la historia de vida, se seleccionó la propuesta de Moreno, A (1996:48); la cual está constituida por las siguientes fases:

1. Una descripción del sujeto: en la que se caracteriza y exponen los elementos claves de la vida y obra del sujeto.

2. Una síntesis de las historias: constituida por los elementos presentes dentro de la trayectoria de la historia de vida del sujeto, precisando cada momento y esbozando su importancia.
3. Una representación de los relatos de vida organizados por categorías; y en la cual se presenten todas las categorías incidentes en la historia de vida del sujeto y en las cuales las mismas tienen vinculación directa con los objetivos presentes planteados dentro de la investigación.

Esta modalidad de trabajo permitió la descripción detallada del testimonio subjetivo de los actores involucrados en el estudio (los pacientes con esquizofrenia y sus familiares); y los investigadores sólo serán los inductores de la narración, sus transcriptores y los encargados de ordenar la información suministrada por los informantes. En dicho estudio se utilizó además, la historia de vida cruzada, ya que no solamente se tomó en cuenta la información de los pacientes con esquizofrenia, sino también la que nos suministraron sus parientes próximos o su entorno familiar más inmediato; abordaje que se realizó mediante entrevistas no estructuradas sucesivas como eje fundamental de nuestra investigación.

3.2 Aspectos operativos de la investigación:

De acuerdo al objetivo planteado en el presente estudio, el **nivel de la investigación** fue de tipo interpretativo, ya que **“nos permite conocer como se manifiesta un fenómeno, un hecho, en su estructura y a la reflexión tanto de los sujetos investigados como del investigador de la problemática a estudiar”** (Hernández C y otros, 1998:86).

El método de investigación fue el de historia de vida, en donde los investigadores asistieron al campo, a la realidad donde vivan los sujetos investigados **“La historia de vida es aquella que el sujeto de la misma narra a otra persona, presente físicamente y actualmente como interlocutor”** (Moreno A, 2002:24).

Estas informaciones fundamentales se obtuvieron directamente de los propios actores y de sus familiares, en el lugar de los hechos, lo cual nos permitió un mayor nivel de confiabilidad y precisión de los resultados obtenidos. Los sujetos de investigación fueron representados por:

Dos (2) pacientes con trastorno de esquizofrenia atendidos en el servicio de psiquiatría del HUAPA; uno (1) de género masculino (28 años) y uno (1) de género femenino (47 años) y el grupo familiar de los dos (2) pacientes

Los criterios para elegir estos dos sujetos, básicamente estuvieron determinados por las siguientes condiciones:

- Que presentará la patología.
- Que aceptarán participar voluntariamente en el estudio, tanto el paciente como sus familiares.
- Atendiendo a recomendaciones del trabajador social del piso del servicio de psiquiatría del HUAPA

Entre los **instrumentos de recolección de información** que se utilizaron: los diarios de campo, la guía de entrevista y las grabaciones.

Entre las **técnicas** que se emplearon en la recolección de la información destacaran:

✓ **Observación participante:** técnica de recopilación de datos e información, consiste en observar la gente “in situ”, o sea, en donde desarrolla normalmente sus actividades, para captar aquellos aspectos que son más significativo a efectos de la tarea a realizar y para recopilar los datos que se estiman pertinente la observación abarca también todo el ámbito (Físico, Social, Cultural, etc.) en donde los hombres desarrollan su vida. Ander -egg (2001:180)

En esta medida dicha técnica permitió captar situaciones que no fueron posibles de obtener a través de las entrevistas y que pudieron facilitar la investigación y la comprobación de la realidad. Dicha observación se llevó a cabo a través de visitas al lugar o espacio donde son atendidos como lo es el servicio de Psiquiatría del HUAPA y residencias de los familiares de dichos pacientes. El objetivo fue captar aquellos elementos relevantes de la realidad particular para el logro del propósito fundamental de la investigación.

✓ **Entrevista:** se utilizó para investigar de manera espontánea los datos fundamentales de los pacientes con esquizofrenia y sus familiares, esto facilitó constatar la información aportada. Al respecto. Arias, F (2006:73) la definen como:

Más que un simple interrogatorio es una técnica basada en un dialogo o conversación “cara a cara”, entre el entrevistador y el entrevistado acerca de un tema previamente determinado, de tal manera que el entrevistador pueda obtener la información requerida.

Estas entrevistas fueron grabadas con la previa autorización de los sujetos estudiados.

Las fuentes de recolección de información en dicha investigación fueron la de dos (2) tipos:

- a) **Primarias:** representada por dos (2) pacientes con esquizofrenia como actores de su historia y su representativo grupo familiar.
- b) **Secundarios:** estarán constituidas por: libros especializados, Periódicos, tesis de pregrado, trabajo de ascenso, ponencias tesis de postgrado, páginas web.

3.3 Tratamiento de la información

- Transcripción de las entrevistas realizadas: esto nos permitió captar aspectos o realidades nuevas y nuevos detalles, acentos y matices no vistos ni valorados con anterioridad, y que con otro enfoque o contexto fueron determinantes, cambiando y enriqueciendo el significado.
- Identificación de las Categorías Dominantes del Discurso: es aquí donde el investigador estuvo en contacto directo y permanente con el informante, debido a que recabara toda la información necesaria, categorizando, analizando cada una de las informaciones de las discusiones y así las investigadoras construyeron una teoría coherente de lo recabado.
- Identificación de las Categorías Emergentes del Discurso: las investigadoras determinaron aquellos elementos que surgieron espontáneamente y que estaban relacionados con el estudio, dando una visión compleja del tema estudio. De esta manera comprendieron la estructura individual del discurso de ambos sujetos (Martínez, M 1996: 32).

3.4 Análisis e interpretación de la información:

Luego que las investigadoras establecieron y organizaron las categorías procedieron a la descripción normal donde presentaron una síntesis descriptiva, matizada y viva de los hallazgos donde la categorización de los análisis se realizó aceptando y usando las teorías, las estructuras organizativas, los conceptos y las categorías descritas en el marco teórico, y presentadas en las consideraciones. (Martínez, M 1996: 36)

CAPITULO IV
REPRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE LA HISTORIA
DE VIDA DE DOS (2) PACIENTES CON
TRASTORNO DE ESQUIZOFRENIA ATENDIDOS
EN EL SERVICIO DE PSIQUIATRÍA DEL HUAPA.
(EL DRAMA PSICOSOCIAL DE LAS MENTES SEPARADAS)

*«Cuando alguien se rompe un brazo,
sentimos pena. Pero cuando (su
problema) es psiquiátrico, la gente no
sabe cómo reaccionar, porque no ve
nada. Sin embargo, que la causa de su
dolor no sea visible no significa que no
necesiten nuestra atención y nuestro
apoyo.»*

*Mujer samoana con trastorno bipolar; 29
años, Auckland (Nueva Zelanda)*

Para cumplir con los objetivos planteados en la investigación se procedió a presentar e interpretar las historias de vidas según los aportes metodológicos de Moreno Alejandro que establece tres (3) pasos: la descripción de sujeto, las síntesis de la historia de vida y los análisis por categorías psicosociales.

4.1 Descripción del Sujeto:

¡María Antonia!

María es una mujer, de 47 años de edad, nacida en la ciudad de Cumaná en el año de 1964, de piel blanca y mide 1,63 metros de estatura aproximadamente; de contextura gruesa, cabello castaño oscuro y ojos

marrones. De apariencia no muy representable en cuanto al vestir, de actitud pasiva y educada.

A partir de los 21 años de edad María Antonia comienza con sus crisis esquizofrénicas, agudizándose con el parto de sus tres hijos, luego, fue desarrollando comportamiento obsesivos representados en las lecturas permanente de la biblia y continuos ayunos que terminaron actuando como detonantes de las desencadenadas crisis esquizofrénicas, causando que ésta entrara en un estado de indigencia cada vez que se les presentaban. Hoy en día María tiene (26) años con el diagnóstico de esquizofrenia de tipo desorganizado y es una persona dependiente de su familia, en lo que respecta a su bienestar integral. En la actualidad ella no realiza ninguna actividad recreativa o alguna que le pueda dar satisfacción personal, ya que su familia está permanentemente observándola, cuidándola y sobreprotegiéndola.

4.1.1 Síntesis de la Historia de Vida de María Antonieta

María Antonia, es la cuarta hija de once hermanos, con un nivel económico medio. Antes de nacer, la señora (Rosa) madre de María Antonia se casó a la edad de veintidós (22) años con su primer esposo, del cual tuvo ocho (8) hijos entre los cuales se encuentra María Antonia, pocos años de haber nacido, se disolvió la unión marital dejándolos solos. Al poco tiempo la señora (Rosa) nuevamente le abre las puertas al amor, y conoce al señor Alfredo el cual asume el compromiso de velar y cuidar a sus ocho (8) hijos como si fueran de él, encontrando así nuevamente la felicidad, como producto de su relación tuvieron tres (3) hijos que sumados con los ocho (8) anteriores da un total de 11, cinco (5) varones y seis (6) hembras. Su

primer esposo se dedicaba a laborar como Chofer de una línea de carro por puesto por la zona de Caigüire, mientras que el segundo y actual esposo fue músico y carpintero, sólo trabajaba en contrataciones esporádicas más no en un trabajo estable o fijo. En lo que respecta a la señora Rosa, después de la separación de su primer esposo, se inserta en campo laboral como Doméstica para poder alimentar y educar a sus ocho (8) hijos. Con el transcurrir de los años estos fueron creciendo convirtiéndose en hombres y mujeres con principios y valores bien plantados, saliendo del seno familiar y formando cada uno su propia familia.

La historia de María Antonia será descrita a través de tres (3) momentos: Infancia, Adolescencia, Adulthood.

INFANCIA.

María Antonia, nació en la ciudad de Cumaná, en el Hospital Antonio Patricio Alcalá, fruto de un matrimonio estable donde concibieron ocho (8) hijos, entre los cuales se encuentra María Antonia. Según su madre era una niña muy aplicada, obediente, le gustaba compartir y jugar con sus amistades y hermanos, participaba en eventos culturales y planes vacacionales, su infancia transcurrió entre la ciudad y el campo debido a que le gustaba la vida campestre.

Inicio a los 06 años sus estudios escolares en la Escuela Básica Monagas, en la cual estableció buenas relaciones interpersonales con sus compañeros de estudios y maestros, logrando alcanzar un buen promedio de notas y su certificado de educación básica.

La infancia de María Antonia, a pesar de haber sido normal transcurrió residiendo en diferentes comunidades; entre el primer (1) año de vida hasta

los nueve (9) años creando una inestabilidad a todos. Debido a que la señora Rosa y su primer esposo no tenían una residencia propia para ofrecer a sus hijos, viviendo alquilada en tres (3) comunidades, las cuales son Bolivariano, Calle Montes, Villa Olímpica y estableciéndose en su actual residencia en Cumanagoto.

ADOLESCENCIA.

En su adolescencia María Antonia continuaba cursando sus estudios en la secundaria y disfrutando con sus amistades, experimentando en esta etapa la ilusión de toda adolescente como lo es el amor. A los 14 años conoce al hombre con quien inicio su vida familiar a la edad de catorce (14) años, teniendo una boda como cualquier “señorita de la época” (civil y su boda eclesiástica) y dejando atrás los estudios de secundaria, específicamente faltándole un trimestre para culminar su segundo 2° año de educación media diversificada. Después de casada se inicia en el mundo laboral, trabajando en una zapatería muy reconocida en la ciudad en ese entonces, Para luego trabajar como cocinera en una casa de familia. Con la llegada de sus Dos (2) hijos, deja su trabajo para dedicarse a su hogar como ama de casa.

La adolescencia de María Antonia transcurre entre doce (12) y diecisiete (17) años dejando atrás su niñez e ingenuidad para darle paso a una nueva etapa en su vida, experimentando un rol de madre y esposa.

ADULTEZ.

María Antonia en la etapa de adultez se separa de su esposo por motivo de la infidelidad de éste a la edad de veinte (20) años causando un

vacio tanto para ella, como para su madre, por haber vivido las mismas experiencias.

A la edad de veintitrés (23) años conoce a su segunda pareja de la cual procreó a sus otros tres hijos, obteniendo un total de 5 hijos por educar. En esta etapa de su vida es cuando María Antonia comienza a vivir experiencias muy fuertes. Es con el tercer parto que María comienza a vivir el infierno que representa la esquizofrenia, sufriendo pequeños destellos de delirios e incoherencia a la hora de expresarse, causando alarde y preocupación en el núcleo familiar. Pero es con el fallecimiento de su primer hijo quien sufría de diabetes (heredada por la familia de su madre quienes padecen de la misma patología) cuando se agudizan los síntomas de la enfermedad, causando un deterioro tanto, físico, emocional, mental, social y familiar.

María Antonia con sus cuarenta y siete (47) años de edad, ha transcurrido sus últimos veintiséis (26) años conviviendo con esta enfermedad, al igual que sus familiares, los cuales han sido los más afectados a nivel social, económico, familiar y personal, creándole esta situación innumerables conflictos en diferentes ámbitos.

¡Carlos Manuel!

Carlos es un joven, de veinte y ocho (28) años de edad, nacido en la ciudad de Cumaná, en el Hospital Antonio Patricio Alcalá en el año 1984, de piel oscura y mide 1,90 metro de estatura aproximadamente. De contextura delgada, cabello liso de color negro y ojos marrones claros. Muestra actualmente una forma descuidada en su higiene personal. Es de un andar lento y se percibe en apariencia como una persona desconectada del mundo real.

A raíz de la muerte de su progenitora, a los cuatro (4) años de vida Carlos Manuel se sintió desamparado sin protección por parte de sus familiares, debido a que lo abandonaron en la casa de una madrina. A los siete (7) años su padre decide recuperar a su hijo, trayéndolo a su lugar de origen, es decir su casa; a causa de la poca autoridad de su padre, Carlos abandona sus estudios para dedicarse al ocio y a las malas compañías siguiendo los pasos de su hermano mayor, quien lo lleva a experimentar con la delincuencia y las drogas; aunado a las decepciones amorosa sufridas durante la etapa de la adolescencia. Termino actuando como detonantes de la enfermedad diagnosticada a la edad de veinte (20) años de edad.

Hoy en día Carlos tiene dieciséis años (16) años con el diagnóstico de esquizofrenia de tipo Paranoide y es una persona dependiente de su familia, en lo que respecta a su bienestar integral.

4.1.2 Síntesis de la Historia de Vida de Carlos Manuel

Carlos es el quinto 5^{to} hijo de una familia de bajo recursos económicos. Los padres antes de concebir a Carlos, eran una familia muy bien constituida, donde padre, madre y cuatro hijos, ejercían labores diversas; la madre trabajaba como ama de casa y su padre de albañil, siendo responsable de la manutención del hogar. La familia residía en la comunidad de “Las Palomas” en la casa de la abuela materna. Luego de catorce (14) años sin concebir dedicado a su hogar y a su familia la señora (Luisa) vuelve a quedar embarazada dando a luz a un varón al cual llamaron Carlos, el 21 de junio de 1984; luego al poco tiempo quedó nuevamente embarazada de su última hija; siendo con esta en total 6 hijos, tres (3) hombres y tres (3) mujeres.

Carlos no tuvo el privilegio de compartir mucho con su madre, debido a que fallece de cáncer, al poco tiempo de haber nacido, teniendo él, tan sólo dos (4) años de edad. A raíz de esto surge la desintegración familiar debido a que faltaba esa figura materna añorada por todos en la familia en especial a los dos menores ya que estos eran los que más necesitarían de esa figura, es ahí cuando el padre de Carlos decide llevarlo a la casa de una comadre para que velara por su bienestar ya que él no se encontraba en condiciones para asumir ese rol, cometiendo un grave error para el desarrollo integral del niño; debido a que en su nueva casa sufría de maltratos físicos y psicológicos por parte de los integrantes de ese núcleo familiar, creando traumas imborrables en la memoria de esta persona. En lo que respecta a sus otros hermanos quedaron al cuidado de una de sus hermanas mayores.

INFANCIA

Carlos nace en la ciudad de Cumaná en el Hospital “Antonio Patricio de Alcalá”, fruto de un matrimonio estable, sus primeros años de cero (0) a cuatros (4) años los convivió con su madre, padre y hermanos. Luego con la desaparición física de su madre debilita el núcleo familiar . De cinco (5) a siete (7) años convivió con su madrina y sus hijos, de cierta forma educándolo como otro hijo más. Al pasar Carlos tres (3) años conviviendo con esta familia, recibe la dolorosa noticia de que su segunda figura materna (abuela) ha fallecido creando desolación y tristezas profundas por tan terrible perdida, ya que el tenía buenas relaciones con su abuela, disfrutando de los fines de semanas de su compañía y desahogándose con ella, por los maltratos que sufría por parte de su madrina y sus hijos. A raíz de este acontecimiento el padre (Rafael) decide recuperar el tiempo perdido con hijo llevándose a vivir con él.

Carlos inicio a los seis (6) años sus estudios en la Unidad Educativa Andrés Eloy Prietto Figueroa, centro educativo en el cual estableció buenas relaciones con sus maestras y compañeros de estudio, a pesar de que era un niño tímido y poco expresivo logró alcanzar su primaria con notas regulares. En su tiempo libre se la mantenía jugando con sus amigos de la comunidad y viendo el actuar de las amistades de su hermano.

La infancia de Carlos sucedió entre la vivienda de su madrina y la casa de sus padres. Esto transcurrió entre los cuatros (4) hasta los once (11) años de edad. du ante los primeros años de edad vive con su padre y dos (2) hermanos, entre los cuales se encuentra adicto a las drogas, uno con discapacidad auditiva (sordo) y el otro farmacodependiente y problemas de conducta, agudizando los traumas de Carlos y su familia, puesto que tenía inclinación de robar a la familia y a personas de la comunidad.

ADOLESCENCIA

Su adolescencia transcurre entre los doce (12) y los diecisiete (17) años de edad, periodo en el cual el grupo familiar de Carlos seguía afectado por los problemas, tanto económico, emocionales y sociales. Carlos culminó su sexto grado; y en su tiempo libre jugaba con sus compañeros de la comunidad. La situación del hogar agravó cuando falleció su madre y abuela y su padre evadió la responsabilidad dándolo a su madrina quedando así el sin una figura de autoridad experimentada.

Carlos ingresó a la secundaria, en el Liceo Pedro Arnal, a pesar de las vicisitudes, cursando el séptimo grado, pero la inestabilidad emocional lo afectó tanto que terminó abandonado el séptimo grado, debido a su bajo rendimiento, la falta de autoridad de su figura paterna y las amistades

indeseadas que habitaban en su entorno. De allí decidió trabajar en una cauchera que quedaba cerca de residencia ayudando en trabajos manuales diversos. En ese tiempo fue cuando, conoció más amistades “malas”, que lo llevaron “al camino de la perdición”. Así indicado por su familia.

Es a los catorce (14) años de edad cuando comenzó a probar el cigarro y los diferentes tipos de drogas inducidas por su hermano mayor. Ya para los dieciséis (16) y diecisiete (17) años de edad, comenzó con características visibles de la esquizofrenia, puesto que hablaba sólo, discutía con su familia, los botaba de su casa a media noche, se tornaba agresivo y hacia ruidos extraños que atemorizaban a toda la comunidad. Era notorio su deterioro físico y mental a tal grado que llegó a la indigencia, es cual fue manipulado por su hermano mayor quien lo uso para que robara, trayendo como consecuencia que lo encarcelaran, cumpliendo una condena de poco tiempo, debido a que una de las hermanas mayores le contrató un abogado. Dejándolo en libertad ya que fue evaluado y diagnosticado por un especialista, dando como resultado que tenía Esquizofrenia.

ADULTEZ.

Carlos ahora tiene veinte y ocho (28) años de edad. Han transcurrido sus dieciséis (16) años viviendo en la penumbra de esta terrible enfermedad y su vida cotidiana transcurre de su residencia a la casa de su hermana, quien decide mudarse cerca para velar por el bienestar de todos ellos. Es en esta etapa donde conoce a la persona, que él cree que va a hacer su compañera el resto de su vida, con quien mantuvo una relación de dos (2) años, en la que convivieron y vivieron experiencias extremas debido al maltrato físico que él le causó en varias oportunidades, por motivos de celos, de una relación que ella mantuvo antes de convivir con Carlos donde

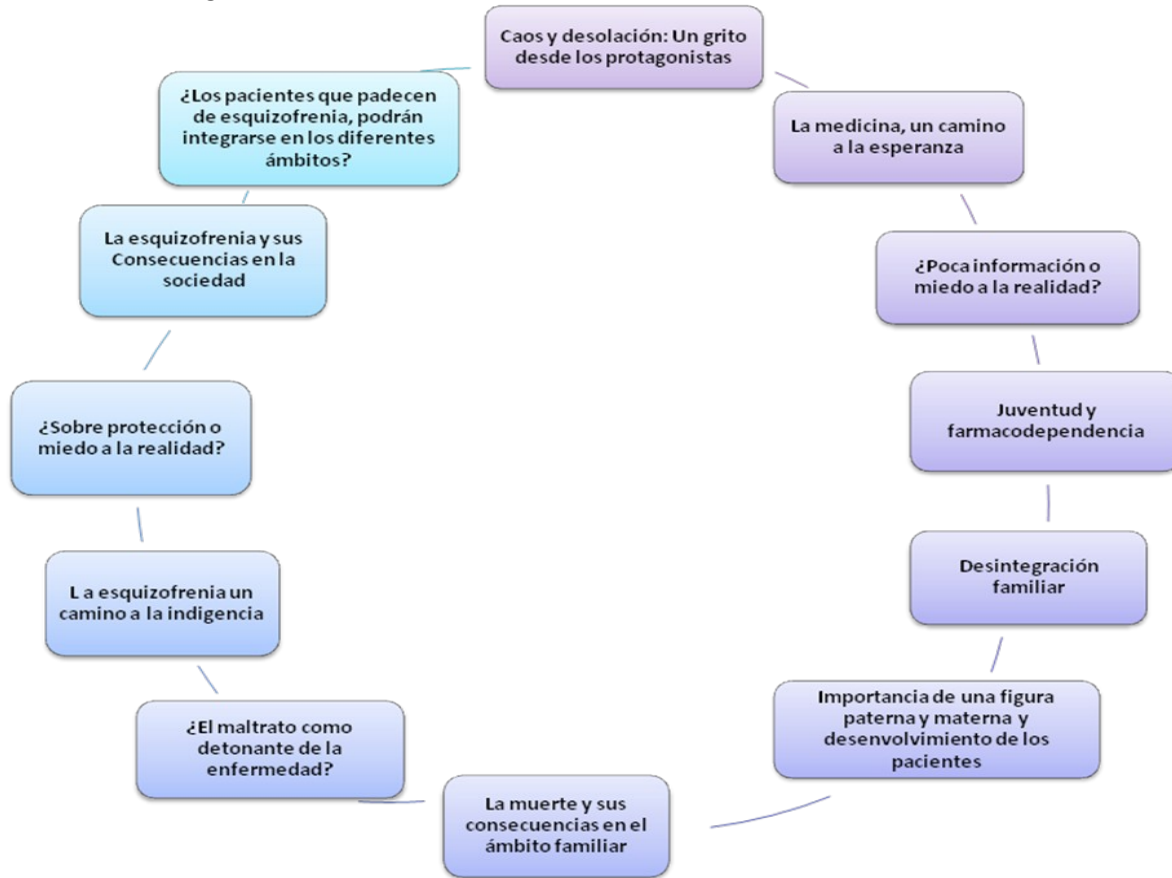
concibió a un bebé, el cual él no aceptó nunca, esto aunado a las constantes sustancias psicotrópicas inhaladas por él, más todos los impactos sucedidos en su niñez fueron algunos de los cúmulos que ayudaron a detonar esta terrible enfermedad mental, como lo es la esquizofrenia y en este caso de tipo paranoide.

Hoy en día Carlos no es la misma persona, debido a todo lo evidenciado, por su falta de ánimo, su estado emocional, económico y social, ya que no se relaciona ni interactúa con ninguna persona excepto su familia.

4.2 CATEGORÍA DE ANÁLISIS

Para estudiar cada una de las categorías de análisis consideradas para la elaboración de historias de vida se presenta un esquema, que permite claramente identificar una por una las situaciones consideradas en la realización de las historias de vida de María Antonia y Carlos Manuel.

Figura N° 01 Categorías extraídas de los discursos de los sujetos investigados



Fuente: Elaboración de las autoras. Cumaná 2012.

4.2.1 Caos y desolación:

Un grito desde los protagonistas (La genética y la esquizofrenia)

*“El verdadero amor, no es otra cosa que
El deseo inevitable de ayudar al otro para
Que sea quien es”*

Jorge Bucay

"Él termino de esquizofrenia apenas tiene 100 años aproximadamente de existencia" Según Cabrera, F. Fuentes, C. Rodríguez, A. (2003:9); pero esta enfermedad es tan vieja como el hombre y hoy sabemos que aquellos a los que antiguamente se les conocía como locos, lunáticos, poseídos, endemoniados y que, a veces, acababan en alguna hoguera o perseguidos y maltratados por el resto de las personas, no eran sino enfermos con esquizofrenia.

Esta enfermedad se reconoce cuando el individuo comienza a cambiar la conducta de siempre, deja de salir con los amigos, participa menos en las reuniones familiares, se encierra a menudo en su habitación, no interviene en las conversaciones habituales, empieza a salir mal en los estudios de forma inexplicable, cambia de hábitos de lectura, (es muy típico el interés por libros esotéricos y literaturas extrañas), da contestaciones fuera de tono antes de pequeñas reprimendas, se les ve inquietos y apenados y en general es apreciable que se está operando un profundo cambio en la personalidad. Estos síntomas suelen observarse en María Antonia y Carlos Manuel en cada momento vivido durante sus vidas.

En el caso de María, los síntomas comenzaron cuando ella tenía 22 años de edad, así lo expresó su penúltimo hermano.... **"Bueno ella ya tenía sus tres partos, sus tres primeros hijos y eso también se complementa un poco a través del evangelio, que ella reiteradamente leía la biblia, ayunaba sino era eso era otra cosa, son tantas hipótesis que no sabemos cuál fue la que más la delimito a ella..."** hipotéticamente hablando es posible que uno de los factores que contribuyeron con la enfermedad fue la pérdida de apetito (ayunas permanentes) y la dedicación exclusiva a la lectura de la biblia; sin embargo, desde el punto de vista de las investigadoras se puede manejar otro tipo de conjetura, donde la genética familiar es el elemento clave; es necesario la evaluación de especialistas en

la materia para determinar las causas precisas de esta enfermedad en estos pacientes. En tal sentido llama poderosamente la atención que vivimos en un mundo en donde las religiones son señales de identidad tanto de las personas como de las sociedades. Según Wikipedia (2012)

La constitución establece la libertad de culto y alrededor de un 96% de la población venezolana se identifica como Cristiana en su mayoría a la Iglesia Católica Apostólica Romana; el resto está conformado por personas que practican otras religiones como la Islámica, Evangélica, Hinduista, Budista, Judaísmo, Santería y otras acepciones del Cristianismo, etc; mientras que algunos grupos practican religiones con algunas raíces prehispánicas. Hay grupos de Ateos, como en el resto del mundo. Una minoría que ha ido en aumento se ha unido también a grupos religiosos norteamericanos, siendo los Testigos de Jehová, Mormones (Iglesia de Jesucristo) y adventistas del Séptimo Día los más importantes.

Otros de los síntomas que presenta María son según su Progenitora... ***“Bueno el síntoma es cuando ella se altera, ya sabemos, bueno se pone con un escándalo hablar, hablar, hablar.....ella no canta ni pelea sólo habla. Bueno un poco de cosas allí. Pero uno no le para bola a ella porque los médicos me han dicho que no le haga caso”***. En lo que respecta a Carlos sus síntomas se reflejaron según su hermana de esta manera...***“se disfrazaba como los tipos que él veía, jipi... él leyó la era de los vikingos que tiene como 1300 años. Ese es un libro de la magia negra. Él entro a esa lectura, esa son alucinaciones...cuando él comenzó con la enfermedad él decía cuando veía la televisión que esa luz roja del televisor era un extraterrestre que venía. Todo lo que él hablaba era de los extraterrestres, de los vikingos, cuando él hablaba***

de los amigo, cuando él deajo de consumir que él jalaba más el perico {Denota tristeza} aunque hay una más fuerte pero ya él deajo de consumir y con todo y todo de eso el todavía sigue viendo esas cosas, pero no como ante... cuando la hermana de Carlos relataba que " **él dejó de consumir**" se notó el quebranto de voz que se le produjo, posiblemente esto cause en ella pena, desilusión y la no superación de que su otro hermano sea un adicto, hay que tener en claro que los trastornos relacionados con sustancias Según Sue,D. Wing, D y Sue, s. (2010:233) **"son afecciones que surgen del uso de sustancias psicoactivas que afectan al sistema nervioso central y causan problemas sociales, ocupacionales psicológicos o físicos significativos, estas sustancias son: alcohol, tabaco, crak, mariguana, cocaína, entre otros".**

Estas sustancias son altamente adictivas a tal punto que las personas como Carlos llegan a perder en absoluto la razón así como lo explica la hermana anteriormente, ella comenta que, **"él jalaba más el perico"**, entendiéndose esto como **"una droga de moda, sustancia que se extrae de planta de la coca y que induce sentimientos de euforia y autoconfianza en los consumidores; esto puede comerse, inyectarse intravenosamente o fumarse, pero usualmente se "jala" (inhala)"** Según Sue,D. Wing, D y Sue, s. (2010:243) aunque el no manifiesta tener este tipo de adicción se pudo evidenciar el deterioro neurológico que presenta.

Otros de los síntomas de Carlos la agresividad y la pérdida de conciencia que él manifestaba, así como lo explica su hermana... **" empezó esa agresividad que él tenía y la gente por ahí se quejaba que él saltaba techo, que chillaba feísimo "aún no tomaba medicamento" cuando eso no, eso fue, después de que lo trataron fue que fue mejorando, se le fue quitando todo eso... cuando él comenzó con su enfermedad él se ponía feo, se transformaba se apretaba el pecho, mi papá se tuvo que**

venir para acá a dormir, porque él no lo dejaba dormir, llamaba o sea hablaba voces extraña, llamaba a gente que no vivía allí, luego el momento que la pared de la casa del lado él la fue rompiendo, rompiendo que hizo un hueco que esa gente quería como denunciarlo...”

A veces a los síntomas extraños aparecen otros más llamativos y más graves, como encontrar a nuestro familiar hablando sólo o con el televisor como le sucede a María Antonia Según su Hermano... **“Cuando uno la agrede con algo como toda persona se pone hablar por ejemplo con ese coroto o con cualquier cosa, habla, habla, habla, como son características de una persona así [Cansado de la situación], ya uno no le puede decir mira cállate o ya basta, no. Habrá su momento que se aplaca, ella no alucina gracias a dios, ella es consciente de lo que hace eso sí, hay momento que extiende la conversación...”** al igual que Carlos según el testimonio de su hermana... **“ Y entonces y entonces él, el debe ser de lo que consumía se fue quedando como loco y él hablaba sólo, este hablaba con la pared, Carlos tenía como 17 años o menos, y entonces nosotros, ¡hay pero, Carlos habla sólo! ¿Por qué será? de ahí él comenzó, váyanse de aquí, váyanse, nos hacía correr a las 12 de la noche...”** o no querer comer aduciendo que la comida sabe extraña o quedarse de repente bloqueado como **“si estuviera escuchando algo que nosotros no oímos”**... este es otros de los síntomas que sufre Carlos Manuel, según su hermana... **“ él a veces llega aquí pidiéndome 2 cigarros y yo le digo no te voy a dar dos (2) te voy a dar uno(1) y yo le doy dos (2)... el habla como que estuviese otra persona allí...”** o comenzar a descuidarse en el aseo personal, como le sucede a Carlos Manuel... **bueno Carlos estaba, no quería ni bañarse, andaba descalzo, sucio, con pantalón corto...”** Según refiere el DSM IV (2005:143)

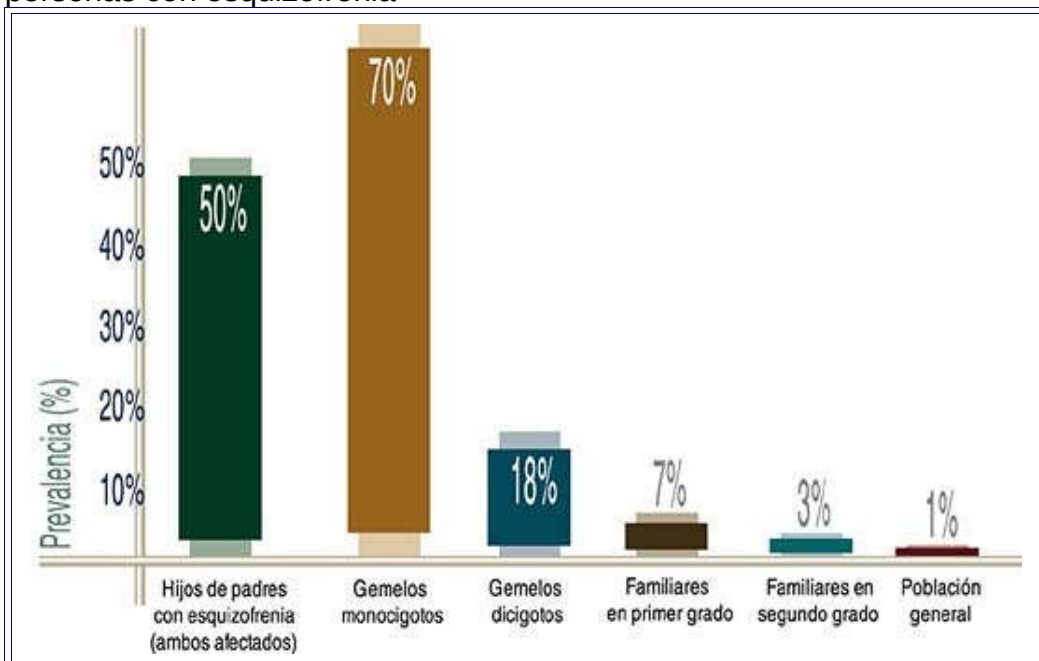
Los síntomas característicos en la esquizofrenia se refiere a dos o mas de los siguientes: ideas delirantes, alucinaciones, lenguaje desorganizado (descarrilado o incoherente), comportamiento gravemente desorganizado, síntomas negativos, aplanamiento afectivo, presente durante una parte significativa de un periodo de 1 mes o si ha sido tratado con éxito.

Las personas entrevistadas, ubican en su historia de vida una serie de síntomas que fueron evidentes al momento de realizar las entrevistas por ejemplo en el caso de María en la primera entrevista se notó una persona tímida, de poco hablar y evasiva, mientras que Carlos se observó pensativo, fuera del mundo real, descuidado en su apariencia. Ya para las siguientes entrevistas estos dos (2) pacientes se mostraron de forma cariñosa, amable, respetuosos, colaboradores, aseados, permitiéndonos así profundizar un poco más sus vidas, lográndose un clima de confianza ameno.

En lo que respecta a la genética en relación con la esquizofrenia se puede decir que no existe un modelo único que explique el papel desempeñado por los factores sociales, ambientales y biológicos, en la causa de las enfermedades mentales, sino que, también existen vías múltiples de la esquizofrenia en la cual se pueden explicar diversas dimensiones que interactúan entre sí, entre las cuales se encuentra: las dimensiones biológicas, que está contemplada por los genes, anomalías en el cerebro, daños físicos (infecciones Prenatales, complicaciones obstétricas, entre otros; la dimensión psicológica, que se constituye por traumas infantiles, depresión y baja autoestima, uso de drogas especialmente *cannabis*; la dimensión social, que se contempla por exposiciones al maltrato, interacciones familiares disfuncionales, emociones expresadas; y finalmente la dimensión sociocultural, que tiene que ver, con el género, el nivel socioeconómico (bajo-pobre), adversidades sociales y la migración.

Los estudios de varias generaciones han demostrado la existencia de que la enfermedad se transmite a través de la genética familiar, sin embargo, la herencia explica que a pesar de las fuertes pruebas de una inclinación familiar se ignora que es lo que se hereda, es decir, "**No hay un gen único para la esquizofrenia, sino el resultado de múltiples genes y sus interacciones que hacen contribuciones menores a la enfermedad.**" Según Rodríguez, A (2004:13). Los investigadores han encontrado que el trastorno se encuentra más a menudo entre parientes cercanos (sanguíneos) de personas diagnosticadas con esquizofrenia, es decir; que tienen un alto riesgo de desarrollar la enfermedad con aquellos parientes que no son tan cercanos, así como lo demuestra la siguiente imagen:

Gráfico N°01 Titulo: Riesgo de Morbilidad entre los parientes sanguíneos de personas con esquizofrenia



Fue

nte: Datos de Sue, D. Wing, D y Sue S. (2010,375)

Sin embargo, en lo que respecta al caso de María Antonia, existía una tía materna (hermana de la abuela de María Antonia) que presentaba dicha enfermedad, aquí se puede evidenciar como los patrones genéticos se desarrollan en los descendientes, comprobando así, que aunque exista el mínimo porcentaje de relación con el pariente afectado se puede adquirir la enfermedad. Así como lo manifiesta la madre de María... ***“yo tenía una tía que era también así loca, ella murió de eso y tuvo sus hijos, pero no era loca así de estar por la calle ni nada de eso y ella nunca fue al piso 10. Tenía su marido y todo ella lo que hacía era cantar. Era hermana de mi mamá...”*** Así mismo el hermano de María nos comentó que existía... ***“una tía maternal pero eso es de años. Ella murió en el año 70 por parte de mamá y también teníamos otra prima que es hija de otro señor que es hermano de mamá que también sufrió de eso, pero ella se curó tiene 14 años que no ha decaído en esas crisis, ni toma pastilla ni nada...”*** Otro de los afectados por esta cadena familiar fue el primer hijo de María, quien también se vio afectado por esta enfermedad mental, según lo que manifiesta su propia madre y su tío... ***“el primero de mis hijos fue paciente psiquiátrico, él murió de diabetes, (el se volvió loco por la novia)... él fue paciente psiquiátrico desde los 14 años, No sé si fue esquizofrenia, u otra patología, no nos dijeron que enfermedad era. Fue paciente psiquiátrico pero no te puedo decir, tendría que indagar en su historia...Él tuvo como 5 reclusiones, al final de cuenta eso fue entre los 14 y 17 años ya a los 22 años para cumplir los 23 fue cuando él murió...”***.

Aunado a este, una de las hermanas mayores, también padecía la enfermedad, así lo reveló su madre, quien nos cuenta que... ***“Bueno yo tuve 11 hijos, me quedaron diez (10) porque se me perdió una hija también de la misma enfermedad de ella, después que ella tuvo sus tres***

hijos se me perdió, bueno se perdió que se desapareció. Ella vivía en la Guaira, con su esposo, tenía como 40 años oíste, más nunca apareció {Nostalgia}...” Esto no los confirma el penúltimo hermano de María, el cual nos expresa... ***“Porque además de eso tengo otra hermana semejante a ella que está desaparecida no sabemos el paradero de ella...”*** ... ***“Ella a pesar de su enfermedad porque también fue paciente psiquiátrico, ella con su disparate, ella llamaba para Cumaná, conversaba con mamá, le decía a mamá, que se mudara de Cumaná porque Cumaná se iba a hundir, desde esa vez más nunca llamo para acá. Desde que se desapareció más nunca supimos de ella. Bueno en la familia ellas dos son las únicas que han tenido eso y sacamos la conclusión de una prima que también sufrió de eso, y tuvo en el hospital pero ya tiene como 12 años que no va, ni recae. Gracias a dios no ha tenido ese estado de crisis, y hace añales mi mamá también tuvo una tía que también sufrió de esa enfermedad pero a ella le daba por cantar y no se salía para la calle a dar patatazo, murió en el año 70 ya era de la 3era edad...”***

Sin embargo, en lo que respecta a Carlos, se puede decir, que es la otra cara de la moneda, debido a que en su familia no existió algún ascendiente del cual se pueda afirmar, que haya heredado la enfermedad, así los confirma su hermana, cuando nos expresa que... ***“No que yo sepa, sólo, una hermana de papá que ella llegaba y pedía café pero yo la conocí ya era una señora mayor, era familia de la mamá de mi papá; ósea como sobrina, ella le daban ataque epiléptico, pero a ella le decían algo y ella no captaba así. Era la única de la familia que era así. No conozco más...”***

La esquizofrenia es una enfermedad que suele aparecer justamente en el período de la vida más competitivo, es cuando los jóvenes intentan

hacerse una posición que consolide su futuro (buscan su primer trabajo, intentan acabar sus estudios, alternan con otros jóvenes buscando la que será su pareja definitiva) todo eso requiere una gran dedicación y tener el motor a pleno rendimiento.

4.2.2 La medicina, un camino a la esperanza

*"La ciencia moderna aún no ha producido
Un medicamento tranquilizador tan eficaz
Como lo son unas pocas palabras
Bondadosas"*

Sigmund Freud

La medicación es parte importante para el tratamiento de las personas que padecen el trastorno de la esquizofrenia. Se ha demostrado su eficacia para atenuar los síntomas en periodo de crisis (episodios agudos), para la prevención de recaídas o para la mejora de los síntomas entre crisis.

Es cierto que para muchos pacientes el tratamiento se convierte en un calvario similar o peor que la propia enfermedad, así como la manifiesta María... ***"Las pastillas las tomo de vez en cuando, pero no todo el tiempo, no. Es que duermo mucho y no me gusta... las inyecciones las pare, ¿ya no te gusta Porque?, eso es cuando uno está alterado así, así cuando uno es fastidioso así. ¡Si me siento bien!, las pastillas me las dan pero no me gusta..."***En lo que se refiere a Carlos Manuel, manifestó que... ***"yo quisiera que me cambiaran esas pastillas por otras más esas son muy grande. Yo siento que me duele cuando me la tomo por lo grande..."***

En ambos casos se concibe como los medicamentos causan efectos secundarios en estos pacientes con el pasar del tiempo, hasta de llegar al punto de rechazarlos o no ingerirlo puesto que les dan sueño, por la

magnitud del tamaño de la medicina deciden no tomarlas o sencillamente porque disminuyen sus actividades físicas.

Cuando se descubrieron los antipsicóticos a principio de los años cincuenta (50), la calidad de vida de los pacientes era tan negativa y poco productiva que dichos medicamentos tuvieron una revolución en sus vidas. Los familiares de María expresan que en tiempos pasados existía un tratamiento que calmaba mucho los síntomas de su hermana, dejándola en un estado de serenidad y estabilidad... ***“Yo quiero decir algo importante , yo estoy en contra de la droguería donde vendían antiguamente, no recuerdo si fue hasta el 2003 o 2005 antes creo que fue para esa fecha cuando vendían un tratamiento que era muy efectivo y se pegaba mensualmente y se llama Moditen en ampolla era fabricado en Colombia o un país así, se agotó de una manera rápida que quedó descontinuado totalmente, mira pobres familias que no tienen ese tratamiento para su familiar, era efectivo esa era una ampolla que ella se colocaba mensualmente 1vez, así como la que se está colocando ella ahora como lo es el haldol y el akineton, es efectivo hasta los momentos si, pero no tan efectivo como el moditen, también está el sustituyente que era la zypresa que ella también lo tomaba...”***

De igual manera lo expresa la hermana de Carlos, la cual nos indica que los medicamentos lo aliviaban...***“ Y entonces este año, ya gracias a dios, bueno a él le fue dando como en octubre, pero ya él está en tratamiento, mi papá lo lleva al médico en el hospital y entonces le dan el tratamiento; los ojos se le ponían pa´ atrás, mi hermano si llego a verlo así, él cuando llega aquí, llega tranquilo, y mi hermano ¿pero que tiene Carlos? Ay no, me asustó, los ojos para atrás feísimo, se le va la vista solita. A raíz de las crisis, cuando eso no estaba tomando medicamento, cuando eso mi papá llegó y lo llevo al médico, le pegaron***

la inyección y se le ha parado, pero lo que es las pastillas para el dormir y eso él se las toma pero hay una pastilla que mi hermana se la compra, la que vive a parte, este por ejemplo la que es “Haldol” al no le prestan lo pone tonto pero lo que es la “Akineton” no se consigue y la “filagol” que es la que lo hace dormir, pero papá trajo una pastilla que le dieron en el hospital, el se la trajo en un papelito pero no me acuerdo el nombre y le ha prestado...” Se hace necesario destacar que no se ha encontrado un tratamiento que cure por completo la enfermedad ya que al desconocerse la causa que la produce, se utilizan medicamentos llamados neurolépticos o antipsicóticos todos ellos tienen en común que corrigen un desequilibrio químico que les permite a algunas células del cerebro comunicarse mejor entre ellas aliviando así las alucinaciones, los delirios y los desórdenes de los pensamientos asociados a la enfermedad.

Es importante mencionar, que además de los fármacos existen otros tratamientos que ayudan a mejorar la calidad de vida del paciente como lo son las terapias familiares; la intervención familiar, como tratamiento, puede ser de gran ayuda para los familiares o las personas que conviven con los afectados, proporcionando información sobre la esquizofrenia, asesorando sobre los síntomas de ésta, ayudando a disminuir el estrés familiar y mejorando su comunicación. Aportaciones que, sin duda, contribuyen a la recuperación de las personas que padecen de esquizofrenia.

De igual manera, se encuentran las terapias psicosociales, que son otro elemento clave, junto con la medicación, del tratamiento de la esquizofrenia. Con ella se pretende reducir la vulnerabilidad de la persona que padece esquizofrenia ante las situaciones de estrés, reforzando su adaptación y funcionamiento social, y procurando conseguir la mejor calidad de vida posible.

Hoy en día, existen tratamientos eficaces para la esquizofrenia, el tratamiento, mejora el pronóstico a largo plazo; muchas de las personas se mejoran de la esquizofrenia si reciben un tratamiento eficaz y adecuado al comienzo del trastorno. Las perspectivas de los pacientes con esquizofrenia han mejorado notablemente gracias al desarrollo de: Nuevos medicamentos, educación y otras intervenciones psicosociales como: rehabilitación y reintegración social. Es importante no abandonar la medicación ni cambiar la dosis prescrita, así como lo recomendó el médico tratante a Carlos... ***“que no deje el medicamento, que no lo deje que me pasó algo que es como psicológico... sí pero yo creo que también es hora de que uno ponga de su parte, para no tomar medicamento toda la vida. Yo soy algo que en verdad que ya está comprobado que tengo que quedarme toda la vida con medicamento hasta que sea viejo...”*** asimismo contar con la inclusión de las familias en el tratamiento, ya que esta es de gran ayuda para la persona que padece esquizofrenia y para su recuperación.

A continuación se presentaran una tabla donde se encuentran los neurolépticos clásicos y modernos antipsicóticos más usados por los médicos tratantes.

Tabla N° 01 Neurolépticos clásicos y modernos antipsicóticos

NEUROLÉPTICOS CLÁSICOS	ANTIPSIÓTICOS ATÍPICOS
Clorpromazina (Largactil®)	Clozapina (Leponex®)
Haloperidol (Haloperidol®)	Risperidona (Risperdal®)
Tioridazina (Meleril®)	Olanzapina (Zyprexa®)
Levomepromazina (Sinogan®)	Quetiapina (Seroquel®)
Trifluoperazina (Eskazine®)	Amisulpride (Solian®)
Clotiapina (Etumina	Ziprasidona (Zeldox®)

Fuente: Rodríguez ,A (2004: 32)

Con esta tabla de medicamentos se dan a conocer los fármacos más comunes y efectivos que controlan las crisis permanentes que causa la enfermedad.

4.2.3 ¿Poca información o miedo a la realidad?

*"Saber que no se sabe, eso es humildad.
Pensar que uno sabe lo que no sabe,
Eso es enfermedad".
Lao-tsé*

Cuando hablamos de esquizofrenia, estamos pues, frente a un desorden cerebral que deteriora la capacidad de la persona para pensar, dominar sus emociones, tomar decisiones y relacionarse con los demás. No hay que dejar de mencionar que, ésta es una enfermedad crónica, compleja que, al igual que ocurre con la epilepsia, la diabetes o muchas otras dolencias, de larga evolución, no afecta por igual a todos los pacientes.

No es extraño, que cuando los pacientes, presentan sus primeros síntomas, sus familiares creen en otras opciones de carácter cultural que en una

enfermedad de esta magnitud, recordemos que pertenecemos a una sociedad pluricultural, donde reinan las creencias, mitos y leyendas que repercuten en la manera de pensar y actuar de cada uno de los venezolanos. Según wikipedia,(2012) consultado en línea

Una creencia es el estado de la mente en el que un individuo tiene como verdadero el conocimiento o la experiencia que tiene acerca de un suceso o cosa; cuando se objetiva, el contenido de la creencia contiene una proposición lógica, y puede expresarse mediante un enunciado lingüístico como afirmación. (enlace)

Por tal motivo, en muchas oportunidades se suele caer en la ignorancia, por no saber a ciencia cierta el ¿por qué? de las cosas, y más cuando se habla de las actitudes y aptitudes que tienen los seres humanos. La esquizofrenia no se escapa de esta realidad, muchos de los familiares de estos pacientes, recurren a otros tipos de tratamientos (brujos, santeros, babalaos, naturistas entre otros) antes que un especialista científico para que diagnostique el ¿Por qué? de la actitud de su familiar, creyendo en un primer lugar en la magia negra. Según Cazabonne, C (2009)

Afortunadamente, en Venezuela la brujería se toma como algo folklórico, sin que tengan lugar diabólicos ritos mágicos, ni sacrificios de animales, como sucede en muchos otros países del mundo. Sin embargo, a pesar de que el venezolano no toma muy en serio los poderes de la magia, pareciera que “por si acaso”, creyera en ciertas cosas de las ciencias ocultas. (Consultado en línea, enlace Periódico La JornadaNet:)

En este sentido los familiares de Carlos nos dicen que... ***“nosotros lo llevamos a un curioso y la gente decía que era como un, que era como un espíritu que él tenía que no se qué... Nosotros llamamos a brujos por el desespero que no sabíamos que era, y ellos nos decían que no podían hacer nada...”*** de igual manera los familiares de María Antonia, a pesar de demostrar que manejan un poco más la información de la enfermedad, manifiestan haber creído que el hijo de María murió de... ***“él fue paciente psiquiátrico desde los 14 años, eso fue por una droga que le echaron en la bebida, y bueno le atrofió las neuronas, todo, hablaba disparate, el si era agresivo, rompía coroto nos hizo la vida cuadro...”*** esto nos demuestra, que también existe una información muy vaga en cuanto a la enfermedad.

A veces los familiares, por muy pendientes que estén de su paciente, no se documentan ni se preocupan por informarse sobre la enfermedad, tal es el caso de los familiares de Carlos quien nos pregunta... ***“¿Y esta enfermedad se presenta a través de qué? ¿De la depresión o qué?... Es una enfermedad que puede presentarse en cualquier momento, a través de cualquier motivo, lo cual sirve como detonante, bien sea el fallecimiento de una persona muy allegada, la pérdida de un animal muy querido, un accidente, en fin....algo que le marque su vida. Lo único que la enfermedad no se cura sólo se controla por medios de medicamentos, más si no se toman los medicamentos llegan a un estado que esta fuera de la realidad, alucinan sobre personas y cosas, no coordinan...”***

Mientras que Carlos manifiesta no saber nada sobre la enfermedad... ***“Si, tiene un nombre extraño que no me acuerdo... Bueno para mí eso es algo sobre natural que me dio, yo todavía siento como que me sentiría agitado...Uno cae allí, es como algo como una maldición, es como***

algo malo. La gente dice que yo estoy loco...pero ya se están adaptando... los médicos no me dicen nada, que no deje el medicamento, que no lo deje que me pasó algo que es como psicológico..."

El futuro es esperanzador, cuanta más información se tenga sobre las causas del trastorno, y a medida que se desarrollen tratamientos más eficaces, mejor atención podrá ofrecerles a las personas que padecen esquizofrenia para que lleven una vida más independiente y de mayor calidad.

4.2.4 Juventud y la drogodependencia

*"La fuerza no proviene de la capacidad
Física sino de una voluntad
Indomable".*

Mahatma Gandhi

La drogodependencia, es un grave problema social, tanto para el adolescente, su familia, sus amistades y hasta la misma comunidad siendo todos ellos los principales perjudicados por esta actividad. Cabe resaltar que la drogodependencia según Aciprensa (1997:1) ***“es una enfermedad que consiste en la dependencia de sustancias que afectan el sistema nervioso central y las funciones cerebrales, produciendo alteraciones en el comportamiento, la percepción, el juicio y las emociones”***.

La problemática que se genera en la juventud está muy ligada a la familia, ya que en ésta se forman los jóvenes y se enseñan las actitudes y comportamientos de estos, al tiempo que, se convierten en un grupo muy influyente hacia la sociedad. La adicciones es un problema social que resulta bien sea del descuido de los padres hacia los hijos, carencia (económicas, de atención integral o sobre protección), en el hogar o por las influencias negativas de las amistades, así como otros de los factores es la falta de afectividad, maltrato en la familia, la deserción escolar, entre otros. Afirmándolo

así la Guía de prevención social de asesores comunitarios (2007:9) cuando explica que:

La familia tiene su cuota de responsabilidad, pero insiden otros factores, de allí que el papel activo de la familia sea fundamental, en la prevención. Otros espacios de socialización y la participación de otros actores sociales (Los amigos, los compañeros de trabajo) pueden contribuir a reforzar cualquier proceso que ejecute la familia en función de la prevención del consumo de drogas.

En la experiencia de Carlos las drogas constituyeron una vía de escape para apaciguar el duelo que no había podido superar por la muerte de su madre, la separación de su pareja y la desintegración familiar, manifestándolo así la segunda hermana de Carlos: "....., **ya él estaba estudiando, Carlos llegó hasta 6to grado porque 7mo ni lo terminó, llegó por la mitad; entonces a él le gustaba mucho la calle, fue agarrando la calle, fue agarrando la calle. Se mantenía pintando casa; de ahí él agarró esa mala juntilla pues, más o menos como a los 14 años; empezó a probar cigarrillo, comenzó a probar lo que él.... Consumía más que todo, este, perico... no es que llaman eso que jalan por la nariz, ya cuando nosotros nos dimos cuenta ya Carlos, ya.... porque él lo hacía a escondida...."**

Este joven se encuentra afectado desde la adolescencia por la muerte de su señora madre y la separación de su pareja. Se ha comprobado que los niños niñas, adolescentes y jóvenes en ambientes problemáticos, o circunstancia especialmente difíciles, son más frágiles y tienen mayores probabilidades de iniciar, continuar o aumentar el consumo de sustancias adictivas y de desarrollar problemas relacionados con ellas. Queda demostrado según la Guía de prevención social de asesores comunitarios (2007:7) que:

El comienzo temprano y el uso continuo de drogas es más probable entre los jóvenes con escasas aspiraciones educativas, cuyos padres no les brindan apoyo constante a sus niños y no están involucrados en sus actividades, ejercen control y disciplina débiles, abusan de ellos emocional, física o sexualmente y aprueban – implícita o explícitamente -el uso de droga.

La depresión de Carlos por la muerte de su madre, no fue atendida por ningún especialista o centro especializado por lo que con el transcurrir del tiempo en la etapa de adolescencia, ese fue una de las causas que lo indujo al consumo de drogas ilegales; no hay que dejar de mencionar que este joven a partir de sus 14 años de vida, su modelo a seguir fue su 3er hermano quien es adicto a estupefacientes desde muy temprana edad, así lo expresa su 2da hermana.....“ **y después viene el otro que también es drogadicto pero a él no le ha dado eso, y eso que él tiene más años, es más viejo consumiendo que Carlos....**” por consiguiente este fue otro factor por el cual Carlos siguió los pasos de su hermano hasta llegar al punto de robar.” **él estuvo también preso, porque atracó a una persona y lo agarraron preso, yo pague a una abogada y total que lo sacamos bajo presentación.... En la presentación de él llevamos este papel que nos dio la abogada, un amparo donde explica la enfermedad”**

Es importante mencionar que las personas que padecen esta enfermedad son fáciles de manipular. Cuando Carlos se inició en el mundo de las drogas fue manipulado por su hermano y sus amigos a tal punto de inducirlo al hurto, hecho ocurrido entre adolescencia y adultez donde él comenzaba a presentar síntomas de la enfermedad de esquizofrenia, por lo cual la juez a cargo del caso basándose en el diagnóstico del paciente decide dejarlo en libertad. Se debe tener claro que existe situaciones que

puede semejar el comienzo de una esquizofrenia, como son el consumo de droga, las crisis de adolescencias intensas o las situaciones graves de estrés por lo que se impone necesariamente consultar con el médicos especialistas en psiquiatría, los cuales nos orientaran y guiaran en todo el proceso.

Como puede notarse la historia de vida de Carlos fue objeto de distintos acontecimientos, la depresión por la muerte de la madre y la abuela, la desintegración familiar, la separación de su pareja y la adicción de estupefacientes son experiencias que marcaron y determinaron su vida actual. Al respecto señala Moreno Alejandro (1996:23) define las marcas guías.....“ ***Señales de posibles significados que, a lo largo de la historia, pueden convertirse en claves de comprensión del sentido disperso en ella y del núcleo frontal generalmente de todo el sentido y el significado***”.

4.2.5 Desintegración familiar

*"Cuando la vida te presente razones
Para llorar, demuéstrale que tienes
Mil razones para reír".*
Anónimo

La familia ha sido desde siempre un soporte fundamental para el cuidado de los pacientes con esquizofrenia, según De Jong, Basso y Paira (2002:26):

La familia es una institución de la sociedad y una organización material, por este motivo podemos hablar de ella como una particular forma de organización institucional, que se da en un tiempo y en un espacio, donde se comparte responsabilidades en función o con la finalidad de la reproducción social de la vida, y que utiliza y necesita de determinados medios para lograrlo.

Sin embargo de acuerdo a lo expresado por Carlos **“.....Yo recuerdo cuando mi mama murió y yo tenía como 4 años, y después me comenzaron los problemas en el hogar las discusiones, de allí se fue desintegrando la familia y se fue perdiendo todo, como te digo, mi mamá murió, luego mi abuela, comenzaron las peleas, mi hermano cayó en las drogas, comenzó a vender los corotos y todo se fue acabando poco a poco, entonces comencé a quedar sólo con mi papá y mis 2 hermanos, uno que no escucha y otro que cayó en la droga...”** es evidente que la desintegración familiar de Carlos tiene sus inicios desde su infancia hasta la actualidad, al momento de fallecer su madre, luego su abuela materna, la separación de él con su familia, la discriminación de su hermano con discapacidad auditiva, la adicción a las drogas con su otro hermano y como detonante final la separación de su pareja.

Actualmente, la familia de Carlos la integra su segunda hermana, sus dos hermanos uno con discapacidad auditiva y el otro adicto a estupefacientes, su padre, su cuñado y tres (3) sobrinos, para él son los únicos que están al pendiente de su cuidado, ya que su hermana mayor se encuentra en el estado Bolívar, su hermana menor que a pesar de que vive en Cumaná, esta totalmente desligada de sus familiares y el resto de la familia no ha tomado interés por la situación.

En cuanto a María, dentro de su grupo familiar se encuentran Once (11) hermanos entre los cuales convive con nueve (9) personas, su madre, su padrastro, su hermano con su esposa, su otro hermano con su esposa y su hijo, su penúltimo hermano manifiesta que.....**“para hacerte sincero no es, no esta tan aislado, ese apoyo se mantiene, gracias a dios no hay esa desavenencia, siempre hay obstáculo en la vida pero esos obstáculos**

hay que vencerlo, en la unión esta la fuerza...” es importante resaltar que a pesar de que su hermano manifiesta que no existe desintegración familiar, ellos han sufrido una serie de acontecimientos que han afectado a cada miembro, es decir, que la desintegración familiar comienza en la infancia de ella cuando su madre se separa de su padre biológico; siendo reconocida legalmente por su padrastro.

Así como lo expresa su penúltimo hermano que el padre de María era el señor.....“ ***Rafael, pero él no la presentó, la presentó otro señor que se casó con mi mamá que le dio el apellido a ella. Ya ese no vive aquí vive en Táchira con su hija que es una de mis hermanas mayor. El era cocinero en un restauran, te estoy hablando del que la presento a ella. El padre biológico de ella el señor se dedicaba como chofer en una línea de carro por puesto, él vive en caigure, más mujeriego, no se más sobre esa historia quien la sabe es mi mamá, no hay que meterse tampoco, mamá es muy reservada, lo que si te puedo decir es que ese señor se murió hace como 7 años aproximadamente, se enfermo el tenia problemas de Alzheimer...***” {Ira}

Es decir que la desintegración familiar de María tiene como factor primordial la infidelidad de su padre biológico hacia a su madre, así mismo el fracaso de su primer matrimonio en la adolescencia, el cual se vio afectado por la violencia doméstica, concibiéndose de esta relación dos (2) hijos, luego vivió en concubinato con otra pareja con quien tuvo sus tres (3) hijos, quien también la maltrato, a consecuencia de estos maltratos es que María comienza a padecer de los nervios y a presentar síntomas de la esquizofrenia; a raíz de esto ocurre la separación de ella con sus cinco (5) hijos quienes residen en diferentes partes del estado, además hay que mencionar la desaparición de su hermana quien residía en el estado Vargas desaparecida

desde hace 5 años, quien también padecía de esquizofrenia. Pero es con la muerte de su primer hijo, que se le agudiza la enfermedad a María, este padecía de esquizofrenia pero murió a consecuencia de una diabetes heredada.

Cuando un miembro de la familia, enferma de esquizofrenia, la vida cotidiana se ve alterada para siempre y la convivencia se ve afectada al máximo; para evidencia de estos están las palabras de su penúltimo hermano el cual expresa que...***“si te digo que me siento felizmente no....para hacerte franco no porque toda la vida, yo casi no disfrute mi infancia como niño, como cualquier muchacho que puede saltar, jugar, brincar, joder, pero pa´ lante es para allá... por esta misma situación, porque la carga anterior de las personas que vivía aquí en la casa, que ya no están porque se casaron, viven aparte, entonces siempre los últimos es lo que quedamos en esto, pero de un momento a otro mira no se decirte en realidad, será mi mama, no sé, ósea de un momento a otro siempre la vida a uno trata de independizarse, no se no es como continuar con la carga, no sé qué explicación darle a ustedes...”*** {Cansancio y desespero} No existe otra enfermedad que angustie más a la familia y al mismo tiempo la desintegre que la esquizofrenia, por lo que con información y comprensión esta situación debe poder sobrellevarse para preservar la armonía familiar.

Cuando alguien de la familia se enferma de esquizofrenia se da un fenómeno al principio de no credibilidad por lo que sucede, cuando se acepta se genera un sentimiento colectivo de miedo, vergüenza y culpabilidad que raramente cederá sino es con el paso de los años. Por lo complejo, de la enfermedad el sentimiento predominante inicial es la angustia, que se pone de manifiesto con reproches mutuos entre los familiares, insomnio, disminución en la participación de acontecimientos sociales (fiestas, reuniones, etc.) y en

general un deterioro en la vida cotidiana. Es aquí donde la familia debe sobreponerse, informarse con realismo de todo aquello que significa la enfermedad.

4.2.6 Importancia de una figura paterna y materna, en el desenvolvimiento de los pacientes

*"Nadie desaparece del todo de la vida de uno,
Si ha sabido imprimir buenas huellas
En el recuerdo".*

Blanca Cotta

La familia es la organización y unidad básica social, constituida por un hombre y una mujer, que fundamentados en el amor y la fidelidad llevan a la procreación de nuevos integrantes de la misma que, mediante su educación se garantiza la permanencia del género humano.

Los hijos deben tener su modelo a seguir entre los padres, ya que es fundamental para su formación y crecimiento, debido a que, estos van adoptando patrones que lo ayudaran a crecer como persona, con sus valores, principios, normas y creencias que contemplan a todos los seres humanos. Al momento de que falte una de estas figuras, el transcurrir de sus vidas se ve afectado y poco fortalecido, conduciendo esto, a que el individuo tome un camino de decisiones inapropiadas, creando traumas, depresiones y desolaciones que jamás serán sustituidas. Según Yoffe, L (1997:137).

La dificultad de aceptar la muerte de un ser querido pasa por no poder comprender y tolerar que ese ser amado ya no estará más junto a nosotros en el mundo de los mortales, y ese [no estar más] tendrá la calidad de ser un hecho irreversible y para siempre.

Carlos a pesar de que su hermana desde muy temprana edad, asumió ese rol de madre protectora, este no lo reconoce así, para él su madre es sagrada y única, nadie podrá suplantar ese vacío...***“Es mi hermana, mi mamá es a parte ella está muerta y es aparte...”*** {Ira y silencio} Según Yoffe, L (1997:135) nos explica que:

Todos nacemos dentro de una cultura determinada, cuyas creencias vamos incorporando, a medida que crecemos en la escuela y en las diferentes instituciones. No nacemos con conciencia de la propia muerte ni con la representación de la que ésta significa en el proceso de la misma y de los demás. Pero a medida que vamos creciendo vemos lo que esto significa, y nuestros conocimientos se ve condicionado por las creencias culturales que nuestros padres, la sociedad y el grupo sociocultural al cual pertenecemos nos transmiten.

A pesar de que no existía la figura materna en la vida de carlos, estuvo presente la figura paterna, la cual no cumplió su rol como le correspondía, debido a que no supo establecer normas ni quiso disciplinarlo por creer que al hacerlo contribuiría, con el deterioro emocional, causado por la muerte de su madre. En relación a ello su hermana relató que... ***“vive con papá pero papá es un hombre que es tan pacífico, que él dejo los estudios hasta 6 grado que Carlos hacia lo que hacía y papá no le decía nada, pero como yo me case, yo vivía por allá con mi esposo, después que yo me vine fue que vino otra vez adaptarse a mí , ve que a él lo recogieron hasta los evangélicos, los amigos de él evangélico, ve que él me decía que me fuera nuevamente para allá a vivir con el que él necesitaba su familia allá, y yo le decía que..”*** {Tristeza} ***No mijo este es mi nido donde yo tengo mis hijos y quiero vivir aquí tranquila con mis hijos” pero eso sí pero la comida y todo sale de aquí, pasaje todo sale de aquí...”*** es evidente la importancia para Carlos de esa figura materna que

asuma la jefatura de su hogar. Cada familia es diferente, con costumbres y características distintas, enmarcadas en las diferentes personalidades de sus miembros y en el contexto socioeconómico y cultural en el que están envueltos.

En términos generales, en una familia tradicional el padre representa la figura de autoridad, más allá de que la madre esté activamente incorporada a este mismo rol, sin embargo, este no es el caso de la familia de Carlos puesto que, su padre fue muy permisivo, tolerante, pasivo y hacia poco ejercicio de su autoridad, mientras que la madre, se encontraba ausente

Es cierto que cada padre es distinto y tiene diversas maneras de crianza de sus hijos y de la formación familiar. Suelen ser permisivos, sobre protectores, autoritarios o democráticos. Cada padre tiende a ser distinto y tiene diferentes maneras de criar a sus hijos, pero, según cuenta el psicólogo de la Universidad Mayor, Morales, R (2010), ***“sigue siendo un pilar central dentro de la estructura familiar, ejerciendo roles de modelaje, socialización y vinculación con la sociedad y la cultura”***.

Según el DSM IV (2005:298) se refiere al duelo como:

Una reacción a la muerte de una persona querida. Como parte de su reacción de pérdida, algunos individuos afligidos presentan síntomas característicos de un episodio de depresión mayor, sentimiento de tristezas y síntomas asociados como insomnio, anorexia y pérdida de peso.

Ante los duelos, es importante considerar los mecanismos de afrontamiento con los que cuenta quien ha sufrido una pérdida, a fin de evitar cualquier tipo de desarrollo de duelo complicado o patológico. Si el duelo se

reprime o se oculta tras una fachada de fortaleza, al consumo de drogas o a la del alcohol se estaría adormeciendo de esta manera la sensación de dolor, de sufrimiento y de vacío por la pérdida del ser querido. A corto o largo plazo esto suele generar síntomas físicos, enfermedades psicosomáticas, trastornos de la conducta, depresión o duelo crónico.

4.2.7 La muerte y sus consecuencias en el ámbito familiar:

*“Cuando menos lo esperamos, la vida nos coloca
Delante un desafío que pone a prueba nuestro
Coraje y nuestra voluntad de cambio”.*

Paulo Coelho

Según Worden, W (1997:131) expresa que ***"La pérdida de un ser amado es tan traumática, que el duelo representa una desviación del estado de salud y bienestar e igual que es necesario curarse en la esfera de lo fisiológico para volver al cuerpo su equilibrio homeostático"***. Mientras que Freud (2010:32) indica que el duelo " es un proceso no un estado"

“Existen diferentes tipos de pérdidas, como la muerte de un hijo, un dolor que ha sido conceptualizado como uno de los más profundos y difíciles de resolver en el tiempo, debido a las fuertes reacciones emocionales que dicho suceso despierta en los progenitores” Según Yoffe, L (1997:132) . Por este momento pasó María, quien evidenció la pérdida de su hijo mayor, así como lo expresó ella... ***“él murió de diabetes, se volvió loco por la novia, a los 22 años para cumplir los 23, fue cuando él murió, pero 8 meses antes de morir, el mismo se descuido totalmente...”*** {Nostalgia} asimismo lo afirma la madre de María quien manifiesta... ***“Si ella tuvo 5 hijos y de los 5 hijos le quedan 4 porque se murió***

uno de diabetes, era el hijo mayor de ella que tenía 23 años... Además agrega su hermano... ***“Ya ella sabía que él estaba en sus últimas, por las náuseas que presentaba, y lo enfrento con mucho dolor, como toda madre que le duele sus hijos , se desahogo bastante, no se encerró ,ni se aisló, si tuvo en esos días un poco estado de shock por la situación que estaba pasando y después se le paso...”***

Aquí queda demostrado como le afectó la pérdida de su hijo, devastándola y haciendo que los síntomas de su enfermedad se agudizaran aún más. Es importante destacar que la muerte es un proceso natural por la que tenemos que pasar todos los seres vivos, en la que, por razones, ya sean imprevistas, desconocidas o ya determinadas, los seres humanos pierden a sus seres queridos, devastándolos y deprimiéndolos por completo en la mayoría de los casos, y más son afectados cuando la pérdida es de algún familiar muy cercano (padre, madre e hijos).

En lo que respecta a Carlos Manuel, la muerte de su madre y de su abuela materna son hechos que lo marcaron y afectaron desde su primeros años de vidas hasta la actualidad, expresándolo de la siguiente manera... ***“Yo estudie hasta octavo, no continúe por muchos problemas en mi familia, se estaban muriendo mis abuelos eso me pegó mucho... Recuerdo que era sólo, era así que no tenía a nadie que me dijera ,así, como es un niño, que le dijera anda a la escuela, toma esto, no tenía a nadie que estuviera pendiente de mi...”***{Tristes} al mismo tiempo su hermana lo comenta... ***“Mi abuela murió, se quedó... quedó, bueno cuando él... mi hermano mayor que también es mala conducta; él hizo correr a mi tía, mi abuela y eso... de ahí de la casa, total que se fueron, entonces mi abuela decidió, venirse porque ella quería morirse en su casa pues; y entonces yo como vivía con mi esposo, casa de la, de la***

suegra, yo le dije no, no abuela nos vamos mejor para la casa, yo te cuido y eso, te cuidamos, la cuidamos ahí...” {Nostalgia}

La muerte de una madre, padre o familiar es una experiencia que solo puede explicarse desde la vivencia de un hijo, tanto a nivel, emocional, social y espiritual. Cabe mencionar que los padres juegan un papel único en la vida de sus hijos, quien en la infancia tiende a verlos como esos seres que por siempre estarán a nuestro lado. Los padres representan para los hijos pequeños y adolescentes una imagen y una sensación de permanencia, seguridad y estabilidad, de esa manera sentía Carlos cuando estaba en compañía de su madre, actualmente a pesar de ser un adulto ese duelo permanece presente ya que para él su madre y su abuela, representaban una fuente de apoyo y amor incondicional.

4.2.8 ¿El maltrato como detonante de la enfermedad?

*"Si la no violencia es la ley de la naturaleza humana,
El futuro pertenece a las mujeres"*
Mahatma Gandhi

El maltrato puede ser el detonante de un sin fin de enfermedades, debido al grado de afección que producen cada uno de los seres lastimados. El maltrato según Cachada,A (2011) esta referido: ***"a una forma de agresión que se puede manifestar de dos formas principalmente; maltrato físico y maltrato psicológico que se da en el marco de una relación entre dos o más personas"*** enlace la pagina web Maltrato enfermería (2011). Por su parte, Hernández, C. y Escobar, C. (2004) define al maltrato como: ***"los actos, las carencias y las injusticias de todo orden que afectan***

gravemente al desarrollo físico y psicológico de una persona, efectuado por otra u otras".

Asimismo, aunque no hay una definición única y precisa de maltrato, ya que sus características dependen del contexto, abarcando desde insultos, depresión, crítica o amenaza de abandono y constante bloqueo de las iniciativas de interacción desde la evitación hasta el encierro o el aislamiento por parte de cualquier miembro del hogar o del grupo familiar, ya sea en la calle, en el trabajo o en los diferentes ámbitos. Los maltratos como en el caso De María Antonia y Carlos Manuel son los detonantes de la enfermedad, ya que desde mucho tiempo atrás y aún en la actualidad son víctimas del maltrato, así lo manifiesta el hermano de María cuando nos expresa que... ***“fue cuando tuvo su primer hijo, con un señor que vive por estos lados de San Luis 2do, ese señor no le dio la vida como se merece una mujer de matrimonio, con su borrachera la maltrataba tanto física como mentalmente de allí vinieron las desavenencias...”*** {Ira}

Aunado a esto el desprecio de su última pareja... ***“No, ella todavía no le había dado eso, ella tuvo su 2 hijos cuando tuvo su 3er hijo que es una hembra que lo tuvo con un señor que si iba a echar pa’ lante {Énfasis} con ellas entonces de allí fue que; bueno la mamá de ese señor que no era santo de devoción de nosotros ni de ella, que de repente se prestó también para desgraciarle a vida a ella. {Rabia} Hipócritamente, fue una persona que no quería que estuviera con el hijo de ella, entonces allí comenzaron las trifulcas y bueno fue como en el año 86 que empezó la crisis de nervio; ella era de la iglesia cristiana evangélica desde que era muchacha, a eso de 16, 17 años mucha gente no le tenía buenos ojos para ella, como uno dice, la envidia anda rondando por todos lados, de allí habían ciertas personas que hacían ciertas apariencias con ella. Pero, no le tenían buena voluntad a ella...”***

María hoy en día manifiesta que... ***“Yo me quisiera ir de aquí no se... {Énfasis} Para cualquier parte, porque para cualquier parte uno sale, lo único malo de ahorita es la delincuencia diaria pero ante uno se iba por allí a distraerse o a deambular y no había tanta delincuencia como hay ahorita, que violan a uno y le hacen maldad ante uno salía y deambulaba por allí y caminaba toda cumaná...”*** {Miedo} Esto nos indica los constantes maltratos que padecen estos pacientes en la sociedad.

En lo que respecta a Carlos Manuel, tuvo una vida de maltratos, desde muy pequeño ha sufrido de traumas y de maltratos, físicos y psicológicos, su hermana nos comenta que... ***“tuvo una vida que papá lo dejo con la madrina pero la madrina le pegaba y también las hijas de la madrina le pegaban y de allí, papá se lo trajo {silencio largo}... él tenía 4 añitos y lo dejo a casa de una de la madrina de él, ahí él estuvo un tiempo viviendo con esa señora alrededor de 4 a 5 años, pero mi papá lo quería tener a él pues, criarlo él, porque el siempre venía con quejas: que le pegaban, que eran malos con él, tu sabes; Cosas de muchachos...”*** {Nostalgia}. Según la pagina web América infobae (2011) no indica que:

Los menores que viven situaciones de abuso físico muestran la misma actividad cerebral que los soldados expuestos al combate. Sus actitudes están orientadas a la detección de amenazas Se sabe que el maltrato infantil es uno de los factores ambientales de riesgo más potentes relacionados con los problemas de salud mental a futuro, como los trastornos de ansiedad y la depresión.

Según Astráin, M. (2010) la cual lleva 25 años trabajando con enfermos mentales, realizó un estudio para propiciar un cambio de

perspectiva denominado "Suelen ser en muchos más casos víctimas que agresores" donde explica que:

Quería visibilizar que los enfermos mentales son en muchos casos víctimas de maltratos y no agresores. La contribución a actos de violencia o asesinatos de mujeres que hacen los enfermos mentales es ridícula. Sólo el 5% de los actos de violencia se pueden atribuir a enfermos mentales. Sin embargo, lo que se visibiliza y se evidencia es otra realidad. Eso mantiene los prejuicios y la estigmatización de este colectivo. Por ello, quería propiciar un cambio de perspectiva y dejar constancia que lo asociado con maltrato no tiene que ver con la propia patología mental.(s/n)

La desesperación es uno de los síntomas que viven los familiares de pacientes con este trastorno al igual que la culpa, es por tal motivo que en algún momento de sus vidas tienden a maltratar a su paciente, por la carga que consideran que llevan por su familiar afectado.

4.2.9 La esquizofrenia un camino a la indigencia

*"Dios siempre me dió una segunda
Oportunidad en la vida".*

Paulo Coelho

La indigencia es una cruel realidad de muchas sociedades, y por supuesto, la venezolana no podía escapar de este problema social. Erróneamente se cree que la causa única de la indigencia es la pobreza, obviamente que las personas que viven en la calle tienen necesidad y son pobres, pero no por pobres fue que pararon en las calles. Por el contrario, las causas están asociadas a factores que pueden ocurrir a cualquier persona de cualquier estrato social, tales como la violencia doméstica, el alcoholismo,

la dependencia a las drogas y las enfermedades mentales. Según Barre, Y (2006:26)

La palabra indigencia viene del latín indigencia que significa estar necesitado, necesitar, carecer. (3) Son muchos los sinónimos que se asocian a este término y entre ellos se pueden mencionar: pobreza, penuria, privación, miseria, estrechez, dificultades, mendicidad, falta de recursos y/o medios para alimentarse, residenciales, vestirse, entre otros. Documento en línea

La esquizofrenia es un tipo de trastorno mental que lleva a las personas a perder contacto con su realidad y abandonarse a sí mismas, lo que las hace llegar a ese extremo de degradación humana, como es la indigencia. Los síntomas y las crisis que reiteradamente sufren los pacientes con trastornos de esquizofrenia son tan devastadores que si no se tienen un núcleo familiar bien fortalecido y organizado, el paciente puede llegar a estados de indigencias, como le sucedió a María, a quien sus crisis siempre le han dado por deambular en las calles de la ciudad, como lo expresa ella misma... ***“Yo me quisiera ir de aquí, no sé, para cualquier parte, porque para cualquier parte uno sale, lo único malo de ahorita es la delincuencia diaria pero ante uno se iba por allí a distraerse o a deambular y no había tanta delincuencia como hay ahorita, que violan a uno y le hacen maldad. Ante uno salía y deambulaba por allí y caminaba todo cumana...”*** Por consiguiente, las personas que entran en estado de indigencia corren el riesgo de sufrir diferentes tipos de maltrato, tantos, mentales.

Al igual que María, Carlos también padeció de la degradación social, pero con menos intensidad que María, así como lo expresa su hermana... ***“Uno lo llamaba a él y el no escuchaba, se iba caminando en***

una de estas salto de ahí para el río, mi papá como pudo lo trajo porque él, le hace caso a mi papá... Según últimas noticias (2008:1) Plantea que: ***"El inconveniente de la indigencia es sumamente complejo, porque no resulta sencillo reintegrarse en la sociedad a personas que llevan tiempo viviendo en la calle, sin vínculos familiares y probablemente con trastornos mentales o adicciones severas al alcohol y las drogas"***.

Además del deterioro que causa el estado de indigencia en las condiciones físicas y mentales de los pacientes con trastornos de esquizofrenia, también afecta de manera gradual a los familiares quienes son los que tienen que acarrear con esta problemática social, como lo expresa la madre de María que las... ***"personas así enfermas no se pueden mantener encerrada por que se vuelven más "Loca", entonces ella se va una temporada por ahí por la calle y se pone toda sucia, toda cochina, bueno pues, entonces tiene que salir sus hermanos a buscarla, a buscarla para internarla en el piso 10..."*** {Cansancio} Por su parte su hermano lo confirma... ***"Si, Nosotros hablamos siempre con ella cuando se sienta mal que diga; mira llévenme al hospital, uno la lleva y así no estamos corre, que corre buscándola por el centro, búscala por acá, estuvimos detrás de ella, no se ha visto algo fuera de lo normal.*** {Cansancio y amargura}

La persona con esta enfermedad es la que más ayuda necesita, el apoyo familiar es la mejor medicina que puede tener, pero lamentablemente a muchos los abandonan y en ese momento es cuando ellos encuentran la calle como hogar, incluso, se ha visto mucho que cuando los internan en un centro psiquiátrico también los abandonan, por eso últimamente la tendencia es que el enfermo mental se quede en casa, para que se sienta protegido, porque cuando se ven solos se hunden más en su crisis mental y abandono. Es importante que la familia se planifique y realice un plan de acción, de tal

manera que cuando emerjan algún tipo de síntomas en los que el paciente se vea afectado o perjudicado, éstos puedan accionar a tiempo y puedan solventar esa situación.

4.2.10 ¿Sobreprotección o miedo a la realidad?

"Es tan difícil decir la verdad como ocultarla"
Baltasar Gracián

El asumir un familiar con esquizofrenia es aceptar un reto ante lo impredecible y lo misterioso, es encajar una enfermedad de la que se sabe poco y que altera tanto, la conducta de todos, que es fácil llegar a perder los papeles. Es por ello que llegar a convivir con este trastorno, exige un conocimiento preciso y unas actitudes entrenadas; ya que los familiares tienden a sobreproteger a su familiar afectado, de todas aquellas personas ajenas a su entorno familiar, dejarlo en vez de desenvolverse ya mantener un equilibrio entre su enfermedad y su vida diaria. En este orden de ideas se puede citar como sobreprotección según López, P. (2004) "**como proteger o cuidar en exceso**". **Se mantiene el instinto de protección de los primeros meses de vida, y no se acepta que las criaturas van creciendo y tienen que aprender a resolver sus necesidades**" Así lo confirma María cuando manifiesta, que su madre no la deja cocinar... "**¿Tu cocinas? ¿Qué sabes hacer? Arepa, perico, espagueti, frito pescado, mi mamá no me deja cocinar, porque me puedo quemar... Antes cocía cierre, cogía ruedo, le metía a los pantalones, ahorita no.** En este sentido es importante señalar que estas personas se deben integrar en actividades del hogar, es decir, que se sientan útiles, puestos que ellos son autosuficientes y pueden valerse por sí mismo, asimismo pueden realizar

trabajos pero con previa supervisión al momento de realizar cierta actividad, además que al colaborar en el hogar, ellos se integran y contribuyen más a fortalecer la relación familiar.

En el momento de realizar la entrevista fue notoria la preocupación de la madre de María, de que las investigadoras no tuvieran mucho acercamiento a su hija por lo cual nos respondió... **“¿Si le hacemos unas preguntas, ella nos contestará? Y que la vas hacer, ¿Preguntarle cómo se siente? No ella se siente bien, no le estás preguntando nada a ella, no le gusta que le pregunte... ¿Será que si intentamos no quiere? ¡María! Ven a acá, ella pregunta como tú te sientes yo le dije que tú te sientes bien, Responde María: me siento bien...”**{miedo y manipulación} Aquí se evidencia un poco la manipulación de su madre para que María de las respuestas. Caso muy contrario a los familiares de Carlos Manuel quienes se demostraron desde un comienzo muy interesado al relatar su historia.

Es necesario no sobreproteger al paciente. Debido a que la sobreprotección es una implicación emocional intensa e intensiva, que conlleva a una independencia tanto de los hijos a los padres como de los padres a los hijos. Recordemos que algún día mamá y papá no estarán cerca y los hijos no sabrán enfrentarse ni a las cosas más simples de la vida, porque siempre hubo alguien cerca para resolverles hasta el problema más sencillo. Es por esto que, cuantas más cosas, las personas con esquizofrenia no puedan hacer, más los limitará en sus capacidades (tanto físicas, psicológicas), promoviendo que el paciente se aíse algunas veces. Hay que estimularlos y motivarlos, cuidando siempre de no excederse, debido a que pueden agobiarse y terminar siendo contraproducente para ellos.

4.2.11 La esquizofrenia y sus consecuencias en la sociedad

*"Es justamente la posibilidad de realizar
Un sueño lo que hace que la vida
Sea interesante"*
Paulo Coelho

En la última década se ha observado la importancia decisiva de la integración del paciente con esquizofrenia en la sociedad de la que procede, siendo muy negativo la discriminación, el aislamiento o el agrupamiento de pacientes ansiosos sin contacto con la sociedad.

Las razones para que los pacientes con esquizofrenia sean rechazados, discriminados y excluidos; son muchas, debido a los síntomas tan degenerativos que presentan, donde los pacientes, tienden a tomar actitudes que para los miembros de la sociedad son considerados extraños, lo cual, causa todos esos estigmas (el loco, el indigente, el malandro). La familia de Carlos no se escapa de esos problemas, ellos cuentan que... ***"llego el momento que la pared de la casa del lado el la fue rompiendo, rompiendo que hizo un hueco que esa gente quería como denunciarlo meterlo preso o darle golpe, por medio de nosotros paramos eso acomodamos la pared, y también hubo un momento que él brincando los techo se cayó, ya la gente no le paraba y como él tuvo varias veces en el hospital, se cayó, a mediado del tratamiento que le daba en el hospital él se fue acomodando pues poniendo mejor..."*** ella explica que... ***"Los vecinos son unos de los que dice y lo tratan como un loco... pero ya se están adaptando..."***

Los familiares de Carlos para apaciguar un poco sus crisis tratan de integrarlos en cursos para su crecimiento profesional... ***"El hacia curso en el INCE de eso de latonería y pintura, terminó su curso y el no quiso ir a buscar su certificado no quiso ir, luego el no quiso hacer más nada, él***

dibujaba...” En lo que respecta a María Antonia, también ha vivido la discriminación de su comunidad... **“nadie nos ayuda, nadie ni siquiera la vecindad, en esta vereda nadie, no tenemos ayuda de nadie y salvo 2 tía que medio meten la mano hay tu sabes del resto...”** su madre manifiesta... **“No yo no la puedo encerrar a ella yo la tengo que tener libremente, las personas así enfermas no se pueden mantener encerrada por que se vuelven más...”**

Es importante mencionar, que dentro de estas mismas familias se puede evidenciar un poco de exclusión hacia sus familiares enfermos, puesto que, no le brinda ese espacio de recreación que tanto necesitan. En ningún momento de las entrevistas, manifestaron haber tenido un día de compartir familiar a la playa o algún otro sitio. Lo cual ayudaría en mucho a estos dos pacientes a apaciguar un poco los incómodos síntomas de la enfermedad.

A veces por no saber la situación y necesidades de las personas, se hacen daños irreparables en el autoestima de individuos que padecen de alguna condición, no nada más con esquizofrenia, sino todas aquellas personas diferentes (en sillas de rueda, con síndrome de Down, autismos, con deficiencia auditiva y visual, entre otras).

El problema que existe hoy en día en la sociedad, es tan grande hasta para aquellos que no padecen de ninguna condición, donde lo que reina es lo que llamamos “la perfección” lo que causa un montón de ideas erróneas sobre cómo debe ser y actuar el ser humano. Según El grupo de trabajo de la guía de práctica clínica sobre la esquizofrenia y el trastorno pictórico incipiente (2003:21) afirma que:

En diferentes momentos de la vida pueden aparecer dificultades relacionadas con el hecho de afrontar los efectos del trastorno o de los problemas de la vida: conflicto en las relaciones o

aislamiento, dificultades en los estudios o trabajo, etc. que pueden provocar depresión, ansiedad, abuso de tóxicos, ideas de la muerte.

Es importante recurrir a los profesionales de referencia para buscar estrategias que ayuden a afrontar y resolver estas dificultades, y evitar las complicaciones derivadas de prolongar situaciones de sufrimiento.

4.2.12 ¿Los pacientes que padecen de esquizofrenia, podrán integrarse en los diferentes ámbitos?

*“La dicha de la vida consiste en: tener siempre
Algo que hacer, alguien a quien
Amar y alguna cosa que esperar”*

Thomas Chalmer

La esquizofrenia es una enfermedad psíquica que repercute gravemente en la conducta del paciente, sus familias y amigos, por lo que tiene muchas implicaciones de carácter social, que deben saberse para poder preparar estrategias de integración y rehabilitación, con los más cercanos posibles a la realidad.

Las consecuencias de la enfermedad alcanzan a todos: mayor deterioro de la enfermedad con pérdida de competitividad y de posibilidades de recuperación, mayor consumo de recursos sanitarios con hospitalizaciones más frecuentes y prolongadas, mayor sufrimiento del propio paciente y de su entorno inmediato lo que conlleva a una mayor desesperación en el seno de muchas familias, e Incluso hasta los propios profesionales (no en todos los casos), desalentados, acaban distanciándose

del paciente al que desahucian y frente al que deciden retirarse. La complejidad del problema exige la buena voluntad de todos: un paciente más confiado, unos profesionales más dialogantes una familia más comprometida y una sociedad más tolerante.

La Solución a la esquizofrenia no es cosa sencilla como coser y cantar. En primer lugar, porque el principal involucrado, (el paciente), es quien menos suele ver el problema. En segundo lugar, porque los que si lo ven (los médicos), ofrecen soluciones parciales y a menudo no acompañada de una información accesible y finalmente, porque la propia sociedad es muy ambigua frente a esta paradoja: por un lado, sigue discriminando al enfermo mental, que intenta disimular, como puede su dolencia, llegando muchas veces a abandonar un tratamiento que podría delatarlo, y por otro, ignorando un fenómeno que considera anecdótico y poco importante. así como el famoso Matemático, **John Nahs**, en su película **“Una Mente Brillante”**, ***quien en uno de sus capítulos, decide abandonar los medicamentos para continuar con su vida, para poder cuidar de su hijo, cumplir con su rol de esposo y por sobre todo continuar resolviendo sus dilemas y teorías matemáticas.*** Asimismo, Carlos nos manifiesta lo siguiente... ***“sí pero yo creo que también es hora de que uno ponga de su parte, para no tomar medicamento toda la vida. Yo soy algo que en verdad que ya está comprobado que tengo que quedarme toda la vida con medicamento hasta que sea viejo...”***

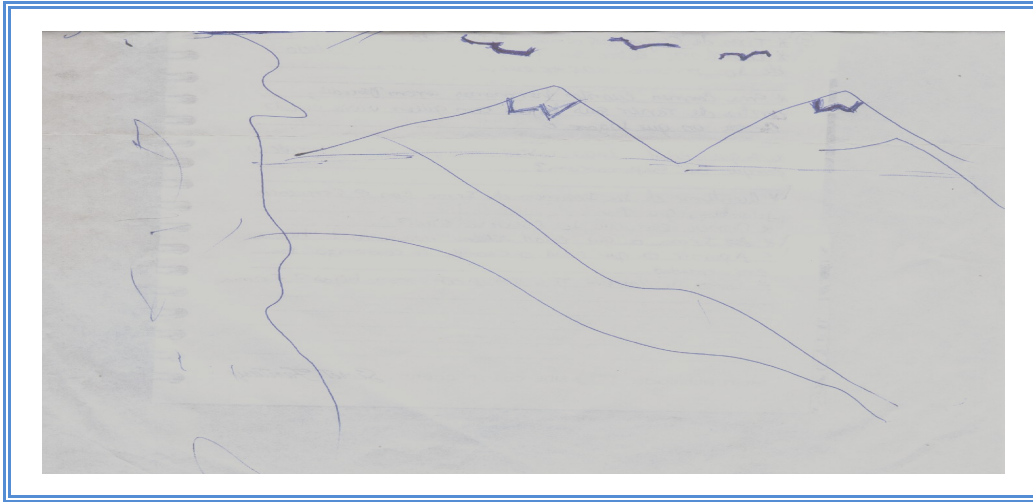
El tratamiento causa en los pacientes, un desaliento muy grande, donde los familiares juegan un papel importante, para que estos no decaigan y puedan realizar actividades que le permitan integrarse más a la sociedad e incluso aportar y ayudar económicamente a su familia. El hermano de María lo confirma cuando no dice... ***“En algunas veces, Limpia, barre, ayuda.***

Por el tratamiento más que todo está reposando, ósea, duerme, cuando se despierta almuerza, ve televisión, barre cuando esta de ánimo, porque no hay que obligarla, no hace nada de manualidades, de cultura no, nada de eso. No le gusta, aunque yo le he dicho para que se acerque alguna actividad de esa pero ella dice que no {Expresión poco creíble}... Ella no quiere, incluso nosotros le hemos dicho que le compramos el material y no quiere.” María por su parte expresa que ... ***“Nada barrer, lavar, lavar mi ropa, barrer, yo no voy a curso, si me gustaría...”***

Más sin embargo, en lo que respecta a Carlos dice... ***“a mí lo que más me gusta es leer y escribir, leer bastante y escribir, así escribir lo que le da el día. Uno es adulto y no es como ante si algo es para leerlo se lee y si se puede sacar algo de ahí se hace... Yo tengo tiempo que no pinto, me gustaría pintar, pero no tengo los materiales para pintar... El dibujo que me atrae a mí es así...un paisaje, montaña, árboles, río...uno tiene que dibujar bastante para que quede bien un dibujo... uno para dibujar tiene que estar concentrado y tener algo con que dibujar...”***

Estudiando la situación de Carlos las investigadoras al momento del relato llegaron al acuerdo de donarle a Carlos los materiales necesarios para que él lograra colocar en prácticas sus expresiones artísticas así como lo demuestra en el siguiente dibujo:

Figura N° 2 DIBUJO REALIZADO POR CARLOS MANUEL EN UNA DE LAS VISITAS.



Fue

nte: Elaboración por Carlos Manuel. Cumaná 2012.

Un problema de primera categoría es el gasto que presenta nuestro paciente y que mucha veces merma la disponibilidad familiar por lo que hay que conocer todas y cada una de las posibles ayudas económicas existentes en el país y el estado. Tanto los familiares de Carlos como los de María manifiestan, que no reciben ayuda de ninguna institución; a excepción de el Hospital Antonio Patricio Alcalá, que siempre les abre sus puertas cuando estos pacientes así lo requieren, así lo manifiesta el hermano de María... ***“No cuenta con ninguna ayuda, sólo con el hospital...”*** así como la hermana de Carlos, quien manifiesta que... ***“ya él está en tratamiento, mi papá lo lleva al médico en el hospital y entonces le dan el tratamiento...”***

Por otra parte, Según Cabrera J, Fuertes J, Rodríguez A. (2003:43)

A nadie se le escapa que en una sociedad con aproximadamente 1.500.000 de individuos “normales”, la posibilidad de nuestro familiar con esquizofrenia de que trabaje es remota, pero no imposible como estamos viendo en algunas empresas concienciadas con el problema y en aquellas actividades promovidas desde el seno de asociaciones familiares de enfermos mentales.

En la actualidad, según la Ley para las Personas con Discapacidad (2007) en su artículo 28, contempla en su capítulo 3 del trabajo y capacitación (empleo para personas con discapacidad).

Los órganos y entes de la administración pública nacional, estatal y municipal así como las empresas públicas, privadas o mixta deberán incorporar a sus planteles de trabajos no menos de un cinco (5%) de personas con discapacidad permanente, de su nómina total sean ellos ejecutivos, ejecutivas, empleados empleadas, obreros u obreras. No podrá oponerse argumentación alguna que discrimine, condiciones o pretenda impedir el empleo de persona con discapacidad

Es decir, que existe el 5% de inclusión en todas las empresas públicas y privadas, cumpliéndose en su mayoría de los caso, esto con el fin de brindar apoyo a estas personas que pueden ser tan productivas como excelentes en cualquier actividad que se propongan a realizar, en lo que respecta Carlos, indica que él realizo un curso en el INCE ***“... Yo hice un curso, pero no me lo entregaron el certificado de latonería y pintura”***. Es lamentable que a pesar de que este joven posea conocimiento no ejerza su actividad en el campo laboral puesto que es discriminado por la sociedad.

Además para nuestro paciente tener el tiempo ocupado es algo tan beneficioso que puede acondicionar incluso la evolución de la propia enfermedad, así como también la ilusión y la emoción que sienten cuando terminan de realizar una tarea o una actividad, María Antonia cuenta que... ***“yo hice una vez una torta, en una sartén de eso, salió esponjosa y todo...”*** Mientras que Carlos dice... ***“Es verdad uno tiene que dibujar, correr caminar y no pararle a esas cosas que uno escucha...uno no le***

puede parar a la gente. yo pienso que la gente dice que yo estoy loco, pero no creo porque si no, no me buscara gente como ustedes que me vienen a hacer preguntas para acá para ayudar a otra gente para que no caigan o le pase lo mismo que a mi...”

Estos pacientes necesitan, de la tolerancia y la comprensión de sus familiares y cuidadores, dando ejemplo constante en la convivencia diaria. Por esa razón, el cumplimiento del tratamiento en la esquizofrenia, es más fácil para el paciente cuando sabe que, una vez superada la crisis, tiene una oportunidad, que existe un lugar en la sociedad para él y que no tendrá que avergonzarse por ser un enfermo. Carlos comenta que... ***“Uno tiene que hablar, solucionar el problema. Uno va mejorando, ya uno no puede hacer más nada, estamos en una etapa de muy adulto y no se puede hacer más nada observar y entender hasta donde se pueda...”***

Aunque muchos individuos con esquizofrenia no se recuperan de la enfermedad, algunos si lo logran, como en el caso de **Saks Elyn** (2010:361), quien ha escrito sobre el tratamiento forzoso de la enfermedad mental con base, en parte, en sus experiencias. **Elyn**, luchó contra este trastorno y, al ser forzada a recibir tratamiento, comenzó a despertar su interés sobre su futuro, creían que no completaría su grado académico ni sería capaz de conservar un trabajo o de casarse. Sin embargo, **Elyn Saks** se caso y es una decana asociada y profesora de derecho, psicología y psiquiatría en la universidad del sur de California. Del mismo modo que el famoso matemático de la Universidad de Princeton, **Nahs Jhon** (2010), cuya batalla contra la esquizofrenia, se llevo al cine, con cuatro (4) Oscar incluyendo mejor película, lucho contra sus síntomas psicóticos y aprendió a ignorar sus alucinaciones, se caso y tuvo su bebe, fue galardonado con el premio Nobel; aún ahora, en ocasiones sigue escuchando voces.

Estos individuos fueron capaces de luchar contra su enfermedad, con la combinación de fuerzas de voluntad y medicamentos. Sin embargo, la mayoría necesita complementar el tratamiento farmacológico con entrenamiento cognitivo específico que le ayude a desarrollar las habilidades necesarias para cuestionarse a sí mismos sobre sus alucinaciones y delirios.

4.3 SISTEMATIZACION DE LOS RESULTADOS

A continuación se presentan de manera organizada los resultados obtenidos en el proceso de investigación social, los cuales serán expuestos

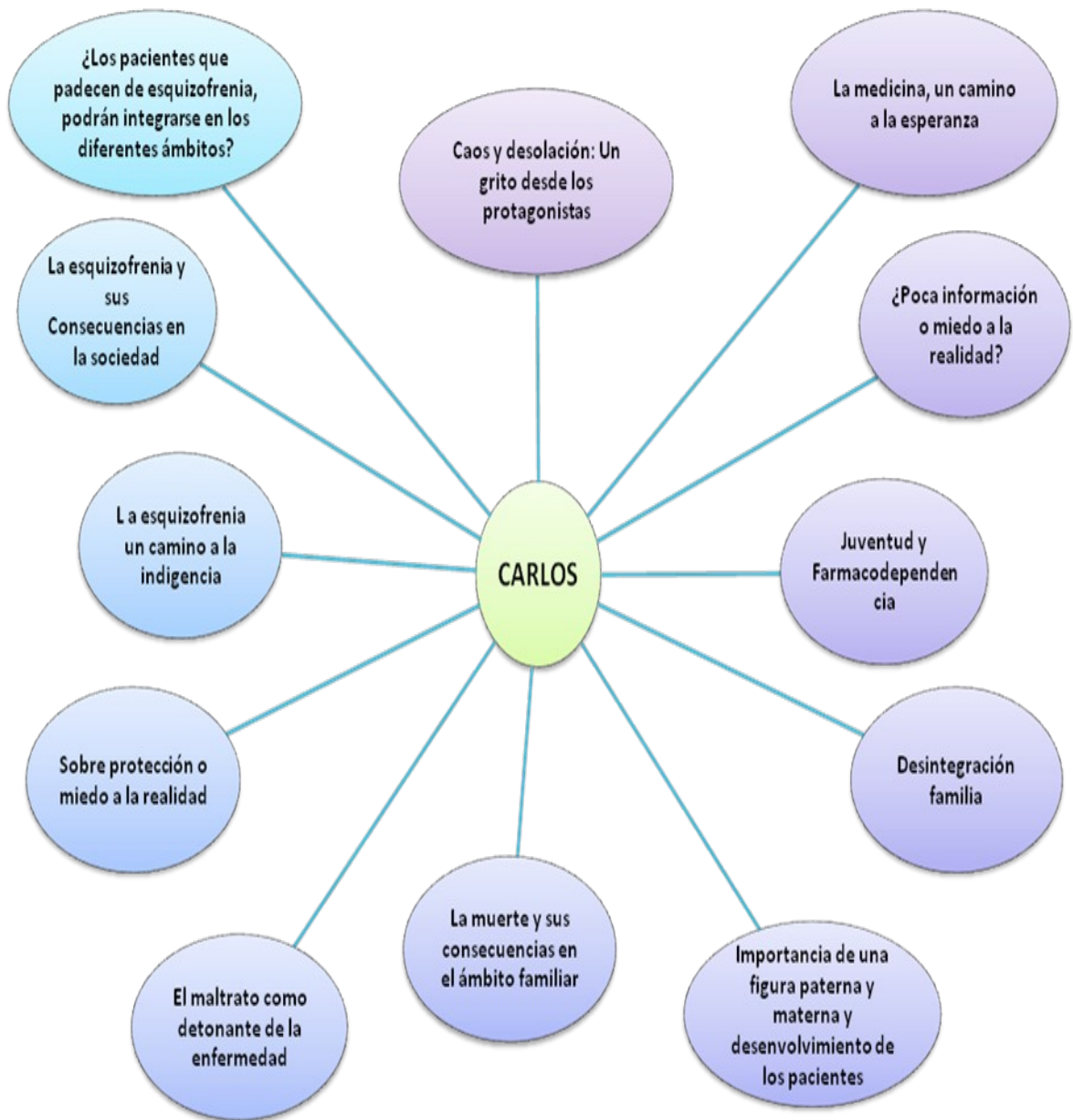
siguiendo el orden establecido en la estructura de este capítulo: Cuadro N°2, historia de vida; y cuadro N 4 y Cuadro N~5; los relatos biográficos organizados por categorías...

Tabla N° 2 Descripción de los sujetos: María Antonieta y Carlos Manuel, año 2011

María Antonieta	Carlos Manuel
<ul style="list-style-type: none"> ✓ 47 años de edad. ✓ Soltera. ✓ Ojos marrones. ✓ Cabello Castaño oscuro. ✓ Estatura mediana. ✓ Culmino el 1er año de educación básica. ✓ Grupo familia Funcional ✓ Violencia contra la mujer. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ 28 años de edad. ✓ Soltero. ✓ Ojos marrón claro ✓ Cabello negro. ✓ Estatura alta. ✓ Estudio hasta 7mo. ✓ Grupo familiar disfuncional. ✓ Su madre fallece y queda desprotegido.

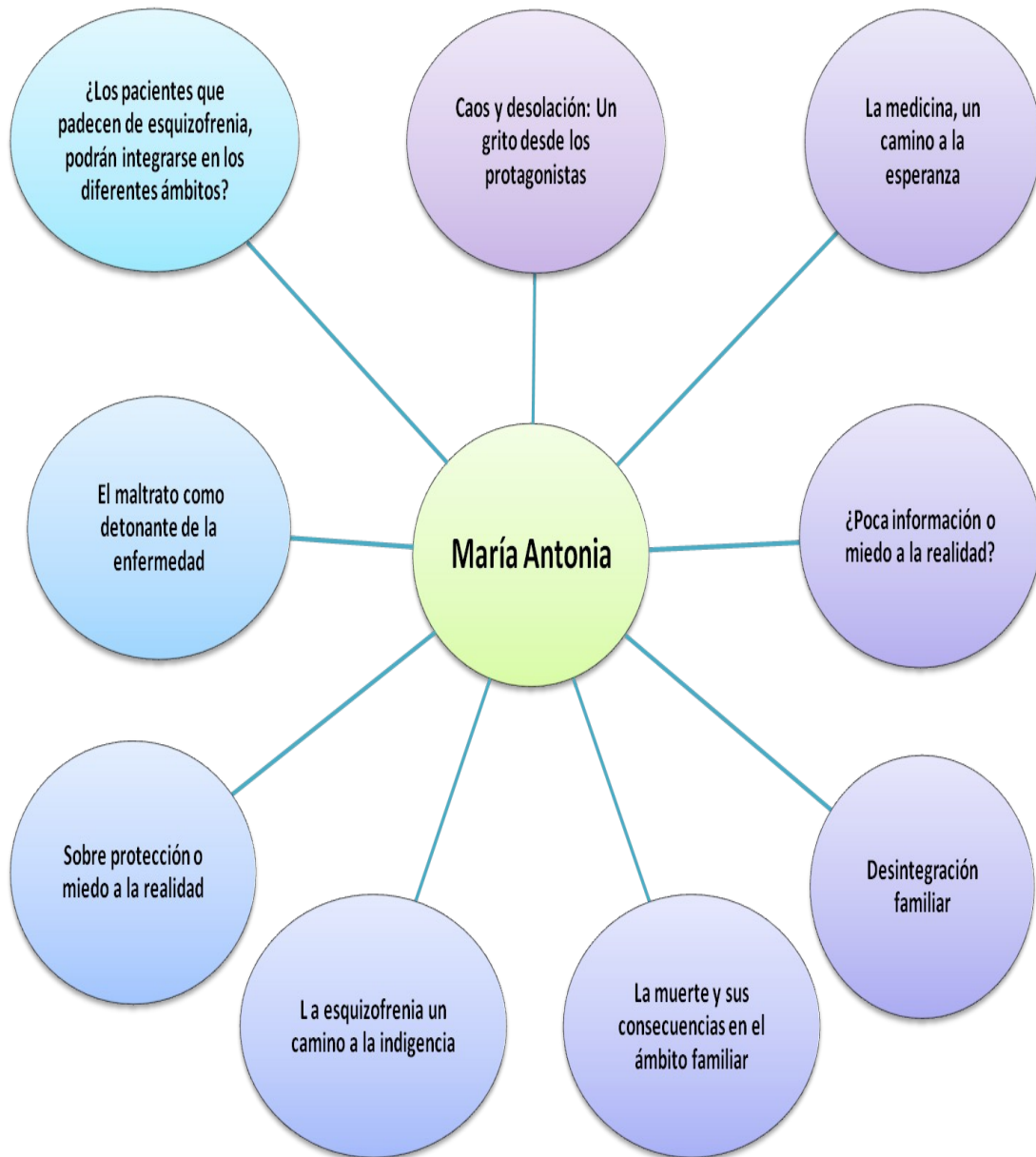
Fuente: Elaboración de las autoras. Cumaná 2012.

Figura N° 03 Relato Biográfico de Carlos Manuel



Fuente: Fuente: Elaboración de las autoras. Cumaná 2012.

Figura N° 04 Relato Biográfico de María Antonia



Fuente: Fuente: Elaboración de las autoras. Cumaná 2012.

CUADRO N°1 SINTESIS DE LA HISTORIA DE VIDA DE CARLOS y MARIA

SUJETO	María	Carlos
INFANCIA	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Persona tranquila, le gustaba jugar con sus amigos y viajar. ❖ Educación básica Completo Aprobado. ❖ Tono de voz bajo. ❖ Carácter débil. ❖ Grupo Social de Clase media. ❖ Buena Integración familiar a pesar no criarse con su padre.. 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Persona tímida y poco expresiva. ❖ Educación Básica Completa. ❖ Perdida materna. ❖ Carencia de afecto familiar ❖ Falta de atención y cuidado por parte de sus hermanas una vez que su madre fallece. ❖ Grupo social de clase baja ❖ Pocos amigos.
ADOLESCENCIA	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Autoestima elevada. ❖ Educada y respetuosa. ❖ Se relaciono con nuevas amistades de las escuelas y residencias. ❖ Secundaria incompleta. ❖ Comienzo de su vida como madre y esposa. ❖ Comienza a Trabajar. 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Autoestima baja. ❖ Deserción escolar. ❖ Afectado por los problemas, tanto económico, emocionales y sociales. ❖ Falta de autoridad de su figura paterna. ❖ Inicio trabajos en una cauchera y pintando casas. ❖ Se relaciono con grupo de amistades inadecuadas. ❖ comenzó a probar el cigarro y los diferentes tipos de drogas. ❖ comenzó con características visibles de la enfermedad esquizofrenia

<p style="text-align: center;">ADULTEZ</p>	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Separación de su esposo por motivo de infidelidad. ❖ Comienza a vivir lo que representa la esquizofrenia ❖ Fallece de su primer hijo. ❖ No cuenta con el apoyo Institucional. ❖ Desarrolla estado de indigencia. ❖ Es atendida en el servicio de psiquiatría del HUAPA 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Vive en la penumbra de la enfermedad. ❖ Continúa en el mundo de las drogas. ❖ Expresa ser internado en algún centro que lo ayude a convivir con la enfermedad. ❖ Es atendida en el servicio de psiquiatría del HUAPA.
---	---	--

Fuente: elaborada por los investigadores, Cumana 2012

CUADRO N°2 SINTESIS DE LAS HISTORIA DE VIDA SEGÚN CATEGORIAS

CATEGORIAS	María	Carlos	
Caos y desolación: Un grito desde los protagonistas (La genética y la esquizofrenia)	INFANCIA:	INFANCIA:	
	➤ No presentaba la enfermedad.	➤ No presentaba la enfermedad.	
	ADOLESCENCIA	ADOLESCENCIA	
	➤ No presentaba la enfermedad. ➤ La genética heredada (por su tía materna).	➤ Comienza a presentar los síntomas de la enfermedad. ➤ No existe genética heredada.	
	ADULTEZ	ADULTEZ	
	➤ Comienza a presentar los síntomas de la enfermedad (Hipotéticamente por ayunas continuas). ➤ Agudizan los síntomas luego de sus tres partos y la separación conyugal. ➤ La genética heredada a (su hijo y hermana)	➤ Se agudizan los síntomas de la enfermedad. ➤ No existe genética heredada.	
	La medicina un camino a la esperanza	INFANCIA:	INFANCIA:
		➤ No presentaba la enfermedad.	➤ No presentaba la enfermedad.
ADOLESCENCIA		ADOLESCENCIA	
➤ No presentaba la enfermedad.		➤ Ingesta de fármacos para controlar la enfermedad.	
	ADULTEZ	ADULTEZ	
	➤ Ingesta de fármacos para controlar la enfermedad. ➤ Desaparición de fármaco (Moditen) ➤ Intolerancia a los medicamentos.	➤ Ingesta de fármacos. ➤ Intolerancia a los medicamentos.	

¿Poca información o miedo a la realidad?	INFANCIA:	INFANCIA:
	➤ No presentaba la enfermedad.	➤ No presentaba la enfermedad.
	ADOLESCENCIA	ADOLESCENCIA
	➤ No presentaba la enfermedad.	➤ Escasa información sobre la enfermedad (visitas a curiosos y brujos).
	ADULTEZ	ADULTEZ
	➤ No posee conciencia de enfermedad. ➤ Manejo de la información sobre la enfermedad (muy vaga)-así ocurre con su familia	➤ Búsqueda de la causa de la enfermedad. ➤ Escaso manejo de información sobre la enfermedad (por parte de Carlos).-Así como ocurre con su familia.
	INFANCIA:	INFANCIA:
	➤ No consumía ningún tipo de droga.	➤ No consumía ningún tipo de droga.
Juventud y Drogadicción	ADOLESCENCIA	ADOLESCENCIA
	➤ No consumía ningún tipo de droga.	➤ Consumía sustancias psicoactivas y estupefacientes (perico). ➤ Consumo de cigarro permanente. ➤ Fue presidiario (por hurto). ➤ Hermano farmacodependiente.
	ADULTEZ	ADULTEZ
	➤ No consumía ningún tipo de droga.	➤ Actualmente dependencia total al perico y el cigarro.
	INFANCIA:	INFANCIA:
	➤ Separación de sus padres ruptura de las relaciones familiares.	➤ Fallece su madre cuando él tenía cuatro años de edad. ➤ Fallece su abuela cuando él tenía siete años. ➤ Traumas. ➤ Familia sustituta (madrina). ➤ Ruptura en las relaciones familiares.

Desintegración familiar		
	ADOLESCENCIA	ADOLESCENCIA
	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Nuevamente ruptura de las relaciones familiares (separación de sus padres). ➤ Contrae matrimonio. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Permanencia de la ruptura familiar.
	ADULTEZ	ADULTEZ
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Separación de su segundo esposo. ➤ Fallecimiento de su primer hijo. ➤ Distribución de sus hijos hacia otras familias. ➤ Desaparición de su hermana menor (con la misma enfermedad) 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Separación de su concubina. 	
Importancia de una figura paterna y materna en el desenvolvimiento de los pacientes.	INFANCIA:	INFANCIA:
	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Separación de su padre. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Fallecimiento de la madre. ➤ Separación de él hacia su padre.
	ADOLESCENCIA	ADOLESCENCIA
	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Falta del rol paterno. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Por falta del rol paternal y maternal tomó caminos inadecuados. ➤ Abandona los estudios, por falta de autoridad. ➤ La mayor parte de su tiempo era en la calle con los amigos.
	ADULTEZ	ADULTEZ
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Carencia de una figura paterna 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Carencia de una figura materna. 	
La muerte y sus consecuencias en el ámbito familiar	INFANCIA:	INFANCIA:
	<ul style="list-style-type: none"> ➤ No presenció ningún acontecimiento. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Fallecimiento de su madre. ➤ Fallecimiento de su abuela.
	ADOLESCENCIA	ADOLESCENCIA
	<ul style="list-style-type: none"> ➤ No presenció ningún acontecimiento. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ No presenció ningún acontecimiento.
	ADULTEZ	ADULTEZ
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Fallecimiento de su hijo mayor (por 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ No presenció ningún acontecimiento. 	

	<p>diabetes)</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Agudiza la enfermedad. ➤ Desaparición de su hermana menor (con la misma enfermedad). 	
¿El maltrato como detonante de la enfermedad?	INFANCIA:	INFANCIA:
	<ul style="list-style-type: none"> ➤ No presento ningún tipo de maltrato. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Maltratado por su familia sustituta (madri- na). ➤
	ADOLESCENCIA	ADOLESCENCIA
	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Maltrato físico y psicológico por su es- poso 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Maltrato por vecinos y la sociedad en ge- neral.
	ADULTEZ	ADULTEZ
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Maltratado físico y psicológico por su segundo esposo. ➤ Maltratada psicológicamente por su suegra. ➤ Maltrato por vecinos y la sociedad en general. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Actualmente continua siendo así. 	
La esquizofrenia un camino a la indigencia	INFANCIA:	INFANCIA:
	<ul style="list-style-type: none"> ➤ No presentaba la enfermedad. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ No presentaba la enfermedad.
	ADOLESCENCIA	ADOLESCENCIA
	<ul style="list-style-type: none"> ➤ No presentaba la enfermedad. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ No presentaba la enfermedad.
	ADULTEZ	ADULTEZ
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Entró en estado de indigencia por causa de la enfermedad. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Dentro de las crisis, hubo momentos de indigencia. 	
	INFANCIA:	INFANCIA:
	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Cuidados normales. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Falta de protección familiar.
	ADOLESCENCIA	ADOLESCENCIA
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Su transcurrir fue normal. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Falta de protección familiar, por consi- guiente cae en el mundo de las drogas. 	

¿Sobreprotección o miedo a la realidad?	ADULTEZ	ADULTEZ
	<ul style="list-style-type: none"> ➤ La sobreprotegen a raíz de la enfermedad. ➤ Le prohíben la realización de actividades en el hogar y en la misma comunidad. ➤ No presenta vida social. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Por la enfermedad, no puede realizar ningún tipo de actividad.
La esquizofrenia y sus consecuencias en la sociedad	INFANCIA:	INFANCIA:
	<ul style="list-style-type: none"> ➤ No presentaba la enfermedad. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ No presentaba la enfermedad.
	ADOLESCENCIA	ADOLESCENCIA
	<ul style="list-style-type: none"> ➤ No presentaba la enfermedad. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Rechazo social, por presencia de los síntomas de la enfermedad.
	ADULTEZ	ADULTEZ
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Rechazo social, por presencia de los síntomas de la enfermedad. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Rechazo social, por presencia de los síntomas de la enfermedad. 	
¿Los pacientes que padecen de esquizofrenia, podrán integrarse en los diferentes ámbitos?	INFANCIA:	INFANCIA:
	<ul style="list-style-type: none"> ➤ no presentaba la enfermedad. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ no presentaba la enfermedad.
	ADOLESCENCIA	ADOLESCENCIA
	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Trabajaba en la zapatería. ➤ Era costurera. ➤ Cocinaba. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Realizó cursos en el INCE (latonería y pintura. ➤ Trabajaba pintando casa y en una cau-chera.
	ADULTEZ	ADULTEZ
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Deseo de realizar algunas de las actividades que realizaba (cocinar). ➤ Rechazo social. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Deseo de incorporarse en el mundo laboral. ➤ Rechazo social. 	

Fuente: Elaboración de los Investigadores, Cumana, 2012.

CONSIDERACIONES FINALES

1.- La infancia de los dos (2) sujetos de investigación se caracterizó por no presentar síntomas de la enfermedad, vivieron situaciones que afectaron la dinámica familiar como: separaciones, muertes, ruptura familiar, maltrato por familias sustitutas, falta de protección familiar, todas estas vivencias puede considerarse como aceleradoras de la patología esquizofrenia, los cuales en esta etapa de la infancia no tuvieron consecuencias aparente en las mismas, pero a largo plazo se constituyeron en factores de riesgo y causales de dicha enfermedad.

2.-La adolescencia de los dos (2) experiencias investigadas nos muestran, el inicio de algunos síntomas de la esquizofrenia, los cuales se asocian con: la genética, la ingesta de fármacos, consumo de drogas, participación de hurto y deserción escolar. Pudiendo caracterizar esta etapa de inicio con los siguientes rasgos: Abandono en la higiene, alucinaciones, fanatismo hacia textos extraños, actitudes no comunes tanto hacia su familia como hacia la comunidad. Trayendo como consecuencia rechazo social y familiar exclusión social y discriminación.

3.- En la adultez los síntomas se agudizan y la patología es transmitida por herencia hacia los hijos. Se requiere de tratamiento permanente para controlar la enfermedad. El mismo no es tolerados por los efectos secundarios, pero es necesario para evitar las crisis propias de la enfermedad. A pesar de esto los sujetos estudiados no esta exentos de recaer, lo que les ha llevado a: consumo de drogas, indigencias, rupturas familiares (maltrato- violencia-distribución de los hijos en otras familia). Estos estados de crisis están relacionado con una serie de eventos que todavía persisten en su dinámica familiar como: sepación de sus parejas, muerte de los hijos, desaparición física de algún familiar, maltrato físicos y psicológicos

de sus parientes y la misma sociedad. Lo que trae como consecuencia rechazo social por presencia de los síntomas, sobreprotección, incapacitándolos al no dejarlos hacer nada y exclusión social. Haciéndolos dependiente totalmente de su grupo familiar.

4.- Los pacientes con trastorno de esquizofrenia, dependen totalmente de sus familiares para subsistir. El deterioro de los mismos se capta más en la adultez, en la etapa productiva. Sus familias los perciben como una carga difícil que involucra a todos los miembros del grupo familiar. Además no se sienten como una familia normal y algunos de sus miembros sienten rechazo de la comunidad, (vecinos, amigos) e incluso exclusión.

5.- Las desesperanza, el desánimo, la baja autoestima, la depresión constantes, el deseo de desaparecer y de dejar de ser una carga acompaña a estos seres, que les toca convivir con este trastorno tan devastador tanto para el que lo posee como para su grupo familiar, tanto físico como mental. Es de destacar las pocas alternativas que desde el estado se promueven para este tipo de pacientes.

6.- Los grupos familiares estudiados se caracterizan por poseer unas condiciones sociales mínimas pero que les permiten cubrir sus necesidades básicas y la de sus familiares con el trastorno. Sin embargo en lo que se refiere a las actividades recreativas se encuentran limitadas, ya que esto implica un gasto adicional que no puede cubrir, estas actividades deberían de revisarse de manera tal que les permita dar un uso más productivo al tiempo para mejorar la salud mental tanto del afectado como de su familia.

7.- La familia ante los procesos de salud y enfermedad no reacciona de igual manera. Algunos se integran y otros se desintegran, en el caso de la esquizofrenia el problema es complejo ya que esta patología, requiere de una atención permanente, donde la integración familiar forma parte del

tratamiento. La comunicación, la información sobre la enfermedad, el apoyo, la comprensión, el amor, lo económico y lo social son factores que influyen en las relaciones familiares de estos pacientes, por ello la familia debe fortalecerlos, para garantizar un ambiente placentero y propicio para todos sus miembros.

RECOMENDACIONES

- 1.- A los entes gubernamentales, que generen y fomenten programa de educación para salud mental, para informar y concienciar sobre esta enfermedad.

- 2.-A los familiares que sirvan de agente multiplicadores, hacia los otros miembros del grupo familiar, los vecinos, y la comunidad en general para informar sobre la problemática de sus familiares.

- 3.- A todas las familias, que tenga algún antecedente de esquizofrenia, deben de garantizarles a sus miembros una dinámica familiar estable ya que cualquier acontecimiento manejado de manera inadecuada, dispara o acelera proceso de conflicto y crisis en los miembros más vulnerable, que luego a mediano o largo plazo se traduce en los primeros síntomas del trastorno.

- 4.- A las familias que tengan un miembro con esquizofrenia, deben educarse sobre la enfermedad para que puedan enfrentar los distintos síntomas y crisis, con fortaleza; amor y unión familiar. Debido a que socialmente recibirán rechazo por desconocimiento de la enfermedad.

- 5.- A los familiares velar por los deberes y derechos que contemplan las leyes venezolanas y que protejan a estos tipos de pacientes.

- 6.- Al HUAPA, que promueva actividades de tipo recreativas e informativas dirigidas a la población afectada y a sus familiares
- 7.- A los entes gubernamentales crear un banco de medicamento para estos pacientes .

BIBLIOGRAFÍA

LIBROS

Arias, F. (2006) **El Proyecto de Investigación**. (5ta edición). Editorial Episteme. Caracas –Venezuela.

Ander, Ezequiel. (2001) **Diccionario del Trabajo Social**. Editorial Lumen. Argentina.

Cabrera F, Fuertes, C y Rodríguez, A. (2003). **La esquizofrenia de la Incertidumbre a la esperanza**. Feasfe. Barcelona –España

Desjarlais, Robert (1997) **Salud Mental en el Mundo**. Organización Panamericana de la Salud. Washington.

De Jong E, Basso R, Paire M. (2002). **La Familia en Los Albores del Nuevo Milenio**. Editorial Espacio. Buenos Aires, Argentina.

DSM IV (2005) **Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales**. Masson; Barcelona España.

Gattino, S, (1999) **Las Familias de la Nueva Pobreza**. Editorial Espacio Buenos Aires, Argentina.

Hernández, Fernández C y Basptista P. (1998). **Metodología de la Investigación**. Mc Graw Hill Interamericana, México, Df

Hernández, R (2006). **“Metodología de la investigación”**. (4ta edi) Mc Graw Hill Interamericana, México. D.F

Kliskberg, B (compilado) 1992. **¿Cómo enfrentar la Pobreza?** Buenos Aires, Grupo Editorial Latinoamericano.

Martínez, Miguel. (1996) **“Comportamiento Humano”**. Nuevos métodos de la investigación. Editorial Trillas. México.

Martínez, Miguel. (2004) **“La Investigación Cualitativa Etnográfica en educación”**. Editorial Trillas. México.

Moreno, A (1996) **“Historia de Vida e Investigación”** Centro de Investigaciones Populares, Caracas, Venezuela.

Rebolledo. S, Lobato J (1998) **De la incertidumbre a la esperanza la esquizofrenia y la familia**. Editoria Feasfes. Barcelona -Espana

Rodríguez, A (2004) **"Un camino de vuelta (El tratamiento de la esquizofrenia y su cumplimiento)"** Editorial Glosa, Barcelona, España.

Sabino, C (1977). **Metodología de la Investigación**. 2da Edición Logos, Caracas, Venezuela.

Satir V, (2007). Nuevas relaciones humana en el núcleo familiar. Editorial Pax, Mexico.

Sue D. wing D. Sue Stanley. (2010) **Psicopatología Comprendimiento de la Conducta anormal**. Editorial Cengage Learning Df México.

Taylor,s. y Bodgan R. (2000). **Introducción a los Métodos cualitativos**. Editorial Paidos, Ibérica.Buenos Aires Argentina.

Villarroel G (1999).**Las Vidas y sus Historias. Como Hacer y ampliar historia de vida**. Avepso. Psicoprisma, Caracas, Venezuela

Worden, W. (1997). **El tratamiento del duelo**. Editorial paidos. Buenos Aire-Argentina

Yoffe L. (1997).**El duelo por la muerte de un ser querido: Creencias, Culturales y Espirituales**. Editorial Paidós. Buenos Aires Argentina

TRABAJOS ACADEMICOS

Chang, A; Romero, Alicia ; Cipriani, Héctor. **Morbilidad psiquiátrica con estudio particular de la esquizofrenia de pacientes hospitalizados en el Servicio de Psiquiatría del Hospital Universitario "Luis Razetti". Barcelona 1977-1981**. Denominación Trabajo de Grado de licenciatura, Universidad de Oriente Núcleo de sucre Cumaná, Edo. Sucre

Ovalles A. Rugeri, T. ; Torres, M.(1984). **Aplicación y verificación de los criterios actuales sobre esquizofrenia de acuerdo con el DSM III, en pacientes esquizofrénicos del Hospital Psiquiátrico "Ruíz y Páez"**. Denominación Trabajo de Grado de licenciatura, Universidad de Oriente Núcleo de sucre Cumaná, Edo. Sucre.

Sánchez O, Silvia. (2001). **La emoción expresada familiar en una muestra costarricense de pacientes esquizofrénicos**. Barcelona España Denominación: Investigación.

Villarroel, R. (2004). **Alteraciones hematológicas y hepáticas asociadas a tratamiento con neurolépticos en pacientes esquizofrénicos, asistentes a la Unidad de Psiquiatría del SAHUAPA Cumaná, Edo. Sucre**.

Denominación: Trabajo de Grado de licenciatura, Universidad de Oriente
Núcleo Sucre, Cumaná, Edo. Sucre.

FUENTES ELECTRÓNICAS

www.Acipresa.com/familia/amarfamili.htm (1997). Consultado. el 16 de julio de 2012

Acosta A, Francisco (2003) Estudio prospectivo de las variables psicopatológicas asociadas a tentativas de suicidio en pacientes esquizofrénicos. España Denominación: Investigación.

Barreat Y. (2006) **INDIGENCIA: UN SÍNDROME BIOPSIICOSOCIAL** Vol 13- Consultado http://www.sovemefa.com/revistas_sovemefa/medico_de_familia_14_1_2006.pdf#page=7

MEDICO DE FA M I L I A Revista Venezolana y Regional Andina de Atención Médica Primaria Vol 14 - No. 1 Enero-Junio 2006

CENTRO DE ATENCIÓN AL ESQUIZOFRÉNICO Y FAMILIARES DE MARACAIBO (2010). Disponible en la página web <http://www.castefan.ve>. Venezuela .Fecha de consulta 8 de agosto de 2011.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA (2002). Disponible en la página web <http://www.ine.gov.ve>. Venezuela. Fecha de consulta 20 de julio del 2011.

Morales, R (2012) **BUENA SALUD**. Fecha de consulta 21 de julio de 2012 <http://www.revistabuenasalud.com/el-rol-del-padre-en-la-actualidad/>Fecha.

Cacheda A. (2011) definición de maltrato Disponible en pagina web.
<http://maltratoenfermeria.blogspot.com/2011/10/definicion-de-maltrato.html>.
Martes 18 de octubre del 2011. Fecha de consulta 23 de julio de 2012

Cazabonne, C (2009). **Ritos y Creencia en Venezuela**. Disponible en la página web. www.lajornadanet.net.com/diario/archivo/2009/marzo/04/11.html.-
Consultado 12 de Julio del 2012

López, P (2011) -**¿EN QUÉ CONSISTE PROTEGER Y SOBREPOTERER A LOS HIJOS E HIJAS?** / Domingo, 14 de marzo de 2004 Disponible en pagina Web <http://www.craaltaribagorza.net/en-que-consiste-protger-y>
Fecha de consulta 21 de julio de 2012.

Organización Mundial de la salud (2010) Disponible en la Pagina wed <http://www.OMS.com>.Fecha de la Consulta 30 de junio del 2011.

Organización de las Naciones Unidas (1948). **Declaración de los Derechos Humanos**. Nueva York. Estados Unidos de América.

Petrizzo Maríngela. (2008). **Los estudios contemporáneos de políticas públicas**. Disponible en la pagina, www.faces.ula. Fecha de Consulta 28 de septiembre de 2011

Pujadas, J. (1992). **El método biográfico**. El uso de las historias de vida en ciencias sociales. Centro de Investigaciones Sociales. Madrid, España.

Querelle c, Cia j. **Enfermedades Psicológicas (2011)**. Disponible en la página Web <http://www.profesorenlinea>. Fecha de consulta 10 de junio del 2011.

Una aproximación al maltrato a pacientes con trastornos mentales /la-indigencia-en-Venezuela.html Ultimas Noticias 06 de abril de 2008..
Disponible en la pagina, <http://venezuelareal.zoomblog.com/archivo/2008/04/06>. Fecha de consulta 18 de mayo 2012

Weffer, L (2012). **Dolencias mentales en Venezuela (Estadísticas mentales)** Disponible en la página: http://bipolar-ve.blogspot.com/2010_01_01_archive.html. Consultado 23 de Mayo del 2012.

Wikipedia (2012) **Enfermedad mental**. Disponible en la pagina, [www.es.wikipedia.org/wiki/Enfermedad mental](http://www.es.wikipedia.org/wiki/Enfermedad_mental). Fecha de consulta 02 de abril del 2012.

Wikipedia (2012). **Cultura de Venezuela** .Disponible en la página: es.wikipedia.org/wiki/cultura_de_ve. Consultado. fecha de consulta 18 de julio de 2012

ASTRÁIN MARÍA VICTORIA TRABAJADORA SOCIAL **"Los enfermos mentales son más víctimas que agresores"**
[http://www.diariodenavarra.es/20101220/navarra/los-enfermos-mentales-son-victimasagresores.html?](http://www.diariodenavarra.es/20101220/navarra/los-enfermos-mentales-son-victimasagresores.html)

not=2010122001435930&idnot=2010122001435930&dia=20101220&seccion
=navarra&seccion2=sociedad&chnl=10 20 Dic 2010

DOCUMENTOS LEGALES

República Bolivariana de Venezuela Constitución Nacional 1999.
Gaceta Oficial N° 5.453, Extraordinaria, marzo de 2000. Caracas, Venezuela.

República Bolivariana de Venezuela. **Ley de Servicios Sociales.** Gaceta
Oficial N° 38.694, Mayo del 2007

República Bolivariana de Venezuela. **Ley de Persona con Discapacidad.**
Gaceta oficial N° 39.236, Agosto de 2009

ARTÍCULOS DE PERIÓDICOS Y GUIAS

Arjona, A y Chaca, F. (1998). **Historia de Vida como Método de
acercamiento a la realidad social.** Nueva revista de filosofía hispánica, SIN
o 185-0121 Tomo 46 N°2. Pág. 2

Guía de prevención social de asesores comunitarios (2007). Plan de
Prevención integral sembrando valores para la vida. ONA. Venezuela.

Guía de practica clínicas sobre la esquizofrenia y el trastorno sicótico
incipiente (2003). Madrid

Rojas Gabriela (2011, Octubre, 9). **Salud metal requiere mayor inversión
de los gobiernos.** Ultimas Noticias, Pág. 9

FUENTES ORALES

Martínez, Caryné. (27 de junio de 2011). Trabajador Social del servicio de psiquiatría del Hospital Antonio Patricio Alcalá. Cumaná.

CITA FUENTE AUTORIA INSTITUCIONAL

HUAPA (2012-2011). **Del servicio de psiquiatría del hospital Antonio Patricio Alcalá**. Cumaná. Libro de estadísticas de ingreso y egresos de pacientes con esquizofrenia.

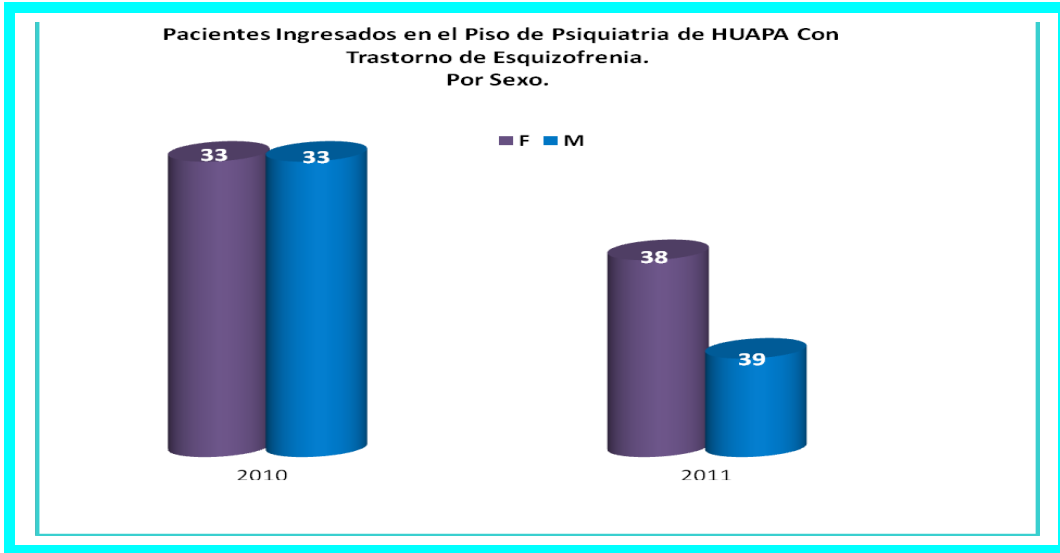
ANEXOS

GraficoN°2



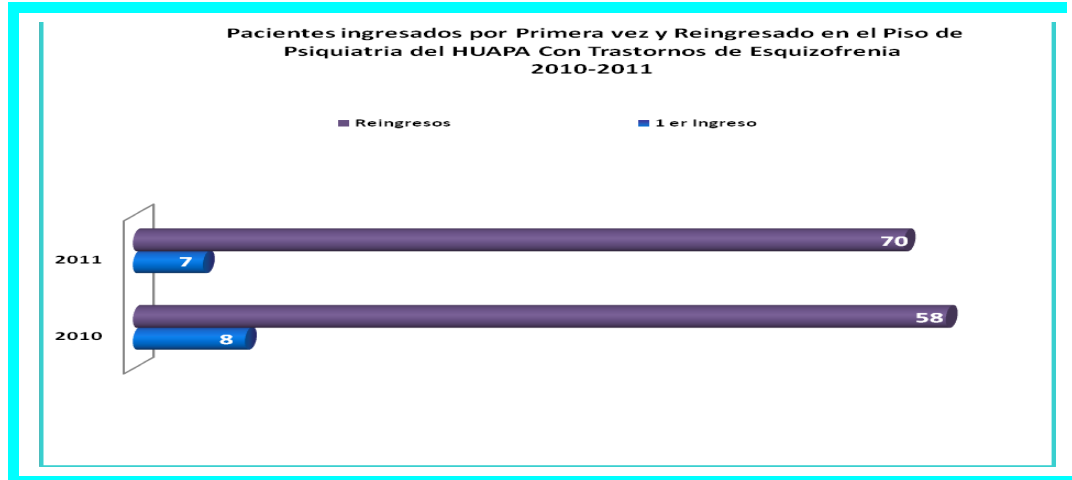
Fuente: Libro de control de ingreso del Servicio de Psiquiatría del "HUA" 2011. Data recopilada en campo por las Investigadoras Rodríguez Jessika y Bertrán María

GraficoN°3



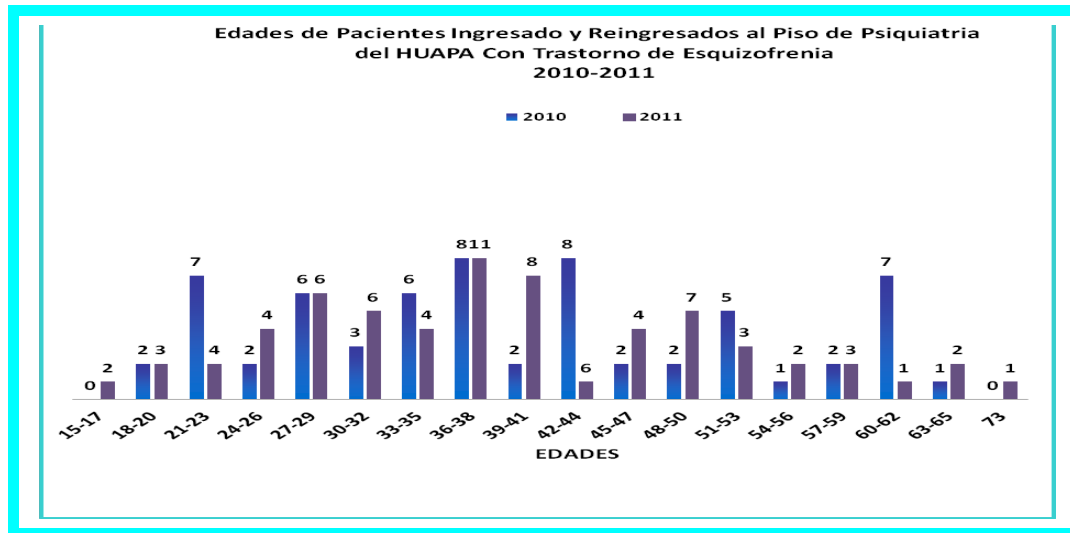
Fuente: Libro de control de ingreso del Servicio de Psiquiatría del “HUAPA” 2011. Data recopilada en campo por las Investigadoras Rodríguez Jessika y Beltrán María.

GraficoN°4



Fuente: Libro de control de ingreso del Servicio de Psiquiatría del “HUAPA” 2011. Data recopilada en campo por las Investigadoras Rodríguez Jessika y Beltrán María.

GraficoN°5



Fuente: Libro de control de ingreso del Servicio de Psiquiatría del "HUAPA" 2011. Data recopilada en campo por las Investigadoras Rodríguez Jessika y Beltrán María

HOJA DE METADATOS

Hoja de Metadatos para Tesis y Trabajos de Ascenso – 1/6

Título	Ambiente Socio-Familiar y su influencia en el bienestar integral de dos pacientes con trastornos de Esquizofrenia, atendidos en el HUAPA. Cumaná. 2011.
Subtítulo	Esquizofrenia: El Drama Psicosocial De las Mentes Separadas

Autor(es)

Apellidos y Nombres	Código CVLAC / e-mail	
Beltrán N, María de los Á.	CVLAC	17.791.668
	e-mail	m.abn28@hotmail.com
	e-mail	
Rodríguez B, Jessika N.	CVLAC	16.683.999
	e-mail	Jnrb_23@hotmail.com
	e-mail	

Palabras o frases claves:

Esquizofrenia, Salud mental, Sociedad, Familia, Apoyo, Relaciones Interpersonales, Afectividad.
--

Hoja de Metadatos para Tesis y Trabajos de Ascenso – 2/6

Líneas y sublíneas de investigación:

Área	Subárea
Ciencias Sociales	Trabajo Social

Resumen (abstract):

La Esquizofrenia es una “alteración que persiste durante por lo menos seis meses he incluye por lo menos un mes de síntomas de la fase activa (P.E. dos [o más] de los siguientes: ideas delirante, alucinaciones, lenguaje desorganizado, comportamiento gravemente desorganizado o catatónico y síntomas negativo. Esta investigación tuvo como objetivo principal Analizar el ambiente Socio-Familiar y su influencia en el bienestar de dos pacientes con trastornos de Esquizofrenia atendidos en el servicio de psiquiatría del HUAPA. Desde el relato familiar. Cumaná. 2011, en lo que respecta al punto metodológico se encuentro enmarcado en una investigación de tipo cualitativo, enfocado en el método de historia de vida, el cual se basó en las técnicas de observación participante y entrevista a profundidad con (2) pacientes que fueron reclusos en el servicio de siquiatria del HUAPA y con sus grupos familiares. Entre las condiciones finales se pueden mencionar la familia ante los procesos de salud y enfermedad no reaccionan de igual manera. Algunos se integran y otros se desintegran, en el caso de la esquizofrenia el problema es complejo ya que ésta patología, requiere de una atención permanente, donde la integridad familiar forma parte del tratamiento. La comunicación, la información sobre la enfermedad, el apoyo, la comprensión, el amor, lo económico y lo social son factores que influyen en las relaciones familiares de estos pacientes, por ello la familia debe fortalecerlos, para garantizar un ambiente placentero y propicio para todos sus miembros. Se recomienda a los entes gubernamentales, que generen y fomenten programas de educación para salud mental.

Hoja de Metadatos para Tesis y Trabajos de Ascenso – 3/6

Contribuidores:

Apellidos y Nombres	ROL / Código CVLAC / e-mail	
Guevara Carmen	ROL	CA <input type="checkbox"/> AS <input type="checkbox"/> TU <input checked="" type="checkbox"/> JU <input type="checkbox"/>
	CVLAC	
	e-mail	
	e-mail	
Rodríguez Ivonne	ROL	CA <input type="checkbox"/> AS <input type="checkbox"/> TU <input type="checkbox"/> JU <input checked="" type="checkbox"/>
	CVLAC	17539955
	e-mail	freddysll26@hotmail.com
	e-mail	
Franco Cesar	ROL	CA <input type="checkbox"/> AS <input type="checkbox"/> TU <input type="checkbox"/> JU <input checked="" type="checkbox"/>
	CVLAC	
	e-mail	
	e-mail	
Martínez Caryne	ROL	CA <input checked="" type="checkbox"/> AS <input type="checkbox"/> TU <input type="checkbox"/> JU <input type="checkbox"/>
	CVLAC	
	e-mail	
	e-mail	

Fecha de discusión y aprobación:

Año Mes Día

2012	10	30
------	----	----

Lenguaje: SPA _____

Hoja de Metadatos para Tesis y Trabajos de Ascenso – 4/6

Archivo(s):

Nombre de archivo	Tipo MIME
TESIS-BeltranyRodriguez.doc	Application/word

Alcance:

Espacial: REGIONAL (Opcional)

Temporal: TEMPORAL (Opcional)

Título o Grado asociado con el trabajo: **Licenciatura Trabajo Social.**

Nivel Asociado con el Trabajo: Licenciatura

Área de Estudio: Trabajo Social .

Institución(es) que garantiza(n) el Título o grado:

UNIVERSIDAD DE ORIENTE

Hoja de Metadatos para Tesis y Trabajos de Ascenso – 5/6



UNIVERSIDAD DE ORIENTE
CONSEJO UNIVERSITARIO
RECTORADO

CUN°0975

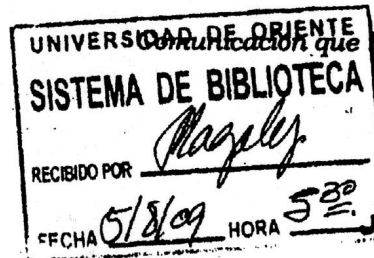
Cumaná, 04 AGO 2009

Ciudadano
Prof. JESÚS MARTÍNEZ YÉPEZ
Vicerrector Académico
Universidad de Oriente
Su Despacho

Estimado Profesor Martínez:

Cumplo en notificarle que el Consejo Universitario, en Reunión Ordinaria celebrada en Centro de Convenciones de Cantaura, los días 28 y 29 de julio de 2009, conoció el punto de agenda **"SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN PARA PUBLICAR TODA LA PRODUCCIÓN INTELECTUAL DE LA UNIVERSIDAD DE ORIENTE EN EL REPOSITORIO INSTITUCIONAL DE LA UDO, SEGÚN VRAC N° 696/2009"**.

Leído el oficio SIBI – 139/2009 de fecha 09-07-2009, suscrita por el Dr. Abul K. Bashirullah, Director de Bibliotecas, este Cuerpo Colegiado decidió, por unanimidad, autorizar la publicación de toda la producción intelectual de la Universidad de Oriente en el Repositorio en cuestión.



Comunicación que hago a usted a los fines consiguientes.

Cordialmente,

JUAN A. BOLAÑOS CUNVELO
Secretario



C.C: Rectora, Vicerrectora Administrativa, Decanos de los Núcleos, Coordinador General de Administración, Director de Personal, Dirección de Finanzas, Dirección de Presupuesto, Contraloría Interna, Consultoría Jurídica, Director de Bibliotecas, Dirección de Publicaciones, Dirección de Computación, Coordinación de Teleinformática, Coordinación General de Postgrado.

JARC/YGC/manin

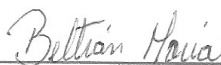
Hoja de Metadatos para Tesis y Trabajos de Ascenso- 6/6

Artículo 41 del REGLAMENTO DE TRABAJO DE PREGRADO (vigente a partir del II Semestre 2009, según comunicación CU-034-2009) : "los Trabajos de Grado son de la exclusiva propiedad de la Universidad de Oriente, y sólo podrán ser utilizados para otros fines con el consentimiento del Consejo de Núcleo respectivo, quien deberá participarlo previamente al Consejo Universitario para su autorización".

Autoras



Rodríguez, Jessika



Beltrán María

Asesor



Carmen Guevara