

1

LA DISFUNCION EN LA COMUNICACION DE LAS FAMILIAS DE NIÑOS  
CON SINTOMATOLOGIAS DEPRESIVAS USUARIAS DEL HOSPITAL SAN  
PABLO DE CARTAGENA

LUISA POLO MONTERO

ESPERANZA RODRIGUEZ FIGUEROA

UNIVERSIDAD DE CARTAGENA  
FACULTAD DE TRABAJO SOCIAL  
CARTAGENA, ABRIL 1987

2

LA DISFUNCION EN LA COMUNICACION DE LAS FAMILIAS DE NIÑOS  
CON SINTOMATOLOGIAS DEPRESIVAS USUARIAS DEL HOSPITAL SAN  
PABLO DE CARTAGENA

LUISA POLO MONTERO

ESPERANZA RODRIGUEZ FIGUEROA

Trabajo de Grado presentado como  
requisito parcial para optar al  
título de TRABAJADORA SOCIAL.

Director : CESAR SANCHEZ VERGARA

UNIVERSIDAD DE CARTAGENA  
FACULTAD DE TRABAJO SOCIAL

CARTAGENA, ABRIL 1987

Cartagena, Abril 24 de 1987

Señores

FACULTAD DE TRABAJO SOCIAL

Universidad de Cartagena

La Ciudad

Respetables señores:

Por medio de la presente me dirijo a ustedes a fin de presentarles el proyecto de tesis titulado: " LA DISFUNCION EN LA COMUNICACION DE LA FAMILIAS DE NIÑOS CON SINTOMATOLOGIAS DEPRESIVAS USUARIOS DEL HOSPITAL SAN PABLO DE CARTAGENA".

Este proyecto ha sido elaborado por las estudiantes LUISA POLO y ESPERANZA RODRIGUEZ de las que he sido asesor titular.

Atentamente,



CESAR SANCHEZ VERGARA

Cartagena, Abril 24 de 1987

Señores

COMITE DE TESIS

Facultad de Trabajo Social

Universidad de Cartagena

La Ciudad

Respetables señores:

Por medio de la presente nos dirigimos a ustedes a fin de presentarles nuestro proyecto de tesis titulado " LA DISFUNCION EN LA COMUNICACION DE LA FAMILIA DE NIÑOS CON SINTOMATOLOGIA DEPRESIVAS USUARIAS DEL HOSPITAL SAN PABLO DE CARTAGENA".

Esperamos su pronta respuesta para la puesta en marcha de nuestro trabajo de tesis.

Mil gracias,

Cordialmente,

*Luisa Isabel Polo*  
LUISA ISABEL POLO

*Esperanza Rodríguez*  
ESPERANZA RODRIGUEZ

### DEDICATORIA

A mis padres y mi tía doy las gracias ,  
ya que con su colaboración y estímulo  
contribuyeron al logro de mi objetivo;  
ser una profesional en Trabajo Social

### ESPERANZA

A mis tías , quienes con su confianza ,su  
amor y su fé me dieron el mejor regalo del  
mundo. Mi educación.

Gracias también a tí querida tía Sixta este  
triunfo tambien te pertenece aunque hoy no  
estés junto a nosotros para disfrutarlo.

A los mejores hermanos del mundo , quienes  
siempre me han impulsado a continuar.

LUISA ISABEL

### AGRADECIMIENTOS

De manera especial al doctor César Sánchez Vergara, Psiquiatra, director de nuestra tesis; quien con su dedicación, comprensión y cariño, tuvo siempre una respuesta clara y una frase de estímulo que nos impulsó a seguir adelante.

De igual manera a la Lic. Pilar Morath de Martínez, Trabajadora Social, docente de prácticas, por guiar nuestro estudio y brindarnos siempre su apoyo, su confianza y su cariño.

A Julia Magdalena Taylor, por su colaboración en la realización de la investigación.

A la Licenciada Carmen Cabrales, Socióloga, quien nos orientó durante el proceso de investigación de nuestro trabajo.

A Maruja Majana, docente de la facultad de Trabajo Social por su asesoría y apoyo.

A las licenciadas Olga Herrera de Daza y María Eugenia Llamas, Trabajadoras Sociales de la institución Hospital San Pablo por su apoyo y colaboración.

A Nelly Velásquez , Economista por su valiosa colaboración durante la recolección y análisis de datos.

A Matilde Carballo , secretaria por sus servicios que siempre mostraron altura y profesionalismo.

A todos los profesionales de las áreas de Psiquiatría General, Consulta Externa, Farmacodependencia y Psiquiatría Infantil , quienes de manera especial estuvieron siempre apoyando desde el punto de vista psiquiátrico Psicológico y Social nuestro trabajo.

A todas las docentes de la facultad, quienes desde nuestro ingreso a la universidad se preocuparon por hacer de nosotras unas profesionales íntegras.

A los padres y familiares de los pacientes depresivos del área de Psiquiatría Infantil del Hospital San Pablo, sin quienes no habríamos logrado realizar esta investigación.

TABLA DE CONTENIDO

Pág.

INTRODUCCION

1. JUSTIFICACION

2. IMPORTANCIA Y UTILIDAD

3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

3.1 CARACTERIZACION DEL PROBLEMA

3.2 DESCRIPCION DEL PROBLEMA

4. ENUNCIACION DE LOS ASPECTOS NO SELECCIONADOS

5. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACION

5.1 OBJETIVOS GENERALES

5.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

6. MARCO TEORICO

6.1 FAMILIA Y COMUNICACION

6.2 LA DEPRESION Y MANIFESTACIONES EN EL NIÑO

6.3 INTERVENCION PROFESIONAL

7. DEFINICION DE TERMINOS

8. DISEÑO METODOLOGICO

8.1 TIPO DE INVESTIGACION



8.2 UNIVERSO Y MUESTRA

8.3 CRITERIOS PARA SELECCIONAR LA POBLACION

8.4 SUPUESTOS

8.5 DELIMITACION GEOGRAFICA

8.6 DELIMITACION TEMPORAL

9. HIPOTESIS

10. VARIABLES DE LA INVESTIGACION

10.1 VARIABLE INDEPENDIENTE

10.2 VARIABLE DEPENDIENTE

11. TECNICAS E INSTRUMENTOS PARA RECOLECCION

DE LA INFORMACION

Cuestionarios

La Entrevista

Recopilación documental

Observaciones

Tabulación y/o interpretación de la información

Fuentes

12, INTERPRETACION DE LOS DATOS DE LA INVESTI

GACION

12.1 ANALISIS AL FORMATO DE EVALUACION DE LA

GUIA DE OBSERVACIONES PARA LOS ESTUDIANTES

DE TRABAJO SOCIAL DURANTE LAS ENTREVISTAS

REALIZADAS A LOS FAMILIARES DE PACIENTES

12.1 ANALISIS AL ASPECTO SOCIO-ECONOMICO Y CULTURAL DE LA FAMILIA DEL PACIENTE CON SINTOMATOLOGIAS DEPRESIVAS USUARIO DEL HOSPITAL SAN PABLO

12.3 ANALISIS A LAS CARACTERISTICAS DEL COMPORTAMIENTO DE LA FAMILIA FRENTE A LA SINTOMATOLOGIA DEPRESIVA DEL NIÑO.

12.4 ANALISIS AL SISTEMA DE COMUNICACION DE LA FAMILIA DEL NIÑO DEPRESIVO

12.5 ANALISIS DE LAS ENTREVISTAS A PROFESIONALES

CONCLUSIONES

BIBLIOGRAFIA

ANEXOS

Cronograma de Actividades

Guía de Observación 1

Guía de Observación 2

Cuestionario 1

Cuestionario 2

Financiación

M

## LISTA DE TABLAS

|   | Pág. |
|---|------|
| TABLA 1. Relación entre la "Actitud de la familia frente al entrevistador ,y tipo de relación que se establece durante la entrevista.               | 111  |
| TABLA 2. Relación entre la actitud de los padres frente al problema del niño y opinión respecto a si el niño es el único que manifiesta el síntoma. | 113  |
| TABLA 3. Presencia de otros síntomas o perturbaciones emocionales en los restantes miembros de la familia .   | 115  |
| TABLA 4. Relación entre acuerdo y desacuerdo en los niveles de contenido y relación del sistema de comunicación familiar.                           | 117  |

- TABLA 5. Relación entre desacuerdos en identificación del contenido de los mensajes y confusión en identificación del contenido de los mensajes. **118**
- TABLA 6. Relación entre confirmación de las relaciones en las interacciones del sistema de comunicación familiar y desconfirmación de mensajes dentro de esa misma relación de interacción. **119**
- TABLA 7. Manifestaciones de los padres respecto del verdadero estado de su relación con el niño. **120**
- TABLA 8. Puntuación de la secuencia de hechos en los intercambios comunicacionales en relación a la identificación de hechos frente al problema. **122**
- TABLA 9. Comunicación digital y analógica en el sistema de relaciones familiares. **124**

Pág.

TABLA 10. Interacciones simétricas y complementarias dentro del sistema de comunicación familiar. 126

TABLA 11. Relación entre edad y sexo de los padres. 128

TABLA 12. Relación entre educación de los padres y su ocupación . 130

TABLA 13. Relación entre tipo de familia y rol que desempeña el entrevistado. 132

TABLA 14. Relación entre personas que trabajan y personas que no trabajan en el hogar. 134

TABLA 15. Relación entre edad a la que se presentó la enfermedad y síntomas que presenta el niño. 137

TABLA 16. Relación entre factores que originan la enfermedad depresiva y cuál

considera la familia es el origen de la enfermedad. 140

TABLA 17. Factores familiares que predisponen la enfermedad depresiva en los niños. 142

TABLA 18. Relación entre mecanismos que utiliza la familia para evitar que el niño se deprima y factores que precipitan la enfermedad depresiva. 145

TABLA 19. Relación entre llevar a consulta personalmente al niño y asistencia puntual a las citas. 147

TABLA 20. Relación entre preguntar a los especialistas qué hacer para que su niño se recupere pronto y existencia de confusión ante la situación. 149

TABLA 21. Relación entre interés ante el problema del niño y su recuperación y administración de la droga en el horario preciso. 151

TABLA 22. Relación entre analiza la familia la situación del niño y participación en las actividades recreativas de él. **152**

TABLA 23. Relación entre dar orientación al niño en las situaciones difíciles y mostrar interés hacia el niño. **153**

TABLA 24. Valoración a las actividades creativas que realiza el niño. **155**

TABLA 25. Relación entre participación de toda la familia en el manejo del niño y explican a otros familiares la enfermedad del niño para que les ayuden. **156**

TABLA 26. Relación entre temas que comenta la familia y como se relacionan sus miembros. **159**

TABLA 27. Relación entre participación activa en el tratamiento del niño y toma de decisiones. **161**

|   |     |
|---|-----|
| TABLA 28. Relación entre miembros con los cuales se produce una mejor comunicación y dialogan entre sí los miembros de la familia.          | 164 |
| TABLA 29. Relación entre miembros de la familia que no comentan sus problemas y como cataloga el sistema de comunicación familiar.          | 166 |
| TABLA 30. Relación entre horas a las que dialoga la familia y se reúnen todos los miembros a dialogar.                                      | 168 |
| TABLA 31. Relación entre a quien se obedece con regularidad y si se les pide opinión y ayuda a los hijos en la resolución de los problemas. | 170 |
| TABLA 32. Relación entre se informan las decisiones que se toman a los niños y temas que más comenta la familia.                            | 172 |
| TABLA 33. Relación entre exclusión de los hijos de la resolución de los problemas.  |     |



mas y quien resuelve los problemas  
 en el hogar. 175

TABLA 34. Relación entre factores que en la familia precipitan la enfermedad depresiva y como utilizan el diálogo los padres de familia. 176

TABLA 35. Relación entre como demuestran amor y afecto a los hijos y cómo se demuestra la autoridad . 178

TABLA 36. Relaciones entre roles, programas ,y estrategias que guian la intervención del Trabajador Social. 189

TABLA 37. Relación entre pasos que guian la intervención del Trabajador Social y roles que desempeña en el equipo interdisciplinario. 181

TABLA 38. Relación entre teorías, métodos y programas utilizados por el equipo interdisciplinario. 193

|           |   |     |
|-----------|---|-----|
| TABLA 39. | Relación entre alternativas de acción desarrolladas y expectativas del equipo interdisciplinario del área . | 195 |
| TABLA 40. | Existencia de unión en el equipo interdisciplinario para tratamiento de casos.                              | 196 |

## INTRODUCCION

El Hospital San Pablo es una institución que pertenece al Ministerio Nacional de Salud. Sus objetivos son los de prestar servicios a las personas que presenten problemas psiquiátricos, de farmacodependencia, neumología de cirugías menores y consulta externa.

Cuenta con personal profesional y técnico especializado en atención de sus consultas. Su más importante política es la de atender a toda persona que solicite sus servicios sin tener en cuenta nivel socio-económico y cultural.

Por ser eficiente en sus servicios permite una mayor accesibilidad de sus usuarios a nivel regional. Sus políticas también cobijan la puesta en marcha de programas educativos y preventivos dirigidos y/o ejecutados por profesionales y estudiantes en práctica que laboran en esta institución.

Durante el desarrollo de la práctica en Trabajo Social se

tuvo la oportunidad de trabajar con familias de pacientes usuarios de los servicios del hospital cuyas características predominantes mostraban una serie de conflictos internos que obstaculizaban el buen funcionamiento de ésta y que por ende incidía en el desarrollo del tratamiento y recuperación del paciente.

Siguiendo los parámetros científicos que tratan este tipo de problemática; en el marco de la teoría de Terapia Familiar Sistemática, y sus enfoques estructural y ecológico se investigan los factores característicos que identifican las relaciones familiares de los pacientes con sintomatologías depresivas en el área de psiquiatría infantil del Hospital San Pablo.

Esta investigación pretende dar pautas de solución a una problemática común en esta consulta como es la del manejo inadecuado hacia los pacientes por sus familiares y la del escaso conocimiento respecto al origen, desarrollo y tratamiento de las enfermedades depresivas; conscientes de que las bases de las relaciones familiares se fundamentan por su sistema de comunicación y que la distorsión de ésta lleva a un deterioro en los sentimientos afectivos de sus miembros, se dirigirá el sentido de nuestro estudio al análisis de cómo el sistema de comunicación de las familias de estos pacientes influyen en la aparición y acentuación de estas sintomatologías.

La familia como sistema abierto está en permanente contacto con el medio ambiente asegurando la supervivencia física y psicológica de sus miembros, presentándole a través del tiempo un flujo de sentimientos, valores y expectativas originando tensiones y ansiedades que al no ser manejadas adecuadamente ocasionan frustraciones, conflictos, desorganizaciones y/o descomposiciones al interior de estas familias; por tales razones nuestro objetivo es proponer estrategias de intervención profesional encaminados a la realización de diagnósticos operativos como procedimiento estructural de la percepción de la realidad, al análisis, al sistematismo, a la inducción y en lo posible a la generación en procura de producir formulaciones técnicas y metodológicas acerca de la realidad y de las estrategias más convenientes para nuestra intervención con las familias de estos pacientes.

A través de la investigación se pretende diseñar, estrategias de intervención con el fin de restaurar los patrones de comunicación de la familia logrando su participación en el tratamiento y recuperación del paciente.

Los aspectos que se tendrán en cuenta en el estudio de estas familias serán : el aspecto socio-económico y cultural de las familias, las características de la comunicación familiar en el momento de la manifestación de la enfermedad,

las manifestaciones sintomáticas de la enfermedad en los niños y la intervención del Trabajador Social como miembro de un equipo terapéutico en el área de de salud mental.

La importancia de esta investigación radica en que sus resultados permitirán el manejo de unas técnicas metodológicas prácticas que podrán ser aplicadas no sólo a la familia de estos pacientes, sino que por su elasticidad se adecuarán a cualquier circunstancia problemática relacionada con el tema que afecte a la población que atiende el hospital.

El método básico de las ciencias sociales guiará los pasos a seguir en esta investigación.

## 1. JUSTIFICACION

En esta investigación se pretende analizar una de las situaciones problemáticas que enfrenta la institución Hospital San Pablo en una de las áreas más importantes como es la de Psiquiatría Infantil. El aspecto del cual nos ocupamos se pudo definir como la inadecuada comunicación que se da en la familia, evitando la participación y cooperación en el tratamiento y recuperación de su paciente y sumado a éste un escaso conocimiento acerca del origen y desarrollo de las enfermedades mentales.

El enfoque teórico utilizado en el Hospital San Pablo en el tratamiento de sus pacientes es el psico-dinámico el cual incluye una observación, un diagnóstico y un tratamiento ya sea psiquiátrico y/o psicológico . Desde hace algunos años con la vinculación del Trabajador Social a esta institución se ha dado la necesidad de la inserción del enfoque teórico de la terapia familiar sistémica debido a los descubrimientos científicos de la importancia de la familia en la estabilidad emocional del hombre. Este enfoque teóri

co es utilizado tanto en la investigación como en el tratamiento debido a que sus postulados señalan directamente las relaciones en la familia como determinantes de la aparición de enfermedades mentales.

Luego de dos años de experiencia teórica-práctica en las áreas de Psiquiatría Infantil y Psiquiatría General , como estudiantes que elaboran este trabajo se vió la necesidad de asociarse y estudiar uno de los aspectos que se consideran más importantes dada su gravedad y común ocurrencia; siguiendo uno de los objetivos de Trabajo Social el de brindar orientación a la familia en relación al manejo social que debe dársele al paciente, dependiendo de la patología que presente, se decidió abordar una investigación que indicará el porqué en las familias se adoptan posiciones inadecuadas en relación al paciente, después de observaciones, ejecución y evaluación de proyectos y programas educativos y preventivos se llegó a la conclusión de que los fenómenos de mayor trascendencia que afrontaban las familias y que no les permitían funcionar correctamente , ni participar como tales en el tratamiento junto al de su paciente identificado eran los conflictos al interior de su sistema familiar, que desembocaban en crisis, influyendo negativamente en los sentimientos afectivos de sus miembros.



7

En esta situación se encuentran varias familias usuarias del servicio del Hospital. Ante la necesidad urgente de dar solución a este problema ; se decidió abordarlo desde una de las áreas donde se consideraba más grave pero donde la familia presenta más alto porcentaje y/o motivación al cambio.

Por esta razón se enfocó el estudio hacia las familias que asisten a la consulta en el área de Psiquiatría Infantil , realizando una investigación concreta, utilizando unas técnicas y metodologías científicas, que permitan la obtención de unos resultados benéficos no solo para los profesionales que intervienen en esta área y la institución si no también a las familias usuarias de este servicio.

## 2. IMPORTANCIA Y UTILIDAD

La presente investigación dará un gran aporte a la facultad de Trabajo Social ya que proporcionará información acerca de una problemática de actualidad en nuestra sociedad como es la de los conflictos que se dan al interior de las familias de los niños que presentan trastornos en el comportamiento y en especial cuando este tipo de patología prescribe una sintomatología depresiva.

Es importante que la facultad tenga conocimiento de la temática y de las alternativas de acción que se plantearán para disminuir la problemática que se está propagando en muchas familias, proporcionando así planes para tales efectos; además de lo anterior, permitirá enriquecer las acciones o alternativas ya existentes a través de las propuestas que se concluirán en esta investigación.

Esta investigación mostrará la necesidad de la vinculación permanente del Trabajador Social al área de Psiquiatría Infantil dada la necesidad del estudio, diagnóstico y tra

tamiento social del paciente y su familia.

A nivel institucional dará las bases para una agilización en la intervención profesional logrando una mayor participación de la familia en el tratamiento del paciente, trabajando en coordinación con el equipo interdisciplinario en el tratamiento que Trabajo Social debe realizar a las familias de niños con problemas en su comportamiento; esto es básico no sólo a nivel del Hospital San Pablo sino a las demás instituciones que atienden este tipo de problemática, ya sea a nivel local o regional.

A los estudiantes les permitirá ahondar en sus conocimientos respecto de la situación específica vivida por la familia de los pacientes que tuvieron la oportunidad de observar durante el desarrollo de práctica en el Hospital San Pablo.

Esta visión brindará a las estudiantes aparte de lo anterior un conocimiento teórico-práctico para la formulación de alternativas de acción que lleven a un tratamiento a nivel profesional aplicado a las familias que presente niños con problemas en su comportamiento.

A nivel de la comunidad se darán conocimientos prácticos para el manejo y recuperación del niño logrando su adapta

ción al medio familiar y social. Este conocimiento se lleva a la comunidad a través de: Programas preventivos, educativos y terapéuticos implementados en las comunidades que tengan mayor índice de afluencia de pacientes a la institución .

Es importante insistir en la necesidad de trabajar en este tema ya que es la comunidad y en especial la familia la que se ve afectada con la problemática que se está investigando. Debido a que cada día se vuelve más escasa el diálogo en el núcleo familiar llevando a las nuevas generaciones a la desvinculación de las relaciones sociales en su interior.

### 3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El problema planteado permite el conocimiento de fenómenos característicos de la disfunción de la comunicación en las relaciones familiares, como generador de distorsiones afectivas originando sintomatologías depresivas en los niños de estas familias.

#### 3.1 CARACTERIZACION DEL PROBLEMA

En el marco de la teoría de terapia familiar sistémica y sus enfoques estructural y ecológico se constituye en una interpretación del problema que ha servido y servirá para dirigir la intervención y orientación profesional del Trabajador Social en esta área, ya que el enfoque estructural posee un cuerpo teórico y técnicas que estudian al individuo en su contexto social. La terapia basada en este marco de referencia intenta modificar la organización de la familia a través del cambio de las posiciones de cada uno de los miembros en el grupo, como resultado de ello varían las experiencias de cada uno de los individuos.

El enfoque ecológico mira a la familia en relación con el medio ambiente analizando y estudiando la influencia que tiene el individuo sobre él y viceversa.

El centro de la presente caracterización es la afirmación de que las sintomatologías depresivas, neurosis depresivas y depresiones reactivas en los niños, por lo general se presenta en las familias donde los sistemas de comunicación están distorsionados, afectando de manera directa las relaciones interpersonales, ocasionando un deterioro de los sentimientos afectivos de los individuos.

### 3.2 DESCRIPCION DEL PROBLEMA

En el área de Psiquiatría Infantil del Hospital San Pablo se observó a través de los cuatro niveles de práctica de Trabajo Social, que a las consultas diariamente asistían un promedio de seis a ocho pacientes cuyos diagnósticos eran algunos variados, otros parecidos, tenían entre ellos una problemática común, la cual se enmarca dentro de las siguientes características:

- El 90% de los pacientes que asisten a la consulta vienen con familiares de segundo o tercer grado de afinidad o ya sea con amigos de los padres.

- A pesar del tratamiento de los especialistas generalmente el niño tiene reincidencia en la enfermedad que manifiesta.
  
- Falta de conocimiento acerca de la enfermedad del niño por parte de la persona que lo trae a consulta.
  
- A nivel de la familia se presenta la siguiente situación: .Manejo inadecuado para con el paciente.
  - .Marginalidad del paciente de las relaciones familiares.
  - .Sobre-protección del niño.
  - .Maltrato físico y/o psicológico hacia el niño.
  - .Compasión hacia el paciente.
  - .Sentimiento de ambivalencia (amor y odio) de los familiares hacia el paciente.
  
- A nivel de la composición familiar se presenta lo siguiente : Comunicación disfuncional entre los miembros, la cual definimos como la incorrecta transmisión del mensaje del emisor al receptor, ocasionando una respuesta inadecuada que obstaculiza el entendimiento entre los miembros que participan en la comunicación.
  
- Autoridad distorsionada : Se da cuando el único objetivo se reduce a que los hijos obedezcan , se utilizan to

nos fríos para comunicar sus resoluciones, se eluden contactos o conversaciones con los niños, manteniéndose a distancia dirigiéndose a ellos solo en ejercicio de la autoridad.

- Separaciones entre los padres.
- Angustia de los miembros ante la situación del niño.
- Antecedentes de comportamiento patológicos en la familia.
- Situación económica baja y media baja.
- Disfunción de los roles de los miembros de la familia.
- Interpretaciones mágico-religiosas de la enfermedad por parte de los miembros de la familia.
- Poca motivación hacia la participación en el tratamiento del niño.

Con base en estas situaciones de la familia se procedió a clasificarlas teniendo en cuenta la forma como se maneja o se trata al niño que asiste a esta consulta.



Familias donde se sobre-protege al niño, se les miman y se les complace excesivamente, se les hace constante de claraciones de amor, cariño y necesidad de ellos, generando en el niño un compromiso, dependencia y no autonomía en su comportamiento.

Familias en las que se maltrata físicamente y psicológicamente donde la agresividad, el exceso de autoridad y el exigir más de lo que el niño puede dar es su característica principal, produciéndose así el síndrome del niño maltratado.

Familias con comportamiento aparentemente normales hacia el niño, pero alguno de los familiares presentan rasgos de las anteriores características; uno que otro niegan tener tales comportamientos y manifiestan que el único problema es la enfermedad del niño y su interés gira alrededor de su recuperación.

Es de anotar que llamó la atención el hecho de conocer que uno de los diagnósticos más comunes en esta consulta es el de sintomatologías depresivas; por lo general diagnosticadas como desviación en el desarrollo afectivo y neurosis depresivas; en el momento de realizar las historias familiares; éstas correspondieron a las clasificaciones anteriores.

mente seleccionadas.

Estas clasificaciones fueron producto de observaciones, entrevistas realizadas a las familias que han asistido a la consulta desde enero de 1985, hasta enero de 1986, y quienes residieran en el departamento de Bolívar.

4. ENUNCIACION DE LOS ASPECTOS NO SELECCIONADOS

Teniendo en cuenta las observaciones realizadas durante el período de práctica y los objetivos que persigue la investigación; a continuación se mencionan los aspectos a excluir en ésta.

1. Pacientes que hayan sido tratados antes de 1985, por ser de año en que las estudiantes que realizan la investigación empezaron a trabajar directamente con las familias de estos pacientes.
2. No se hará el análisis, ni exposición de casos específicos de una familia.
3. No se tendrán en cuenta pacientes cuyas edades sean superiores a los 16 años.
4. No se incluirán pacientes que presenten diagnósticos diferentes a los de depresión, neurosis depresiva, de

presión reactiva y/o sintomatología depresiva.

5. No se tendrán en cuenta pacientes cuyos diagnósticos coincidan con los anteriormente señalados, pero que no hayan sido tratados en el área de Psicología y Psiquiatría Infantil del Hospital San Pablo.

## 5. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACION

### 5.1 OBJETIVO GENERAL

- Determinar los patrones de comunicación disfuncionales en la estructura y organización de la familia del niño con sintomatologías depresivas usuarios del Hospital San Pablo.

### 5.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Enunciar las características socio-económicas y culturales de la familia del niño depresivo.
- Analizar las disfunciones en la comunicación que dependiendo de las características socio-culturales de la familia precipitan o predisponen sintomatologías depresivas en los niños.
- Describir las características de la enfermedad depresiva en los niños.

- Identificar estrategias de intervención profesional para reestructura los patrones de comunicación de la familia del niño depresivo.

## 6. MARCO TEORICO

### 6.1 FAMILIA Y COMUNICACION

La Familia es una institución histórica, dependiente de la forma de organización social y del contexto cultural donde se desenvuelve, su capacidad para desempeñar sus funciones, está limitada entre otros por los niveles de ingreso, la ocupación de sus miembros, los valores y las normas que rigen la conducta individual y social.

La Familia es un elemento cultural para la formación integral del individuo, proceso de sociabilización de la generación humana, considerándola como grupo activo que nunca permanece estacionada<sup>1/</sup>

Está en constante transformación, es una institución histó

---

<sup>1/</sup> Morgan. "Ancient Society". (Sociedad Arcaica). Ediciones Salvoy, 1971.

rica, se amoda a las condiciones de la vida que dominan en un lugar y en un tiempo dado, así el cambio progresista de la caza a la agricultura como forma de vida, de trabajo, consigue el cambio de la autoridad familiar matriarcal a la patriarcal, el desarrollo de valor de la propiedad y la revolución industrial conllevaron a cambios profundos en la estructura familiar.

"La configuración de la familia determinará las normas de conducta que rigen para lograr los roles de esposo, esposa, hijos, etc. La familia moldea la clase de persona que necesita para llevar a cabo sus funciones y en este proceso cada miembro reconcilia sus condicionamientos pasados con las experiencias de su rol actual. Todo el proceso de distribución de satisfacciones de la familia está dirigido por los padres, ellos son los encargados de posibilitar el logro de expectativas según sus exigencias, necesidades y nivel económico.

En el curso de la vida de la familia es que se dan pautas a los integrantes y se muestran las formas de comportarse, estar alerta a los cambios que ocurren en la rutina diaria y destinarlos a experimentar algunas desilusiones y como consecuencia llegar a sentir odio, dolor, temor que pueden producir perjuicios para un desarrollo normal. Por lo tanto la familia como grupo social no es una institución indepen



diente; por el contrario siendo la base de una sociedad, se presenta interconectada dentro de la estructura social; por lo tanto su constitución interna y sus características intrínsecas están determinadas por la cultura y los grupos étnicos de pertenencia<sup>2/</sup>

En el caso de Colombia la dinámica socio-cultural que se ha dado en los diferentes períodos de su historia y en especial en las últimas décadas con la industrialización, la descomposición de la economía campesina tradicional y el proceso de urbanización han afectado la estructura familiar.

La familia ha variado en cuanto a su autoridad, conformación, tamaño, funciones, etc. Las condiciones socio-culturales actuales excluyen la familia extensa como organización prevalente y fomenta su funcionamiento nuclear. Se han conformado otros tipos de organizaciones familiares como son la semiextensa, la incompleta y la marital.

En general los vínculos familiares se dan a través de una combinación de factores; biológicos, psicológicos, sociales y económicos; biológicamente la familia sirve para

---

<sup>2/</sup> SAIN VELASQUEZ, Alvaro. " Familia , terapia y sociedad ".

Bogotá. ed. Usta , 1982, p. 23

perpetuar la especie ; psicológicamente los miembros es  
tán ligados a la interdependencia mutua para la satisfac  
ción de sus necesidades afectivas respectivas, la unidad  
familiar es moldeada continuamente tanto para las condi  
ciones externas como en su organización interna; económi  
camente se organiza para poder satisfacer necesidades fa  
miliares; socialmente tiene fines múltiples, desplegar la  
identidad personal , la cual está ligada a la identidad.  
familiar, moldear los roles sexuales, la socialización, la  
ejercitación de los roles sociales, el fomento del aprendi  
zaje , el apoyo a la creatividad y en general el desarro  
llo de sus miembros.

La estabilidad de la familia y de sus miembros va a depen  
der del patrón de equilibrio e intercambio emocional que  
se establezca; cada miembro influye en el comportamiento  
de los otros, una desviación en el comportamiento emocio  
nal de uno afecta a los otros.

Para algunos estudiosos la familia o el hogar han sido  
considerados como un campo de entrenamiento donde la per  
sona adquiere práctica y cada vez mayor destreza para el  
cumplimiento de una amplia variedad de roles sociales.

"La familia como un sistema; éste se define como un com  
plejo de elementos en interacción y cuyas interacciones

no son aleatorias. Está compuesta por elementos o miembros que interactúan entre sí de manera específica generando conductas que a su vez influyen en sus unidades mediante complejos procesos de retroalimentación, entendiendo ésta como el proceso de dar y recibir respuestas adecuadas.

Como sistema está compuesto por subsistemas ( unidades ) y partes de un subsistema. Las unidades tienen propiedades comunes y del estado de ellas dependerá el de los otros , ya que están acoplados entre sí.

La familia como sistema abierto está en permanente contacto con el medio ambiente del cual recibe insumos que transforma. Es abierto no sólo en relación a este último sino en relación así mismo o internamente, por las interacciones que se dan entre sus componentes afectan al sistema como un todo.

El comportamiento o conducta de las unidades están afectadas por los sentimientos, valores, actitudes, expectativas y aspiraciones de cada uno. Todo ello determina el clima de organización de la familia.

El sistema familiar a su vez posee una forma de protegerse ante las influencias del medio que pueda obstaculizar su

normal desarrollo.

El sistema familiar se diferencia y desempeña sus funciones a través de sus subsistemas. Los individuos son los subsistemas. En el interior de una familia las díadas como las de marido-mujer o madre-hijo, pueden ser subsistemas; los subsistemas pueden ser formados por generación, sexo, intereses o funciones.

Para el funcionamiento familiar sea claro los límites de los subsistemas deben ser claros. Deben seguirse con suficiente precisión, como permitir a los miembros de los subsistemas el desarrollo de sus funciones, sin interferencias indebidas, pero también deben permitir el contacto de los miembros de un subsistema y otros.

Si no se da un claro nivel de individualidad y un buen equilibrio homeostático y emocional se generará una crisis familiar, cuyos únicos perjudicados serán los miembros de la familia en quienes se da una confusión y alteración de roles presentándose trastornos emocionales que al no ser tratados a tiempo pueden conducir a conductas y comportamientos patológicos.

Todo sistema familiar debe tener dos mecanismos, los cuales están en constantes conflictos, la familia como tal no

está excenta de ellos , éstos son : mecanismos de mantenimiento que garantizan del equilibrio de los diversos subsistemas, así como la adaptación con el medio ambiente tratan de impedir que el sistema cambie rápidamente que sus unidades se desequilibren ; mecanismos adaptativos que son necesarios para proporcionar un equilibrio dinámico de acuerdo a los requerimientos del medio ambiente. Esta fuerza crea tensiones, stress, conflictos que son naturales y no deben ser considerados como totalmente disfuncionales<sup>3/</sup>.

La familia como unidad psicológica es una prolongación de nuestra personalidad individual, la madre constituye el mas importante elemento dentro de la forma de dar y recibir en el sistema familiar pero también puede presentar un potencial enemigo y destructor; su imagen predominará en el más profundo inconsciente y su afinidad con el niño es lo más formativo que éste experimenta, su influencia es un elemento central para la formación del individuo.

La Familia es el canal que comunica todos los modelos de comportamientos, valores, pautas y conductas, y que desarrolla día a día un proceso interactivo que ayuda a rela

---

3/ WINKIN, I. La Nueva Comunicación. Barcelona , ed Kairos  
1982, p. 232-246

cionar al niño de un modo armónico y le dá la oportunidad de practicar un aprendizaje para la vida en común. Esto demuestra el papel importante que juega la familia en los primeros años de vida de los hijos.

El aspecto más importante de la aplicación de la teoría de los sistemas en la conceptualización de la familia es la hecha por Ludian Von-Bertalanffy y Goe tiene relación con los principios en los cuales se basa ésta. "La Ley de la Totalidad que estipula que funcionalmente el sistema siempre es superior a la suma de sus componentes ", ésto en la familia quiere decir que ella no puede ser vista simplemente como la suma de la conducta de sus miembros, sino como algo concreto. Y " el principio de la equifinalidad que establece que los resultados finales pueden ser alcanzados a partir de condiciones iniciales diferentes y a través de diferentes caminos", en el caso de las familias se puede llegar a ella por múltiples posibilidades, los objetivos para construir una familia pueden ser logrados a partir de insumos variados y de diferentes maneras<sup>4/</sup>

Con marco de referencia en las anotaciones de Minuchy se

---

4/ WATZLAWICK et al. Teoría de la Comunicación Humana .

Barcelona , ed, Heder, 1981

tendrá en cuenta que el proceso de evolución de la familia comprende tres períodos que son : El pre-filial que abarca todos los eventos que transcurren entre la formación y la aparición del primer hijo; el filial , el cual está orientado principalmente por la crianza de los hijos, y el post-filial donde se dan los procesos complejos de separación de los hijos y el regreso por consiguiente a una forma de tipo marital. Se dice que el primer subsistema del sistema familiar es el de la pareja marital, cuyas unidades son las conductas de los dos cónyuges<sup>5/</sup>

La pareja marital funcionalmente se inicia con el noviazgo, como subsistemas intervienen en su funcionamiento dos factores importantes : la cooperación económica y la disponibilidad sexual, cada cónyuge llega a la unión de una identidad personal, la cual es incompleta, el hombre y la mujer se acercan por un proceso de atracción empatía, cada uno anhela completarse a través de la unión con el otro.

Lo que moldea la identidad de la nueva familia es la inte

---

5 / MINUCHY , Salvador. "Técnicas de Terapia Familiar".

Barcelona , ed. Gedisa.

racción, la rediferenciación es lo que aporta cada uno de los cónyuges.

El segundo subsistema es el conformado por los padres y los hijos, se inicia con el nacimiento del primero de éstos, hecho que modifica el funcionamiento del sistema familiar; en el caso de la mujer el rol de esposa se le suma al de madre el cual por presión biológica trata de imponerse sobre el primero.

La conducta maternal o paternal no puede vincularse a una relación casual simple de parte a parte, como las personalidades de los padres, antes bien, actuar como madre o como padre significa adaptarse a roles recíprocos, interdependientes, moldeados por la configuración psicológica total del grupo familiar, por encima y más por las determinantes que derivan del bagaje individual de ambos padres.

La aparición de la prole va haciendo cada vez más complejo el sistema familiar, cada hijo influye en el comportamiento de la pareja; por otra parte cuando los hijos son de diferente sexo se crea la posibilidad de conformar subsistemas masculino y femenino entre sus miembros, igualmente sucede con las edades, se puede conformar un subsistema de los mayores y de los menores, en general se da el



subsistema parental y el de los hermanos.

Todos estos subsistemas tendrán funcionamiento propios incompensables y más o menos impenetrables para los demás subsistemas ( lenguaje, gestos, posturas, etc ). Si a esto se le suma el intercambio de todos los subsistemas con el sistema circundante, se puede apreciar que cada vez la red de intercomunicaciones, se amplía más y por consiguiente el funcionamiento familiar se hace más complejo.

Las relaciones familiares regulan la corriente emocional, facilitan algunos canales de desahogo, inhiben otros, estructuran las formas y escalas de oportunidades de placer, seguridad y autorealización de sus miembros, moldeando el sentido de responsabilidad de ellos.

El tercer subsistema está relacionado con el período post-filial su dinámica gira alrededor del alejamiento de los hijos , tomando una vida de tipo marital; se inicia con la llegada de la adolescencia del hijo mayor, ya que en esta etapa se rompen los lazos de dependencia que tenían con sus padres desde niños e incrementan los lazos efectivos extrafamiliares, si los padres no ven esta fase como algo normal se pueden presentar serios conflictos.

La estructura familiar es el conjunto indivisible de deman

das funcionales que organizan los modos en que interactúan los miembros de una familia.

Una familia es un sistema que opera a través de pautas transaccionales repetidas, establecen pautas acerca de la manera cuándo y con quién relacionarse y estas pautas apuntan hacia el sistema y regulan la conducta de los miembros de la familia. Son mantenidos por dos sistemas de coacción: el primero es genérico e implica las reglas universales que gobiernan las organizaciones familiares. Por ejemplo : debe existir una jerarquía de poder en la que los padres y los hijos posean niveles de autoridad diferentes, también debe existir una complementariedad de funciones en la que el marido y la esposa acepten la interdependencia y operen como en equipo<sup>6/</sup>

El segundo sistema de coacción es ideosincrático, implica expectativas mutuas de los diversos miembros de la familia.

La estructura de la familia indica cómo sus miembros se or

---

<sup>6/</sup> MINUCHIN, Salvador. "Familia y terapia familiar ". España, Barcelona, ed Gedisa, p. 86.

ganizan para distribuírse y coordinar las diferentes tareas y funciones del sistema. Se relaciona con el tipo de autoridad y comunicación.

Fundamentalmente la familia hace dos cosas: asegurar la supervivencia física y satisfacer las necesidades básicas del hombre. Lo que mantiene a la familia unida es más el factor psicológico, porque en ello juega un papel importante las creencias, los valores y expectativas de sus miembros.

Dentro del círculo familiar es importante destacar los roles, creencias, valores, hábitos y pautas de comportamiento a través de estas características se dá lo anormal o normal en el individuo.

Cada familia tiene la oportunidad de tener los suyos propios (ya sea impuestas de generación en generación o por si misma). Para que esto se dé adecuadamente la familia debe tener una buena comunicación y unas sanas relaciones interpersonales, donde los miembros posean una identificación consigo mismo y con los demás. Esto prepara al individuo ante las circunstancias positivas o negativas de la vida. Los valores más representativos que debe reflejar la familia de los niños que presentan trastornos en su comportamiento estarán enfocados hacia el interés por sus activi

dades , la estimación y/o calidad afectiva de todos los miembros en busca de su recuperación y/o adaptabilidad al medio.

El hombre en el transcurso de su vida hace parte de diferentes familias su matrimonio y la que forma con sus hijos, la del ocaso cuando es abuelo, en cada una de ellas asume roles y funciones diferentes, de acuerdo a sus experiencias como miembros del grupo y su identidad personal.

En cada generación la configuración de la familia sufre cambios importantes así tiene una estructura y por consiguiente un funcionamiento diferente en cada uno de los períodos, sus miembros deben entender esto para así generalizar la estabilidad de la familia.

El comportamiento funcional de la familia se da en la medida en que sus miembros desarrollen acciones que faciliten el clima armónico y de equilibrio, en sentido contrario cuando las actividades que éstos ejecuten no satisfacen las necesidades básicas se dan las disfunciones que originan la problemática familiar.

La corriente de sentimientos que se mueve entre los miembros de la familia son múltiples y de diferentes grados de intensidad, bajo condiciones alteradas, cada una de és

tas corrientes emocionales pueden hacer surgir otras antagonicas. Lo que define el clima emocional de la familia es el flujo emocional de sentimientos, ( corriente y contracorrientes emocionales) y es en medio de él donde se desarrolla la personalidad y relaciones sociales del niño.

Los conflictos emocionales originan tensiones que al no disminuir amenazan con la desorganización. La disfunción familiar puede ser causada por factores externos ( medio ambiente) como internos (comunicación familiar); así las condiciones socio-económicas y culturales que rodean a la familia, la actitud que asumen sus miembros, el tipo de interacción que se da entre ellos y entre éstos y el medio ambiente, el desconocimiento de funciones entre otros acentúan o aminoran la aparición de estos conflictos.

La disfunción familiar se define como la no ejecución y desarrollo de las normas, valores, roles, status, comunicación y sentimientos afectivos en la familia llevándolos a adoptar comportamientos inadecuados frente a determinadas situaciones.

Si consideramos por dentro a la familia : nuclear, extensa, completa o incompleta vemos que es en su sentido íntimo, constituida por una red de relaciones interpersonales

las vamos a considerar como las diversas relaciones que se pueden dar en un grupo social, en este caso entre las personas que conforman la familia.

Las interacciones familiares dependen en gran parte del tipo de familia que se esté dando en ella, estos tipos se identifican como nuclear, a la familia conformada por padre, madre e hijos en este tipo los miembros se integran de una mejor manera, con sus propias normas, roles, autoridad y demás actividades propias de ella. La extensa, conformada por padre, hijos y demás familiares ya sean paternos o maternos en este tipo de familias se pueden presentar divergencias en lo referente a autoridad, patrones, roles, status, etc, debido al gran número de miembros que en ella intervienen. Este tipo de familia ha ido desapareciendo de la sociedad predominando la familia nuclear.

Las relaciones interpersonales adecuadas son aquellas que se desarrollan en un ambiente emocional armónico y estable facilitando el crecimiento y desarrollo personal de sus miembros, aquí cada persona mantiene su individualidad pero interactúan para formar una unidad familiar; situación que se logra a través de un buen manejo de las relaciones entre los padres e hijos y esto a su vez va a depender de la forma como se dé este tipo de relación, de esta forma en las relaciones interpersonales adecuadas existe una bu

na comunicación entre sus miembros, todos participan adecuadamente en este proceso, dan y reciben mensajes acordes, lo que permite el entendimiento entre los participantes o integrantes del círculo familiar. La autoridad es compartida por ambos padres, también se comparte la socialización ( normas y patrones de conductas ) existe un verdadero interés afectivo tanto del padre como de la madre. Hay ausencia total de castigos físicos y psicológicos , el método de control de conducta se basa en criterios de calidad afectiva, comunicación, relaciones y organización nivelada entre los miembros del grupo familiar<sup>7/</sup>

Las relaciones interpersonales regulares se caracterizan como aquella relación inconsciente en la que se refleja un aparente equilibrio y armonía en las interacciones de los miembros del grupo familiar; el fin perseguido por estas familias es la paz evitando contradicciones a nivel del grupo evitando que se dé una maduración de las relaciones y del yo personal además no logran resolver los conflictos existentes, no se da una comunicación adecuada, la autoridad es ejercida por uno de los padres ( padre, madre ) la cual puede ser hostil y/o permisiva, no se prodigan afec

---

<sup>7/</sup> F. BARRIOS SIERRA E. "Las relaciones interpersonales en la familia y su incidencia en el farmacopendiente.U. de Cartagena, 1986.

tos ni cuidados existe un desinterés por los hijos, no se ejerce control sobre ellos y algunas veces son excesivamente rigurosos, la expresión de afecto y cariño se da sólo por uno de los padres lo que causa cierto grado de ambivalencia en el hijo, se dan esporádicamente castigos físicos y psicológicos al igual que la imposición de las normas.

De acuerdo con estas características la armonía y la estabilidad no se dan a nivel de todo el grupo familiar; sino que se pueden presentar subgrupos dentro del mismo donde se dará armonía en unos y en otros no, creando así un debilitamiento de la homeostasis y alteraciones en los roles de algunos de los miembros (padres, madre, hijo, esposo, esposa, hermano), en este tipo de relación se crea dependencia de los miembros en la toma de decisiones debido a la inconsistencia en la educación y formación de los hijos, esto a su vez trae a los miembros del grupo una percepción irreal algunas veces simpática, otras antipática de la relación familiar.

En las relaciones interpersonales inadecuadas encontramos que no hay interacción ni cohesión en el grupo familiar, ya que hay una relación de una sola vía, padre o la madre con relación al hijo, los hijos viven permanentemente en conflictos de lealtad y comienzan a aparecer en ellos la am



bivalencia afectiva, están permanentemente triangulizados dentro de la pugna por el poder de los padres y son objeto frecuente de manipulaciones del uno con el otro. La participación en la comunicación es inadecuada se transmiten mensajes no acordes con los gestos ni la actitud, existe una tendencia a dialogar solo frente a problemas graves, hay escasez de diálogos plácidos, predomina una tendencia a la manipulación y a la culpabilidad, y a la búsqueda de quien tiene la razón y el poder, hay dificultad para la expresión de sentimientos personales sin agredir al otro miembro ( generalmente con la culpa ) también hay una marcada dificultad por expresar únicamente sentimientos o comentarios positivos sobre sí mismo, se dá un permanente forcejeo unas veces explícito otras sutil entre los miembros que al final se cronifica, con la incapacidad de plantear claramente o centralizar los focos básicos de los problemas.

En este tipo de relación es probable que el padre sea quien fije las reglas sin que los hijos tengan voz ni voto, sin embargo en su interior los niños criados en un ambiente así, dominante, están descontentos y alimentan rencor. Es muy difícil en este tipo de hogar mostrar afecto en la vida temprana del niño, el resultado es un individuo sin emociones, que a su vez pueden identificarse con sus padres y adquirir sus propias defensas de carácter obsesivo, la

falta de afecto de un padre crea en el hijo ansiedad en grado mayor que el normal por lo tanto aparecen los síntomas depresivos que no tenderán a limitarse sino más bien a agravarse y a perpetuarse.

En este tipo de relaciones interpersonales existe un desequilibrio individual y familiar que crea la incapacidad para mantener la continuidad o uniformidad a través del tiempo.

El individuo no tiene la capacidad para manejar los conflictos ni el control de éste, ya que la estabilidad del Grupo Familiar va a depender de la estabilidad emocional de los que lo conformen, es aquí donde se encuentran en juego muchos factores sociales como falta de comunicación, sobre protección, solvencia económica, educación, etc. y que van a crear problemas que al no resolverse desembocan en alteraciones emocionales que llevan a enfermar a uno o a varios de los miembros de la familia, principalmente desajustándose los mecanismos adaptativos de convivencia con los demás.

Las relaciones familiares están influenciadas ya sea por un ambiente amistoso, protector o por uno hostil y peligroso; si la familia está organizada internamente puede hacer frente a las vicisitudes que conllevan la vida cotidiana,

un cambio en la estructura familiar en respuesta a un cambio social puede fortalecer o debilitar las ligaduras de amor y lealtad entre los miembros , modificar el comportamiento de éstos, en el medio familiar y laboral y afectar el ejercicio de autoridad por parte de los padres.

Cuando los padres se aman los hijos los aman a los dos , cuando esto no sucede los hijos se ven presionados a colocarse de parte de uno o de otro, apareciendo los triángulos emocionales y las alianzas tan nocivas para la vida familiar.

Por cambios socio-económicos la familia enfrenta situaciones carenciales que obliga a uno de sus miembros a emigrar lo cual produce la fragmentación en la organización familiar tan nociva para sus unidades; la función socializante de la familia aumenta cuando hay equilibrio intra-matrimonial y disminuye cuando las condiciones familiares son precarias, ésto se puede observar en las ciudades colombianas donde se ve con más frecuencia trastornos en esta función , influenciados por el rápido flujo de población desde los medios rurales a los fabriles, la necesidad de adaptarse a papeles nuevos en relación a sistemas ocupacionales, la pérdida de la capacidad instrumental, la disminución de la autoestima, el contacto con grupos familiares , con los cuales el individuo no logra identificarse, el bo

rramiento de los papeles tradicionales con pérdida o desfiguración de la identidad que conlleva a pérdida de autoridad.

En general en los países desarrollados el sistema social impone frecuentes frustraciones , las cuales sobrecargan de trabajo a las familias ; esta situación se manifiesta en el uso de ciertos mecanismos compensatorios intrafamiliares útiles hasta cierto punto, pero en otras se ve precisada a usar frecuentes mecanismos de defensa que lesionan el clima familiar.

Uno de los problemas más serios que afronta la familia de bajos recursos en el departamento de Bolívar es la desnutrición principalmente infantil, la cual tiene serias consecuencias en la población afectada, pues limita su potencial de crecimiento, desarrollo , actividad física y psíquica, actividad laboral e intelectual; es multi-casual y sus factores determinantes tienen relación directa con el estado de pobreza y marginalidad.

En el campo del Derecho los cambios legislativos que se han dado en los últimos años han influido en la institución familiar, así de una familia patriarcal y estática se ha pasado a una dinámica que interpreta mejor los gran

des cambios sociales de nuestros tiempos . Ya no es posible construir la familia con un concepto de incapacidad civil de la mujer y el acentuado mando del marido en el hogar, la potestad de la educación , la crianza y la corrección no sólo es derecho del padre, tampoco es correcto afirmar una estricta fidelidad de la mujer y una suerte de poligamia para los varones, la vieja creencia de que la mujer debería tener cuantos hijos pudiera mientras estuviera en edad fértil, cede su paso al acentuado concepto de responsabilidad familiar pues sólo deben tener los hijos que razonablemente puedan educarse y criarse; lo cual conlleva al uso más frecuente de anticonceptivos en la pareja todo ésto lleva a la pareja a convertirse en el núcleo vital que contribuye al desarrollo de la sociedad<sup>8/</sup>.

La desintegración familiar es un fenómeno causado por múltiples factores los cuales dan como resultado la ruptura del grupo, se desarrolla por intermedio de tres fases las cuales pueden ser o no graduadas según la mayor o menor intensidad conflictiva denominadas; desorganización, descomposición y desintegración.

---

<sup>8/</sup> DE LEON, R. La Educación Social una estrategia de atención integral a la familia, cap. 7

La desorganización es el proceso durante el cual los miembros tienden a perder la identidad los unos con los otros en un grado superior a los que se considera normal dentro de una cultura determinada, se presenta cuando hay un cambio en el equilibrio de las conductas de los miembros de la familia; sus síntomas son los conflictos, fricciones, tales como peleas ocasionales, desavenencias conyugales, desajustes sexuales, económicos, psicológicos principalmente, relaciones no armónicas entre los cónyuges, entre padres e hijos, los cuales si no son tratados a tiempo pueden llevar a la desintegración.

La descomposición, se caracteriza por abandonos ocasionales, transitorios o temporales por parte de los padres y/o los hijos como consecuencia de la fase anterior.

La desintegración, en la fase final se caracteriza por la ausencia de uno o varios de los miembros del grupo familiar, no existe un control total del mismo, se presenta una completa desarmonía en los roles de sus miembros, guarda una relación directa con la desorganización de la sociedad, con el tipo de actitudes, valores, normas culturales.

Como se puede ver el clima emocional de la familia evoluciona constantemente, es influido tanto por factores externos como internos, de aquí que sus miembros deben estar prepa

rados para ello, sólo así podrán controlar o prevenir las disfunciones. La familia debe ajustarse dentro de la amplia gama de vicisitudes que afectan las relaciones de cada una de sus unidades ya que bajo condiciones de tensión y conflictos excesivos pueden surgir antagonismos y odios mutuos, amenazando la integridad familiar. Ante este hecho se hace necesario suministrar conocimientos teórico-prácticos que le permitan al individuo desenvolverse dentro de las diferentes etapas de la vida.

Con base en las explicaciones anteriormente señaladas se establecen los criterios para identificar una familia funcional y una disfuncional.

Se identificará la familia como funcional cuando sus miembros posean un bienestar físico social y mental, en perfectas condiciones para desarrollar sus funciones de interacción social conforme está establecido en ella y en el momento histórico-social que esté viviendo. Todos y cada uno de sus miembros presentarán una adecuación y ajuste emocional al medio.

La familia disfuncional se identificará cuando sus miembros posean un funcionamiento físico, social y mental anormal, produciéndose un desajuste en la comunicación y un deterioro en los sentimientos afectivos, en ésta se pierde todo

contacto con los miembros entre sí y cualquier complicación que presente uno de sus miembros afectará inmediatamente a todo el círculo familiar desarrollándose crisis que generarán trastornos que muy difícilmente por sí mismos pueden solucionarse.

Una de las funciones más importantes de la familia según Jackson :

Es la descarga de tensiones emocionales ocasionadas por frustraciones que en el desempeño de roles psico-sociales experimentan sus miembros, lo cual afecta al sistema como un todo , la familia debe hacer frente a esas tensiones y lograr la homeostasis individual y colectiva; entendiendo el término "homeostasis" como el mantenimiento o regulación del sistema ".<sup>9/</sup>

Se ha enfatizado en la función socializante de la familia permitiendo en el niño la internalización de ciertos papeles familiares y que ella va a depender principalmente de los tipos de comunicación intrafamiliar que se establezcan.

---

<sup>9/</sup> WINKIN, Op. cit 9-77



Esta comunicación intrafamiliar estará dada por la adecuada interacción de los miembros de la familia dentro del núcleo.

" La comunicación debe considerarse como un sistema (proceso ) en el que los interlocutores participan, el individuo no se comunica sino que toma parte en la comunicación, puede moverse, producir ruidos pero no se comunica"<sup>10/</sup>

Definiéndose así la comunicación es un sistema de comportamientos integrados que hace posible la relación entre los individuos; los tipos de comunicación que se presentan dentro del sistema de relaciones familiares son :

- a) La intrapersonal, que es la que establece un individuo consigo mismo.
- b) La interpersonal, que se da de una persona o varias.
- c) La intergrupala, que se establece de uno a muchos.

Por su forma puede ser :

\_\_\_\_\_

<sup>10/</sup> Ibid , p. 120-163

a) " Funcional, cuando el receptor y el emisor participan adecuadamente en el proceso de transmisión y recepción de mensajes".

b) "Disfuncional, cuando se dá una obstaculización en el proceso de manifestación y aceptación del mensaje".<sup>11/</sup>

a) La verbal , donde intervienen el lenguaje y los sonidos, y

b) " La no verbal que es aquella donde intervienen las actitudes , los gestos, las posturas, la coloración de la piel". <sup>12/</sup>

A continuación se describirá cómo estos múltiples modos de comportamiento o propiedades " participan " de la naturaleza de los axiomas dentro de los cálculos hipotéticos que definen las comunicación humana. Una vez descritos y definidos éstos se examinarán.

Antes de entrar a examinar los axiomas de la comunicación humana se definirán algunos de los conceptos que intervienen y/o hacen parte de estos axiomas a fin de dejar clari

---

<sup>11/</sup> TUSFUETS, Martí. Psiquiatría Social, Barcelona, 1976, p. 142-143

<sup>12/</sup> WIUKIU, Op. cit. cap.2

dad sobre la utilización de éstos.<sup>13/</sup>

El primero de estos conceptos es el de " conducta " que se identifican como las unidades de la comunicación. El " mensaje " que representará a cualquier unidad comunicacional singular ( verbal o gesticular ). Interacción que se refiere a una serie de mensajes intercambiables entre personas y pautas de interacción que constituyen las unidades más elevadas en la comunicación humana.

El mensaje debe verse como un conjunto fluido en relación a la conducta, ya que son susceptibles a cambios variados y complejos, esto puede definirse así : " no hay no conducta" o para expresarlo de modo más simple es imposible no comportarse.

Si se acepta que toda conducta en una situación de interacción tiene valor de mensaje; es decir, es comunicación, se deduce que por mucho que uno lo intente no puede dejar de comunicar, actividad o inactividad, influyen sobre los demás , quienes no podrán dejar de responder a tales comuni

---

<sup>13/</sup> WATZLAWICK. Op. cit. caps: 3, 4, 5, 6, 7

caciones y por ende también se comunican. Debe entenderse que la mera ausencia de palabras o de atención mutua, no constituyen una excepción a lo que acabamos de afirmar; por ejemplo, un pasajero en un avión permanece sentado con los ojos cerrados, comunica que no desea hablar con nadie y su vecino por lo general capta el mensaje y responde de manera adecuada dejándolo tranquilo; evidentemente esto constituye un intercambio de comunicación en la misma medida que una acalorada discusión. Tampoco podemos hablar de que la comunicación solo tiene lugar cuando es intencional, consciente y eficaz esto es cuando se logra un entendimiento mutuo, que el mensaje emitido sea o no igual al mensaje recibido no constituye el hecho de que se de la comunicación:

- a) Toda conducta es comunicación ( primer axioma); la imposibilidad de no comunicarse es un fenómeno de interés no sólo teórico sino práctico, ya que todo gesto, posturas, el silencio o la actitud llevan consigo una forma de comunicación y definen el modo en que el emisor concibe su relación con el receptor. En este punto cabe postular el axioma de la metacomunicación de la pragmática de la comunicación " no es posible no comunicarse",
- b) Los niveles de contenido y relaciones de la comunicación ( segúndó axioma ). Toda comunicación tiene un aspecto de contenido y un aspecto relacional, tales que el se

gundo clasifica al primero y es por ende una comunicación . Esta es otra manera de decir que toda comunicación implica un compromiso y por ende define la relación, ya que la comunicación no sólo transmite información sino que impone conductas.

Siguiendo a Batenson dos operaciones se conocen como aspectos referenciales y cognativos respectivamente de toda comunicación; el aspecto referencial de un mensaje transmite información y por ende en la comunicación humana es sinónimo de contenido del mensaje y el aspecto cognativo se refiere a qué tipo de mensaje debe entenderse que es y por ende qué clase de relación existe entre los comunicantes.

Las relaciones disfuncionales se caracterizan por una constante lucha acerca de la naturaleza de las relaciones, mientras que el aspecto de la comunicación vinculado con el contenido se hace cada vez menos importante en esencia lo importante para estas consideraciones es la conexión que existe entre los aspectos de contenido ( referencial ) y relacionales ( cognativos) en la comunicación, el primero transmite los datos, el segundo como debe entenderse dicha comunicación.

c) Un tercer axioma de la comunicación dice que la naturale

za de una relación depende de la puntuación de las secuencias de comunicación entre los comunicantes; la siguiente característica básica de la comunicación se refiere a la interacción ( intercambio de mensajes entre comunicantes) para un observador una serie de comunicaciones puede entenderse como una secuencia ininterrumpida de intercambios, sin embargo para quienes participan en la interacción siempre introducen lo que ha sido llamado por Bateson y Jackson, la puntuación de la secuencia de hechos no se trata de determinar si la puntuación de la secuencia comunicacional es buena o mala pues resulta evidente que la puntuación organiza los hechos de la conducta y por ende resulta vital para las interacciones en marcha.

La falta de acuerdo con respecto a la manera de puntuar la secuencia de hechos es la causa de incontables conflictos en las relaciones familiares.

- d) Comunicación digital y analógica (cuarto axioma); los seres humanos se comunican tanto digital como analógicamente, el lenguaje digital cuenta con una sintáxis (transmitir información) lógica sumamente compleja y poderosa pero carece de una semántica ( el significado) adecuado en el campo de las relaciones; mientras que el lenguaje analógico posee una semántica ( significado )

pero no una sintaxis ( transmisión de información ) adecuada para la definición inequívoca de la naturaleza de las relaciones.

El hombre es el único organismo que utiliza tanto los modos de comunicación analógica como los digitales, cabe suponer que el aspecto relativo al contenido se transmite en forma digital mientras que el aspecto relativo a la relación es de naturaleza análoga.

- e) Interacción simétrica y complementaria ( quinto axioma ); son todos los intercambios comunicacionales según que estén basados en la igualdad o en la diferencia. En el primer caso los participantes tienden a igualar especialmente su conducta recíproca y así su interacción puede considerarse simétrica, sea debilidad o fuerza, bondad o maldad, la igualdad puede mantenerse en cualquiera de esas áreas. En el segundo caso la conducta de uno de los participantes complementa la del otro. La interacción simétrica se caracteriza por la igualdad y la diferencia mínima, mientras que la interacción complementaria está basada en un máximo de diferencia.

En la relación complementaria hay dos posiciones distintas, un participante ocupa la posición superior o primaria mientras que el otro ocupa la posición inferior o secundaria,

éstos términos son de igual utilidad en tanto se los identifique con bueno o malo, fuerte o débil. Una relación complementaria puede estar establecida dentro de un contexto natural ( como en el caso de madre e hijo, maestro y alumno), o ser el estilo idiosincrático de una diada en particular. En cualquiera de los dos casos es importante señalar el carácter de mutuo encaje de la relación en que ambas conductas disímiles pero interrelacionadas, tienden cada una a fortalecer a la otra. Ninguno de los participantes impone al otro una relación complementaria, sino que cada uno de ellos se comporta de una manera que presupone la conducta del otro, al tiempo que ofrece motivos para ella.

La mejor manera de ilustrar los efectos pragmáticos de los axiomas consiste en relacionarlos con trastornos que pueden desarrollarse en la comunicación humana.

Las consecuencias de tales fenómenos a nivel de la conducta conllevan a las siguientes patologías :

#### LA IMPOSIBILIDAD DE NO COMUNICARSE

Toda negación a la comunicación , constituye en sí misma una comunicación. Cabe suponer que el intento de no comunicarse puede existir en cualquier otro contexto en que se



desea evitar el compromiso inherente a toda comunicación.

Ejemplo: Cuando dos desconocidos se encuentran y uno de los dos desea entablar conversación y el otro no. La pragmática de este contexto comunicacional se vé limitada a unas pocas reacciones posibles : rechazo a la comunicación: esto dá lugar a un silencio, evitando toda relación con otra persona, pero es una forma de comunicarse. Aceptación de la comunicación : un individuo (A) puede aceptar la comunicación con el otro (B) y una vez iniciada la conversación es muy difícil detenerse o sea se empiezan a conocer. Descalificación de la comunicación: la descalificación abarca una amplia gama de fenómenos comunicacionales , tales como : autocontradicciones, incongruencias, cambios de temas bruscos, mal entendidos, estilos oscuros, oraciones incompletas o interpretaciones metafóricas.

La comunicación o conducta alienadas ( síntoma ) no es necesariamente la manifestación de una mente enferma, sino quizás la única reacción posible frente a un contexto de comunicación absurdo e insostenible.

La teoría de la comunicación concibe al síntoma como un mensaje no verbal " no soy yo quien quiere o no hacer esto, la educación o mi esposa, etc., es muy común el uso de los síntomas psicóticos depresivos, neuróticos como for

ma de comunicarse. El síntoma se manifiesta cuando una persona logra convencerse así misma de que se encuentra a merced de fuerzas que están más allá de su control y se libera así de la censura por parte de los otros significativos y de los remordimientos de su conciencia. Este enfoque caracteriza una importante tendencia del estudio de la Psiquiatría actual ya que apunta a considerar al síntoma como una de las múltiples formas de entrada al sistema familia y no como una expresión de los conflictos intrapsíquicos.

La conducta tradicionalmente clasificada como depresión debe dejar de clasificarse y un cambio debe ser estudiado en el contexto interpersonal en que se produce " la familia, la institución", etc., donde tal conducta no es simplemente el resultado ni la causa de estas condiciones ambientales sino una parte completamente integrada a un sistema patológico en curso, así el sistema constituye entonces su mejor explicación y el estudio de su organización actual es la metodología adecuada.

ESTRUCTURAS DE NIVELES DE LA COMUNICACION : ( Contenido y Relacion )

Trastornos que pueden surgir a nivel del contenido y la relación se definen así :

1. En el mejor de los casos los participantes concuerdan respecto al contenido y con la definición de su relación.
  
2. En el peor de los casos los participantes están en desacuerdo en el contenido y en la relación. Entre ambos extremos se dá lo siguiente :
  - a) Los participantes están en desacuerdo en el nivel de contenido , pero ello no perturba la relación . Es una forma madura de manejar el desacuerdo.
  
  - b) Los participantes están de acuerdo en el contenido pero nó en la relación, ello significa que la estabilidad de la relación se verá amenazada cuando de je de existir acuerdo en el contenido.
  
  - c) Otra posibilidad puede consistir en un intento por resolver un problema relacional en el nivel de contenido donde no existe o por el contrario en una reacción frente al desacuerdo objetivo con una variación del reproche básico " si me amaras no me contradecerías" por último.
  
  - d) Se dá como una persona se vé obligada a dudar de sus propias percepciones en el nivel de contenido a fin

de no poner en peligro una relación vital con otra persona. Estos fenómenos son de importancia para el estudio de los trastornos de la comunicación debido a estas confusiones en el contenido y en relación entre padres e hijos principalmente.

La confirmación es el factor que más pesa en el desarrollo y la estabilidad mental de lo que se ha podido detectar hasta la presente a partir de estudios sobre comunicación. Aparte del mero intercambio de información, el hombre tiene que comunicarse con los otros. Las investigaciones sobre la privación sensorial demuestran que el hombre es incapaz de mantener su estabilidad emocional durante períodos prolongados en que se comunica solo consigo mismo.

Finalmente la desconfirmación niega la realidad de una persona como fuente de tal definición. Mientras que el rechazo equivale al mensaje, estás equivocado, la desconfirmación afirma el hecho "tu no existes". Esta desconfirmación en uno de los miembros de la familia niega una realidad que se presenta con otro argumento.

La definición que una persona da de sí mismo tiene tres respuestas posibles por parte de la otra con quien se comunica: un rechazo, una confirmación o una desconfirmación.

ción .

La visión que el otro tiene de uno mismo es tan importante por lo menos en una relación estrecha como la visión que " yo. " tengo de mi mismo, esto es importante para tener una identidad. Muchas veces los conflictos tienen una peculiar impenetrabilidad, dándose sentimientos de desconfianza y confusión, lo que hace que la impenetrabilidad sea difícil de resolver desde el punto de vista terapéutico.

Cuando se dá una creciente alineación entre el Ego ("yo") y el Alter ( el otro ) se presenta una impenetrabilidad a nivel relacional. La impenetrabilidad obstaculiza una adecuada relación y comunicación , ya que éstas se confunden.

#### LA PUNTUACION DE LA SECUENCIA DE HECHOS

Las discrepancias no resueltas en la puntuación de las secuencias comunicacionales pueden llegar a impases interaccionales. La puntuación de secuencia de hechos se dá cuando uno de los comunicantes no cuenta con la misma cantidad de información ( sobre el tema ) que el otro pero éste no lo sabe. Para evitar confusiones en la comunicación ambos deben tener la misma información sobre el tema que

tratan y por consiguiente iguales conclusiones. Lo que se observa en la comunicación patológica es un círculo vicioso que no se puede romper al menos que la comunicación misma se convierta en el tema de la comunicación y para que se dé esto hay que salir del círculo.

CAUSA Y EFECTO

Se trata de una conducta que provoca en los demás una reacción frente a la cual esa conducta sería ( una reacción ) apropiada , ejemplo : Una persona que parte de la premisa " nadie me quiere " se comporta con desconfianza y a la defensiva ante lo cual es probable que los otros reaccionen de igual forma. La actitud del individuo ejerce un efecto en los demás forzándolos a asumir ciertas actitudes específicas y a su vez estas actitudes van a influir en la conducta del primer individuo.

ERRORES DE TRADUCCION ENTRE EL MATERIAL ANALOGICO Y DIGITAL

El mensaje analógico se da cuando se interpreta un hecho a través de un gesto, o cualquier reacción. Carece de muchos elementos que forman parte de la morfología y la sintaxis del lenguaje digital, así al traducir mensajes analó

gicos es sumamente antitético se presta a interpretaciones digitales muy distintas y a menudo incompatibles, a sí no solo le resulta difícil al emisor verbalizar sus propias comunicaciones analógicas sino que si surge una controversia interpersonal en cuanto al significado de una comunicación analógica particular, es probable que cualquiera de los dos participantes introduzcan el proceso de traducción al modo digital la clase de digitación que concuerde con su imagen y la naturaleza de la relación .

Cuando se dá una mala traducción de los hechos digitales y analógicos se dan unas malas relaciones interpersonales. Debe recordarse que los mensajes analógicos invocan significados a nivel relacional. Bateson sugiere : Mediante mi conducta puedo proponer odio, amor, pelea , etc. Pero es el otro el que atribuye futuros valores de verdad , ya sean positivos o negativos a mi conducta. Esta es la fuente de mayores conflictos relacionales. El lenguaje digital posee una sintaxis lógica que lo hace particular y apto para la comunicación en el nivel de contenido. Si bien resulta fácil transmitir el significado " uno u otro o ambos" en el lenguaje digital no resulta fácil transmitir el material analógico. Estas presentarán dificultades similares de traducción dándose errores en ésta.

## PATOLOGIAS POTENCIALES EN LA INTERACCION SIMETRICAS Y COMPLEMENTARIA

La simetría y la complementariedad no son en sí mismas buenas o malas, normales o anormales, etc. Ambas deben estar presentes en distintas áreas y de manera complementaria en otras. La patología en la interacción simétrica se caracteriza por una guerra más o menos abierta o por un sigma en el sentido de Lidz. En una relación simétrica sana el participante puede aceptar la mismicidad del otro lo cual lleva al respeto mutuo y a la confianza en ese respeto. La patología en las relaciones complementarias son muy distintas y equivalen a una desconfirmación antes que a un rechazo del otro por lo tanto son más importantes, ya que se necesita una complementariedad para que no haya desconfirmación.

La estructura de la comunicación es un proceso integrado que incluye múltiples modos de comportamientos y la captación de estos comportamientos fundamenta los sentimientos afectivos de los miembros de la familia.

Dentro de la estructura de los procesos de la comunicación, empezaremos definiendo el concepto de patrón en la comunicación como repetición o redundancia de hechos.



El análisis de esta investigación debe centrarse en un nivel superior siguiente , es decir, la organización de los mensajes secuenciales; primero en general y luego en forma específica o sea el desarrollo de sistemas interaccionales.

Cabe considerar la interacción como un sistema y la teoría de los sistemas generales permite comprender la naturaleza de los sistemas interaccionales.

" Un sistema es un conjunto de objetos así como la relación entre los objetos y entre sus atributos" donde los objetos son las partes o componentes del sistema y los atributos son las conductas convencionales con las cuales se identifican .

La mejor manera de describir los objetos interaccionales consiste en verlos no como individuos sino como personas que se comunican con otras personas. Así los sistemas interaccionales serán dos o más comunicantes en el proceso o en nivel de definir la naturaleza de su relación.

Otro aspecto importante de la definición de un sistema es la definición de su medio. Para un sistema dado el medio es el conjunto de todos los objetos cuyos atributos al cambiar afectan al sistema y también aquellos objetos cu

Los atributos son modificados por la conducta del sistema. El carácter sensible de este concepto Sistema-Medio o sistema sub-sistema explica su considerable medida.

La teoría de los sistemas generales. Con este modelo conceptual resulta fácil ubicar un sistema interaccional diádico dentro de una familia más grande, una comunidad y un sistema cultural. Así mismo tales sistemas pueden suponerse con otros subsistemas pero cada miembro de una diada participa en subsistemas diádicos con otras personas incluso con la vida misma.

El estudio del sistema constituye entonces una metodología adecuada para conocer su organización actual.

La anterior nos permite considerar los sistemas caracterizados por la estabilidad, un sistema es estable con respecto a alguna de sus variables si estas variables tienden a permanecer dentro de los límites definidos.

Estas variables estarán definidas así :

- 1) Si son importantes para ambos participantes.
- 2) Si son duraderas

Ejemplos generalizados serán las amistades, las relaciones

nes maritales, profesionales , y familiares. Además de su importancia práctica como instituciones sociales o culturales , tales grupos vitales con historia son de particular importancia para la pragmática de la comunicación ya que bajo las condiciones mencionadas existe no solo la oportunidad sino también la necesidad de repetir secuencias comunicacionales que lleven a las ya mencionadas con secuencias a largo plazo de los axiomas y las patologías.

El contexto del sistema no consiste solo en factores institucionales externos, los mensajes manifiestos intercambiados se vuelven parte del contexto interpersonal particular y ejercen limitaciones sobre la interacción posterior. Según este concepto de la comunicación no solo afectado el emisor y su relación sino también el receptor , incluso el hecho de manifestar desacuerdo, rechazo o redefinir no solo significa responder sino también engendrar una participación que necesita solo de la definición de la relación y el compromiso inherente a toda comunicación.

Analizemos ahora los problemas directamente relacionados con los sistemas interaccionales. En toda comunicación cada uno de los miembros trata de definir la naturaleza de su relación del mismo modo; cada uno de ellos responde con su propia definición de la relación que puede confir

mar o rechazar o modificar la del otro, tal proceso es de suma importancia pues una relación estable no puede quedar fluctuante o sin resolver si el proceso no es estabiliza ante las enormes variaciones llevarían a la disolución de la relación.

Jackson ha llamado "regla" de la relación a la estabilización de su definición. Esta regla puede aplicarse a la simetría o a la complementariedad, la impenetrabilidad interpersonal o algún otro de los aspectos de la relación; en todos éstos se observa una limitación de las conductas cosa que determina una configuración redundante lo cual movió a Jackson a caracterizar a la familia como un sistema gobernado por reglas.<sup>14/</sup>

La teoría de las reglas familiares se adecúa a la definición inicial de un sistema como estable con respecto a alguna de sus variables y si estas variables se mantienen dentro de sus límites definidos llegará a la consideración más formal de la familia como un sistema.

Este modelo de interacción familiar que fué sugerido por

---

<sup>14/</sup> Ibid, p. 129

Jackson cuando introdujo el concepto de homeostasis familiar ya que según observaciones que se hacían con familias de pacientes psiquiátricos, se determinó que la enfermedad del paciente eran mecanismos homeostáticos que intervenían para que el sistema perturbado recobrara su equilibrio. Lo anterior constituye el núcleo de un enfoque comunicacional de la familia que se describirá en términos de algunos de sus principios.

#### TOTALIDAD

Dentro de la familia la conducta de cada individuo está relacionada con la de otros y depende de ella; toda conducta es comunicación y por ende influye sobre las demás y sufre la influencia de éstos, específicamente como ya se señaló, los cambios favorables o desfavorables en el miembro de la familia identificada como paciente, ejerce por lo común algún efecto sobre los otros miembros, sobre todo en términos de supropia salud psicológica, social o incluso física.

#### LA NO SUMATIVIDAD

El análisis de una familia no es la suma de los análisis de sus miembros individuales, hay características de un sistema, esto es patrones interaccionales que trascienden

las cualidades de los miembros individuales, muchas de las cualidades de los miembros en particular, la conducta sintomática son de hecho inherentes al sistema.

#### RETROALIMENTACION Y HOMEOSTASIS

El sistema actúa sobre las entradas ( acciones de los miembros o del medio ) al sistema familia y la modifica ; de be examinarse la naturaleza del sistema y sus mecanismos de retroalimentación, así como la naturaleza de la entrada ( equifinalidad ), esto describe como algunas familias pueden soportar grandes crisis convirtiéndolas en motivos de unión y otras son incapaces de manejar las crisis más insignificantes .

Todas las familias que permanecen unidas deben caracterizarse por cierto grado de retroalimentación a fin de soportar las tensiones impuestas por el medio y por los miembros individuales. Las familias perturbadas realizan el cambio y a menudo demuestran gran capacidad para mantener el equilibrio mediante una retroalimentación negativa.

Sin embargo, también existe aprendizaje y crecimiento en la familia.

## CALIBRACION Y FUNCIONES ESCALONADAS

Lo anterior implica dos supuestos básicos : el de constancia dentro de un rango definido, la importancia del cambio y la variación ( en términos de retroalimentación positiva, negativa en otros mecanismos) radica en la calibración o regulación del sistema (regla) a diferencia de las funciones escalonadas que ejercen un efecto estabilizador : la depresión ejerce un cambio brusco que calibra el sistema e incluso puede ser adaptativo, bajo este enfoque los mecanismos homeostáticos observados clínicamente por Jackson se producen como respuesta a una desviación con respecto a las reglas familiares y la conducta del niño ( sintomático depresivo ) no es más que una conducta o manifestación ( comunicación ) frente a un contexto comunicacional ( en familia ) absurdo e insostenible ( conflicto).

### 6.2 LA DEPRESION Y SUS MANIFESTACIONES EN EL NIÑO

Al iniciar la revisión teórica del sistema familiar del enfermo mental sus características principales pueden resumirse así : un sistema familiar perturbado con reglas confusas, estrictas, parece desprovisto de rasgos esenciales que caracterizan al sistema sano, parece privado de metareglas utilizables , es decir, reglas que permitan va

riar las mismas, este sistema no puede hacer frente con eficacia a una situación porque sus reglas ( su repertorio de comportamientos ) son inadecuados, será incapaz de engendrar nuevas reglas para dominar la situación, en causa un sistema así participa totalmente en un género de resolución de problemas de vana circularidad que bien podría denominarse un juego sin fin. ( Wyrsh, 1975, Cap. 3 ).

Toda esta serie de características en una familia perturbada genera una serie de patologías, ya sea de tipo psíquico, psicológico o social.

Enfocaremos nuestro análisis en investigar cómo estos factores descritos anteriormente inciden en la aparición de sintomatologías depresivas.

Los diversos modos en que un individuo puede desarrollar una predisposición a la reacción depresiva según Wuinokur quien afirma que:

La aparición de trastornos afectivos determinados por la genética tiene a su vez influencia determinante de diversos factores de orden social, cultural, religioso y educativo, además estos mismos factores pueden ejercer cierta influencia sobre la frecuencia y la forma



de los trastornos afectivos".<sup>15/</sup>

Está claro que las prácticas de crianza, la educación religiosa, las normas culturales de duelo, la presencia de determinadas salidas socialmente aceptadas para la agresión y otras exigencias, el grado en que una cultura inculca la culpabilidad o pregona la responsabilidad y rasgos específicos de carácter genético en todo grupo humano influenciarán el desarrollo y la forma de patologías.

Así mismo existen culturas que predisponen la depresión, existen contextos familiares con características comunes que posibilitan dentro de su marco social el desarrollo de la enfermedad depresiva.

"Los síntomas característicos de la depresión en niños y adolescentes se pueden definir dentro del marco de una disminución del rendimiento escolar, trastornos del comportamiento y alteraciones sico-somáticas".<sup>16/</sup>

El niño depresivo a diferencia del adulto no habla espontáneamente de sus síntomas, los estados se determinan por los signos objetivos, en los casos más típicos el niño de

---

<sup>15/</sup> MENDELSS, J. La depresión , Barcelona , Heder 1982, p. 140-141

<sup>16/</sup> Ibid, cap. 3

muestra un semblante triste, e inexpresivo, solloza por cualquier motivo, habla con voz monótona , se dá un descenso en el rendimiento escolar, ya que tiene dificultad para mantener la atención , disminución de la respuesta motriz, enuresis, apatía y desinterés, se aísla y rechaza participar en juegos colectivos, se dan crisis de pavor nocturno y de manifestaciones fóbicas obsesivas.<sup>17/</sup>

El propósito de enviar o transferir un mensaje emocional como en el caso de las carencias afectivas maternas, y la ansiedad sobre-protectora llevan al niño a traumatismos en su desarrollo emocional, generalmente dentro de nuestra cultura en estas familias se dá además de este ambiente de comunicación negativo, el ambiente de pobreza, falta de higiene, hiponutrición, falta de educación y carencia de estimulación; predisponiendo al niño a una depresión o a cualquier otra patología.

En la hipótesis de estudio de Bateson, 1958, los miembros de una familia disfuncional establecen una comunicación alienada, confusa, donde los mensajes no llegan correctamente logrando una perturbación en las conductas ; no existe acuerdo entre la palabra y la actitud que manifiestan ,

---

<sup>17/</sup> AYUSO, J. y SAEZ , Y. Las depresiones, nuevas perspectivas clínicas, cap. 4

hay carencia de concordancia en lo que se transmite se dá una retroalimentación negativa, evitando acuerdos para definir situaciones conflictivas. Dentro de estas familias no se dá la oportunidad de que todos expresen lo que sienten , evitan la comunicación con el sistema "enfermo" , no se establece una comunicación oportuna y precisa y por lo general cuando intentan comunicar se terminan en conflictos graves.<sup>18/</sup>

Según Parkes, 1972-76 manifiesta que:

La magnitud de la respuesta depresiva depende basicamente de la intensidad de la respuesta afectiva y la seguridad de la unión entre la pareja.

Los aspectos traumatizantes que operan durante la infancia constituyen elementos formativos en el desarrollo de la personalidad depresiva, ésto acompañado de una "pre disposición" por parte de la persona y separaciones afectivas llevan a alteraciones traumáticas en la conducta del infante.<sup>19/</sup>

---

<sup>18/</sup> WIUKIU, op. cit. cap. 2

<sup>19/</sup> MARTI, Tusquets, op. cit., cap. 2 p. 6

La familia de los pacientes deberán crear hábitos y pautas de comportamiento frente al niño y las situaciones que se generan con la manifestación de su enfermedad. Estos hábitos y/o pautas de comportamiento deberán ser enfocados directamente hacia la administración de la droga en el horario preciso y el diálogo u orientación al niño de las situaciones difíciles . Lo más importante en estos casos será la unión y participación de toda la familia durante el desarrollo del tratamiento. Los padres deberán observar, analizar y evaluar constantemente el proceso de desarrollo de la enfermedad, pidiendo orientación y asesoría a los profesionales del área de salud mental infantil a fin de evitar las confusiones que se podrían presentar ante los cuadros sintomatológicos del niño.

### 6.3 INTERVENCION DEL PROFESIONAL

En el campo de la salud se han hecho importantes esfuerzos por delimitar áreas de intervención , funciones y papeles a desempeñar con algunos resultados, en este campo se hace urgente tal delimitación y claridad por la tendencia cada vez más necesaria a trabajar en equipo interdisciplinariamente, donde cada profesional tiene una posición en el equipo y un aporte decisivo en el tratamiento integral del paciente, no sólo para su estudio y diagnóstico , según políticas nacionales e internacionales en

salud, sino también en la elaboración de alternativas que sirvan al equipo para asegurar la participación activa de la familia durante el tratamiento de su paciente, tales alternativas estarían enfocadas hacia la orientación, educación, motivación y control de ésta.

"La profesión de Trabajo Social es tal vez la disciplina que en forma más directa debe traducir ese sistema científico y tecnológico de pautas de intervención frente a limitaciones que afectan al individuo, a grupos, a comunidades y a instituciones con nombres propios en situaciones muy concretas y en momentos históricos determinados sin desconocer el marco general en el cual se mueve, se gestan, se reproducen y desaparecen, sin desconocer los procesos generales que a ella les afectan, ni las fuerzas que a partir de esos individuos, grupos, comunidades, e instituciones se gestan hacia el seno de esa sociedad. Sin desconocer mucho menos las características que la estructura social resultante imprime a las relaciones existentes entre los individuos, grupos y organizaciones y de la forma como este tipo de relaciones afecta negativa o positivamente las condiciones de vida, las condiciones de funcionamiento social de las personas y cuáles oportunidades puede el individuo encontrar y gestar a partir de los elementos que esa estructura le permite utilizar. 20/

---

20/ OSORIO, Tomás C. La metodología de la Intervención del T.S.

Op. cit. cap. 15

La naturaleza de la intervención de Trabajo Social ciñe su mundo y su ámbito de intervención a los procesos que se dan a nivel micro-social. De esta forma su análisis, su capacidad interpretativa trata de utilizar los elementos más generales de la ciencia para la adecuada interpretación de las características particulares de estos sistemas sociales, para poder ubicar la interpretación dentro del conocimiento general de las ciencias y establecer las correlaciones necesarias para que sus juicios reflejen, en la forma más científica posible las condiciones y las características del sistema de observaciones.

Otro de los aspectos que caracterizan, que dan un toque particular a la intervención del Trabajador Social es el de que su tejido que es sujeto de observación, es un tejido vivo, es un individuo, una organización ; es objeto y sujeto de la observación, que se transforma en el proceso de observación, critica y analiza, y es capaz de gestar pautas de intervención ( roles, acciones, estrategias , programas) no es un objeto paciente que espera con la suficiente inmovilidad requerida para la intervención del Trabajador Social luego de un proceso de observaciones, análisis, deducciones y síntesis, produzca la interpretación de esa realidad sin haber efectuado movimientos propios, sin haber alterado su dinámica, no es un sujeto activo en proceso de transformación, que afectan al Trabaja

dor Social que desde luego va a reflejarse en el producto final, es decir, en el diagnóstico de las características particulares y generales del sistema en observación así en el Trabajador Social observador.

De esta forma resumiéndose las características de este proceso, las características de la intervención del Trabajador Social suponen el cumplimiento de una fase que se estructuran en lo que hoy se denominan el método básico de la intervención en realidad, que resume la experiencia metodológica de las Ciencias Sociales, que no es un procedimiento único, propio o auténtico de Trabajo Social, sino que es fruto de muchas disciplinas que tienen su accionar profesional en el campo social con miras enfrentar, atender y superar situaciones problemáticas.

El proceso que se constituye en el marco instrumental para la intervención del Trabajador Social se verifica a través de unas etapas que han sido diferenciadas de la siguiente forma : Etapa de estudio de esa realidad, que es objeto de intervención, estudio que se verifica a través de una toma de contacto con esa realidad, de un proceso que inicialmente puede estar dado por una observación un tanto espontánea directa y simple ( muy superficial, pero que poco a poco pasa a instrumentarse, a estructurarse, a complementarse con elementos teóricos y que poco a po

co van a conformar dentro de ese proceso de observación elementos suficientes como para irle permitiendo al profesional formular un diagnóstico interpretativo de esa realidad, es decir, un diagnóstico que trate de describir y analizar los elementos que caracterizan el sistema social en particular y de establecer las relaciones que este sistema posee con el entorno general de las estructuras sociales de las cuales forma parte; también les va a permitir establecer diagnósticos preliminares sobre la problemática que afecta al sistema social hasta que finalmente, mediante un proceso que implica la utilización de los elementos de la ciencia, de la observación, a la cual ya nos hemos referido , mediante el análisis, la síntesis, la educación y la sistematización, la formulación de lo que podríamos llamar un diagnóstico operativo, es decir, un sistema hipotético, un sistema de juicios de explicaciones y de correlaciones, a partir de los cuales este profesional puede considerarse en capacidad de gestar un proceso de intervención de esa realidad. Dentro de la gestación de este diagnóstico operativo en este mismo proceso simultáneamente el profesional ha ido estableciendo una serie de metas de intervención a través de cuyo logro considera él y el equipo de trabajo va a contribuir a la superación de las limitaciones encontradas inicialmente, en el diagnóstico operativo que están entorpeciendo el proceso normal de organización de transformación y de superación.



ción de ese sistema.

En el campo de la salud mental la intervención del Trabajador Social debe ser participativa a nivel del tratamiento sicosocial del paciente que es el área de su competencia y responsabilidad la cual puede y debe ser compartida con otras disciplinas como la Psicología, la Psiquiatría, la Terapia Ocupacional, la Enfermería y aún la Medicina, pero evidentemente surge la necesidad de prepararse para el desempeño de un nuevo rol que no se improvisa, ya sea de terapeuta, orientador, aportador de ideas y ejecutor de historias sociales, su participación sería entonces el producto de un aprendizaje teórico-práctico; la praxis es un elemento imprescindible para lograr un lugar en el equipo.

El papel del Trabajador Social en el área de Salud Mental es de gran importancia, ya que la profesión tiene en cuenta el factor humano, el cual es decisivo en la aparición de cualquier patología.

Debe tenerse en cuenta que la enfermedad puede afectar la personalidad del que la posee y ésta a su vez modifica aspectos de la enfermedad, lo anterior puede producir alteraciones en alguno de los miembros de la familia. Por tal

motivo el Trabajador Social toma en cuenta a toda la persona y por consiguiente a toda la familia.

El Trabajador Social al intervenir en el equipo interdisciplinario toma como datos principales del paciente los siguientes: antecedentes de la enfermedad, posibles factores precipitantes a fin de facilitar el diagnóstico social; en su terapia proporciona ayuda práctica y apoyo al paciente y a sus familiares, prepara al paciente para la rehabilitación y reduce las otras cargas ambientales que pudiesen afectar al paciente y a su familia después de que se le ha dado de alta en el hospital.

El elemento emocional es tenido en cuenta por el Trabajador Social, ya que si se descuidase es factible que se obtenga una respuesta menos satisfactoria en el tratamiento, que considere la reacción de un individuo hacia el ambiente y su sobrecarga y vea al paciente como una unidad en su familia y en su medio social, esto es recomendable siempre y cuando no enfatice demasiado en el ambiente y subestime la enfermedad y su importancia dentro de la empresa.

Todo el anterior proceso lo realiza el Trabajador Social a través de alternativas y estrategias de acción las cuales se definen en sentido general como el arte de dirigir

un conjunto de operaciones orientadas al logro de unos objetivos. Para la puesta en marcha de unas estrategias se deben tener en cuenta: Los objetivos de la institución, las políticas, la población que atiende, el personal al que se le presta los servicios, la problemática que presenta el usuario y los recursos con los que cuenta la institución.

Entre las estrategias aplicadas por el Trabajador Social tenemos: La participación en el equipo interdisciplinario, realización de entrevistas a los familiares de los pacientes, visitas domiciliarias, visitas a instituciones escolares, seguimiento de casos y terapias a la familia.

El Trabajador Social hace uso además de teorías , tales como la sistémica. De métodos como caso, grupo y comunidad. De programas , los cuales pueden ser preventivos como información básica a la familia en relación a la prevención de las enfermedades mentales en los niños ; educativos como orientación a la familia acerca del origen, desarrollo y consecuencia de las enfermedades mentales en los niños; y terapéuticas donde se busca la participación de la familia en el tratamiento y recuperación del paciente, esto se logra a través de sesiones con la familia, conferencias, dinámicas de grupo donde se aplican tareas que determinan la participación activa y consciente de la fa

milia . Programas sociales , tales como dinámicas recreativas y culturales que se realizan con los niños de la consulta externa. Estos programas se desarrollan a través de las prácticas institucionales y comunitarias a nivel de Trabajo Social con miras a reestructurar los niveles de comunicación y organización familiar.

La determinación de estas metas implica dentro de esta descripción de la naturaleza de la intervención profesional del Trabajo Social en Salud Mental que hemos definido como la intervención profesional que netamente busca la transformación de esas relaciones familiares disfuncionales y la modificación de las condiciones iniciales dentro de su sistema de comunicación y la eliminación y superación de aquellos conflictos que entraban en el proceso de organización familiar, por ello debemos pasar dentro de este proceso superando las fases de interpretación de la problemática del paciente a planificar las estrategias y alternativas de acción y pasar luego a la ejecución de un plan de trabajo resultante y dentro de este proceso de la ejecución al control y evaluación de todo el tratamiento de la familia de pacientes depresivos de la consulta de Psiquiatría Infantil del Hospital San Pablo.

De esta forma la integración del Trabajador Social sea cual sea el sistema social en el que se esté interviniendo

do a nivel micro-social estará orientada a modificar las condiciones que afectan negativamente el funcionamiento del grupo y de los individuos que forman parte en un entorno dado, es una intervención motivada hacia la transformación de condiciones existentes hacia condiciones cualitativas y cuantitativamente superiores, es una intervención que se preocupa por la organización de la familia y por la cualificación de aquellos elementos que en posesión de los individuos van a facilitarle la autoadopción de posiciones críticas y consecuentes con las necesidades que ellos como familia y como miembros de un sistema social dado, deben introducir en el conjunto de su personalidad, para la superación de sus conflictos.

## 7. DEFINICION DE TERMINOS

### 7.1 ACTITUD

Predisposición aprendida y perdurable a conducirse en forma consecuente respecto a una clase dada de objetos. Estado de reacción persistente, mental o nervioso ante cierto objeto o clase de ellos, no como son sino como se conciben que son.

### 7.2 ACEPTACION

Actitud receptiva o positiva hacia un juicio , recibir con aprobación sin admisión.

### 7.3 ADAPTACION

Cambio en la estructura o conducta que tiene valor perdurable, tambien cobija cualquier cambio beneficioso para en frentar las exigencias del ambiente.

#### 7.4 AFECTO

Inclinado a alguna persona o cosa; sentimiento de aprobación y/o amor que se produce luego de un proceso cognoscitivo entre los individuos.

#### 7.5 AFECTIVIDAD

Capacidad para experimentar sentimientos y emociones. Las reacciones afectivas pueden proceder de malestar o bienestar del propio cuerpo o de las experiencias del individuo en relación con el ambiente.

#### 7.6 AISLAMIENTO

Tendencia a evitar los contactos sociales. Acto de aislar especialmente en el sentido social. Sensación de enajenamiento de sus propios compañeros y familiares.

#### 7.7 AMBIENTE

Suma de las condiciones y factores externos capaces de influir en la conducta o actitud de un individuo.

#### 7.8 AMBIVALENCIA

Tendencia a ser impulsado psicológicamente en dirección

nes opuestas como por ejemplo entre : afirmación y negación, aceptación-rechazo , amor-odio.

#### 7.9 ANALOGIA

Correspondencia en cuanto a su función entre órganos que tienen una estructura u origen diferentes.

#### 7.10 AXIOMA

Proposición que no puede probarse ni rechazarse sino que se acepta como verdadera.

#### 7.11 CATEGORIA DE PARTICIPACION

La posición que uno atribuye a sus interlocutores en cuanto al nivel de su contribución de la interacción y especialmente en cuanto a sus derechos y deberes en una relación de comunicación.

#### 7.12 COMUNICACION

Se define como el sistema de comportamientos integrados que hace posible las relaciones entre los individuos. Es un mecanismo de organización social permanente y es un mecanismo del comportamiento comunicativo.



Es un proceso social permanente que integra múltiples modos de comportamiento : la palabra, el gesto, la mirada, la mímica, el espacio inter-individual, es importante la unión de estos componentes para una adecuada comunicación.

#### 7.13 COMUNICACION DISFUNCIONAL

Se presenta como un proceso alienado y confuso donde los mensajes no llegan correctamente generando perturbaciones en la conducta de los individuos. No existe acuerdo y/o concordancia entre la palabra y la actitud que se manifiesta. Se dá una retroalimentación negativa y se evitan acuerdos para definir situaciones conflictivas.

#### 7.14 COMPORTAMIENTO

La conducta de una persona durante un período corto o prolongado y que incluye cualquier cantidad de acciones individuales.

#### 7.15 CONFLICTO

Estado de una persona cuando han sido activados impulsos o tendencias de respuestas inconciliables.

#### 7.16 CONTENIDO

Todo lo que constituye algo.

#### 7.17 CREENCIA

Aceptación emocional de una proposición o doctrina cuyos fundamentos implícitamente se toman como adecuados.

#### 7.18 CULTURA

El modelo de todos aquellos procesos materiales o de conducta mediante los cuales una sociedad logra para sus miembros mayores satisfacciones que las que ellos pueden alcanzar en un estado de naturaleza.

#### 7.19 DEPRESION

Es una afección relativamente común, puede presentarse con todos los grados de severidad, desde un cambio de humor hasta una enfermedad en la cual el paciente sufre todas las angustias mentales de los condenados. Esto va acompañado de tristeza, hipocondría, insomnio, anorexia-manía, suicidios en casos extremos, trastornos de tipo afectivo. La enfermedad depresiva puede ocurrir en cualquier grado de gravedad, hay casos relativamente leves que pasan desapercibidos ,pe

ro que van creando traumatismos en el desarrollo emocional del individuo.

#### 7.20 DEPRESION NEUROTICA

Por lo general está relacionada con el stress ambiental , esto ocurre con mayor frecuencia en personalidad inestable y frecuentemente se manifiesta con ansiedad, histerias, obsesiones, fugas y fobias.

#### 7.21 DEPRESION PSICOTICA

Esta enfermedad es mucho más intensa y se encuentra asociada con factores precipitantes, presupone una reacción excesiva ante factores muy poco traumatizantes. Puede acompañarse de sentimientos de culpa o padecimientos somáticos.

#### 7.22 DIADA

Relación entre dos (2) individuos.

#### 7.23 ENFERMEDAD

Deterioro anormal, trastorno o desarreglo de cualquier función en un individuo.

#### 7.24 ENFERMEDAD MENTAL

Comprende todas las formas de padecimientos de la conducta en el individuo. Funcionamiento anormal físico, social y mental del individuo.

#### 7.25 ESTRUCTURA

Todo arreglo, agrupamiento, modelo, o articulación durables de partes para formar un sistema o totalidad relativamente estable.

#### 7.26 ESTRATEGIA

Pasos o acciones metodológicas que se desarrollan para la consecución de un fin u objetivo.

#### 7.27 FAMILIA

Grupo de individuos emparentados por sangre o matrimonio, incluye siempre a la madre, al padre y a los hijos y colaterales, cuyas funciones son procrear, satisfacer las necesidades básicas y brindar a sus hijos amor, comprensión y afecto; elementos determinantes en la formación de su personalidad.

### 7.28 FIGURA PATERNA

Persona que es colocada en el lugar de padre verdadero y que se vuelve objeto de actitudes transferidas en otras habituales originalmente desarrolladas en relación con el padre.

### 7.29 FIJACION

Reforzamiento de una tendencia aprendida especialmente. Un hábito motor que se vuelve fija o rígida de manera particular especialmente en la forma de fijación afectiva.

### 7.30 GESTO

Movimiento de algunas partes del cuerpo con el propósito de comunicarse. De acuerdo con esta definición el discurso es una clase de gesto.

### 7.31 MANIPULACION

Dominio de una situación especialmente una situación social por medio del manejo de los factores en ella comprendido. A menudo está implícita una actitud y/o actividad desviada o encubierta de un individuo sobre otro.

### 7.32 MENSAJE

Aspecto de la conducta de una persona que otra percibe como dotado de implicaciones o significación. No es necesario que la persona que inicie la conducta se proponga que ésta sea un mensaje. Un rubor transmite un mensaje.

### 7.33 PRAGMATICO

Ciencia que estudia los efectos de la comunicación sobre la conducta.

### 7.34 PARADOJA

Afirmación que implica auto-contradicción, cuestión que cuando se observa o describe incluye elementos aparentemente incoherentes o contradictorios.

### 7.35 ROL

Función representada por un individuo en un grupo.

### 7.36 RECHAZO

Proceso de apartar o separar objetos o ideas que afectan o perturban al individuo.

### 7.37 RETROALIMENTACION

Proceso de dar y recibir respuestas adecuadas.

### 7.38 SALUD MENTAL

Es el completo bienestar físico, social y mental del individuo que le permite desarrollar sus funciones de interacción social conforme está establecido en ella y en la sociedad.

### 7.39 SIMETRIA

Propiedad de tener características de forma similar, igual o paralela.

### 7.40 SEMANTICA

Ciencia que estudia el significado de las palabras y otros signos.

### 7.41 SISTEMA

Es un complejo de elementos en interacción y cuyas interacciones son aleatorias.

#### 7.42 STATUS

Estado o condición de un asunto o de una persona; posición acordada a una persona en su propio grupo formal o informalmente, el status depende de los integrantes del grupo o comunidad y en cierto modo es una cuestión de cómo los otros perciben directamente a un individuo.

#### 7.43 TEMAS PERSONALES

Se refiere a la conversación acerca de la familia sentimientos privados, carreras profesionales y experiencias vitales anteriores a la jubilación, etc.

#### 7.44 TERAPIA

Tratamiento de trastornos o desajustes emocionales por cambios definidos y a menudo sustanciales en las circunstancias ambientales inmediatas en la vida de la persona.



## 8. DISEÑO METODOLOGICO

Esta investigación se realizará en el área de Psiquiatría Infantil del Hospital San Pablo en el cual se atienden niños de 1 mes a 16 años de edad con diferentes patologías desde el punto de vista psiquiátrico, social y psicológico atendidos por el Psiquiatra, la Trabajadora Social en práctica y la Psicóloga.

A través del estudio y diagnóstico social de los casos se obtendrá un mayor conocimiento de la situación en que se encuentra la familia del niño deprimido, a la vez se describirá cómo estos comportamientos incluyen en los sentimientos afectivos del niño.

### 8.1 TIPO DE INVESTIGACION

Se realizará una investigación empírica-aplicada, ya que sus resultados intentan la resolución de un problema, la toma de decisiones, el desarrollo de nuevos programas, la evaluación de éstos, etc. Esta definición está directamen

te relacionada con la problemática a estudiar ya que a través de la investigación se pretende dar solución a una de las situaciones que se presentan a nivel de familia como es la distorsión en la comunicación , reestructurando estos patrones, mediante alternativas de acción que brindan a los profesionales, en especial al Trabajador Social intervenir en este tipo de familia.

De acuerdo al nivel de conocimiento que se desea obtener es diagnóstico-descriptivo porque se intenta llegar a una definición de la situación actual y así mismo describir las principales modalidades de formación de estructuración o cambio del fenómeno para su transformación. Por lo tanto es importante destacar que mediante el estudio se llegará a especificar las características de este tipo de familia con base en esto se elaborará un diagnóstico que indicará si la familia presenta esta problemática o no con el fin de incluirla dentro del análisis final con esto se llegará al cambio del fenómeno que se presenta.

De acuerdo a sus características y su naturaleza, será una investigación de campo no experimental , ya que se realizará en un ambiente natural. Este estudio se llevará a cabo con la familia de los pacientes en el Hospital San

Pablo . No es experimental porque las variables o aspectos a estudiar en la investigación son no controlables por el investigador, debido a que estas variables son de tipo sociales, las cuales están sometidas a constantes cambios.

## 8.2 UNIVERSO Y MUESTRA

El universo lo conforman 53 familias residentes en el departamento de Bolívar, las cuales asisten a consulta de Psiquiatría Infantil del Hospital San Pablo con sintomatología depresiva.

MUESTRA : Se tomarán 53 familias , las cuales son equivalentes al total del universo que asisten a la consulta en los últimos dos años, tiempo en que se ubica la investigación.

Dentro de la población a estudiar se incluirán los siguientes profesionales: 5 trabajadores sociales, 2 psiquiatras, 2 psicólogos que atienden a estos niños.

## 8.3 CRITERIOS PARA SELECCIONAR LA POBLACION

Entre los criterios de selección tenemos:

- Que los familiares residan en el departamento de Bolívar

- Que las edades de los niños oscilen entre 1 mes y 16 años.
- Que la manifestación sintomática fuera de las que mayor número de pacientes presentaba en la consulta de Psiquiatría Infantil durante los años 1985 y 1986.
- Familias donde se hacen persistente las manifestaciones depresivas en el niño.
- Familias que se niegan a colaborar en el tratamiento y/o la aceptación de la enfermedad del niño.

#### 8.4 SUPUESTOS

Para que haya una mayor participación de la familia en el tratamiento y recuperación del niño deprimido, la intervención profesional debe estar dirigida a concientizar las necesidades de reestructurar los sistemas de comunicación al interior de la familia y responsabilizar a toda esta en la participación del tratamiento de su paciente .

#### 8.5 DELIMITACION GEOGRAFICA

El trabajo de investigación se desarrolla en el área de Psiquiatría Infantil del Hospital San Pablo, institución hospitalaria afiliada al Ministerio de Salud Pública en el

departamento de Bolívar.

El hospital se encuentra ubicado al sur oriente de la ciudad de Cartagena ofreciendo servicios a personas con problemas de neumología, psiquiatría, farmacodependencia, cirugías menores y consulta externa.

EL HOSPITAL LIMITA:

Al norte: con los terrenos de la ciudad escolar Comfenalco.

Al este : con el refugio de pacientes de TBC y el sector invasión Simón Bolívar.

Al oeste: con las facultades de Enfermería , Medicina y Odontología .

Al Sur : con los barrios La Campiña y Buenos Aires.

8.6 DELIMITACION TEMPORAL

La investigación se encuentra ubicada en el marco de los últimos tres años tiempo a partir del cual iniciamos las prácticas a nivel institucional fundamento de nuestras ba

ses para determinar el problema objeto de nuestra investi  
gación del proyecto . .

## 9. HIPOTESIS

La disfunción en la comunicación dentro del sistema familiar incide en la generación de cuadros clínicos con sintomatologías depresivas.

## 10. VARIABLES DE LA INVESTIGACION

### 10.1 VARIABLE INDEPENDIENTE

Disfunción en la comunicación familiar.

### 10.2 VARIABLE DEPENDIENTE

Sintomatologías depresivas en los niños.

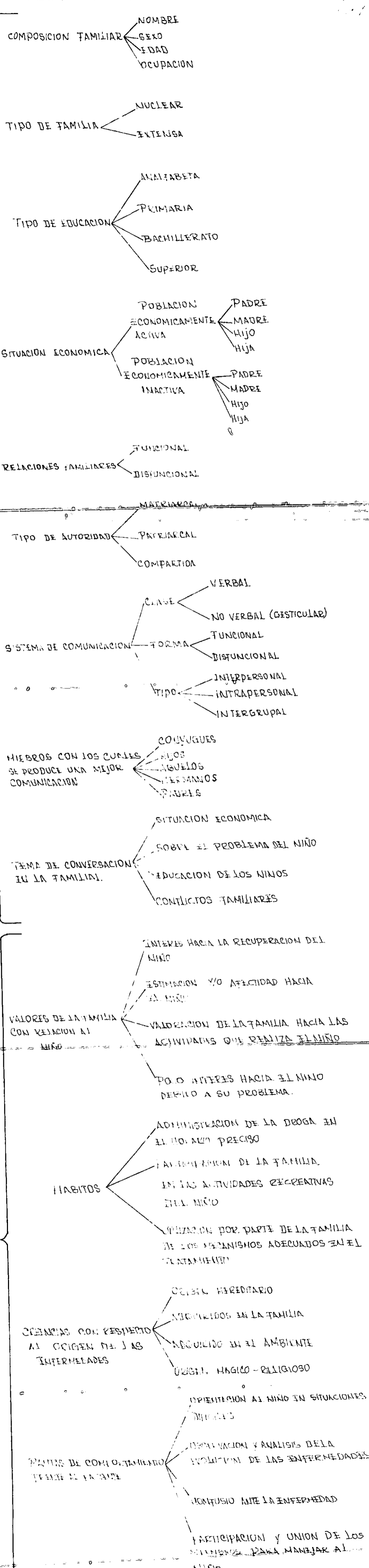


# OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

EN LA COMUNICACION FAMILIAR

CARACTERISTICAS SOCIALES DE LA FAMILIA

CARACTERISTICAS CULTURALES DE LA FAMILIA



DISFUNCION

SINTOMATOLOGIA DEPRESIVA EN LOS NIÑOS.

CARACTERISTICAS DE LA DEPRESION Y SUS MANIFESTACIONES EN EL NIÑO.

FACTORES PRECIPITANTES DE LAS ENFERMEDADES DEPRESIVAS EN LOS NIÑOS

- DISCUSIONES EN EL HOGAR
- MALTRATO FISICO
- MALTRATO PSICOLOGICO
- SOBRE PROTECCION
- MARGINALIDAD
- SENTIMIENTOS DE AMBIVALENCIA

PROMEDIO DE EDADES EN QUE MAS SE PRESENTA LA ENFERMEDAD

- DE 1 A 4 AÑOS
- DE 5 A 8 AÑOS
- DE 9 A 12 AÑOS
- DE 13 A 16 AÑOS

SINTOMAS DE LA ENFERMEDAD DEPRESIVA EN LOS NIÑOS

- PERDIDA DE APETITO
- TRASTORNOS DEL APRENDIZAJE
- DISMINUCION DE LA RESPUESTA MOTRIZ.
- ENURESIS
- APATIA Y/O DESINTERES
- LLANTO INVOLUNTARIO
- PAVOR NOCTURNO

FACTORES QUE PREDISPONEN LA ENFERMEDAD

- SEPARACION DE LA MADRE
- SEPARACION DE LOS CONYUGUES
- PRESENCIA DE OTROS MIEMBROS CON DEPRESION.

FORMAS EN QUE SE DA LA INTERVENCION

- ROLES
- ACCIONES
- ESTRATEGIAS
- PROGRAMAS

ROLES DEL TRABAJADOR SOCIAL

- APORTADOR DE IDEAS
- ORIENTADOR
- EDUCADOR
- EJECUTOR DE HISTORIAS SOCIALES
- TERAPEUTA

INTERVENCION DEL TRABAJADOR SOCIAL

ESTRATEGIAS DE INTERVENCION DE EQUIPO INTERDISCIPLINARIO EN LA FAMILIA

- TIPO DE TEORIA
  - SISTEMICA
  - PSICODINAMICA.
- METODO
  - BASICO
  - INDIVIDUAL
  - GRUPO
  - COMUNIDAD
- PROGRAMA
  - PREVENTIVO
  - EDUCATIVO
  - TERAPEUTICO
  - SOCIALES

ALTERNATIVAS DEL EQUIPO INTERDISCIPLINARIO HACIA LA FAMILIA.

- ORIENTACION DE LA FAMILIA EN EL TRATAMIENTO Y RECUPERACION DEL NIÑO.
- EDUCACION DE LA FAMILIA CON RELACION A LA ENFERMEDAD Y MANEJO DEL NIÑO
- MOTIVAR A LA FAMILIA EN LA PARTICIPACION ACTIVA DEL TRATAMIENTO DEL PACIENTE
- CONTROL DE ASISTENCIA DE LA FAMILIA A LA CONSULTA DE SALUD MENTAL INFANTIL.

## 11. TECNICAS E INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCION DE LA INFORMACION

### EL CUESTIONARIO

Se utilizará con el fin de recolectar la información requerida por los objetivos de la investigación.

Las preguntas se harán de tipo abierto, cerradas y/o estructuradas permitiendo así la obtención de respuestas fáciles de codificar y/o tabular.

### LA ENTREVISTA

Es necesario la aplicación de entrevistas estructuradas y no estructuradas y focalizadas , ya que permitirá conocer la opinión que tienen la población objeto de estudio, acerca de la situación a que ha estado sometida con su paciente en forma amplia y clara:

- Las características de la manifestación de la enfermedad
- y

- Su aspecto socio-económico y cultural.

Se aplicará la entrevista a: Trabajadoras Sociales, Psiquiatras y Psicólogos con el objetivo de identificar la metodología teórica-práctica de la intervención del equipo interdisciplinario en el área de la salud mental infantil.

#### RECOPIACION DOCUMENTAL

Esta técnica es fundamental en nuestra investigación debido a que los datos obtenidos en las lecturas de textos científicos, literarios, revistas, folletos e investigaciones referentes al tema nos brindarán un esquema conceptual amplio que servirá de base para el desarrollo del trabajo.

#### OBSERVACIONES

La aplicación de esta técnica nos servirá concretamente en la percepción objetiva que realizaremos principalmente en la familia de los pacientes, en el momento de estudiar como se dan sus relaciones sociales internas y así diagnosticar el problema,

## TABULACION Y/O INTERPRETACION DE LA INFORMACION

La presentaremos en forma de cuadros o resultados estadísticos, el procesamiento y análisis de los datos se hará siguiendo un método de codificación ya que los objetivos del estudio lo exigen así.

## FUENTES

Las fuentes a utilizar en la investigación serán las siguientes :

Fuentes Primarias: Trabajadoras Sociales, Psiquiatras, Psicólogos, familias y pacientes del Hospital San Pablo.

Fuentes Secundarias: Las investigaciones que se han realizado referente al tema, bibliografía, revistas, folletos.

## 12. INTERPRETACION DE LOS DATOS DE LA INVESTIGACION

### INTRODUCCION

En el siguiente capítulo se harán afirmaciones sobre las propiedades estadísticas de los datos recopilados para luego, darles significación con el propósito de reunir las observaciones llevadas a cabo, las afirmaciones obtenidas a través de las entrevistas aplicadas a los padres de los pacientes con sintomatologías depresivas del área de psiquiatría infantil del Hospital San Pablo, las entrevistas realizadas a los profesionales que intervienen en el tratamiento de estos pacientes, y las observaciones realizadas con el propósito de verificar el sistema de comunicación intrafamiliar para así definir inferencias en relación a los axiomas de la comunicación ; de tal forma que sea posible presentar los resultados de la investigación con el fin de proporcionar respuestas al problema planteado.

De 53 casos diagnosticados como depresión, neurosis depre

siva, depresión reactiva y sintomatologías depresivas en el área de psiquiatría infantil del hospital San Pablo en la ciudad de Cartagena, durante el período comprendido entre 1985 a 1986 solo se pudo trabajar con 52 pacientes ya que al llegar a la vivienda de uno de los pacientes nos encontramos con que el niño había sido abandonado hacía 6 meses atrás por su madre quien luego de suspender el tratamiento del niño sin autorización del profesional se deshizo de él porque no podría aceptar el comportamiento apático introvertido y con tendencias homosexuales presentados por el niño, se investigó también que la persona que llevó al niño a consulta fué la abuela materna y de eso hacia ya un año, tiempo después esta señora murió quedando el niño con la madre; razón por la cual las estudiantes vieron la necesidad de cancelar este caso de la investigación no sin antes mostrar someramente el ambiente familiar en el que vivía este niño, de tan sólo 8 años quien se le había diagnosticado depresión reactiva.

Por otra parte al realizar las entrevistas a los familiares de los pacientes seleccionados ( 52 niños) , los cuales corresponden a una población de 104 padres solo se pudo trabajar con 66 de los cuales en 11 casos se entrevistó a los abuelos del niño y en 22 casos a los tíos o demás familiares por ser éstas las personas con las cuales el niño

vivía, de los 33 padres restantes no se pudieron entre visitar a todos, pues estaban separados y vivían en otros sitios de la ciudad y fuera de ésta, además no tenían contacto con los niños, en algunos casos sólo se limitaban a aportar dinero para su alimentación situación en que todo los casos se había logrado mediante el proceso de embargo.



12.1 ANALISIS AL FORMATO DE EVALUACION DE LA GUIA DE OBSERVACIONES PARA LOS ESTUDIANTES DE TRABAJO SOCIAL DURANTE LAS ENTREVISTAS REALIZADAS A LOS FAMILIARES DE PACIENTES

ANALISIS AL AXIOMA

Todos los datos que se analizarán a continuación fueron observados durante las entrevistas realizadas en las viviendas de los pacientes.

En el análisis al axioma "imposibilidad de no comunicarse" que se define como " toda conducta es comunicación". El gesto, la postura, el silencio, y la actitud llevan consigo una forma de comunicación y define el modo como el emisor concibe su relación con el receptor, por consiguiente no es posible no comunicarse, la relación que se establece entre receptor y emisor en el círculo familiar se define como un tipo de relación disfuncional donde el rechazo a la comunicación respecto al problema del niño entre los miembros de la familia se ubican en un 67.3% definiéndose ésta como la actitud más representativa y en este mismo orden se demuestra como la actitud mas sobresaliente frente a los síntomas del niño fué también la de negación con el 63.4% determinándose así como los padres de las familias adoptan actitudes inadecuadas frente a tales comportamien

tos. Es importante señalar que aunque se dió negación al diálogo respecto del problema del niño y la forma como se maneja esta problemática en el hogar en la Tabla 1 esto no evitó que se estableciera la comunicación entre los participantes, por consiguiente la actitud de rechazo al diálogo definió una forma de comunicación disfuncional , ya que muestra cómo la familia a través del síntoma , no se enfrenta al cambio estructural en su patrón de relaciones frente a la homeostasis alcanzada. Este análisis lleva a confirmar que este rechazo al diálogo frente a problemas de más gravedad en el hogar no es más que un reflejo de la impotencia e inconformidad que muestra la familia frente a la situación de crisis en que se encuentra y a la cual no tiene o no conoce los mecanismos adecuados para enfrentar.

TABLA 1 . Relación entre la Actitud de la Familia frente a la enfermedad y tipo de actitud que se adopta hacia el niño

| Actitudes       | Rechazo |      | Aceptación |      | Descalificación |     | Total |      |
|-----------------|---------|------|------------|------|-----------------|-----|-------|------|
|                 | N       | %    | N          | %    | N               | %   | N     | %    |
| Rechazo         | 33      | 63.4 | 2          | 3.8  |                 |     | 35    | 67.3 |
| Aceptación      |         |      | 15         | 28.8 |                 |     | 15    | 28.8 |
| Descalificación |         |      |            |      | 2               | 3.8 | 2     | 3.8  |
| Total           | 33      | 63.4 | 17         | 32.6 | 2               | 3.8 | 52    | 100  |

Se pudo comprobar también que un 57.6% rechazaban que el niño fuera el único síntoma y la actitud en relación al problema o enfermedad del niño también fué de rechazo con el 82.6% lo que demuestra en la Tabla 2 como la familia no acepta que el niño presente depresión o un problema emocional . Analizando estos aspectos en relación al axioma. 21/ Imposibilidad de no comunicarse puede afirmarse que los familiares rechazan el que el niño sea un síntoma, así como también que tenga problemas emocionales. En este caso el caso el rechazo a estos aspectos de la problemática se manifiestan como una forma de comunicación o sea se rechaza la presencia del problema pero no dejan de comunicarse sobre éste.

---

21/ WATZLACICK, op. cit. cap. 3, 4, 2, 5, 6, 4, 7,

TABLA 2. Relación entre la actitud de los padres frente al problema del niño y opinión respecto a si el niño es el único que manifiesta el síntoma.

131

| Actitud frente<br>el problema | El niño es el único que<br>manifiesta el síntoma |      | Rechazo |      | Aceptación |     | Descali-<br>ficación |   | Total |   |
|-------------------------------|--|------|---------|------|------------|-----|----------------------|---|-------|---|
|                               | N  | %    | N       | %    | N          | %   | N                    | % | N     | % |
| Rechazo                       | 23   | 44,2 | 20      | 38,4 |            |     | 43                   |   | 82,6  |   |
| Aceptación                    | 3  | 5,7  |         |      |            |     | 3                    |   | 5,7   |   |
| Descalificación               | 4  | 7,6  |         |      | 2          | 3,8 | 6                    |   | 11,5  |   |
| T o t a l                     | 30   | 57,6 | 20      | 38,4 | 2          | 3,8 | 52                   |   | 100   |   |

Continuando nuestro análisis al primer axioma en la tabla 3 que hace relación así existía la posibilidad de que se presentaran otros miembros con depresión o cualquier otro tipo de perturbación emocional se encontró que de acuerdo con la actitud de aceptación el 63.4% estaban de acuerdo con que existían otros miembros que manifestaban comportamientos anormales, según los padres son los pacientes los que influyen negativamente en las relaciones de la familia esto permite reflexionar al respecto, que en la familia se esquematiza al enfermo mental como el generador de los problemas al interior de ellas y no como la única conducta o manifestación posible frente a un contexto de comunicación absurdo e insostenible, caracterizándose aquí la familia disfuncional, donde por lo general hay uno o más síntomas que van a determinar en definitiva el comportamiento de los demás miembros de la misma forma que recibirán sus influencias, en las anteriores tablas se confirma que aunque la familia se atravesen grandes problemas y conflictos sus miembros se comunican de cualquier forma, no importa el estado de equilibrio o desequilibrio de sus mentes esto nos lleva a confirmar el axioma que analizábamos según el cual " no es posible no comunicarse " .

TABLA 3. Presencia de otros síntomas o perturbaciones emocionales en los restantes miembros de la familia

| Otros síntomas  | Nº | %    |
|-----------------|----|------|
| Rechazo         | 8  | 15.3 |
| Aceptación      | 33 | 63.4 |
| Descalificación | 11 | 21.1 |
| Total           | 52 | 100  |

ANALISIS AL II AXIOMA

Los niveles de contenido y relación en una comunicación , los cuales se definen como <sup>22/</sup> : "Toda comunicación tiene un aspecto de contenido y al aspecto relacional , tales que el segundo clasifica al primero " y es por ende una comunicación; esto determina que toda conducta implica un compromiso y por lo tanto define la relación ya que la comunicación no solo transmite mensajes sino que impone conductas, en la Tabla 4 se comprobó que los participantes ( miembros de la familia ) lograron un acuerdo en el nivel de la relación con el 61,5% pero en el nivel del contenido existe un desacuerdo con un 51,9% a través de esto se determinó que el desacuerdo presentado en el nivel del contenido no per

<sup>22/</sup> Ibid, cap. 3,4,5,6,7

turbó la relación solucionándose el imapse en forma madu  
ra, los padres de familia que aún cuando estaban en desar  
uerdo en lo referente al contenido [ diálogo sobre el  
problema ] la relación que se estableció entre ellos fué  
relativamente adecuada con un 61.5% lo que denota un apa  
rente equilibrio y armonía en las interacciones de los  
miembros del grupo familia, evitándose así las contradic  
ciones que crean debilitamiento de la homeostasis, desar  
monía, inestabilidad y alteración de roles, lo que ayuda  
a generar en la mayoría de las familias de esta investiga  
ción relaciones de dependencia y triangulizaciones de los  
unos hacia los otros. Es importante destacar que el resto  
de las familias no mostró acuerdos en el nivel del conte  
nido de los mensajes lo que nos muestra unas relaciones  
familiares disfuncionales, ya que este desacuerdo en el  
nivel del contenido y en el de las relaciones se observa  
a través del contenido y en el de las relaciones se ob  
serva a través de la desorganización a nivel de roles ,  
autoridad y funciones en estas familias se observa una  
pérdida de identidad y autoridad distorsionada, disfun  
ción en roles.

TABLA 4. Relación entre acuerdos y desacuerdos en los niveles de contenido y relación del sistema de comunicación familia

| Desacuerdo<br>en | Contenido y Relación |      | Relación Contenido |      |    |      | Total |      |
|------------------|----------------------|------|--------------------|------|----|------|-------|------|
|                  | Nº                   | %    | Nº                 | %    | Nº | %    | Nº    | %    |
| Acuerdo en       |                      |      |                    |      |    |      |       |      |
| Contenido y Rel. | 8                    | 15.3 |                    |      |    |      | 8     | 15.3 |
| Relación         | 1                    | 1.9  | 4                  | 7.6  | 27 | 51.9 | 32    | 61.5 |
| Contenido        |                      |      | 12                 | 23   |    |      | 12    | 23   |
| Total            | 9                    | 17.3 | 16                 | 30.7 | 27 | 51.9 | 52    | 100  |

Continuando el análisis al mismo axioma la Tabla 5 muestra como la interacción que se generó entre los miembros de la familia estuvo siempre enfocada a la no identificación y confusión en el contenido de los mensajes que fueron emitidos mostrando como el desacuerdo en la identificación del contenido se ubicó en un 65.3% y los que prestaban confusión en sus mensajes en un 63.4% analizando los mensajes que emitían los padres de familia eran confusos y no se identificaban con ellos. De acuerdo con estas características del grupo familiar la participación en la comunicación es inadecuada, ya que existe incapacidad de plantear claramente o centralizar los focos básicos de los proble



mas es decir, se comunican sobre éstos pero no se unen para buscarles solución, esto genera muchas veces conflictos que tienen una peculiar impenetrabilidad dándose sentimientos de desconfianza e insatisfacción lo que hace que los conflictos sean más difíciles de resolver desde el punto de vista del trabajador social.

TABLA 5. Relación entre desacuerdos en identificación del contenido de los mensajes y confusión en identificación del contenido de los mensajes

| Confusión en identificación del contenido del mensaje | Desacuerdo en identificación de contenido del mensaje. |     | Contenido y Relación |      | Relación |      | Contenido |      | Total |   |
|---|--|-----|----------------------|------|----------|------|-----------|------|-------|---|
|   | Nº   | %   | N                    | %    | N        | %    | N         | %    | N     | % |
| Contenido y Relación                                  | 2  | 3.8 |                      |      |          |      | 2         | 3.8  |       |   |
| Relación  |  |     | 16                   | 30.7 | 1        | 1.9  | 17        | 32.6 |       |   |
| Contenido   |  |     |                      |      |          |      | 3363.4    | 63.4 |       |   |
| TOTAL   | 2  | 3.8 | 16                   | 30.7 | 34       | 65.3 | 52        | 100  |       |   |

Continuando el análisis del II Axioma encontramos en la Tabla 6 como el 69.2% de los entrevistados confirman su relación en la interacción que se da entre ellos y así mismo el 65.3% desconfirman los mensajes que el resto de los familiares presenten en la entrevista emiten durante esa mis

ma interacción. Esto permite aclarar la Tabla 6 donde no sólo nos muestra la dificultad de expresar mensajes claros y acordes con la interacción que se presentó durante las entrevistas sino también la prepotencia y dominio de autoridad ejercida por los padres para desconfirmar los mensajes que eran emitidos por el resto de los familiares presentes en la entrevista, lo que manifiesta la forma como manejan la autoridad distorcionada de tal punto que los padres aíslan a los hijos de las decisiones que se toman frente a los problemas aún cuando éstos los involucran a ellos esto es una forma no sólo de descalificar mensajes sino de desconfirmar a los individuos en la familia los niños criados en un ambiente así dominante están descontentos y alimentan rencor. En este tipo de relaciones interpersonales existe desequilibrio familiar, situación que genera incapacidad para mantener la unidad familiar a través del tiempo y por lo tanto el desempeño de funciones dentro de ésta.

TABLA 6. Relación entre confirmación de las relaciones en las interacciones del sistema de comunicación familiar y desconfirmación de mensajes dentro de esa misma rel. de interacción

| Confirmación / Desconfirmación | Contenido y Relación |     | Relación |      | Contenido |    | Total |      |
|--------------------------------|----------------------|-----|----------|------|-----------|----|-------|------|
|                                | Nº                   | %   | Nº       | %    | Nº        | %  | Nº    | %    |
| Cont. y Rel.                   |                      |     |          |      |           |    |       |      |
| Relación                       |                      |     | 6        | 11.5 | 12        | 23 | 18    | 34.6 |
| Contenido                      | 4                    | 7.6 | 30       | 57.6 |           |    | 24    | 65.3 |
| TOTAL                          | 4                    | 7.6 | 36       | 69.2 | 12        | 23 | 52    | 100  |

En la Tabla 7 se muestran las manifestaciones de los padres respecto del verdadero estado de su relación con el niño, el 59,6% identificaron su problemática en el nivel del contenido, lo que de muestra una vez más como la comunicación entre padres e hijos de acuerdo a sus conceptos y actitudes tiende a tener confusión, mala identificación rechazo, descalificaciones en el nivel del contenido de los mensajes que se emiten generando en los niños ansiedades y angustias estas actitudes los llevan a crearse falsas interpretaciones con relación a lo que nos muestra que hay una relación de una sola vía, el padre o la madre en relación al hijo llevándolo a vivir permanentemente conflictos de lealtad y ambivalencia afectiva, ya que son objeto frecuente de manipulaciones de uno con el otro.

TABLA 7. Manifestaciones de los padres respecto del verdadero estado de su relación con el niño

| Manifestaciones de los padres respecto del verdadero estado de su rel. con el niño | Nº | %    |
|--|----|------|
| Contenido y relación   | 16 | 30.7 |
| Relación   | 5  | 9.6  |
| Contenido  | 31 | 59.6 |
| Total  | 52 | 100  |

ANALISIS AL III AXIOMA

23/ "Puntuación de la secuencia de hechos": Este axioma dice que " la naturaleza de una relación depende de la

puntuación de la secuencia de comunicación entre los comunicantes. Las características básicas de éste axioma es que aquí la comunicación se refiere a la interacción " , " intercambio de mensajes entre los comunicantes, no se trata de determina si la puntuación de la secuencia comunicacionales entre estos intercambios es buena o mala , ni demostrar si los comunicantes tienen la misma cantidad de información sobre el tema, sino más bien dar a conocer una conducta que provoca en los demás, la reacción frente a la cual esa conducta sería la reacción apropiada.

La próxima variable muestra como el 69.2% puntua la secuencia de hechos en sus intercambios comunicacionales en relación a la identificación de causas o consecuencias del problema , lo que muestra , que no posee claridad de origen y mucho menos igual nivel de información o conclusión. Estos padres mostraban su interés en señalar culpables o identificar cradores o generadores del problema, las características de esta secuencia nos muestra el discrepante conflicto acerca del niño , cuando en realidad ninguna de sus supuestos resultaban aplicable debido a la circularidad de la interacción. Los padres consideran que reaccionan de acuerdo a las actitudes del niño. Es importante destacar además el 17.3% que manifiesta igual conclusión respecto al problema, esto , facilita la participación de los padres en el tratamiento del niño y por lo tanto su colaboración en la recuperación de la enfermedad.

Lo ideal es que la familia posea igual nivel de información , claridad de origen, identificación como causa o consecuencia, lo que les permitirá mayor conocimiento de las crisis familiares y su objetiva colabora

ción para superarla, por medios que beneficien a todos los miembros de la familia.

TABLA 8. Puntuación de la secuencia de hechos intercambios comunicacionales en relación a la identificación de hechos frente al problema.

| Puntuación de la secuencia de hechos frente al problema. | N  | %    |
|--|----|------|
| Igual nivel de información frente al problema            | 3  | 5.7  |
| Conclusión frente al problema                            | 9  | 17.3 |
| Claridad de origen del problema                          | 4  | 7.6  |
| Identificación como causa o consecuencia del problema    | 36 | 69.2 |
| T O T A L  | 52 | 100  |

#### ANALISIS DEL IV AXIOMA

24/ La "comunicación digital y analógica" se define de la siguiente manera; el lenguaje digital cuenta con una sintáxis (transmitir información) lógica pero carece de una semántica

(el significado] en el campo de las relaciones, mientras que el lenguaje analógico posee una semántica, pero no una sintaxis adecuada", éste se presta a interpretaciones muy distintas y a menudo incompatibles, el éxito o el fracaso dependerá de la capacidad y disposición del receptor. En la Tabla 9 podemos demostrar que el 73% de las interacciones de los familiares con los pacientes no correspondían las actitudes que expresaban con los mensajes que emitían como también en la segunda parte de la misma variable se encontró que el 17.3% no tradujo adecuadamente los mensajes digitales y analógico lo que ubica el 90.3% de los familiares entrevistados presentando contradicciones en la transmisión de información y las actitudes que asumen frente a esa información. Tomando como parámetros a este tipo de familia se les pueden esquematizar dentro de las relaciones interpersonales inadecuadas en donde por las contradicciones que se presentan entre gestos y palabras llegan a proponer odios, resentimientos, o insatisfacciones que son los que atribuye valores a las reacciones posteriores de los interactuando.

TABLA 9. Comunicación digital y analógica en el sistema en el sistema de relaciones familiares.

| Comunicación Digital y Analógica                           |    |      |
|--|----|------|
| Correspondencia entre la actitud y mensajes que emiten     | N  | %    |
| SI   | 2  | 3.8  |
| NO   | 38 | 7.3  |
| Traducción adecuada de los mensajes digitales y Analógicos | N  | %    |
| SI   | 3  | 5.7  |
| NO   | 9  | 17.3 |
| T O T A L  | 52 | 100  |

ANALISIS DEL V AXIOMA

25/ "Como interacción simétrica y complementaria se conocen todos los intercambios comunicacionales según que esten ba

25/ Ibib cap. 3.4.5.6.7.

basados en la igualdad o en la diferencia".

En el primer caso los participantes tienden a igualar sus conductas recíprocas y así su interacción, pueden considerarse simétrica sea debilidad o fuerza, la bondad o la maldad, la igualdad puede mantenerse en cualquiera de esas áreas.

En el segundo caso la conducta de uno de los participantes complementa la del otro. La interacción simétrica se caracteriza por igualdad y el mínimo de diferencia, mientras que la complementaria está basada en un máximo de diferencia. Es importante señalar el carácter de mutuo encaje de la relación que en ambas conductas desimiles pero interrelacionadas tienden cada una a fortalecer la de la otra. Ninguno de los participantes impone al otro una relación complementaria sino que cada uno de ellos se comporta de una manera que presupone la conducta del otro al tiempo que ofrece motivos para ello.

En el análisis a la clase de interacción que se presenta vemos como los intercambios comunicacionales entre los miembros de la familia estuvieron caracterizados por una actitud y desconfirmación de parte de los padres, donde mostraban desacuerdo más o menos explícitos en la aceptación de los mensajes y actitudes respecto a la problemática emocional del



niño y su responsabilidad frente a esto, ubicándose en esta situación el 48% de las familias entrevistadas.

También debe destacarse la complementariedad adecuada que arrojó un porcentaje del 28.8% lo que permite destacar la sana participación de los padres en aceptar la mismicidad del otro, el respeto mutuo y la confianza en ese respeto. Este tipo de relación ofrece una comunicación adecuada, donde las relaciones de simetría y complementariedad se desarrollan sin obstaculizar el entendimiento o comprensión real en la familia.

TABLA 10. Interacciones simétricas y complementarias dentro del sistema de comunicación familiar

| Interacción simétrica y complementaria | N  | %    |
|--|----|------|
| Competencia                            | 25 | 48   |
| Complementariedad rígida               | 12 | 23   |
| Complementariedad adecuada             | 15 | 28.8 |
| T otal                                 | 22 | 100  |

## 12.2 ANALISIS AL ASPECTO SOCIO-ECONOMICO Y CULTURAL DE LA FAMILIA DEL PACIENTE CON SINTOMATOLOGIAS DEPRESIVAS USUARIO DEL HOSPITAL SAN PABLO

A continuación se realizará un análisis estadístico a las características socio-económicas y culturales de las familias de los pacientes involucrados en la investigación.

En relación a las "Variables Edad y Sexo de los padres", entrevistados en la Tabla 11 se obtuvo el siguiente resultado; el 50% de los padres se encuentran entre los 31 a 40 años y el porcentaje que le continúa en representación los ubica entre los 21 a 30 años, con un 17.3% lo anterior confirma a que la mayoría de los padres de los pacientes son adultos. Más sin embargo la mayor parte de esta población manifiestan poca madurez, falta en responsabilidad y compromiso con la crianza y educación de los hijos.

Con relación al sexo de los padres entrevistados se encontró el 86.5% de sexo femenino, y el 13.4% de sexo masculino, lo que nos muestra que las madres presentaron más colaboración en la entrevista que los padres por estar trabajando o realizando otra actividad fuera de casa más sin embargo se dieron casos en que alguno de los padres estaban en casa en el momento de la entrevista y no se acercaban para ver de que se trataba y cuando se les informaba que se trataba del problema del niño se mostraban pocos comunicativos al dar cualquier información al respecto. Estos datos revelaron una mayor participación por parte de las madres para colaborar

con la información que se deseaba respecto del niño. De terminándose así que la mayoría de los padres de sexo femenino en esta investigación muestran una actitud más receptiva frente a la sintomatología que presenta el menor, desarrollándose así una mayor disposición para dar información respecto de la problemática de la familia.

TABLA 11. Relación entre edad y sexo de los padres.

| EDAD  | SEXO      |      | Femenino |      | Total |      |
|-------|-----------|------|----------|------|-------|------|
|       | Masculino |      | N        | %    | N     | %    |
| 21-30 |           |      | 9        | 17.3 | 9     | 17.3 |
| 31-40 |           |      | 26       | 50   | 26    | 50   |
| 41-50 | 7         | 13.4 |          |      | 7     | 13.4 |
| 51-60 |           |      | 6        | 11.5 | 6     | 11.5 |
| 61-70 |           |      | 4        | 7.6  | 4     | 7.6  |
| TOTAL | 7         | 13.4 | 45       | 86.5 | 52    | 100  |

En la relación que se hizo de la "Variable educación de los padres y su ocupación". Se dió el siguiente resultado, el porcentaje más representativo se encontró que su nivel académico correspondía el bachillerato con el 42.3% y continuándole se encuentra el 26.9% en primaria. En la ocupación de los padres el porcentaje más representativos es de 57.6% y corresponde al desempeño de amas de casa como muestra la Tabla 12. Los anteriores datos reflejan que aunque la mayoría de los padres entrevistados se encuentren en los niveles académicos

micos de bachillerato y primaria un alto porcentaje de ellos se desempeña como ama de casa, esta relación se estableció esperando obtener un tipo de trabajo dependiendo de el nivel académico que hubiesen alcanzado, más sin embargo se encontró lo contrario puesto que muchas amas de casa habían terminado incluso estudios superiores y sólo estaban desempeñando oficios domésticos. Cabe destacar que en estas familias la mujer que se educa y trabaja está más tiempo pendiente de los niños y de las actividades en el hogar, dándose así una mayor posibilidad de la interacción madre-hijo a diferencia del padre quien por razones de trabajo o abandono de hogar dedica menos tiempo a los niños en especial al que presenta el síntoma. Es importante anotar que el desempeño laboral de los padres va a depender de su nivel económico y a su vez el que se satisfagan o no las necesidades básicas de la familia; por lo tanto en la medida en que se dé un mayor ingreso se facilitarán las posibilidades de un tratamiento terapéutico y farmacológico que integre al niño y su familia en forma completa.

Ver Tabla 12 en hoja posterior.

TABLA 12. Relación entre educación de los padres y sus ocupaciones

| Ocupación    | Ama de Casa |      | Trabajadores Independientes |     | Empleos Públicos |      | Desempleado |     | Muchacha de servicio |      | Total |      |
|--------------|-------------|------|-----------------------------|-----|------------------|------|-------------|-----|----------------------|------|-------|------|
|              | N           | %    | N                           | %   | N                | %    | N           | %   | N                    | %    | N     | %    |
| Analfabeta   | 12          | 23   |                             |     |                  |      |             |     |                      |      |       |      |
| Primaria     | 14          | 26.9 |                             |     |                  |      |             |     |                      |      |       |      |
| Bachillerato |             |      | 5                           | 7.6 | 7                | 13.4 | 1           | 1.9 | 9                    | 17.3 | 22    | 42.3 |
| Profesional  | 4           | 7.6  |                             |     |                  |      |             |     |                      |      | 4     | 7.6  |
| TOTAL        | 30          | 57.6 | 5                           | 7.6 | 7                | 13.4 | 1           | 1.9 | 9                    | 17.3 | 52    | 100  |

En la relación que se hizo a la " Variable tipo de familia y rol que desempeña el entrevistado " en la Tabla 13 el porcentaje más representativo fué el 61.5% que obtuvo la familia extensa, mientras que sólo un 38.4% ubica la familia nuclear; en la variable " Rol que desempeña el entrevistado " un 78.8% destacó el rol de ama de casa.

Analizando los datos se llegó al siguiente resultado: la familia de estos pacientes es de tipo extensa , donde las interacciones familiares se dan en forma divergente por el alto número de miembros que viven en la misma casa estas divergencias inciden directamente en manejo de autoridad, roles status y reglas de comportamiento, los cuales están determinados de acuerdo a los patrones establecidos.

A través de estudio se determinó que estos patrones influyen o determinan una conducta normal o patológica, especialmente en estos tipos de familias donde no existen la suficiente participación dentro de su sistema de comunicación para manifestar los problemas que se presentan en cada uno de sus miembros, generándose de esta forma individualidad en el círculo familiar.

Dentro de este tipo de familias el rol principal de ama de casa lo desempeña la madre o la abuela, predominando esta forma la autoridad matriarcal.

TABLA 13. Relación entre tipo de familia y rol que desempeña el entrevistado

| Rol del Entrevistado | Tipo de Familia |      | Nuclear |      | Extensa |      | Total |     |
|----------------------|-----------------|------|---------|------|---------|------|-------|-----|
|                      | N               | %    | N       | %    | N       | %    | N     | %   |
| Ama de casa          | 20              | 38.4 | 21      | 40.3 | 41      | 78.8 |       |     |
| Estudiantes          |                 |      | 4       | 1.9  | 1       | 9.6  |       |     |
| Padre de Familia     |                 |      | 5       | 9.6  | 5       | 9.6  |       |     |
| Hijo                 |                 |      |         |      |         |      |       |     |
| Hermano              |                 |      |         |      | 1       | 1.9  | 1     | 1.9 |
| Trabajador           |                 |      |         |      | 1       | 7.6  | 4     | 7.6 |
| Total                | 20              | 38.4 | 32      | 6.1  | 52      | 100. |       |     |

A continuación se analizará e interpretará la relación entre las variables "Personas que trabajan en el hogar" y "personas que no trabajan". En la tabla 14 el porcentaje más representativo de las "personas que trabajan en el hogar" fue el 75% y se ubicó en los padres de familia. De las "Personas que no trabajan en el hogar", las madres arrojaron el mayor porcentaje con un 65.2%. Como se puede observar el sostenimiento económico de la familia lo tiene el padre, aunque en repetidas veces es mediante obligaciones legales ya que más de la mitad de estas familias presentan como ca

racterística principal, la separación o el abandono de los padres, situación de la cual son conscientes los hijos.

Ver TABLA 14, en página posterior.



TABLA 14. Relación entre personas que trabajan y personas que no trabajan en el hogar

|                       | Personas que no trabajan |     | Padre |      | Madre |     | Hijo |      | Abuelo |     | Abuela |      | Total |     |
|-----------------------|--------------------------|-----|-------|------|-------|-----|------|------|--------|-----|--------|------|-------|-----|
|                       | N                        | %   | N     | %    | N     | %   | N    | %    | N      | %   | N      | %    | N     | %   |
| Personas que trabajan | 4                        | 7.6 | 34    | 65.3 | 1     | 1.9 | 8    | 15.3 | 2      | 3.8 | 10     | 19.2 | 1     | 1.9 |
| Padre                 |                          |     |       |      | 1     | 1.9 |      |      |        |     |        |      | 1     | 1.9 |
| Madre                 |                          |     |       |      | 1     | 1.9 |      |      |        |     |        |      | 1     | 1.9 |
| Hijo (a)              |                          |     |       |      | 1     | 1.9 |      |      |        |     |        |      | 1     | 1.9 |
| Abuelo                |                          |     |       |      |       |     |      |      |        |     |        |      | 1     | 1.9 |
| Abuela                |                          |     |       |      |       |     |      |      |        |     |        |      | 1     | 1.9 |
| TOTAL                 | 4                        | 7.6 | 34    | 65.3 | 2     | 3.8 | 9    | 17.3 | 3      | 5.7 | 52     | 100  |       |     |

### 12.3 ANALISIS A LAS CARACTERISTICAS DEL COMPORTAMIENTO DE LA FAMILIA FRENTE A LA SINTOMATOLOGIA DEPRESIVA DEL NIÑO

En relación con las " Variables edad a que se presentó la enfermedad " y " síntomas que presenta el niño"; en la Tabla 15 se encontró el siguiente resultado ; el 48% de los niños se encontraban entre los 5 a 8 años seguidos de los de 1 a 14 años , quienes se encontraron en un porcentaje del 25%. Estos datos confirman que las depresiones en los niños se presentan en las etapas más tempranas de su niñez prosiguiendo a las etapas posteriores durante todo su ciclo vital, está claro que las prácticas de crianza, la educación religiosa, las normas culturales de duelo, la presencia de determinadas normas sociales, aceptadas para la agresión y otras exigencias, el grado en el que los padres inculcan la culpabilidad o pregonan la responsabilidad desde los primeros años de vida influencia el desarrollo de la personalidad y determinará las formas de patologías que moldearán el carácter del hombre.

En la variable síntomas que presenta el niño al manifestar se la enfermedad el 32.6% respondieron todos los anteriores, la cual incluye, trastornos de aprendizaje, apatía, llanto involuntario , y pérdida de apetito, como se puede observar todos estos síntomas describen una depresión, ya

que según Mendels <sup>26/</sup> "El niño depresivo no habla espontáneamente de sus síntomas, los estados se determinan por los signos objetivos, tales como semblante triste, e inexpressivo, solloza por cualquier motivo, habla con voz monótona se dá un descenso en el rendimiento escolar ya que tiene dificultad para mantener la atención, presenta enuresis, apatía, desinterés, se aísla, rechaza participar en juegos colectivos, se dan crisis de pavor nocturno, manifestaciones fóbicas, con tendencias suicidas".

El síndrome depresivo se caracteriza esencialmente por insatisfacciones de tipo afectivo, por tanto se dá un rechazo a las relaciones del mundo que los rodea. Un aspecto que llama la atención entre los otros síntomas mencionados por los padres y que se presentaba con mucha regularidad entre los niños eran las masturbaciones, las cuales caracterizan la necesidad de autocomplacencias, pero que a su vez aumenta en ellos los sentimientos de culpa, constituyéndose ésta en un elemento precipitatorio de la enfermedad depresiva.

---

26/ Mendels, Op. cit. p. 140-141

TABLA 15. Relación entre edad a la que se presentó la enfermedad y síntomas que presenta el niño

| Edad en que se presenta la enfermedad | Pérdida de apetito |      | Transtornos del aprendizaje |      | Llanto involuntario |      | Apatía |      | Todas las anteriores |      | Total |      |
|---------------------------------------|--------------------|------|-----------------------------|------|---------------------|------|--------|------|----------------------|------|-------|------|
|                                       | N                  | %    | N                           | %    | N                   | %    | N      | %    | N                    | %    | N     | %    |
| 1 a 4 años                            | 11                 | 21.1 | 11                          | 21.1 | 2                   | 3.8  | 13     | 25   |                      |      |       |      |
| 5 a 8 años                            |                    |      | 11                          | 21.1 |                     |      | 14     | 26.9 |                      |      | 25    | 48   |
| 9 a 12 años                           |                    |      |                             |      |                     |      | 3      | 5.7  | 8                    | 15.3 | 11    | 21.1 |
| 13 a 16 años                          |                    |      |                             |      |                     |      |        |      | 3                    | 5.7  | 3     | 5.7  |
| Total                                 | 0                  | 0    | 11                          | 21.1 | 11                  | 21.1 | 2      | 3.8  | 17                   | 32.6 | 52    | 100  |

En la relación de las " Variables Factores que originan la enfermedad ", la Tabla 16 muestra el siguiente resultado; el porcentaje más representativo como factor que la origina " las discusiones en el hogar " con el 21.1% del total de la población, seguidos de los castigos físicos y psicológicos y la separación de los padres con un 19.2%.

El 63.4% considera que el origen de la enfermedad del niño es adquirido en la familia. Estos datos confirman lo que dice Parkes de que " La magnitud de la respuesta depresiva depende básicamente de la intensidad de la respuesta afectiva; y la seguridad de la unión entre la pareja , los aspectos traumatizantes que operan durante la infancia contribuyen en el desarrollo de la personalidad depresiva , esto acompañado de una predisposición por parte de la persona y las separaciones afectivas llevan a alteraciones traumáticas en la conducta del infante".<sup>27/</sup>

Como se observa es en la familia donde se determina lo normal o anormal en el comportamiento de sus miembros. En es

---

<sup>27/</sup> TURQUETS, Martín. Op. cit., cap. 2p. 6

ta variable" las discusiones en el hogar " fueron en las que en mayor porcentaje contribuyeron a la aparición de tales síntomas; la familia es la que posee los mecanismos adecuados para evitar o desarrollar la enfermedad depresiva , las crisis impiden el entendimiento entre sus miembros y por tanto su buen funcionamiento.

Ver Tabla 16 en página posterior.

TABLA 16. Relación entre factores que originan la enfermedad depresiva y cuál considerada la familia es el origen de la enfermedad

| Factores que originan la enfermedad | Hereditario |      | Adquirido en la familia |      | Adquirido en el ambiente |      | Origen más gioso |     | Total   |
|-------------------------------------|-------------|------|-------------------------|------|--------------------------|------|------------------|-----|---------|
|                                     | N           | %    | N                       | %    | N                        | %    | N                | %   |         |
| No se                               | 8           | 15.3 |                         |      |                          |      |                  |     | 8 15.3  |
| La separación de los padres         |             |      | 10                      | 19.2 |                          |      |                  |     | 10 19.2 |
| Lo regañan y castigan mucho         |             |      | 10                      | 19.2 |                          |      |                  |     | 10 19.2 |
| El desinterés y abandono de padres  |             |      |                         |      | 3                        | 5.7  |                  |     | 3 5.7   |
| Discusiones en el hogar             |             |      | 11                      | 21.1 | 3                        | 5.7  |                  |     | 11 21.1 |
| La muerte del papá                  |             |      |                         |      | 3                        | 5.7  |                  |     | 3 5.7   |
| Una caída que sufrió pequeña        |             |      |                         |      | 1                        | 1.9  |                  |     | 1 1.9   |
| El que sea una niña adoptada        | 2           | 3.8  |                         |      |                          |      |                  |     | 2 3.9   |
| Complicaciones en el parto          |             |      | 1                       | 1.9  |                          |      |                  |     | 1 1.9   |
| Sobreprotección                     |             |      | 1                       | 1.9  |                          |      | 2                | 3.8 | 3 5.7   |
| Total                               | 10          | 19.2 | 33                      | 63.4 | 7                        | 13.4 | 2                | 3.8 | 52 100  |

" Los factores que en la familia predisponen la enfermedad depresiva en los niños", puede condensarse entre : " discusiones en el hogar"; " separaciones de la madre ", manifestaciones de comportamiento patológico de otros miembros de la familia en la Tabla 17. Luego de hacer un análisis de los resultados de estas variables se pudo comprobar que de las 52 familias entrevistadas el 61.5% presentaban un cuadro de separaciones, el 27% presentaban otros miembros con depresión y trastornos de la conducta, además desviaciones en el comportamiento sexual y adicciones y el 11.6% de las familias restantes había sido separados de sus madres por maltrato físico, psicológico o por incapacidad para manejar a los niños. Es importante resaltar que en la infancia el papel de los padres es decisivo, debido a que es la etapa donde se va a dar la estructuración y formación de la personalidad, la separación de los padres a esta edad es determinante en su desarrollo , ya que podría causar traumas psicológicos que aumentarían la disposición al riesgo de caer en una patología, que agravaría la situación del niño, el niño necesita el cariño y el afecto de sus padres para poder ellos aprender a amar a los demás, en esta etapa se necesita de la unión afectivo de los padres , con el fin de estructurar la personalidad desenvolverse como miembros de una sociedad.



TABLA 17. Factores familiares que predisponen la enfermedad depresiva en los niños.

| Factores que predisponen la enfermedad depresiva | N  | %    |
|--|----|------|
| Separación de la madre                           | 6  | 11.6 |
| Separación de los cónyuges                       | 32 | 61.5 |
| Presencia de otros miembros con depresión.       | 11 | 26.9 |
| TOTAL  | 52 | 100  |

A continuación se dará el resultado en relación a las "Variables, mecanismos que utiliza la familia para evitar que el niño se deprima" y "Factores que precipitan la enfermedad depresiva", la Tabla 18 nos muestra que el porcentaje más sobresaliente fue el 90.3% y se refiere a "hablan con el " y en la segunda variable el 44.2% respondió "discusiones en el hogar". Seguido por sobreprotección, maltrato psicológico y maltrato físico. Según Wyrsh<sup>29/</sup> un sistema familiar perturbado con reglas confusas y estrictas variar las mismas, y por tanto su repertorio de comportamientos serán inadecuados siendo incapaz de engendrar nuevas reglas para dominar las situaciones conflictivas

un sistema así participará en un juego de resolución de problemas de vana circularidad. Estas características de comportamientos en la familia perturbada generará patologías, ya sea de tipo psíquico, psicológico o social.<sup>28/</sup> Estos datos nos muestran como los padres de los pacientes depresivos utilizan mecanismos, tales como hablar con el niño pero como se encuentran en un sistema perturbado donde se dan discusiones constantes al interior de él no permitiendo tratar los problemas más importantes desencadenándose críticas y acusaciones que se verán envueltas en un círculo vicioso generando a la vez más problemas, por ejemplo; el niño se resiste ante una situación de tensión o conflicto presentando un síntoma; la familia fijará su atención en él desplazando el problema real (motivo del conflicto); al estabilizarse la relación entre los miembros de la familia él mejora, volviendo a presentar el síntoma cuando se desequilibra la homeostasis familiar.

Las constantes discusiones familiares influyen en los estados emocionales y comportamientos; de los miembros de la familia, si estos no se comunican en relación a ellas, es decir, que el contenido de la comunicación sea la mis

---

<sup>28/</sup> WYRSCH, Op. cit. cap. 3

ma comunicación.

Como se puede observar se dan contradicciones que revelan la realidad del caso y permiten determinar que es la familia la que en la mayoría de los veces determinará la aparición del síntoma en ella.

Ver TABLA 18 en página posterior.

TABLA 18. Relación entre mecanismos que utiliza la familia para evitar que el niño se deprima y factores que precipitan la enfermedad depresiva.

| Factores que precipitan la depresión | Discusiones en el hogar |      | Maltrato físico |      | Maltrato psicológico |      | Marginalidad |     | Sobrepotección |      | Otros |     | Total |      |
|--------------------------------------|-------------------------|------|-----------------|------|----------------------|------|--------------|-----|----------------|------|-------|-----|-------|------|
|                                      | N                       | %    | N               | %    | N                    | %    | N            | %   | N              | %    | N     | %   | N     | %    |
| Hablan con él                        | 23                      | 44.2 | 2               | 3.8  | 8                    | 15.3 | 3            | 5.7 | 10             | 19.2 | 1     | 1.9 | 47    | 90.3 |
| Juegan con él                        |                         |      | 2               | 3.8  |                      |      |              |     |                |      |       |     | 2     | 3.8  |
| Le leen un libro                     |                         |      |                 |      |                      |      |              |     |                |      |       |     | 0     | 0    |
| Otros                                |                         |      | 3               | 5.7  |                      |      |              |     |                |      |       |     | 3     | 5.7  |
| Total                                | 23                      | 44.2 | 7               | 13.4 | 8                    | 15.3 | 3            | 5.7 | 10             | 19.2 | 1     | 1.9 | 52    | 100  |

6.197

Relación entre las variables llevan a consulta personalmente al niño y asiste puntualmente a las consultas. En la Tabla 19 se pudo observar que el 59.6% de los padres entrevistados aseguraron llevar personalmente el niño a consultas y un 75% asiste puntualmente a ellas, más sin embargo es lamentable observar en esta tabla que los porcentajes de las gentes que no asisten y de los que no los llevan personalmente a consultas, alegan no tener tiempo por estar trabajando y prefieren mandarlo con vecinos o cualquier otro familiar, es también un porcentaje muy alto, encontrándose casi la mitad de la población en esta condición.

El hecho de que el padre o la madre no asista a la consulta impide que tenga una mayor información, tanto ellos como el profesional respecto de los antecedentes de la enfermedad en el niño, lo importante es que haya una interacción entre padres y profesional así se tendrá mayor conocimiento acerca de los antecedentes de la enfermedad, y sobre su origen. Su tratamiento y pautas familiares a seguir.

Los interesados en participar dentro de la terapéutica del tratamiento deben ser los padres porque son los que conviven con el niño, teniendo además la oportunidad junto al resto de la familia de moldear su comportamiento en toda las etapas de su desarrollo, ya que existe en e

llos un interés afectivo que los impulsa a proteger y ayudarlo , cuando se presentan problemas que perturben su bienestar social, mental y físico en la investigación se reflejó que la Familia no cumplen con estos reglamentos en la consulta y aunque asista otro miembro con el niño ; éste generalmente no da una completa información al profesional , ni explica la responsabilidad de todos los miembros frente al problema generándose así poca colaboración en el tratamiento y recuperación del niño.

TABLA 19. Relación entre llevar a consulta personalmente al niño y asistencia puntual a las citas.

| Lleva a consulta personalmente al niño | Si |      | No |      | Total |     |
|--|----|------|----|------|-------|-----|
|  | N  | %    | N  | %    | N     | %   |
| Asiste puntualmente a las consultas    |    |      |    |      |       |     |
| Si                                     | 18 | 34.6 | 21 | 40.3 | 39    | 75  |
| No                                     | 13 | 25   |    |      | 13    | 25  |
| Total                                  | 31 | 59.6 | 21 | 40.3 | 52    | 100 |

En la relación entre las " Variables pregunta a los especialistas qué hacer para que su niño se recupere pronto, y existe confusión ante la situación " que presenta la Tabla 20 confirma que la eficacia del tratamiento dado al niño depresivo consiste en lograr los objetivos del tratamiento a través de la combinación de modalidades terapéu

ticas que persigan este fin , tales como la modificación de la conducta y del ambiente, el asesoramiento de los padres y el tratamiento farmacológico. En la implementación de estas modalidades terapéuticas se necesita propiciar actitud adecuada de los padres hacia el tratamiento, un conocimiento sobre la enfermedad del niño y una participación activa y responsable de parte de ellos hacia el tratamiento. Esta conducta implica comprender al niño, atender sus necesidades físicas y psíquicas y tener un conocimiento de sus limitaciones. Vemos que los padres de nuestra investigación tienen un conocimiento mínimo con respecto a la situación del niño y es así como se observó que un 76.9% de ellos no están orientados respecto del problema afectivo del niño y mucho menos sobre su manejo en la familia, sin embargo también se encontró que un 61.5% de los padres no preguntan a los especialistas qué hacer para que su niño se recupere pronto, por que no se les ocurrió o por que solo se limitaban a escuchar lo que les decían , pero hasta esto es contradictorio por que si bien es cierto que se sienten confundidos frente al problema del niño por que no conocen sus causas y mucho menos sus consecuencias ; deben tratar de investigar tanto como les sea posible, máxime cuando se trata de algo que determinará su tranquilidad y por ende la de su familia.

TABLA 20. Relación entre preguntar a los especialistas qué hacer para que su niño se recupere pronto y existencia de confusión ante la situación

| Pregunta a los especialistas que el niño se recupere | Existe confusión en |      |    |    | Total |      |
|--|---------------------|------|----|----|-------|------|
|  | entre la situación  |      |    |    |       |      |
|  | Si                  | No   |    |    |       |      |
|  | N                   | %    | N  | %  | N     | %    |
| Si   | 20                  | 38.4 |    |    | 20    | 38.4 |
| No   | 20                  | 38.4 | 12 | 23 | 32    | 61.5 |
| Total  | 40                  | 76.9 | 12 | 23 | 52    | 100  |

En la relación con las variables administración de la droga en el horario preciso y muestran interés hacia el problema del niño y su recuperación. En la Tabla 21 se obtuvo el siguiente resultado: el 63.4% contestó que no le administran la droga que le mandaron y no lo llevaron más a la consulta. En la variable "muestra interés hacia el problema del niño y su recuperación" el porcentaje más representativo fue de 82.6% y se ubicó en el si y un 17.3 se ubicó en el no. El aspecto más importante que se debe tener en cuenta es que en el hospital se recomienda la administración de la droga en el horario preciso, comparando estas respuestas con la realidad no coinciden, pues



to que por diferentes motivos no se la administraron contribuyendo así a las recaídas que obstaculizan el tratamiento. Esto se relaciona con el interés hacia él y su problema , pues cómo se interpretaría entonces que la mayoría de los padres contestaron que si tienen interés en el problema del niño y en el momento de preocuparse por el tratamiento no lo hacen?. Las investigaciones de profesionales en los últimos años indican que al paciente depresivo necesita prestársele atención sin extremos, es decir, ventilar sus problemas, ayudarlo a recuperar su auto-estima baja, compartir con sus familiares para así salir de su estado y por lo tanto ser sometido a medicamentos antidepressivos si los síntomas lo requieren ; estas son las indicaciones principales que se le dá a los familiares de los pacientes, más éstos, es evidente, que no las practican generando disfunciones que evitan la recuperación y curación del niño.

Ver Tabla 21 en página posterior.

TABLA 21. Relación entre mostrar interés ante el problema del niño y su recuperación y administración de la droga en el horario preciso

| Administra la droga en el horario preciso. | Muestra interés hacia el niño y su recuperación |     | Si |     | No |      | Total |   |
|--|---|-----|----|-----|----|------|-------|---|
|  | N   | %   | N  | %   | N  | %    | N     | % |
| Si   | 19  | 365 |    |     | 19 | 365  |       |   |
| No   | 24  | 461 | 9  | 173 | 33 | 63.4 |       |   |
| Total                                      | 43  | 826 | 9  | 173 | 52 | 100  |       |   |

El grupo familiar es el elemento más importante que pueda tener desde su nacimiento, es así como el desarrollo físico y psicológico está permanentemente supervisado y dirigido por la familia y de los cuidados y orientación que prodiguen al niño, dependerá su estabilidad emocional como adulto, es así como en la Tabla 22 vemos que un 61,5% de los padres afirman que si analizan la situación del niño mientras que en la variable participa en las actividades recreativas " del niño " el 53.8% de los entrevistados dice que no; lo que lleva a pensar que el análisis que los padres hacen acerca de la situación no es muy consciente o existe falsedad y descordinación en sus

palabras y la actitud que asumen, generándose así las patologías correspondientes a los niveles de contenido y relación, puntuación de la secuencia de hechos y errores en la traducción entre el material analógico y digital. El comportamiento que los padres adoptan en relación al niño, debe ser adecuado, si no se analiza la situación de éste para solucionar el problema debe brindársele tiempo no en cantidad sino en calidad, la colaboración debe ser espontánea, sincera y conjunta para así ayudar a mejorar las relaciones, y por ende a estabilizar la interacción familiar.

TABLA 22. Relación entre dar orientación al niño en las situaciones difíciles y mostrar interés hacia el niño.

| Analiza la familia la situación del niño | Si   |      | No |      | Total |      |
|--|--|------|----|------|-------|------|
|  | N  | %    | N  | %    | N     | %    |
|  | Participa la familia en las actividades recreativas del niño |      |    |      |       |      |
| Si                                       | 24   | 46.1 |    |      | 24    | 46.1 |
| No                                       | 8  | 15.3 | 20 | 36.4 | 28    | 53.8 |
| Total                                    | 32   | 61.5 | 20 | 36.4 | 54    | 100  |

Encontramos que en la Tabla 23 el 92.3% de los entrevistados dice mostrar interés hacia el niño, pero sólo un 63.4% de estos padres entrevistados sólo son los que orientan en las situaciones difíciles que puedan presentárseles al ni

ño ; ya sea porque estén trabajando o sencillamente no de sean hacerlo, motivo que dejen ver la poca disposición y voluntad que se tiene en relación a sus deberes para con los hijos.

Los padres son los directos responsables de la formación y organización del carácter y personalidad del niño, es tos siguen sus ejemplos , unas veces con complacencia y otras muy a su pesar. Además de esto el niño necesita la seguridad de la unión afectiva de su hogar tanto como se guridad de una buena nutrición o una buena educación.

TABLA 23. Relación entre dar orientación al niño en las si tuaciones difíciles y mostrar interés hacia el niño

| Muestra interés ha<br>cia el niño | Se da orientación al<br>niño en las situacio<br>nes difíciles |      | Si |      | No |      | Total |   |
|-----------------------------------|---|------|----|------|----|------|-------|---|
|                                   | N   | %    | N  | %    | N  | %    | N     | % |
| Si                                | 29  | 55.7 | 19 | 36.3 | 48 | 92.3 |       |   |
| No                                | 4   | 7.6  |    |      | 4  | 7.6  |       |   |
| Total                             | 33  | 63.4 | 19 | 36.5 | 52 | 100  |       |   |

El ambiente familiar es determinante para la conducta del infante , los reconocimientos y motivaciones hacia las la

bores que realiza el infante contribuyen en la formación de su personalidad, así mismo los castigos o llamados de atención en el momento oportuno son base fundamental para ayudarlo a formar un nivel normal de frustraciones, todos estos elementos son de valiosa importancia en la formación afectiva de la conducta del infante; estas afirmaciones corroboran lo que nos muestra la Tabla 24 donde el 84.6% de los padres entrevistados afirmaron valorar las actividades creativas que el niño realiza; este aspecto es positivo dentro del estudio, ya que es necesario que el niño sea confirmado dentro del círculo familiar y por consiguiente todo lo que él realiza porque esto le permite expresar sus sentimientos y así ante cualquier dificultad tenga la suficiente confianza para dialogar. Es de anotar que varios de los pacientes se encuentran asistiendo a aulas especiales y los padres de éstos dicen motivarlos y felicitarlos por sus logros dándoles así oportunidad de realizarse como personas.

Ver TABLA 24 en página posterior.

TABLA 24. Valoración a las actividades creativas que realiza el niño

| Valoran las actividades creativa que realiza el niño | N  | %    |
|--|----|------|
| Si   | 44 | 84.6 |
| No   | 8  | 15.3 |
| Total  | 52 | 100  |

En la relación de las variables, " se dá participación a la familia para manejar al niño", y " explica a otros familiares la enfermedad del niño para que también estos les ayuden. En la Tabla 25 el 59.6% de las familias contestó que sí da participación a los otros miembros para manejar al niño; y un 61.5% si explican a otros familiares la enfermedad para que les ayuden.

Podemos observar que el 40.3% no participa para manejar al niño , ya que en ocasiones el niño se torna difícil y se le identifica como causa del problema, las madres trata de que los demás comprendan y lo toleren mas; también se observó que el 38.4% contestó que no comenta la enfermedad del niño a otros familiares, porque piensan que el niño no es

tá enfermo en exceso o porque consideran que después los demás se burlarían de él, otros no lo hacen porque no quieren saber nada de ellos, además en estos datos se presentan algunas contradicciones a saber no se explica porque un gran número de familias dice tratar mal al niño y sin embargo también afirman que se preocupan y colaboran en el tratamiento de ellos, además se comprobó que las madres que están más en contacto con los niños viven cargadas de angustias y ansiedades proyectando sin querer estas emociones que son fácilmente captadas por los niños y las cuales les ayudan a subirle los niveles de culpabilidad y frustración por no comportarse de acuerdo a los deseos que la madre tiene para con ellos.

TABLA 25. Relación entre participación de toda la familia en el manejo del niño y explican a otros familiares la enfermedad del niño para que les ayuden

| Explican a otros familiares la enfermedad del niño      | Si |      | No |      | Total |      |
|---|----|------|----|------|-------|------|
|   | N  | %    | N  | %    | N     | %    |
| Se da participación de la familia para manejar al niño. |    |      |    |      |       |      |
| Si  | 31 | 59.6 | -  | -    | 31    | 59.6 |
| No  | 1  | 1.9  | 20 | 38.4 | 21    | 40.3 |
| Total   | 32 | 61.5 | 20 | 38.4 | 52    | 100  |

#### 12.4 ANALISIS AL SISTEMA DE COMUNICACION DE LA FAMILIA DEL NIÑO DEPRESIVO

A continuación en la Tabla 26 se interpretará y analizarán las variables ; como se relacionan los miembros de la familia y que temas comenta la familia. Las relaciones interpersonales adecuadas se desarrollan en un ambiente armónico y estable, facilitando el crecimiento y el desarrollo personal de sus miembros, aquí cada miembro mantiene su individualidad pero interactúan para formar la unidad familiar , situación que se logra a través de un buen manejo de los padres e hijos y esto a su vez depende de la forma como se dé el tipo de relación; de la misma forma en las relaciones interpersonales adecuadas existe una buena comunicación entre sus miembros, todos participan adecuadamente en el proceso dan y reciben mensajes acordes , lo que les permite el entendimiento entre los participantes del círculo familiar. Es así como en nuestra investigación logramos encontrar que un 57.6% de los padres dice que se relacionan a través de diálogos más sin embargo un porcentaje muy representativo el 38.4% del resto de los padres afirma que las relaciones se dan por medio de conflictos y de discusiones lo que hace pensar que en estas relaciones por lo general se refleja un aparente equilibrio y armonía en las interacciones de los miembros del grupo familiar.



Entre los temas más comunes que comenta la familia se destacan un 51.9% de los entrevistados se inclinan hacia los temas económicos lo que deja entrever que las familias se comunican a través del diálogo a fin de tratar los temas de interés para ellos, dejando de lado según testimonio del 13.4% comentar el problema depresivo del niño. El fin perseguido por este tipo de familia es la conciliación de la paz evitando las contradicciones a través del grupo no permitiendo la maduración de las relaciones y el yo personal.

Ver TABLA 26 en página posterior

777

TABLA 26. Relación entre temas que comenta la familia y como se relacionan sus miembros

| Temas que comentan          | Como se relacionarán los miembros de la familia |      | A través del día lo |     | Gestos y actitudes y discusiones |      | Conflictos y discusiones |   | Otros |   | Total |      |
|-----------------------------|---|------|---------------------|-----|----------------------------------|------|--------------------------|---|-------|---|-------|------|
|                             | N   | %    | N                   | %   | N                                | %    | N                        | % | N     | % | N     | %    |
| Económicos                  | 27  | 14   |                     |     |                                  |      |                          |   |       |   | 27    | 51.9 |
| Políticos                   |   |      |                     |     |                                  |      |                          |   |       |   |       |      |
| Religiosos                  |   |      | 2                   | 3.8 |                                  |      |                          |   |       |   | 2     | 3.8  |
| Educativos                  | 2   | 3.8  |                     |     |                                  |      |                          |   |       |   | 2     | 3.8  |
| Supera el problema del niño | 1   | 1.9  |                     |     | 6                                | 11.6 |                          |   |       |   | 7     | 13.4 |
| Otros                       |   |      |                     |     | 14                               | 26.9 |                          |   |       |   | 14    | 26.9 |
| Total                       | 30  | 57.6 | 2                   | 3.8 | 30                               | 38.4 |                          |   |       |   | 52    | 100  |

En las relaciones disfuncionales no se logran resolver los conflictos existentes y la autoridad es ejercida por uno solo de los padres. Más sin embargo el poder económico lo tiene otro, en el caso que nos muestra la " variable de la Tabla 27 , donde el padre es el que tiene el poder , ya que el 54% de los entrevistados afirmaron que es este quien toma las decisiones que en la mayoría llegan a ser hostil o muy permisiva; generalmente el padre de estos pacientes no prodiga afectos ni cuidado y existe un desinterés por el niño es así como en la otra variable de la misma tabla mostramos que el 55.7% de las personas que participan activamente en el tratamiento de los niños son madres, quedando el padre casi al margen de esta situación, lo que muestra que existe un desinterés por el niño de parte del padre en donde su relación se limita a tomar decisiones en relación al control económico y social en el hogar y muy esporádicamente a manifestar expresiones de afecto y cariño lo que causa cierto grado de ambivalencia en los sentimientos del niño.

Ver TABLA 27 en página posterior.

TABLA 27. Relación entre participación activa en el tratamiento del niño y toma de decisiones

| Quien toma las decisiones | Participa activamente en el tratamiento del niño. |      | No |      | Total |      |
|---------------------------|---|------|----|------|-------|------|
|                           | Sí  | No   |    |      |       |      |
|                           | N   | %    | N  | %    | N     | %    |
| Padre                     | 28  | 53.8 |    |      | 28    | 53.8 |
| Madre                     |   |      | 16 | 30.7 | 16    | 30.7 |
| Hijo (a)                  | 1   | 1.9  |    |      | 1     | 1.9  |
| Abuelo                    |   |      | 7  | 13.4 | 7     | 13.4 |
| Abuela                    |   |      |    |      |       |      |
| Total                     | 29  | 55.7 | 23 | 44.3 | 52    | 100  |

Una de las funciones más importantes de la familia según Jackson <sup>30/</sup> es " la de descargas de tensiones emocionales ocasionadas por frustraciones que en el desempeño de roles psicosociales experimentan sus miembros , lo cual afecta el sistema como un todo , la familia debe hacer frente a estas tensiones y lograr la homeostasis familiar y colectiva , él enfatiza en la función socializante de la fami

<sup>30/</sup> WATZLAWICK. Op. cit. caps. 3, 4, 5, 6, 7

lia permitiendo al niño la internalización de papeles familiares y que ella va a depender de los tipos de comunicación intrafamiliar que se establezcan . Esta comunicación intrafamiliar estará dada por la adecuada interacción de los miembros de la familia dentro del núcleo .

"La comunicación debe considerarse como un sistema (proceso) en que el interlocutor participa, el individuo no se comunica sino que toma parte en la comunicación, puede moverse, producir ruido, pero no se comunica; al definirse así la comunicación es un sistema de comportamientos integrados que hace posible la relación entre los individuos es así como en la variable dialogan entre si un 78% contestó afirmativamente y un 21.1% contesta que no en la Tabla 28; lo que nos hace pensar que los miembros de la familia no están conscientes de que las articulaciones verbales no son el único modo de comunicación dándonos así una idea clara de que la familia a nivel inconsciente identifica comunicación con diálogo , no aceptan que sus gestos y actitudes son una forma de demostrar una posición o forma de pensar que estarían ubicadas dentro de las formas de comunicación no verbal, también hacemos notar que en la variable miembros con los cuales se produce una mejor participación en la comunicación es la de madre e hijo y se ubica en un 65.3% confirmando lo que en las Tablas 15 y 17 , que expresan que solo las madres par

participan en el tratamiento del niño depresivo.<sup>31/</sup>

El padre en la mayoría de los casos por estar más alejado del niño las entrevistas no tienen oportunidad de analizar la verdadera situación de éste, además del escaso conocimiento que manifestaban con relación a la enfermedad del niño justifica su poca colaboración frente a la situación. Esto nos muestra una posición de rechazo e impotencia disfrazado por un sentimiento de desinterés frente a su familia.

Ver TABLA 28 en página posterior

---

<sup>31/</sup> WINKIN, Op. cit, pag. 9-77

TABLA 28. Relación entre miembros con los cuales se produce una mejor comunicación y se comunican entre si los miembros de la familia

| Los miembros de la familia dialogan entre si.                               | Si |      | No |      | Total |      |
|---|----|------|----|------|-------|------|
|   | N  | %    | N  | %    | N     | %    |
| Miembros con los que se produce una mayor participación en la comunicación. |    |      |    |      |       |      |
| Padre - madre   | 4  | 7.6  |    |      | 4     | 7.6  |
| Madre - hijos   | 34 | 65.3 |    |      | 34    | 65.3 |
| Padre - hijos   | 3  | 5.7  | 3  | 5.7  | 6     | 11.6 |
| Entre hermanos  |    |      | 4  | 7.6  | 4     | 7.6  |
| Todos entre si  |    |      | 4  | 7.6  | 4     | 7.6  |
| Total   | 41 | 78.8 | 11 | 21.1 | 52    | 100  |

" La estructura de la comunicación es un proceso que incluye múltiples modos de comportamientos y la captación de estos fundamenta los sentimientos afectivos de los miembros de la familia.

Los gestos y actitudes influyen sobre los demás , quienes no pueden dejar de responder a tales comunicaciones, por ende tambien se comunican . Mirando este aspecto , se puede afirmar que en la variable " Existen miembros en la

familia que no comentan sus problemas el 80.7% de las personas entrevistadas contestaron "No" y la pregunta " como cataloga la comunicación en su familia un 61.2% afirma que regular y un 21.1% afirma que es mala. Esto se puede comprobar en los datos que muestra la Tabla 29. Lo cual de muestra que dentro de este sistema de comunicación humana existe una disfunción puesto que si 42 de las familias dicen tener buenas relaciones y comparten sus problemas, no se explica cómo 32 familias dicen tener una comunicación regular.<sup>32/</sup>

Este análisis refleja que en la familia no se comunican adecuadamente y los mensajes son interpretados en forma negativa , influyendo así en sus relaciones generándose desconfianzas que impiden expresar los logros y/o fracasos de las personas.

Un individuo al no tener quien lo escuche, se genera el silencio , el cual puede ser interpretado en forma confusa ahondando así la crisis familiar , ya que la persona se encierra en sí misma y no comenta que está sucediendo en su interior, llevándolos a actuar en forma inadecuada.

---

<sup>32/</sup> WATZLAWICK, Op. cit. caps. 3, 4, 5, 6, 7



Toda buena relación es determinada por una clara comunicación, por lo tanto la concordancia entre lo que se expresa y manifiesta debe estar en igual nivel para evitar perturbar el comportamiento de los miembros de la familia y su relación con el medio.

TABLA 29. Relación entre miembros de la familia que no comentan sus problemas y como cataloga la comunicación familiar

| Como cataloga la comunicación en la familia | Existen miembros en la familia que no comentan sus problemas |      | Si |      | No |      | Total |      |
|---|--|------|----|------|----|------|-------|------|
|   |  |      |    |      |    |      |       |      |
|   | N  | %    | N  | %    | N  | %    | N     | %    |
| Buena                                       | 9  | 17.3 |    |      | 9  | 17.3 |       |      |
| Regular                                     | 1  | 1.9  | 31 | 59.6 | 32 | 61.2 |       |      |
| Mala  |  |      |    |      | 11 | 21.1 | 11    | 21.1 |
| Total                                       | 10   | 19.2 | 42 | 80.7 | 52 | 100  |       |      |

El clima emocional de la familia evoluciona constantemente, es influido tanto por factores externos como internos, de aquí que los miembros deban estar preparados para ellos sólo así podrán controlar y prevenir las disfunciones.

La familia debe amoldarse dentro de esta gama de vicisitudes que afectan la relación de comunicación de sus unidades, bajo condiciones de tensión y conflictos excesivos, pueden surgir antagonismos y odios mutuos amenazando la integridad familiar, ante éste hecho cabe suministrar unos datos que en relación a las variables " se reúnen todos los miembros a dialogar cuando la familia tiene un problema ". En la tabla 30 se observa cómo exactamente el 50% de las personas entrevistadas contestaron que si se reúnan mientras que el otro 50% afirma todo lo contrario a la vez cabe anotar " horas en que acostumbran a sentarse a dialogar " el 53.8% de los entrevistados contestaron que en las horas de la noche, lo que permite observar que a estas horas es muy probable que los niños y el resto de la familia se encuentren muy cansados o dispuestos a dormir, por lo tanto no participan como aportadores de alternativas frente a determinado problema. Esto impide que posean claridad acerca de la situación, por lo general se reúnen en las noches y no precisamente para tratar el problema del niño, dándole énfasis a otros aspectos, tales como económicos o sociales, cayendo en un círculo vicioso, donde las cosas mejoran o se descomponen, generándose así disfunciones a nivel familiar.<sup>33/</sup>

---

33 / MINUCHY, Op. cit. pág. 86

TABLA 30. Relación entre horas a las que dialoga la familia y se reúnen todos los miembros a dialogar.

| Horas en las que dialogan | Se reúnen todos a dialogar |      | Si |    | No |   | Total |      |
|---------------------------|----------------------------|------|----|----|----|---|-------|------|
|                           | N                          | %    | N  | %  | N  | % | N     | %    |
| En las mañanas            | 10                         | 19.2 |    |    |    |   | 10    | 19.2 |
| En las tardes             | 3                          | 5.7  |    |    |    |   | 3     | 5.7  |
| En las noches             | 2                          | 3.8  | 26 | 50 |    |   | 28    | 53.8 |
| Durante el almuerzo       | 6                          | 11.6 |    |    |    |   | 6     | 11.6 |
| A ninguna hora            | 5                          | 9.6  |    |    |    |   | 5     | 9.6  |
| Total                     | 26                         | 20   | 26 | 50 |    |   | 52    | 100  |

" La familia es un sistema que opera a través de pautas transaccionales repetidas, establecen pautas acerca de la manera cuando donde y con quien relacionarse y estas pautas apuntan el sistema y regulan la conducta de los individuos de la familia, son mantenidos por dos sistemas de coacción ; el primero es genérico implica las reglas universales que gobiernan las organizaciones familiares por ejemplo debe existir una jerarquía del poder en la que los padres y los hijos posean niveles de autoridad diferentes es así como en la variable a quien se obedece con regularidad el 43.3% lo obtuvo la madre mientras que

un 34,6% define al padre . En la Tabla 31 cabe destacar que en la familia debe existir una complementariedad de funciones en la que el marido y la esposa acepten la interdependencia y operen como un equipo es así como en la estructura de la familia sus miembros se organizan para cumplir con las tareas y funciones del sistema, igualmente se observa en la variable se le pide opinión y ayuda a los hijos en la resolución de los problemas el 73% de los padres entrevistados contestaron que no lo que indica que no hay interacción ni cohesión en el grupo familiar ya que como se observó en la Tabla 28 y se confirma en esta hay una comunicación unilateral , el padre o la madre con relación al hijo donde los hijos viven en conflicto de lealtad y comienzan a aparecer en ellos la ambivalencia afectiva están permanentemente triangulizados dentro de una pugna por el poder de los padres y son objetos frecuentes de manipulaciones del uno por el otro, la participación en la comunicación es inadecuada y se transmiten mensajes no acordes con los gestos y las actitudes .<sup>34/</sup>

---

<sup>34/</sup> Ibid, p. 60 - 86

TABLA 31. Relación entre a quien se obedece con regularidad y si se les pide opinión y ayuda a los hijos en la resolución de los problemas

| A quien se obedece con regularidad | Se les pide opinión y ayuda a los hijos |  | Si |      | No |      | Total |      |   |  |
|------------------------------------|---|--|----|------|----|------|-------|------|---|--|
|                                    |   |  | N  |      | %  |      | N     |      | % |  |
|                                    |   |  | N  | %    | N  | %    | N     | %    |   |  |
| Madre                              |   |  | 14 | 26.9 | 8  | 15.3 | 22    | 42.3 |   |  |
| Padre                              |   |  |    |      | 18 | 34.6 | 18    | 34.6 |   |  |
| Hermano                            |   |  |    |      | 2  | 3.8  | 2     | 3.8  |   |  |
| Hermana                            |   |  |    |      | 0  | 0    | 0     | 0    |   |  |
| Abuelos                            |   |  |    |      | 10 | 19.2 | 10    | 19.2 |   |  |
| Total                              |   |  | 14 | 26.9 | 38 | 73.  | 52    | 100  |   |  |

En las familias existe una tendencia a dialogar sólo frente a problemas graves. Hay escasés de diálogos plácidos, predomina una tendencia hacia la manipulación y la culpabilidad, como en el caso de las variables " los padres se comunican con los hijos sobre" en la que, el tema aspiraciones y deseos de los hijos obtuvieron un 51.9%, mostrándose como se dá un permanente forcejeo unas veces implícito otras veces muy sutil, entre los padres y los hijos, al final se cronifica con la incapacidad de comprender que el tema que plantean los hijos no es sino el reflejo de los que

los padres quieren como nos muestra Tabla 32.

En la otra variable de la misma tabla se revela que el 54% de los padres no comunican las decisiones que toman a los hijos, llegando a definir que existe una dificultad de expresión de los sentimientos personales y una marcada dificultad para expresar sentimientos y/o comentarios sobre el mismo.

La falta de comunicación genera desconfianza en las personas, esto se contradice con las respuestas dadas en la Tabla 19 que algunos miembros dicen tener una buena comunicación a nivel familiar y sin embargo no le comunican las decisiones a los hijos. Esta desconfianza impide que los miembros de la familia expresen lo que realmente desean, siendo víctimas de manipulaciones logrando en ellos un comportamiento sin criterio propio para discernir entre lo que conviene o no.

Lo anterior se va generando cada día en las familias donde el diálogo no es oportuno y claro, donde se expresan manifestaciones irreales de acuerdo a determinada situación por consiguiente se dá una perturbación en el comportamiento de los individuos en la familia.

TABLA 32. Relación entre se comunican las decisiones que se toman a los niños , y temas que mas comenta la familia.

| Los padres se comunican sobre | Comunican las decisiones toman a sus hijos |      | Si |      | No |      | Total |   |   |  |
|-------------------------------|--|------|----|------|----|------|-------|---|---|--|
|                               |  |      | N  |      | %  |      | N     |   | % |  |
|                               |  |      | N  | %    | N  | %    | N     | % |   |  |
| Actividades escolares         | 20   | 38.4 |    |      | 20 | 38.4 |       |   |   |  |
| Temores y tristezas           | 3  | 5.7  |    |      | 3  | 5.7  |       |   |   |  |
| Actividades deportivas        | 0  | -    |    |      | -  | -    |       |   |   |  |
| Aspiraciones y deseos         | 1  | 1.9  | 26 | 50   | 27 | 51.9 |       |   |   |  |
| Ninguna de las anteriores     | -  |      | 2  | 3.8  | 2  | 3.8  |       |   |   |  |
| Total                         | 24   |      | 28 | 53.8 | 52 | 100  |       |   |   |  |

En las relaciones disfuncionales es probable que solo la madre sea quien fije las reglas , como nos muestra la variable de la Tabla 33 donde el 57.2% de los entrevistados afirmaron que uno solo de los padres es quien busca la solución o resuelve en problema a su manera y sin pedir opinión a los demás; también nos muestra como el 57.6% nos afirma si excluye a los hijos de dar opinión sobre la solución al problema . Es evidente que los niños de estas familias no tienen ni voz ni voto y son descalificados

constantemente . Un niño criado en un ambiente así dominante alimenta frustración y rencor , ya que muy difícilmente en estos hogares se les enseña a tener afecto por la vida y el resultado es un individuo que puede presentar dificultades para brindar afecto a los demás incluso a sus propios hijos, ya que se identifica con sus padres y adquiere sus propias características de personalidad.

La falta de afecto crea en el niño ansiedad en grado mayor que el normal por lo que aparecerán síntomas depresivos que no se limitarán sino que se agravarán y se perpetuarán.

TABLA 33. Relación entre exclusión de los hijos de la resolución de los problemas y quien resuelve los problemas en el hogar

| Se excluyen a los hijos<br>Sólo uno lo resuelve | Si |      | No |    | Total |      |
|---|----|------|----|----|-------|------|
|   | N  | %    | N  | %  | N     | %    |
| Si  | 22 | 43,2 |    |    | 22    | 43,2 |
| No  | 8  | 15,3 | 22 | 43 | 30    | 57,2 |
| Total   | 30 | 57,2 | 22 | 43 | 50    | 100  |



" Cuando se presentan conflictos en las relaciones interpersonales existe un desequilibrio individual y familiar , creando incapacidad para manejar la continuidad y uniformidad de la relación a través del tiempo, si el individuo no tiene capacidad para manejar la continuidad y uniformidad de la relación a través del tiempo, si el individuo no tiene capacidad para manejar los conflictos y frustraciones ni el control sobre estos; se creará una situación difícil ya que la estabilidad del grupo va a depender de la estabilidad emocional de sus miembros es entonces aquí donde entran en juego los factores sociales como marginalidad, maltrato físico , y psicológico solvencia económica, sobreprotección y por supuesto falta de comunicación. Todos estos factores crean problemas que al no resolverse desembocan en alteraciones emocionales que ayudan a enfrentar a uno o a varios de los miembros de la familia desajustándose así los mecanismos adaptativos de comunicación con los demás. Vemos como los datos obtenidos confirman estos aspectos puesto que en la variable factores que en la familia precipitan la enfermedad depresiva en el niño. Se obtuvo un 42.2% que identificaron las discusiones en el hogar ,seguidos del 19.2% que identifica sobreprotección, además un 15.3% del maltrato psicológico, y el 13.4% ubicó al maltrato físico , un 5.7 se ubica en marginalidad y el 1.9% opina que se debe a problemas económicos o de educación ,

confirmando así los aspectos teóricos anteriormente expuestos, es de anotar que en la misma Tabla 34 el 28.8% de las personas utilizan el diálogo como una actividad normal en la vida de un individuo y su familia actitud que contradicen los factores precipitantes de la enfermedad como fueron las discusiones en el hogar.<sup>35/</sup>

Ver TABLA 34 en página posterior

---

<sup>35/</sup> F. BARRIOS SIERRA E. Op, cit

TABLA 34. Relación entre factores que en la familia precipitan la enfermedad depresiva y como utilizan el diálogo los padres de familia.

| Factores que en la familia precipitan la enfermedad               | Discusiones en el hogar |           | Maltrato físico |             | Maltrato psicológico |             | Marginalidad |            | Sobreprotección |             | Otros    |            | Total     |            |
|---|-------------------------|-----------|-----------------|-------------|----------------------|-------------|--------------|------------|-----------------|-------------|----------|------------|-----------|------------|
|   | N                       | %         | N               | %           | N                    | %           | N            | %          | N               | %           | N        | %          | N         | %          |
| Orientar a los hijos  | 10                      | 19.2      |                 |             |                      |             |              |            |                 |             |          |            | 10        | 19.2       |
| Aclarar las dudas entre la pareja                                 |                         |           |                 |             |                      |             |              |            |                 |             |          |            |           |            |
| Para hablar de la enfermedad del niño                             |                         |           | 7               | 13.4        |                      |             | 2            | 3.8        | 5               | 9.6         |          |            | 14        | 26.9       |
| Buscar la armonía en la familia.                                  |                         |           |                 |             | 8                    | 15.3        | 1            | 1.9        |                 |             |          |            | 9         | 17.3       |
| Como una actividad normal en la vida de un individuo y su familia | 13                      | 25        |                 |             |                      |             |              |            | 2               | 3.8         |          |            | 15        | 28.8       |
| Ninguna de las anteriores   |                         |           |                 |             |                      |             |              |            | 3               | 5.7         | 1        | 1.9        | 4         | 7.6        |
| <b>Total</b>  | <b>23</b>               | <b>44</b> | <b>7</b>        | <b>13.4</b> | <b>8</b>             | <b>15.3</b> | <b>3</b>     | <b>5.7</b> | <b>10</b>       | <b>19.2</b> | <b>1</b> | <b>1.9</b> | <b>52</b> | <b>100</b> |

Si se acepta que toda comunicación en una situación de interacción tiene valor de mensaje , es decir, comunicación se deduce, que por mucho que uno lo intente no puede dejar de comunicarse, además debe entenderse que la mera ausencia de palabras o de atención mutua no constituye una excepción de lo que acabamos de decir, por ejemplo , una mirada, es un mensaje que se emite y que es captado por el receptor y su interpretación dependerá de las condiciones que rodeen el sistema.

La falta de acuerdo respecto de la manera como se emiten los mensajes y como son interpretados en las secuencias comunicacionales son causa de incontables conflictos en las relaciones familiares por tal aspecto mostramos en la Tabla 35 como las variables formas como le demuestra el amor y afecto a sus hijos y como les demuestra su autoridad el 92.3% contestó que con palabras , mientras que en la pregunta como le demuestra su autoridad el 57.6% afirma que con diálogos afectuosos enérgicos y o terminantes lo que muestra un desequilibrio en la veracidad de estas respuestas puesto que si solo el 42.3% acepta que demuestra su autoridad mediante castigos físicos y/o psicológicos, definidos como golpes , rechazos, humillaciones, descalificaciones como observamos como sólo un 7.6% afirma que demuestra su amor con gestos y actitudes confirmando nuestra posición de que los padres solo identifican la co

municación verbal como la única manera de relacionarse con los hijos y no están conscientes de que sus gestos y actitudes, son captadas como mensajes descalificando las palabras que instantes anteriores expresarán a los niños lo que nos demuestra que existe una descordinación en las respuestas. <sup>36/</sup>

TABLA 35. Relación entre como demuestran amor y afecto a los hijos y como se demuestra la autoridad.

| Como lo demuestra el amor y afecto a sus hijos          | Gestos y actitudes |     | Con palabras |      | Total |      |
|---|--------------------|-----|--------------|------|-------|------|
|   | N                  | %   | N            | %    | N     | %    |
| Como le demuestra su autoridad                          |                    |     |              |      |       |      |
| Con castigos físicos y/o psicológicos                   | 4                  | 7.6 | 18           | 34.6 | 22    | 57.3 |
| Con diálogos afectuosos pero enérgicos y/o terminantes. |                    |     | 30           | 57.6 | 30    | 57.6 |
| Otros   | 0                  | 0   |              |      | 0     | 0    |
| Total   | 4                  | 7.6 | 48           | 92.3 | 52    | 100  |

<sup>36/</sup> WATZLAWICK. Op.cit

## CONCLUSIONES GENERAL AL ANALISIS REALIZADO ANTERIORMENTE

La familia es el núcleo donde se determinan roles, status, normas, costumbres, hábitos, etc; estos elementos influyen determinantemente en las actitudes y comportamiento de los individuos y los lleva a adoptar personalidades normales o anormales ante la sociedad en la que vive.

En las entrevistas aplicadas para complementar los datos de la investigación se pudo determinar que las familias de estos pacientes pertenecen a un nivel socioeconómico medio, medio bajo, y bajo. El tipo de familia que predominó fué la extensa encontrándose hasta 18 personas residiendo en la misma casa. Los padres o responsables de los niños presentan un nivel académico aceptable, ya que gran mayoría de ellos son bachilleres y el otro tanto había terminado su primaria, las edades de los padres oscilan entre los 31 a 40 años.

Un gran número de personas entrevistadas fueron madres pues se encontraban en la vivienda desempeñando oficios domésticos y algunas porque era también su sitio de trabajo como en el caso de las lavanderas, manicuristas, modistas, etc.

La participación del padre fué baja, pues se encontraban fuera por razones de trabajo y en otros casos por abandonos o divorcios, en varios casos pudimos localizar al padre pero este se negó a participar en la entrevista por considerar que era responsabilidad de la madre. Mostrando así su rechazo e importancia ante lo que se considera es problema del niño y su madre.

La ocupación de los padres no dependen en esta población del nivel académico que se haya alcanzado, pues un gran número de ellos se desempeñan en oficios diferentes a los que su conocimientos técnicos o profesionales obtenidos; característica básica de un sistema económico en crisis donde el subempleo o desempleo disfrazado son la única salvación. El padre es quien generalmente aporta el dinero para cubrir los gastos de la familia situación que en más de la mitad de la población investigada se había logrado mediante obligaciones judiciales o demandas de las que estaban conscientes los niños y a las que los padres respondían con desagrado.

Las relaciones familiares de los padres de los pacientes depresivos son disfuncionales pues aunque los padres afirman comunicarse entre sí, definen cada comunicación como mala; afirman así también que la mejor comunicación se establece entre madre e hijo, ya que con el resto de la

familia el paciente no tiene la suficiente confianza, no todos comentan sus problemas como tampoco dialogan unidos en busca de soluciones, solo hablan para tratar los temas económicos que siempre terminan en discusiones desagradables y esto generalmente ocurre en las noches antes de que los niños se retiren a dormir. Al tomar una decisión importante no involucran a los hijos como tampoco les piden opinión ni mucho menos le comentan sus resultados aún cuando éstos los afecten directamente.

Se manipulan sus aspiraciones y deseos y se les culpabiliza por no entender los mensajes de los padres, presentan incapacidad para expresar sentimientos afectivos hacia los niños y nunca se reconoce los avances ni en el campo intelectual y mucho menos deportivo existe un forcejeo explícito entre los padres por dominar al otro demostrando esta superioridad por medio de la aplicación de castigos físicos y psicológicos a los hijos. Es importante destacar que este tipo de familia no reconoce la utilización de la comunicación no verbal y le dan poca importancia a sus gestos y actitudes como forma de expresión de un sentimiento, situación que confunde al niño pues cuando reciben una palabra de afecto contrariamente aparece una actitud de rechazo o descalificación, generándose en el niño ansiedad y angustia por no saber interpretar los mensajes que reciben lo que los lleva a dudar de sus propias percepciones para evi



tar poner en peligro (castigo) su relación con los padres. Mostrandonos la existencia de una patología de desacuerdo en los niveles de contenido y relación de estas familias.

Aún cuando existe un tipo de competencia por el poder entre los padres el tipo de autoridad que se ejerce es matriarcal. Con un sistema de comunicación de forma disfuncional donde se cumplen todas las patologías potenciales dentro de la estructura de los niveles de comunicación descritas por Watzlawick en los capítulos 3, 4, 5, 6, 7 y 8 del libro : " Teoría de la Comunicación Humana. Durante la realización de las entrevistas a los padres de los pacientes depresivos se llevaron a cabo observaciones en la familia que mostraban actitudes de rechazo, hacia el tipo de información que el profesional perseguía, situación que se caracterizó por cambios bruscos de conversación , respuestas evasivas, contradicciones, autodescalificaciones e incongruencias.

Culpabilizan al niño como causa de los problemas en la familia, pero se rechaza la posibilidad de una verdadera enfermedad emocional por parte del niño, la disfunción en las relaciones de interacción impiden dialogar sobre los problemas del sistema familiar, las constantes competencias por el poder y la razón crean complejos que hacen sentir a los niños incapaces ante sus padres, presentan una actitud

de rechazo hacia el problema del niño y ante el hecho de que su actitud influya o predisponga el comportamiento del niño y este comportamiento a su vez predisponga la actitud negativa y de rechazo de estos.

Como los mensajes que se transmiten son contradictorios con las actitudes que se asumen se genera confusión en los niveles de las relaciones ; tambien se presenta competencia en la posibilidad de aceptar responsabilidades en el cuidado y tratamiento del niño, caracterizadas por actitudes carentes de afecto, descalificadoras y análogas que ubicaron a las familias de los pacientes depresivos como familias con sistemas de comunicación de forma disfuncional, donde se genera un tipo de comunicación interpersonal e intrapersonal conflictivo en donde aparentemente se genera más diálogo entre madre e hijos diálogos caracterizados por censura, culpabilizaciones y manipulaciones afectivas, donde los temas de conversación giran en torno de la situación económica que caracteriza principalmente el abandono o marginalidad del padre.

La inadecuada relación entre los padres y así mismo la inadecuada interacción que generan con el hijo impiden el proceso de restauración emocional en estas familias; y por ende la no recuperación del niño.

Generalmente son las madres quienes llevan a consulta al niño, asistiendo con bastante irregularidad, no se lleva adecuadamente el tratamiento ni social ni farmacológico, ocasionándose así la reincidencia en la enfermedad.

A pesar de la confusión respecto del origen de la enfermedad no acostumbran preguntar a los especialistas y prefieren culpabilizar a alguien del problema del niño, a pesar de que se asegura analizar la situación de éste no se utilizan los mecanismos adecuados para lograr su recuperación, no se participa en las actividades recreativas del niño, ni se le permite una socialización adecuada con su medio facilitándoles contactos afectivos en la familia escuela o comunidad; en la mayoría de los casos el niño pocas veces juega y si lo hace es solo, ya que los padres nunca tienen tiempo para hacerlo por sus " múltiples ocupaciones". La recreación implica orientación y educación en situaciones difíciles y para recrear a un niño sólo se necesita desear hacerlo, pero los padres evitan este tipo de situaciones para así evitar su responsabilidad y compromiso ante la enfermedad. Este estudio muestra que estas familias no orientan al niño como deberían hacerlo en las observaciones realizadas se nota a los padres semblantes tristes, inexpresivos, apáticos y se marginan de los diálogos y juegos del niño.

Existe un factor característico en las familias de los pacientes depresivos del área de Psiquiatría Infantil del Hospital San Pablo y es de que más del 70% de ellas son familias con padres separados por abandono o divorcios y las restantes pertenecen a casos donde hay miembros con antecedentes psiquiátricos que residen en la misma vivienda con el niño generándose así una atmósfera inadecuada para la formación emocional del niño.

En la familia del paciente depresivo no se utilizan los mecanismos adecuados para evitar la depresión del niño y que las madres manifiestan que cuando los ven tristes hablan con ellos más sin embargo como los datos lo muestran alrededor del niño se generan discusiones, conflictos, malos tratos físicos y psicológicos, marginaciones, descalificaciones, rechazos y en algunos casos sobreprotección, factores predisponentes de las enfermedades afectivas como la depresión en el caso que se investiga.

La enfermedad depresiva es relativamente común, es un padecimiento que ocurre en forma predominante en las edades intermedia y avanzada, sin embargo algunos de los estudios de niños consideran que es una molestia frecuente en la niñez en nuestros pacientes de la investigación esta enfermedad apareció entre los 5 a 7 años en niños que se encontraban iniciando su primaria y que por lo general eran los más pequeños de la pareja o los únicos; los sin

tema se caracterizaron esencialmente por trastornos de tipo afectivo caracterizados por ansiedad, pesimismo, agresividad, autoacusaciones, procesos asociativos lentos, transtornos de aprendizaje, poca capacidad de concentración llanto involuntario, apatías, molestias sico-somáticas, masturbaciones, irritabilidad, marginalidad, crisis de pavor nocturnos y en algunos casos intentos de suicidios.

A medida que aumenta la depresión aumenta en el niño la incapacidad para concentrarse lo cual lo vuelve menos eficiente ante los ojos de los padres como el raciocinio se ve afectado son irritables por lo que se dan problemas en sus relaciones interpersonales tornándose entonces solitario lo que los llevará inmediatamente a una recaída determinándose entonces una personalidad inestable; el insomnio y la anorexia son comunes en estos pacientes y sus actividades son lentas durante su estado depresivo. La frecuencia de esta enfermedad depende de lo expuesto que estén los niños a factores estresantes o de funcionamiento conflictivo en el hogar. La herencia, el factor genético, la influencia negativa de alguno de los miembros de la familia, las carencias afectivas, conducen inevitablemente a los niños de nuestra investigación al desarrollo de la enfermedad depresiva.

## 12.5 ANALISIS LAS ENTREVISTAS A PROFESIONALES

En el campo de la salud mental la intervención del Trabajador Social cada día es de mayor importancia, debido a la disfunción familia que se presenta originada por los cambios en la sociedad, sean estos positivos o negativos influyendo de tal manera que hasta el mismo concepto de lo que debe ser la verdadera familia se ha cambiado.

Trabajo Social ha desempeñado diferentes funciones con diversos tipos de familia, a pesar de lo complejo que es el campo de la salud mental, se han dado muchos adelantos a nivel de equipo interdisciplinario, teoría, métodos, programas, estrategias y alternativas de acción.

Específicamente el Hospital San Pablo institución pública afiliada al Ministerio de Salud, presta sus servicios en el área de Neumología, Psiquiatría, Farmacodependencia, Cirugías menores y Consulta Externa; donde no se tiene en cuenta la situación social ni económica del usuario, sólo se atiende al paciente que presente estos tipos de patologías.

Después de hacer un estudio con 4 profesionales de la institución se obtuvo el siguiente resultado:

Al establecerse la relación entre roles, tipo de programas y estrategias de intervención del trabajador social en el área de Psiquiatría Infantil se confirmó lo siguiente en la Tabla 36: Los roles desempeñados por el Trabajador Social en el área son de ejecutor de historias sociales con el 100% del total de la población y los otros roles en el momento no se ejecutan, porque no hay una trabajadora social de planta.

Entre los programas aplicados un 25% ubicó los educativos y el 75% de los entrevistados, contestaron todos los anteriores, los cuales incluye ( programas preventivos, educativos, terapéuticos y sociales ).

El 50% de los entrevistados dijeron que Trabajo Social no establece estrategias de intervención y el otro 50% contestó que si establece estrategias. Lo anterior revela que la intervención de Trabajo Social en estos 3 aspectos es limitante primero porque no hay trabajador social de planta y es importante que se establezcan roles, programas y estrategias que permitan dar solución a la problemática y en especial a la familia de los niños deprimidos y segundo se necesita el trabajo coordinado en el equipo interdisciplinario.

207

TABLA 36. Relaciones entre roles, programas y estrategias que guían la intervención del Trabajador Social

| Roles de Trabajador Social     | Programas de Trabajo Social |           |             |          | Estrategias          |                    |                 |          |          |     |
|--------------------------------|-----------------------------|-----------|-------------|----------|----------------------|--------------------|-----------------|----------|----------|-----|
|                                | Preventivo                  | Educativo | Terapéutico | Sociales | Todas las anteriores | No se esta ble cen | Si esta ble cen | Subtotal | Subtotal |     |
|                                | N                           | %         | N           | %        | N                    | %                  | N               | %        | N        | %   |
| Aportador de Ideas             |                             |           |             |          | 2                    | 50                 | 2               | 50       | 4        | 100 |
| Educador                       |                             |           |             |          |                      |                    |                 |          |          |     |
| Ejecutor de Historias sociales |                             |           | 1           | 25       | 3                    | 75                 | 4               | 100      |          |     |
| Orientador                     |                             |           |             |          |                      |                    |                 |          |          |     |
| Terapeuta                      |                             |           |             |          |                      |                    |                 |          |          |     |
| TOTAL                          | 1                           | 25        | 3           | 75       | 4                    | 100                | 2               | 50       | 2        | 50  |
|                                |                             |           |             |          |                      |                    |                 |          | 4        | 100 |



En la relación de las "variables Pasos a seguir el trabajador social en su intervención" y "los roles del trabajador social en el equipo interdisciplinario" la Tabla 37 presenta el siguiente resultado: el 50% realiza visitas domiciliarias , terapias y diagnóstico social y el otro 50% contestó que no saben los pasos a seguir por el trabajador social puesto de que no hay trabajador social en el área. En los roles del equipo interdisciplinario se estableció lo siguiente : el 75% dijo que no estaba desempeñando ningún rol en el equipo interdisciplinario y el 25% contestó que realiza visitas domiciliarias entrevistas y terapias. Como se puede observar el trabajador social no está desempeñan el papel que le corresponde en el equipo interdisciplinario a pesar de que la tendencia es cada vez a trabajar en equipo donde cada profesional tiene una posición dentro de él y un aporte decisivo en el tratamiento integral del paciente, no sólo para su estudio y diagnóstico según las políticas de salud sino también en la elaboración de alternativas que le sirvan al equipo para asegurar la participación activa de la familia en el tratamiento. En este caso se da lo contrario cada profesional atiende su caso dejando de lado el trabajo en equipo que evita la interrelación y por consiguiente la colaboración de cada profesional en el caso. Ver Tabla 37 .

TABLA 37. Relación entre pasos que guían la intervención del Trabajador Social y roles que desempeña en el equipo interdisciplinario

| Pasos que sigue el Trabajador Social en su intervención           | Roles del Trabajador Social Equipo Inter disciplinario |     |         |     | Total |     |
|---|--|-----|---------|-----|-------|-----|
|   | Terapias visitas domiciliarias entrevista              |     | Ninguna |     | Total |     |
|   | N  | %   | N       | %   | N     | %   |
| Entrevistas , terapias diagnóstico social y visitas domiciliarias |  |     | 2       | 50  | 2     | 50% |
| No se sabe cuales son   | 1  | 25% | 1       | 25% | 2     | 50% |
| Total   | 1  | 25% | 3       | 75% | 4     | 100 |

Al relacionarse las variables teorías de intervención , métodos y programas que aplica el equipo interdisciplinario se determinó lo siguiente: ( Tabla 38 ) El 50% utiliza la teoría sistémica y el otro 50% la teoría sicodinámica esto se dá porque trabajo social utiliza la sistémica y el psiquiatra y la psicóloga la sicodinámica aunque si es necesario utilizar conceptos de la teoría sistémica lo utilizan . Con relación a los métodos el 75% utiliza el de ca

so y un 25% utiliza el de grupo. Por medio de esto se confirma lo anteriormente dicho, cada profesional trabaja con el paciente y su familia y lo que se hace es remitir un paciente a otro profesional según el caso. En los programas que está llevando el equipo interdisciplinario un 75% contestó que no está llevando ninguno y un 25% identificó los terapéuticos, lo cual demuestra que no se está llevando un trabajo en equipo y lo que se hace es atender los pacientes por separados o sea en forma multidisciplinaria.

Ver TABLA 38 en página posterior.

211

TABLA 38. Relación entre teorías, métodos y programas utilizados por el equipo interdisciplinario

| Teorías de Intervención del equipo Interdisciplinario | Métodos del Equipo Interdisciplinario |     |           |     | Programas del Equipo I |     |           |     |                         |     |
|---|---------------------------------------|-----|-----------|-----|------------------------|-----|-----------|-----|-------------------------|-----|
|   | N                                     | %   | N         | %   | N                      | %   | N         | %   |                         |     |
|   | Básico                                |     | Sub-Total |     | Preventivo             |     | Educativo |     | Social no de los anter. |     |
|   | N                                     | %   | N         | %   | N                      | %   | N         | %   | N                       | %   |
| Sistémica   | 2                                     | 50% | 2         | 50% | 1                      | 25% | 3         | 75% | 4                       | 100 |
| Sicodinámica  | 1                                     | 25% | 2         | 50% |                        |     |           |     |                         |     |
| Otra  |                                       |     |           |     |                        |     |           |     |                         |     |
| Total   | 3                                     | 75% | 4         | 100 | 1                      | 25% | 3         | 75% | 4                       | 100 |

En la relación que se hizo de las variables " alternativas de acción del equipo interdisciplinario y expectativas del equipo interdisciplinario " se encontró el siguiente dato: El 50% se trabaja individualmente , y se hacen terapias y manejo sicosocial , el 50% de los entrevistados o sea la mitad de los entrevistados solo han planteado alternativas de acción. Con relación a las expectativas el 50% contestó que deseaban la mejora en los recursos financieros para poder ubicar una trabajadora social y prestar así mejores servicios. El 25% sugirió la ubicación de una psicóloga y una trabajadora social de tiempo completo y el otro 25% sugirió la baja en el precio de las consultas en el área para que se dé así una mayor afluencia de pacientes de escasos recursos.

Ver TABLA 39 en página posterior.

213

TABLA 39. Relación entre alternativas de acción desarrolladas y expectativas del equipo interdisciplinario del área .

| Alternativas de acción del equipo interdisciplinario.      | Expectativas del Equipo Interdisciplinario |  |                                  |       |
|--|--|--|----------------------------------|-------|
|  | Mejorar los recursos                       | Ubicar una Trabajadora Social y una psicóloga de tiempo completo | Bajar el precio de las consultas | Total |
|  | N  | %  | N                                | %     |
| Se trabaje en forma individual                             | 1  | 25%  | 1                                | 25%   |
| Hacerle terapia y manejo si cosocial al paciente y familia | 1  | 25%  | 1                                | 25%   |
| Total  | 2  | 50%  | 1                                | 25%   |
|  |  |  | 2                                | 50%   |
|  |  |  | 4                                | 100%  |

Al interpretar los datos de la Tabla 40 se encontró el siguiente resultado; El 25% contestó que no existe unión en el equipo interdisciplinario para manejar un caso. Como se puede observar existe un individualismo por parte de cada profesional para manejar un caso y se da más unión cuando se remite el uno al otro los casos desarrollándose de tal forma un trabajo multidisciplinario.

Por estar trabajando medio tiempo no se da el trabajo en forma completa además no hay coordinación para efectuar reuniones de grupo, ni discusiones de casos, por lo tanto no se está trabajando en equipo interdisciplinario impidiéndose intervención de los diferentes profesionales, en un mismo problema.

TABLA 40. Existencia de unión en el equipo interdisciplinario para tratamiento de casos

| Existe unión en el equipo interdisciplinario para tratar un caso | N | %   |
|--|---|-----|
| Si   | 1 | 25% |
| No   | 3 | 75% |
| Total  | 4 | 100 |

CONCLUSIONES GENERALES DEL ANALISIS REALIZADO ANTERIOR  
MENTE

La profesión de Trabajo Social es tal vez la disciplina que en forma más directa debe implementar pautas de intervención frente a las limitaciones que afectan al individuo y a la familia a grupos y a comunidades , sin desconocer las características de la estructura social en la cual se desenvuelven. Estas características sociales de trabajo son las que guían las formas en que se da la intervención desarrollando acciones estrategias y programas de tipo educativo preventivo y terapéutico es específicamente.

Dentro de los roles que desempeña el trabajador social del área de psiquiatría se destacan el de ejecutor de historias sicosociales y visitas domiciliarias a fin de obtener el mayor conocimiento posible sobre los antecedentes de la enfermedad del paciente y las posibles causas desencadenantes de ella.

Como en el área de psiquiatría infantil no hay en este momento Trabajadora Social de planta y tampoco estudiantes en práctica se han ideado mecanismos de remitir a las promotoras del área los casos que ameriten con urgencia dicha intervención.



En este área las estudiantes que realizan sus prácticas ni la Trabajadora Social han establecido estrategias de intervención por lo que se hace más difícil y menos productivo este trabajo , ya que no se sigue un modelo por cuanto no existen investigaciones anteriores que describen las características específicas de la población que se atiende.

Como no se cuenta con profesional de Trabajo Social en el área se ubican estudiantes que reciben asesoramiento y coordinación de las Trabajadoras Sociales que laboran en las áreas de psiquiatría general, consulta externa y farmacodependencia . Estas estudiantes solo se limitan a intervenir en casos que le remitan el sicólogo o el psiquiatra del área , esta intervención se limita a realizar historias sociales, visitas domiciliarias, terapias de familia y elaboración de diagnósticos sociales, intervención que no es conocida por todos los profesionales que laboran en la institución; en cuanto al modelo teórico de intervención se utiliza el psicodinámico y el sistémico según la patología que presente el paciente , ya que se hace necesario tratar además del paciente a toda la familia como sistema en el cual el individuo se desenvuelve influye y es influido.

Se utiliza la metodología de trabajo con individuo, grupo

y familia donde solo se está realizando programas terapéuticos y educativos, por lo que existen serias expectativas respecto de la ubicación de una Trabajadora Social en el área para así asegurar la prestación de mejores servicios y minimizar la reincidencia de los pacientes debido a que aún no se está trabajando muy coordinadamente en el equipo multidisciplinario del área de psiquiatría infantil.

La ubicación de un trabajador social ayudaría además a incentivar la unión y participación conjunta de los profesionales en un mismo caso para garantizar así la recuperación del paciente y su familia.

## CONCLUSION

Ante la necesidad urgente de dar solución a la problemática de los pacientes usuarios del área de psiquiatría infantil del Hospital San Pablo se realizó la investigación cuyo objetivo general perseguía el determinar los patrones disfuncionales en la estructura de la comunicación y organización de la familia de niño con sintomatologías depresivas las cuales se caracterizan así :

1. La falta de comprensión por parte de los padres respecto al comportamiento del niño depresivo y el no poder controlar la conducta de este frente a cualquiera de sus síntomas, por ejemplo; la agresividad o la masturbación interpretaciones erróneas sobre la naturaleza de la depresión y el manejo del niño en el hogar.
2. Los padres rehusan aceptar los síntomas depresivos del niño porque les exige mucha atención, les hace sentir que han fallado como padres, se sienten culpables, angustiados, ansiosos, creen que el problema es debido a una

debilidad de su hijo; o consideran que es un lujo o cuparse del problema, muestran rechazo e impotencia adoptando posiciones de hostilidad e indiferencia.

3. La hostilidad es atendida como el desagrado que causa en los padres la depresión manifiesta a través de irritación, amenaza y castigo; la indiferencia es entendida como la disminución de interés por el niño, debido a la falta de interacción entre el padre y el; estas conductas son manifestaciones de los sentimientos de los padres a reacciones momentáneas frente a los síntomas del niño. Estas posiciones no son tácticas adecuadas que ayuden a favorecer la conducta deseada y mucho menos disminuyen la frecuencia de la conducta indeseada.

4. La utilización de castigos por parte de los padres para controlar el comportamiento del niño no da buenos resultados, por su inadecuada aplicación pues con estos niños excesivamente apáticos, introvertidos, agresivos y distraídos se necesitaría la adopción de comportamientos comprensivos y afectuosos en forma consciente para así lograr una respuesta adecuada.

5. Las actitudes de rechazo de los padres frente a la con

ducta del niño depresivo, influyen negativamente en el logro de los propósitos del tratamiento, mientras que las conductas de aceptación y afecto favorecen la participación de los padres en la terapéutica utilizada y por consiguiente hacen que el tratamiento sea más eficaz.

6. Los padres no participan ni activa ni adecuadamente y no se comprometen con el intento de alcanzar las metas del tratamiento, porque en la mayoría de los casos no cumplen las recomendaciones dadas por el psiquiatra el psicólogo o la Trabajadora Social; no asisten regularmente a las consultas y en algunas ocasiones suspenden las medicaciones sin consultar al profesional.
7. Los padres no pueden culpabilizarse ni culpar a otros del problema del niño, ya que en algunos casos es difícil controlar algunos factores como el medio ambiente comunitario ; lo ideal es que comprendan y reconozcan que de lo funcional o disfuncional del sistema de comunicación familia va a depender la captación de los mensajes por parte del niño y viceversa, determinándose así la formación de comportamientos normales o patológicos.
8. El nivel socio-económico y cultural de la familia es determinante en la comprensión y aceptación de la mag

nitud de la enfermedad depresiva, influyendo también en la participación activa de la familia hacia el tratamiento del niño.

9. La familia del paciente depresivo presenta un tipo de autoridad matriarcal y un sistema de comunicación inadecuado y disfuncional, no hay acuerdo entre los mensajes y las actitudes que se asumen durante las interacciones .
10. Los problemas que se dan al interior de la familia no son tratados por todos los miembros excluyéndose a los hijos de las soluciones aún cuando estas les afectan directamente.
11. La utilización del diálogo para sacar al niño de su estado depresivo no da ningún resultado si no se hace adecuadamente , ya que de lo contrario los hace sentir culpables de no ser tan felices o sentir lo que los padres quieren que ellos sientan , además los llenan de ansiedad y angustia aumentando así la crisis depresiva.
12. Manipulan las aspiraciones y deseos de niño llevándoles a adoptar posiciones que solo ellos desean, creando en el niño sentimientos de impotencia ambivalencia afectiva.

tiva y agresividad, componentes sintomáticos decisivos. en la formación del cuadro depresivo.

13. Al generarse una comunicación disfuncional los miembros de la familia adoptan comportamientos inadecuados que los lleva a retraerse de las interacciones familiares evitándose así la continuidad en la relación de los miembros del sistema.
14. Las modalidades terapéuticas utilizadas en el área de psiquiatría infantil del Hospital San Pablo en el tratamiento del niño depresivo son : Evaluación psicológica, asesoramiento de los padres y tratamiento farmacológico, la aplicación de estas modalidades en forma combinada y multidisciplinaria determina la disminución del síndrome depresivo y la readaptación del niño al medio familiar y comunitario.
15. En la actualidad en el área de psiquiatría infantil se está realizando un trabajo de equipo multidisciplinario y no se cuenta con profesional de Trabajo Social solo asisten las estudiantes que asigna la facultad al área, situación que solo se dió hasta el segundo semestre de 1986.

## RECOMENDACIONES

Las siguientes recomendaciones van dirigidas al Area de Psiquiatría Infantil del Hospital San Pablo y a la facultad de Trabajo Social de la Universidad de Cartagena ; las cuales se elaboraron, luego de un estudio objetivo de las necesidades inmediatas de ambas instituciones y de recopilar sugerencias y expectativas de estudiantes y profesionales que de una u otra forma se encuentran ligadas a las instituciones antes mencionadas.

Entre estas tenemos :

- Elaboran programas de participación familiar para así lograr reestructurar los patrones de comunicación al interior de ésta.
- El Trabajador Social deberá atender a toda la familia o por lo menos tratar de atenderlos a todos.
- Realizar seguimiento de casos que lo demanden.



- Presentar informe al equipo multidisciplinario del área acerca del desarrollo del seguimiento del caso y de los resultados de la intervención .
- Solicitar asesoría al equipo multidisciplinario del área : en la intervención de acuerdo al tipo de patología o enfermedad que presente el usuario.
- Implementar estrategias de recreación para los niños mientras esperan el turno en la consulta.
- Adecuación física, material y humana de un salón especial para los niños que asisten a la consulta de psiquiatría infantil.
- Exigir la presencia por lo menos de uno de los padres , del niño en la consulta .
- Escoger las estudiantes de este campo de práctica, por medio de entrevistas objetivas, en las que las estudiantes demuestren actitudes, motivaciones y aceptación al área de la salud mental y ubicarlas en forma permanente.
- Estudiar la posibilidad de aminorar el período de conocimiento de la institución, por lo menos en 2 meses, tiempo que se aprovecharía en estudio teórico-práctico

de casos.

- Incentivar a los padres de familia a través de las consultas con los profesionales con el objetivo de que contribuyan a brindarle al niño un ambiente familiar, social y cultural que facilite adecuadas relaciones de interacción entre los miembros del sistema.
- Concientizar a los padres de familia respecto de la importancia de un cambio de actitud frente a los síntomas depresivos del niño como técnica adecuada que favorece la conducta deseada y disminuye la frecuencia de la conducta indeseada que presenta el niño.
- Determinar a través de estudios las comunidades de más alto riesgo e implementar los programas preventivos a través de los colegios.
- La intervención del profesional debe tener en cuenta no solo al paciente sino a todo el sistema familiar.

ESTRATEGIA DE INTERVENCION FRENTE A FAMILIAS CON SISTEMAS  
DE COMUNICACION DISFUNCIONALES USUARIAS DE AREA DE PSIQUIA  
TRIA INFANTIL DEL HOSPITAL SAN PABLO

INTRODUCCION

En el presente capítulo se muestran las estrategias que servirán de base para la transformación de los patrones de comunicación y organización de la familia del niño con sintomatologías depresivas usuarios del hospital San Pablo.

Estas se elaboraron con base en las políticas generales y sectoriales y los objetivos del hospital ; las necesidades y prioridades de la comunidad y las demandas de orden académico que presenta la facultad .

Para elegir las estrategias de acción se tuvo en cuenta la relación de estas con los problemas y su gravedad, tanto a nivel institucional como comunitario, el resultado de la investigación, los planes y programas que estaban en ejecución en el área de psiquiatría infantil del hospital , el grado de complementariedad de las acciones seleccionadas con las que estaban en ejecución ; las posibilidades de participación del usuario, donde se consideró que estas estrategias fueran compartidas y aceptadas por ellos para asegurar así el descubrimiento de sus posi-

lidades para llevar a cabo las acciones seleccionadas y que estas en nada contradijesen sus costumbres evitando así futuros malentendidos o conflictos.

La factibilidad de estas estrategias se da en razón de los recursos técnicos y humanos disponibles, el tiempo de duración en relación a los propósitos del proyecto y el presupuesto real disponible.

## JUSTIFICACION

A través de la investigación que se realizó con las familias de los pacientes depresivos del área de Psiquiatría Infantil del Hospital San Pablo se logró caracterizar su sistema de comunicación interaccional como una relación inconsciente, en el que se refleja un aparente equilibrio y armonía en las interacciones de los miembros del grupo familiar, la autoridad es ejercida por la madre, la cual siempre es extremista; muy hostil o permisiva. No se expresan ( comunicación verbal ) afectos ni cuidados, existe un desinterés de los padres por las actividades académicas y recreativas de los niños, no se ejercen control sobre ellos y cuando lo hacen son excesivamente rigurosos, las expresiones de afecto y cariño solo se da por uno de los familiares lo que causa ambivalencia afectiva en el paciente, se dan castigos físicos y psicológicos al igual que imposición de normas, se presentan sub-grupos dentro del grupo familia del paciente ( subsistemas o aliados ) dándole armonía a unos mientras que a otros, no, existe alteración de roles dentro del grupo, creándose una re

lación de dependencia en la toma de decisiones debido a la inconsistencia en la educación de los hijos se presentan constantes conflictos de lealtad, y existe ambivalencia afectiva, los hijos son manipulados dentro de pugnas por el poder, hay escases de diálogos plácidos y una inadecuada transmisión de mensajes, hay una marcada dificultad por expresar sentimientos sin agredir al otro y de expresar sentimientos o comentarios positivos sobre si mismo y una incapacidad por plantear claramente o centralizar los focos básicos del problema, hay una marcada ansiedad de parte de los pacientes para definir sus sentimientos respecto de los padres.

Es importante destacar que en estas familias hay poca identificación de los que son las enfermedades mentales, creándose conflictos y confusiones frente a la aparición de los síntomas en los niños, haciendo necesario por tanto la implementación de unas estrategias terapéuticas que contribuyen a estructurar los conocimientos sobre las relaciones familiares y comunicación funcional como preservadores de la salud mental individual y familiar.

## OBJETIVOS

### OBJETIVO GENERAL

- Restructurar los patrones disfuncionales de comunicación y organización familiar de los niños con sintomatologías depresivas usuarios del área de Psiquiatría Infantil del Hospital San Pablo.

### Objetivos Específicos

- Orientar a la familia en el manejo, tratamiento y recuperación del paciente depresivo usuario de los servicios del área de psiquiatria infantil del Hospital San Pablo.
- Promocionar la comunicación como único sistema de interacción que permite el desarrollo y equilibrio de la salud mental individual y familiar.
- Lograr la integración de los profesionales que laboran en el área de Psiquiatría Infantil del Hospital San Pa

blo a través de su participación en el programa.



## DISEÑO METODOLOGICO

La metodología que guiará el proceso de intervención será de tipo diagnóstico descriptivo aplicando inicialmente la observación como procedimiento estructurado de la percepción de la realidad de la familia del paciente depresivo al análisis al sistematismo y a la generalización en procura de realizar este proceso de intervención dentro de los parámetros de una visión integral y objetiva de esa realidad, todo este proceso se desarrolla a través de evaluaciones de estudios de casos entrevistas, secciones de grupos de familia, terapias, visitas domiciliarias, donde se realizarán observaciones estructuradas, para realizar así la situación interaccional del grupo, y de las familias en su habitación, se seleccionarán casos para trabajarse en conjunto, se realizarán tareas dirigidas por los profesionales, y trabajar con ellas de acuerdo a las características del sistema de comunicación interaccional en el cual se ubique .

### CRITERIO PARA SELECCIONAR LA POBLACION

- Usuarios del área de psiquiatría infantil del Hospital

San Pablo .

- Grado de colaboración que los padres de familia brinden en el tratamiento del niño.
- Familias con sistemas de comunicación disfuncionales.
- Familias y comunidades de más alto riesgo.

#### ACTIVIDADES A REALIZAR

- Reuniones con el equipo de profesionales del área ; donde se expondrán las actividades llevadas a cabo en el seguimiento de los casos y programas, en los estudios de casos se realizará un análisis de la situación del niño y la familia y se darán pautas de intervención frente al problema , al final se evaluarán las acciones realizadas por los profesionales y la situación de cambio en la familia.
- Formación de grupos con los padres o familiares de los pacientes usuarios del área; se escogerán los padres de los pacientes que presenten mayor reincidencia en la enfermedad con ellos se llevarán a cabo terapias de grupo, dinámicas de grupo, e incluso se prepararán para que colabore a nivel comunitario cuando se de estas caracte

rísticas en su barrio, teniendo como objetivo principal la participación del grupo familiar en la solución de los problemas.

- Se realizarán charlas y conferencias , las cuales incluirán temas tales como , aparición de los síntomas, origen de estos, desarrollo, tratamiento y manejo familiar de las enfermedades psicosociales del niño, comunicación funcional, relaciones de pareja, relaciones de grupo, relaciones parento-filiales, autoridad, poder, rol y amor.
- Video-foros a través de los cuales se mostrarán situaciones que serán analizadas y evaluadas por los miembros del grupo.
- Sociodramas con la participación activa de los miembros del grupo donde se interpretarán situaciones de la vida familiar y se darán respuestas constructivas frente a las diferentes crisis que se presenten actividad que será desarrollada por todos los miembros del grupo.
- Dinámicas de grupo ; estas se realizarán al iniciar y al finalizar cada terapia de grupo, con el fin de que se facilite la integración y la comprensión entre los miembros , y así disolver los roces o malentendidos que se pueden presentar entre secciones concientizándoles

de que todos se encuentran allí por el mismo problema.

- Concursos tendientes a incentivar la participación activa del grupo llevando a mantener la motivación de los padres a la asistencia puntual en el desarrollo de las actividades.
  
- Se realizará una evaluación de los cambios que en cada una de los sistemas familiares se vaya presentando y se realizarán terapias de familia individual con la participación y asesoría de los diferentes profesionales del área.

## RECURSOS

### Humanos

Estudiantes de Trabajo Social en práctica , docentes , coordinadores, y supervisoras de prácticas psiquiátras , psicólogos , enfermeras, promotoras sociales.

### Financieros

Presupuesto del hospital

### Institucionales

Hospital San Pablo. Instituto Colombiano de Bienestar Familiar y Hospital Universitario de Cartagena.

### Materiales

Cartulinas, marcadores, videos, reglas, pegante, cinta adhesiva, sillas, papel, lápices , revistas viejas, periódicos, .

## FUNCIONES

El Trabajador Social: Realizará un diagnóstico descriptivo de los casos haciendo uso de las teorías, y estrategias que se adecúen a la problemática.

Realizará un programa de intervención con la familia de pacientes usuarios del área de psiquiatría infantil, donde se les proporcionará asesoría profesional, su intervención estará enfocada al cambio de actitud frente al problema del niño y la estructuración de patrones de comunicación funcionales en el núcleo familiar.

Realizará revisiones conjuntas con los profesionales de casos e historias clínicas.

Será organizador, ejecutor y evaluador de las diferentes actividades que se realicen en la intervención con las familias, éstas son :

- Realización de historias sociales de los pacientes.

- Presentación de diagnóstico social de la familia del paciente.
- Seleccionar el personal con el que se va a trabajar en la familia.
- Realizar visitas domiciliarias.
- Coordinación con los profesionales del área el tratamiento de la familia .
- Organizar un programa terapéutico con la familia de los pacientes.
- Coordinar la ejecución del programa
- Supervisar el programa .
- Fijar las fechas de reuniones
- Incentivar la motivación en el grupo.
- Orientación al grupo en la creación de alternativas que contribuyan a la solución de sus propios problemas.
- Seleccionar las familias a participar en el grupo.

- Seleccionar el sitio y ubicación de las reuniones.
- Determinación de horarios de reuniones de acuerdo con los participantes .
- Buscar contacto con las instituciones que les puedan brindar ayuda a los niños y a la familia.
- Presentar un cronograma de actividades al equipo y aprobarlo conjuntamente.
- Realizar terapias individuales.
- Evaluaciones en coordinación con el equipo.
- Determinar el tipo de profesionales que se vincularán en el programa .
- Intervenir en la familia con el objetivo del cambio de actitud frente al paciente.

PSICOLOGA : Asesorar la organización del programa.

- Participar en las terapias de grupo y de familia.
- Prestarles servicios al paciente y su familia.



- Asesorar al Trabajador Social en la práctica..
- Participar en las evaluaciones.
- Brindarle al paciente un tratamiento psicológico completo.
- Participar en las reuniones de equipo.
- Ser ponente en las conferencias que se dicten.

PSIQUIATRA : Asesorar al trabajador social en la organización del programa .

- Participar en las terapias de grupo y familia.
- Atender al paciente y a sus padres.
- Participar en las reuniones del equipo.
- Asesorar las charlas del programa.
- Ser ponente en las conferencias.
- Participar en la evaluación del programa

PROMOTORA SOCIAL : Participar activamente en el programa.

- Dictar conferencias,
- Ejecutar dinámicas de grupo.
- Participar en la evaluación del programa.

### Evaluación

La evaluación se realizará por los profesionales periódicamente y al finalizar el programa de acuerdo con las fechas especiales determinadas en el cronograma, determinando los aspectos positivos y negativos que se presentaron , lo que permitirá conocer el grado en que los familiares se concientizaron sobre la importancia de la comunicación como sistema de interacción que permite el desarrollo de las relaciones familiares y el equilibrio de la salud mental individual y familiar.

Es necesaria la evaluación periódica, es decir, de cada actividad, pues se determinarán acciones tendientes a mejorar el programa llevando a los profesionales a un trabajo eficiente y completo dentro del área de psiquiatría infantil del Hospital San Pablo.

CRONOGRAMA

| Tiempo   | Actividad  | Técnica  | Recursos  |
|----------|--|--|---|
| 1 semana | Montaje del programa estratégico de intervención.  |  | Programa elaborado.   |
| 1 mes    | Exposición de programa al equipo interdisciplinario .<br>Delegación de funciones y preparación de temas. | Conferencia<br>Plenaria                                    | Bibliografía  |
| 1 mes    | Motivación a los padres para la participación en el programa.  | Entrevistas y visitas domiciliarias                        | Transporte  |
| 1 mes    | Aspectos psiquiátricos en el desarrollo de los temas.  | Reuniones periódicas, con conferencias dinámicas de grupo. | Programa de información sobre aspectos clínicos de la depresión y |

| Tiempo | Actividad   | Técnica  | Recursos   |
|--------|---|--|--|
| 1 mes  | Aspectos psicosocial con el desarrollo de los dos niveles teóricos y el práctico. | Reuniones periódicas con referencias , ejercicios de comunicación. | axiomas de comunicación.<br>Programa de complemento .Carteles, papelógrafos. |

## BIBLIOGRAFIA

## LIBROS

ACKERMAN, N. Diagnóstico y Tratamiento de las relaciones familiares, ed. Paidós, 1971.

ANDER-EGG, E. Introducción a las Técnicas de Investigación Social, Buenos Aires, ed. Humanitas, 1960.

AYUSO, J. y SAENZ, J. Las depresiones. Nuevas perspectivas clínicas.

BARAHONA, A. y BARAHONA, F. Metodología de Trabajo Científico. Bogotá -Colombia, Ipler, 2a. ed., 1979.

BANDURRA, B. Introducción a la Sociología de la Comunicación Barcelona, editorial Ariel, 1979.

BASAGLIA, G. et al. Razón, locura y sociedad. México, editorial siglo XXI, 7a. ed., 1985.

- BOSZORMENYI, I. y FRAMO, J. Terapia familia intensiva. México, ediciones Trillas, 1982.
- BRIONES, G. La formulación de los problemas de investigación social , Bogotá, ediciones Uniandes, 1981.
- BOWLBY, J. Los cuidados maternos y la salud mental. Buenos Aires, ediciones sumaritas, 4a. ed. , 1982.
- CARVALHO, B. Planificación y Comunicación. Quito, Ecuador: editorial Don Bosco, 1978.
- FELMAN, Erick. Teoría de los medios masivos de la comunicación. Buenos Aires, editorial Kaperluz, 1977.
- FERMAN, G. y LEVIN, J. Investigaciones en las ciencias sociales, México, ediciones Limusa, 1979.
- GESELL, A. et. al. El niño de 1 a 4 años. Buenos Aires, Ediciones Paidós, 1976.
- HAUCK, P. Depresiones , Colombia, editorial Norma, 1982.
- H.B. ENGLISH A. Ch. Diccionario de Psicología y Psicoanálisis. Buenos Aires, ediciones Paidós, 1977.

MAKARENCO, A. Conferencias sobre Educación Infantil. Bogotá ediciones El Faro.

MARTI-TUSUUETS, J. Psiquiatría Social. Barcelona, ediciones Herder., 1976.

MINUCHY, S. Técnicas de Terapia Familiar. Barcelona, ediciones Gedisa.

MINUCY, S. Familia y Terapia Familiar. Barcelona, editorial Gedisa.

MENDELS, J. La Depresión, Barcelona, Herder, 1982.

MORGAN, J. Anxiety Society ( Sociedad Arcaica), ediciones Salvoy, 1971.

MUSSEN, Conger, Korgar, Desarrollo de la personalidad del niño. México, ediciones Trillas, 1979.

NATHANN, K. Tribuna Médica. Depresión , atención primaria, 1980.

PACHON , G. Se acaba la familia. Investigaciones sobre la familia colombiana. Bogotá, Ediciones Pluma, 1981.

PSICOPATOLOGIA SOCIAL, México , Ediciones Morata, 1975.

SAIN, Velásquez, A. Familia, terapia y Sociedad, Bogotá, Ediciones Husta, 1982.

SPITZ, R. El primer año de vida del niño. Madrid. Ediciones Aguilar, 1958.

WATZLAWICK, P. et. al . Teoría de la comunicación humana. Barcelona, ediciones Herder, 1986.

WINKIN, I. La nueva comunicación, Barcelona. Ediciones Kairos, 1982.

#### TESIS

ALVAREZ B. y O, Gloria. Estudio de los trastornos del aprendizaje desde el punto de vista social ( tesis de grado), U. de Cartagena , 1986.

BARRIOS, Sierra E. Las relaciones interpersonales en la familia y su incidencia en el farmacodependiente, Universidad de Cartagena, 1986.

FIGUEROA, A. Incidencias de las relaciones familiares en la conducta social del menor. Universidad de Cartagena, 1979.

FRANCO, N. Intervención del Trabajador Social con niños de deficientes mentales, Universidad de Cartagena , 1980.



OSORIO , Garrido . Desintegración familiar y condiciones de vida en ambiente marginado y su incidencia en el comportamiento social del niño pre-escolar, Universidad de Cartagena, 1986. .

PEREZ , C. Análisis de la terapia utilizada con la familia del farmacodependiente desde 1984 y su eficacia en el tratamiento de los pacientes del Hospital San Pablo de Cartagena, Universidad de Cartagena, 1986.

REVISTAS

AGUSTIN PASTOR, A. Concepto actual sobre depresiones, revista del Médico práctico , 8a. edición , 1981.

KAPLUN, M. Comunicación entre grupos. El método del casete foro. Canadá, 1984.

PROCESOS Y POLITICAS SOCIALES. Revista de Trabajo Social 20 y 21, Bogotá, ediciones Gente Nueva, 1984.

V CONGRESO NACIONAL DE TRABAJO SOCIAL."Memorias " ,Carta gena, editorès; Guerrero H. Luna E. Villadiego , D. Bu la L. , 1983.

ANEXOS



## GUIA DE OBSERVACION ( ESTRUCTURADA) 1

## ASPECTOS IMPORTANTES OBSERVADOS EN LA INSTITUCION

## OBJETIVO

Identificar diferentes aspectos que muestran las políticas y el funcionamiento de la institución en que se realiza la investigación.

## LUGAR

Hora :

## 1. Identificación

Nombre

Tipo de institución

## 2. Localización

Ubicación

Descripción física

Medios accesibles de transporte

Servicios públicos de que dispone:

3. ASPECTO RECREATIVO

Tipo de recreación que se ofrece a los pacientes.

4. ASPECTO DE LA SALUD

Tipo de patología que atiende y la de más común ocurrencia.

5. ASPECTO SOCIAL

Nivel socioeconómico del personal que atiende  
Relaciones de los profesionales con los pacientes

6. ASPECTO ALIMENTICIO

Tipo de alimento que ofrecen a los pacientes

7. ASPECTO RELIGIOSO

Transmisión de los valores religiosos a los pacientes.

8. ASPECTO EDUCATIVO

Programas educativos

9. ASPECTO ADMINISTRATIVO

Ubicación del personal que labora según las áreas

10. EQUIPO INTERDISCIPLINARIO

Quiénes lo integran

Cuántos hay

Cada cuánto tiempo se reúnen a realizar trabajos en equipo.

GUIA DE OBSERVACION (ESTRUCTURADA ) 2 PARA LAS ESTUDIAN  
TES DE TRABAJO SOCIAL

ASPECTOS IMPORTANTES OBSERVADOS EN LA FAMILIA

OBJETIVO

Identificar las disfunciones en la comunicación de las fa  
milias entrevistadas tomando como parámetros los axiomas  
de la comunicación.

FECHA

LUGAR

1. ESTRUCTURA Y/O MATERIAL DEL INMUEBLE

- a. Composición
- b. Distribución
- c. Organización de la vivienda

2. IMPOSIBILIDAD DE NO COMUNICARSE

2.1 Qué tipo de disfunciones se dan en la comunicación

familiar en el momento de elaborar las entrevistas?

- 2.2 Qué actitud asumen los miembros de la familia frente al entrevistador?
- 2.3 Los miembros de la familia aceptan rechazan o descalifican el problema que manifiesta el niño?
- 2.4 El paciente identificado es el único que manifiesta el síntoma de la disfuncionalidad de la familia?
- 2.5 Qué otros síntomas se presentan en la familia?

### 3. LA ESTRUCTURA DE LOS NIVELES DE COMUNICACION

- 3.1 Los familiares concuerdan con respecto al contenido de sus comunicaciones y a la definición de su relación?
- 3.2 Los miembros de la familia están en desacuerdo con respecto al nivel de contenido y de la relación?
- 3.3 Los familiares están de acuerdo en el nivel de contenido pero ello no perturba su relación?
- 3.4 Los familiares están de acuerdo en el nivel de contenido pero no en la relación?
- 3.5 Existe confusión en identificar los acuerdos o desacuerdos en niveles de contenido y de relación?
- 3.6 Los participantes ponen en duda sus propios conceptos a fin de que no haya peligro en sus relaciones?



3.7 Existe un desacuerdo entre los familiares en la identificación de sus problemas en los niveles de contenido y relación?

3.8 Existe confirmación en la mismicidad del paciente y sus familiares?

3.9 Se rechaza el problema que se está tratando?

3.10 Se confirma o se desconfirma?

3.11 Manifiestan los padres de familia el verdadero estado en que se encuentra el niño?

#### 4. PUNTUACION DE LA SECUENCIA DE HECHOS

4.1 Los miembros de la familia poseen el mismo nivel de información con relación al problema?

4.2 Llegan a las mismas conclusiones respecto a él?

4.3 Existe claridad entre los miembros de la familia en que la sintomatología del niño es producto de la situación que viven sus miembros?

4.4 Los familiares identifican la enfermedad del niño como causa o consecuencia de la problemática familiar?

#### 5. COMUNICACION DIGITAL Y ANALOGICA

5.1 Existe correspondencia entre la actitud y los mensajes que se emiten en la familia?

5.2 Los miembros de la familia traducen el mensaje digital del nivel de relación de acuerdo a los mensajes

analógicos?

6. INTERACCION SIMETRICA Y COMPLEMENTARIA

6.1 Existe competencia entre los miembros de la familia?

6.2 Existe una complementariedad rígida entre los miembros de la familia?

CUESTIONARIO 1

ENTREVISTA SOCIOECONOMICA Y CULTURAL APLICADA A LA FAMILIA  
DE NIÑOS CON SINTOMATOLOGIAS DEPRESIVAS

OBJETIVO

Señalar las características socio-económicos y culturales  
de la familia de niños con sintomatologías depresivas.

La comunicación y las causas y síntomas de la enfermedad.

LUGAR :

HORA :

1. UBICACION

1.1 Dirección

2. CARACTERISTICAS SOCIALES

2.1 Composición familiar

| No | Nombre y Apellido | Edad | Sexo | Ocupac. |
|----|-------------------|------|------|---------|
|    |                   |      |      |         |
|    |                   |      |      |         |
|    |                   |      |      |         |
|    |                   |      |      |         |

2. TIPO DE FAMILIA

2.2.1 Nuclear   

2.2.2 Externa   

2.3 Roles que desempeña el encuestado:

Ama de casa    estudiante    padre de familia     
hijo    hermano    trabajador   .

2.4 Educación

| N | Tipo | Cursos realizados | Especialización |
|---|------|-------------------|-----------------|
|   |      |                   |                 |
|   |      |                   |                 |
|   |      |                   |                 |
|   |      |                   |                 |

3. CARACTERISTICAS ECONOMICAS

3.1 Personas que trabajan en el hogar: padre    madre     
hijo    abuelo    abuela   .

3.2 Personas que no aportan ingresos al hogar: padre     
madre    hijo    abuelo    abuela   .

4. CARACTERISTICAS CULTURALES DE LA FAMILIA DE LOS NIÑOS  
CON SINTOMATOLOGIAS DEPRESIVAS

4.1 Hábitos

4.1.1 Administran la droga al niño en el horario preciso?

Sí \_\_\_ No \_\_\_

Si contesta no por qué \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

4.1.2 Participa la familia en las actividades recreativas del niño?

Sí \_\_\_ no \_\_\_. Si contesta no por qué? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

4.1.3 Qué mecanismos utiliza la familia para evitar que el niño se deprima? hablan con él \_\_\_ juegan con él \_\_\_  
le leen un libro \_\_\_ otros \_\_\_\_\_

5.1 Valores de la familia con relación al niño:

5.1.1 Muestran interés hacia el niño? Sí \_\_\_ no \_\_\_ en caso de que diga no por qué? \_\_\_\_\_

5.1.2 Valoran las actividades creativas que realiza el niño?

Sí \_\_\_ no \_\_\_ en caso de que diga no por qué \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

5.1.3 Muestra interés hacia el problema del niño y hacia su recuperación ? si \_\_\_ no \_\_\_ en caso de que diga no por qué? \_\_\_\_\_

5.1.4 Llevan a consulta personalmente al niño? si \_\_\_ no \_\_\_

por qué? \_\_\_\_\_

5.1.5 Participa activamente en el tratamiento del niño ?  
si \_\_\_\_\_ no \_\_\_\_\_ por qué? \_\_\_\_\_

5.1.6 Pregunta a los especialistas cómo hacer para que  
su niño se recupere pronto? si \_\_\_\_\_ no \_\_\_\_\_ porqué?  
\_\_\_\_\_

5.1.7 Asiste puntualmente a las consultas con su niño ?  
si \_\_\_\_\_ no \_\_\_\_\_ por qué? \_\_\_\_\_

6. FACTORES QUE PRECIPITAN EN LA FAMILIA LA ENFERMEDAD  
DEPRESIVA EN LOS NIÑOS ? DISCUSIONES EN EL HOGAR \_\_\_\_\_  
MALTRATO FISICO \_\_\_\_\_ MALTRATO PSICOLÓGICO \_\_\_\_\_ SO  
BREPROTECCION \_\_\_\_\_ MARGINALIDAD \_\_\_\_\_ OTROS \_\_\_\_\_

7. EN QUE EDAD SE PRESENTO LA ENFERMEDAD EN EL NIÑO?

- 7.1 1 a 4 años \_\_\_\_\_
- 5 a 7 años \_\_\_\_\_
- 8 a 11 años \_\_\_\_\_
- 12 a 16 años \_\_\_\_\_

8. QUE SINTOMAS PRESENTA EL NIÑO AL MANIFESTARSE LA ENFERMEDAD ?

- 8.1 Pérdida de apetito \_\_\_\_\_
- 8.2 Trastornos en el aprendizaje \_\_\_\_\_
- 8.3 Llanto involuntario \_\_\_\_\_

8.4 Apatía \_\_\_\_\_

8.5 Ninguno de los anteriores \_\_\_\_\_

8.6 Otros \_\_\_\_\_

9. QUE FACTORES HAN ORIGINADO LA ENFERMEDAD EN EL NIÑO ?

\_\_\_\_\_

10. LA FAMILIA CONSIDERA QUE EL ORIGEN DE LA ENFERMEDAD ES?

10.1 Hereditario \_\_\_\_\_

10.2 Adquirido en la familia \_\_\_\_\_

10.3 Adquirido en el ambiente \_\_\_\_\_

10.4 Origen mágico religioso \_\_\_\_\_

11. PAUTAS DE COMPORTAMIENTO FAMILIAR FRENTE AL PACIENTE:

11.1 Se dá orientación en las situaciones difíciles al niño?

Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ por qué? \_\_\_\_\_

11.2 Existe confusión ante la situación ? si \_\_\_\_\_ no \_\_\_\_\_ por qué? \_\_\_\_\_

11.3 Se dá participación de la familia para manejar al niño?

si \_\_\_\_\_ no \_\_\_\_\_ por qué? \_\_\_\_\_

11.4 Se analiza la situación del niño por parte de la familia para darle solución a la problemática ?

si \_\_\_\_\_ no \_\_\_\_\_ por qué? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

11.5 Explican a los otros familiares la enfermedad del niño para que también los ayuden? si \_\_\_\_\_ no \_\_\_\_\_ por qué? \_\_\_\_\_

12. EN LA FAMILIA SE DAN LOS SIGUIENTES FACTORES PARA PREPONER LA ENFERMEDAD DEPRESIVA?

12.1 Separación de la madre \_\_\_\_\_

12.2 Separación de los cónyuges \_\_\_\_\_

12.3 Presencia de otros miembros con depresión \_\_\_\_\_

13. RELACIONES INTERPERSONALES

13.1 Cómo se relacionan los miembros de la familia?

A través del diálogo \_\_\_\_\_

A través de gestos y actitudes \_\_\_\_\_

A través de conflictos y discusiones \_\_\_\_\_

Otro tipo \_\_\_\_\_

13.2 Qué miembros de la familia tienen a cargo la toma de decisiones y los manejos de los asuntos del hogar?

Padre ? \_\_\_\_\_; madre \_\_\_\_\_; hija \_\_\_\_\_; abuelo \_\_\_\_\_  
abuela \_\_\_\_\_

14. COMUNICACION FAMILIAR

14.1 Los miembros de la familia se comunican entre sí?

si? \_\_\_\_\_; no \_\_\_\_\_ Por qué ? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

14.2 Cómo se cataloga la comunicación en la familia :

buena \_\_\_\_\_ regular \_\_\_\_\_ mala \_\_\_\_\_



14.3 Existen miembros en la familia que no comentan sus problemas? si \_\_\_ no \_\_\_ por qué? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

14.4 Miembros con los cuales se produce una mejor comunicación familia :  
padre y madre \_\_\_\_\_  
padre e hijos \_\_\_\_\_  
todos entre si \_\_\_\_\_  
madre e hijos \_\_\_\_\_  
hermanas y hermanos \_\_\_\_\_

14.5 La familia comenta temas: económicos \_\_\_\_\_ políticos \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ religiosos \_\_\_\_\_ educativos \_\_\_\_\_ sobre el problema del niño \_\_\_\_\_ otros \_\_\_\_\_.

14.6 A quien se obedece con regularidad en la familia?  
madre \_\_\_\_\_ padre \_\_\_\_\_ hermano \_\_\_\_\_ hermana \_\_\_\_\_ abuelos \_\_\_\_\_

14.7 La familia al tomar decisiones al interior del hogar piden opiniones a los hijos? si \_\_\_ no \_\_\_ por qué ?  
\_\_\_\_\_

14.8 Comunican las decisiones que se toman a los hijos? si \_\_\_ no \_\_\_ por qué? \_\_\_\_\_

14.9 Es una costumbre sentarse a dialogar en: las mañanas \_\_\_\_\_ las tardes \_\_\_\_\_ los noches \_\_\_\_\_  
Durante el almuerzo o cena \_\_\_\_\_ a ninguna hora \_\_\_\_\_

14.10 Los padres se comunican con el niño sobre :  
Las actividades escolares \_\_\_\_\_ los temores y tristezas \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ las actividades deportivas \_\_\_\_\_ las aspiraciones \_\_\_\_\_

nes y deseos \_\_\_\_\_ ninguna de las anteriores \_\_\_\_\_

14.11 Cuando la familia tiene problemas:

14.11.1 Se reúnen todos los miembros a comentar sobre esto?

si \_\_\_\_\_ no \_\_\_\_\_ por qué? \_\_\_\_\_

14.11.2 Excluyen a los hijos y sólo los padres lo comentan

en búsqueda de solución? si \_\_\_\_\_ no \_\_\_\_\_ por qué? \_\_\_\_\_

14.11.3 Se les pide a los hijos opinión y/o ayuda? si \_\_\_\_\_ no \_\_\_\_\_

por qué? \_\_\_\_\_

14.11.4 Sólo lo comenta y resuelve uno de los padres sin

tener en cuenta la opinión de los demás? si \_\_\_\_\_

no \_\_\_\_\_ por qué? \_\_\_\_\_

14.12 Utilizan el diálogo como forma de :

Orientar a los hijos \_\_\_\_\_ aclarar dudas entre la pareja \_\_\_\_\_ para hablar de la enfermedad del niño \_\_\_\_\_ buscar la armonía de la familia \_\_\_\_\_ como una actividad normal en la vida de un individuo y su familia \_\_\_\_\_ ninguna de las anteriores \_\_\_\_\_.

14.13 Cómo les demuestra su autoridad?

Con castigos físicos y/o psicológicos \_\_\_\_\_ con diálogos afectuosos pero enérgicos y/o terminantes \_\_\_\_\_ otros \_\_\_\_\_

Encuestador \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

## CUESTIONARIO 2

Entrevista a los profesionales acerca de la intervención del Trabajador Social en el área de Salud Mental Infantil y en el equipo interdisciplinario.

## OBJETIVO

Identificar la metodología teórico-práctica de la intervención del equipo interdisciplinario en el área de la Salud Mental Infantil.

LUGAR :

FECHA :

1. ¿Qué roles está desempeñando el Trabajador Social en el área de la Salud Mental Infantil:
  - a) Aportador de ideas \_\_\_\_\_
  - b) Orientador \_\_\_\_\_
  - c) Educador \_\_\_\_\_
  - d) Ejecutor de historias sociales \_\_\_\_\_
  - e) Terapeuta \_\_\_\_\_

2. QUE TIPO DE PROGRAMAS ESTA LLEVANDO A CABO?

- a) Preventivo \_\_\_\_\_
- b) Educativo \_\_\_\_\_
- c) Terapéutico \_\_\_\_\_
- d) Sociales \_\_\_\_\_

3. QUE ESTRATEGIAS DE INTERVENCION OFRECE EL TRABAJADOR SOCIAL PARA DISMINUIR LA PROBLEMATICA A NIVEL FAMILIAR CUANDO SE PRESENTA UN NIÑO CON PROBLEMA ?

---

---

---

4. QUE PASOS SIGUE EL TRABAJADOR SOCIAL AL REALIZAR UNA INTERVENCION A NIVEL FAMILIAR ? \_\_\_\_\_

5. QUE ROLES ESTA DESEMPEÑANDO EL TRABAJADOR SOCIAL EN EL EQUIPO INTERDISCIPLINARIO ? \_\_\_\_\_

6. QUE TIPO DE TEORIA GUIA LA INTERVENCION DEL EQUIPO INTERDISCIPLINARIO ?

- a) Sistémica \_\_\_\_\_
- b) Psicodinámica \_\_\_\_\_
- c) Otro \_\_\_\_\_
- d) Cuál \_\_\_\_\_

FINANCIACIÓN

ÉSTA INVERSIÓN SERÁ FINANCIADA EN SU TOTALIDAD POR LAS ESTUDIANTES ENCARGADAS DE REALIZARLA A CONTINUACIÓN SE HARÁ UNA PRESENTACIÓN DETALLADA DE LOS COSTOS QUE DEMANDA DICHA INVESTIGACIÓN

PRESUPUESTO

| UNIDADES | DETALLE                    | VALOR UNITARIO | VALOR TOTAL |
|----------|----------------------------|----------------|-------------|
|          | HONORARIOS SECRETARIA      | 20.000         | 20.000      |
|          | DELINEANTE DE ARQUITECTURA | 3.000          | 3.000       |
|          | PAPELERIA                  |                |             |
|          | XEROSCOPIA                 | 8              | 2.850       |
| 350      | PAPEL BOND                 | 20             | 200         |
| 10       | COMPRA DE LIBROS           | 400            | 26.000      |
| 21       | FOLIORES Y EMPASTES        |                | 2.400       |
| 16       | TRANSPORTE                 |                |             |
|          | VIAJES Y/O VISITAS         | 22             | 2.640       |
| 120      | DOMICILIARIAS              |                |             |
|          | IMPRESIONES                | 5.000          | 5.000       |
|          |                            |                | 64.090      |

7. QUE METODO GUIA LA INTERVENCION DEL EQUIPO INTERDISCIPLINARIO ?

- a) Básico
- b) Individual
- c) Grupo
- d) Comunidad

8. QUE PROGRAMAS ESTA LLEVANDO A CABO EL EQUIPO INTERDISCIPLINARIO ?

- a) Preventivo \_\_\_\_\_
- b) Terapéutico \_\_\_\_\_
- c) Educativo \_\_\_\_\_
- d) Sociales \_\_\_\_\_
- e) Ninguno de los anteriores \_\_\_\_\_

9. DESCRIBIR LAS ALTERNATIVAS DE ACCION QUE ESTA PROPONIENDO EL EQUIPO INTERDISCIPLINARIO PARA TRATAR UN CASO ?

---

---

10. EXISTE UNION DEL EQUIPO INTERDISCIPLINARIO PARA TRATAR UN CASO?

Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ por qué ? \_\_\_\_\_

11. QUE EXPECTATIVAS TIENE EL EQUIPO INTERDISCIPLINARIO CON RELACION AL MEJORAMIENTO DE LA PRESTACION DE LOS SERVICIOS?

---

TITULO

LA DISFUNCION EN LA COMUNICACION DE LA FAMILIA DE NIÑOS CON  
SINTOMATOLOGIAS DEPRESIVAS USUARIOS DEL HOSPITAL SAN PABLO  
DE CARTAGENA.

REALIZADO POR LAS ESTUDIANTES:

LUISA I POLO MONTERO

ESPERANZA RODRIGUEZ FIGUEROA

ASESOR:

DR. CESAR SANCHEZ VERGARA

## JUSTIFICACION

La presente investigación se realizó en los pacientes del area de psiquiatría infantil y sus familias, en el Hospital San Pablo de Cartagena.

Esta investigación pretende analizar una de las situaciones problemáticas que enfrenta la institución, como es la inadecuada comunicación que se da en la familia, evitando la participación y cooperación en el tratamiento y recuperación de su paciente y sumado a esto un escaso conocimiento acerca del origen y desarrollo de las enfermedades.

El enfoque teórico utilizado será el de Terapia Familiar Sistémica y sus enfoques estructural y ecológico.

Los aspectos que se tendrán en cuenta en el estudio de estas familias serán: El aspecto socioeconómico y cultural de las familias, las características de la comunicación familiar, las manifestaciones sintomáticas de la enfermedad en los niños y la intervención del Trabajador Social como miembro del equipo terapéutico en el area de salud mental.

## PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El problema planteado permite el conocimiento de fenómenos ca



racterísticos de la disfunción de la comunicación en las relaciones familiares, como generador de distorsiones afectivas originando sintomatologías depresivas en los niños de éstas familias.

OBJETIVO GENERAL

Determinar los patrones de comunicación disfuncional en la estructura y organización de la familia del niño con sintomatología depresiva usuario del area de psiquiatría infantil del Hospital San Pablo de Cartagena.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

Enunciar las características socioeconomicas y culturales de la familia del niño depresivo.

Analizar las disfunciones en la comunicación que dependiendo de las características socioculturales de la familia predisponen o precipitan sintomatologías depresivas en los niños.

Describir las características de la enfermedad depresiva en los niños.

Identificar estrategias de intervención profesional para reestructurar los patrones de comunicación disfuncional de la familia del niño depresivo.

IMPORTANCIA Y UTILIDAD

A la facultad de Trabajo Social brindará información acerca de una de las problemáticas en nuestra sociedad, como son los conflictos que se dan al interior de las familias que presentan

niños con problemas en su comportamiento y en especial cuando este tipo de patología prescribe una sintomatología depresiva.

Esta investigación mostrará la necesidad de la vinculación de una Trabajadora Social en el area de psiquiatría infantil dada la necesidad de un estudio, diagnóstico y tratamiento social.

A nivel institucional se dará las bases para una agilización en la intervención profesional, logrando la participación de la familia en el tratamiento.

A las estudiantes brindará un conocimiento teorico-práctico sobre la situación problemática de la familia permitiendo, la formulación de alternativas, estrategias y programas que lleven a una mejor intervención.

A nivel de la comunidad se darán conocimientos prácticas para el manejo y recuperación del niño, a través de los programas terapéuticos, educativos, sociales, preventivos y recreativos.

#### DISEÑO METODOLOGICO

Esta investigación se realizará en el area de psiquiatría infantil del Hospital San Pablo, donde se atienden niños de un mes a 16 años con diferentes patologías.

Tipo de investigación: Empírica aplicada.

De acuerdo al nivel de conocimiento que se desea obtener es diagnóstico-descriptivo.

De acuerdo a sus características y su naturaleza es de campo no experimental.

UNIVERSO Y MUESTRA

El universo lo conforman 52 familias residentes en el Departamento de Bolivar, que asisten al area de psiquiatria infantil del Hospital San Pablo.

Muestra: Se tomara el total del universo o sea 52 familias.

Dentro de la poblacion a estudiar se incluoran: 2 Trabajadoras sociales, 1 psiquiatra y 1 psicologa.

Criterios para seleccionar la poblacion:

- Familias que residan en Cartagena, niños que oxilen entre 1 mes y 16 años, familias que se niegen a colaboran en el tratamiento, familias donde se hace persistente las manifestaciones depresivas en el niño, y que la manifestación sintomática fuera la de mayor número de pacientes.

Técnicas de recolección de información:( Encuesta, ) entrevista, recopilación documental, cuestionario, observaciones, tabulación y/o interpretación de la información, y fuentes.

HIPOTESIS

La disfunción en la comunicación dentro del sistema familiar incide en la generación de cuadros clinicos con sintomatologías depresivas.

Variable independiente: La disfunción en la comunicación.

Variable dependiente: Sintomatologías depresivas en los niños.

CONCLUSIONES.

Entre los aspectos a los cuales se llegó a la conclusión tenemos los siguientes:

Falta de comprensión por parte de los padres acerca del comportamiento de los niños, rechazo hacia los síntomas, hostilidad e indiferencia hacia los síntomas y el niño, castigos físicos y psicológicos, los padres no participan en el tratamiento, suspenden los medicamentos, existe confusión ante la situación culpabilizan al niño del problema, existe una comunicación disfuncional, relaciones familiares distorcionadas, nivel socio economico medio bajo y bajo, autoridad matriarcal, los problemas no son tratados por todos los miembros de la familia, manipulan las aspiraciones y deseos de los hijos, por lo general los temas de conversación son los económicos, existe ambivalencia hacia el niño, los conflictos en la familia aumentan los síntomas depresivos y la terapéutica utilizada en el hospital incluye: Evaluación psicológica, asesoramiento a los padres, y tratamiento farmacológico. No se trabaja en equipo interdisciplinario y se sigue el metodo de caso.

RECOMENDACIONES

Elaborar programas de participación familiar para así lograr reestructurar los patrones de comunicación al interior de éstas, el Trabajador Social deberá atender a toda la familia, recibirá asesoramiento del equipo interdisciplinario, realizará seguimiento de casos que lo requieran, presentará informe al equipo I, implementará estrategias de recreación para

los niños mientras esperan el turno en la consulta, adecuación física, material y humana de un salón para los niños que asisten a la consulta, exigir la presencia por lo menos de uno de los padres, escoger las estudiantes del area de la salud mental a través de entrevistas objetivas, estudiar la posibilidad de animar el periodo de conocimiento de la institución, incentivar a la familia para que contribuyan a brindarle al niño un ambiente familiar, social y cultural que facilite unas adecuadas relaciones familiares, concientizar a los padres de familia con respecto al cambio de actitud en relación a los síntomas del niño, determinar las comunidades de más alto riesgo para implementar programas educativos, terapéuticos, preventivos .

ESTRATEGIA DE INTERVENCION

Nombre: Estrategia de intervención profesional para reestructurar los patrones de comunicación disfuncional al interior de la familia del niño con sintomatología depresiva usuario del Hospital San Pablo.

Objetivo general: Reestructurar los patrones de comunicación y organización familiar de los niños con sintomatología depresiva usuarios del Hospital San Pablo.

Objetivos específicos: Orientar a la familia en el manejo, tratamiento y recuperación del paciente depresivo,

Promocionar la comunicación como único sistema de interacción que permite el desarrollo de la salud mental individual y familiar, y lograr la integraciones de los profesionales del area.