

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE TRABAJO SOCIAL**

**“INDICADORES SOCIOECONÓMICOS QUE INCIDEN EN LA
ADHERENCIA TERAPÉUTICA DE PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA”**

**TESIS
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADO EN TRABAJO SOCIAL**

**PRESENTA
MICHEL TINOCO VELÁZQUEZ**

**DIRECTORA DE TESIS
DRA. AÍDA VALERO CHÁVEZ**

MÉXICO D.F.

2007



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

AGRADECIMIENTOS

A mis padres:

Quienes con su apoyo, dedicación, enseñanzas y amor, constituyeron el pilar más importante en la conclusión de este importante proyecto.

Gracias por hacer de mí lo que soy, los amo.

A mi hermano:

A mi vida le faltaría una parte fundamental sin tu presencia, constante apoyo e inigualable sentido del humor.

Gracias por ser mi cómplice y amigo, te adoro.

A ti:

Infinitas gracias por estar ahí siempre, fuiste pieza clave en este logro.

Te amo.

A la Universidad Nacional Autónoma de México:

Mi eterno agradecimiento a la mejor Universidad de Latinoamérica, es un orgullo pertenecer a esta institución.

A la Escuela Nacional de Trabajo Social:

Mil gracias

Al Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía:

*Por haber otorgado las facilidades para la realización de
este proyecto.*

A la Fundación Amstrong:

Cuyo reconocimiento a mi trabajo fue una gran motivación.

A la Doctora Aída Valero Chávez:

*Le agradezco infinitamente su apoyo en la realización de esta
tesis, pero sobretodo su invaluable enseñanza a lo largo de
mi formación profesional.*

*Hago expresa mi gratitud a todas las Familias que con
paciencia y disposición colaboraron en el estudio, sin ellos
no hubiera sido posible.*

ÍNDICE

	Pag.
INTRODUCCIÓN	1
1. ASPECTOS CLÍNICOS DE LA ESQUIZOFRENIA	3
1.1 Definición y evolución histórica del concepto de esquizofrenia	3
1.2 Síntomas de la esquizofrenia	7
1.2.1 Síntomas Positivos	8
1.2.2 Síntomas Negativos	9
1.3 Tipos de esquizofrenia	10
1.4 Epidemiología de la esquizofrenia	14
1.5 Enfoque terapéutico de la esquizofrenia	15
2. ETIOLOGÍA DE LA ESQUIZOFRENIA	20
2.1 Factores Genéticos	21
2.2 Factores Bioquímicos	23
2.3 Factores Fisiológicos	24
2.4 Factores Psicológicos	25
2.5 Factores Sociológicos	27
2.6 Factores relacionados con la Dinámica Familiar	28
3. ADHERENCIA TERAPÉUTICA	31
3.1 Conceptualización	31
3.2 Factores que inciden en la Adherencia Terapéutica	34
3.3 Estudios sobre Adherencia Terapéutica	38
4. INVESTIGACIÓN SOCIAL INDICADORES SOCIOECONÓMICOS QUE INCIDEN EN LA ADHERENCIA TERAPÉUTICA DE PACIENTES ESQUIZOFRÉNICOS	43
4.1 Justificación	43
4.2 Planteamiento del problema	45
4.3 Objetivos	46
4.4 Hipótesis	46
4.5 Metodología	46
4.6 Análisis de resultados	48
4.6.1 Análisis cuantitativo	49
4.6.2 Análisis cualitativo	69

	Pag.
5. PROPUESTA METODOLÓGICA DE INTERVENCIÓN DE TRABAJO SOCIAL	86
5.1 Programa de Sensibilización sobre esquizofrenia y la importancia de la adherencia terapéutica	86
5.2 Apéndice del programa Psicoeducativo: “Esquizofrenia y Adherencia Terapéutica”	
“Grupo de Orientación para Familiares y Pacientes con Esquizofrenia”	97
CONCLUSIONES	103
SUGERENCIAS	107
ANEXOS	109
BIBLIOGRAFÍA	182

INTRODUCCIÓN

Una de las principales consecuencias que ha traído consigo la reestructuración social en las poblaciones modernas, y las que aún están en vías de desarrollo, es el incremento de las enfermedades mentales, el cual se ha visto agravado principalmente en las últimas décadas, esto debido a diversos factores como son el estrés, la presión social, familiar, económica, entre otros. Sin embargo, uno de los problemas más complejos en torno a esta temática radica en los serios problemas que ha tenido el sector salud para dar respuesta a la población que padece algún trastorno mental, pues no han podido crear políticas de salud que satisfagan la demanda que implican las enfermedades mentales.

Todo esto ha desembocado en el limitado alcance de los tratamientos, pues no se han logrado identificar plenamente, ni tampoco intervenir en aquellos factores que inciden en el cumplimiento terapéutico.

Esta problemática se complica cuando la enfermedad es de las más serias en el ámbito de la salud mental debido al deterioro social, familiar y laboral que genera; tal es el caso de la esquizofrenia, la cual por su gravedad requiere total y absoluto apego al tratamiento, sin embargo, esto representa un problema de gran magnitud debido a que las tasas de adherencia terapéutica son bajas.

Ante este panorama, el presente trabajo es una investigación realizada a pacientes con esquizofrenia atendidos en el Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía, con el objetivo de identificar los factores socioeconómicos que inciden en su adherencia terapéutica. El desarrollo de los temas de dicha investigación se consolida en cinco capítulos, en los cuales se abordan los diversos aspectos que tienen que ver con el padecimiento y la adherencia terapéutica con la finalidad de ofrecer un panorama clínico y social de la esquizofrenia.

En el capítulo I se abordan aspectos generales de la esquizofrenia como son evolución histórica del concepto, síntomas, tipos de esquizofrenia y epidemiología, asimismo, se describen los principales enfoques terapéuticos en torno al padecimiento.

En el capítulo II se trata la etiología de la esquizofrenia, la cual se divide en factores genéticos, bioquímicos, fisiológicos, psicológicos, sociológicos y los relacionados con la dinámica familiar.

El capítulo III contiene los principales planteamientos teóricos realizados hasta hoy en relación con el tema de adherencia terapéutica; se aborda su concepto, los principales factores que inciden en el proceso terapéutico y los estudios realizados hasta la actualidad.

La explicación de la metodología de la investigación se desarrolla en el capítulo IV, el cual, en primera instancia, comprende la justificación, planteamiento del problema, objetivos, hipótesis y metodología. Posteriormente, se presenta el análisis cuantitativo y cualitativo de los resultados obtenidos a través del trabajo de campo.

Dichos resultados integran la propuesta metodológica de intervención de Trabajo Social con pacientes esquizofrénicos del Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía, la cual está conformada en el capítulo V de la investigación.

El Trabajo Social tiene una importante y amplia participación cuando se habla de enfermedades crónicas, ya que la esquizofrenia, como otras enfermedades mentales, requiere de la necesidad imperante de dar atención tanto al paciente como a su familia de manera integral y multidisciplinaria.

CAPÍTULO I

ASPECTOS CLÍNICOS DE LA ESQUIZOFRENIA

En la actualidad la esquizofrenia es uno de los padecimientos mentales que constituyen uno de los principales problemas de salud mental, esto no se debe sólo a su cronicidad y considerable porcentaje de incidencia, la cual se tratará a detalle más adelante, sino a que la esquizofrenia representa un importante reto para los profesionales de la salud, en particular para la medicina, ya que ha la fecha no se ha logrado determinar con exactitud la causa principal del padecimiento. Otro debate trascendental gira en torno a la etiología de la esquizofrenia, puesto que los puntos de vista se dividen en causas genéticas, bioquímicas, fisiológicas, psicológicas y sociales (factores desencadenantes), sin embargo, este aspecto también será tratado más adelante con detenimiento. Ahora bien, se comenzará por conceptualizar a la esquizofrenia retomando las definiciones más sobresalientes del mundo psiquiátrico a la vez que realizaré una reseña de la evolución histórica del concepto.

1.1. Definición y Evolución Histórica del Concepto de Esquizofrenia

Etimológicamente esquizofrenia proviene del griego *schizo* y *phrenos*, lo cual significa *mente escindida* y desde hace años la sintomatología de este padecimiento ha interesado de sobremanera a los especialistas en el ámbito de la salud mental, de ahí que el estudio de este padecimiento tiene una relevante evolución histórica.

En el año 1400 a.C. un fragmento del libro hindú AyurVeda describió una enfermedad que consideraban producida por los demonios, en la cual la persona que la padecía andaba desnudo, sucio, comía exageradamente, había perdido su

memoria y se movía de un lado a otro con dificultad; para el tratamiento de esta enfermedad recomendaban meditación y técnicas de encantamiento.

En el siglo I d. de C. el médico Arateo de Capadocia “observó el deterioro de las facultades mentales y de la personalidad en algunos pacientes, que bien podían haber sido esquizofrénicos; de tales pacientes escribe: <Caen en tal estado de degradación que hundidos en una fastuosidad absoluta, se olvidan de sí mismos y pasan el resto de sus vidas como bestias brutas y los hábitos de sus cuerpos pierden toda dignidad humana>”.¹ Areteo en sus trabajos describió los síndromes paranoides como ideas delirantes y alucinaciones.

Para el siglo II d. de C. el médico Sorano de Éfeso describió delirios de grandeza en pacientes que creían ser dioses.

Hasta pasada la edad antigua, en donde el interés clínico fue distante y no ocurrió nada sobresaliente con respecto a la esquizofrenología, “muchos esquizofrénicos fueron juzgados y condenados como poseídos por el demonio, y fueron quemados en la hoguera o condenados y confinados por la sociedad en jaulas”.²

Es a partir del siglo XVIII que se ponen en auge los progresos en el campo de la psiquiatría y hay una preocupación por los aspectos éticos de la medicina, con ello surge la idea de cuidar a la gente con enfermedades mentales y desaparece la concepción antigua de que las alteraciones mentales se deben a posesiones demoníacas.

Bajo esta nueva concepción de tratar a las alteraciones mentales como enfermedades, los estudios en el campo de la psiquiatría tomaron vital importancia. En el caso particular de la esquizofrenia, podemos destacar, a partir de esta época, a Morel quien en 1856 introdujo el término *demencia precoz*, para nombrar el caso de un adolescente brillante que se volvió aislado, apático y callado, “cuya madre había sido loca y cuya abuela había sido excéntrica, y sugirió que la herencia podía ser un factor causal definitivo”.³ En 1868 Sander, introduce

¹ Rendueles, Guillermo y otros. “Las esquizofrenias”, ediciones jucar, Madrid, 1990. p. 11.

² Ibidem, p. 12.

³ Ibid, p. 13.

el término de paranoia para catalogar a un grupo de sujetos que tienen sentimientos de ser maltratados, perseguidos y/o humillados.

Para 1870 Hecker, utiliza el término hebefrenia, para distinguir un cuadro clínico que empieza en la adolescencia, y donde hay una perturbación mental que lleva al deterioro del sujeto.

Posteriormente, las investigaciones más sobresalientes son las hechas por Emil Kraepelin, Eugen Bleuler y Adolf Meyer. Cabe resaltar que los actuales conceptos de esquizofrenia se basan principalmente en las formulaciones de estos teóricos.

El psiquiatra alemán Emil Kraepelin fue quien dio la denominación de *demencia precoz* a una gran variedad de síndromes mentales, cuya aplicación previa hecha por su contemporáneo Morel era más limitada, en dicha descripción enfatizaba que los síntomas aparecían en la adolescencia. En sus primeros planteamientos propuso que “las causas de la *demencia precoz* eran enfermedades degenerativas del cerebro o trastornos metabólicos que producían una autointoxicación”.⁴

Hizo una amplia descripción de las características clínicas de la demencia precoz, pero no hizo intento alguno por explicar con bases psicológicas las conductas de sus pacientes, a su vez, dividió el término esquizofrenia en distintas clases, paranoide, catatónica y hebefrénica.

Para 1911 el psiquiatra suizo Eugen Bleuler sustituye el término de demencia precoz por el de esquizofrenia, ya que consideró que ésta no conlleva siempre un deterioro cognitivo del sujeto, mientras que la demencia sí. Para Bleuler, la esquizofrenia consistía en el “relajamiento de las asociaciones entre los pensamientos, los sentimientos y la conducta con unos síntomas secundarios constituidos por ideas delirantes, alucinaciones y perturbaciones conductuales”.⁵ Además, Bleuler agregó un cuarto subtipo de esquizofrenia a los ya planteados por Kraepelin, la esquizofrenia simple.

Más tarde diversos autores han seguido modificando la definición de esquizofrenia entre los que destaca el psicoanalista Kasanin quien en 1933 introdujo el término

⁴Kolb, Lawrence C. “Psiquiatría Clínica”, Edit. Panamericana. Mexico 1985, p. 335.

⁵ Ibidem, p. 338.

esquizoafectivo para designar a un grupo de esquizofrenia en la que además de haber el trastorno de pensamiento hay alteraciones afectivas importantes, tanto en el sentido de manía, como en el de depresión.

En 1952, surgió la primera edición del DSM (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales), en donde se clasifica a la esquizofrenia como *reacciones esquizofrénicas* e incluyen una tipificación mucho más amplia que la vigente.

Estos planteamientos que antecedieron a lo que hoy podríamos llamar *psiquiatría moderna*, constituyen el punto de partida para las teorías actuales. A partir de esta etapa las investigaciones han ido avanzando de manera sumamente importante.

En la actualidad el DSM-IV es el manual más utilizado por los psiquiatras, en donde se plasman los nuevos adelantos en la materia y donde se plantea que la esquizofrenia se “caracteriza por presentar al menos dos de las siguientes características: ideas delirantes, alucinaciones, lenguaje desorganizado (descarrilamiento frecuente o incoherencia), comportamiento catatónico, y síntomas negativos (aplanamiento afectivo, abulia, alogia)”,⁶ asimismo, contemplan los siguientes tipos de esquizofrenia: paranoide, desorganizado, catatónico, indiferenciado y residual; dichos aspectos serán tratados particularmente más adelante dentro del presente capítulo.

Una de las instituciones más importantes de México especializadas en tratar trastornos mentales, el Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía (INNN), señala que la esquizofrenia “se define como una alteración en el funcionamiento cerebral. El cerebro contiene miles de millones de neuronas, o células nerviosas, cada neurona tiene ramificaciones o terminales que transmiten y reciben mensajes de otras neuronas. Estas terminales producen sustancias químicas llamadas neurotransmisores, que llevan los mensajes de la punta de una terminal hasta la

⁶ DSM IV Manual Diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. MASSON, Barcelona, 1997. p. 286.

punta de la otra. En el cerebro de los pacientes con esquizofrenia, existe una alteración en este sistema de comunicación”.⁷

Esta conceptualización coincide con la de Harold Searles quien menciona en su libro *Escritos sobre esquizofrenia* que “desde un punto de vista meramente descriptivo la esquizofrenia es un trastorno mental, caracterizado por una degeneración crónica de varios aspectos de la constitución psíquica del individuo, como el juicio de la realidad y una desorganización de los aspectos complejos de la personalidad”.⁸ De igual forma, otro concepto que concuerda con los anteriores es el de Carl Scheneider planteado por Guillermo Rendueles en su obra *Las esquizofrenias*, Scheneider “consideraba la esquizofrenia como la fragmentación patológica de tres funciones básicas que se encuentran plenamente integradas en la persona normal; estas tres funciones son: sentimiento de identidad no alterado, continuidad de los procesos psíquicos y contacto con la realidad”.⁹

Pese a que la mayoría de las definiciones de esquizofrenia aluden al aspecto fisiológico y bioquímico del individuo, existen autores que hacen énfasis en el concepto integrador, es decir, contemplar la psicodimia del comportamiento y la importancia de las relaciones interpersonales como factores causales, posteriormente veremos que la esquizofrenia tiene dimensiones que son axiomáticamente biopsicosociales.

1.2. Síntomas de la Esquizofrenia

Se denominan síntomas a aquellas manifestaciones del individuo que anuncian una anomalía o enfermedad.

Esta enfermedad presenta muchos y variados síntomas, suelen clasificarse como positivos y negativos, ambos tipos pueden causar problemas particulares en el funcionamiento social del paciente y contribuir a la estigmatización de la enfermedad. En la mayoría de los pacientes con esquizofrenia los síntomas

⁷ www.innn.edu.mx

⁸ Searles, Harold. “Escritos sobre esquizofrenia”. Edit. Gedisa, España, 1997. p.15.

⁹ Rendueles, Guillermo y otros. “Las esquizofrenias”, ediciones jucar, Madrid, 1990. p. 17.

positivos y negativos se manifiestan en grado diferente en distintas etapas de la enfermedad. Cabe resaltar que el calificativo de positivo o negativo no tiene nada que ver con el hecho de que sean buenos o malos.

1.2.1 Síntomas Positivos

Los síntomas positivos consisten en aquellas características psicológicas “añadidas” como resultado del trastorno que el paciente hace o experimenta y que las personas “sanas” habitualmente no suelen presentar, es decir, suponen un daño a la conducta normal de individuo.

Los síntomas positivos que experimenta un sujeto con esquizofrenia son los siguientes.

- **Ideas delirantes.** Son falsas creencias de las que la persona está firmemente convencida a pesar de la ausencia de pruebas concretas. Las personas que experimentan delirios pueden creer que son perseguidas, que tienen poderes o talentos especiales o que sus pensamientos o acciones están bajo el control de una fuerza externa. Quienes padecen delirios pueden sentir gran temor a que se les vaya a hacer daño y actuar por este motivo de forma inhabitual.

Estas falsas convicciones son debidas a un deterioro de la función cerebral y, generalmente, estas convicciones no se cambian mediante hechos o razonamientos, sino sólo mediante un tratamiento. El paciente es incapaz de comprender que sus convicciones son falsas y que está enfermo. Las ideas delirantes y las alucinaciones son reales para el paciente, por consiguiente, el comportamiento del paciente y su conducta son, la mayoría de las veces, incomprensibles para el resto de las personas.

- **Alucinaciones.** Son sensopercepciones imaginarias, distorsiones de los sentidos. Los tipos de alucinaciones más habituales en la esquizofrenia son las

auditivas, en forma de voces imaginarias. Otras alucinaciones menos frecuentes son las visuales, olfativas, táctiles y gustativas. Las alucinaciones son experiencias sensoriales que se originan dentro del cerebro en vez de tener su origen en el exterior. Estas impresiones sensoriales no familiares para el paciente, a menudo le trastornan mucho y, generalmente, tiene dificultades para diferenciar lo que son alucinaciones y lo que son percepciones reales.

- **Trastornos del pensamiento.** Los individuos que presentan este tipo de síntoma, tienen una forma de pensar confundida, que se revela en el contenido y en la forma de lo que dicen. Saltan de un tema a otro con poca o ninguna conexión lógica, de igual forma se produce bloqueo del pensamiento. La sintaxis se vuelve incoherente. En algunos casos, los pacientes creen que sus pensamientos están siendo difundidos, robados, controlados o inducidos por agentes externos. Estos fenómenos reciben el nombre de eco, difusión, inserción o robo del pensamiento.
- **Conductas desorganizadas.** Algunos sujetos con esquizofrenia se comportan de forma extraña o transgreden normas y costumbre sociales. Pueden hacer gestos raros y muecas o adoptar expresiones faciales incongruentes y posturas extrañas sin razón aparente.

1.2.2 Síntomas Negativos

A diferencia de los síntomas positivos, los negativos “constituyen déficits sutiles del funcionamiento y no suelen reconocerse como síntomas de la enfermedad”.¹⁰

Estos síntomas representan pérdidas o ausencias de habilidades y rasgos normales, como pensar y hablar con fluidez y lógica, experimentar sentimientos hacia las personas o cosas e incluso el cuidado con si mismo.

Los síntomas negativos pueden deberse a una depresión (que puede manifestarse a la vez que la esquizofrenia) o constituir la respuesta a un ambiente poco

¹⁰ Sarason, Irwin G. Sarason, Barbara R. “Psicología Anormal” Edit. Prentice Hall, Nueva York 1996, p. 346.

estimulante (como una estancia prolongada en el hospital) o presentarse como efectos secundarios de algunos antipsicóticos. Algunos teóricos discrepan en determinar si los síntomas negativos forman parte de la propia esquizofrenia o son el resultado de otro tipo de problemas.

Los síntomas negativos más comunes en un esquizofrénico son:

- **Aplanamiento afectivo.** Las personas con esquizofrenia suelen presentar un aplanamiento emocional y una apatía general, de forma que no responden a lo que pasa a su alrededor. En ocasiones, las respuestas emocionales del individuo parecen inapropiadas, su vida pareciera no tener objetivos, en ocasiones se comportan inoportunos y a menudo impulsivos.
- **Pérdida de vitalidad.** La esquizofrenia reduce la motivación de las personas y disminuye su capacidad de trabajar o divertirse. Surge en ellos indecisión, negativismo y pasividad, mezclados con impulsos inesperados.
- **Pobreza de pensamiento.** Algunas personas con esquizofrenia sufren una notable reducción de la cantidad y calidad de su pensamiento. Les resulta complejo hablar con espontaneidad y contestar a las preguntas con respuestas cortas.
- **Dificultad de atención.** Muchos de los comportamientos típicos de los individuos que tienen un trastorno esquizofrénico se pueden resumir como problemas en la atención, “cuando intenta hablar el pensamiento se detiene, no logra dirigir el curso de su parlamento y los saltos de temas se traducen en esa incapacidad de concentración”.¹¹ Se piensa que este síntoma puede relacionarse con la ansiedad y alucinaciones que presentan los esquizofrénicos.
- **Funcionamiento interpersonal deteriorado.** Debido a que las personas que padecen un trastorno esquizofrénico son propensas a las fantasías, es fácil que se aíslen y se alejen socialmente, es decir, el sujeto puede reducir sus contactos con otras personas al mínimo e, incluso, con sus amigos y familiares.

¹¹ Rendueles, Guillermo y otros. “Las esquizofrenias”, ediciones Jucar, Madrid, 1990. p. 21.

Tanto los síntomas positivos como los negativos, suelen variar a lo largo de la enfermedad pudiendo predominar unos al principio y otros después de unos años de iniciado del trastorno.

1.3. Tipos de Esquizofrenia

Las alteraciones de las funciones mentales en la esquizofrenia generan una serie de síntomas. Todos los cuadros esquizofrénicos tienen en mayor o menor grado algunos de los síntomas de las diferentes alteraciones mentales.

El primero en describir y diferenciar a la esquizofrenia en subtipos fue Kraepelin, él propuso los siguientes: paranoide, hebefrénica y catatónica. Posteriormente Bleuler agregó un cuarto subtipo, la esquizofrenia simple. Actualmente, la tipología establecida en el DSM IV es la de mayor aceptación por parte de la mayoría de los psiquiatras; dicha clasificación incluye cinco tipos de esquizofrenia: paranoide, desorganizada, catatónica y residual. Veamos las características de cada una.

Esquizofrenia Paranoide

El tipo de esquizofrenia que se diagnostica con más frecuencia la primera vez que un paciente ingresa a un hospital mental es la paranoide. Generalmente este subtipo clínico tiene un comienzo más tardío que otras esquizofrenias, se manifiesta entre los 20 y 25 años. "Este trastorno parece que se hace evidente en el comportamiento cognoscitivo, caracterizado por delirios y suspicacia extrema y constante".¹²

El Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales señala que "la anormalidad esencial de los estados paranoides psicóticos son las ideas delirantes".¹³ Dichas alucinaciones paranoides e ideas delirantes pueden ser de diversos tipos.

¹² Sarason, Irwin G. Sarason, Barbara R. "Psicología Anormal" Edit. Prentice Hall, Nueva York 1996, p. 343.

¹³ DSM IV Manual Diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. MASSON, Barcelona, 1997, p. 302.

- Ideas delirantes de persecución, de referencia, de celos, de tener una misión especial o de transformación corporal.
- Voces alucinatorias que increpan al enfermo dándole órdenes o alucinaciones auditivas sin contenido verbal.
- Alucinaciones olfatorias, gustativas, sexuales o de otro tipo de sensaciones corporales.

Debido a que los pensamientos delirantes quizá no influyan en algunos aspectos del funcionamiento intelectual, en ciertas circunstancias, es probable que los esquizofrénicos paranoides parezcan funcionar bastante bien. Asimismo, son más propensos que las personas con otro tipo de trastorno esquizofrénico a presentar un buen resultado.

Esquizofrenia Desorganizada o Hebefrénica

Hay discrepancias en la edad de inicio de este cuadro, Guillermo Rendueles en su libro *Las Esquizofrenias* señala que se da generalmente entre los 18 y 22 años, mientras que Jean Broutra en “La Esquizofrenia” afirma que se da entre los 14 y 16 años, otros autores manejan edades de 15 a 25 años e incluso de 12 a 13. En lo que coinciden los teóricos es que debido a que el individuo no ha formado su personalidad y que en este subtipo de esquizofrenia se da una rápida aparición de síntomas negativos, el pronóstico de la enfermedad es desalentador.

“La esquizofrenia hebefrénica comienza en ocasiones con fases de agitación, de inhibición o delirios de contenido corporal hipocondríaco”,¹⁴ las principales características de los hebefrénicos son:

- El pensamiento aparece desorganizado y el lenguaje es divagatorio e incoherente.

¹⁴ Rendueles, Guillermo y otros. “Las esquizofrenias”, ediciones Jucar, Madrid, 1990. p. 23.

- Los pacientes tienen alteraciones significativas del curso del pensamiento más que del contenido como el esquizofrénico paranoide y rápidamente llegan a disgregarse.
- Los sujetos con esquizofrenia hebefrénica tienen poco contacto con las personas y consigo mismos.
- Su aspecto general frecuentemente es bizarro y algunos de ellos son desaseados.

En suma, en estos pacientes son más predominantes los síntomas negativos, sin embargo, pueden aparecer alucinaciones e ideas delirantes pero no son predominantes.

Esquizofrenia Catatónica

En este cuadro sobresalen básicamente los trastornos psicomotores, tiene una edad de inicio más tardía que la esquizofrenia hebefrénica y un mejor pronóstico.

Los signos más importantes del síndrome catatónico son:

- Estupor. Hay marcada disminución de la capacidad de reacción al entorno y reducción de la actividad y de los movimientos espontáneos.
- Excitación. Los pacientes presentan actividad motriz aparentemente sin sentido, insensibles a los estímulos externos.
- Catalepsia. Insisten en adoptar y mantener voluntariamente posturas extravagantes e inadecuadas.
- Negativismo. Tienen resistencia aparente sin motivación a cualquier instrucción o intento de desplazamiento o presencia de movimientos de resistencia.
- Rigidez. Mantienen una postura rígida contra los intentos de ser desplazados.
- Flexibilidad cérea. Presentan mantenimiento de los miembros y del cuerpo en posturas impuestas desde el exterior.
- Obediencia automática. Cumplen las instrucciones que se les dan de un modo automático.

“La agitación catatónica puede comenzar bruscamente, ser extremadamente violenta y aunque no auténticamente peligrosa si impresionante para un observador lego”.¹⁵

Los síntomas catatónicos pueden aparecer también en lesiones cerebrales, en trastornos metabólicos, ser inducidos por el alcohol u otras sustancias psicotrópicas y también pueden aparecer en los trastornos del humor.

Esquizofrenia Indiferenciada

Cuando un psiquiatra diagnostica esquizofrenia indiferenciada es debido a que no se puede adscribir el cuadro clínico a ninguno de los subtipos descritos, ya que presenta una mezcla mayor o menor de la sintomatología de los diferentes tipos de esquizofrenia.

Esquizofrenia Residual

En el síndrome residual el sujeto esquizofrénico ha tenido un episodio psicótico, sin embargo, en el cuadro clínico actual del paciente no es patente la existencia de ideas delirantes, alucinaciones o lenguaje o comportamientos desorganizados.

1.4. Epidemiología de la Esquizofrenia

La esquizofrenia es un padecimiento mental que se ha observado en todo el mundo, en este sentido se han realizado numerosos estudios a nivel local e internacional para contar con información más precisa acerca del comportamiento de esta enfermedad.

Estudios comparativos entre diversos países han demostrado la existencia de criterios diagnósticos diferentes, diagnosticándose más trastornos afectivos en Europa y más trastornos esquizofrénicos en América.

¹⁵ Ibidem, p. 24.

La Organización Mundial de la Salud en el año de 1973, publicó el reporte del estudio piloto internacional sobre esquizofrenia en donde se establecen criterios definidos para el diagnóstico y las características de la enfermedad en nueve países del mundo. En dicho estudio se observó que el tipo más frecuente es el paranoide, seguido por el esquizo-afectivo y el hebefrénico.

Los estudios de prevalencia realizados en América del Norte revelan que del 1.0 al 1.9 por mil habitantes sufren de esquizofrenia alguna vez en sus vidas.

La incidencia, que no es otra cosa que el número de casos nuevos que aparecen en un determinado periodo de tiempo, varía entre 0.3 a 1.2 por mil habitantes, cada año. A nivel mundial se estima que de 0.3 a 1% de la población sufre la enfermedad. Don D. Jackson afirma que la estimación de la prevalencia de la esquizofrenia es del 1 al 3%.

En cuanto al estado civil, se logró determinar que entre las personas que ingresan por primera vez a los hospitales con el diagnóstico de esquizofrenia existe un alto porcentaje de solteros (nunca se han casado, separados, divorciados o viudos).

Se considera que debido a la enfermedad, la cual implica importantes dificultades en las relaciones interpersonales y tendencia marcada al aislamiento, los individuos que padecen esquizofrenia prefieren quedarse solteros o si se casan, debido a la incapacidad de afrontar las responsabilidades y obligaciones propias del matrimonio, se presentan con mayor frecuencia separaciones y divorcios.

Si se toma en cuenta la condición socio-económica, se observa que la esquizofrenia se presenta con más frecuencia en miembros de las clases socioeconómicas bajas, mientras que la enfermedad maniaco-depresiva lo hace en las altas.

Este hallazgo se puede explicar a través de las teorías sociales que han tratado a la esquizofrenia desde un punto de vista integrador, las cuales plantean que factores como un bajo nivel económico, un ambiente familiar y social caótico, la migración debido a la reubicación de culturas, entre otras, pueden constituir un detonante para la aparición de la enfermedad.

1.5. Enfoque Terapéutico de la Esquizofrenia

Ya que no se han logrado establecer puntualmente las causas de los trastornos esquizofrénicos, los médicos, psiquiatras, psicólogos y otros profesionales de la salud, como Trabajo Social, exploran una variedad de terapias con la finalidad de encontrar cuál resulta más benéfica para los pacientes.

Con frecuencia, las terapias son innovadas y replanteadas, sin embargo, considero que la terapia más funcional para los pacientes esquizofrénicos es la integral, es decir, el tratamiento a pacientes por medio de un equipo multidisciplinario que contemple disminuir el deterioro que el padecimiento causa en todas las dimensiones del individuo, ya que es necesario que el esquizofrénico deje de alucinar, de delirar, pero también es vital que esté ocupado, que tenga interacción social y familiar. Otro aspecto sumamente importante en lo que respecta al enfoque terapéutico es lo concerniente al tratamiento no sólo del paciente, sino también de su familia, ya que su dinámica se deteriora de manera importante debido a la existencia de un miembro enfermo.

Bajo esta concepción la terapia farmacológica combinada con la terapia psicosocial son fundamentales en la rehabilitación del paciente esquizofrénico.

Terapia Farmacológica

Hasta ahora, el tratamiento más efectivo ante los síntomas esquizofrénicos es la medicación antipsicótica. Dichos fármacos se emplean tanto en el tratamiento de ataques agudos como en la prevención de ataques sucesivos.

Los medicamentos no son eficaces para todos los pacientes y quizá no evitan una recaída en aquellas personas para las que son útiles, sin embargo, en la mayoría de los casos logran controlar los síntomas. Para que los medicamentos sean efectivos se deben tomar en forma conciente y rigurosamente bajo la forma prescrita por el psiquiatra, es decir, es de vital importancia la adherencia terapéutica. Sin embargo, muchos pacientes dejan de tomar el medicamento cuando no están bajo estricta supervisión médica. Para aquellos pacientes que no

muestran mejoría al usar las drogas antipsicóticas, éstas se combinan con antidepresivos.

Cabe destacar que estos medicamentos tienen ciertos inconvenientes, como efectos secundarios entre los que destacan mareos, temblor involuntario en extremidades, pérdida o aumento de peso, inapetencia o hambre exagerada, insomnio o sueño extremo, sequedad de boca, estreñimiento y cambios de humor. Existen también efectos secundarios a largo plazo que son más graves que los anteriores. Algunos pacientes que han tomado los fármacos durante largo tiempo, incluso años, presentan un trastorno conocido como *disquinesia tardía*, caracterizado por movimientos anormales de la boca y de la lengua, su gravedad reside en que no tiene tratamiento y puede continuar a pesar de retirar la medicación.

El tratamiento a través de fármacos a menudo es combinado con otro tipo de terapias para conseguir la adaptación del paciente al entorno familiar, laboral y social.

Terapia Psicosocial

El régimen farmacológico es esencial en el tratamiento de la esquizofrenia, no obstante, es necesario un buen soporte terapéutico para la buena evolución de la enfermedad, este soporte es la rehabilitación psicosocial, dentro de la cual el Trabajador Social tiene una trascendental labor. Dicha terapia trabaja bajo la perspectiva de que no sirve de nada que el paciente tome su tratamiento si su única actividad es estar todo el día en la cama, o que tenga prescrita una medicación y por falta de conciencia de enfermedad y de control no se la tome.

La terapia psicosocial “trata de disminuir o eliminar el déficit o deterioro en las distintas áreas que impiden una integración normal del paciente en su medio,

entrenando las habilidades que le permitan una mayor autonomía e integración social, mejorando la calidad de vida del enfermo y de su entorno social y familiar”.¹⁶

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

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

De acuerdo a Bernler en su libro “*Teoría para el trabajo psicosocial*”, este tipo de terapia trabaja las siguientes áreas:

- *Psicoeducación del paciente y de la familia.* El objetivo es proveer de información actualizada y comprensible a la familia y al paciente acerca de la esquizofrenia, enseñando a discriminar los síntomas, prodrómos, importancia de la medicación antipsicótica, tomar conciencia de enfermedad; en suma, el paciente y la familia con este tipo de terapia deben de pasar por un proceso educativo que derive en la aceptación del padecimiento y en adquirir conciencia para aprender a vivir con él.
- *Habilidades sociales.* Esta área se trabaja mediante actividades en grupo y técnicas educativas de integración social. La intervención es progresiva y va desde la configuración de pequeños grupos para jugar o realizar tareas cooperativas, hasta el entrenamiento en habilidades sociales específicas, como pedir favores, aceptar críticas, habilidades conversacionales, entre otras.
- *Educación para la salud.* El objetivo es fomentar la salud como un beneficio que se puede obtener a través de ciertos hábitos y cuidados. Las temáticas se trabajan mediante módulos, estas son: sexualidad, alimentación, sueño, prevención de la ansiedad, autoestima y capacidades cognitivas.

¹⁶ Sarason, Irwin G. Sarason, Barbara R. “Psicología Anormal” Edit. Prentice Hall, Nueva York 1996, p. 343.

- *Orientación y tutoría.* La finalidad es orientar y aconsejar al paciente y su familia acerca de cualquier duda o problema que presenten, el cual no pueda ser tratado desde los programas elaborados en el ámbito grupal. Desde la intervención de Trabajo Social, el área de orientación y tutoría puede ser abordada desde la perspectiva de la educación social.
- *Actividades de la vida diaria.* La intervención se refiere a fomentar la adquisición y optimización de una amplia gama de habilidades necesarias para la vida cotidiana, esto se realiza mediante programas como cuidado personal, actividades domésticas y orientación cultural
- *Desenvolvimiento personal.* Se impulsa el desenvolvimiento del paciente en su ambiente comunitario en actividades como realizar trámites de la vida diaria, favorecer su orientación a la realidad social, cultural, deportiva, política, y se pone especial énfasis en enseñar recursos para la búsqueda de empleo.
- *Actividades deportivas.* El objetivo es estimular físicamente al usuario mediante técnicas deportivas al mismo tiempo que se trabajan técnicas de coordinación, trabajo en grupo, aseo e higiene.

En la actualidad no existe un tratamiento capaz de curar la esquizofrenia y aunque es un trastorno crónico e incapacitante, el padecimiento puede ser controlado con la combinación de las terapias farmacológica y psicosocial.

Es importante señalar que algunos pacientes sólo toman medicamentos y no combinan esto con terapia psicosocial; aquí la participación de los psiquiatras es fundamental, ya que son ellos quienes deben establecer cómo conviene que el paciente tome medicamentos, sin embargo, también deben ser ellos quienes canalicen a la familia y al enfermo con los profesionales adecuados para que reciban terapia psicosocial.

CAPÍTULO II

ETIOLOGÍA DE LA ESQUIZOFRENIA

La esquizofrenia como padecimiento mental constituye un importante reto en la medicina moderna debido a que pese a los diversos estudios e investigaciones realizadas en torno al tema, no se ha logrado determinar una causa a la cual atribuirle el apareamiento de la enfermedad.

Los trastornos esquizofrénicos han sido investigados desde diversos puntos de vista, en algunos casos las opiniones de los expertos en la materia difieren considerablemente, ya que se habla de factores genéticos, bioquímicos, ambientales, fisiológicos y psicológicos.

Resulta imprescindible destacar que años atrás “se hacía más hincapié en el enfoque bioquímico que en el ambiental”¹, incluso autores como Thomas Szasz afirmaban que “..., un esfuerzo por ofrecer un modelo no médico para la esquizofrenia es tan irrealizable y fútil como lo sería el esfuerzo por ofrecer un modelo no teológico para la eucaristía”.²

Ahora bien, tomando en cuenta que algunos investigadores dan más peso a factores bioquímicos o genéticos, en épocas recientes se han hecho intentos por descubrir a qué se atribuye que algunos sujetos con riesgo hereditario de esquizofrenia desarrollan el padecimiento y otros no. Gran parte de dicho trabajo se centra en identificar las características o indicadores que permitan predecir la vulnerabilidad de una persona a los trastornos esquizofrénicos.

En este escenario de divergencia, Don D. Jackson plantea un enfoque que a mi parecer es muy atinado, “el problema más apremiante parece ser el desarrollo de categorías diagnósticas nuevas y más útiles y de un esquema conceptual que nos

¹ Jackson, Don D. “Etiología de la esquizofrenia”. Edit. Basic Books. Argentina, 2001. p. 9.

² Szasz, Thomas. “Esquizofrenia: el símbolo sagrado de la psiquiatría”. Edit. Premia, México, 1979, p. 125.

permita considerar e integrar los múltiples factores implicados, desde los sociales y psicológicos hasta los bioquímicos, en un único esquema, que dé cabida a todos los resultados empíricos y nos permita relacionarlos entre sí”.³

A la conclusión más importante que han llegado los médicos y psiquiatras que tratan la esquizofrenia desde un punto de vista integral es que sin lugar a dudas el padecimiento tiene varias causas etiológicas y que los factores sociales son tan importantes en la forma y curso de la esquizofrenia como los factores orgánicos.

Veamos a continuación qué es lo que plantea cada enfoque sobre la etiología de la esquizofrenia.

2.1. Factores Genéticos

Una gran cantidad de estudios acerca de distintos casos de familias y de hermanos gemelos han permitido esclarecer las hipótesis relacionadas con la etiología genética de los síndromes esquizofrénicos. Lo que buscan dichos estudios es localizar la alteración en un gen que sea responsable del trastorno de conducta, dicho modelo deja con un muy pequeño marco de incidencia a los factores ambientales y psicosociales.

Los estudios más actuales se enfocan al *rastreo del genoma* para detectar posibles genes de susceptibilidad ligados con la esquizofrenia en ciertos cromosomas, sin embargo, la información más específica sobre los factores genéticos procede de los estudios familiares, con gemelos y de adopción.

Estudios familiares. Estos estudios han sido realizados a través del método genealógico, es decir, examinan la información sobre los factores hereditarios del padecimiento en un determinado miembro de una familia y mediante ello han logrado concluir que “la probabilidad de contraer esquizofrenia en población normal es de 0.3 a -2.8% mientras que en familiares directos aumenta yendo del 0.2 al 12%, en los padres de los esquizofrénicos; del 3 al 14% para hermanos; del 8 al 18% para los hijos con un padre esquizofrénico; del 15 al 55% cuando ambos

³ Jackson, Don D. “Etiología de la esquizofrenia”. Edit. Basic Books. Argentina, 2001. p. 19.

progenitores son esquizofrénicos; y para parientes de segundo grado el riesgo es del 2.5%”.⁴

No obstante que la mayoría de los científicos están de acuerdo con la teoría genética, la utilización de este método ha sido muy cuestionado debido a que la incidencia o prevalencia de la esquizofrenia en los parientes de los pacientes no significa necesariamente que los factores genéticos tengan un papel exclusivo o preponderante en la transmisión, algunos investigadores destacan que en las familias se producen muchos más fenómenos que el traspaso de genes.

Estudios con gemelos. Ante la insuficiencia de los estudios familiares, la teoría genética ha sido fundamentada a través de la concordancia entre gemelos, tanto monocigotos (son idénticos genéticamente) como dicigotos (comparten genes en común pero no son idénticos). Dichos estudios han tenido la finalidad de determinar la incidencia y frecuencia de los factores hereditarios y así establecer la concordancia de la enfermedad entre gemelos. Los estudios han precisado que la concordancia ente gemelos dicigotos es del 14% mientras que entre monocigotos alcanza el 40 o 50%.

No obstante que diversos investigadores coinciden en la concordancia de la esquizofrenia en gemelos, también hay quienes enfatizan que las hipótesis relacionadas con la herencia especifican por lo general que una determinada alteración genética no es heredada, sino que lo que se hereda es una predisposición para desarrollar la enfermedad; al respecto Guillermo Rendueles menciona que “aquellos predispuestos a desarrollar esta enfermedad lo hacen sólo en virtud de que el ambiente suscita la disposición, especialmente si el ambiente es estresante, si se aprende el pensamiento esquizofrénico o si se presenta aversión social”.⁵

Estudios de adopción. Estos trabajos han sido realizados con niños criados lejos de su familia biológica, cuyo objetivo ha sido establecer una diferencia entre los efectos de la herencia y el medio, es decir, determinar si los niños adoptados que

⁴ Rendueles, Guillermo y otros. “Las esquizofrenias”, ediciones Jucar, España, 1990. p. 120.

⁵ Ibidem, p. 121.

tienen padres biológicos con un trastorno esquizofrénico son más propensos a desarrollar el padecimiento que los niños que no tienen estos antecedentes genéticos.

Los tres tipos de estudios mencionados han tenido la utilidad sin lugar a dudas de confirmar la importancia de los factores genéticos en la etiología de las afecciones esquizofrénicas, sin embargo, es preciso que la teoría genética profundice aún más en su campo tomando en cuenta la influencia de los factores ambientales.

2.2. Factores Bioquímicos

La finalidad de este apartado no es realizar un amplio análisis sobre la bioquímica de la esquizofrenia, ya que no es mi campo de estudio, sin embargo, pretende constituir una breve exposición de las tendencias bioquímicas causales del síndrome esquizofrénico.

Don D. Jackson afirma que “la enfermedad es, en esencia, un error congénito de metabolismo, genéticamente determinado”.⁶ La concepción de la esquizofrenia bajo esta perspectiva ha permitido formular diversas hipótesis entre las que destacan la *serotoninérgica*, *noradrinérgica* y la *dopaminérgica*. Dichas hipótesis plantean que el funcionamiento de los neurotransmisores denominados serotonina, noradrenalina y dopamina tienen una hiperfunción en los individuos esquizofrénicos.

La implicación de la *serotonina* en la esquizofrenia se basa principalmente en el hallazgo de científicos que encontraron una elevada concentración de este neurotransmisor en el cerebro; aunado a esto se encuentra el descubrimiento de que ciertos alucinógenos, en especial el LSD (dietilamida del ácido lisérgico, fármaco cuya estructura es similar a la de la serotonina), pueden bloquear los efectos que la serotonina tiene sobre el cerebro, ocasionando así algunos de los síntomas de la esquizofrenia.

Por otro lado, cuando es medida la *noradrenalina* en algunos sujetos esquizofrénicos, se ve multiplicada su concentración hasta en un 100% cuando el

⁶ Jackson, Don D. “Etiología de la esquizofrenia”. Edit. Basic Books. Argentina, 2001. p. 158.

paciente se encuentra en un estado delirante, sin embargo, cuando el delirio concluye la noradrenalina vuelve a sus niveles normales, este fenómeno ha sido de gran interés para los investigadores.

Otros estudios al respecto determinaron que los individuos que tomaban *dopamina*, sufrían efectos muy similares a los de los esquizofrénicos. Ésta observación se ha explicado a través de dos procesos: “incremento en el nivel de dopamina cerebral del esquizofrénico e hipersensibilidad en los receptores dopaminérgicos”.⁷ La hipótesis dopaminérgica se sustentó a través de la administración de fármacos que inhiben las alucinaciones en los esquizofrénicos, ya que la acción de los medicamentos consiste en disminuir la dopamina.

Son muchos los estudios e hipótesis que hay en torno a la bioquímica como etiología de la esquizofrenia, sin embargo, pese a la existencia de cuantiosos datos empíricos, algunos científicos consideran que la teoría bioquímica no ofrece aun un cuerpo sólido para establecer a los factores bioquímicos como causales de la esquizofrenia.

2.3. Factores Fisiológicos

Otra perspectiva etiológica de la esquizofrenia es la relacionada con factores fisiológicos, estos básicamente se centran en la posible relación que el medio prenatal tiene con el padecimiento.

Un primer factor es la *nutrición prenatal*, ya que diversas observaciones y experimentos acerca de la deficiencia de nutrición durante el embarazo han descubierto que tienen un efecto perjudicial en la estructura de un recién nacido. La importancia radica en la posibilidad de que dichos efectos negativos, producidos por deficiencias nutricionales durante el embarazo, pueden modificar de manera importante el funcionamiento de las células cerebrales.

Otro punto importante en esta concepción es el relacionado con las *alteraciones en el suministro de oxígeno*. Pese a que se han realizado diversas investigaciones al respecto, no se ha logrado determinar con exactitud las alteraciones que se

⁷ Rendueles, Guillermo y otros. “Las esquizofrenias”, ediciones Jucar, España, 1990. p. 124.

podrían producir por la privación de oxígeno, sin embargo, sí es sabido que pueden afectar de manera importante el funcionamiento cerebral.

Los *aspectos endócrinos* constituyen también un factor de análisis en la etiología de la esquizofrenia debido a que “la formación de las células nerviosas podrían ver modificada su función actual y futura por cambios endócrinos que producen perturbaciones durante el embarazo”. Existen científicos que consideran a la esquizofrenia como una enfermedad constitucional y uno de los procesos que determinan la constitución es el medio endócrino.

Cuando una mujer embarazada consume *sustancias tóxicas* como alcohol, tabaco, drogas o fármacos, los efectos en el feto son muy delicados. Un estudio reveló que cuando madres fuman durante los últimos tres meses de embarazo el ritmo cardíaco del feto aumenta, sin embargo, esta perspectiva no ha tenido importancia relevante como explicación causal de la esquizofrenia.

Se ha descubierto que *los estados emocionales de la madre* durante la gestación influyen también en el comportamiento del feto, de tal modo que “dicha modificación de conducta y la respuesta siguiente, como resultado de vivencias de la primera infancia, puede considerarse, en muchos casos, condicionante”,⁸ por ello, aunque no se han logrado determinar supuestos al respecto y por el hecho de que resulta fascinante para la medicina, existen actualmente proyectos para seguir investigando sobre la manera en que los estados emocionales de la madre influyen en el funcionamiento del producto.

Pese a que esta teoría no tiene mucha relevancia para algunos investigadores, cabe resaltar que en la esquizofrenia influyen de manera importante la fisiología cerebral y el medio pre y posnatal.

2.4. Factores Psicológicos

La psicología se enfoca básicamente en la elaboración de teorías relativas a la conducta del ser humano, por ello, las investigaciones de carácter psicológico son diversas. Estos estudios se centran principalmente en torno al concepto de déficit

⁸ Ibidem, p. 188.

cognitivo, de episodios perturbadores durante la infancia relacionados con el entorno familiar y de trastornos de funciones del Yo. La perspectiva de cada una de las hipótesis se relaciona con la corriente psicológica que la plantea, veamos cuáles son éstas.

Teorías Organicistas, Psicodinámicas, Psicosociales y Evolutivas. Las teorías organicistas plantean un déficit intelectual en los individuos esquizofrénicos, sin embargo, las teorías psicodinámicas, psicosociales y evolutivas no sustentan esta concepción, ya que dichas teorías realizaron un estudio comparando el desempeño actual de los pacientes con su funcionamiento intelectual premórbido; descubrieron que el déficit sólo se presenta en determinados enfermos, pero no es una característica de homogeneidad en los pacientes, ni siquiera en la mayoría de ellos. Los estudios realizados por estas teorías lograron determinar también que los esquizofrénicos muestran déficit en su actividad psicomotora, en el pensamiento y en el grado de eficiencia intelectual, distorsiones perceptuales y desviaciones en el aprendizaje.

Teoría Conductista. Esta teoría se ha centrado también en lo referente al déficit cognitivo y considera a la esquizofrenia como “el cuadro crónico de una forma de respuesta aprendida y desadaptadora, debido a pautas de reforzamiento alteradas de las experiencias primarias”⁹.

Teoría psicoanalítica. Las explicaciones de esta teoría se basan en conceptos y construcciones que se refieren fundamentalmente a la dinámica intrapersonal y a las relaciones interpersonales.

Sigmund Freud postuló que la esquizofrenia es el “resultado de fijaciones en el desarrollo que se produce antes que las que culminan en el desarrollo de la neurosis. Asimismo, un yo defectuoso contribuye a los síntomas de la esquizofrenia. La desintegración del yo en la esquizofrenia representa un retorno al tiempo en que éste todavía no está establecido o empieza a hacerlo”¹⁰, es decir, la esquizofrenia para el modelo psicoanalítico supone una perturbación de la

⁹ Ibid, p. 146.

¹⁰ Kaplan, Harold. Et al. “Psinopsis de psiquiatría”. Edit. Panamericana. Barcelona, 1983. p.530.

relación entre el yo y el mundo exterior y una regresión a la fase oral infantil. Dichas disfunciones del Yo se atribuyen principalmente a factores genéticos o constitucionales o a distorsiones en las relaciones madre-hijo.

En suma, el modelo psicoanalítico plantea que la causa primaria de la esquizofrenia es un nivel muy elevado de situaciones no asimiladas.

En general la concepción psicológica tiene mucha utilidad en el sentido de aportar nuevos enfoques al esclarecimiento de la compleja etiología de la esquizofrenia.

2.5. Factores Sociológicos

Parece claro que los factores sociales tienen una fuerte implicación en la aparición de la esquizofrenia, sin embargo, no se ha logrado concretar el riesgo real ni la etiología de cada uno de los factores relacionados. En este sentido la sociología ha realizado también aportaciones en lo referente a las relaciones del individuo con su sociedad.

Los estudios básicos desde esta perspectiva son los que tienen como finalidad determinar la aparente incidencia o predominio de la esquizofrenia en diversos vecindarios, clases sociales, grupos raciales y étnicos. Un segundo tipo de investigación desde el punto de vista sociológico han sido los estudios de las tendencias dominantes en las relaciones de los esquizofrénicos con sus progenitores, cabe puntualizar que éste último tipo de estudio ha tenido ingerencia también de psiquiatras.

Algunos sociólogos han sostenido a través de resultados derivados de investigaciones, que las zonas de cierta ciudad que tienen los porcentajes más altos de esquizofrénicos hospitalizados son aquellas en donde habitan individuos sometidos a aislamiento social. De ahí derivó su hipótesis, ellos consideran que el aislamiento social predispone en forma directa a la esquizofrenia.

Diversos autores se dieron a la tarea de reforzar esta hipótesis, algunos llegaron a la conclusión de que el aislamiento social constituía un antecedente necesario para la esquizofrenia.

De estas premisas comenzaron a desarrollarse conclusiones de trascendental importancia, entre ellas que el sistema familiar tiene implicaciones significativas en el desarrollo del padecimiento. Diversos autores consideraron que la seudomutualidad o conflictos parentales (caracterizados por la humillación y denigración mutua de los esposos) no proporcionan a los hijos modelos de roles apropiados. Los autores de estos planteamientos no pretendieron establecer la seudomutualidad como causa de la esquizofrenia, sin embargo, sugirieron la existencia de ciertos grados de disfuncionalidad familiar que si bien es cierto que no pueden constituir por si solos un factor etiológico, sí pueden desencadenar la esquizofrenia cuando existe predisposición genética.

Otro aspecto importante en la perspectiva sociológica es el relacionado con el ámbito sociocultural de las familias, el cual aunado a aspectos situacionales, puede participar en la dinámica interpersonal que se observa en familias de pacientes esquizofrénicos. Relacionado a lo anterior está la importancia que toma la clase social vista desde el padecimiento, ya que estudios señalan una mayor prevalencia de la enfermedad en condiciones de pobreza, esto se explica a través del estrés ocupacional, las presiones sociales, etcétera.

Estudios relacionados también con los aspectos socioculturales fueron los que pretendieron buscar una relación lineal entre los cambios culturales como la emigración, urbanización, industrialización, crisis económica y la enfermedad, sin embargo, no se ha podido demostrar a la fecha claramente su conexión.

No obstante que algunas teorías no dan importancia a estos factores, los resultados de las investigaciones al respecto demuestran características sociológicas comunes en los pacientes esquizofrénicos.

2.6. Factores Relacionados con la Dinámica Familiar

Algunos estudios indican que un patrón familiar específico puede desempeñar un papel causal en el desarrollo de la esquizofrenia. Es importante tomar en cuenta esta teoría, pues sus tesis han originado que “muchos padres de hijos esquizofrénicos albergan ira hacia la comunidad psiquiátrica porque en el pasado

correlacionó abiertamente las familias disfuncionales con el desarrollo de la esquizofrenia”,¹¹ sin embargo, resulta imprescindible tomar en cuenta que muchos pacientes con esquizofrenia provienen de familias disfuncionales, del mismo modo que muchas personas sin enfermedades psiquiátricas. No obstante, también es adecuado clínicamente no pasar por alto las conductas familiares patológicas que puedan incrementar de forma significativa el estrés emocional con el que un paciente vulnerable con esquizofrenia debe enfrentarse, cuestión por la que los profesionales que se han dedicado a investigar a la familia como una posible causa de la esquizofrenia la han contemplado considerablemente.

Teoría del doble vínculo. Se enfoca principalmente a las comunicaciones familiares, las características de la situación de doble vínculo, según Guillermo Rendueles, son:

- El individuo participa en una relación muy intensa que le hace sentir que es vitalmente importante que distinga con precisión el tipo de mensaje que se le está comunicando, a fin de poder responder en forma adecuada.
- El individuo está atrapado en una situación en que la otra persona que participa de la relación expresa dos tipos de mensajes contradictorios, en el que uno niega al otro.
- El individuo es incapaz de hacer comentarios acerca de los mensajes que se están expresando con el fin de corregir su discriminación del tipo de mensaje al que debe responder.

La teoría del doble vínculo concibe a la esquizofrenia como una alteración de la comunicación, donde el contexto y los seres humanos toman como guía para discriminación de mensajes, sufre perturbaciones y se favorece la aparición de hábitos comunicacionales no convencionales apropiados a esas consecuencias insolubles de experiencias, es decir, el sujeto esquizofrénico vive en un universo comunicacional aparte.

Los creadores de la teoría del doble vínculo no afirman que éste factor sea el único importante en la génesis de la esquizofrenia, sin embargo, sí consideran que

¹¹ Idem, p. 562.

este concepto resulta útil para discernir algunas semejanzas importantes para la esquizofrenia en determinadas situaciones diferentes.

Familias escindidas y sesgadas. Los autores de esta teoría describieron dos modelos de conducta familiar anormales. En un tipo de familia existe una clara escisión entre los padres y uno de ellos tiene una relación demasiado estrecha con un hijo del sexo opuesto. En el otro tipo de familia, una relación sesgada entre un hijo y uno de los padres implica una lucha por el poder entre éstos y la consiguiente dominación de uno de ellos.

Familias pseudomutuas y pseudohostiles. Esta teoría sugiere que algunas familias suprimen la expresión emocional mediante el uso constante de una comunicación verbal pseudomutua o pseudohostil. En este tipo de familias se desarrolla una comunicación verbal única y cuando un hijo deja el hogar y tienen que relacionarse con otras personas, pueden surgir los problemas. La comunicación verbal del niño puede ser incomprensible para las personas ajenas.

Pese a que los teóricos e investigadores aun no logran determinar una causa exacta de la esquizofrenia, en lo que coincide la mayoría es que el padecimiento es multifactorial y quienes lo tratan desde una perspectiva integracionista, subrayan la participación de factores genéticos, bioquímicos, biológicos, psicológicos, sociales y familiares. La conclusión más trascendental a la que han llegado es que la existencia de factores orgánicos ocasionan predisposición en el individuo para padecer esquizofrenia y los factores ambientales constituyen una causa de desarrollo de la misma.

El hecho contundente es que siendo un padecimiento multifactorial, resulta necesario que la esquizofrenia sea considerada desde un punto de vista integracionista (como me parece que acertadamente lo han hecho en la actualidad) y a su vez considero que la atención a pacientes esquizofrénicos debe ser necesariamente multidisciplinaria.

CAPÍTULO III

ADHERENCIA TERAPÉUTICA

Una de las problemáticas más graves dentro de la esquizofrenia (aparte de su cronicidad) es el de la adherencia terapéutica. Diversos estudios al respecto han reportado que las tasas de adherencia terapéutica referentes a la esquizofrenia son bajas. Este fenómeno puede tener variados factores causales; los efectos secundarios producidos por los medicamentos, principalmente los antipsicóticos, son una de las causas principales a las que se les atribuye un inadecuado apego al tratamiento; otro factor es la poca conciencia de enfermedad que el paciente tiene con respecto a su padecimiento, el cual está relacionado con un bajo nivel educativo; uno importante es referente a la relación que el paciente tiene con el equipo de salud, entre otros.

La preocupación de la deficiente adherencia terapéutica en pacientes esquizofrénicos radica en el hecho de que ésta es trascendental en la rehabilitación del individuo; si él no se apega a su tratamiento, las probabilidades de su recuperación son prácticamente nulas.

3.1. Conceptualización de Adherencia Terapéutica

La problemática de la adherencia terapéutica es indudablemente un aspecto que preocupa a los profesionales de salud dado el grado de complejidad que representa particularmente para las personas que padecen una enfermedad crónica o mental tan severa como lo es la esquizofrenia; es imprescindible comprender, en primera instancia, qué es adherencia terapéutica.

En junio del 2001 la Organización Mundial de la Salud (OMS) organizó la *Reunión sobre Adherencia Terapéutica*, los participantes del evento llegaron a la conclusión de definir la adherencia terapéutica como “el grado en que el paciente sigue las

instrucciones médicas”;¹ éste significó un punto de partida útil, sin embargo, algunos autores consideraron que el término médico era insuficiente para describir la variedad de intervenciones empleadas para tratar las enfermedades crónicas.

En este sentido, el informe de la OMS incluyó un concepto que fusiona las definiciones de dos expertos en la materia, Haynes y Rand; dicho concepto menciona que la adherencia terapéutica es “el grado en que la conducta de un paciente, en relación con la toma de medicamentos, el seguimiento de una dieta o la modificación de hábitos de vida, coincide con las instrucciones proporcionadas por el médico o personal sanitario”.²

La adherencia puede referirse a la toma de un fármaco, al cambio de un hábito de vida, a la proporción de información suficiente al profesional de la salud respecto a la cronología de la toma de los fármacos y valoración de la medicación, asistencia a citas, participación activa en tratamientos psicológicos, cumplimiento de directrices terapéuticas sobre hábitos de sueño, alimentación, ejercicio, higiene, entre otros. Por tanto, podemos considerar el término adherencia como un concepto más amplio que el simple "cumplimiento terapéutico".

Un aspecto de suma importancia al hablar de adherencia terapéutica es el relacionado con los resultados de salud de los pacientes y los costos sanitarios que conlleva una deficiente adherencia. “La buena adherencia terapéutica mejora la efectividad de las intervenciones encaminadas a promover los modos de vida saludables. Además de su repercusión positiva sobre el estado de salud de los pacientes con enfermedades crónicas, las tasas de adherencia terapéutica altas brindan beneficios económicos”.³ Los ejemplos de estos mecanismos incluyen ahorros directos generados por el menor uso de los servicios de salud complejos y costosos necesarios en los casos de exacerbación de la enfermedad, la crisis y la recaída. Los ahorros indirectos pueden atribuirse a la mejoría de, o la preservación de, la calidad de vida y de las funciones sociales de los pacientes.

¹ Sabaté. E. “Adherencia a los tratamientos a largo plazo. Pruebas para la acción”. Organización Mundial de la Salud/OMS. Edit. Organización Panamericana de la Salud, 1999, p. 6.

² Ibidem, p. 7.

³ Idem, p. 12.

La mejora de la adherencia terapéutica se traduce en mayor seguridad de los pacientes, es decir, se encuentra un progreso sustantivo en el control de sus enfermedades, sin embargo, en el caso contrario, los pacientes enfrentan varios riesgos si no atienden las recomendaciones de salud como fueron prescritas. Algunos de los riesgos que enfrentan quienes no se adhieren a sus tratamientos como corresponde son los siguientes:

- *Recaídas más intensas.* La adherencia deficiente persistente puede empeorar el curso general de la enfermedad y, con el tiempo, hacer que exista menos probabilidad de que los pacientes respondan al tratamiento.
- *Riesgo aumentado de dependencia.* Muchos medicamentos pueden producir dependencia grave si son tomados incorrectamente.
- *Riesgo aumentado de abstinencia y efecto rebote.* Cuando un medicamento se suspende o interrumpe bruscamente pueden ocurrir efectos adversos y posibles daños irreversibles. La buena adherencia desempeña una función importante al evitar problemas de abstinencia, efecto rebote y en consecuencia disminuye la probabilidad de que un paciente experimente los efectos adversos de la interrupción.
- *Riesgo aumentado de desarrollar resistencia a los tratamientos.* La adherencia deficiente se reconoce como una causa principal del fracaso del tratamiento, de la recaída y la farmacoresistencia.
- *Riesgo aumentado de toxicidad.* En el caso de sobre uso de medicamentos los pacientes enfrentan un mayor riesgo de toxicidad.
- *Riesgo aumentado de accidentes.* Muchos medicamentos deben complementarse con cambios del estilo de vida que son una medida preventiva contra el mayor riesgo de accidentes, que se saben son un efecto colateral de ciertos medicamentos.

Otro tipo de consecuencias de una deficiente adherencia terapéutica son: empeoramiento de la calidad de vida del paciente, aumento de la angustia y preocupación de los familiares, disminución de la tolerancia familiar y social, riesgo

de actitudes antisociales que estigmatizan la enfermedad, reingresos hospitalarios más frecuentes y prolongados y el incremento de los costos familiares y sociales.

3.2. Factores que Inciden en la Adherencia Terapéutica

Como se puede observar, las consecuencias de una adherencia terapéutica deficiente son diversas y van en detrimento del paciente y su familia, sin embargo, dichos riesgos pueden reducirse apegándose correctamente al tratamiento, por ello, resulta necesario tomar en cuenta los factores que inciden en su mejora.

Navarro señala que para que se consiga un cumplimiento adecuado deben darse una serie de prerrequisitos:

- El diagnóstico debe ser correcto
- La enfermedad no debe ser trivial
- El tratamiento debe ser eficaz
- El paciente debe estar informado
- El paciente debe aceptar el tratamiento

Otros investigadores coinciden con Haynes, quien reconoce cinco dimensiones interactuantes que influyen sobre la adherencia terapéutica, pues este es un fenómeno multifactorial y no solo indica un problema relacionado con el paciente.

Los factores que inciden dentro del proceso terapéutico son los siguientes.

Factores Socioeconómicos

Uno de los factores que tienen incidencia considerable sobre la adherencia son los socioeconómicos, estos tienen que ver con:

- *Pobreza.* Influye principalmente al no tener recursos económicos para sustentar los costos del tratamiento.
- *Bajo nivel escolar.* Tiene que ver primordialmente con lo referente a la conciencia de la enfermedad, es decir, si el paciente no está conciente de las implicaciones que tiene su enfermedad y la importancia del tratamiento, difícilmente podrá tener una adecuada adherencia terapéutica.
- *Desempleo.* Es un factor que intervine en la pobreza, al no tener poder adquisitivo, el paciente no podrá llevar a cabo su tratamiento por la falta de

recursos económicos. Aunado a esto, el desempleo agrega importantes situaciones de stress que no contribuyen positivamente en el proceso terapéutico.

- *Falta de redes de apoyo social efectivas.* El apoyo social para los enfermos de un padecimiento crónico es esencial, sobre todo lo que toca a familia y amigos. La motivación por parte de las personas allegadas a los enfermos provoca efectos positivos en la adherencia terapéutica.
- *Condiciones de vida inestables.* Cuando el entorno social de los pacientes es problemático, es decir, existe desempleo, pobreza, situaciones familiares caóticas, etcétera, el individuo se inserta en una dinámica desfavorable que le puede producir efectos negativos en sus decisiones, afectando así su proceso terapéutico.
- *Lejanía del centro de tratamiento.* A menudo los hospitales donde los enfermos se atienden se encuentran alejados de su lugar de residencia, incluso, en otros estados de la República. En ocasiones el paciente no puede llegar a sus consultas por falta de tiempo o recursos económicos.
- *Alto costo de la medicación.* Este factor suele ser uno de los de mayor incidencia en el apego al tratamiento, ya que existen enfermedades que requieren medicamentos que tienen un alto costo y hay quienes no logran adquirirlos a causa de una situación económica precaria.
- *Creencias populares acerca de la enfermedad y el tratamiento.* Dependiendo de la cultura del paciente, en ocasiones arbitrariamente decide que su enfermedad tiene orígenes distintos a los planteados por la medicina y resuelve tomar tratamientos alternativos que van en detrimento de los recomendados por el médico.
- *Disfunción familiar.* El papel de la familia es fundamental en cualquier proceso terapéutico. Muchas veces desde el entorno del enfermo se le aconseja dejar la medicación, por tanto no sólo el paciente debe tener conciencia de su enfermedad, sino todos los que le rodean, en particular su familia. En general, la familia al paciente le proporciona apoyo, cuidados, afecto, ayuda para seguir

las recomendaciones médicas, por el contrario, si en el ambiente familiar existe hostilidad, comentarios ofensivos, etcétera, es posible predecir que la adherencia terapéutica será deficiente.

Factores Relacionados con el Paciente

Las características del paciente han sido el centro de numerosas investigaciones sobre la adherencia. Sin embargo, la edad, el sexo, la educación, la ocupación, los ingresos, el estado civil, la raza, la religión, el origen étnico y el domicilio urbano frente al rural no se han asociado definitivamente con la adherencia. Los conocimientos pertinentes de enfermedad, las percepciones de los factores de enfermedad y las creencias acerca del tratamiento tienen fuertes relaciones con la adherencia. En particular, los factores como la sensibilidad y gravedad percibida de la enfermedad, la autoefectividad y el control percibido sobre los comportamientos de salud parecen ser factores correlativos. Para que se produzca la adherencia, los síntomas deben ser suficientemente graves para despertar la necesidad de adherencia y percibirse como resolubles, y la acción correctiva, aguda, debe producir una reducción rápida y notoria de los síntomas. El conocimiento acerca de una enfermedad no es un factor correlativo de la no adherencia, pero sí lo es el conocimiento específico sobre los elementos de un régimen de medicación, aunque al parecer sólo para las enfermedades breves y agudas. Algunas de las variables precitadas, y varias otras, constituyen la base de diversas teorías y modelos sobre el cambio de comportamientos.

Factores Relacionados con el Equipo de Salud

Las variables relacionadas con el modo en que los prestadores de asistencia sanitaria interactúan y se comunican con sus pacientes son determinantes clave de la adherencia y los resultados de salud de los pacientes. Los estudios de correlaciones han revelado relaciones positivas entre la adherencia de los pacientes a su tratamiento y los estilos de comunicación del prestador caracterizados por: proporcionar información, la “conversación positiva” e

interrogar a los pacientes con preguntas específicas sobre la adherencia. La continuidad de la atención (seguimiento) es un factor correlativo positivo de la adherencia. Los pacientes que se consideran “socios” en el proceso de tratamiento y se ocupan activamente del proceso de atención tienen mejor comportamiento de adherencia y resultados de salud. La calidez y la empatía del médico surgen una y otra vez como los factores centrales. Los pacientes que están satisfechos con su médico tratante y régimen se adhieren más diligentemente a las recomendaciones de tratamiento.

Factores Relacionados con la Enfermedad

Indudablemente los factores que tienen que ver con la enfermedad son de suma importancia, ya que algunos determinantes primordiales de la adherencia terapéutica son relacionados con la gravedad de los síntomas, el grado de la discapacidad (física, psicológica, social y vocacional), la velocidad de progresión y gravedad de la enfermedad y la disponibilidad de tratamientos efectivos. Su repercusión depende de cuánto influye la percepción de riesgo de los pacientes, qué importancia da al tratamiento y al seguimiento de su enfermedad, y por supuesto, la prioridad asignada a la adherencia terapéutica.

Factores Relacionados con el Tratamiento

Los factores relacionados con el tratamiento son los más notables, estos se encuentran relacionados con la complejidad del régimen médico, la duración del tratamiento, los fracasos de tratamientos anteriores, los cambios frecuentes en el tratamiento, la inminencia de los efectos colaterales y la disponibilidad de apoyo médico para tratarlos.

Es importante tomar en cuenta los factores anteriores y brindar el apoyo necesario a los pacientes. Muy al contrario de ser culpados por el fracaso de un tratamiento, se debe tener en cuenta también el papel que juega el personal asistencial y los determinantes vinculados con el sistema de salud.

3.3. Estudios sobre Adherencia Terapéutica y Esquizofrenia

Resulta importante resaltar que la mayoría de investigaciones al respecto son de carácter médico o psicológico, y los factores socioeconómicos que inciden en el proceso terapéutico no han tenido la relevancia necesaria en dichos estudios.

Algunas investigaciones han revelados cifras sumamente preocupantes referentes a la adherencia terapéutica en esquizofrenia.

En el artículo publicado en internet *Esquizofrenia, hacer frente a la enfermedad* el psiquiatra José Cabrera, asesor de la Confederación Española de Agrupaciones de Familiares y Enfermos Mentales (FEAFES), afirma que el 90% de los pacientes esquizofrénicos incumple el tratamiento prescrito por el médico. Señala que la mayoría no abandona totalmente la medicación, sino que no la toma con la regularidad adecuada, lo que es insuficiente para tratar esta enfermedad.

Así un 25% de pacientes con esquizofrenia abandona por completo el tratamiento durante la primera semana, la mitad del total durante el primer año y el 75 por ciento desiste después de dos años de haber iniciado su medicación. Los altos niveles de incumplimiento de la medicación dificultan el trabajo de los especialistas. Al respecto el psiquiatra Cabrera asegura que "es muy complicado para el psiquiatra o los propios cuidadores hacer un seguimiento de estos pacientes. En la mayoría de casos tenemos que confiar en el juicio del familiar, que a veces no coincide con la realidad".⁴

El artículo plantea que el factor determinante para que los pacientes abandonen el tratamiento es la falta de conciencia de la enfermedad. El doctor Cabrera señala que además existen otros factores que coadyuvan al abandono de la medicación, como "la falta de apoyo familiar, el abuso de alcohol y drogas o el estigma social que tiene esta patología".⁵

El especialista asegura que el incumplimiento del tratamiento farmacológico multiplica por cinco el riesgo de recaer o ingresar al hospital y aumenta hasta cuatro veces el tiempo de estancia hospitalaria. El consumo de drogas

⁴ <http://salud.medicinatv.com/reportajes>

⁵ Ibidem.

íntimamente ligado al incumplimiento terapéutico aumenta también considerablemente el riesgo de recaída y rehospitalización. Así, señala que casi la mitad de los pacientes que abandonan su tratamiento consumen o han consumido drogas habitualmente. Asimismo tres de cada cuatro pacientes que recaen, no cumplían adecuadamente con su tratamiento. El hecho de no haber tomado la medicación durante 30 días en un año multiplica por cuatro el riesgo de rehospitalización.

Por otro lado, la revista Salud Pública de México publicó el artículo de la investigación: *Dieciocho meses de seguimiento en pacientes con esquizofrenia*⁶. El objetivo del estudio fue conocer el funcionamiento psicosocial comunitario después del internamiento en un hospital psiquiátrico del esquizofrénico, sin embargo, dicho estudio también arrojó datos significativos en relación a la adherencia terapéutica de los pacientes esquizofrénicos.

El estudio consideró dos aspectos importantes:

1. La falta de uso de medicamentos como una variable de recaída.
2. La rehospitalización.

Respecto al uso de medicamentos, los investigadores observaron que el 62% de los pacientes tomaba sus medicamentos a los seis meses de seguimiento y que el porcentaje disminuye al 59% en la tercera etapa (doce meses). En lo que refiere a la rehospitalización, encontraron que a los seis meses de seguimiento, sólo el 10% de los pacientes había sido reshospitalizado, incrementándose este porcentaje a 40% a los dieciocho meses de seguimiento.

Al respecto, los investigadores concluyeron que para el paciente esquizofrénico es importante tomar sus medicamentos, ya que le permiten controlar la sintomatología, además de que la esquizofrenia es una enfermedad que provoca serias incapacidades psicosociales como no tener una ocupación, una red de apoyo social o familiar, vida sexual, etcétera.

⁶ Valencia, Marcelo. Saldivar, Gabriela. "Dieciocho meses de seguimiento en pacientes con esquizofrenia". En: Revista Salud Pública de México. Edición noviembre-diciembre, 1994. Instituto Nacional de Psiquiatría". P-p. 24-42.

Un estudio documental enfocado directamente a la adherencia terapéutica fue el realizado por la Dra. en Psicología Roser Cirici titulado *La adherencia al tratamiento de los pacientes psicóticos*⁷.

La autora señala que la falta de adherencia terapéutica es un problema común en la medicina. En la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos es la mayor causa de recaídas. Las cifras de incumplimiento en la psicosis oscilan entre el 40% y el 80%. Menciona que de entre los motivos que influyen en la decisión de abandonar los tratamientos médicos caben destacar: información insuficiente facilitada a los enfermos, una alianza terapéutica pobre entre médico y paciente, o la falta de comprensión de la propia enfermedad.

En lo que corresponde a la adherencia al tratamiento de los pacientes que padecen trastornos psicóticos, la investigadora realiza una recopilación cronológica de los diferentes estudios llevados a cabo en relación a la adherencia. En primera instancia cita el trabajo de los alemanes Wolfgang Gaebel y A. Pietzcker en 1983, quienes encontraron en su estudio alemán con pacientes de primer brote psicótico, que las tasas de incumplimiento eran del 75%. Por su parte, el norteamericano John Kane en 1985 estimó que las tasas de cumplimiento oscilaban entre el 40% y el 50% en pacientes ambulatorios.

Por otro lado, un estudio realizado por el norteamericano Jeffrey Corrigan Liberman y otros en 1990, indicó que el incumplimiento alcanza el 80% de los pacientes psicóticos. B. Rapkin Leiden y colaboradores en 1994, refirieron tasas de incumplimiento farmacológico que llegaban al 50% un año después de salir de un ingreso psiquiátrico y al 75% al cabo de dos años. Cabe destacar un dato específicamente de esquizofrenia, la consecuencia del incumplimiento terapéutico se refleja en la tasa de recaídas en la esquizofrenia, la cual es tres veces superior a la esperada.

La autora enfatiza el hecho de que los primeros estudios sobre cumplimiento terapéutico se empezaron a desarrollar 30 años después de la introducción de los

⁷ Cirici, Roser. "La adherencia al tratamiento de pacientes psicóticos". En: Revista de Psiquiatría, Facultad de Medicina Barnaa. Hospital Mutua de Terraza, Barcelona, 2002. p-p. 16-48.

antipsicóticos. Una conferencia celebrada en Bélgica, en 1989, fue la primera convención internacional convocada con el fin de diseñar directrices para la prevención de recaídas. En dicha reunión se señaló el factor de la adherencia como un elemento clave del tratamiento psiquiátrico y es que ya para esas fechas se había detectado que las tasas de incumplimiento en pacientes con algún tipo de psicosis eran elevadas.

Otros planteamientos trascendentales que realiza la autora de esta investigación es que dentro de su revisión teórica, destacan tres estudios que ofrecen soporte empírico a la suposición de que una alianza terapéutica positiva (es decir, una adecuada relación médico-paciente) facilita el cumplimiento terapéutico.

La psicóloga cita un artículo de ML. Nelson y otros autores del año 1975, en el que se afirmaba que el mejor predictor del cumplimiento en pacientes esquizofrénicos era “la percepción que el paciente tenía de que el médico tenía interés en él o ella como persona”.⁸ Otro estudio citado por la autora es el de Stephen R. Marder y colaboradores, publicado en 1983, concluyeron que “los pacientes esquizofrénicos ingresados que toleraban la medicación antipsicótica eran los que puntuaban más alto en el grado de satisfacción con el personal sanitario y con el médico. Percibían que su psiquiatra les entendía y les ofrecía buenas razones para la toma de la medicación, a la vez que les informaba de los posibles efectos secundarios”.⁹ El estudio más reciente que cita en su investigación la autora es el de BL. Frank y JG. Gunderson, publicado en el año 1990, observaron que el 74% de los pacientes con una parcial o pobre alianza terapéutica abandonaba el tratamiento prescrito. En contraste con lo anterior, sólo el 26% de los pacientes esquizofrénicos que tenían buena relación con su terapeuta no se adherían adecuadamente a su tratamiento.

La autora hace especial énfasis en un estudio que llevó a cabo Josef Bauml en 1993, éste fue un estudio prospectivo con 236 pacientes esquizofrénicos. Él planteó que las tasas de adherencia podían incrementarse un 30% con sólo 8

⁸ www.nexusediciones.com/pdf/psiqui2002_4/ps-29-4-004.pdf

⁹ Ibidem.

sesiones psicoeducativas, es decir, combinar el tratamiento farmacológico con terapia psicosocial. La explicación es que los pacientes al estar mejor informados, aumentan su conciencia de enfermedad y son más capaces de hacerse responsables de tomar la medicación.

La conclusión de la autora respecto a su trabajo documental es que “probablemente la mejor solución para aumentar la adherencia es conseguir un mayor acercamiento a los procesos cognitivos de los pacientes, escuchando más atentamente sus motivaciones y objetivos vitales”.¹⁰

Resulta importante resaltar que la mayoría de investigaciones sobre adherencia terapéutica en esquizofrenia son de carácter médico o psicológico, y los factores socioeconómicos que inciden en el proceso terapéutico no han tenido la relevancia necesaria.

Por lo anterior, es imprescindible que los profesionales inmersos en la materia, llevemos a cabo investigaciones que deriven en modelos que coadyuven a que los pacientes con esquizofrenia logren adherirse correctamente a su tratamiento y con ello, mejorar su salud y calidad de vida.

¹⁰ Idem.

CAPÍTULO IV
INVESTIGACIÓN SOCIAL
INDICADORES SOCIOECONÓMICOS QUE INCIDEN EN LA ADHERENCIA
TERAPÉUTICA DE PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA

4.1. Justificación

En el momento actual ha tomado gran significado el grado en el que el paciente cumple o se adhiere a las indicaciones terapéuticas, sean éstas de carácter médico o psicológico-conductuales. A la vez, este tema se ha convertido en un punto muy importante de la investigación contemporánea, sin embargo, dichas investigaciones y literatura al respecto aparecen con un enfoque médico o psicológico. Todo esto hace necesario redimensionar el abordaje del tema de la adherencia terapéutica con la finalidad de contar con diferentes perspectivas profesionales que aporten al tema.

De ahí la importancia de la inserción del Trabajador Social a la investigación de la adherencia terapéutica, ya que es una disciplina que puede contribuir a la dilucidación del tema arrojando elementos de trascendencia que ayuden a abordar, comprender y tratar, desde una óptica social, la diversidad y complejidad de factores internos y externos que contribuyen al éxito o fracaso de un tratamiento.

La adherencia terapéutica, tal como se señaló en el capítulo anterior, se define como “una conducta que consta de una combinación de aspectos propiamente conductuales, unidos a otros relacionales y volitivos que conducen a la participación y comprensión del tratamiento por parte del paciente y del plan para su cumplimiento, de manera conjunta con el profesional de la salud, y la

consiguiente respuesta modulada por una búsqueda activa y consciente de recursos para lograr el resultado esperado”.¹

Tomando en cuenta la conceptualización y la labor de Trabajo Social en el tema, resulta necesario resaltar los factores que influyen en la adherencia terapéutica, sobre los cuales el Trabajador Social puede tener gran incidencia de investigación e intervención, estos han sido clasificados de la siguiente manera:

- Los relacionados con la interacción del paciente con el profesional de la salud.
- El régimen terapéutico.
- Las características de la enfermedad.
- Los aspectos psicosociales del paciente.

Dada la complejidad del tema, resultó necesaria la delimitación del mismo, por lo que acudiendo a datos epidemiológicos, se encontró que una de las enfermedades con mayor frecuencia en el área de neuropsiquiatría en el Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía “Manuel Velasco Suárez” (INNN) es la esquizofrenia, enfermedad mental, que según estudios de este instituto, padecen entre 1% y 2% de la población mexicana. La esquizofrenia es uno de los padecimientos mentales más severos con variada sintomatología que afecta las áreas del pensamiento, las percepciones, los sentimientos, los movimientos y las relaciones interpersonales, todo ello hace de esta enfermedad uno de los procesos más incapacitantes para el individuo que la padece. Cabe destacar que los científicos coinciden en que no existe una causa única de la esquizofrenia, sino que su aparición resulta de la combinación de factores biológicos, psicológicos y sociales, lo cual hace más complejo el tratamiento. En este sentido, es importante enfatizar que la esquizofrenia, por su gravedad, es una de las enfermedades que requieren un estricto apego al tratamiento y, contrariamente, registra uno de los más bajos niveles de adherencia terapéutica.

¹ Libertad Marín, Alfonso. “Acerca del concepto de adherencia terapéutica”. En: http://www.bvs.sld.cu/revistas/spu/vol30_4_04/spu08404.htm

Según cifras de la Organización Mundial de la Salud, 0.3% de la población general en cualquier momento padece de esquizofrenia, 0.15% tiene probabilidad de presentarlo y 0.02% ingresa a hospitales con este diagnóstico.

Es importante señalar que la esquizofrenia es una enfermedad desconocida por un gran porcentaje de la población, incluso por quienes la padecen. Al igual que otros individuos que tienen alguna enfermedad mental, los esquizofrénicos sufren constantemente el rechazo social producto del estigma que genera la enfermedad. Estas alarmantes cifras y antecedentes no representan el único motivo de investigación sobre el tema, aunado a esto se encuentran las secuelas que el enfermo de esquizofrenia padece en todas sus dimensiones. Es de aquí precisamente de donde deriva el presente proyecto de investigación, ya que frente a los efectos de la esquizofrenia, los pacientes no logran en su mayoría tener una adherencia terapéutica, generando grandes pérdidas en lo personal, familiar y social.

Es debido a esto que la investigación se encaminó a identificar los indicadores socioeconómicos que inciden en la adherencia terapéutica de pacientes con esquizofrenia del INNN.

4.2. Planteamiento del Problema

La importancia de que los sujetos con esquizofrenia tomen correctamente sus medicamentos y sigan adecuadamente las indicaciones terapéuticas tiene una relevancia indiscutible, sin embargo, la tasa de adherencia terapéutica en este tipo de pacientes es muy baja, sin lugar a dudas, los factores son múltiples y de diversa índole, no obstante, los socioeconómicos no han sido suficientemente estudiados o no se les reconoce su importancia, en este sentido es que la parte medular de la investigación va enfocada a identificar dichos indicadores. Es así, que se formula el siguiente cuestionamiento:

¿Cuáles son los indicadores socioeconómicos que inciden en la adherencia terapéutica de pacientes con esquizofrenia?

4.3. Objetivos

General:

- Identificar los indicadores socioeconómicos que influyen en la adherencia terapéutica de pacientes con esquizofrenia.

Específicos:

- Conocer el perfil socioeconómico de los pacientes con esquizofrenia.
- Identificar los factores socioeconómicos que contribuyen a la adherencia terapéutica de los pacientes con esquizofrenia.
- Evaluar la dinámica familiar del paciente con esquizofrenia, explorando las áreas del funcionamiento dinámico, sistémico, tales como: roles, jerarquía, límites, alianzas, comunicación, afectos y patología.
- Conocer la relación médico-paciente-familia con la finalidad de valorar si la atención médica otorgada favorece o impide una adecuada adherencia terapéutica.

4.4. Hipótesis

- La adherencia terapéutica del paciente con esquizofrenia se encuentra influenciada por indicadores individuales y familiares como la escolaridad, la economía, la dinámica familiar y la relación médico-paciente.

4.5. Metodología

La presente investigación es de tipo descriptiva y observacional debido a que el tema de la adherencia terapéutica en esquizofrenia ha sido poco abordado, principalmente en lo referente a su relación con indicadores socioeconómicos, asimismo, tiene un corte cuanti y cualitativo, dando particular importancia al segundo tipo. Es preciso mencionar que el fenómeno de la adherencia terapéutica es un campo extenso de investigación, por lo que fue necesario delimitar las variables a investigar, las cuales están divididas a la vez en categorías, estas son las siguientes:

- Sociodemográficas
- Familia
- Economía familiar
- Vivienda
- Salud-Enfermedad

La investigación que se desarrolló se dividió en dos fases:

Investigación documental. Se realizó una revisión exhaustiva biblio-hemerográfica, principalmente del tema de esquizofrenia y adherencia terapéutica con la finalidad de construir el marco teórico y conceptual.

Investigación de campo. Esta fase tuvo como principal actividad la recolección de datos. Se aplicó un estudio socioeconómico² que permitió conocer las variables sociodemográficas, economía familiar, vivienda, salud-enfermedad, así como la adherencia terapéutica, mismo que se complementó con la Escala de Funcionamiento Familiar,³ la cual constó de una entrevista abierta y dirigida que permitió evaluar las diversas áreas del funcionamiento familiar (autoridad, control, supervisión, afecto, apoyo, conducta disruptiva, comunicación, afecto negativo y recursos) que inciden de una u otra forma en la adherencia terapéutica del paciente con esquizofrenia.

Respecto a la relación médico-paciente, se incluyó la cédula aplicada en la Unidad de Medicina Familiar No. 10 del IMSS por María Teresa Cortés Padilla.⁴ Los resultados que arrojaron los instrumentos anteriores, fueron procesados con el paquete estadístico SPSS v.12.0 a través de la creación de base de datos y la realización de cruce de variables, asimismo, los resultados se registraron en gráficas efectuadas en Microsoft Excel.

Se consideró conveniente rescatar de las entrevistas a los familiares y pacientes, los aspectos de la percepción que tienen de los servicios hospitalarios, del equipo

² Estudio Socioeconómico, Laboratorio de Investigación Sociomédica, Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía, 2005.

³ Espejel, Emma. "Escala de Funcionamiento Familiar", 1995.

⁴Cortés Padilla, María Teresa. "Factores Psicosociales relacionados con el reingreso a hospitalización de pacientes con psicosis orgánica". Tesis para obtener el grado de Maestría en psicología Clínica. Facultad de Psicología-UNAM. México, D.F. Febrero de 1998. 108 p.

médico tratante y de lo relacionado con la adherencia terapéutica, lo que indudablemente se da en el plano de la subjetividad. Dichos aspectos se reintegraron construyendo categorías sobre las posturas a favor o en contra de la atención médica otorgada y de su percepción en torno a la adherencia.

Población y muestra

Se consideró una muestra de un total de 30 pacientes de ambos sexos diagnosticados con esquizofrenia atendidos en la Unidad de Psiquiatría y Consulta Externa del INNN, en el periodo de julio del 2005 a junio del 2006.

Criterios de inclusión

Pacientes diagnosticados con esquizofrenia.

Pacientes atendidos en la unidad de psiquiatría o en el área de consulta externa del INNN.

Pacientes con ingreso a la unidad de Neuropsiquiatría en el segundo semestre de 2005.

Criterios de exclusión

Pacientes esquizofrénicos comórbidos.

Pacientes que hubieran sido hospitalizados antes de julio de 2005.

Pacientes que no dieron su consentimiento para participar en la investigación.

4.6. ANÁLISIS DE RESULTADOS

El análisis de resultados se dividió en dos partes, una es el análisis cuantitativo y otra el cualitativo.

1. *Análisis cuantitativo.* Constituye la información numérica emanada de los diversos instrumentos aplicados durante la investigación de campo.
2. *Análisis cualitativo.* Rescata las percepciones que tienen los pacientes y sus familias en cuatro categorías principales: economía familiar, nivel escolar, dinámica familiar y la relación médico-paciente, todo ello en

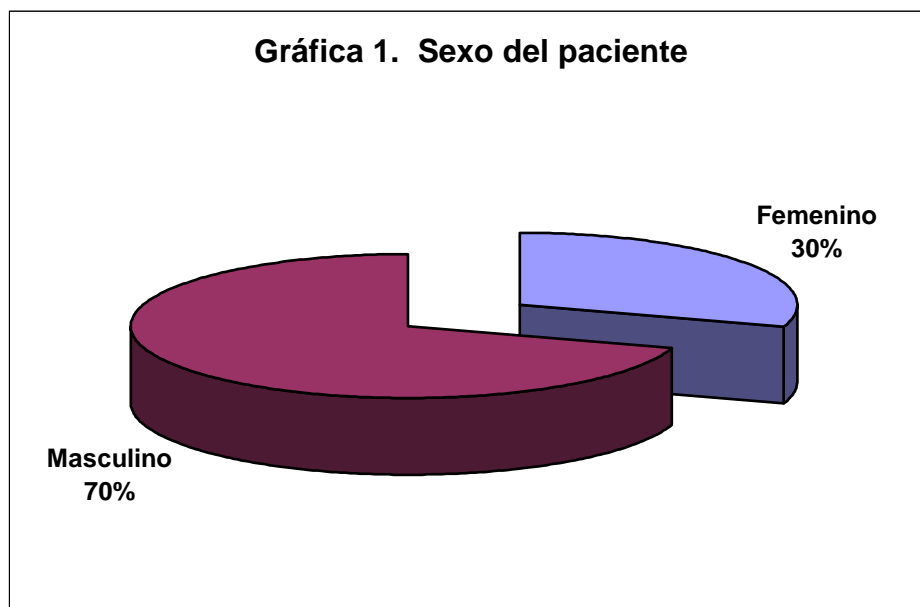
relación con la adherencia terapéutica del paciente, ya que son aspectos que no logran ser recuperados por los instrumentos. Las técnicas utilizadas fueron la entrevista a profundidad, notas, observación y realización de diagnósticos psicosociales.

4.7.1 Análisis Cuantitativo

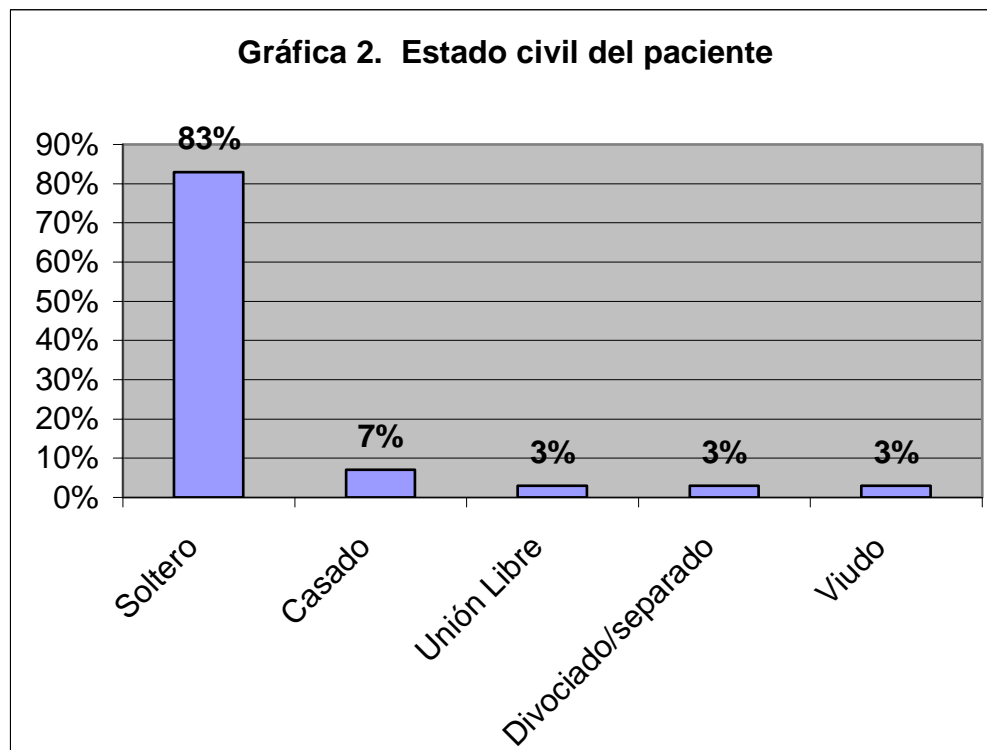
Con la finalidad de conocer la incidencia que los factores socioeconómicos tienen en la adherencia terapéutica de pacientes con esquizofrenia atendidos en el Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía, se llevaron a cabo 30 entrevistas a profundidad a pacientes y responsables legales, en algunos casos fue posible entrevistar al resto de los miembros de la familia. Durante la entrevista se aplicaron cuatro instrumentos, un **estudio socioeconómico**, un **cuestionario** para conocer la **Relación Médico-Paciente**, otro para determinar la **adherencia terapéutica** del paciente y la **Escala de Funcionamiento Familiar**. Los instrumentos aplicados arrojaron los siguientes resultados.

- **ESTUDIO SOCIECONOMICO**

Datos del Paciente

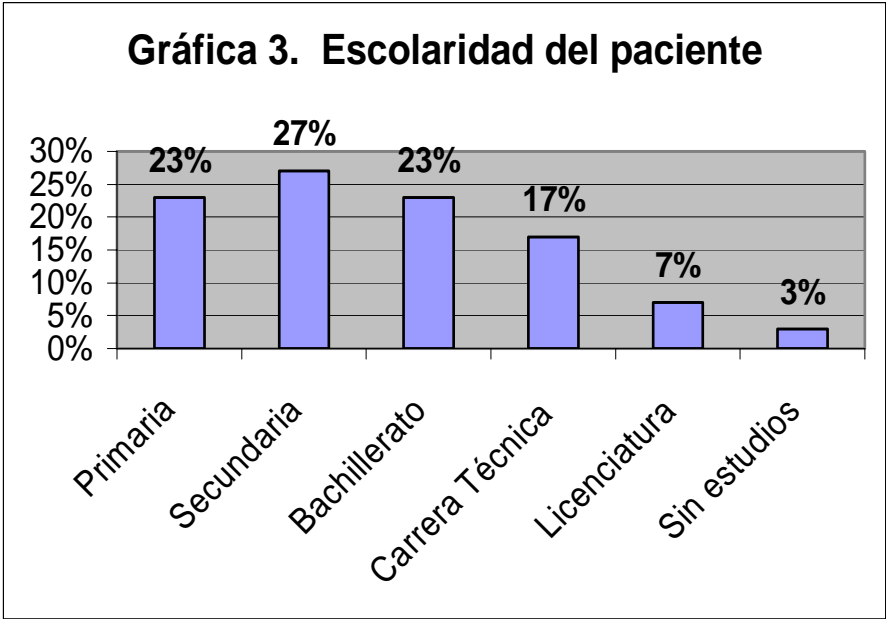


Con base a las cifras arrojadas en este rubro, se encontró que de los 30 pacientes incluidos en la muestra, el 30% fueron **mujeres** y 70% **hombres**, cuyas **edades** fluctúan de 19 años hasta más de 60, siendo el rango de mayor frecuencia el de 25 a 35 años con el 26.6%, adultos jóvenes cuya etapa de vida debiera ser productiva y el padecimiento impide lleven a cabo actividades remunerativas, que continúen sus estudios o que conformen una familia.



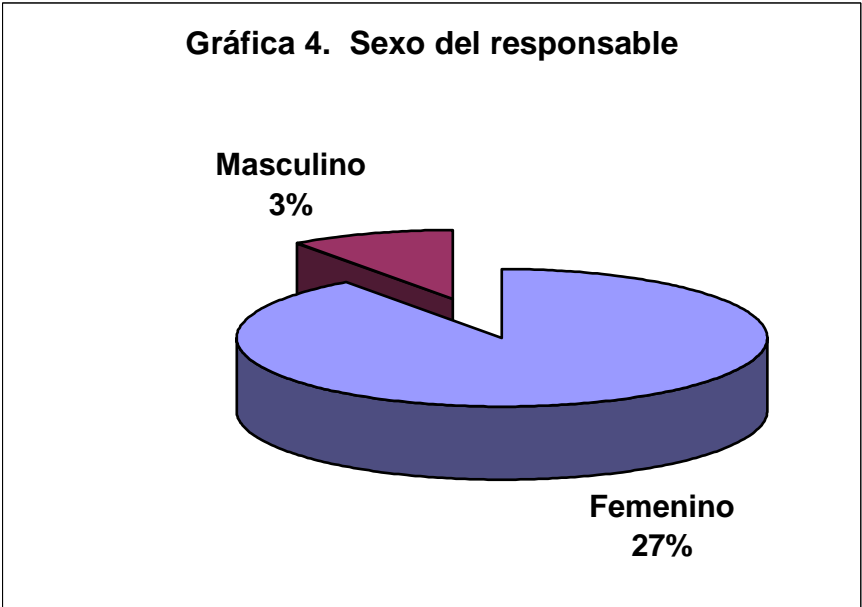
La mayoría de los pacientes son solteros, **estado civil** que tiene el 83.3% de la muestra, mientras que sólo el 6.7% son casados y el 9.9% no tiene pareja.

En lo concerniente a la **ocupación** de los pacientes se encontró que el 23.3% se ubicaron en la categoría de “sin actividad”, el 20% son estudiantes, otras ocupaciones como obreros, trabajadores agropecuarios, empleados domésticos y comerciantes representan porcentajes menores. Cabe resaltar que sólo el 6.7% de los pacientes son profesionistas.



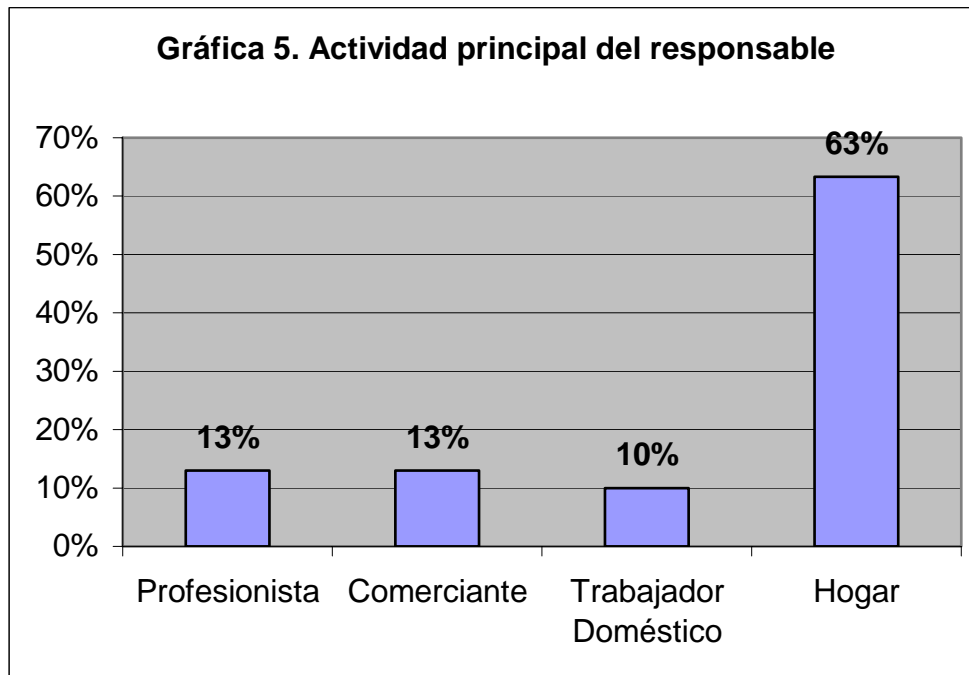
En cuanto a la **escolaridad** de los pacientes se tiene que el 50% cuentan con la educación básica, 23.3% estudió la educación media superior y 16.7% tiene una carrera técnica, sólo el 6.7% estudio una licenciatura. Cabe resaltar que un porcentaje muy bajo, 3.3%, no tiene estudios.

Datos del Cuidador primario



Respecto al **sexo** de los cuidadores primarios de los pacientes se encontró que el 90% son mujeres y sólo el 10% son varones.

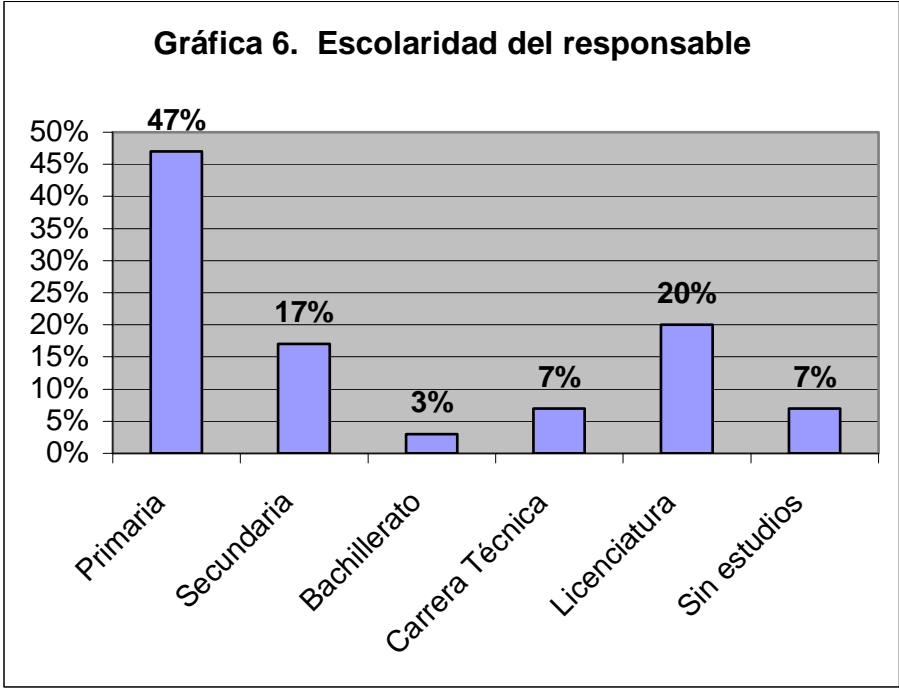
En cuanto al **estado civil** del cuidador primario, el 53% son casados y un 46% no tiene pareja, es decir, se encuentran divorciados, viudos o separados.



Tomando en cuenta que la mayoría de los cuidadores primarios (90%) son mujeres, se relaciona con el hecho de que 63.3% de la muestra tiene como principal **ocupación** el hogar, mientras que sólo el 13.3% son profesionistas. Otro 13.3% se dedica al comercio y el 10% se dedican a algún tipo de trabajo doméstico.

Las cifras referentes al **parentesco** que los responsables legales tienen con los pacientes se relacionan también con el hecho de que la mayoría de los responsables legales son mujeres, ya que el 56.7% son madres, el 13.3% lo constituyen quienes son hijos de los pacientes y sólo el 6.7% tienen como parentesco el de padre, un porcentaje igual son esposos o esposas.

En lo referente a la **edad** de los responsables legales se encontró que la mayoría son adultos mayores, ya que el 56% tiene entre 50 y 60 años y el 16.7% tiene entre 30 y 40 años.



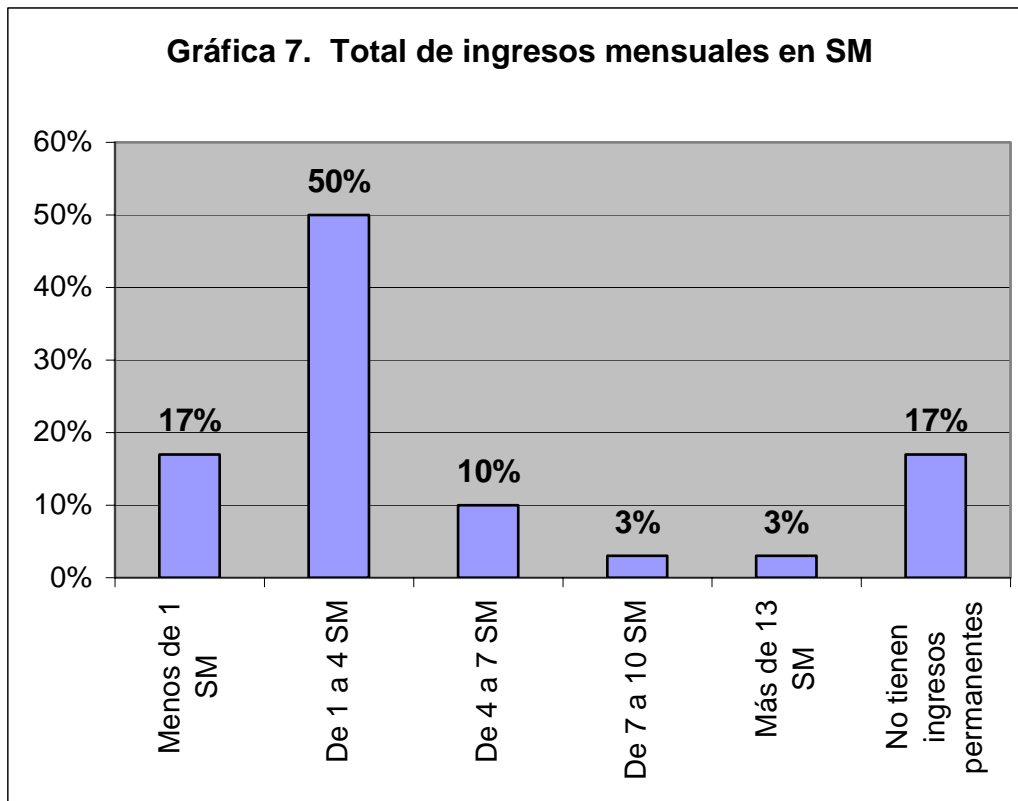
Respecto a su **escolaridad**, el 63.4% cuenta con la educación básica, es decir, primaria y secundaria, 20% con licenciatura y el 6.7% no tiene estudios.

Vivienda

En cuanto al **domicilio** de los pacientes se encontró que el 43.3% radica en el Distrito Federal, un 33.3% vive en el Estado de México y el 23.3 radica al interior de la República en los Estados de Veracruz, Querétaro, Guerrero, Michoacán y Puebla. Por lo que se refiere a la tenencia de la vivienda se observa que el 60% de las familias cuentan con vivienda propia, mientras que el 23.3% viven en un inmueble prestado y el 16.7% rentan.

Economía Familiar

Uno de los factores importantes a tomar en cuenta en la adherencia terapéutica es el económico, en ese sentido, se encontró que el 60% de las familias tienen **ingresos mensuales** menores a los \$4,000.00 y sólo un 6.7% cuenta con un salario de entre \$6,000 y \$8,000; cabe mencionar que hubo familias que reportaron no tener ingresos permanentes pues en algunos casos se mantienen de dinero que les mandan familiares de Estados Unidos o cercanos a ellos que no viven en la misma casa, esta categoría constituye el 16.7% de la muestra.



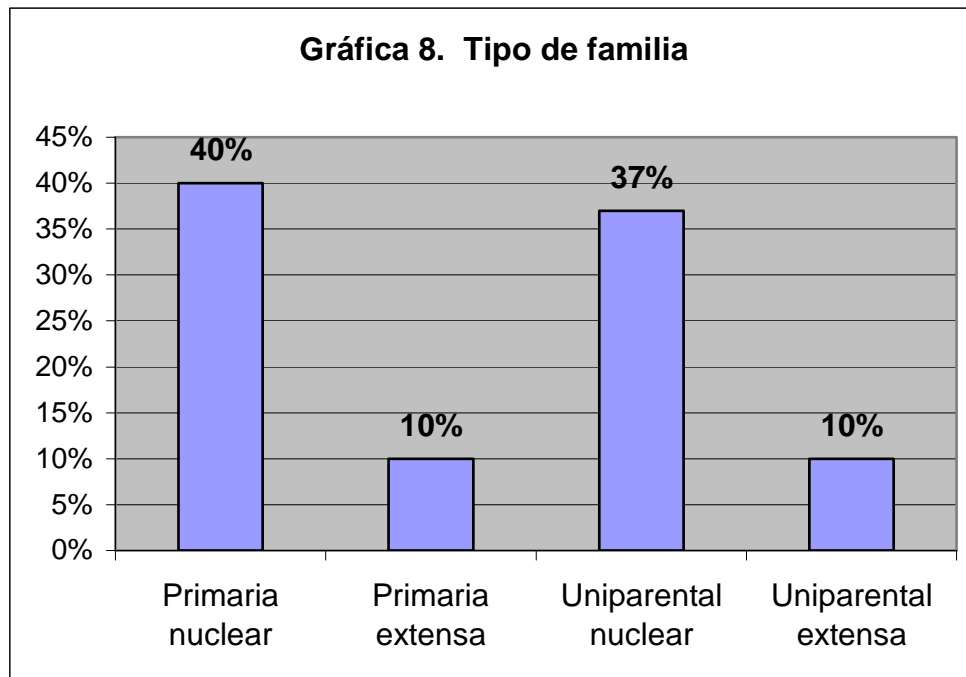
Los ingresos mensuales de las familias se tradujeron a ingresos mensuales en **salarios mínimos**, lo cual arrojó que el 66.7% de las familias perciben menos de 4 salarios mínimos al mes.

En cuanto al **ingreso per cápita** se observó que 43.3% tiene un ingreso menor a \$1,000.00 aparte las familias que no tienen ingresos permanentes representan el 16.7% de la muestra.

Gastos Médicos

Otro aspecto importante a considerar en la investigación fueron los gastos médicos que implica el padecimiento neuropsiquiátrico del paciente, esto incluye tanto medicamentos, pago de consultas y otras actividades recomendadas por el psiquiatra que conllevan gastos económicos. Se encontró que el 46.7% de las familias gastan menos de \$500.00 mensuales, el 23.3% gasta entre \$500.00 y \$1,100.00 y el 20% gasta entre \$1,400.00 y \$2,000.00

Tipología y Dinámica Familiar



Los **tipos de familia** que se detectaron en la investigación fueron familia primaria nuclear con un 40% (integrada por padre, madre e hijos de ambos, sin que haya uniones previas con hijos), familia uniparental nuclear con un 36.7% (integrada por padre o madre con uno o más hijos), primaria extensa con un 10% (familia nuclear que vive con la familia de origen de uno de los cónyuges o que nunca salió del seno familiar y ahí permaneció después de realizar su unión conyugal) y familia uniparental extensa también un 10% (integrada por padre o madre con uno o más hijos y que reciben en su hogar a uno o más miembros de su familia de origen).

De igual forma se tomó en cuenta la **etapa del ciclo vital de la familia**, encontrando que el 46.7% de las familias se encuentran en la etapa de retiro o muerte, el 40% en la de desprendimiento, el 6.7% en la adolescencia y se encontró también que en el 6.7% de los casos no se logró identificar la etapa del ciclo vital de la familia, debido a que las características de estas familias no coinciden con la tipología establecida por Emma Espejel, además, resulta necesario enfatizar que el ciclo vital de la familia difiere del ciclo vital humano (gestación, niñez, adolescencia, edad adulta joven y edad adulta madura).

En el rubro de las **adicciones** encontramos que en el 40% de las familias se da el consumo de alcohol por parte de alguno de sus miembros. Las mismas cifras se repiten en el caso del tabaco. Por otra parte, se detectó que en el 13.3% de las familias algún miembro consume fármacos, cabe mencionar que este consumo es independiente al uso de medicamentos prescrito por el psiquiatra para el tratamiento de la esquizofrenia de los pacientes.

En cuanto a **violencia familiar** se observó que en el 40% de las familias existe violencia de tipo verbal; la de tipo física se da en el 10% de los entrevistados y la emocional en el 26.7%.

• **FUNCIONAMIENTO FAMILIAR***

En cuanto a la aplicación de la Escala de Funcionamiento Familiar cabe resaltar que en dos casos no se aplicó. En uno de esos casos el cuidador primario se negó, ya que él tiene dos familias y le pareció muy incómodo contestar; en el otro caso la paciente ya no es funcional social, laboral ni familiarmente y vive únicamente con su hermana y al comenzar a aplicar la escala nos percatamos de que no hay absolutamente ninguna convivencia familiar. Sin embargo, fue posible aplicar la escala a 28 pacientes y sus familias y lograr medir su funcionalidad en nueve áreas específicas, autoridad, control, supervisión, afecto, apoyo, conducta disruptiva, comunicación, afecto negativo y recursos, estas áreas se midieron a través de cuatro categorías de funcionalidad:

* "Espejel, Emma. "Escala de Funcionamiento Familiar", 1995.

- 1) *Disfuncional*: familias que en el puntaje de la Escala obtuvieron de 0 a 109 puntos.
- 2) *Poco Funcional*: familias que en el puntaje de la Escala obtuvieron de 110 a 130 puntos.
- 3) *Medianamente funcional*: familias que en el puntaje de la Escala obtuvieron de 131 a 160 puntos.
- 4) *Funcional*: familias que en el puntaje de la Escala obtuvieron de 161 a 185 puntos.

Asimismo, la escala permitió conocer en una dimensión global la funcionalidad familiar. Los resultados de la aplicación de dicho instrumento fueron los siguientes. En lo que respecta al área de **autoridad**, el 36.7% de las familias son medianamente funcionales, mientras que el 30% son funcionales, sin embargo, 16.7% son disfuncionales y un 10% son poco funcionales.

En el área de **control** se observa que la mitad de las familias, es decir, el 50% son medianamente funcionales y el 23.3% son poco funcionales. En contraste con el área anterior, tenemos que un 16.7% son funcionales y sólo un 3.3% son disfuncionales.

También en el área de **supervisión** se encontró que la mitad de las familias son medianamente funcionales, sin embargo, en esta área la funcionalidad resultó más alta con un 26.7% en relación a la anterior. 13.3% de las familias son poco funcionales en control y 3.3% totalmente disfuncionales.

En el área de **afecto** también predomina con un porcentaje más alto la mediana funcionalidad respecto a las otras categorías, no obstante, la cifra se redujo en comparación con las dos áreas anteriores, ya que el 30% de las familias son medianamente funcionales en afecto, el 26.7% son funcionales y el 16.7% son poco funcionales. Cabe resaltar que en ésta área el porcentaje de familias disfuncionales también aumentó considerablemente respecto a las anteriores, pues el 20% son disfuncionales en afecto.

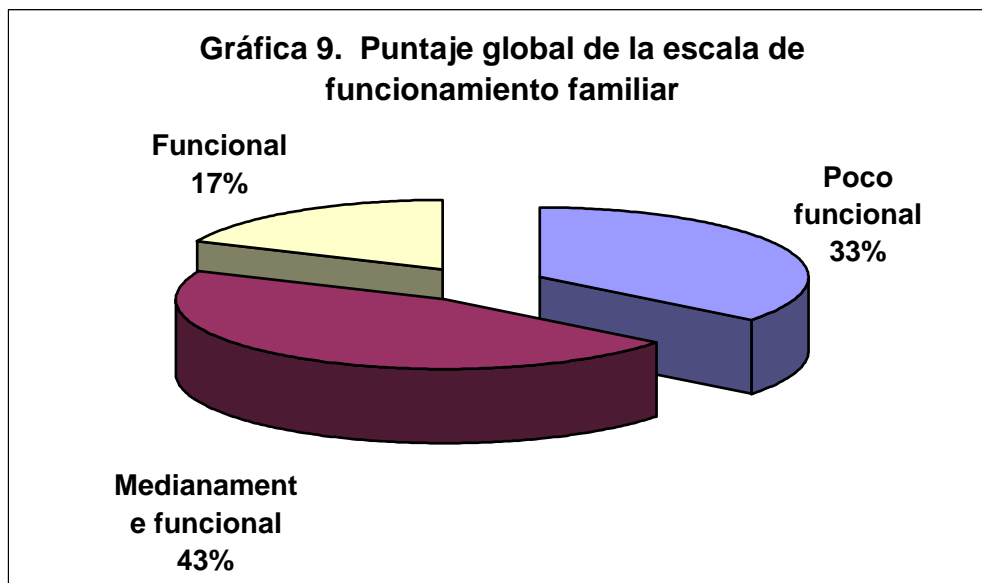
Es de llamar la atención que en lo referente a **apoyo**, casi la mitad de las familias (46.7%) son funcionales, mientras que un 26.7% son medianamente funcionales. Las categorías de poco funcional y disfuncional son menores, 10% y 6.7% respectivamente.

En lo que toca a **conducta disruptiva**, nuevamente se encontró que la mitad de las familias se ubican en lo medianamente funcional y el 33.3% en lo funcional. Las familias poco funcionales en esta área representan sólo el 6.7% y las disfuncionales el 3.3%.

Uno de los rubros más heterogéneos es el de la **comunicación**, el porcentaje más alto con el 30% es el de las familias funcionales, seguido de un 23.3% de disfuncionalidad y también con el 23.3% la mediana funcionalidad, un porcentaje menor, aunque considerable, es el de la poca disfuncionalidad con el 16.7%.

En el área de **afecto negativo** se encontró que las familias con mayor porcentajes son las que se ubicaron en funcionales, esta categoría representa el 16.7% de la muestras, mientras que la disfuncionalidad mostró un porcentaje muy considerable de 26.7% al igual que la poca funcionalidad y la mediana funcionalidad presentó el 23.3%.

En lo referente al área de **recursos**, se observó que la mayoría de las familias se ubican en lo medianamente funcional con el 43.3%. Con una cifra menor se encuentran las familias poco funcionales con un 26.7%. Los casos de familias funcionales presentan una considerable diferencia con las cifras anteriores, pues estas sólo constituyen un 13.3%, mientras que las disfuncionales un 10%.



Globalmente los grados de funcionalidad de las familias entrevistadas se encuentran de la siguiente forma. El 43.3% de las familias son medianamente funcionales; el 33.3% son poco funcionales y con un porcentaje considerablemente menor se encuentran las funcionales con un 16.7%. En estos resultados ninguna familia se ubicó como totalmente disfuncional.

- **RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE**

La aplicación del cuestionario para determinar la Relación Médico-Paciente permitió explorar la percepción que tiene el paciente sobre la atención que le brinda su psiquiatra, asimismo, fue posible determinar que este factor es un indicador importante en el proceso terapéutico.

En cuanto al **tiempo que el psiquiatra le dedica al paciente en cada consulta** se encontró que al 70% su doctor les dedica menos de 15 minutos y al 30% le dedica entre 20 y 30 minutos. El 66.7% de los pacientes refirió que este tiempo es suficiente para atenderlo.

En cuanto a los **efectos secundarios** que los medicamentos les causan a los pacientes, estos expresaron en un 50% que sí han tenido dichos efectos. De ellos,

16.7% dijo que como consecuencia de la ingesta de fármacos han presentado problemas de peso, generalmente aumento, el 10% taquicardia, otro porcentaje igual mencionó que temblor de extremidades. Un 6.7% aseguró haber padecido somnolencia.

Percepciones positivas que los pacientes y sus familias tienen del psiquiatra

El 66.7% de los pacientes refirió que su psiquiatra sí le ha explicado en qué consiste su enfermedad.

El 70% afirmó que su médico le ha explicado en qué consiste su tratamiento.

El 93.3% aseguró que su psiquiatra le ha explicado la importancia de su tratamiento.

El 93.3% de los pacientes considera que la comunicación entre ellos y su psiquiatra es buena y el mismo porcentaje afirmó que le tiene confianza a su doctor.

Un 90% de la muestra refirió que su psiquiatra los trata bien y el 10% dijo que los trata regular.

El 93.4% de los pacientes considera que su psiquiatra sí se preocupa por su enfermedad.

En cuanto a la opinión que los pacientes tienen de su psiquiatra, se tiene que el 50% de la muestra opina que su psiquiatra es buen doctor, el 20% expresó que es profesional. El 13.3% dijo que está preparado. El 6.7% aseguró que es amable.

De forma global, el 86.7% de los pacientes están satisfechos con el servicio que les ha brindado el instituto.

Percepciones negativas de los pacientes y sus familias acerca del psiquiatra

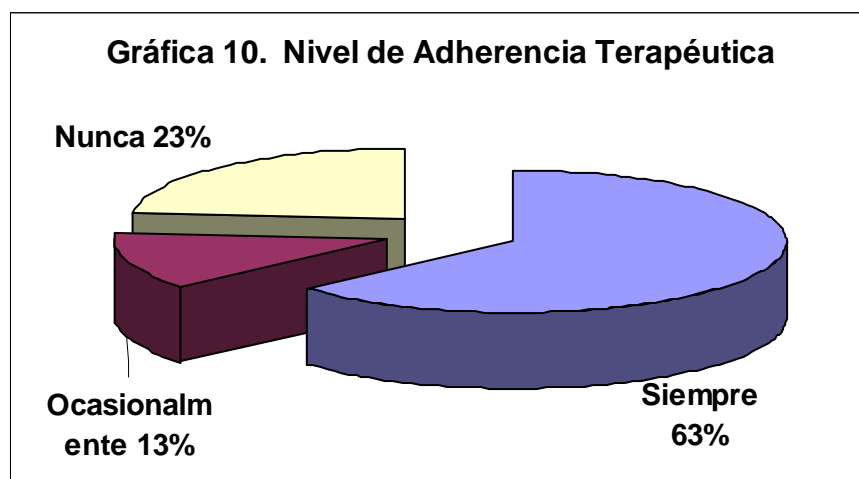
Se logró determinar que el 70% de los pacientes han tenido **cambios de psiquiatra**, de ellos el 33.3% no está de acuerdo con dichos cambios y el 70% considera que su tratamiento sería mejor si lo atendiera siempre el mismo psiquiatra.

Sólo el 3.3% de los pacientes expresó que su médico no cubre aspectos de interés para él y otro 3.3% mencionó que le falta preparación y el mismo porcentaje apuntó que su psiquiatra le hace perder el tiempo.

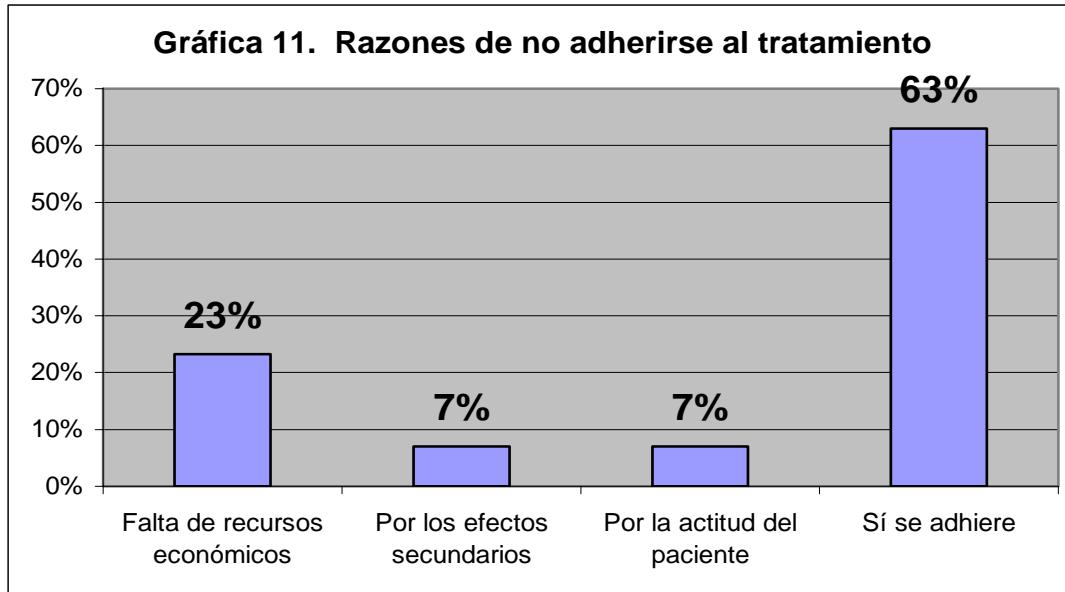
El 10% de la muestra refirió no estar satisfecho con el servicio que le brinda el instituto.

El 33.3% de los pacientes expresaron que su psiquiatra los ha regañado alguna vez por no seguir el tratamiento como él se los indicó.

- **ADHERENCIA TERAPÉUTICA**



Se observó que a consideración de los pacientes y sus familias, el 63.3% se **apegan** siempre a su **tratamiento**, mientras que el 13.3% ocasionalmente y el 23.3% considera que nunca se adhiere a las indicaciones terapéuticas dadas por su psiquiatra.



En este sentido, los pacientes que ocasionalmente se adhieren a su tratamiento y también los que nunca siguen las indicaciones, ellos y sus familias consideraron en un 23.3% que la **razón de no tener una adecuada adherencia terapéutica** es debido a la falta de recursos económicos, sólo el 6.7% refirió que es por lo efectos secundarios que producen los medicamentos y un 6.7% también dijo que es por la actitud del paciente, es decir, no quiere seguir las indicaciones.

De acuerdo con los planteamientos teóricos concernientes a adherencia terapéutica, los factores relacionados con el paciente tienen importante incidencia, principalmente la conciencia de enfermedad que éste tiene en torno a su padecimiento, la cual está directamente relacionada con la escolaridad, sin embargo, se pudo observar que en la presente investigación dicho factor no es determinante, ya que en el grupo de pacientes que se adhieren siempre a su tratamiento se ubican tanto quienes tienen escolaridad básica, media superior y superior. Asimismo, el comportamiento numérico de la categoría “nunca se adhieren a su tratamiento”, es similar al anterior, es decir, no presentan datos contundentes que hagan suponer que la escolaridad del paciente es un factor de influencia rotunda (en esta investigación) para la adherencia terapéutica.

Tabla 1. Relación entre Adherencia Terapéutica y Escolaridad del Paciente

		Escolaridad del paciente						Total
		Primaria	Secundaria	Bachillerato	Carrera Técnica	Licenciatura	Sin estudios	
¿Se apega correctamente a las indicaciones terapéuticas señaladas por su psiquiatra?	Siempre	16.7%	10%	16.7%	13.3%	3.3%	3.3%	63.3%
	Ocasionalmente	3.3%	3.3%	3.3%		3.3%		13.3%
	Nunca	3.3%	13.3%	3.3%	3.3%			23.3%
Total		23.3%	26.7%	23.3%	16.7%	6.7%	3.3%	100%

La escolaridad del cuidador primario es un factor importante también, ya que éste es el encargado, en muchos de los casos, de dar apoyo al paciente para que cumpla adecuadamente las indicaciones terapéuticas señaladas por el psiquiatra.

La conciencia que el cuidador primario tenga sobre el padecimiento del paciente es un factor positivo, de tal forma le proporcionará mayor apoyo.

En el caso de la escolaridad del cuidador primario los resultados difieren en comparación con los del paciente, básicamente debido a que los cuidadores primarios son en su mayoría mujeres adultas mayores dedicadas al hogar, las cuales más de la mitad de la muestra estudiaron sólo nivel básico, sin embargo, aquellos pacientes que cuentan con cuidadores primarios con nivel educativo de licenciatura, grupo que representa el 20%, se adhieren siempre a su tratamiento, mientras quienes nunca se adhieren tienen cuidadores primarios con nivel educativo de primaria o secundaria.

Tabla 2. Relación entre Adherencia Terapéutica y Escolaridad del Cuidador Primario

		Escolaridad del responsable						Total
		Primaria	Secundaria	Bachillerato	Carrera Técnica	Licenciatura	Sin estudios	
¿Se apega correctamente a las indicaciones terapéuticas señaladas por su psiquiatra?	Siempre	30%	6.7%	3.3%	3.3%	20%		63.3%
	Ocasionalmente	3.3%			3.3%		6.7%	13.3%
	Nunca	13.3%	10%					23.3%
Total		46.7%	16.7%	3.3%	6.7%	20%	6.7%	100%

Debido a que el aspecto económico representa un factor importante para la adherencia terapéutica, se analizó la relación entre ésta y el poder adquisitivo de las familias medido en salarios mínimos mensuales.

Cabe resaltar que el 66.7% de las familias tienen ingresos menores a los 4 salarios mínimos y sólo un 16.6% tiene ingresos mayores a los 5 salarios mínimos. Lo cual indica que una parte significativa de la muestra presenta problemas económicos, ya que también un 16.7% no tiene ingresos permanentes, lo cual implica que no siempre cuentan con dinero para cubrir los gastos médicos del paciente.

En la relación de variables se pudo observar que el 23.3% de los pacientes que nunca se adhieren a su tratamiento, son aquellos cuyas familias tienen ingresos menores a los 4 salarios mínimos y también las que no tienen ingresos permanentes.

Tabla 3. Relación entre Adherencia Terapéutica e Ingresos Mensuales en Salarios Mínimos (SM)

Total de ingresos mensuales en Salarios Mínimos (SM)								Total
		Menos de 1 (SM)	De 1 a 4 SM	De 4 a 7 SM	De 7 a 10 SM	Más de 13 SM	No tienen ingresos permanentes	
¿Se apega correctamente a las indicaciones terapéuticas señaladas por su psiquiatra?	Siempre	10%	30%	10%	3.3%	3.3%	6.7%	63.3%
	Ocasionalmente		13.3%					13.3%
	Nunca	6.7%	6.7%				10%	23.3%
Total		16.7%	50%	10%	3.3%	3.3%	16.7%	100%

Otro aspecto relevante a analizar es la dinámica familiar, según los datos, no sería factible asegurar una incidencia determinante de este factor, sin embargo, sí se observa influencia de la variable dinámica familiar.

La mayoría de pacientes que se adhieren siempre a su tratamiento representan el 56.7% (cabe enfatizar que aquí el porcentaje es menor debido a que en el 6.7% no fue posible aplicar la Escala de Funcionamiento familiar), el 40% de ellos pertenecen a familias mediana y totalmente funcionales, mientras que un porcentaje menor, 16.7%, son poco funcionales.

Los pacientes que nunca se adhieren a su tratamiento representan el 23.3%, el 13.3% de ellos pertenecen a familias poco funcionales y el 10% a familias medianamente funcionales.

La adherencia terapéutica y dinámica familiar guardan relación, lo cual demuestra que esta última es un factor de incidencia para el apego al tratamiento.

Tabla 6. Relación entre Adherencia Terapéutica y Dinámica Familiar

Puntaje global de la Escala de Funcionamiento Familiar					Total
		Poco funcional	Medianamente funcional	Funcional	
¿Se apega correctamente a las indicaciones terapéuticas señaladas por su psiquiatra?	Siempre	16.7%	30%	10%	56.7%
	Ocasionalmente	3.3%	3.3%	6.7%	13.3%
	Nunca	13.3%	10%		23.3%
Total		33.3%	43.3%	16.7%	93.3%

Otro de los factores considerados como significativos para el proceso terapéutico es el relacionado con los efectos secundarios producidos por los fármacos, sin embargo, en esta investigación los efectos secundarios no representaron un elemento de incidencia en la adherencia.

Como se puede observar, del 63.3% de pacientes que siempre se adhieren a su tratamiento, el 33.3% ha tenido efectos secundarios y del 23.3% que nunca se adhiere, el 20% no ha tenido ningún efecto secundario.

Tabla 10. Relación entre Adherencia Terapéutica y Efectos Secundarios de los Fármacos

¿Los medicamentos le han causado efectos secundarios?				Total
		Sí	No	
¿Se apega correctamente a las indicaciones terapéuticas señaladas por su psiquiatra?	Siempre	33.3%	30%	63.3%
	Ocasionalmente	13.3%		13.3%
	Nunca	3.3%	20%	23.3%
Total		50%	50%	100%

En cuanto a la relación médico paciente, se analizó la relación entre adherencia terapéutica y la atención médica, esta última vinculada con el tipo de información que brinda el psiquiatra.

Los pacientes que sí se adhieren a su tratamiento representan el 63.3%, 43.3% de ellos indicaron que su psiquiatra sí les ha explicado en qué consiste su enfermedad. Estos datos reflejan la influencia de la relación médico-paciente, sin embargo, no muestran influencia definitiva, ya que del 23.3% de los pacientes que nunca se adhieren a su tratamiento, el 16.7% afirma que su psiquiatra sí les ha explicado en qué consiste su enfermedad, mientras sólo el 6.7% expresó que su psiquiatra no les proporcionó esta información.

Tabla 8. Relación entre Adherencia Terapéutica y Atención Médica

¿Su psiquiatra le ha explicado en qué consiste su enfermedad?				Total
		Sí	No	
¿Se apega correctamente a las indicaciones terapéuticas señaladas por su psiquiatra?	Siempre	43.3%	20%	63.3%
	Ocasionalmente	6.7%	6.7%	13.3%
	Nunca	16.7%	6.7%	23.3%
Total		66.6%	33.3%	100%

En el mismo sentido del planteamiento anterior, se cuestionó a los pacientes sobre la información proporcionada por su psiquiatra en torno a su tratamiento. Los datos numéricos en este cruce fueron un tanto más significativos que los anteriores, ya que del 63.3% de los pacientes que siempre se adhieren a su tratamiento, el 46.7% afirmó que su psiquiatra le explicó en qué consiste su enfermedad, mientras el 16.7% expresó lo contrario.

De los pacientes que nunca se adhieren a su tratamiento, grupo que representa el 23.3%, sólo el 10% aseguró haber recibido esta información de su médico, mientras un porcentaje menor, 13.3%, indicó que su psiquiatra no le explicó en qué consiste su tratamiento.

Con esta relación se hace evidente que la atención médica proporcionada al paciente constituye un importante factor de adherencia terapéutica, pues a mayor información proporcionada por el psiquiatra mayor será también la adherencia.

Tabla 9. Relación entre Adherencia Terapéutica y Atención Médica

¿Su psiquiatra le ha explicado en qué consiste su tratamiento?				Total
		Sí	No	
¿Se apega correctamente a las indicaciones terapéuticas señaladas por su psiquiatra?	Siempre	46.7%	16.7%	63.3%
	Ocasionalmente	13.3%		13.3%
	Nunca	10%	13.3%	23.3%
Total		70%	30%	100%

De manera global, del 63.3% de los pacientes que siempre se adhieren a su tratamiento, el 53.3% aseguró sí estar satisfecho con la atención brindada por el psiquiatra, quienes se adhieren ocasionalmente (13.3%) expresaron también estar satisfechos, y de quienes nunca se adhieren (3.3%) sólo el 3.3% no está satisfecho.

Se puede observar que el cruce adherencia terapéutica y satisfacción con la atención médica brindada, guarda particular relación en lo que respecta a los pacientes que siempre se adhieren a su tratamiento y sí están satisfechos con la atención médica.

Tabla 12. Relación entre Adherencia Terapéutica y Satisfacción con la Atención Médica Brindada

¿Se siente satisfecho con la atención brindada por su psiquiatra?					Total
		Sí	No	No sabe	
¿Se apega correctamente a las indicaciones terapéuticas señaladas por su psiquiatra?	Siempre	53.3%	6.7%	3.3%	63.3%
	Ocasionalmente	13.3%			13.3%
	Nunca	20%	3.3%		23.3%
Total		86.6%	10%	3.3%	100%

4.7.2. Análisis Cualitativo

Después de haber entrevistado⁵ a 30 pacientes y sus familias, se extrajeron aspectos importantes de la percepción de los entrevistados que, cabe mencionar, no logran ser rescatados por los instrumentos; por lo que a través de diversas técnicas como notas, observación y la realización de diagnósticos psicosociales de cada familia, fue posible conocer qué perciben los pacientes y sus familias respecto a la esquizofrenia y el apego que tiene al tratamiento el enfermo, lo cual será analizado en el plano de la subjetividad con la finalidad de conocer qué relación tienen éstas percepciones con cuatro categorías socioeconómicas: economía familiar, nivel escolar, dinámica familiar y relación médico-paciente.

Economía Familiar

Un número considerable de familias se encuentran en condiciones económicas precarias según lo que reportaron sus ingresos, los cuales tienen que ver de manera importante con la adherencia terapéutica del paciente.

⁵ Entrevistas a profundidad.

Casi la totalidad de las familias entrevistadas cuentan con 1 o 2 proveedores económicos, dicho rol lo cumplen indistintamente padres o hijos. Según el grado de funcionalidad del paciente, existen casos en que ellos son el único sustento económico de su familia, en otros casos, la disfuncionalidad es tan severa que el paciente no realiza ninguna actividad.

Entre las ocupaciones remuneradas de los proveedores económicos encontramos que se desempeñan como taxistas, trabajadores domésticos, comerciantes, campesinos, obreros y los tres proveedores económicos que cuentan con estudios superiores se dedican a la docencia. En uno de los casos la economía se encuentra sustentada a través de una pensión y de la percepción económica de un programa social del Gobierno del Distrito Federal. Cabe resaltar que principalmente los proveedores que basan su economía en la agricultura y el comercio no tienen ingresos fijos, al igual que algunas familias que se mantienen de lo que les mandan sus familiares de Estados Unidos.

Según la percepción de las familias, sus ingresos económicos son un factor influyente en el proceso terapéutico de los pacientes, principalmente en lo referente a la compra de medicamentos, un entrevistado comentó

[...a veces sólo nos alcanza para comprar cualquier cosa de comer y ya no compramos los medicamentos]

Es pertinente enfatizar que cuando a los entrevistados se les cuestionaba sobre la adherencia terapéutica, muchos de ellos contestaban que sí se adhieren correctamente, sin embargo, coincidieron también en que en ocasiones no se toman el medicamento por falta de dinero para comprarlo, esto se plasma en la respuesta de una cuidador primario que expresó

[Mi hijo sí se toma sus medicinas pero... hay veces que no nos alcanza y nos tardamos en comprar sus medicinas pero... aunque tenga que pedir prestado se lo compro]

Uno de los pacientes, al preguntarle sí se adhiere correctamente a las indicaciones terapéuticas, respondió

[Sí me adhiero bien a mi tratamiento, sólo que en ocasiones no podemos comprarlo por falta de dinero... a veces me enojo con mi mamá porque cuando ya no tengo alguna medicina y no hay con qué comprarla, mi mamá en lugar de comprar comida me compra mi medicina y yo me enojo mucho]

Otra problemática referente a la economía expresada por los entrevistados que radican al interior de la República, es el gasto que implica el transporte al Instituto.

Un paciente del estado de Querétaro comentó

[...tuve que vender mi bicicleta para poder venir a mi consulta]

Otro paciente proveniente de Guerrero señaló

[...ahorita mi papá y yo nos tuvimos que rentarnos como peones dos semanas antes de mi consulta, pero a veces para poder venir vendemos algún animalito]

Aun para los pacientes y sus responsables legales que radican en el Área Metropolitana implica un gasto importante el transportarse al Instituto. Un cuidador primario mencionó

[...imagínese, yo vivo en Naucalpan, cuando tiene consulta mi hijo y no hay dinero le pido prestado a mi patrón para los pasajes porque uno se gasta mucho en venir]

Como se puede percibir, el impacto que las familias tienen por su situación económica es muy importante, principalmente en lo que toca a la ingesta de medicamentos de los pacientes. No obstante a la imposibilidad que algunas familias tienen a este respecto, en ningún caso contestaron que no compren definitivamente el medicamento por falta de recursos, y si bien es cierto que la adherencia terapéutica se ve afectada por no adquirir de manera oportuna el medicamento, la familia busca alternativas para adquirir el fármaco, como lo expresó una familia

[...nosotros vemos cómo, pero... aunque sea a destiempo le compramos su medicina]

Nivel Escolar

Uno de los factores que se relaciona con una adecuada adherencia terapéutica es la conciencia que el paciente y su familia tienen de la enfermedad. A su vez la conciencia de la enfermedad está relacionada con el nivel educativo; pese a que los datos arrojados a través de las 30 entrevistas realizadas no son contundentes, si es posible establecer un antecedente, ya que los dos pacientes que cuentan con estudios superiores mostraron un conocimiento y conciencia mayor de su padecimiento en relación con el resto,

[Yo estoy conciente de mi enfermedad, sé que la esquizofrenia es una enfermedad mental que no tiene cura, pero si me tomo los medicamentos y sigo las indicaciones del psiquiatra sé que puedo mantenerme estable]

Por el contrario, resulta necesario tomar en cuenta que la mitad de los pacientes sólo cuentan con la educación básica, es decir, primaria y secundaria, algunos de ellos mencionaron

[No sé exactamente que sea la esquizofrenia, sólo sé lo que me ha explicado el doctor. El doctor me ha dicho que la esquizofrenia es una enfermedad del cerebro... que no tiene cura. No he investigado en qué consiste mi enfermedad, solo sé lo que me ha dicho el doctor... él me ha dicho que con las medicinas voy a estar mejor]

Cabe mencionar, que el nivel educativo del cuidador primario, que en la mayoría de los casos es la misma persona que funge como representante legal, es igualmente importante, ya que estas personas son las que se encargan del cuidado directo de los pacientes y los que coadyuvan de manera importante a una adecuada adherencia terapéutica. En el caso de los cuidadores primarios, más de la mitad de ellos tienen sólo estudios básicos y cabe destacar también que en su mayoría son madres que se dedican al hogar. A través de las entrevistas fue posible percatarse de que algunos de los cuidadores primarios no tienen un conocimiento detallado del padecimiento, al igual que una gran proporción de los pacientes, sólo saben lo que les ha explicado el psiquiatra.

[...ni siquiera sé bien que tenga mi hijo... pero... el doctor me ha dicho que es algo del cerebro y que con darle las medicinas va a estar mejor]

La respuesta de un cuidador primario con estudios superiores contrasta con la citada anteriormente

[...mi familia tiene antecedentes de enfermedades mentales, yo tengo depresión. Era profesora en una secundaria pero me cambiaron a la biblioteca por mi enfermedad. La esquizofrenia de mi hermana me cambió todo, mi esposo me dejó y ahora estoy sola con ella, estoy conciente de lo que implica su enfermedad y la mía, pero mi hermana está tan grave que ahora pienso en algún lugar en donde la atiendan mejor, porque yo en ocasiones siento que ya no puedo]

El hermano de un paciente también con estudios superiores, que no es cuidador primario pero que sin embargo funge junto con su madre como tal, expresó

[He tratado de investigar sobre la enfermedad de mi hermano, leo libros, en internet y cuando lo acompaño a consultas le pregunto al psiquiatra algunas dudas...trato de ayudarle a mi mamá a estar al pendiente de seguir al pie de la letra su tratamiento]

Las diferencias en el nivel educacional tanto de los cuidadores primarios como de los pacientes influye de manera determinante en la conciencia que tienen de la enfermedad, sin embargo, esto no es un factor definitivo para la adherencia terapéutica de los pacientes, ya que según lo observado y rescatado de las entrevistas, la intención de los pacientes y cuidadores primarios sea cual fuere su preparación, es la recuperación del individuo diagnosticado con esquizofrenia y un elemento común en cada caso es la intención y el esfuerzo de llevar a cabo, hasta donde les sea posible, las indicaciones del psiquiatra.

Dinámica Familiar

Como se mencionó en el capítulo II, una dinámica familiar funcional para una adecuada adherencia terapéutica es fundamental, ya que de este núcleo emanan diversos elementos como el apoyo, afecto y comunicación entre otros.

En primera instancia es importante puntualizar que dentro de la muestra predominan las familias con estructura primaria nuclear, la cual está compuesta por padre, madre e hijos, sin embargo, cabe enfatizar que otra cantidad considerable de familias son del tipo uniparental nuclear, es decir, que están compuestas por uno sólo de los padres y un hijo o más. Otros tipos de familias menos predominantes fueron la uniparental extensa y primaria extensa.

Es de suma importancia subrayar que aplicar la Escala de Funcionamiento Familiar en las familias uniparental nuclear fue complejo, pues algunos de los ítems no contemplan la dinámica familiar de este tipo de estructuras, por ello, resultó necesario en algunos casos aplicar el criterio profesional para que dicha situación no afectara el resultado de funcionalidad de estas familias.

Otro aspecto importante a mencionar en cuanto a la estructura y dinámica familiar son los dos casos en los que no se aplicó la Escala. Uno de ellos fue por la situación anterior; la familia es de tipo uniparental nuclear conformada por la cuidadora primaria quien era profesora de una secundaria y por un diagnóstico de depresión crónica la cambiaron de puesto a encarga de la biblioteca de la misma escuela. La otra integrante de la familia es la paciente, quien su cuadro esquizofrénico es crónico y la ha incapacitado para realizar cualquier actividad. Al comenzar a aplicar la Escala la cuidadora primaria se incomodó y antes de ir en la pregunta 14 (de 40 reactivos) expresó

[Mira, mi hermana no hace absolutamente nada, no trabaja, no convive con nadie, no me ayuda a las labores del hogar, es agresiva, intolerante, grosera y su discapacidad es tan grave que debido a esta situación mi marido se separó de mí y ahora soy yo la que llevo toda la responsabilidad, tanto económica, como de la casa y de ella]

Al escuchar los argumentos de la cuidadora primaria se decidió no seguir aplicando la Escala, pues no se adaptaba a la dinámica familiar de esta familia y ella no se sentía cómoda con las preguntas. En cuanto a su hermana ella también comentó

[Tengo hermanos que viven en Guadalajara pero... nadie de ellos quiso hacerse responsable de mi hermana. Yo estaba casada pero mi marido decidió alejarse porque no soportaba la actitud de mi hermana y la carga que ella significa. De ahí es de donde me viene la depresión... ahora, no me gusta decirlo pero así es, estoy buscando una institución en donde poder internarla para poder retomar mi vida]

En el segundo caso al que no fue posible aplicarle la Escala se debió a una postura personal del paciente, pues argumentó que

[Tengo que hacerme cargo de dos familias y no creo conveniente continuar con este cuestionario]

Se evidenció su incomodidad con respecto a las preguntas de la Escala de Funcionamiento Familiar, y frente a su negativa el instrumento no fue aplicado.

Por otro lado, la literatura señala que dentro de los factores que inciden en la adherencia terapéutica se encuentra la disfuncionalidad familiar, en el caso de las familias entrevistadas los resultados son diversos.

La mayoría de las familias se ubicaron como medianamente funcionales, una cantidad menor como poco funcionales y un pequeño número como funcionales, veamos cuál es la relación de este factor con la adherencia terapéutica.

Una de las contribuciones principales de las familias y en particular de los cuidadores primarios en torno a la adherencia del paciente es la vigilancia del proceso terapéutico

[Mi hija me obedece cuando le digo que se tome sus medicinas]

Se hace manifiesto que en las familias donde hay disfuncionalidad el proceso terapéutico se ve afectado

[Yo trabajo todo el día, casi no platico con mi mamá... y cuando estoy en casa, se la pasa durmiendo...Por eso no estoy muy pendiente de que se tome sus medicinas]

Un paciente, cuya familia no tiene convivencia, expresó

[Con el único de mi familia con quien hablo es con mi hermano, el que tiene depresión... A mis papás lo único que les preocupa es el dinero y no se ocupan de mi enfermedad ni de la depresión de mi hermano]

Otro paciente, el cual está inmerso en una familia poco funcional y considera apegarse al tratamiento ocasionalmente, hizo referencia a que los miembros de su familia discuten con frecuencia, atribuyéndolo al poco espacio que tienen en la vivienda que habitan, respecto a su padecimiento señaló

[Somos muchos hermanos... es difícil que mis padres se preocupen solo por mi salud]

Una cuidadora primaria, quien es hija de la paciente, comentó que toda la carga emocional del padecimiento de su madre recae sobre ella, pues pese a que son varios hermanos, nadie se hace responsable, al respecto la cuidadora primaria comentó

[La misma carga que tengo por cuidar a mi madre hace que me distancie de ella... discutimos a cada rato y me hace perder la paciencia... más cuando pienso en el compromiso que tengo de cuidarla porque... nadie más se encarga de ella]

Por su parte, la paciente, quien no se adhiere correctamente a su tratamiento, expresó

[Mi hija siempre me rechaza... La culpa la tiene su pretendiente, él siempre la regaña y hasta le ha querido pegar]

En una de las familias entrevistadas la disfuncionalidad es latente pues existe violencia de tipo verbal y física entre los hermanos y problemas de comunicación entre el padre y el subsistema hijos, así como problemas de alcoholismo y tabaquismo por parte del padre y de los hijos varones. El paciente señaló

[En esta familia nadie le hace caso a nadie... A veces mi mamá trata de platicar conmigo pero todo el tiempo se la pasa preocupada por el dinero, por los problemas de mis hermanos, por las borracheras de mi papá... A veces mi mamá me acuerda de que me tome las medicinas pero casi no, si no me acuerdo de tomármelas pus no me las tomo]

Fueron pocos los casos en los que el padre funge como cuidador primario del paciente. En uno de dichos casos se registró apego al tratamiento por parte del paciente, la dinámica familiar se ubicó como medianamente funcional y pese a que no hay convivencia debido a la carga laboral del padre, éste mencionó

[En ocasiones el trabajo y el quehacer de la casa no me dejan mucho tiempo libre, pero cuando puedo estoy pendiente de mis hijos, sobre todo de *DBI**. Les preparo la comida, lo traigo a sus consultas...]

[...No me gusta que mi hijo esté bajo la influencia de los medicamentos, por un lado le controla la enfermedad y por otro le hace mal porque le causan mucho sueño, pero ni modo, el médico dice que tome eso y eso le damos]

Por su parte, el paciente manifestó

[...luego si me saco de onda cuando mi papá no me pela porque... ya me acostumbré a que siempre esta: ¿y ya te tomaste el medicamento? ¿Como te sientes? ¿Cuándo es la próxima cita?]

Uno de los casos más graves de disfunción familiar es en un paciente de 45 años, quien presenta problemas de violencia hacia sus padres y no se adhiere al tratamiento en lo absoluto. La situación es atribuida en total al paciente por parte de sus padres. La madre del paciente comentó

[Nos agrede, nunca hace nada, sólo se la pasa durmiendo, fumando y viendo televisión, no quiere que nadie le diga nada y mucho menos que se le acerquen... Creo que el mayor problema es que

* El nombre del paciente fue cambiado por siglas debido a cuestiones de confidencialidad.

fuma exageradamente y si no le compramos sus cigarros se pone muy agresivo]

[No le hace caso al doctor, no se quiere tomar sus medicinas y si yo o su papá le decimos que se las tome dice que lo queremos envenenar... No quiere venir a consulta, casi lo arrastramos para que venga... Estamos muy desesperados porque en lugar de que se componga cada día está peor]

Otro caso similar es el de un paciente que no se adhiere a su tratamiento argumentando que le causan muchos efectos secundarios. Debido a su actitud, el psiquiatra le dio la indicación terapéutica de practicar un deporte, sin embargo, el sobrepeso y la deficiente condición física del paciente no lo permiten. Aunado a esto, se encuentra el hecho de que el paciente fuma, ingiere alcohol, toma aspirinas y ocasionalmente fuma marihuana. Su madre con evidente preocupación expresó

[Tratamos de vigilarlo para que no fume y tome, pero en cuanto no estamos se sale a la calle para hacerlo]

El padre del paciente dijo por su parte

[Nosotros sí estamos concientes de la importancia de seguir las indicaciones del psiquiatra, pero ya no sabemos cómo hacerle... se oye feo pero... él es nuestro principal problema. Queremos que se mejore pero el no coopera]

Como se puede observar, las situaciones familiares disfuncionales coinciden con una incorrecta adherencia terapéutica. Se analizan ahora los casos de los pacientes que sí se adhieren correctamente a su tratamiento.

Uno de los pacientes que tiene una adecuada adherencia terapéutica enfatiza que la relación entre su madre y él es muy estrecha, en ocasiones con quien discute es con su hermana, pero (a decir de él) tratan de solucionarlo con diálogo. Su madre comentó al respecto

[Mi esposa y yo tratamos de darle todo el apoyo a mijo, económico y moral. Siempre tratamos de hacer todo lo que nos dice el doctor]

El paciente expreso

[Mi mamá y mi hermana están al pendiente de mi... me han ayudado a tener estabilidad en mi enfermedad]

Otra de las pacientes que tienen una adecuada adherencia pertenece a una familia medianamente funcional, la cual se mantiene cohesionada a través de la práctica de la religión católica. La paciente señaló

[Mi familia tiene problemas como todas, pero en la comunidad nos enseñan a solucionar ese tipo de cosas]

[Yo le hago caso a todo lo que me dice el psiquiatra... Mi familia me apoya mucho para salir adelante con esto que tengo]

Un caso más de correcta adherencia terapéutica se dio en el marco de una paciente cuya familia es funcional. A decir de los miembros, no existen problemas de comunicación o violencia. En cuanto a la recuperación de la paciente su madre expresó

[Me da mucho gusto porque MHO* ha retomado sus actividades... va a sus clases de inglés y está trabajando en una escuela]

La paciente por su parte destacó que

[El apoyo de mi familia fue muy importante para mi recuperación... Tanto están al pendiente de que haga caso al psiquiatra, que mis padres me pagan terapias psicológicas particulares por recomendación del doctor]

Es importante mencionar que se registró sólo un caso en donde no coincide la correcta adherencia con la funcionalidad familiar, pues una cuidador primario comentó que en su familia no hay convivencia, ni comunicación por culpa de su padre

[No sé porque de repente mi papá se pone como loco y la agarra contra nosotros, más con JPT* (paciente)... nos grita, nos insulta y a veces avienta lo que tenga a la mano]

* El nombre del paciente fue cambiado por siglas debido a cuestiones de confidencialidad.

* El nombre del paciente fue cambiado por siglas debido a cuestiones de confidencialidad.

El paciente afirmó los planteamientos de su hermana, incluso, asiste a grupos de apoyo como parte de su tratamiento

[Si no fuera por mi hermana estaría muy mal... a mi papá no le importa que esté enfermo.

Cuando el doctor nos dijo que fuera a grupos de ayuda mi hermana luego luego empezó a buscar]

La dinámica familiar y la adherencia terapéutica, según lo analizado, se encuentran estrechamente relacionadas.

De acuerdo a las percepciones de la familia y lo expresado por ellas, la funcionalidad familiar resulta ser un elemento positivo que influye de manera importante en la correcta adherencia, pues el apoyo, cohesión, comunicación y disposición de los familiares del paciente se reflejan en el proceso terapéutico.

Cabe mencionar que pareciera que en algunos casos la disfunción familiar es causada por problemas de actitud de los pacientes, los cuales posiblemente han sido secuelas del padecimiento.

Relación Médico-Paciente

Estudios previos sobre adherencia terapéutica y esquizofrenia han demostrado que los factores relacionados con el equipo de salud, particularmente en lo referente a la relación médico-paciente, contribuyen de manera substancial en el proceso terapéutico.

Esta investigación en la categoría de la relación médico-paciente tomó en cuenta dos vertientes.

1. La percepción de los pacientes y sus familias en relación con el servicio otorgado por el Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía.
2. Las posturas en cuanto a la atención psiquiátrica recibida directamente por el médico tratante.

Las percepciones en torno a estos dos ejes por parte de los pacientes y sus familias fueron, en general, consensuales en cuanto al servicio otorgado por el INNN, pues la mayoría de los usuarios coincidió en que se sienten satisfechos con

el servicio recibido; una minoría (sólo tres personas) dijo que no estaban satisfechos.

La opinión de una cuidadora primaria satisfecha fue

[Este hospital es muy bueno, sus doctores también, aquí han sacado adelante a mi hijo]

Un paciente opinó

[Aquí siempre me han tratado bien, todo el personal es amable y es bueno que no cobren tan caro]

En contraste con lo anterior, una paciente expresó

[No estoy satisfecho porque... no me he sentido mejor, creo que no me ha servido de nada venir aquí]

La cuidadora primaria de una paciente dijo

[No estoy satisfecha, los médicos tardan mucho en llamarnos para que nada más pregunten cómo se ha sentido mi hija y ya... nos dedican cinco o diez minutos]

Una de las inconformidades por parte de algunos usuarios fue el constante cambio de psiquiatras, aunque para otros éste no constituye un factor negativo para su tratamiento.

Dentro de las personas que sí se adhieren a su tratamiento y han tenido cambios de psiquiatra se encuentra la opinión de una paciente

[He tenido tres psiquiatras en ocho años...no creo que haya afectado mi tratamiento porque todos son muy buenos]

Una cuidadora primaria expresó

[Mi hijo ha tenido algunos cambios pero... no creo que afecte... todos leen el expediente antes de atender a mi hijo]

Una de las pacientes que se adhiere correctamente a su tratamiento comentó

[He tenido varios cambios de psiquiatra, ni se cuantos... pero se me hace buena idea que no me trate siempre el mismo, así vemos diferentes opiniones]

Otro paciente que ha tenido cambio de psiquiatra y no se adhiere correctamente a su tratamiento dijo

[Yo estoy de acuerdo con los cambios de psiquiatra, sobre todo porque ahora me atiende la doctora B.O. Ella ha mostrado una actitud muy responsable]

Uno de los cuidadores primarios insatisfechos con los tres cambios de psiquiatra que ha tenido su hijo y quien no se encuentra adherido adecuadamente a su tratamiento señaló

[Me molestan los cambios de psiquiatra que ha tenido, porque uno es bueno y nos lo quitan y el que nos ponen ni pone interés]

En cuanto a la percepción que tienen los pacientes y sus familias en relación con la atención del psiquiatra y la opinión que tienen de él, la mayoría coincidió en satisfacción con la atención y en una buena percepción de los médicos. Las opiniones de los familiares y paciente que sí se adhieren a su tratamiento a este respecto fueron las siguientes.

[La doctora B.O me trata muy bien, tiene una actitud de mucha responsabilidad]

[Sí, me gusta cómo atiende el médico a mi hija, es muy bueno]

[La doctora es muy buena persona y es una profesional muy comprometida con sus pacientes]

[Estoy muy agradecida con el doctor R... desde que él me atiende he tenido mucha mejoría... le doy muchas gracias por haberse hecho cargo de mi tratamiento]

Por el contrario, los familiares y pacientes que no se adhieren a su tratamiento opinaron

[El doctor ni se preocupa por la enfermedad de mi hijo, creo que no está comprometido con su profesión]

[...se concreta en realizar su trabajo. Su interés no es otro que el de dar consulta]

[Estoy muy desilusionada de los médicos y del hospital... por culpa del medicamento que le han dado está así* y no han podido controlarle esos movimientos...nunca podrá trabajar ni hacer una vida normal]

Otra de las inconformidades por parte de los usuarios con respecto a la atención médica, es el poco tiempo de consulta que dedican los psiquiatras, sin embargo, las opiniones son diversas.

[El doctor se tarda, máximo, 15 minutos en atenderme, tiempo que no considero suficiente para valorar mi estado de salud]

[La consulta dura 10 o 15 minutos, usted cree que si veo que mi mamá no mejora y luego la atienden en ese tiempo... apoco voy a estar satisfecho con eso, no]

[...pues yo pienso que los 10 o 15 minutos que se toma para atenderme son suficientes, no me quejo de eso]

Un aspecto importante en cuanto a la atención médica es la información que el psiquiatra da al paciente, sobre su enfermedad y tratamiento. Cabe señalar que la mayoría de los usuarios refirieron haber sido informados por su psiquiatra sobre el padecimiento y la importancia que tiene el tratamiento, asimismo, aseguraron que resuelve todas sus dudas. La minoría considera que su psiquiatra no le ha proporcionado información suficiente o entendible.

Los familiares y pacientes que tienen una adecuada adherencia terapéutica puntualizaron

[El doctor siempre me insiste en que si me tomo bien las medicinas, voy a estar mejor]

[Sí, cuando tengo alguna duda me explica... a veces le pregunto algo de mi enfermedad o algo que me pasa por el medicamento]

[Sí, el doctor R nos ha explicado, nos dice que esta es una enfermedad del cerebro que no se cura pero sí se controla con el tratamiento]

* Refiriéndose a su hijo quien padece disquinesia tardía a causa de la medicación antipsicótica.

[No, el doctor me dijo que mientras menos sepa de mi enfermedad mejor, que lo único que tengo que hacer es tomarme el medicamento]

Aquellos familiares y pacientes que no se adhieren correctamente a su tratamiento refirieron

[Yo no entiendo como hablan los médicos, por eso nada más le entiendo cuando habla... pues de manera que yo le entienda]

[Luego si nos explica pero yo ni le entiendo]

Se ha atribuido a los efectos secundarios de los fármacos un factor negativo en el proceso terapéutico, sin embargo, los resultados en esta investigación varían.

Quienes se adhieren correctamente a su tratamiento, junto con sus familiares expresaron que

[Últimamente he subido mucho de peso y no puedo dormir... pero ni así me los dejo de tomar, porque si no las voces me regresan]

[... sí, el doctor R le advirtió que iba a sentir cosas como esa, así que no dejo que se los deje de tomar]

[No, llevo un año y medio tomando la medicina y nunca he sentido efectos]

[Pues... solo me da mucha hambre, yo creo que sí es por la medicina de las voces, desde que mes las empecé a tomar me pasa eso]

[Sí, he notado que me da mucho sueño, me siento cansada pero... no importa, prefiero eso a ver cosas]

[En 18 años nunca he tenido ninguna molestia]

En cuanto a los pacientes que tienen una deficiente adherencia con respecto a los efectos secundarios de la medicación señalaron lo siguiente.

[Mi hija ya no se quiere tomar las medicinas porque dice que se siente muy cansada. Yo veo que duerme mucho, pero le insisto en que se las tome, que es mejor eso y no que se ponga peor]

[He notado que en cuanto mi hermano se acaba de tomar el medicamento se pone muy eufórico, como si se alterara con lo que se toma]

[Ya me preocupé porque ya estoy bien gordo, el doctor me dice que es por la medicina]

[Lleva mucho tiempo aquí, como 17 años y no le ha dado nunca nada... hasta al doctor ya le pregunté porque se me hace raro, me habían dicho que esas medicinas componen algo y te descomponen otra cosa]

Otro aspecto importante tratado en la relación médico-paciente fue la comunicación, pues ésta es primordial para establecer un vínculo terapéutico. Las opiniones de los usuarios fueron las siguientes.

[Si, el doctor R es rebueno para eso de los males de la cabeza, siempre me contesta lo que le pregunto]

[Yo creo que la comunicación es buena, me da mucha confianza, se ve que está preparado]

[Sí tenemos buena comunicación, la doctora O es muy buena gente, a mi hijo hasta le gusta venir a consulta]

[Tenemos muy buena comunicación, el doctor se preocupa por mi caso, se nota]

[Pues se puede decir que sí... es muy buen médico, además lo que le pregunte él me lo explica, y si no le entiendo, pues otra vez]

Sin lugar a dudas el papel del médico es fundamental para el proceso terapéutico, pues es éste el responsable de orientar al paciente sobre su enfermedad y sobre la importancia que tiene el tratamiento en la esquizofrenia.

No obstante, los pacientes del INNN coinciden en estar satisfechos con la atención psiquiátrica recibida, sin embargo, si bien la muestra no guarda relación estrecha con respecto a su adherencia y la relación médico-paciente, si se hace evidente el vínculo que existe entre los pacientes que sí se adhiere y que sí están satisfechos con la atención recibida.

CAPÍTULO V

PROPUESTA METODOLÓGICA DE INTERVENCIÓN DE TRABAJO SOCIAL

5.1. Programa Psicoeducativo: “Esquizofrenia y Adherencia Terapéutica”

➤ Justificación

Según estimaciones de la Organización Mundial de la Salud, aproximadamente 450 millones de personas en todo el mundo padecen al menos una vez en la vida algún tipo de problema relacionado con su salud mental, en algunos de ellos la sintomatología es tan grave que requieren necesariamente tratamiento médico. Sin embargo, ello no implica que las personas tengan disposición a recibir tratamiento, de hecho, muchas de ellas no acuden con profesionales, esto tiene que ver con diversas causas. Una de ellas es el estigma que las enfermedades mentales provocan, otro es la falta de conciencia que algunas personas tienen con respecto a su salud mental y otro puede referirse a las deficiencias políticas sociales encaminadas a la atención de este importante rubro.

En nuestro país, las enfermedades mentales más comunes son: depresión, trastorno obsesivo-compulsivo, ansiedad, neurosis y trastornos psicóticos; entre estos últimos destaca de manera importante la esquizofrenia, la cual es uno de los padecimientos mentales más severos. Debido a su cronicidad, el individuo que padece esquizofrenia tiene el riesgo de tener serias consecuencias en todas sus esferas, es decir, laboral, familiar, sexual, económica y socialmente.

Para contrarrestar los efectos de la esquizofrenia resulta necesario, en primera instancia, un diagnóstico oportuno, para lo cual es fundamental la labor del personal sanitario de las instituciones de primer nivel, y en segundo lugar, es imprescindible que el paciente tenga una adecuada adherencia terapéutica, dentro de ésta se engloban aspectos como la correcta ingesta de medicamentos, cambio de hábitos alimenticios, de estilos de vida, entre otros, es decir, lo que hay que

destacar es que la adherencia terapéutica no se entiende sólo como la toma de medicamentos, sino como todas aquellas indicaciones, ya sean médicas, psicológicas o conductuales que dé el personal sanitario.

La preocupación sobre esta problemática radica en los altos niveles de incumplimiento terapéutico, pues las cifras de diversos estudios revelan que un 25% de pacientes con esquizofrenia abandona por completo el tratamiento durante la primera semana, la mitad del total durante el primer año y el 75% desiste después de dos años de haber iniciado su medicación; como se puede observar, las bajas tasas de adherencia sin lugar a dudas constituyen un problema de salud pública.

Bajo esta perspectiva, resulta fundamental la labor, no sólo del psiquiatra, sino de profesionales encargados de los procesos de psicoeducación, ya que ésta juega un papel de gran importancia en lo referente a la comprensión de la enfermedad en pacientes con esquizofrenia y sus familiares. La psicoeducación se entiende como la “educación sanitaria, las medidas higiénico-dietéticas habituales fundamentales, que son la base de la buena evolución de cualquier enfermedad crónica”.¹ Por ello, es imprescindible que se promueva cada vez más en el campo de los trastornos mentales la necesidad y el derecho del enfermo y su familia a ser informados sobre el padecimiento.

Con base en lo anterior expuesto y en los resultados de la investigación “Indicadores Socioeconómicos que inciden en la Adherencia Terapéutica de Pacientes con Esquizofrenia”, la cual permitió establecer que los factores socioeconómicos influyen de manera importante en los niveles terapéuticos, se desprende la esencial intervención del Trabajador Social como investigador en el área sociomédica, pues la profesión cuenta con las herramientas teórico-metodológicas necesarias para lograr explicar desde una perspectiva no médica los procesos de salud-enfermedad y, además, sensibilizar a la población sobre las diferentes problemáticas que surgen de un padecimiento mental severo.

¹Vargas, Aragón Martín., coord. “Escuela de familias. Guía psicoeducativa para familiares de enfermos psicóticos”. Universidad de Valladolid, 1998, p. 11.

En este sentido, propongo un Programa Psicoeducativo, el cual tiene como principal finalidad informar y sensibilizar a los pacientes esquizofrénicos y sus familias sobre su padecimiento, es decir, en este caso es prioritario explicar a los pacientes y sus familias que la esquizofrenia es una enfermedad cerebral, que es imprescindible un seguimiento farmacológico, que el principal agente rehabilitador es la familia y que es necesario tener una adecuada adherencia terapéutica.

Parece evidente que la esquizofrenia como otras enfermedades crónicas puede beneficiarse de una educación sanitaria, en este caso encaminada principalmente a la promoción de pautas conductuales que deriven en una adecuada adherencia terapéutica, sin embargo, resulta fundamental tomar en cuenta el aspecto subjetivo de los usuarios, quienes entenderán mejor la enfermedad a través del programa, pero por otro lado existe la posibilidad de que algunos de ellos tengan cargas emocionales que no pueden ser resueltas mediante la psicoeducación y requieran de otros espacios para manifestar sus inquietudes personales, por ello, como apéndice de este programa, propongo un subprograma denominado “Grupo de Orientación para Familiares y Pacientes con Esquizofrenia”.

La expectativa es que la difusión de este tipo de programas ayude a convencernos de algo tan evidente como que “la esquizofrenia es una enfermedad más y que el esquizofrénico es una persona más”.²

➤ **Objetivos**

Objetivo General

- Generar un proceso psicoeducativo en pacientes con esquizofrenia y sus familiares en torno a la importancia de una adecuada adherencia terapéutica para el control del padecimiento.

Objetivos Específicos

- Brindar información adecuada a los pacientes y sus familias sobre el padecimiento.
- Ofrecer información general sobre los aspectos clínicos de la esquizofrenia.
- Proporcionar información sobre el tratamiento de la esquizofrenia.

² Ibidem, p. 13.

- Sensibilizar a la población objetivo sobre la importancia de una adecuada adherencia terapéutica para el control del padecimiento.
- Explicar a los pacientes y sus familias acerca de la importancia de tomar terapias complementarias.

➤ **Metas**

- Lograr que el 90% de los pacientes esquizofrénicos y sus familiares que acuden al área de consulta externa y hospitalización del INNN participen en la el Programa Psicoeducativo.
- Conseguir que por lo menos el 80% de los asistentes a las sesiones psicoeducativas entiendan claramente los aspectos generales de la esquizofrenia.
- Lograr que el 90% de la población objetivo se sensibilice sobre la importancia de una adecuada adherencia terapéutica.
- Propiciar que el 50% de los asistentes tomen terapia complementaria.

➤ **Límites**

Tiempo: el programa se efectuará en un período de una semana, lapso durante el cual se llevarán a cabo tres sesiones psicoeducativas con duración de una hora.

Asimismo, será implementado durante 8 semanas, no obstante el programa podrá ser ejecutado continuamente por el Departamento de Trabajo Social o el Laboratorio de Investigación Sociomédica.

Espacio: las sesiones se llevarán a cabo en las instalaciones del Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía “Manuel Velasco Suárez”, ubicado en Insurgentes Sur 3877. Colonia La Fama, Delegación Tlalpan.

Universo: estará dirigido a 66* pacientes con esquizofrenia atendidos en el área de consulta externa y hospitalización del INNN y sus familiares.

Se considera que los pacientes se acompañen por dos familiares, por lo que se tiene un universo total de 198 personas.

* Total de pacientes atendidos en el INNN en el año 2006. Fuente: Departamento de Epidemiología del Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía.

➤ **Recursos**

Recursos Humanos: el programa puede ser ejecutado por el Departamento de Trabajo Social del INNN o por prestadores de servicio social de dicha área o del Laboratorio de Investigación Sociomédica.

Se requiere de dos Trabajadores Sociales, uno de ellos para que imparta las sesiones y otro que funja como observador y las documente.

La supervisión estará a cargo del responsable del Programa de Grupos de Apoyo del INNN o del Departamento de Trabajo Social.

Recursos Materiales y financieros: el INNN designará el espacio donde se llevarán a cabo las sesiones. Asimismo, proporcionará los recursos necesarios para realizar el material didáctico que se empleará.

➤ **Organización**

La ejecución del programa se llevará a cabo en un periodo de una semana impartiendo durante este lapso tres sesiones de una hora cada una.

Con la finalidad de cuidar los aspectos terapéuticos de las sesiones psicoeducativas, la población se organizará en 8 grupos de máximo 25 integrantes. Cuatro grupos estarán conformados por pacientes y familiares pertenecientes al área de consulta externa y los restantes por usuarios del área de hospitalización.

Cada periodo cubrirá a uno de los grupos mencionados, intercalándose una semana para un grupo de hospitalización y otra para el de consulta externa, repitiendo dicho mecanismo sucesivamente hasta que el programa sea ejecutado en los ocho grupos.

Se realizarán tres sesiones psicoeducativas con duración de una hora con el objetivo de que este proceso sensibilice a la población objetivo sobre aspectos generales de la esquizofrenia, la modificación en las relaciones familiares y en particular de la importancia de una adecuada adherencia terapéutica.

➤ **Estrategias**

Difusión del programa en el área de consulta externa y de hospitalización.

Realizar una lista del total de pacientes para conformar los grupos.

Ejecutar el programa dirigido al grupo de usuarios de consulta externa en el horario en que el INNN imparte dicho servicio, es decir, en el horario matutino.

Desarrollar el programa dirigido al grupo de pacientes hospitalizados y sus familiares en el horario de visita.

Revisión biblio-hemerográfica sobre el padecimiento de esquizofrenia para determinar qué información se proporcionará a los pacientes y familiares.

Vinculación con psiquiatras del INNN que complementen la información.

Realizar una prueba piloto del material didáctico.

Invitar a diferentes profesionales a las sesiones.

Detectar los casos que serán candidatos para el Grupo de Orientación a través de la observación y de las crónicas realizadas durante la sesión.

Elaborar una lista de los casos que serán candidatos a formar parte del Grupo de Orientación y comunicárselos al final de la ejecución del programa, confirmando su asistencia.

➤ **Actividades del programa**

PROCESO METODOLÓGICO	ACTIVIDAD	TÉCNICAS	INSTRUMENTOS
<p><i>Investigación</i> Como primer paso se realizará una nueva revisión sobre la literatura en torno al tema para poder planificar de manera óptima la información que se proporcionará a los usuarios a fin de poder generar el proceso psicoeducativo.</p>	<p>Revisión bibliohemerográfica. Revisión de sitios en la Web.</p>	<p>Consulta de libros, revistas y artículos publicados en la Web.</p>	<p>Fichas de trabajo Libros Revistas Folletos Web</p>
<p><i>Planeación</i> En este paso metodológico, el Trabajador Social establecerá las estrategias pertinentes para cumplir el objetivo de sensibilizar a los pacientes y sus familias.</p>	<p>Planeación de la sesión. Elaboración de material didáctico para las sesiones. Fomentar la participación de pacientes y familiares.</p>	<p>Organización de información. Difusión del programa. Procesamiento de información.</p>	<p>Carta descriptiva Carteles Volantes Rotafolios Folletos Diapositivas</p>
<p><i>Educación Social</i> Dentro de este proceso se tratará de sensibilizar al paciente y familiares sobre el padecimiento y en particular sobre la importancia de tener una adecuada adherencia terapéutica.</p>	<p>Ejecución de la sesión.</p>	<p>Exposición del tema. Técnicas de dinámica grupal.</p>	<p>Carteles Trípticos Rotafolios Folletos Diapositivas</p>

➤ **Carta descriptiva. Primera sesión**

OBJETIVO	TEMA	ACTIVIDADES	TÉCNICAS	INSTRUMENTOS
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Dar la bienvenida a los usuarios y darles a conocer el programa. ▪ Evaluar los conocimientos que tienen los asistentes en torno al padecimiento. ▪ Informar al paciente y familiares sobre los aspectos generales del padecimiento. ▪ Orientar a los asistentes sobre el tratamiento de la esquizofrenia y su importancia. ▪ Conocer y dar respuestas a las dudas de los usuarios. 	<p>Presentación</p> <p>Evaluación preliminar</p> <p style="text-align: center;"><i>¿Qué es la esquizofrenia?</i></p> <ul style="list-style-type: none"> -Definición -Características -Síntomas -El Modelo de Vulnerabilidad <p style="text-align: center;"><i>Tratamiento de la esquizofrenia</i></p> <ul style="list-style-type: none"> -Tratamiento farmacológico. -Efectos secundarios. -Terapia Psicosocial. -Adherencia Terapéutica. <p>Preguntas y respuestas.</p>	<p>Presentación de los Trabajadores Sociales.</p> <p>Aplicación del test inicial.</p> <p>Desarrollo de la temática correspondiente a los aspectos generales de la esquizofrenia.</p> <p>Desarrollo del tema referente al tratamiento de la esquizofrenia enfatizando sobre la importancia de la adherencia terapéutica y de la terapia psicosocial.</p> <p>Resolución a las dudas de los asistentes.</p>	<p>Dinámica grupal: "Presentación por parejas"</p> <p>Exposición</p> <p>Exposición</p>	<p>Crónica Grupal</p> <p>Diario de campo</p> <p>Test inicial.</p> <p>Rotafolios</p> <p>Rotafolios</p>

➤ Carta descriptiva. Segunda Sesión

OBJETIVO	TEMA	ACTIVIDADES	TÉCNICAS	INSTRUMENTOS
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sensibilizar a los asistentes sobre los procesos que se suscitan en el núcleo familiar cuando hay un miembro enfermo de esquizofrenia. 	<p><i>Las vivencias de la familia y del enfermo frente a la esquizofrenia</i></p> <ul style="list-style-type: none"> -La familia frente a la esquizofrenia. -Los sentimientos de la familia. -Cómo enfrentar el problema con serenidad. -Las vivencias del enfermo. 	<p>Desarrollo de la temática correspondiente a los procesos familiares de un paciente esquizofrénico.</p>	<p>Exposición</p>	<p>Crónica grupal</p> <p>Diario de campo</p> <p>Diapositivas</p>
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Propiciar que los pacientes y familiares afronten los problemas derivados del padecimiento. 	<p><i>La comunicación con el enfermo y la resolución de problemas</i></p> <ul style="list-style-type: none"> -Habilidades de comunicación. -Habilidades para solucionar problemas. -Consejos para actuar en situaciones difíciles. -Modificación de conductas. 	<p>Exposición del tema referente a la comunicación en la familia del esquizofrénico y la resolución de los problemas que se presentan mediante una técnica de dinámica grupal.</p>	<p>Dinámica grupal: "Descarando ideas"</p>	<p>Folletos</p>
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Consolidar los temas dados en los asistentes. 		<p>Ejecución de la técnica de dinámica grupal.</p>	<p>Dinámica grupal: "¿Cómo me siento ahora?"</p>	

➤ **Carta descriptiva. Tercera Sesión**

OBJETIVO	TEMA	ACTIVIDADES	TÉCNICAS	INSTRUMENTOS
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sensibilizar a los asistentes sobre la importancia del involucramiento familiar en la esquizofrenia. 	<p><i>Diez consejos para familiares de enfermos esquizofrénicos</i></p>	<p>Promoción de consejos relacionados con el padecimiento a pacientes y familiares.</p>	<p>Exposición</p>	<p>Crónica grupal</p> <p>Diario de campo</p> <p>Diapositivas</p>
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sensibilizar a los usuarios sobre la trascendencia de una adecuada adherencia terapéutica. 	<p><i>Importancia de una adecuada adherencia terapéutica</i></p> <p>-Tips para mejorar la adherencia terapéutica.</p>	<p>Desarrollo de la temática correspondiente a la adherencia terapéutica dando algunos tips para mejorarla.</p>	<p>Exposición</p>	<p>Rotafolios</p>
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Consolidar los temas dados. 		<p>Ejecución de la técnica de dinámica grupal.</p>	<p>Dinámica grupal: "Juego de roles"</p>	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Evaluar los conocimientos adquiridos durante las sesiones de los pacientes y familiares. 	<p><i>Evaluación</i></p>	<p>Aplicación del pos test.</p>		<p>Post test</p>
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Concluir las sesiones. 	<p><i>Cierre de sesiones</i></p>	<p>Conclusión de las sesiones y entrega de tríptico.</p>		<p>Tríptico</p>

➤ **Supervisión**

La supervisión estará a cargo del Departamento de Trabajo Social o del responsable del Programa de Grupos de Apoyo del INNN, efectuándose directamente y de forma semanal a través de un informe de actividades, crónicas y diario de campo.

➤ **Evaluación**

Con la finalidad de registrar y constatar los logros obtenidos, la evaluación del programa será bajo el modelo exante y expost.

Evaluación exante. Se llevará a cabo al comienzo del programa mediante un diagnóstico preliminar de la percepción de la enfermedad de los pacientes y familiares a través de un test inicial.

Evaluación expost. Se evaluará la percepción de los pacientes y familiares respecto a su enfermedad, así como sus conocimientos de la misma una vez que haya finalizado el programa. La evaluación expost será llevada a cabo mediante un post test.

A través de dichas evaluaciones será posible medir el efecto que las acciones psicoeducativas han tenido sobre la población objetivo y contrastar los resultados con los objetivos y metas planteadas.

Dicho proceso debe ser evaluado por los Trabajadores Sociales ejecutores del programa y a su vez por el Departamento de Trabajo Social o por el responsable del Programa de Grupos de apoyo del INNN.

5.2 Apéndice del programa Psicoeducativo: “Esquizofrenia y Adherencia Terapéutica”

“Grupo de Orientación para Familiares y Pacientes con Esquizofrenia”

➤ Justificación

Cada vez existe mayor consenso en que, para obtener el mejor resultado posible en la recuperación del paciente con esquizofrenia, es necesario establecer una alianza terapéutica con la familia. Dos fuertes corrientes confluyen para que esa alianza sea cada vez más imprescindible, por una parte “la creciente conciencia sobre el derecho a conocer y a participar de aquellos que demandan atención psiquiátrica para sí o para sus familiares más desprotegidos; por otra, la evidencia científica de que trabajar con la familia reduce la tasa de recaída entre los afectados por psicosis”.³ También es importante resaltar que los pacientes tienen la posibilidad de desarrollar medios efectivos para manejar la enfermedad, por ello resulta indispensable desarrollar intervenciones terapéuticas dirigidas a pacientes y familiares con la finalidad de otorgar información, apoyo y estrategias de afrontamiento. De este modo, se pretende ayudar a que hagan frente de manera más efectiva a sus dificultades, ya que si bien es cierto que la terapia farmacológica constituye el pilar fundamental en el tratamiento del padecimiento, por sí sola no ayuda a disminuir la carga emocional para adquirir habilidades para mejorar el funcionamiento personal y social, facilitar el entendimiento y favorecer la adherencia a los tratamientos.

El presente subprograma pretende complementar la intervención del Programa Psicoeducativo, ya que éste último cubre aspectos fundamentales de información, sensibilización, educación, etcétera, sin embargo, también resulta necesaria la existencia de un espacio propicio donde se puedan tratar el dolor, la angustia, el sufrimiento profundo y la enfermedad de aquellos usuarios que lo requieran, este espacio el “Grupo de Orientación para Familiares y Pacientes con Esquizofrenia”, el cual pretende constituir una estrategia de ayuda al individuo para que logre

³ Torres, Gonzáles Francisco. “Atención comunitaria a personas con trastornos psicóticos”. Organización Panamericana de la Salud. Washington, 2005. p 11.

exteriorizar su problemática personal y de esta forma fortalezca la toma de conciencia sobre sí mismo, sobre los demás y sobre la realidad que le rodea.

Los grupos de orientación son colectivos de personas que tienen algunos problemas comunes, situación que los motiva a intercambiar opiniones y experiencias sobre los mismos y establecer relaciones de colaboración. Según la Organización Panamericana de la Salud, algunas ventajas de estos grupos son las siguientes:

- Ofrecen fácil acceso a los enfermos, lo que les permite llegar a un ambiente favorable para su recuperación, en donde pueden explicar libremente su problemática.
- Contribuyen a la reestructuración de las personas en un ambiente de apoyo.
- Dan cabida a cualquier persona y ofrecen la seguridad de no ser discriminados por su condición de enfermos u otra causa.

Bajo esta concepción, los grupos de orientación representan una valiosa herramienta de utilidad para intervenir en aquellos pacientes y familiares que no han conseguido enfrentar de una manera efectiva sus dificultades. En este sentido, la finalidad de ambos programas es mejorar el funcionamiento, el nivel de adaptación y la calidad de vida.

➤ **Objetivos**

Objetivo general

- Propiciar que los pacientes con esquizofrenia y sus familiares exterioricen la carga emocional producida por el padecimiento, facilitando así la resolución de problemas, la toma de decisiones y la aceptación de la enfermedad.

Objetivos específicos

- Estimular que los pacientes y familiares exterioricen sus cargas emocionales.
- Producir un intercambio de experiencias.
- Lograr que los asistentes vean reflejadas sus propias situaciones en otras personas.
- Propiciar la reflexión sobre cómo ayudar a los demás.
- Fomentar que los usuarios evalúen sus mecanismos para afrontar dificultades.

- Ayudar a los pacientes y familiares a meditar y buscar soluciones sobre sus propios conflictos.
- Desarrollar un clima de solidaridad humana.
- Crear un clima de confianza y seguridad.

➤ **Metas**

- Lograr que el 100% de candidatos a ser miembros del grupo asistan a las sesiones.
- Facilitar que el 90% de los asistentes expresen sus conflictos.
- Conseguir que el 80% de los pacientes y familiares acepten el padecimiento.

➤ **Límites**

Tiempo. El subprograma se ejecutará en un periodo de 5 semanas, llevando a cabo 2 sesiones cada semana con duración de una hora.

Espacio. Las sesiones se llevarán a cabo en las instalaciones del Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía “Manuel Velasco Suárez”, ubicado en Insurgentes Sur 3877. Colonia La Fama, Delegación Tlalpan.

Universo. Estará dirigido a aquellos pacientes y familiares que presenten problemáticas específicas dentro del Programa Psicoeducativo.

Criterios de inclusión:

Pacientes con esquizofrenia y familiares que hayan asistido a las sesiones psicoeducativas.

Pacientes con esquizofrenia y familiares que a través de una valoración resultaron candidatos a formar parte del Grupo de Orientación.

Usuarios que acepten asistir.

Criterios de exclusión:

Pacientes con esquizofrenia y familiares que no hayan asistido al Programa Psicoeducativo.

Pacientes que no acepten asistir al Grupo de Orientación.

Usuarios que no resultaron candidatos en la valoración para formar parte del subprograma.

➤ **Recursos**

Recursos Humanos: el programa será ejecutado por dos Trabajadores Sociales, uno que funja como responsable de la sesión y otro que observe y documente. Los Trabajadores Sociales pueden ser pertenecientes al Departamento de Trabajo Social del INNN o por prestadores de servicio social de dicha área o del Laboratorio de Investigación Sociomédica.

La supervisión estará a cargo del responsable del Programa de Grupos de Apoyo del INNN o del Departamento de Trabajo Social.

Recursos Materiales y financieros: el INNN designará el espacio donde se llevarán a cabo las sesiones, así como las sillas necesarias. También proporcionará la papelería necesaria, la cual consta de hojas blancas, plumas y lápices.

➤ **Organización**

El programa dependerá del número de candidatos para el Grupo de Orientación, por lo que una vez determinando el número de asistentes, se establecerá si es necesario conformar diversos grupos.

Con el objetivo de mantener los parámetros terapéuticos de las sesiones, los grupos no podrán estar conformados por más de 15 personas.

Las sesiones tendrán duración de una hora sin un tema específico.

➤ **Estrategias**

Valorar a los usuarios del Programa Psicoeducativo para establecer a los candidatos para formar parte del Grupo de Orientación.

Motivar a los candidatos para confirmar su asistencia.

Realizar una lista del total de pacientes para conformar el Grupo de Orientación.

Revisión biblio-hemerográfica sobre estrategias para llevar a cabo las sesiones.

Pasar lista de asistencia en cada sesión.

➤ **ACTIVIDADES**

ACTIVIDADES	1° SESIÓN	2° SESIÓN	3° SESIÓN	4° SESIÓN	5° SESIÓN	6° SESIÓN	7° SESIÓN	8° SESIÓN	9° SESIÓN	10° SESIÓN
Encuadre Revisión de expedientes Tareas Documentación de la sesión										
Revisión bibliográfica Tareas Documentación de la sesión										
Retroalimentación en equipo interdisciplinario Tareas Documentación de la sesión										
Tareas Documentación de la sesión										
Retroalimentación en equipo multidisciplinario Tareas Documentación de la sesión										
Recapitulación de sesiones Tareas Documentación de la sesión.										
Devolución										
Sistematización de la información Diagnóstico individual										
Diagnóstico grupal										
Cierre Anexar notas a expedientes Evaluación										

➤ **Supervisión**

La supervisión estará a cargo del Departamento de Trabajo Social o del responsable del Programa de Grupos de Apoyo del INNN, efectuándose directamente y de forma semanal a través de un informe de actividades, crónicas y diario de campo.

➤ **Evaluación**

El programa será evaluado por los Trabajadores Sociales ejecutores del programa y a su vez por el Departamento de Trabajo Social o por el responsable del Programa de Grupos de apoyo del INNN.

La evaluación será mediante las crónicas elaboradas durante las sesiones, el diario de campo y la observación, así como por los diagnósticos de cada asistente que se realizarán una vez concluido el programa.

CONCLUSIONES

La esquizofrenia es una enfermedad crónica cuya complejidad médica denota una imprescindible atención integral y multidisciplinaria.

Las consecuencias médicas y sociales para un individuo con esquizofrenia que no tiene un diagnóstico oportuno y un tratamiento adecuado son muy severas. De aquí es de donde derivan las principales problemáticas, pues no existen políticas encaminadas a educar a la población para atender su salud mental y por otro lado, las instituciones de primer nivel no están sensibilizadas y comprometidas con padecimientos mentales como la esquizofrenia y cuando un usuario asiste con el médico general por sintomatología que podría estar indicando una enfermedad mental, éste no toma las medidas necesarias (en algunos casos). Otra problemática relacionada con la esquizofrenia es el estigma social que genera, pues la desinformación y la falta de educación en la población e incluso en la misma familia del sujeto con esquizofrenia, provoca que el enfermo sea etiquetado y segregado. Aunado a esto se encuentra el hecho de que la falta de educación también afecta de manera importante un diagnóstico oportuno, ya que una gran proporción de individuos que presentan síntomas relacionados con su salud mental, no acuden con un profesional.

En el caso particular de la esquizofrenia, nos encontramos con un fenómeno más. Existe la imperiosa necesidad, insisto, de abordar el padecimiento de forma integral y multidisciplinaria, empero, de la muestra tomada para la presente investigación, la mayoría de pacientes sólo toma medicamentos para tratar la esquizofrenia y, aunque la terapia farmacológica es el pilar fundamental en el tratamiento del padecimiento, no se complementa con terapia psicosocial o con grupos de apoyo, las causas son diversas. Por un lado, si el psiquiatra no da la indicación de complementar la medicación con este tipo de terapias, los pacientes

o sus familias no tienen conocimiento de ello. En el caso de que el médico dé cómo indicación terapéutica la asistencia a terapia psicosocial, en ocasiones la familia no le da la importancia necesaria o, si no dan este tipo de servicios en la institución donde acude, por falta de recursos económicos, desinterés o desinformación, el paciente no busca instituciones donde brinden dicho servicio, y por tanto, no acude. Aunado a esto se encuentra el hecho de que las asociaciones e instituciones que proporcionan terapia psicosocial y grupos de apoyo con muy bajos o nulos costos, no tienen la difusión necesaria.

De ahí se desprende la necesidad de que profesiones como Trabajo Social, se preocupen y ocupen de informar, orientar, sensibilizar y concientizar a la población sobre las diferentes aristas de la enfermedad. Asimismo es imprescindible crear redes entre los profesionales de la salud dedicados a proporcionar terapias complementarias y programas de información para llevar a cabo acciones a nivel macro que permitan la sensibilización y concientización de los enfermos de esquizofrenia y sus familias, lo cual, sin duda, derivará en una mejor calidad de vida.

En lo referente a lo que concierne a la presente investigación, se encontró que la adherencia terapéutica representa un elemento fundamental dentro del proceso salud-enfermedad de la esquizofrenia.

En primera instancia, la hipótesis planteada fue probada a través de los resultados arrojados del trabajo de campo. Cabe enfatizar, que los resultados difirieron en el análisis cuantitativo y cualitativo, es decir, en el primero algunas variables no presentaron incidencia determinante en el proceso terapéutico, mientras que en el segundo sí.

Resulta importante destacar que los resultados del análisis cuantitativo reportaron que el nivel escolar no interviene en el proceso terapéutico, sin embargo, a través de la parte cualitativa se estableció que influye aunque no de manera determinante. El nivel escolar se asocia directamente con la conciencia de enfermedad que tiene el paciente y su familia, la cual es menor cuando tienen un nivel escolar bajo. Cabe resaltar que la mayoría de los cuidadores primarios

cuentan sólo con educación básica, es decir, primaria y secundaria; la mitad de los pacientes también tienen sólo la educación básica, sin embargo, otra cantidad importante cuenta con estudios de nivel medio superior.

Según lo analizado, tener un nivel escolar bajo influye negativamente en la adherencia terapéutica, sin embargo, esto no es contundente, ya que algunas familias procuran seguir las indicaciones del médico hasta donde sus posibilidades (sobre todo económicas) permitan, incluso, algunos pacientes y familiares expresaron que en ocasiones no entienden las indicaciones del médico, sin embargo, tratan de llevar a cabo lo que el psiquiatra señala.

De acuerdo al análisis cuantitativo, la variable economía familiar influye aunque no de manera decisiva en la adherencia terapéutica, mientras que según lo observado en el análisis cualitativo es el elemento que tiene mayor incidencia, ya que cuando las familias presentan una economía de supervivencia difícilmente se adhieren correctamente al tratamiento debido a que no pueden adquirir las medicinas por falta de recursos económicos o llevar a cabo otras indicaciones como terapias complementarias.

En lo referente a la variable dinámica familiar se encontró, tanto en el análisis cuantitativo como en el cualitativo, que influye de manera importante, ya que en las familias donde se observó funcionalidad, es decir, apoyo, afecto, comunicación, motivación, cohesión y ambiente no caótico, el paciente se adhiere mejor a su tratamiento, ya que la familia y en particular el cuidador primario, participan positivamente recordando al paciente que tome sus medicamentos, llevándolo a sus citas y motivándolo para que retome sus relaciones interpersonales, incluso, en familias donde la economía no representa un problema imperante, toman la iniciativa de tomar terapias complementarias.

Por el contrario, en las familias disfuncionales, en las cuales predomina la conducta disruptiva, los afectos negativos, donde existe un clima caótico, sin apoyo, carente de motivación y comunicación, se observó una influencia negativa en la adherencia terapéutica, sin embargo, esto no representó una constante en la muestra estudiada.

Resulta importante resaltar que según la literatura, la relación médico-paciente es uno de los factores que tienen mayor incidencia en el proceso terapéutico. Esta premisa coincide con lo observado en la muestra, principalmente con el análisis cuantitativo.

La mayoría de las familias estudiadas consideran estar satisfechas con el servicio, de ellas no todas tienen una adecuada adherencia terapéutica, no obstante, en las personas que dijeron no estar satisfechas con la atención proporcionada por su psiquiatra, se observó una deficiente adherencia terapéutica. La relación médico-paciente de acuerdo al análisis cuantitativo, es la variable que tiene mayor influencia en la adherencia terapéutica.

Pese a que en la muestra estudiada no todas las variables influyen de manera contundente, concluyo que la serie de factores relacionados influyen en la adherencia terapéutica de pacientes con esquizofrenia.

Por lo tanto, las acciones encaminadas a mejorar las tasas de adherencia terapéutica en este padecimiento, necesariamente deben enfocarse en cada uno de estos factores, es decir, información, orientación y sensibilización a los pacientes y familiares para que logren concientizarse sobre la enfermedad y la importancia de una adecuada adherencia terapéutica. También es necesario trabajar sobre la sensibilización de los especialistas quienes tratan el padecimiento.

En este sentido, es necesario que el Departamento de Trabajo Social del INNN y los estudiantes prestadores de servicio social retomen la importante y valiosa intervención a nivel grupal, ya que resulta imprescindible que creen programas y coadyuven en investigaciones que deriven en una mejor calidad de vida del paciente esquizofrénico y su familia.

SUGERENCIAS

En cuanto a la investigación:

- Resulta imprescindible que en futuras investigación de esquizofrenia, se analice la información clínica y social de la población objetivo, ya que los instrumentos existentes no siempre se ajusten a las necesidades de la investigación. En el caso particular de mi estudio, me encontré con la problemática de que la Escala de Funcionamiento Familiar no se adecuó en todos los casos a la estructura de las familias entrevistadas, por ello, es importante pilotear los instrumentos.
- La riqueza de la investigación cualitativa es invaluable, ya que lejos de plasmar sólo lo que los números presentan, permite rescatar las percepciones, vivencias, opiniones y aspectos subjetivos de los individuos. Por ello, los Trabajadores Sociales debemos continuar dando importancia al corte cualitativo en futuras investigaciones y ser retomado en la formación curricular.
- Es de suma importancia que los modelos de intervención tengan un enfoque integral y multidisciplinario, es decir, resulta necesario que los Trabajadores Sociales se coordinen con los diferentes profesionales para abordar el tema desde una perspectiva integral que permita a los usuarios tener completo manejo del padecimiento.

A nivel institucional:

- Ante la ineficiencia de las políticas públicas encaminadas a mejorar la salud mental, resulta preciso destinar más recursos a este importante rubro.
- Es clara la necesidad de que se estructure un Programa de Esquizofrenia que englobe temas como detección oportuna, aspectos generales de la enfermedad, tratamiento, importancia de la adherencia terapéutica, terapias

complementarias, etcétera. El programa debe ser a nivel macro, implementado en las instituciones de salud locales y nacionales.

- Existe la necesidad de que los psiquiatras se sensibilicen para que otorguen atención adecuada a los pacientes, por ello resulta necesario la creación de programas encaminados a este propósito.

A N E X O S

ANEXO 1



INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIROGÍA “MANUEL VELASCO SUÁREZ”

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Fecha ____/____/____

Usted ha sido invitado(a) a participar en el protocolo de investigación “Indicadores Socioeconómicos que inciden en la Adherencia Terapéutica de pacientes Esquizofrénicos”. Debido a que en el Instituto se le ha realizado el diagnóstico de Esquizofrenia.

La decisión de participar implica que usted tenga un conocimiento completo del propósito y beneficios que traerá consigo el estudio, los cuales se detallan en esta carta. Cualquier duda adicional puede ser aclarada por los investigadores responsables. Una vez que usted lea este escrito y aclare sus dudas, podrá decidir si desea participar o no en el estudio.

OBJETIVO DEL ESTUDIO

El proyecto se propone:

- Determinar la asociación entre la situación socioeconómica y la adherencia al tratamiento en pacientes con esquizofrenia atendidos en el Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía “Manuel Velasco Suárez”.
- Conocer el perfil socioeconómico de los pacientes esquizofrénicos.
- Identificar los factores socioeconómicos que impiden la adherencia al tratamiento de los pacientes esquizofrénicos.
- Identificar los factores socioeconómicos que contribuyen a la adherencia al tratamiento de los pacientes esquizofrénicos.

CONFIDENCIALIDAD

Si usted acepta participar en este estudio es necesario que sepa que su información es confidencial y que nadie que no este inscrito en este proyecto tiene acceso a la misma. No se proporcionará información de usted o proporcionada por usted a ninguna persona o institución que lo solicite sin su previo consentimiento por escrito.

PROCEDIMIENTOS

Se aplicará una escala de dinámica familiar, cuestionario sobre la satisfacción de la relación médico-paciente y un cuestionario para obtener datos generales de3l paciente y su familia.

BENEFICIOS

Con su participación en el estudio no obtendrá beneficio económico, se espera mejorar el estado general del paciente con las propuestas que se obtengan después del análisis de los resultados.

EFFECTOS INDESEABLES Y RIESGOS

Ninguno

CONSIDERACIONES ECONÓMICAS

Este estudio no representará ningún costo adicional para el paciente o su familia.

DERECHOS DE ABANDONAR EL ESTUDIO

Su participación se considera completamente voluntaria y usted puede desistir de participar o continuar en el estudio en el momento que lo desee. Esta determinación no afectará su relación con el hospital.

Si usted considera que cualquiera de los punto antes mencionados no esta claro, o le surgen dudas nuevas, le pedimos aclararlas con los investigadores responsables antes de determinar si participará o no en el estudio. Para cualquier duda o aclaración se puede dirigir al teléfono 56063822 ext. 5019 con Michel Tinoco Velásquez, Ischell González Resendiz y Verónica Ibáñez Martínez, estudiantes de la licenciatura de trabajo social responsables de la investigación en el laboratorio de Investigación Socio-médica ENTS- UNAM.

AUTORIZACIÓN

He leído el contenido de este escrito y al firmar esta forma he decidido por voluntad propia participar en este estudio.

NOMBRE DEL PACIENTE _____

FIRMA _____ TELEFONO _____



NOMBRE DEL TESTIGO _____

FIRMA _____ TELEFONO _____

NOMBRE DEL INVESTIGADOR QUE OBTUVO EL CONSENTIMIENTO

FIRMA _____

ANEXO 2

	INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIRUGÍA "DR. MANUEL VELASCO SUÁREZ" DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN LABORATORIO DE INVESTIGACIÓN SOCIOMÉDICA	
---	---	---

ESTUDIO SOCIOECONÓMICO

No. DE EXPEDIENTE _____

1. DATOS GENERALES DEL FAMILIAR O PERSONA RESPONSABLE

Nombre _____	Sexo: _____	Edad: _____	Estado Civil _____
Apellido paterno, materno y nombre			
Parentesco con el paciente _____	Actividad Principal _____		
Horario de trabajo _____	Dirección del trabajo _____		
	Calle	No. Colonia	Delegación
Teléfono del trabajo _____			

2. DATOS GENERALES DEL PACIENTE

Nombre _____	Sexo: _____	Edad: _____
Apellido paterno, materno y nombre		
Fecha de Nacimiento _____	Lugar de Origen _____	
Día/mes/Año/		
Diagnóstico Médico _____		

3. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DOMICILIARIA

Domicilio: _____			
	Calle	No.	
Colonia	C. P.	Delegación	Unidad Territorial
Calles colindantes con el domicilio: _____			
Teléfono: _____ Medios de transporte para llegar al domicilio: _____			

4. ESTRUCTURA FAMILIAR
(Personas que habitan en el domicilio)

No.	Nombre completo	Edad	Sexo	Estado Civil	Parentesco con el paciente	Escolaridad	Ocupación	Estado de Salud	Observaciones

5. ECONOMÍA FAMILIAR

Nombre completo del trabajador	Principal ocupación	Horas que trabaja al día	Ingreso Mensual	Contribución mensual al gasto familiar	En caso de ser asalariado, sistema de seguridad social

Total de Ingresos mensuales \$ _____

Total en salarios mínimos _____
(Especificar de 1 a 7 veces s/m o más)

Ingreso Per cápita \$ _____

5. DISTRIBUCIÓN DEL GASTO FAMILIAR MENSUAL

Tipo de gasto	Importe	Tipo de gasto	Importe
Alimentación	\$ _____	Transporte	\$ _____
Gas o combustible	\$ _____	Educación	\$ _____
Renta	\$ _____	Gastos médicos	\$ _____
Agua	\$ _____	Recreación	\$ _____
Predial	\$ _____	Abonos o créditos	\$ _____
Electricidad (Luz)	\$ _____	Ropa y calzado	\$ _____
Teléfono	\$ _____	Fondos de ahorro, tandas, préstamos	\$ _____
Teléfono celular	\$ _____	Crédito para construcción de vivienda	\$ _____
Total de Egresos	\$ _____	Superávit	\$ _____
		Déficit	\$ _____

Cuando tiene problemas económicos recurre a:

Ahorro () Empeño () Tarjeta de crédito ()

Préstamo de familiares () Venta de bienes () Otro _____
(especificar)

6. VIVIENDA

○ Tenencia de la vivienda

Propia () Rentada () Prestada () Invasada ()

Tipo de vivienda

Casa sola () Departamento () Vecindad () Campamento () Albergue ()

Accesorio ()

Número de dormitorios: _____ Índice de hacinamiento _____ Sala () Comedor ()

Cocina () Baño privado () Baño colectivo ()

○ Material predominante en la construcción de la vivienda

Paredes: Tabique () Madera () Cartón () Otros materiales ()

Especifique _____

Techos: Concreto () Lamina de asbesto () Lámina de cartón () Lamina de aluminio ()

Pisos: Mosaico () Loseta () Cemento () Tierra apisonada () Madera ()

Otro material (especificar) _____

○ Mobiliario

Televisión () Estéreo () Video () DVD () Estufa () Horno Microondas ()

Lavadora () Centro de lavado () Refrigerador () Computadora ()

7. SALUD Y ALIMENTACIÓN

- Servicios médicos con que cuenta la familia:
 IMSS () ISSSTE () Centro de Salud () Dispensario () Médico Privado () Otro _____
 (especificar)
- Frecuencia con la que asiste el paciente al médico
 Una vez por semana () Mensualmente () Anualmente () Cuando se enferma ()
- Enfermedades frecuentes en la familia

Respiratorias	()	¿Cuál(es)?	_____	¿Quién la padece?	_____
Gastrointestinales	()	¿Cuál(es)?	_____	¿Quién la padece?	_____
Dermatológicas	()	¿Cuál(es)?	_____	¿Quién la padece?	_____
Neurológicas	()	¿Cuál(es)?	_____	¿Quién la padece?	_____
Cáncer	()	¿De qué tipo?	_____	¿Quién la padece?	_____
Hipertensión	()	¿Cuál(es)?	_____	¿Quién la padece?	_____
Obesidad	()	¿Cuál(es)?	_____	¿Quién la padece?	_____
Diabetes mellitus	()	¿De qué tipo?	_____	¿Quién la padece?	_____

8. RECREACIÓN Y USO DEL TIEMPO LIBRE FAMILIAR

- Actividades familiares el fin de semana:
 Practicar deporte () Ir al cine () Visitar familiares () Realizar quehaceres del hogar () Actividades al aire libre () Otros (especificar) _____
- Actividades del paciente en su tiempo libre
 Practica deporte () Ve televisión () Hace sus tareas () Realizar quehaceres del hogar () Videojuegos () Juega con amigos () Juega con hermanos o familiares () Trabaja ()

9. PROBLEMÁTICA FAMILIAR

- Algún miembro de la familia consume:
 Alcohol () Tabaco () Fármacos () Droga ()
 ¿Cuál(es)? _____ ¿Quién (es) la consumen? _____
- Existe violencia familiar No () Sí ()
 De qué tipo: Verbal () Física () Emocional ()
 ¿Quién(es) la padece(n)? _____ ¿Quién(es) la ejerce(n)? _____
- Existen problemas de comunicación entre los integrantes de la familia No () Sí ()
 ¿Entre quiénes? Padre () Madre () Padre con hijos ()
 Madre con hijos () Entre los padres () Hermanos ()
- Existen problemas de conducta entre los hijos
 No () Sí () Cuáles: _____

Fecha de aplicación

--	--	--	--	--	--

Día

Mes

Año

Responsable de la Entrevista

Nombre y firma del E. Lic. en Trabajo Social

ANEXO 3

ESCALA DE FUNCIONAMIENTO FAMILIAR

Espejel E., Cortés J. Ruiz Velasco V.
Copyright 1995

FAMILIA _____

TIEMPO DE UNIÓN _____ EDAD DEL PRIMER HIJO (A) _____

DIRECCIÓN _____

INGRESO FAMILIAR _____

INGRESO PER CÁPITA _____

RELIGIÓN _____

POSICIÓN	SEXO	EDAD	ESCOLARIDAD	OCUPACIÓN	APORTACIÓN ECONÓMICA A LA FAMILIA

DESCRIPCIÓN DE LA VIVIENDA

OBSERVACIONES

FAMILIOGRAMA

MATERIAL DE INVESTIGACIÓN
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN SIN PERMISO EXPRESO DE SUS AUTORES

Comenzará el diagrama en la parte inferior de la página con la familia nuclear

INSTRUCCIONES PARA EL EXAMINADOR: Marque con una cruz el o los cuadros que correspondan al miembro de la familia que se refiere la respuesta expresada por los entrevistados.

1.- ¿Hay algún o algunos de los miembros de su familia considerados como los más trabajadores?

Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro no familiar	Todos	Nadie

2.- ¿Quién organiza la alimentación en la familia? (ir al mercado, escoger los menús, etc.)

Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro no familiar	Todos	Nadie

3.- En su familia, ¿Hay alguna o algunas personas que sean más reconocidas o tomadas en cuenta?

Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro no familiar	Todos	Nadie

4.- Si se reúne la familia para ver televisión, ¿quién decide el programa?

Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro no familiar	Todos	Nadie

5.- ¿Quién o quienes de la familia tienen más obligaciones?

Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro no familiar	Todos	Nadie

Total

6.- ¿Quién o quiénes de la familia intervienen cuando los padres discuten o pelean entre sí?

Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro no familiar	Todos	Nadie

7.- En los problemas de los hijos ¿quién o quiénes intervienen?

Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro no familiar	Todos	Nadie

8.- ¿Quién reprende a los hijos cuando cometen una falta?

Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro no familiar	Todos	Nadie

9.- Si en casa existen horarios para comer o llegar, ¿quiénes respetan los horarios de llegada?

Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro no familiar	Todos	Nadie

10.- Si uno de los padres castiga a los hijos, ¿quién interviene?

Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro no familiar	Todos	Nadie

Total

INSTRUCCIONES PARA EL EXAMINADOR: A partir de esta pregunta explore todos los indicadores. Cuando la respuesta involucra a toda la familia, marque las celdas necesarias.

11.- Cuando hay invitados en la casa, ¿a quién se le avisa?

¿Quién invita?	Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro no familiar	No se avisa
Padre							
Madre							
Hijos							
Hijas							
Otro familiar							
Otro no familiar							

12.- ¿Quién participa y quién no participa en la economía familiar?

ESTATUS	Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro no familiar
Trabaja y participa						
Trabaja y no participa						
No trabaja y participa						
No trabaja						

13.- Si cada quien tiene obligaciones definidas en esta familia, ¿quién su quien para cumplirlas cuando no puede hacerlo el responsable?

RESPONSABLE	Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro no familiar	No se avisa
Padre							
Madre							
Hijos							
Hijas							
Otro familiar							
Otro no familiar							

No existen obligaciones definidas

14.- En las decisiones familiares importantes, ¿quiénes participan?

Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro no familiar	Todos	Nadie

Total

15.- Para ausentarse de la casa, ¿quién avisa o pide permiso a quién?

¿A QUIÉN?

PIDE PERMISO	Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro no familiar	No se avisa
Padre							
Madre							
Hijos							
Hijas							
Otro familiar							
Otro no familiar							

Nadie pide permiso

16.- Cuando alguien comete una falta, ¿quién y como castiga?

¿QUIÉN CASTIGA?	Verbalmente	Corporalmente	Instrumentalmente
Padre			
Madre			
Hijos			
Hijas			
Otro familiar			
Otro no familiar			

No se castiga

17.- Si acostumbran hacer promesas sobre premios y castigos, ¿quién las cumple siempre?

Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro no familiar	Todos	Nadie

18.- Cuando alguien se siente triste, decaído o preocupado, ¿a quién pide ayuda?

¿A QUIÉN?

PIDE AYUDA	Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro no familiar	Nadie
Padre							
Madre							
Hijos							
Hijas							
Otro familiar							
Otro no familiar							

Nadie ayuda a nadie

TOTAL

19.- ¿Quiénes de ustedes salen juntos con cierta frecuencia?

PIDE AYUDA	Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro no familiar	Nadie
Padre							
Madre							
Hijos							
Hijas							
Otro familiar							
Otro no familiar							

Nadie acostumbra salir

20.- En esta familia, ¿quién protege a quién?

PIDE AYUDA	Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro no familiar	Nadie
Padre							
Madre							
Hijos							
Hijas							
Otro familiar							
Otro no familiar							

Nadie protege a nadie

21.- Si conversan ustedes unos con otros, ¿quién con quién lo hacen?

PIDE AYUDA	Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro no familiar	Nadie
Padre							
Madre							
Hijos							
Hijas							
Otro familiar							
Otro no familiar							

Nadie conversa en la familia

22.- Si consideran que expresan libremente sus opiniones, ¿quiénes son los que lo hacen?

Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro no familiar	Todos	Nadie

TOTAL

23.- ¿Quiénes tienen mejor disposición para escuchar?

Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro no familiar	Todos	Nadie

24.- Cuando ustedes toman alguna decisión o se llega a algún acuerdo ¿a quién se les hace saber con claridad?

¿QUIÉNES ACUERDAN?	Subsistema Parental	Subsistema Hijos	Otro familiar	Otro no familiar	Nadie
Subsistema Parental					
Subsistema Hijos					
Otro familiar					
Otro no familiar					

No hay acuerdo en la familia

25.- ¿Quién supervisa el comportamiento escolar de los hijos?

Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro no familiar	Todos	Nadie

26.- ¿Quién se responsabiliza de los hábitos higiénicos?

Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro no familiar	Todos	Nadie

27.- Para transmitir los valores más importantes en esta familia, ¿quién se ha responsabilizado de la transmisión y vigencia?

Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro no familiar	Todos	Nadie

28.- Cuando algo se descompone, ¿quién organiza su preparación?

Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro no familiar	Todos	Nadie

29.- ¿Quién o quiénes participan en la solución de un problema grave?

Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro no familiar	Todos	Nadie

30.- ¿Quiénes tomaron la decisión de vivir en este lugar?

Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro no familiar	Todos	Nadie

31.- En esta familia, ¿quiénes son los más alegres o los que se divierten más?

Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro no familiar	Todos	Nadie

32.- ¿Quién en esta familia estimula las habilidades y aptitudes?

Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro no familiar	Todos	Nadie

33.- ¿Quién en esta familia se abraza espontáneamente?

		C O N Q U I E N						
¿QUIÉN SE ABRAZA?		Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro no familiar	Nadie
Padre								
Madre								
Hijos								
Hijas								
Otro familiar								
Otro no familiar								

Nadie se abraza en la familia

34.- Cuando se enojan en esta familia, ¿quiénes son lo que lo hacen y con quiénes?

		C O N Q U I E N O C O N Q U I E N E S						
¿QUIÉN SE ENOJA?		Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro no familiar	Nadie
Padre								
Madre								
Hijos								
Hijas								
Otro familiar								
Otro no familiar								

Nadie se enoja en la familia

35.- Ha habido peleas con golpes en la familia, ¿quién con quién o quiénes?

	Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro familiar	Otro no familiar	Nadie
Padre							
Madre							
Hijos							
Hijas							
Otro familiar							
Otro no familiar							

Nadie se golpea en la familia

Instrucciones para el examinador: A partir de esta pregunta, explorar la frecuencia con la que se presentan los eventos cuestionados.

F R E C U E N C I A

	Muy frecuente	Algunas veces	Muy raro	Nunca
Padre				
Madre				
Hijos				
Hijas				
Otro familiar				
Otro no familiar				

36.- ¿En esta familia hay alguien que se embriague con alcohol o tome otro tipo de estimulantes?

F R E C U E N C I A

	Muy frecuente	Algunas veces	Muy raro	Nunca
Padre				
Madre				
Hijos				
Hijas				
Otro familiar				
Otro no familiar				

37.- ¿Quién tiene o ha tenido problemas de comportamiento en la escuela, el trabajo o con los demás?

F R E C U E N C I A

	Muy frecuente	Algunas veces	Muy raro	Nunca
Padre				
Madre				
Hijos				
Hijas				
Otro familiar				
Otro no familiar				

38.- Si en esta familia han tenido problemas con la autoridad (policía, jefes, maestros, etc.) ¿Quién lo ha tenido?

F R E C U E N C I A

	Muy frecuente	Algunas veces	Muy raro	Nunca
Padre				
Madre				
Hijos				
Hijas				
Otro familiar				
Otro no familiar				

39.- ¿Quién ha presentado algún problema emocional?

F R E C U E N C I A

	Muy frecuente	Algunas veces	Muy raro	Nunca
Padre				
Madre				
Hijos				
Hijas				
Otro familiar				
Otro no familiar				

40.- ¿Quién de la familia se aísla?

F R E C U E N C I A

	Muy frecuente	Algunas veces	Muy raro	Nunca
Padre				
Madre				
Hijos				
Hijas				
Otro familiar				
Otro no familiar				

TOTAL

ANEXO 4
Cuestionario del paciente para explorar

RELACIÓN MÉDICO PACIENTE

Instrucciones: En la casilla de la derecha, anote el número que contiene la respuesta que usted considere correcta.

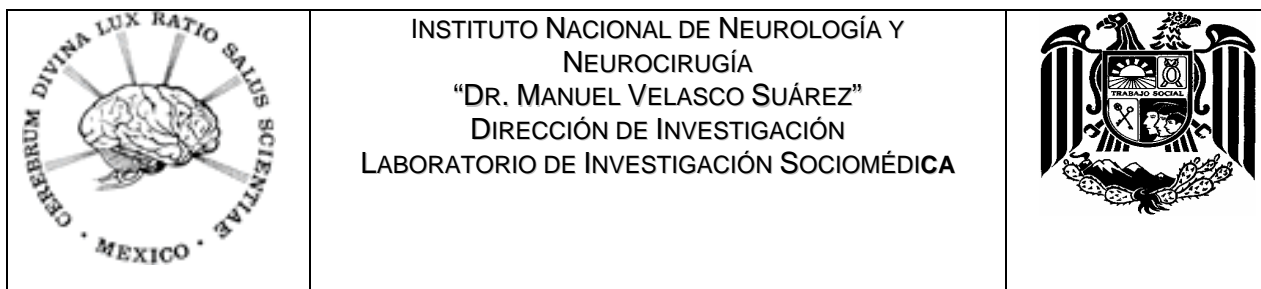
<p>1.- ¿Cuánto tiempo tiene asistiendo a consulta externa?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Menos de un mes 2) De uno a tres meses 3) De tres a seis meses 4) De seis meses a un año 5) De un año a un año y medio 6) De un año y medio a dos años 7) De dos a tres años 8) Más de tres años (especifique) _____ 	()
<p>2.- ¿Cuánto tiempo tiene en hospitalización?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) De uno a tres días 2) De cuatro a seis días 3) De siete a nueve días 4) De diez a trece días 5) De catorce a quince días 6) Más de quince días 	()
<p>3- ¿Cuantas veces ha estado hospitalizado en el INNN?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Una vez 2) De dos a tres veces 3) De cuatro a cinco veces 4) De cinco a siete veces 5) De siete a nueve veces 6) Más de diez veces (especifique) _____ 	()
<p>4.- ¿Quién dio el diagnóstico clínico?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) El médico 2) El psicólogo 3) Trabajadora Social 4) Otra persona 5) No le comunicaron el diagnóstico 	()
<p>5.- ¿A quién le comunicaron en primera instancia su diagnóstico?</p>	()

<ul style="list-style-type: none"> 1) A usted 2) A algún familiar 3) A una persona no familiar 4) A nadie 	
<p>6.- Durante el mes de julio a la fecha, ¿cuántos psiquiatras lo han atendido?</p> <ul style="list-style-type: none"> 7) Uno 8) De dos a tres 9) De cuatro a cinco 10) De cinco a siete 11) De siete a nueve 12) Más de diez 	()
<p>7.- ¿Está usted de acuerdo con los cambios de psiquiatra que ha tenido?</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) Sí 2) No 3) Me da lo mismo 	()
<p>8.- ¿Considera que el tratamiento para su enfermedad sería mejor si lo atendiera siempre el mismo psiquiatra?</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) Si 2) No 3) Me da lo mismo 1) No se 	()
<p>9.- ¿Con qué frecuencia le dan sus citas?</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) Cada semana 2) Cada quince días 3) Cada mes 4) Cada mes y medio 5) Cada dos meses 6) Cada dos meses y medio 7) Cada tres meses 8) Más de cuatro meses (especifique) _____ 	()
<p>10.- ¿Cuánto tiempo le dedica su psiquiatra en cada consulta?</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) 5 minutos 2) 10 minutos 3) 15 minutos 4) 20 minutos 5) Media hora 6) Tres cuartos de hora 	()

7) Una hora 8) Una hora y media 9) Dos horas	
11.- ¿Considera que ese tiempo es suficiente para atenderlo? (1) Si (2) No (3) No se	()
12.- ¿Su psiquiatra le ha explicado en que consiste su enfermedad? (1) Si (2) No	()
13.- ¿Su psiquiatra le ha explicado en que consiste su tratamiento? (1) Si (2) No	()
14.- ¿Su psiquiatra le ha explicado la importancia que tienen los medicamentos? (1) Si (2) No	()
15.- ¿Ha notado si los medicamentos le causan efectos secundarios? (1) Si (2) No	()
16. ¿Cuáles medicamentos y qué efectos le han producido? _____	()
17.- ¿Considera que la comunicación entre su psiquiatra y usted es buena? (1) Si (2) No ¿Por qué? _____	()
18.- ¿Usted le tiene confianza a su psiquiatra? (1) Si (2) No ¿Por qué?	()

19.- ¿Como siente que lo trata su psiquiatra? (1) Bien (2) Regular (3) Mal	()
20.- ¿Alguna vez lo ha regañado su psiquiatra? (1) Si (2) No ¿Por qué? _____	()
21.- ¿Considera que el psiquiatra se preocupa por su enfermedad? (1) Si (2) No ¿Por qué? _____	()
22.- ¿Se siente satisfecho con el servicio que le brinda el Instituto? (1) Si (2) No	()
23.- Me podría decir, ¿que opinión, tiene de su psiquiatra? _____ _____ _____	()

ANEXO 5



ADHERENCIA TERAPÉUTICA

1. ¿Qué indicaciones terapéuticas le ha dado su psiquiatra?
2. ¿Considera que sigue adecuadamente estas indicaciones?
3. ¿Cuáles son las razones de apegarse o no a las indicaciones de su psiquiatra?
4. ¿Cree usted que estas indicaciones son importantes para su recuperación?
5. Cuando no ingiere sus medicamentos, ¿cuál es el motivo?
6. ¿Quién le recuerda que tome sus medicamentos?

ANEXO 6 DIAGNÓSTICOS SOCIALES DE LAS FAMILIAS ENTREVISTADAS*

FOLIO 1

Paciente: BGP

Cuidador primario: DPH (madre)

La paciente BGP de 56 años de edad, originaria de Milpa Alta Distrito Federal, lugar donde reside actualmente, tiene el nivel educativo básico y un diagnóstico de esquizofrenia. Actualmente vive con su madre, la señora DPH de 77 años de edad quien se desempeña como ama de casa y es la cuidador primario de la paciente.

Esta familia está integrada sólo por las dos personas antes mencionadas, y de acuerdo a la teoría de la familia, se clasifica como primaria nuclear y profesan la religión católica, tienen viviendo juntas 56 años y según el ciclo vital de la familia se hallan en la etapa de retiro y muerte.

En cuanto a servicios médicos se refiere, la familia no está afiliada a ningún sistema de seguridad social, porque quien la provee económicamente no tiene las prestaciones correspondientes, por el tipo de trabajo que realiza. En ese sentido cuando tiene alguna emergencia acuden al centro de salud.

Las enfermedades que son más frecuentes al interior de esta familia, son las respiratorias y quien las padece es la madre, además de la psiquiátrica que tiene la paciente.

En cuanto a la dinámica familiar, se observa que la paciente y su madre no destinan tiempo a la recreación, por lo que generalmente siempre están en casa, la madre realiza los quehaceres domésticos y la paciente atiende a las personas que llegan a comprar en una tienda que tiene a su cargo. En ese sentido cabe señalar que la paciente es la encargada de sustentar económicamente a la familia, mediante la venta de productos de primera necesidad, percibe un ingreso mensual de \$1,500.00, del cual el ingreso per cápita asciende a \$750.00. Resultando que la mayor parte de los ingresos se destina a la compra de medicamentos, de la paciente principalmente, de tal manera, el gasto médico asciende mensualmente a \$400.00. Situación que indica que la familia tiene un déficit de \$-1,497.00.

Respecto a las características de la vivienda, el lugar en el que habitan se encuentra en obra negra, es de su propiedad. En este orden especifican no tener mayor problema en cuanto al índice de hacinamiento.

Por que lo respecta a la adherencia terapéutica se tiene que la paciente tiene alrededor de 8 años asistiendo a citas, al área de consulta externa de Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía. El profesional de la salud que le diagnosticó esquizofrenia estuvo a cargo de un médico, quien más tarde se haría cargo del proceso terapéutico de

* Los nombres de los pacientes han sido cambiados por siglas debido a cuestiones de confidencialidad.

la paciente. Pese a la temporalidad que tiene asistiendo al INNN solo ha tenido tres cambios de doctores, mismos que han llevado su caso sin que causen alteraciones en el proceso terapéutico.

La madre es la encargada de vigilar el proceso terapéutico de la paciente, a pesar de su edad avanzada argumenta que su hija le obedece cuando es necesario que se le recuerde tomar los medicamentos, aunque, por el tiempo que lleva ingiriéndolos se le ha hecho un hábito que pareciera tomárselos por inercia.

Se concluye por comentarios de la cuidador primario y de la paciente, que ésta última se ha apegado a su tratamiento en relación con el tiempo que lleva asistiendo al INNN.

FOLIO 2

Paciente: NDH

Cuidador primario: TCI (hijo)

La paciente NDH de 56 años de edad, tiene el nivel educativo básico y se desempeña como ama de casa. Actualmente vive con su hijo TCI en Tucubaya, Distrito federal.

El tipo de familia de la paciente corresponde al de uniparental semiextensa, profesan la religión católica y se encuentra en la etapa de desprendimiento del ciclo vital, además de tener 35 años de unión. La familia como tal, la constituyen 5 miembros, la paciente y su hijo de 35 años de edad, quien tuvo una hija en unión libre de 9 años, actualmente labora como conductor de un taxi y viven con la hermana de la paciente de 43 años, el esposo de su hermana de 60 años de edad y la hija de dicho matrimonio de 28 años de edad, quien trabaja como secretaria y su estado civil es soltera.

Respecto a los servicios médicos, solo la sobrina de la paciente y su padre están afiliados al sistema de seguridad social IMSS, por las características del trabajo que desempeñan, sin embargo el cuidador primario y la paciente no lo están, y consecuentemente cuando existe alguna emergencia tiene que asistir al centro de salud o médico particular. Por lo que se refiere al tipo de enfermedades que se presentan frecuentemente dentro de la familia, resalta en primera instancia la psiquiátrica, seguida de las respiratorias y gastrointestinales, estas dos últimas, especifican, aparecer en temporadas, como es el caso de la gripe e infecciones de la garganta.

Se observa en la dinámica familiar que la paciente y el cuidador primario no tienen convivencia a causa de la ocupación de TCI, quien permanece todo el día fuera de su domicilio, salvo en el horario de comida que es de una hora, tiempo que no es suficiente para platicar con su madre. Por otro lado menciona que por las noches cuando la carga de trabajo ha disminuido, desearía platicar con la paciente, pero es el horario en cual descansa y generalmente él también se encuentra cansado, sin embargo la relación que la paciente tiene con su hermana es diferente, debido a que realizan los quehaceres del hogar juntas, lo que les permite mayor integración. Por estas características y de acuerdo a la Escala de Funcionamiento Familiar la familia es disfuncional.

En cuanto al estado socioeconómico de la familia, los gastos se distribuyen proporcionalmente al número de integrantes, en ese sentido el salario mensual que percibe el cuidador primario es de \$4,500.00, del cual \$2,500.00 destina mensualmente a la compra de medicamentos, argumentando ser más caros los de la paciente, el resto del dinero lo gasta en su hija, recreación y una mínima cantidad al gasto familiar, de tal manera que tiene un déficit \$6,485.00.

Por lo que se refiere al lugar donde viven, es un departamento que rentan y cuenta con todos los servicios, no existe índice de hacinamiento ya que la vivienda tiene 3 recamaras lo que les permite acomodarse. En cuanto al mobiliario que existe al interior de la vivienda, se encuentra un televisor, refrigerador, equipo de sonido, línea telefónica, etcétera.

Finalmente en la adherencia terapéutica, mencionan que tienen alrededor de 5 años asistiendo al área de consulta externa del INNN, durante este tiempo estuvo en el área de hospitalización en un lapso de 15 días, y la persona que le dio el diagnóstico de esquizofrenia estuvo a cargo de un doctor. Actualmente las citas se las asignan cada tres meses aproximadamente, teniendo que la duración de las consultas son alrededor de 15 minutos, tiempo que no considera suficiente para evaluar el estado de salud de una persona, por otro lado, está de acuerdo con los cambios de doctores que ha tenido a lo largo del proceso terapéutico, sobre todo con la doctora B.O, quien ha decir del cuidador primario, demuestra una actitud de responsabilidad.

En cuanto a los medicamentos que ingiere la paciente, le han provocado efectos secundarios, como lo es somnolencia, obesidad e inflamación en los pies.

FOLIO 3

Paciente: GKS

Cuidador primario: MLT (hija)

La paciente GKS con diagnóstico de esquizofrenia tiene 56 años de edad y es originaria del Estado de Veracruz. Actualmente vive con su hija en Huixquilucan, Estado de México y se dedica a los quehaceres del hogar, cuenta con nivel educativo básico.

Por las características que presenta la familia, corresponde a la categoría de monoparental nuclear, la etapa del ciclo vital por el que atraviesa corresponde al de desprendimiento, no obstante el tiempo que tienen viviendo juntas es de 22 años, y la religión que profesan es la católica. La hija, MLT de 22 años de edad, es empleada doméstica en la colonia Chapultepec.

Por lo que se refiere al área de salud y particularmente a los servicios médicos con los que cuenta la familia, se observa en primera instancia que madre e hija no tienen sistema de seguridad social y consecuentemente cuando surge alguna emergencia asisten al centro de salud u optan por los préstamos para pagar un médico particular, asimismo, las enfermedades mas comunes que se presentan dentro de la familia, son principalmente, psiquiátricas, gastrointestinales y problemas de obesidad, padecimientos que tiene la madre. En el caso de MLT, menciona contraer problemas gastrointestinales a causa de comer en la calle y cuando no come en el horario correspondiente.

En cuanto a la situación y problemática familiar, ésta es disfuncional por lo que se observa en la grafica de la Escala de Funcionamiento Familiar. En ese sentido la cuidador primario manifestó que dado el tiempo que dedica a su trabajo, casi no platica con su madre, además de que el estado de salud de ésta no se lo permite, argumentando que la mayor parte del día se la pasa durmiendo, asimismo, explica que está tomando un curso de belleza en los fines de semana, situación que la absorbe demasiado tiempo. Por otro lado, menciona que la hermana de su madre, quien las visita esporádicamente, es la única persona con la que puede expresar lo que siente. Sin embargo, la paciente tiene un mayor acercamiento con las vecinas, lo cual le ocasiona problema debido a los comentarios que éstas refieren entorno a su padecimiento, cuya situación agrava la enfermedad.

Referente a la situación económica, la cual está a cargo de la manutención de la familia, es la cuidador primario, misma que percibe un salario mensual de \$3,500.00, del cual \$1,750.00 corresponde al salario per cápita. En ese orden, destina mayor cantidad al gasto médico de la paciente el cual asciende a \$1,200.00 mensualmente, por otro lado menciona que parte de este presupuesto lo destina al pago de los cursos de belleza que toma los fines de semana, quedando una mínima cantidad para la recreación familiar.

Por lo que se refiere al tratamiento terapéutico que está llevando la paciente en el INNN, argumentó haber estado sólo una vez en hospitalización, sin embargo, por más de 6 meses ha asistido al área de consulta externa, lapso durante el cual, la ha atendido un médico, del que da buenas referencias. Por la escasa preparación académica de la cuidador primario, argumenta sólo captar las indicaciones que el médico le recomienda, cuando este le habla en lenguaje coloquial, ya que frecuentemente éste utiliza un lenguaje técnico con el cual no le queda claro las indicaciones entorno a la enfermedad del paciente.

Por otro lado y debido a la situación económica en la que se encuentra, hay ocasiones en que no puede comprar los medicamentos, además de ser escasos. En cuanto a la percepción que tiene del equipo médico, considera que le hacen perder el tiempo, tomando en cuenta que el espacio de consulta es de 10 a 15 minutos, por este motivo refiere medir la calidad del servicio médico, mediante el estado de salud de su madre y como éste sólo está siendo controlado no tiene credibilidad en el proceso terapéutico.

FOLIO 4

Paciente: BSN

Cuidador primario: ZNV (madre)

BSN es soltero con diagnóstico de esquizofrenia, tiene 26 años de edad y actualmente estudia una carrera técnica y trabaja por las tardes. El paciente reside en Atizapan de Zaragoza, Estado de México.

El tipo de familia al que pertenece corresponde al de primaria nuclear, cuya religión es la católica, tienen un tiempo de unión de 32 años y se encuentra en la etapa de desprendimiento del ciclo vital. Está constituida por 5 integrantes, en primera instancia se encuentra el padre del paciente de 62 años de edad, con escolaridad básica, actualmente

está desempleado. La madre, ZNV de 52 años de edad, cuenta con el nivel básico de escolaridad y se desempeña como ama de casa en la actualidad. Por otro lado, se encuentra el hermano mayor del paciente de 32 años de edad con un nivel académico superior, cuya ocupación es la docencia. El segundo hermano de BSN tiene 27 años de edad, con nivel de preparación superior, cuenta con la Lic. en Pedagogía y actualmente se desempeña como docente, por último se ubica el paciente. Cabe aclarar que los dos hermanos que le anteceden al paciente son solteros.

Por lo que se refiere al tipo de enfermedades que se presentan al interior de la familia, se observa en primera instancia las psiquiátricas, cuyos miembros que la padecen son el paciente y su hermano mayor quien tiene depresión, en segundo término se encuentran las gastrointestinales y respiratorias, por decir de ésta última la padecen los padres, y las gastrointestinales, como lo es la gastritis la padece el hermano de en medio. Sin embargo, dos de los miembros que están afiliados al sistema de seguridad ISSSTE, son quienes se han hecho cargo de los gastos médicos de la familia. Por lo que es común que los miembros asistan al médico particular sin que tengan mayor problema para acceder a este.

En cuanto a la dinámica familiar, es medianamente funcional, se caracteriza por la poca convivencia entre los miembros, situación que se le atribuye a la ocupación de cada uno de ellos, no obstante el paciente mencionó tener “buena comunicación” con su segundo hermano, quien dispone de tiempo los fines de semana, el cual lo destina a realizar algún deporte en compañía del paciente. Así mismo con el hermano mayor quien padece de depresión no existe interacción, especificando sólo haber diferencias entre ellos dos. Por otro lado, los padres demuestran mayor interés por aspectos relacionados con la economía familiar, dejando en segundo término el estado de salud del paciente.

Los principales proveedores de la economía, son los dos hermanos del paciente, cuyo salario mensual es de \$4,000.00 y el ingreso per cápita se traduce en \$800.00. Mencionan destinar al gasto médico \$1,100.00 sólo del paciente, argumentando ser muy caros. Por el contrario, el paciente explica que él contribuye a la compra de sus medicamentos. Por estas razones se observa que familia tiene un déficit de \$247.00.

En cuanto a las condiciones de vivienda, la familia explicó que el lugar donde viven es de su propiedad, la cual tiene todos los servicios necesarios, agua, luz, teléfono y mobiliario como lo es, televisión, equipo de sonido, refrigerador. Sin embargo, y de acuerdo al número de dormitorios con los que cuenta la vivienda, se concluye que existe un índice de hacinamiento de 5/2. De acuerdo al material que está construida ésta, mencionan que el techo, piso y paredes son de concreto.

Actualmente el padecimiento psiquiátrico de BSN está siendo atendido en el INNN, por lo que menciona acudir a las citas en el área de consulta externa mensualmente; durante este tiempo lo han atendido varios psiquiatras, situación que no le molesta en lo particular, por el contrario considera buena idea que no siempre lo trate el mismo médico. No obstante, mencionó no apegarse al tratamiento terapéutico, generalmente porque los medicamentos le provocan efectos secundarios, como lo es somnolencia, cansancio, además de que estos constantemente se escasean.

FOLIO 5

Nombre del paciente: FHM

Cuidador primario: CPY (esposa)

El paciente tiene 39 años de edad, con educación secundaria y se desempeña como comerciante de frutas y verduras en un tianguis. Actualmente vive en Texcoco, Estado de México con su esposa y sus dos hijos.

La familia tiene 16 años de unión, se clasifica como una familia primaria extensa, cuyo ciclo vital atraviesa la etapa de desprendimiento, profesa la religión católica. En este orden, la familia está constituida por 6 integrantes, en primera instancia se ubica el padre del paciente quien tiene 77 años de edad, situación que no le permite trabajar. En segundo lugar se encuentra su madre de 67 años de edad, la señora se dedica a realizar los quehaceres domésticos del hogar. FHM vive bajo el mismo techo de sus padres con su esposa CPY de 38 años de edad quien se ocupa de las labores domésticas y las actividades escolares de sus hijos. Los otros dos integrantes de la familia son los hijos del paciente, su hija mayor tiene 16 años de edad y cursa el segundo semestre de preparatoria, y su hijo menor cursa el 4° cuarto año de primaria, él tiene 9 años de edad.

Las enfermedades frecuentes que presentan los miembros de la familia son, en primer lugar, la psiquiátrica, respiratorias, gastrointestinales, dermatológicas y crónicas degenerativas. Son los hijos del paciente quienes constantemente se enferman de gripe y tienen problemas digestivos; en cuanto a las crónicas degenerativas, es la madre del paciente quien tiene diabetes. Por otro lado, ninguno de los miembros tiene seguridad social por las características del trabajo que realizan, por este motivo es frecuente que recurran a préstamos para poder pagar un médico particular cuando se trata de una emergencia.

En cuanto a la problemática y dinámica familiar, es escaso el tiempo que el paciente dedica a su familia, ya que siempre esta lejos de ellos, por lo que se negó a que le aplicara la Escala de Funcionamiento Familiar argumentando, que tiene dos familias que mantener, y que la mayor parte de sus problemas familiares son a raíz de tener que organizar su tiempo para atender alguna de ellas.

El encargado de sustentar económicamente a la familia es el paciente, quien percibe mensualmente \$4,000.00, su ingreso per cápita se traduce a \$666.00 Del monto total de sus ingresos destina a gastos médicos \$400.00 mensuales, resultando un déficit de \$3,998.00. Los propietarios del lugar donde viven son los padres del paciente, quienes comparten la vivienda con la nuera y sus nietos.

El paciente tiene un diagnóstico de esquizofrenia, por ello, está siendo tratado en el área de consulta externa del INNN. Tiene alrededor de tres años asistiendo a esta institución y comenta haber estado en hospitalización durante 10 días. Por otro lado, refiere que una de las constantes a las que ha tenido que enfrentarse es que no entiende el origen de su enfermedad y que el médico en turno no se ha dado a entender cuando le explica el desarrollo del proceso terapéutico.

FOLIO 6

Nombre del paciente: JOR

Cuidador primario: CUA (padre)

El paciente JOR de 20 años de edad, es originario del Estado de Guerrero, lugar donde reside actualmente. Su estado civil es soltero y tiene el nivel educativo de secundaria terminada, dado el estado de salud por el que atraviesa no realiza actividad alguna.

Según el tipo de familia, ésta se ajusta al de primaria nuclear, cuyo ciclo vital atraviesa por la etapa de adolescencia. Consta de 10 integrantes, el padre del paciente, CUA quien tiene 52 años de edad, cuya ocupación como jornalero le absorbe la mayor parte del día. En segundo lugar se encuentra la madre del paciente de 38 años de edad quien se desempeña en las labores domésticas, además está al pendiente de las actividades escolares de los hijos. Por otro lado se ubican los hermanos de JOR. La mayor de ellas tiene 23 años de edad, es madre soltera de un hijo y actualmente ayuda a su madre a las labores domesticas; en segundo lugar está el paciente, le sigue su hermano de 18 años de edad quien estudio hasta la preparatoria y es soltero. Por otro lado, se encuentra otra de sus hermanas de 17 años quien está terminando el bachillerato; sus siguientes hermanos tienen 16 y 15 años respectivamente, cursan la secundaria. Y por último se encuentran los de menor edad, de 9 y 8 años, la primera esta en tercer año de primaria y el último cursa el segundo año de primaria.

Por lo que se refiere a los servicios médicos, la familia no cuenta con sistema de seguridad social debido a que el padre trabaja como jornalero, situación que le impide acceder al sistema de seguridad, por ello es común que recurran a la medicina tradicional, como lo son tes y plantas para la cura de enfermedades como las respiratorias. No obstante, entre las enfermedades que se dan al interior de la familia se encuentran además de las respiratorias, las dermatológicas, hipertensión, obesidad y psiquiátricas. La familia especifica que quienes están más propensos a las respiratorias son los hijos más pequeños y la madre tiene hipertensión y obesidad.

En cuanto a la problemática y dinámica familiar, se ubican como disfuncionales. Dentro de los conflictos se encuentran en primer término el de los hijos menores, ya que éstos pelean por los espacio para jugar. Por otro lado, el paciente menciona llevar una mejor comunicación con su hermana mayor y con el que tiene 18 años, con quien juega fútbol por las tardes. Generalmente, menciona el paciente, la familia es conflictiva, situación que la tribuye al poco espacio que tienen dentro de la vivienda, además de que sus padres son los primeros en dar el ejemplo, pues constantemente están discutiendo. Asimismo, refiere que debido al número de integrantes es difícil que la atención de los padres se enfoque en el estado de salud del paciente.

Referente al estado económico, es el padre el encargado de proveer económicamente a la familia, su ingreso mensual es de \$3,000.00, del cual el ingreso per cápita es de \$300.00, resultando que tiene un déficit de \$2,992.76.

Por ello es común que recurran a préstamos, sobre todo cuando se trata de una emergencia relacionada con la salud de alguno de los miembros de la familia. El proveedor económico refirió destinar mayor presupuesto a los gastos médicos el cual

asciende a \$2,400.00 mensuales incluyendo los pasajes que tiene que pagar para trasladarse de Guerrero al Distrito Federal.

En cuanto a las condiciones de la vivienda, explican que el lugar donde residen es prestado, carecen de los servicios indispensables, como agua potable, baño y espacios dentro de la vivienda, ya que ésta tiene 2 cuartos, el primero funciona como cocina y el segundo como dormitorio, por lo que existe un índice de hacinamiento de 1/10. Por otro lado, el material de los techos, pisos y paredes de la vivienda son de cemento y al interior de ella sólo cuentan con dos tipos de mobiliario, televisor y estufa.

Debido al diagnóstico de esquizofrenia que tiene el paciente, lleva asistiendo más de tres años al INNN, específicamente al área de consulta externa, de igual forma, menciona haber estado en hospitalización por más de 15 días. Durante este tiempo, lo han atendido alrededor de tres psiquiatras, situación que le incomoda, sobre todo porque algunos de ellos ponen más interés en su trabajo que en atender a los pacientes. Actualmente considera que la doctora que está a cargo del proceso terapéutico es buena persona y como profesional es muy comprometida con los pacientes. Finalmente, menciona que dada la situación en la que vive, se le dificulta apegarse al tratamiento.

FOLIO 7

Nombre del paciente: CIG

Cuidador primario: NVL (hija)

CIG es una paciente de 64 años de edad oriunda del Estado de Guanajuato. Actualmente reside en el Distrito Federal al lado de su hija, con quien ha vivido durante 32 años después de la muerte de su esposo. El nivel de escolaridad que tiene es de primaria incompleta y la religión que practican es la católica.

Por estar constituida con dos integrantes, la familia se clasifica como uniparental nuclear. Por lo que se refiere al ciclo vital corresponde al de desprendimiento. La hija, NVL de 32 años de edad, es soltera y se encuentra integrada a la población económicamente activa como comerciante en un tianguis cercano a su domicilio, la ocupación de la paciente está relacionada con la de su hija, sin embargo, cuando se observa agravado el estado de salud de ésta, se le pide abandonar el trabajo hasta que mejore.

Respecto al área de servicios médicos, madre e hija mencionan no estar afiliadas a algún tipo de seguridad social, así que cuando se presenta alguna emergencia acuden al médico particular o centro de salud más cercano a su domicilio. Asimismo, refieren que las enfermedades a las que están expuestas constantemente, además de la psiquiátrica de la madre, son las respiratorias y dermatológicas.

De acuerdo a la dinámica familiar, ésta es disfuncional, ya que la cuidador primario explicó que por ser ella la única persona en quien recae el cuidado de su madre, se encuentra con una carga emocional que al mismo tiempo la distancia de ella, causando frecuentemente discusiones que le hacen perder la paciencia, argumentando ser la razón por la cual no existe una relación de afectividad, mas que el de compromiso cuando piensa que no hay otra persona que pueda encargarse de su madre. Por el contrario la paciente comentó sentir ese rechazo por parte de su hija, situación que le atribuye al

pretendiente de ésta, quien constantemente la regaña y no le tiene respeto, a tal grado que ha intentado golpearla.

Por lo que se refiere a la distribución del ingreso familiar, es la cuidador primario la encargada de administrar el dinero que las dos perciben; su ingreso mensual asciende mensualmente a \$4,000.00, del cual \$900.00 lo destina a los gastos médicos únicamente de la paciente. Por otro lado, tienen un ingreso per cápita de \$2,000.00 y como consecuencia, un déficit de \$399.00. El lugar en el que viven es de su propiedad y cuenta con todos los servicios básicos como agua, luz y teléfono.

En cuanto al proceso terapéutico que está llevando en el área de consulta externa del INNN, la cuidador primario refirió que su madre ha sido tratada por diferentes psiquiatras y ha estado en hospitalización una vez con una estancia aproximada de 15 días, así mismo, explica que estos cambios no le afectaron, por el contrario ha tenido la oportunidad de conocer el modo de trabajar de los otros doctores. Sin embargo enfatizó que siente un espacial aprecio por el actual psiquiatra que está llevando su caso, de quien ha recibido un trato cálido y menciona estar muy agradecida con él por la mejora que ha tenido desde que éste se ha hecho cargo de su tratamiento.

FOLIO 8

Paciente: DKJ

Cuidador primario: EFH (madre)

El paciente tiene 33 años de edad, es soltero y cuenta con un nivel educativo de secundaria, es originario de Zamora, Michoacán donde actualmente vive con su familia. Se le diagnosticó esquizofrenia paranoide y en este momento se encuentra desempleado.

La familia KJ de religión católica, está constituida por tres integrantes, la madre del paciente, EFH de 72 años de edad, viuda desde hace siete años, dedicada al hogar y con dos hijos, incluido el paciente; la otra integrante es la hermana del paciente de 36 años, soltera, se desempeña como enfermera en el IMSS. Dicha familia se clasifica como uniparental nuclear en la etapa de retiro o muerte del ciclo vital debido a las edades de los integrantes.

La madre del paciente y su hermana son derechohabientes del IMSS, él no debido a que ya rebasó la edad especificada, por lo que acude con médicos privados así como al Centro de Salud. Las enfermedades en la familia son: madre hipertensa con problemas ortopédicos en ambas piernas, problemas oftalmológicos, pérdida de la vista en un ojo y enfermedades respiratorias, éstas últimas igualmente padecidas por su hija, quien tiene problemas de la tiroides y finalmente DKJ, quien presenta el padecimiento psiquiátrico.

La convivencia familiar de los KJ consiste en realizar cada semana actividades de recreación, lo cual ayuda a que exista integración de todos los familiares, hacen excursiones así como reuniones con diferentes parientes. Señala la madre que no existe ningún tipo de violencia física entre los miembros de la familia, aunque DKJ menciona que en ocasiones se pelea con su hermana verbalmente, pero siempre quedan en buenos términos, pues se sientan ha platicar hasta solucionar sus diferencias. La relación entre madre e hijo es muy apegada a consecuencia de que comparten mucho tiempo

juntos ya que siempre se están cuidando entre ellos. El puntaje global de la Escala de Funcionamiento Familiar señala que la familia del paciente es funcional, existe una buena integración entre los tres miembros y se apoyan en todos los problemas relacionados con su salud, emocionales y económicos.

La hermana del paciente es la proveedora económica de esta familia, se desempeña como enfermera en el IMSS y desconocen el monto de sus ingresos, sin embargo, aporta \$1,000.00 mensuales para la alimentación y se hace cargo de todos los gastos como teléfono, agua y luz. Cabe señalar que algunos familiares aportan dinero para las necesidades del paciente. Respecto a los gastos médicos, oscilan alrededor de \$1,500.00 mensuales, incluyendo medicamentos, 2 pasajes a la Ciudad de México cada 3 meses y pago de consultas, cuentan con un familiar en la Ciudad de México, el cual le brinda hospedaje así como alimentos los días que vienen a consulta al INNN.

Los Jiménez Hernández viven en una casa propia donde sólo viven los tres integrantes, no presentan índice de hacinamiento debido a que cada quien tiene su dormitorio; esta vivienda cuenta con cocina, sala, comedor y baño privado. La estructura de la casa está conformada por paredes de tabique, techo de concreto y pisos de loseta. Poseen el mobiliario básico como televisión, microondas, DVD, centro de lavado, refrigerador y computadora.

El paciente lleva 9 años asistiendo a consulta externa al Instituto Nacional de Neurología, la frecuencia de las citas es de 1 aproximadamente cada 3 meses y ha estado hospitalizado en el área de neuropsiquiatría en 5 ocasiones con una estancia promedio de 20 días. DKJ señaló como efectos secundarios del tratamiento farmacológico la sensación de mucha hambre. Sí lleva a cabo una adherencia terapéutica adecuada, pues realiza todas las actividades señaladas por el psiquiatra, también cuenta con el apoyo económico y emocional de su familia, ayudándole a tener una estabilidad en su enfermedad.

FOLIO 9

Paciente: LGY

Cuidador primario: CUQ (madre)

LGY con 22 años de edad, es originaria de Texcoco, Estado de México donde actualmente se encuentra su domicilio, tiene estudios técnicos en computación y diagnóstico de esquizofrenia.

La familia de la paciente tiene un tiempo de unión de 26 años, está constituida por 4 integrantes; la madre, CUQ de 58 años, se desempeña en las labores de la casa y funge como la cuidador primario; el padre de la paciente de 59 años el cual trabaja como comerciante; la hija mayor de dicho matrimonio de 25 años la cual trabaja de enfermera en el ISSSTE y finalmente la referida paciente. Es una familia primaria nuclear, la cual se encuentra en la etapa de desprendimiento del ciclo vital. La familia GY no cuenta con sistemas de seguridad social, por ello asiste al Centro de Salud cuándo tienen algún problema de salud. Entre las enfermedades frecuentes de la familia se encuentra sólo el padecimiento psiquiátrico de la paciente, quien además presenta problemas ortopédicos debido a que presenta dificultad para caminar, así como problemas dermatológicos pues

tiene manchas en la piel. Los demás integrantes de la familia se encuentran en buenas condiciones de salud.

Menciona la señora CUQ que no existe ningún tipo de violencia dentro de su familia, sin embargo hay problemas de comunicación entre el padre y las hijas. La familia de la paciente realiza actividades recreativas asistiendo a misas todos los domingos y participando en las actividades que organiza la iglesia cristiana de su comunidad. En la Escala de Funcionamiento Familiar, esta familia se clasifica como medianamente funcional.

Los que sustentan la economía familiar son: el padre, quien se desempeña vendiendo abarrotes con un ingreso mensual de \$4,800.00 y la hermana quien trabaja de enfermera en el ISSSTE con un ingreso mensual de \$2,000.00, lo que se traduce en 4.6 salarios mínimos y un ingreso per cápita de \$1,700.00. Los ingresos se destinan al gasto familiar así como al tratamiento médico de LGY, el cual fluctúa alrededor de los \$300.00 mensuales por medicamentos y pago de consultas en el INNN. Esto nos lleva a que la familia, según sus ingresos y egresos, tiene un déficit aproximado a los \$5,400.00, por lo que con frecuencia recurren a solicitar préstamos a familiares.

El domicilio de la familia es una casa propia, presenta índice de hacinamiento debido a que solo cuentan con una habitación para los 4 integrantes. La vivienda cuenta con paredes de tabique, techo de lámina de cartón y pisos de cemento. Tienen mobiliario básico, cabe destacar que no cuentan con teléfono.

Marta Fuentes Valdez tiene 9 meses asistiendo a consulta externa en el INNN, sus consultas son bimestrales, señala haber estado hospitalizada en el área de neuropsiquiatría en una sola ocasión con una estancia de 15 días. La paciente mencionó tener efectos secundarios causados por los medicamentos, destacando que en los últimos meses ha tenido problemas en la piel debido a los fármacos. La cuidador primario señala que sí hay una adherencia terapéutica debido a que sigue todas las indicaciones de su psiquiatra, tomando los medicamentos y asistiendo a sus consultas cada dos meses.

FOLIO 10

Paciente: DNE

Cuidador primario: LAX (madre)

DNE de 39 años de edad es originario del Distrito Federal, actualmente vive en Ciudad Nezahualcoyotl, su estado civil es soltero y su nivel educativo es de primaria, tiene diagnóstico de esquizofrenia.

La NE, de religión católica, tiene un tiempo de unión de 40 años, conformada por 6 integrantes: la madre del paciente, LAX de 69 años, la cual es cuidador primario del paciente; el padre de 79 años, labora como comerciante. La familia se integra también por 4 hijos del matrimonio, el mayor de ellos tiene 48 años y el que le sigue 45 años, ambos son casados y viven en otro domicilio, el paciente y su hermano menor de 26 años todavía viven con sus padres, por lo tanto es una familia nuclear en la etapa de muerte y retiro del ciclo vital, cabe señalar que todos los hermanos tienen nivel educativo de

primaria y se dedican a la hojalatería, por lo cual la familia no cuenta con sistemas de seguridad social y asisten al centro de salud. Las enfermedades registradas en la familia son el padecimiento psiquiátrico de DNE y la diabetes mellitus de ambos padres.

En lo referente a su situación y problemática familiar, la familia del paciente presenta violencia verbal y física entre hermanos, por lo mismo no existe comunicación entre padres e hijos; todos los hermanos así como el padre consumen alcohol y tabaco. El hermano mayor es muy conflictivo, ha tenido problemas con vecinos, sin embargo, existe apoyo económico y emocional en momentos difíciles. En la Escala de Funcionamiento Familiar, la familia se encuentra en el área medianamente funcional.

Los gastos familiares están a cargo del paciente quien es hojalatero y de hermano menor, DNE no especifica sus ingresos pues varían y en ocasiones no trabaja debido a su padecimiento, el hermano menor es empleado de unas oficinas, desconocen sus ingresos pero aporta para los gastos de los servicios como son agua, luz y alimentos. Los gastos médicos oscilan alrededor de los \$800.00 mensuales, que incluyen medicamentos y pago de consultas en el INNN, por lo cual todos los hermanos cooperan en el tratamiento del paciente.

La vivienda de la familia es prestada por unos familiares, tienen un índice de hacinamiento importante, ya que cuentan con un solo dormitorio. La estructura de la casa es de paredes de tabique, lamina de cartón y pisos de cemento, cabe señalar que no cuentan con teléfono.

DNE lleva 10 años asistiendo a consulta externa al Instituto Nacional de Neurología, ha estado hospitalizado en el área de neuropsiquiatría en tres ocasiones con una estancia promedio de ocho días, la frecuencia de las citas es trimestralmente. El paciente sí ha presentado efectos secundarios por los fármacos debido a que lo alteran y lo ponen eufórico, señala que no se adhiere al tratamiento dado por el psiquiatra ya que en ocasiones se le olvida tomarlos y otras no puede comprarlos.

FOLIO 11

Paciente: IBS

Cuidador primario: MUP (madre)

El paciente IBS de 20 años de edad, originario del Distrito Federal, soltero y con nivel educativo de preparatoria, tiene diagnóstico de esquizofrenia.

Su familia es de religión Cristiana, actualmente vive en la colonia la Joya ubicada en la delegación Tlalpan. La familia tiene un tiempo de unión de 30 años, consta de 3 integrantes. La madre del paciente, MUP de 40 años, la cual es cuidador primario y se dedica a las labores del hogar; el padre de 51 años, el cual se desempeña como obrero, de este matrimonio se desprenden 3 hijos, de los cuales sólo uno vive con ellos, el paciente; por lo tanto, es una familia nuclear que se encuentra en la etapa de desprendimiento del ciclo vital.

La familia BS no cuenta con sistema de seguridad social debido a que el proveedor económico no tiene prestaciones por su tipo de trabajo, por lo que se ven obligados a asistir al centro de salud cuando algún miembro de la familia lo requiere. Dentro de las enfermedades frecuentes en la familia se identifica la enfermedad psiquiátrica del paciente, el padre padece diabetes mellitus y la madre tiene cáncer de mama y ambos padecen hipertensión.

No existe convivencia en esta familia, es decir, no realizan actividades juntos. No hay ningún tipo de violencia entre los miembros de la familia, sin embargo, resalta la madre que existen graves problemas de comunicación entre padres e hijos. Rescata la señora MUP que las enfermedades que padecen su hijo y ella, han ayudado a desarrollar una mejora en la dinámica familiar, favoreciendo las funciones de apoyo y que haya mayor flujo de la comunicación así como un mayor apoyo con respecto a la salud de la familia. En cuanto a la Escala de Funcionamiento Familiar se ubican como una familia medianamente funcional.

El padre es el proveedor económico, quien se desempeña como obrero y tiene un ingreso mensual de \$3,500.00, lo que se traduce en 2.3 salarios mínimos y un ingreso per cápita de \$1,166.00 mensuales. El total de sus ingresos los destina al gasto familiar así como a los gastos médicos del paciente que incluyen medicamentos y pago de consultas en el INNN; estos gastos oscilan entre los \$1,500.00. Esto nos lleva a que la familia, según sus ingresos y egresos, tienen un déficit aproximado a los \$3,183.00, por lo que con frecuencia la familia recurre a solicitar préstamos así como venta de sus bienes.

La vivienda de la familia es prestada por un familiar, cuentan con un dormitorio para los 3 integrantes, cocina, sala, comedor y baño privado, la estructura de la casa es de paredes de tabique, lámina de asbesto, pisos de cemento y tienen el mobiliario básico.

El paciente lleva 2 años asistiendo a consulta externa al Instituto Nacional de Neurología, sus citas son mensuales, estuvo hospitalizado en el área de neuropsiquiatría en 1 ocasión con estancia de 30 días. Expresó haber aumentado de peso a consecuencia de los medicamentos, considera que existe una adecuada adherencia terapéutica, sin embargo, esto entra en contradicción cuando menciona que en ocasiones los medicamentos no pueden ser comprados por falta de recursos económicos.

FOLIO 12

Paciente: DBI

Cuidador primario: ECL (padre)

El paciente DBI de 18 años de edad cursa el sexto semestre de preparatoria en el Estado de Querétaro, lugar donde actualmente reside con su padre y dos hermanos menores.

La familia del paciente es de tipo nuclear, compuesta por 5 integrantes. El padre ECL de 48 años de edad y su esposa de 46, ambos tienen estudios de nivel superior, el primero es ingeniero industrial y su esposa es pedagoga. Por otro lado, tienen 3 hijos varones, el mayor de ellos es el paciente, los otros dos hermanos más jóvenes tienen 15 y 8 años de edad respectivamente, son estudiantes, el primero de ellos está terminando la secundaria y el otro cursa el tercer año de primaria. En cuanto a la religión que practican es la

católica y tienen un tiempo de unión de 20 años, el ciclo vital por el que atraviesan es el de adolescencia.

Por lo que se refiere a la dinámica familiar, los hermanos conviven poco con el paciente, ya que tienen que asistir a la escuela y el tiempo que tienen libre lo dedican a realizar tareas; el paciente también estudia situación que lo mantiene ocupado, señala que la atención que los hermanos pongan en él no es indispensable. Por otro lado especificó incomodarse cuando su padre no está al pendiente, ya que siempre ha visto el interés que éste pone en su estado de su salud.

En ese sentido el padre especificó que por la doble función que tiene que cumplir como jefe de familia y responsable de los quehaceres domésticos, no le queda tiempo para otras actividades, no obstante cuando la sobrecarga laboral no es mucha, trata siempre de estar al pendiente del paciente, lo que implica, preparar alimentos para los 3 hijos, acudir a las juntas escolares y llevar a consultas al paciente lo que significa trasladarse de Querétaro al Distrito Federal, además de trabajar como Ingeniero, cuya actividad le exige moverse constantemente de lugar.

En cuanto a la Madre, por cuestiones laborales no vive con la familia, por ello tiene domicilio en Atizapán de Zaragoza, Estado de México y actualmente trabaja como docente en una primaria, sin embargo menciona ir a visitar a la familia los fines de semana. Por lo que se refiere a la recreación familiar, esporádicamente se reúnen y cuando esto sucede es el paciente quien se aísla del grupo después de un largo tiempo, por otro lado, padre y madre mencionaron ingerir bebidas alcohólicas frecuentemente sobre todo en reuniones con amigos.

Cabe señalar que por el tipo de trabajo que realizan las dos personas que aportan a la economía familiar, cuentan con sistema de seguridad social, no obstante si se da algún caso de emergencia, recurren a un médico particular. Por otro lado, las enfermedades mas frecuentes que se presentan son las psiquiátricas y respiratorias.

Económicamente, la familia cuenta con dos proveedores cuyos salarios ascienden mensualmente a \$21,500.00 siendo el ingreso per cápita de \$4,400.00. En ese sentido no se observa mayor problema en la distribución de los gastos, por lo que la mayor parte de dinero se destina a los gastos médicos, el cual asciende a \$4,000.00 mensuales enfatizando que son mas caros aquellos que ingiere Carlos Adrián Ángeles Sánchez.

El lugar donde viven es una casa sola y la renta es de \$3,000.00, cuentan con todos los servicios, baño privado, 3 dormitorios, cocina, comedor y una sala, los techos son de concreto y los piso de mosaico. Así mismo, en el interior de la casa se encuentra mobiliario como lo es DVD, computadora, horno de microondas, etcétera.

De acuerdo a lo mencionado por la familia, el paciente tiene 6 meses acudiendo al área de consulta externa del Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía, durante este tiempo ha estado en el área de hospitalización una vez por 15 días.

En cuanto al tratamiento que está llevando a cabo el paciente, lo considera regular, ya que al padre no le agrada que el paciente esté constantemente bajo la influencia de algún fármaco, que por un lado le controla la enfermedad y por otro le provoca efectos

secundarios, como es somnolencia y cansancio. Referente al desempeño del equipo médico, considera que el doctor se concreta a realizar su trabajo, es decir, no nota en éste otro interés más que el de dar la consulta, por ello percibe la relación médico paciente como muy lineal, sin embargo, como encargado de vigilar el proceso terapéutico considera que el paciente se esfuerza por acatar al pie de la letra las indicaciones del médico.

FOLIO 13

Paciente: JPT

Cuidador primario: DQV (hermana)

JPT de 26 años de edad, es originario de Texcoco, Estado de México. Es soltero, nivel educativo de 4º semestre de ingeniería en la UNAM y tiene diagnóstico de esquizofrenia.

La familia PT de religión Cristiana, está constituida por 3 integrantes, el paciente que labora ayudándole a su hermana en un negocio, su padre de 76 años y su hermana DQV de 31 años, soltera, la cual trabaja de comerciante vendiendo barbacoa en un tianguis, Esta es una familia uniparental nuclear en la etapa de retiro o muerte del ciclo vital.

Las enfermedades que aquejan a la familia son el cáncer de próstata del padre del paciente, quien además es hipertenso, padece de diabetes mellitus y es ciego; DQV sufre de enfermedades gástricas y JPT de esquizofrenia paranoide. No cuentan con Seguro Social, por lo consiguiente acuden al centro de salud y en el caso del paciente al INNN y al INP, así como su padre al Instituto Nacional de Cancerológica.

Existe violencia verbal por parte del padre hacia los hijos, la comunicación es disfuncional, no conviven y no realizan actividades juntos, el padre es muy exigente y agrede a su hijo aventándole lo que esté a su alcance e insultándolo; entre hermanos existe una buena comunicación así como apoyo económico y emocional. Lo anterior se refleja en los resultados de la Escala de Funcionamiento Familiar, pues en el puntaje global aparece como medianamente funcional.

La familia PT cuenta con 2 proveedores económicos, la hermana quien se desempeña como comerciante vendiendo barbacoa todos los sábados y domingos en un tianguis con un ingreso mensual de \$5,000.00 y su hermano quien le ayuda en las ventas con una paga de \$1,200.00 mensuales, lo que se traduce en 4.3 salarios mínimos y un ingreso per cápita de \$2,066.00 mensuales.

Respecto a los gastos médicos del paciente que incluyen medicamentos y pago de consultas en el INNN, oscilan alrededor de \$1,200.00 mensuales, los gastos del padre, debido a que padece cáncer de próstata, fluctúan alrededor de \$3,000.00, es decir de gastos médicos la familia PT gasta \$4,200.00 mensuales. Esto nos lleva a que la familia, según sus ingresos y egresos, tiene un déficit aproximado a los \$4,475.00, por lo que con frecuencia la familia recurre a la solicitud de préstamos así como a la venta de sus bienes y el empeño.

La familia vive en una casa propia, no presentan índice de hacinamiento debido a que cada quien tiene su habitación, tienen cocina, sala, comedor y baño privado. La estructura

de la vivienda es de paredes de tabique, lamina de asbesto y pisos de cemento, cuentan con el mobiliario básico y artículos como DVD y TV.

El paciente JPT, lleva 7 años asistiendo a consulta externa al Instituto Nacional de Neurología, la frecuencia de las citas es de 1 cada 3 meses, nunca ha estado hospitalizado en el área de neuropsiquiatría. El paciente señala que los fármacos, como efecto secundario, le han provocado resequedad en la piel. Respecto a las indicaciones médicas el paciente hace todo lo especificado por el doctor, tomando sus medicamentos y asistiendo a los grupos de apoyo de esquizofrenia, con una adecuada adherencia terapéutica.

FOLIO 14

Paciente: DFB

Cuidador primario: TJL (madre)

El paciente DFB con 34 años de edad, es originario de Ajalpan Puebla, soltero, con nivel educativo de secundaria y con diagnóstico de esquizofrenia.

La familia FB de religión Cristiana, radica en Ajalpan su pueblo natal, tiene un tiempo de unión de 30 años. Consta de 11 integrantes, la madre del paciente de 60 años, la cual funge como cuidador primario y se desempeña como ama de casa; el padre de 60 años quien labora como campesino; de este matrimonio se desprenden 9 hijos, el mayor tiene 36 años, le sigue el paciente de 34 años, el tercero 32, el cuarto 26 años, la quinta, que es mujer, tiene 24 años, le sigue el que tiene 19 años, luego el de 11 años, y los menores tienen 8 y 7 años. Ninguno se encuentra casado, por lo tanto es una familia primaria nuclear y se encuentra en dos diferentes etapas del ciclo vital, en el desprendimiento y en la independencia.

En esta familia, a decir de sus integrantes, la mayoría de ellos se encuentran sanos, sólo el padre presenta problemas dermatológicos debido a la aparición de hongos en la piel y el paciente tiene resequedad en la piel así como su enfermedad psiquiátrica, no cuenta la familia con seguro social, por lo tanto, asisten al centro de salud cuando algún miembro de la familia lo requiere.

La situación y problemática familiar de los FB se caracteriza por la falta de convivencia, es decir, no realizan actividades juntos; hay violencia entre los miembros de la familia, alcoholismo y tabaquismo, existen graves problemas de comunicación entre padres e hijos, sin embargo, a decir de la familia, se apoyan en los momentos más difíciles y cuando tienen alguna necesidad cooperan todos. En la Escala de Funcionamiento Familiar se puede apreciar que la familia Cruz Carmona es medianamente funcional.

La familia cuenta con 7 proveedores económicos, cabe mencionar que cada uno es responsable de sus gastos, pero ayudan al paciente en su tratamiento así como en los gastos de los padres, sin embargo, no especifican los ingresos, se dedican todos los hermanos a la hojalatería y en ocasiones DFB les ayuda cuando se siente bien. Por su parte el padre se desempeña como campesino, tiene un ingreso mensual de \$600.00. Respecto a los gastos médicos del paciente que incluyen medicamentos, pasajes a la Ciudad de México y pago de consultas en el INNN, estos fluctúan alrededor de los

\$1,200.00 mensuales, por lo que con frecuencia la familia recurre a solicitar préstamos así como a la venta de sus bienes.

La familia vive en una casa rentada, tienen un índice de hacinamiento importante, 11/2, ya que cuentan sólo con 2 dormitorios, además de cocina, sala, comedor y baño privado. Dicha casa tiene paredes de madera, lámina de asbesto, pisos de cemento y mobiliario básico.

El paciente DFB, lleva 20 años asistiendo a consulta externa al Instituto Nacional de Neurología, ha estado hospitalizado en el área de neuropsiquiatría en 5 ocasiones con una estancia promedio de 12 a 15 días, la frecuencia de las citas es de aproximadamente 1 cada mes. El paciente señala como efectos secundarios de los fármacos, resequedad en su piel y movimientos involuntarios en los ojos, menciona que no ha podido llevar una adecuada adherencia terapéutica debido a los altos costos de los medicamentos.

FOLIO 15

Paciente: MHO

Cuidador primario: NRS (madre)

MHO de 27 años de edad, originaria del Distrito Federal, soltera y con nivel educativo de licenciatura en pedagogía, le diagnosticaron esquizofrenia en el INNN.

La familia de la paciente es de religión Católica, actualmente vive en Iztapalapa, con un tiempo de unión de 27 años, consta de 4 integrantes, la madre de MHO, NRS de 54 años, se desempeña como la cuidador primario y se dedica al hogar, el padre de 55 años que labora como ingeniero civil, su hermano de 23 años y la respectiva paciente, por lo cual es una familia primaria nuclear, en etapa de desprendimiento del ciclo vital.

En lo que corresponde a servicios médicos, los padres cuentan con IMSS por parte del trabajo del papá, sin embargo, la paciente y su hermano no cuentan con seguridad social, por lo tanto acuden a consultorios particulares así como a instituciones de salubridad del gobierno. Entre las enfermedades más frecuentes en la familia, se identifican el padecimiento psiquiátrico de la paciente y enfermedades respiratorias del padre.

La familia HO es muy unida y realizan actividades juntos, no existe ningún tipo de violencia entre los miembros y la comunicación entre padres e hijos es funcional. Se observa de acuerdo a la Escala de Funcionamiento Familiar que es una familia funcional. Cabe señalar que la paciente se ha incorporado a sus actividades y retomó sus clases de inglés y actualmente trabaja en una escuela; ella mencionó que el apoyo de su familia fue muy importante para llevar a cabo una adecuada adherencia terapéutica y tener una recuperación satisfactoria.

El padre de la paciente es el proveedor económico, quien se desempeña como ingeniero civil, tiene un ingreso mensual de \$12,000.00 lo que se traduce en 8 salarios mínimos y un ingreso per cápita de \$3,000 mensuales. Los gastos médicos del paciente que incluyen medicamentos y pago de consultas en el INNN así como consultas particulares de un psicólogo, oscilan alrededor de los \$4,000.00 mensuales.

La familia HO vive en casa propia, no presentan índice de hacinamiento debido a que cada quien tiene su propio dormitorio, de igual forma, cuentan con cocina, sala, comedor, baño privado y jardín. La estructura de la vivienda es de paredes de tabique, techos de concreto, pisos de mosaico y tiene el mobiliario básico.

La paciente lleva 1 año asistiendo a consulta externa al Instituto Nacional de Neurología, la frecuencia de las citas es de aproximadamente 1 cada 3 meses, ha estado hospitalizada en el área de neuropsiquiatría en 1 ocasión con una estancia de 20 días. MHO destaca el apoyo de su familia y señala que a partir del tratamiento aumentó de peso, efecto secundario causado por los fármacos. Se adhiere al tratamiento pues consume las dosis señaladas por el médico y asiste a terapias psiquiátricas las cuales son particulares y poco a poco se ha incorporado a su vida cotidiana.

FOLIO 16

Paciente: JKB

Cuidador primario: TMC (madre)

JKB de 22 años de edad, es originario de Poza Rica, Veracruz, soltero, nivel educativo secundaria, se le diagnóstico esquizofrenia.

La familia KB, de religión Cristiana, radica en Poza Rica, tiene un tiempo de unión de 32 años, consta de 5 integrantes, la madre del paciente, TMC de 56 años y se encarga del hogar, el padre de 56 años el cual se desempeña como ingeniero, el hermano mayor de JKB de 31 años, el cual es gerente de una tienda comercial, su hermana de 30 años la cual ayuda en las labores de la casa y el respectivo paciente. Esta familia es primaria nuclear en etapa de desprendimiento del ciclo vital.

Los padres cuentan con ISSSTE, los hijos no tienen seguro social, por lo cual asisten al centro de salud así como con médicos particulares en caso de una enfermedad. Dentro de los padecimientos frecuentes en la familia se identifican la enfermedad psiquiátrica del paciente, ambos padres padecen hipertensión y de enfermedades gastrointestinales.

Los problemas de la familia son una deficiente comunicación entre padres e hijos así como entre hermanos. Existe violencia verbal entre el hermano mayor y el menor, no acostumbran realizar actividades recreativas en familia. En la Escala de Funcionamiento Familiar, se ubican como medianamente funcionales.

Sólo el padre solventa los gastos del hogar, quien se desempeña como ingeniero, con un ingreso mensual de \$5,000.00, lo que se traduce en 3 salarios mínimos y un ingreso per cápita de \$833.00 mensuales. Los dos hermanos del paciente trabajan pero no aportan al gasto familiar, ellos solventan sus gastos personales. Respecto a los gastos médicos de JKB que incluyen medicamentos, pago de consultas en el INNN y transporte a la Ciudad de México, fluctúan alrededor de los \$1,500.00 mensuales, sin tomar en cuenta el hospedaje y los alimentos de la estancia en la ciudad, debido a que tienen una familiar que vive en el D.F. en la delegación Tlalpan quien les brinda hospedaje y alimentación durante este periodo. En suma, la familia según sus ingresos y egresos, tiene un déficit aproximado a los \$3,685.00, por lo que con frecuencia la familia recurre a solicitar préstamos.

La familia vive en casa propia, sin índice de hacinamiento debido a que tienen 3 dormitorios, cocina, sala, comedor y baño privado. La estructura de la casa es de paredes de tabique, techos de concreto y pisos de cemento. Cuentan con el mobiliario básico y aparatos electrónicos como televisión, horno de microondas y computadora.

El paciente lleva un año y medio asistiendo a consulta externa al Instituto Nacional de Neurología, la frecuencia de las citas es trimestral, ha estado hospitalizado en el área de neuropsiquiatría en 1 ocasión con una estancia de 9 días. El paciente señala que el tratamiento no le ha provocado ningún efecto secundario, sigue todas las indicaciones médicas tales como tomar los medicamentos y asistir a sus consultas. Tanto el paciente como su madre consideran que lleva una buena adherencia terapéutica.

FOLIO 17

Paciente: OQI

Cuidador primario: TLA (hermana)

OQI de 52 años de edad, es originaria de Hidalgo, soltera, con nivel educativo de primaria incompleta y cuenta con diagnóstico de esquizofrenia.

Actualmente la paciente vive en un pueblo del Estado de Hidalgo con su hermana de 48 años, la cual está casada. Esta familia, de religión Católica, se compone de 6 personas, la hermana antes señalada la cual se dedica a labores del hogar, su esposo de 56 años el cual se desempeña como ganadero, de este matrimonio hay 2 hijas; de 18 y 15 años, las dos estudian la preparatoria. Las otras integrantes son la respectiva paciente y su hermana TLA de 58 años, que nunca se casó por cuidarla. Es una familia que se clasifica como primaria semiextensa, se encuentra en la etapa de desprendimiento del ciclo vital.

Nadie de esta familia cuenta con sistema de seguridad social, por lo cual todos asisten al centro de salud del pueblo. Dentro de las enfermedades más frecuentes en la familia se identifican la enfermedad psiquiátrica de OQI y diabetes mellitus en sus dos hermanas y su cuñado.

La familia es muy individualizada, cada quien es responsable de sus cosas y sus gastos personales, no existe comunicación entre los cuñados y las sobrinas quienes ignoran a las tías, por lo tanto tampoco existe ningún tipo de recreación familiar; entre hermanas existe apoyo pero la comunicación tampoco es funcional en este subsistema. En la Escala de Funcionamiento Familiar, esta familia primaria semiextensa es poco funcional.

Cuentan con un solo proveedor económico, el cuñado, quien se desempeña como ganadero, desconocen sus ingresos. Cabe señalar que la familia siembra y tiene animales de los cuales se alimentan. Recibe apoyo económico de dos hermanos que radican en los Estados Unidos los cuales les envían \$2,000.00 cada 3 meses. Los gastos médicos son alrededor de \$1,200.00 mensuales que incluyen medicamentos, pago de consultas en el INNN y transporte a la Ciudad de México. Con frecuencia la familia recurre a solicitar préstamos así como a la venta de sus bienes.

La paciente vive en una casa prestada, tienen un índice de hacinamiento importante, 6/2, ya que cuentan con dos dormitorios además de cocina, sala, comedor y baño colectivo. La vivienda tiene paredes de tabique, concreto, pisos de cemento y el mobiliario básico.

La paciente lleva 18 años asistiendo a consulta externa al Instituto Nacional de Neurología, la frecuencia de las citas es de aproximadamente 1 cada 6 meses, ha estado hospitalizada en el área de neuropsiquiatría en 1 ocasión con una estancia de 19 días. En estos 18 años que ha consumido fármacos no le han provocado ningún efecto secundario. No tiene una adecuada adherencia terapéutica ya que debido a la falta de recursos económicos no asiste a sus consultas y no puede comprar los medicamentos.

FOLIO 18

Paciente: SUB

Cuidador primario: CPR (madre)

SUB de 36 años de edad, es originaria del Distrito Federal, soltera, nivel educativo de técnico en alimentos. Su primer diagnóstico fue esquizofrenia, el tratamiento farmacológico indicaba que tomara Aldol, sin embargo, trajo como efectos secundarios rigidez en todo el cuerpo, movimientos involuntarios, diagnosticando posteriormente disquinesia tardía, enfermedad provocada por el medicamento.

La familia UB, de religión Católica actualmente vive en Ciudad Nezahualcoyotl, tiene un tiempo de unión de 42 años, consta de 3 integrantes; la madre CPR de 71 años, la cual se desempeña como comerciante, el padre de 81 años quien trabajaba de albañil, pero debido a su edad ya no labora y el respectivo paciente. Es una familia primaria nuclear, se encuentra en la etapa de retiro o muerte del ciclo vital debido a las edades de los integrantes.

La única proveedora económica es la madre, quien se desempeña como comerciante vendiendo ropa usada en un tianguis, su ingreso mensual es de aproximadamente \$2,000.00, lo que se traduce en 1.4 salarios mínimos y un ingreso per cápita de \$340.00 mensuales. Cabe señalar que otros familiares cooperan con alimentos y pago de servicios como luz y agua. Se observa la falta de recursos de esta familia pues la ropa y zapatos se encuentran rotos y especificaron que tienen que caminar mucho para gastar menos en el transporte a pesar de que el paciente no puede caminar bien. Los gastos médicos del paciente, que incluyen medicamentos y pago de consultas en el INNN, fluctúan alrededor de los \$1,800.00 sin contemplar los gastos de los padres. Esto nos lleva a que la familia, según sus ingresos y egresos, tienen un déficit aproximado a los \$2,580.00, por lo que con frecuencia la familia recurre a la solicitud de préstamos, venta de sus bienes y el empeño.

La familia UB vive en un departamento prestado por un familiar, no presentan índice de hacinamiento debido a que tienen dos recamaras además de cocina, sala, comedor, baño privado y mobiliario básico. Cabe señalar que no tienen teléfono.

Los padres cuentan con sistema de seguridad social IMSS por parte del hijo mayor, pero el paciente no debido a que es mayor de edad. Las enfermedades frecuentes en la

familia son el padecimiento psiquiátrico (esquizofrenia y disquinesia tardía) del paciente. Con respecto a la madre padece de cáncer en la matriz y el padre es hipertenso.

La comunicación en la familia es funcional, no realizan actividades de recreación por falta de recursos económicos, sin embargo, no es impedimento para distraerse pues suelen cantar madre e hijo. Se observa una familia unida donde los padres se preocupan por el padecimiento que afecta al paciente, por lo que evitan la violencia entre ellos.

En relación con la Escala de Funcionamiento Familiar, en la familia Ordaz Vásquez se observa que a pesar de la falta de recursos económicos para satisfacer las necesidades de sus enfermedades, el apoyo familiar y sobre todo el emocional hace que sigan fortaleciendo a la familia.

Alfonso Ordaz Alarcón, lleva 6 años asistiendo a consulta externa al Instituto Nacional de Neurología, ha estado hospitalizado en el área de neuropsiquiatría en 9 ocasiones con una estancia promedio de más 30 días debido a que su enfermedad requería estudios especializados. La frecuencia de las citas es de 1 cada mes, sigue todas las indicaciones de los médicos, sin embargo, los doctores no logran controlar los movimientos involuntarios que padece, por lo cual la madre del paciente y cuidador primario, se encuentra muy desilusionada de los médicos y del INNN, pues señala que por culpa de ellos su hijo no tiene control de su cuerpo. La madre piensa que aún cuando él es una persona preparada, aparentemente nunca podrá trabajar ni hacer una vida normal debido a los movimientos involuntarios, los que hacen que la gente lo observe como alguien desagradable.

FOLIO 19

Paciente: ALQ

Cuidador primario: SVM (madre)

ALQ de 45 años de edad es originario del Distrito Federal, soltero, con nivel educativo de preparatoria y con diagnóstico de esquizofrenia.

La familia Fajardo Ochoa de religión Católica, actualmente vive en Ciudad Nezahualcoyotl. Su familia tiene un tiempo de unión de 60 años, consta de 3 integrantes, la señora SVM madre y cuidador primario de 74 años, el padre también de 74 años, el cual se encuentra jubilado y el respectivo paciente, cabe señalar que los demás hijos, que son 2, ya se independizaron, por lo tanto es una familia primaria nuclear en etapa de retiro o muerte del ciclo vital.

El matrimonio LQ tiene seguro social IMSS, el paciente no es derechohabiente de esta institución, por ello es atendido en el centro de salud así como en el INNN y el INP. Las enfermedades que padecen ambos padres es la hipertensión y ALQ sólo presenta esquizofrenia.

La familia tiene problemas de violencia verbal por parte del hijo hacía los padres, no obedece, no quiere hacer nada, sólo se la pasa durmiendo, fumando y viendo la televisión, no quiere que nadie le diga nada y mucho menos que se acerquen. No hay comunicación entre padre e hijo. Uno de los mayores problemas es el tabaquismo que

presenta el paciente debido a que se altera y arremete contra los padres si no le compran los cigarros. Bajo estas circunstancias, en la Escala de Funcionamiento Familiar se refleja la disfuncionalidad de la familia y en el puntaje global se observa como poco funcional.

El padre es quien sustenta los gastos familiares, se encuentra jubilado y los entrevistados no reportaron la cantidad que percibe, sin embargo, los otros hijos aportan al gasto familiar (cantidad no especificada) para solventar los gastos de los padres y del hermano enfermo. Los gastos del tratamiento de ALQ por concepto de medicamentos y pago de consultas en el INNN es de aproximadamente \$550.00 mensuales.

La familia LQ habita en una casa propia, no existe índice de hacinamiento pues los tres miembros tienen sus respectivas habitaciones, cocina, sala, comedor y baño privado. Esta casa cuenta con paredes de tabique, techo de concreto, pisos de loseta y el mobiliario básico así como algunos aparatos electrónicos.

ALQ tiene 17 años asistiendo a consulta externa al Instituto Nacional de Neurología, la frecuencia de las citas es de 1 cada 6 meses; ha estado hospitalizado en el área de neuropsiquiatría en 3 ocasiones con una estancia promedio de 7 días, los medicamentos no le han provocado ningún efecto secundario.

Con respecto a la adherencia terapéutica, la señora SVM mencionó que el paciente no la lleva a cabo correctamente, pues no ingiere los medicamentos, dice que lo quieren envenenar, no le gusta asistir a consulta, con mucho trabajo lo lleva a al instituto. Por ello, el médico indicó lo llevara a un grupo de apoyo de esquizofrenia en el Instituto Nacional de Psiquiatría, en cuanto a los gastos de los medicamentos la familia hace el esfuerzo de comprarlos a tiempo, sin embargo, el paciente no los toma. La madre señaló que ella y su esposo se encuentran cansados y desesperados debido ha que no ven mejorar a su hijo.

FOLIO 20

Paciente: TFU

Cuidador primario: BPC (madre)

El paciente es un adulto joven de 28 años de edad, originario del estado de Oaxaca y actualmente radica en Naucalpan de Juárez, Estado de México. TFU es soltero, con nivel educativo de secundaria y con diagnóstico de esquizofrenia, actualmente no realiza actividad alguna.

El tipo de familia del paciente es uniparental nuclear, tiene un tiempo de unión de 38 años y se encuentra en la etapa de desprendimiento del ciclo vital. Consta de 7 integrantes, la madre BPC de 56 años, separada de su esposo y quien se desempeña como empleada doméstica. La madre del paciente vive con seis de sus hijos. El mayor tiene 37 años de edad, es soltero y dedicado al oficio de mecánico. Le sigue el paciente. Posteriormente una mujer de 25 años, soltera y tampoco está integrada a alguna actividad productiva. Le sigue otra mujer de 22 años, soltera y no dedicada a desempeñar alguna ocupación. La menor de las mujeres es una joven soltera de 21 años y es empleada de una empresa privada. El menor de los hijos de la cuidador primario es el que tiene 18 años, soltero y quien se desempeña como empleado federal.

En lo que corresponde a servicios médicos, la familia no cuenta con sistemas de seguridad social debido a que la proveedora económica no tiene prestaciones por su tipo de trabajo, por lo que se ven obligados a asistir al centro de salud cuando algún miembro de la familia lo requiere. Dentro de las enfermedades frecuentes en la familia sólo se identifica el padecimiento psiquiátrico del paciente, los demás miembros, a decir de la señora BPC, se encuentran sanos, sin embargo, ella misma manifestó que su hija padece de los nervios y señaló que tiene síntomas como alucinaciones auditivas, delirio de persecución y reacciones violentas.

En lo referente a su situación y problemática familiar, los miembros de esta familia no conviven, es decir, no realizan actividades juntos. Existe constante violencia física entre las hermanas. La madre expresó que existen graves problemas de comunicación entre el subsistema hijos y señaló que en particular tiene dificultades constantemente con su hija mayor, ya que es muy agresiva y tiene conflictos con sus hermanos y con ella. La situación familiar de TFU se refleja en los resultados arrojados de la aplicación de la Escala de Funcionamiento Familiar, la cual indica que es poco funcional.

Esta familia es sustentada por un solo proveedor económico, la madre, quien tiene un ingreso mensual de \$2,800.00, lo que se traduce en 1.9 salarios mínimos y un ingreso per cápita de \$400.00 mensuales. El total de sus ingresos los destina al gasto familiar así como a los gastos médicos del paciente que incluyen medicamentos y pago de consultas en el INNN; estos gastos fluctúan alrededor de los \$809.00 mensuales. Esto nos lleva a que la familia, según sus ingresos y egresos, tienen un déficit aproximado a los \$941.00, por lo que con frecuencia la proveedora recurre a solicitar préstamos a su patrón. Pese a que dos de los hermanos del paciente desempeñan trabajos remunerados económicamente, ellos no aportan a la economía familiar.

En cuanto a las condiciones de vivienda la familia reportó que habita una casa sola, prestada por uno de sus hijos; el índice de hacinamiento es importante, ya que el inmueble se conforma únicamente por un dormitorio para los ocho integrantes. Solo tienen cocina y carecen de espacios destinados a sala y comedor. La construcción de la vivienda está cimentada en paredes de tabique, techos de concreto y pisos de cemento, todo esto en obra negra, pues no tiene acabados. La familia no posee mobiliario alguno, solo con una parrilla eléctrica para cocinar pero carecen de televisión, estufa, refrigerador, por mencionar algunos.

En general, la familia FU es conflictiva principalmente en lo que toca al subsistema hijos. La precaria situación económica que padecen agrava la dinámica familiar, aunado a esto se encuentra el hecho de que no tienen convivencia familiar y que la enfermedad del paciente es un elemento de rechazo por parte de sus hermanos, lo que los hace una familia no cohesionada, con nula comunicación y con muy poco apoyo. Tomando en cuenta que TFU tiene asistiendo al Instituto Nacional de Neurología a consulta externa 13 años y ha estado hospitalizado en el área de neuropsiquiatría entre 4 y 5 veces con una estancia promedio de más de 15 días, el paciente debería presentar avances positivos en su enfermedad, sin embargo, la delicada situación familiar y económica nos lleva a considerar que estos elementos pueden influir negativamente en el padecimiento del paciente, ya que pese a que su madre considera que tiene una buena adherencia terapéutica, manifestó también que en ocasiones el medicamento de Raúl Nicolás no

puede ser comprado por falta de recursos económicos, y otras veces, los conflictos con sus hermanos alteran su comportamiento y se niega a ingerirlos. En este caso los efectos secundarios del medicamento no son un factor negativo en la adherencia terapéutica, ya que manifestó no haberlos tenido.

FOLIO 21

Paciente: LAZ

Cuidador primario: BSO (madre)

El paciente es originario de San Miguel Totolapan, Guerrero, tiene 34 años de edad, es soltero, con nivel educativo de secundaria y diagnosticado con esquizofrenia.

La familia de LAZ se integra por él, quien tiene como principal ocupación el trabajo del campo, su madre BSO de 57 años dedicada al hogar y su padre de 62 años, ocupado también en el campo. Por lo tanto, se trata de una familia primaria nuclear que se encuentra en la etapa de retiro del ciclo vital.

Debido al tipo de ocupación del paciente y su padre, la familia no cuenta con un sistema de seguridad social, por lo que, cuando lo requieren, acuden al Centro de Salud. Las enfermedades frecuentes en la familia es el padecimiento psiquiátrico de LAZ y la artritis de su madre, la cual ella misma no considera como grave, pues solo esporádicamente le da dolor y no toma medicamentos.

En cuanto a la convivencia familiar una de las actividades constantes de la familia es la predicación según su religión (Testigos de Jehová). La familia del paciente expresó que no existe ningún tipo de violencia familiar, pero que sí imperan los problemas de comunicación entre el padre del paciente y él debido a que LAZ en ocasiones tiene conductas agresivas. Esta situación se refleja en los resultados de la Escala de Funcionamiento Familiar, ya que se ubicaron como poco funcionales.

En cuanto a la economía familiar, ésta se encuentra básicamente sostenida por el trabajo agrícola que desempeña el paciente y su padre, pues particularmente se dedican a la siembra y a la cría de ganado y aves, actividades que cubren su alimentación, ya que los productos que cosechan los destinan en gran parte para su consumo personal. Comentaron que cuando hace falta dinero para comprar algo, LAZ y su padre se rentan como peones, lo que les arroja ganancias de \$100.00 al día, sin embargo, cuando ven cubierto el gasto regresan al cuidado de sus tierras. Las necesidades que implican ser satisfechas a través de dinero, en ocasiones son cubiertas por la ayuda económica que los hijos del matrimonio mandan desde Estados Unidos. Por todo lo anterior, no fue posible realizar un cálculo del total de ingresos y egresos de la familia, por lo que se concluye que no tienen ingresos permanentes. Sin embargo, fue posible determinar que los gastos del medicamento del paciente oscilan entre los \$300.00 y \$400.00, sin dejar de contemplar el gasto anual que implica trasladarse al Distrito Federal para sus consultas, para lo cual, si no se rentaron como peones y juntaron dinero o sus hermanos de E.U. lo apoyaron, se ven en la necesidad de vender uno de sus animales.

En lo referente a las condiciones de vivienda, la familia de LAZ vive en una casa sola que les presta uno de sus hermanos de E.U., pues al migrar prefirió dejarla en manos de su

familia. Cuentan con sala, comedor, cocina y baño privado. La vivienda está construida en su mayoría de tabique y concreto. Tienen mobiliario básico como estufa, refrigerador y televisión entre otros que han comprado con el dinero que mandan los hermanos del paciente de E.U.

De manera general, la familia del paciente no considera llevar una relación “tan mala”, dicen que tienen problemas como todos pero nada grave. Es una familia que presenta como elementos comunes el trabajo del campo y su religión, la cual, es uno de los factores más importantes en esa familia para generar comunicación, lo cual explica que sean disfuncionales en ésta área.

En cuanto a la adherencia terapéutica de Marcos, él refirió que desde hace siete años asiste al área de consulta externa del Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía, institución donde le diagnosticaron su padecimiento. La madre de LAZ y él refirieron que no ha estado hospitalizado en ninguna ocasión y que debido a que se siente bien, su psiquiatra lo cita sólo una vez al año. Expresó que ocasionalmente ha padecido taquicardia como efecto secundario de los medicamentos, pese a esto, considera que su adherencia es adecuada. Las indicaciones señaladas por el psiquiatra incluyen tomar su medicamento adecuadamente y mantenerse activo. No obstante que considera tener un adecuada adherencia terapéutica, refirió que en ocasiones no puede comprar el medicamento por falta de recursos y agregó que sus papás le ayudan a llevar a cabo las indicaciones del doctor recordándole que tome sus medicamentos, aunque –dijo- él mismo se ha formado el hábito de ingerir sus fármacos y en cuanto a la indicación de mantenerse activo la lleva a cabo jugando voleibol y basketball. Marcos señaló que en su tiempo libre aparte de practicar deporte, sale con amigos, a veces a tomar algunas cervezas, lo cual según él, no afecta en la ingesta de su medicamento.

Por otro lado, el paciente refirió que tiene muchos deseos de formar una familia, que incluso ya tiene un prospecto de esposa, pero a la fecha de la entrevista aún no sabía si ella lo aceptaría. LAZ en general supone estar preparado para esta etapa y no considera que su enfermedad sea un impedimento, ya que él dice sentirse como si no tuviera nada.

FOLIO 22

Paciente: GDP

Cuidador primario: VFR (madre)

GDP de 38 años de edad, soltero y con nivel de estudios de licenciatura es un paciente del Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía, originario del Distrito Federal y actualmente radica en Ecatepec, Estado de México.

La familia del paciente se conforma únicamente por él y su madre, la señora VFR de 38 años de edad, ambos son comerciantes de productos naturistas. Esta es una familia uniparental nuclear, la cual practica la religión católica. La señora VFR es madre soltera y nunca se ha casado, dicha familia se encuentra en la etapa de retiro del ciclo vital de la familia.

En cuanto a los servicios médicos con los que cuentan, la cuidador primario manifestó contar con IMSS, al cual asiste constantemente para atenderse de la diabetes que padece.

En lo referente al manejo de tiempo libre, GDP y su madre los fines de semana se dedican a realizar quehaceres del hogar, visitar familiares, practicar actividades al aire libre y de vez en cuando realizan un esfuerzo económico por asistir a algún museo o teatro.

Esta familia manifestó que no existe violencia de ningún tipo entre ellos, tampoco problemas de comunicación. Lo expresado por el paciente y su madre se corrobora con los resultados de la Escala de Funcionamiento Familiar, la cual indica que son medianamente funcionales.

La economía de esta familia se encuentra sustentada por ambos miembros. Los dos proveedores económicos trabajan un negocio propio de productos naturistas, el cual les arroja ganancias mensuales aproximadas de \$2,500.00 mensuales, lo cual se traduce a un ingreso de 1.7 salarios mínimos y \$1,250.00 de ingreso per cápita; los ingresos se destinan a la economía familiar y a la compra de medicamentos para el paciente, lo cual implica gastos de \$1,400.00 mensuales. Sus egresos mensuales oscilan entre los \$2,928.00, lo cual implica, de acuerdo a sus ingresos aproximados, un déficit de \$480.00.

Respecto a las condiciones de vivienda, la familia habita una casa sola de su propiedad, cuentan con espacios destinados a la sala, comedor y cocina. La vivienda está conformada por paredes de tabique, techos de concreto y pisos de loseta. Cuentan con el mobiliario básico y artículos como video, DVD y microondas.

En lo referente a la adherencia terapéutica de GDP, tiene asistiendo a consulta externa 5 años, desde entonces, le diagnosticaron esquizofrenia. Sus consultas son semestralmente y refirió no haber estado hospitalizado en el área de neuropsiquiatría. Señaló haber tenido pérdida de sueño e insomnio a consecuencia de la toma de medicamentos, pese a esto, el paciente considera apegarse adecuadamente a las indicaciones terapéuticas de su psiquiatra, quien enfatizó particularmente en la toma apropiada de sus medicamentos, sin embargo, la opinión del paciente de una adecuada adherencia terapéutica se contrapone al hecho de que a decir de GDP en ocasiones suspende la toma de medicamentos debido a que la falta de recursos económicos le impide comprarlos. Comentó que en ocasiones se molesta con su madre porque ella le da prioridad a la compra de los medicamentos sobre la comida, situación que molesta al paciente, añadió que su madre en ocasiones lo llega a atosigar recordándole que se tome los medicamentos. Es posible que la buena relación que mantienen el paciente y su madre, la cual tiene elementos como buena comunicación, cohesión, conviven regularmente y no tienen conflictos graves, constituya un factor positivo para el padecimiento de GDP.

FOLIO 23

Paciente: LMD

Cuidador primario: RCK (madre)

La paciente es una mujer adulta de 55 años de edad, soltera, con nivel educacional de licenciatura, habitante del Distrito Federal y diagnosticada con esquizofrenia. LMD actualmente se dedica a dar clases en un colegio privado.

La familia de LMD se conforma por ella, su madre de 79 años RCK quien es viuda; su hermano de 53 años el cual se encuentra divorciado y tiene un empleo de custodio de una empresa privada; y su tía (hermana de su madre) de 79 años, quien es viuda y no tiene más familia que ellos. Por tanto, hablamos aquí de una familia uniparental extensa que tiene 55 años de unión y se encuentran en la etapa de retiro del ciclo vital. En cuanto a la religión, la paciente práctica la evangélica y el resto de su familia la católica.

En lo referente a servicios médicos, la paciente por parte de su trabajo es derechohabiente del IMSS y tiene asegurada ahí a su madre; su hermano cuenta con los servicios de esta institución por parte de su trabajo, la tía no cuenta con seguridad social. Las enfermedades dentro de esta familia pueden dividirse en dos, la psiquiátrica de la paciente y la hipertensión de su hermano y de su tía, la señora RCK goza de buena salud.

Respecto al manejo de tiempo libre, en esta familia no se llevan a cabo actividades de convivencia y la paciente dedica su tiempo libre a la religión, es decir, rezar, asistir a la iglesia y predicar.

En cuanto a la problemática familiar, LMD expresó que su hermano ejerce violencia verbal y emocional hacia ella, la cual es constante, sin embargo, con el resto de su familia no existen problemas de comunicación. La paciente agregó que el problema más grave dentro de su familia es la conducta agresiva de su hermano, particularmente hacia ella. Ésta familia se ubica como poco funcional según la Escala de Funcionamiento Familiar.

Al parecer, y según lo expresado por la paciente, su enfermedad no ha implicado familiarmente un conflicto, pues después de tantos años de tratamiento su padecimiento se encuentra controlado, sin embargo, la dinámica familiar se ve alterada principalmente por la conducta agresiva de su hermano hacia ella, no obstante, la paciente lleva una buena relación con su madre y con su tía.

La economía de la familia de LMD se encuentra sustentada por tres proveedores económicos. La primera de ellas es la paciente, quien estudió una carrera universitaria e imparte clases en un colegio particular, se negó a decir cuál era su salario argumentando que no es fijo. El otro proveedor es su hermano, quien es custodio de una empresa privada y del cual desconoce sus ingresos y la cantidad que le da como gasto a su madre. Su tía también funge como proveedora económica, pues cuenta con una pensión que le otorga el Gobierno del Distrito Federal, la paciente dijo que su tía no aporta económicamente al gasto familiar pero sí en especie, pues en ocasiones compra despensa o cualquier otra cosa que haga falta en su casa. No fue posible en esta familia determinar el total de ingresos mensuales, ya que la paciente desconoce la aportación de su hermano y en cuanto a ella no otorgó los datos pertinentes para hacerlo.

La familia habita una casa sola propia conformada por cuatro dormitorios, cocina y un mismo espacio destinado a sala y comedor. Las paredes de dicha vivienda son de tabique, los techos son de lámina de asbesto y los pisos de cemento. La familia posee el mobiliario básico como es televisión, estufa, horno de microondas, lavadora y refrigerador.

Respecto a la adherencia terapéutica de la paciente, tiene asistiendo 36 años al área de consulta externa del Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía. La paciente refirió haber estado hospitalizada en el área de neuropsiquiatría alrededor de seis veces con una estancia promedio de más de quince días, esto sin embargo, sucedió cuando su padecimiento era incipiente, es decir, la última vez que estuvo hospitalizada fue hace aproximadamente hace 30 años. Actualmente, por el avance positivo de su estado mental, sus citas son anuales. Ella considera que lleva a cabo todas las indicaciones de su psiquiatra, quien le recomendó no dejar de tomar sus medicamentos y realizar alguna actividad que le sirviera de entretenimiento. LMD señaló que el hecho de no padecer nunca de efectos secundarios por parte de los medicamentos y tener conciencia sobre su enfermedad, le ha ayudado a apegarse correctamente al tratamiento. La paciente agregó que se siente como si no tuviera esquizofrenia, pues logró terminar una carrera, trabaja y a decir de ella no le interesa casarse.

FOLIO 24

Paciente: TBN

Cuidador primario: FGR (hermana)

La paciente TBN es soltera y tiene 45 años de edad. Es originaria de Guadalajara Jalisco pero en la actualidad reside en el Distrito Federal; en cuanto a su escolaridad, concluyó la secundaria y hoy día no ejerce ninguna actividad por su estado de salud.

Debido a que esta familia se constituye sólo por dos hermanas no se ubicó en ninguna categoría según la clasificación de tipo de familias. En cuanto al ciclo vital, se encuentran en la etapa de Reencuentro y no profesan ninguna religión.

Es una familia que se integra sólo por dos personas: la paciente y su hermana FGR de 51 años de edad quien es cuidador primario de la paciente. Es licenciada en historia, sin embargo, es encargada de la biblioteca de una secundaria. En la actualidad está separada de su pareja pues nunca se divorció.

Cuentan con Servicios Médicos del ISSSTE y también acuden al Centro de Salud. Las enfermedades frecuentes son las de tipo Neurológicas, su madre y dos hermanos más que ya han muerto por causas ajenas a la esquizofrenia presentaron en vida los signos y síntomas de la enfermedad, sin embargo, murieron antes de diagnosticárselas. El estado de salud de la cuidador primario no es bueno pues padece de depresión severa pero está en tratamiento, así mismo es el caso de la paciente que a parte de la esquizofrenia padece también diabetes.

Respecto a la Dinámica familiar, no se aplicó la Escala de Funcionamiento Familiar pues la paciente ya no es socialmente funcional, no trabaja, no coopera en las labores de la casa, no sale ni convive con nadie, es agresiva, intolerante y grosera, sólo está en casa encerrada hasta que llega su hermana a hacerse cargo de la casa y de ella.

En cuanto a la problemática familiar, el padecimiento de esquizofrenia en la paciente se le diagnosticó aproximadamente hace dos años pero nadie de los hermanos que radican en Guadalajara quiso hacerse responsable de ella, por tanto esta responsabilidad la adquirió su hermana, quien ya tenía una vida hecha, estaba casada pero su marido decidió alejarse de ella al no soportar la compañía y conducta de su cuñada, a raíz de ello, la cuidador primario comenzó a presentar evidentes signos de Depresión y se le diagnosticó depresión severa, por lo que se encuentra bajo tratamiento. Debido a su padecimiento tuvo que abandonar su profesión de maestra de secundaria en civismo y sólo ser la encargada de la biblioteca de la misma secundaria pues los niños la alteraban mucho.

Actualmente la cuidador primario busca una Institución donde poder internar a su hermana y lograr retomar su vida normal.

No hay ningún tipo de adicción, sin embargo, sí hay violencia familiar de tipo física y mental, cuando la paciente no se quiere tomar sus medicamentos y/o se pone agresiva, es necesario regañarla, hasta abofetearla para que entienda -dice la cuidadora-. Por otro lado, no comparten un pasatiempo juntas, sólo a la cuidador primario le gusta correr por las mañanas.

En cuanto al ámbito económico solo hay un proveedor económico, la cuidador primario, quien es encargada de la biblioteca de una secundaria, su ingreso mensual es de \$8,000.00 correspondiente a 5.4 salarios mínimos, equivalente a un Ingreso per cápita de \$4,000.00 y según sus egresos les queda un superávit de \$1,943.00.00. En cuanto a los gastos mensuales que destina a consultas y medicamentos son de \$750.00.

La casa que habitan es propia, se trata de un departamento con paredes de tabique, techo de concreto y pisos de loseta, hay 3 recamaras por lo que no existe hacinamiento; cuentan con cocina, baño privado y tienen como mobiliario una televisión, un estéreo, estufa, lavadora y refrigerador.

Sobre la adherencia terapéutica, la paciente tiene diagnóstico de esquizofrenia y ha asistido a consulta externa aproximadamente 3 meses, aunque tiene más de un año que se le diagnosticó la enfermedad mental. Sólo ha estado hospitalizada una vez por 16 días, sus citas se las dan cada quince días o cada mes dependiendo de la severidad del padecimiento o recaídas. El tratamiento médico no le provoca efectos secundarios, sin embargo, aun así y debido a la poca estabilidad emocional de la paciente a veces se niega a tomarlas pues reniega de su enfermedad, no obstante, sí se adhiere al tratamiento gracias a su cuidador primario quien se encarga de ello.

FOLIO 25

Nombre del paciente: ZDH

Cuidador primario: UBY (hermana)

La paciente ZDH de 52 años de edad, originaria del Distrito Federal, se desempeña como ama de casa y actualmente vive con su hermana y la hija de esta.

El resultado de la Escala de Funcionamiento Familiar, mostró que se trata de una familia medianamente funcional, de acuerdo a la información adquirida de la entrevista, la cuidador primario, mencionó que se siente comprometida con su hermana, por el lazo consanguíneo que las une, sin embargo reconoce que no hay una relación de afecto, debido a que ella tiene otras actividades que atender, como es el caso de su hija, quien cuenta con 16 años de edad y cursa el primer semestre de preparatoria. La cuidador primario, UBY de 46 años de edad, trabaja como enfermera, situación que la desgasta emocionalmente, por ello argumenta llegar a su hogar cansada y con pocas ganas de platicar, además de ser ella en quien recae toda la responsabilidad del caso de su hermana e hija.

En ese sentido comenta que son escasas las ocasiones en que se reúne la familia para convivir, aunado a esto la cuidador primario mencionó que a su hija le cuesta trabajo entender el padecimiento de su tía, por lo que frecuentemente discuten, situación que la pone en disyuntiva.

Cabe mencionar que esta familia cuenta con un sólo proveedor económico, la cuidador primario quien percibe un salario de \$8,000.00 mensuales, del cual \$4,000.00 los asigna al gasto familiar, especificando gastar más en la compra de los medicamentos de su hermana y aquel destinado a la educación de su hija. No obstante comenta que otro de los gastos fuertes se concentra en el pago de luz, teléfono, ropa y calzado además de pagar los gastos extras de su hija referentes a diversión.

Por otro lado, la casa donde viven es de su propiedad y cuenta con todos los servicios necesarios, por lo que tiene pisos con mosaico, techos de cemento y paredes de concreto, de tal manera comenta no tener mayor problema en esta área.

La paciente ingresó al área de hospitalización perteneciente al INNN en el 1998 donde más tarde se le diagnosticaría esquizofrenia y posteriormente se le canalizaría al área de consulta externa, lugar donde le asignan sus citas cada medio año. Durante este tiempo la han atendido alrededor de tres psiquiatras, situación que le desagrada, argumentando que cuando se acostumbra a la metodología de alguno de ellos estos tienen que dejar su tratamiento asignándole a alguien nuevo, lo que la predispone para el siguiente proceso terapéutico. Respecto del conocimiento e información que tienen sobre el padecimiento, se le observa deficiente ya que en gran medida los psiquiatras que le han atendido no le han comentado en qué consiste los principales factores que intervienen en su desarrollo, sucede lo mismo con el proceso terapéutico. Actualmente se siente muy a gusto con el psiquiatra que está dándole seguimiento a su tratamiento.

FOLIO 26

Paciente: RTJ

Cuidador primario: MHE (hermana)

El paciente RTJ de 29 años de edad, soltero, con nivel escolar de secundaria, es originario de Tlaxcuapan Hidalgo.

Se trata de una familia conformada por cinco personas, el paciente, su padre de 75 años de edad, viudo e invalido y tres hermanos de RTJ, el primero de ellos tiene 46 años de edad, el segundo 43 años y MHE quien es la cuidador primaria y se dedica al hogar; cabe mencionar que todos los hermanos son solteros y los tres varones se dedican al campo. Es una familia uniparental nuclear con 47 años de unión de religión católica.

Cuando se enferman acuden al Centro de Salud más cercano y generalmente es por resfriados, sin embargo, en esta familia hay problemas de hipertensión y obesidad, así como el padecimiento de esquizofrenia en el menor de la familia.

En lo que concierne a la Escala de Funcionamiento Familiar, es una familia medianamente funcional pues han adoptado patrones de conducta basados en los valores inculcados para manejar sus impulsos lo que les ha ayudado a llevar una buena relación pese a que no comparte actividades de recreación juntos. No hay presencia de ningún tipo de violencia intra familiar, ni presencia de adicciones.

Los tres hermanos varones son proveedores económicos del hogar, se dedican al campo, siembran y crían animales y con ello cubren todos sus gastos, como no tienen ingresos fijos, no se pudo obtener información sobre la distribución del gasto familiar, pero mencionaron gastar alrededor de \$600.00 mensuales en el costo del tratamiento. Es importante mencionar que cuando tienen alguna urgencia económica recurren a vender algún puerco y/o se alquilan como peones.

En cuanto a su vivienda se trata de una casa propia con paredes de Blook, techos de concreto y piso de cemento; cuenta con tres cuartos por lo que se considera hay índice de hacinamiento por tratarse de cinco integrantes; cuentan con cocina, baño y en cuanto a mobiliario solo tienen televisor y estufa.

Sobre la adherencia terapéutica del paciente, lleva entre año y año y medio de asistir a consulta externa, sólo ha estado hospitalizado una vez por más de 15 días y sus citas se las dan cada 4 meses. En cuanto al tratamiento, se adhiere correctamente y sin problemas pues considera que es importante para controlar su enfermedad, aunque los medicamentos no le causen efectos secundarios a veces no le es posible ingerirlos debido a que por cuestiones económicas no puede comprarlos.

FOLIO 27

Paciente: FHI

Cuidador primario: OLP (madre)

El paciente FHI de 54 años de edad, soltero con nivel educativo de Licenciatura, es originario del Distrito Federal y radica en la delegación Milpa Alta.

Es una familia primaria extensa y están en la etapa del ciclo vital de retiro y muerte. Consta de cuatro integrantes, el paciente, su madre OLP de 76 años de edad, viuda; su hermana de 56 años de edad, separada, quien padece esquizofrenia paranoide y tiene una hija de 35 años.

El paciente cuenta con sistemas de seguridad como el ISSSTE gracias a su trabajo en una preparatoria. Las enfermedades frecuentes de su familia son la hipertensión que padece su madre y obviamente el padecimiento psiquiátrico del paciente y de su hermana. Cabe mencionar que el padre del paciente murió, pero la familia menciona que también presentaba la sintomatología de la esquizofrenia, sin embargo, nunca se atendió médicamente.

En cuanto a la convivencia familiar no existen actividades encaminadas a ello, sin embargo, no se halla una problemática específica o constante. A veces surgen discusiones por el comportamiento agresivo de su hermana esquizofrénica, pero por el resto de la familia, consideran tener una buena relación, pese a esto, los hermanos del paciente siempre están al pendiente de acompañarlo a sus consultas y le brindan apoyo incondicional. Según la Escala de Funcionamiento Familiar son medianamente funcionales.

Esta familia cuenta con dos proveedores económicos, el paciente y su sobrina. El primero se desempeña como profesor de informática y tiene un ingreso mensual de \$3,000.00 de lo cual destina el total de su sueldo al gasto familiar. Por otra parte, su sobrina es empleada en un comercio y su familia no sabe cuánto gana, sin embargo, refirieron que destina \$200.00 al mes al gasto familiar. Esto indica que la familia tiene un ingreso mensual neto de \$3,200.00 lo cual significan 2.1 salarios mínimos y un ingreso per cápita de \$800.00 quedándoles un superávit de \$550.00. Sus ingresos van destinados básicamente a gastos del hogar y a la compra de medicamentos del paciente y su hermana quien también padece esquizofrenia. En cuanto al costo del tratamiento destinan \$1,500.00 al mes.

La familia vive en una casa propia que tiene tres dormitorios y cuenta con espacios para comedor, cocina y baño. El material de esta casa es tabique, concreto y pisos de cemento. Cuentan con televisión, DVD, estufa, lavadora, refrigerador y computadora.

Respecto a la adherencia terapéutica, el paciente tiene 20 años asistiendo a consulta externa del INNN, ha estado hospitalizado tres veces, en una de ellas su estancia duró más de 3 meses. Actualmente sus citas son cada año y a decir del paciente ha tenido efectos secundarios por la toma de medicamentos como estreñimiento y nerviosismo, pese a esto, el paciente se adhiere correctamente a su tratamiento, este consiste en

tomarse adecuadamente los medicamentos y mantenerse en constante actividad, esta indicación la lleva a cabo todos los días practicando deporte.

FOLIO 28

Paciente: QTM

Cuidador primario: ASD (madre)

El paciente QTM de 40 años de edad es soltero con un nivel educativo de preparatoria y vive en el Distrito Federal.

La familia radica en la Delegación Miguel Hidalgo en el Distrito Federal, tienen un tiempo de unión de 42 años y está integrada por cinco miembros; la madre de 62 años, divorciada; el paciente quien es soltero, sus hermanas de 37 y 34 años. La primera de ellas está casada con un adulto de 38 años. Como se puede observar, dicha familia es de tipo uniparental nuclear, están en la etapa de retiro del ciclo vital y practican la religión católica. El paciente y su familia no realizan actividades de convivencia y por su parte el paciente en su tiempo libre no realiza ninguna actividad en especial salvo para trabajar.

Esta familia no cuenta con sistemas de seguridad social, por lo que cuando alguien se enferma acuden al centro de salud. Dentro de las enfermedades frecuentes, aparte de la esquizofrenia del paciente, se encuentran las de tipo gastrointestinal e hipertensión presentes en la madre.

La problemática familiar principal es el consumo de alcohol, fármacos, tabaco y drogas por parte del paciente, ya que nadie más tiene ningún tipo de adicción. Estas prácticas por parte del paciente generan violencia de tipo verbal y emocional, que son ejercidas y padecidas por cada uno de los integrantes de esta familia. Asimismo, existen problemas graves de comunicación en todos, es decir, nadie tiene buena comunicación con nadie. Además cabe enfatizar que el padre del paciente abandonó a su madre a partir de la aparición de la enfermedad de QTM, es decir, hace aproximadamente 20 años.

Pese a la problemática expresada por la familia, la disfuncionalidad no es grave. En el área de autoridad, control y supervisión son medianamente disfuncionales debido a que sí bien la familia está conciente de los problemas de su hijo no han logrado establecer mecanismos de control sobre él para que se adhiera al tratamiento y en general mejore su salud y las relaciones familiares, ya que el paciente es la principal causa de conflicto. Por otro lado, en cuanto a afectos, apoyo y comunicación son medianamente disfuncionales, ya que no existe buena comunicación y cada quien se dedica a sus actividades personales, aunado a esto está el hecho de que no conviven como familia. En lo que toca a conducta disruptiva y afecto negativo se ubicaron como funcionales. Aun con todo lo anterior, según la Escala de Funcionamiento Familiar esta familia es funcional.

La familia se sostiene únicamente por un proveedor económico que es el tío político del paciente, ya que la hermana del paciente se encuentra desempleada. El proveedor económico es un trabajador independiente que basa su economía en la venta de hamburguesas y hot dogs en un carrito móvil. Esta actividad le arroja ingresos mensuales aproximados de \$3,500.00 lo que significan 2.4 salarios mínimos y un ingreso per cápita de \$700.00, quedándoles un superávit de \$200.00, todas las ganancias de su negocio las

destina al gasto familiar incluyendo los medicamentos del paciente, gastos que oscilan alrededor de los \$200.00 al mes.

La vivienda de esta familia es un departamento propio con tres dormitorios lo que implica un índice de hacinamiento de 5/3, cuenta con sala, comedor, baño y cocina. Los materiales de la vivienda son paredes de tabique, techos de concreto, pisos de loseta y en cuanto a mobiliario cuentan con televisión, estéreo, estufa, lavadora y refrigerador.

En cuanto a la adherencia terapéutica, el paciente lleva más de dieciséis años asistiendo a consulta externa, ha estado hospitalizado cinco veces por más de quince días y sus citas se las dan cada tres meses.

No se adhiere correctamente al tratamiento, pues aunque el costo de los medicamentos logran cubrirlo, el paciente a veces no los toma por los efectos secundarios que estos le causan, tales como rigidez, problemas visuales temporales y nerviosismo, además los efectos pueden ser aun peores debido a que mezcla sus medicamento con tabaco, aspirinas, alcohol y ocasionalmente marihuana. Aunado a esto se encuentra el hecho de que el psiquiatra le dio la indicación terapéutica de practicar algún deporte, sin embargo, al paciente le es difícil ya que tiene sobrepeso y su condición es muy deficiente por lo que sustituyendo esta indicación, el paciente se limita a trabar como ayudante de mantenimiento en un campo de fútbol. Ante la difícil situación del paciente, la familia trata de mantenerlo vigilado para que no fume, ingiera alcohol y marihuana, sin embargo, cuando sale a trabajar el paciente busca la oportunidad para hacerlo. Pese a que la familia está consciente de la importancia del tratamiento para la mejoría del paciente, aún no han logrado que éste tenga una adecuada adherencia terapéutica.

FOLIO 29

Paciente: SFX

Cuidador primario: VEJ (esposa)

El paciente SFX de 66 años de edad es casado, tiene estudios de primaria y es originario de Ecatepec, Estado de México.

La familia tiene un tiempo de unión de 38 años y está integrada por 3 miembros: el padre de familia, quien es el paciente, su esposa VEJ, de 61 años de edad y cuidador primario; la tercer integrante es la hija del matrimonio de 31 años de edad, soltera, profesionista en Odontología por lo que es el sostén principal de la casa, aunque en situaciones de emergencia y en cuanto a los costos del tratamiento los apoyan los demás hijos. Están en la etapa de retiro o muerte según el ciclo vital y practican la religión católica.

Cuando se enferman acuden con un médico privado, dentro de las enfermedades frecuentes se encuentran las gastrointestinales, también hay problemas de obesidad e hipertensión en el paciente además de la esquizofrenia. Es importante mencionar que la esposa del paciente es invidente y sin embargo realiza todas las actividades del hogar sin problema alguno.

Según la Escala de Funcionamiento Familiar esta familia es medianamente funcional.

En cuanto a la convivencia diaria mencionan tener un poco de problemas por el mal humor del padre, aunque consideran aun así, su carácter ha mejorado a partir de la enfermedad. No hay demostraciones de afecto, pero saben que hay cariño entre los tres. La hija del paciente es el principal sostén de los padres, pues se encarga de hacer las compras de la casa, además de cubrir los gastos de luz, teléfono, gas y lo que le alcance para los medicamentos, el resto lo cubren los hermanos que ya no vive ahí. Considera el paciente que su hija es ya autosuficiente para cuidarse sola y no tener que pedir permiso para nada.

Pese a ser invidente la madre, se encarga de todas las labores del hogar sin ningún problema, además de que a SFX le gusta que sólo lo atienda ella.

El ingreso mensual de esta familia es de \$2,000.00 equivalente a 1.3 salarios mínimos correspondientes a \$666.00 de ingreso per cápita. Estos ingresos son distribuidos en los gastos de la casa como alimentación, gas, electricidad, teléfono y transporte, en cuanto a los gastos médicos ayudan los hijos a solventarlo, aun así esta familia presenta un déficit de \$426.00 e invierten en medicamentos \$1,000.00 mensuales.

La casa que habitan es propia, cuenta con dos habitaciones, cocina y baño propio; los materiales con que está construida es paredes de tabique, techos de concreto y pisos de cemento; en cuanto al mobiliario cuentan con televisor, estéreo, estufa, lavadora y refrigerador.

En cuanto a la esquizofrenia del paciente, lleva más de tres años asistiendo a consulta externa, sólo ha estado hospitalizado una vez no más de tres días y sus consultas se las dan cada dos meses. En cuanto al tratamiento pese a no tener problemas en la adquisición de medicamentos, el paciente considera que toma muchos fármacos y a veces suspende alguna dosis del día y esto le provoca el que se ponga nervioso, por lo que no se adhiere al tratamiento correctamente.

FOLIO 30

Paciente: GTY

Cuidador primario: DOX (madre)

El paciente GTY es un adulto de 50 años de edad, soltero, con nivel educacional de licenciatura trunca y con diagnóstico de esquizofrenia, causa por la cual no le fue posible terminar sus estudios universitarios.

Es una familia integrada sólo por dos personas, el paciente y su madre; ellos son originarios del Distrito Federal y viven en la Delegación Gustavo A Madero. Tiene un tiempo de unión de 67 años, esta familia se conforma por el paciente y su madre de 79 años, viuda, por lo que se trata de una familia uniparental nuclear en la etapa de retiro del ciclo vital.

En cuanto a los servicios médicos con los que cuentan, la madre tiene IMSS mientras que el paciente acude a un Centro de Salud. Aparte de la enfermedad psiquiátrica del paciente, la madre también padece de hipertensión.

Según la Escala de Funcionamiento Familiar es una familia medianamente funcional. En cuanto a la problemática familiar, según lo expresado por la familia, no se generan conflictos graves de comunicación o de otro tipo, sin embargo, no realizan actividades juntos que no sean más que las del hogar. En general son una familia que al no tener más integrantes, el apoyo y la compañía se la otorgan mutuamente.

En cuanto a la economía familiar es importante mencionar que ninguno trabaja, se sostienen solo de la pensión del esposo finado de la madre del paciente y si tienen alguna emergencia económica recurren a los ahorros generados a través de una herencia, aparte la señora cuenta con la Tarjeta de Apoyo Alimentario, Servicios Médicos y Medicamentos Gratuitos que les brinda el Gobierno del Distrito Federal. Esto les permite vivir cómodamente y cubrir los gastos del tratamiento. Sus ingresos mensuales contando la pensión y la ayuda del Gobierno son de \$4,000, lo que significan 2.7 salarios mínimos y tienen un ingreso per cápita de \$2,000, de ello destinan a medicamentos \$350.00 mensuales, quedándoles un superávit de \$360.00

La familia vive una casa propia con tres dormitorios, sala, comedor, cocina y baño. Las paredes de la vivienda son de tabique, los techos de concreto, pisos de loseta y cuentan con televisión, estéreo, estufa, lavadora y refrigerador.

En cuanto su enfermedad, hace aproximadamente año y medio que el paciente asiste al Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía al área de consulta externa, cabe mencionar que su padecimiento se presentó cuando GTY tenía 25 años de edad. Ha estado hospitalizado tres veces con una estancia promedio de más de quince días. Sus citas son cada cuatro meses y son sólo para revisión y supervisión.

En cuanto a la adherencia terapéutica, el paciente pese a no dejar de asistir a consulta, en ocasiones no ingiere su medicamento debido a los efectos secundarios como malestares estomacales, temblor en las manos que le hacen imposible sujetar las cosas, sin embargo, cuando no ingiere los fármacos se sale a la calle y se asusta al ver gente, por lo que corre y grita. Cabe resaltar que su madre, aunque es un adulto mayor, siempre está pendiente de que tome sus medicamentos.

ANEXO 7
TÉCNICAS DE DINÁMICA GRUPAL PARA APLICAR EN EL
PROGRAMA PSICOEDUCATIVO “ESQUIZOFRENIA Y ADHERENCIA
TERAPÉUTICA”

Dinámica de presentación (Primera sesión)

Presentación por parejas

Objetivo. Presentación, animación

Desarrollo.

- Los Trabajadores Sociales dan la indicación de que nos vamos a presentar por parejas y que estas deben intercambiar sus datos generales como nombre, edad, si es paciente o familiar, tiempo de asistir al INNN y si considera que tiene información suficiente sobre el padecimiento.
- Cada persona busca un compañero que no conozca y conversan durante cinco minutos. Luego cada participante presenta a su pareja al grupo.
- La duración de esta dinámica va a depender del número de participantes, por lo general se da un máximo de tres minutos por pareja para la presentación en grupo.

La información que se recogerá de cada compañero, se expresará en grupo de forma general, sencilla y breve.

El Trabajador Social deberá estar atento para animar y agilizar la presentación.

Técnica para la construcción del conocimiento (Segunda sesión)

Descarando ideas

Objetivos. Diagnosticar, construir y consolidar conceptos.

Materiales. Pedazos de papel.

Desarrollo.

- El Trabajador Social explica cómo desarrollar esta nueva competencia, para la cual entregará por escrito a cada grupo un concepto sobre el que se pretende reflexionar, en este caso sobre el padecimiento.

- Cada grupo irá escribiendo características del concepto en pedazos de papel, con los que irán conformando una pelota. (Tiempo aproximado, 20 minutos).
- Concluido el tiempo y a la voz del Trabajador Social, los equipos se tiran las pelotas y comienza a descarsarse la idea, con la encomienda que deben inferir de qué concepto se trata. Cuando estén seguros de no errar, deben decirlo en voz alta y si aciertan será el ganador el equipo que primero termine; si no es el concepto, se considera perdedor y se reanuda la reflexión.
- Inferido el concepto, se escriben en un pizarrón todas las ideas que cada equipo aportó y a partir de esa reflexión, el Trabajador Social en grupo, establece un diálogo de saberes que permita ir construyendo la definición y profundice el contenido del concepto.

Técnica de consolidación y evaluación (Segunda sesión)

¿Cómo me siento ahora?

Objetivo. Evaluar la actividad grupal

Materiales. Juegos de tarjetas que expresen estados de ánimos o sentimientos.

Desarrollo.

- Orientado por el Trabajador Social, cada participante al concluir la exposición tomará del juego de tarjetas aquella que diga el estado de ánimo o el sentimiento que considere lo embarga; también puede tomar una tarjeta en blanco y escribirlo.
- A partir de las respuestas, se irán delimitando los elementos que determinaron las emociones positivas o negativas.
- El grupo valorará cada elemento con quien guarda relación: con el trabajo grupal, con el contenido tratado o con la conducción de la actividad.

Técnica de análisis (Tercera sesión)

El juego de roles

Objetivo. Analizar las diferentes actitudes y reacciones de la gente frente a al tema.

Desarrollo.

- Al igual que el sociodrama, es una actuación en la que se utilizan gestos, acciones y palabras.
- La diferencia está, en que en el juego de roles se representan las actitudes de las personas, las características de sus ocupaciones o profesionales o las formas de pensar de la gente.
- Esta técnica se caracteriza por representar “papeles”, es decir, los comportamientos de las personas en los diferentes hechos o situaciones de la vida.

¿Cómo se hará el juego de roles?

- Conversamos sobre el tema de la esquizofrenia. (En este paso, debido a que se van a representar roles o papeles de distintas formas de pensar, se dividirán en grupos para preparar bien cada papel, estudiando un poco los argumentos que cada personaje utiliza en la vida real).
- Se hará la historia o argumento, para poder presentarlo con orden. En este caso es importante que quede claro la actitud y la reacción de los personajes.
- Y así, está listo para presentarlo y hacer la discusión.

La discusión deberá centrarse en el comportamiento de los personajes y en los argumentos que utilizarán en su distinto papel.

ANEXO 8
INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN PARA EL PROGRAMA PSICOEDUCATIVO
“ESQUIZOFRENIA Y ADHERENCIA”

➤ **Test preliminar para evaluación ex ante del programa**

Nombre: _____ Edad: _____

Sexo: (F) (M) Estado civil: _____ Ocupación: _____

Años transcurridos desde el comienzo de la enfermedad: _____

Usted es: Paciente () Familiar ()

En caso de ser familiar, parentesco con el paciente _____

Área a la que asiste: Consulta externa () Hospitalización ()

Instrucciones: Conteste las preguntas subrayando la que considere correcta.

1. ¿Conoce usted el nombre de la enfermedad mental por la que asiste al INNN?

- 1) Sí, porque me lo dijo el médico o porque lo leí en un informe.
- 2) No conozco el nombre, aunque aproximadamente sé de qué se trata.
- 3) No conozco el nombre porque no me interesa.
- 4) Lo desconozco.

2. En su opinión, el padecimiento se debe a:

- 1) La herencia y una educación inadecuada.
- 2) Las drogas y el mal funcionamiento cerebral.
- 3) Diversas causas aún no bien conocidas.
- 4) Lo desconozco.

3. Señale cuáles de los siguientes no son síntomas típicos de la esquizofrenia.

- 1) Anorexia, vómito y dolores de cabeza.
- 2) Ideas delirantes y alucinaciones.
- 3) Aplanamiento afectivo y retraimiento social.
- 4) Lo desconozco.

4. En la familia de un enfermo con esquizofrenia, los sentimientos de culpa y vergüenza:

- 1) Son normales.
- 2) Son anormales.
- 3) Son indicadores de que la familia está actuando mal.
- 4) Lo desconozco.

5. Los principales medicamentos usados en el tratamiento de la psicosis se llaman:

- 1) Analgésicos.
- 2) Antiespasmódicos.
- 3) Antipsicóticos.
- 4) Lo desconozco.

6. Algunos efectos secundarios de la medicación antipsicótica son:

- 1) Caída del pelo y debilidad de las uñas.
- 2) Delirios
- 3)
- 4) Lo desconozco

7. ¿Qué ha recomendado el psiquiatra para el tratamiento del padecimiento?

- 1) Medicación.
- 2) Terapias complementarias.
- 3) Las dos anteriores.
- 4) Otras

8. ¿Cree que sigue adecuadamente las indicaciones de su médico?

- 1) Sí.
- 2) No.
- 3) Lo desconozco.

9. ¿Ha notado si los medicamentos provocan efectos secundarios?

- 1) No.
 - 2) Sí.
- ¿Cuáles? _____

3) Lo desconozco.

10. ¿Considera que existen terapias que complementan los medicamentos?

- 1) No.
 - 2) Sí.
- ¿Cómo cuáles? _____

3) Lo desconozco.

11. ¿Una persona con esquizofrenia puede responsabilizarse para tomar sus medicamentos?

- 1) Sí.
- 2) No.
- 3) No, y además es contraproducente.
- 4) Lo desconozco.

➤ **Post tes para evaluación expost del programa**

Nombre: _____ Edad: _____

Sexo: (F) (M) Estado civil: _____ Ocupación: _____

Años transcurridos desde el comienzo de la enfermedad: _____

Usted es: Paciente () Familiar ()

En caso de ser familiar, parentesco con el paciente _____

Área a la que asiste: Consulta externa () Hospitalización ()

Instrucciones: Conteste las preguntas según sus conocimientos acerca del padecimiento subrayando la respuesta que considere correcta o contestándola de forma escrita.

1. ¿Ha cambiado la idea que tenía sobre la esquizofrenia?

- 1) Sí.
- 2) No.

¿Por qué? _____

2. Señale los síntomas más importantes que ha presentado el paciente.

3. ¿Cuál piensa que es la causa por la que aparece la esquizofrenia?

- 1) Por la herencia genética.
- 2) Por ingerir drogas.
- 3) Por diversas causas que aún no se conocen bien.
- 4) Lo desconozco.

4. ¿Cuáles son las indicaciones terapéuticas dadas por el psiquiatra?

5. ¿Le han causado efectos secundarios los medicamentos?

1) No

2) Sí.

¿Cuáles? _____

3) Lo desconozco.

6. Las terapias complementarias tienen como objetivo:

1) El tratamiento de los pacientes y familias.

2) Curar la enfermedad.

3) La educación sanitaria.

4) Lo desconozco.

7. ¿Estarían dispuestos a tomar terapia complementaria?

1) No.

2) Sí.

¿Por qué? _____

8. ¿Sigue correctamente las indicaciones terapéuticas dadas por su psiquiatra?

1) No.

2) Sí.

¿Por qué? _____

3) Lo desconozco.

9) ¿Considera que estas indicaciones son importantes?

1) No.

2) Sí.

¿Por qué? _____

3) Lo desconozco.

10. ¿Cree que el paciente se puede hacer cargo de su tratamiento?

1) No.

2) Sí.

¿Por qué? _____

3) Lo desconozco.

Nos gustaría conocer su opinión sobre el desarrollo el Programa Psicoeducativo para así intentar mejorarlo en posteriores ocasiones. Por ello le pedimos conteste a las siguientes preguntas, rogándole lo haga con la mayor sinceridad. Señale con una cruz la respuesta que le parezca más adecuada a cada pregunta (marque sólo una respuesta en cada pregunta).

En cuanto a las sesiones, en general le han parecido:

- 1) Ha empeorado mi situación, hubiera sido mejor no haber asistido.
- 2) Me ha servido para poco.
- 3) Me ha gustado, Ha sido una experiencia interesante.
- 4) Me ha parecido muy interesante.
- 5) Realmente me ha ayudado mucho para entender la enfermedad.

En su opinión, la información que suelen dar los psiquiatras a la familia sobre la enfermedad es:

- 1) Muy insuficiente.
- 2) Escasa.
- 3) Suficiente.
- 4) Buena.
- 4) Muy buena.

BIBLIOGRAFÍA

BAENA, Paz Guillermina. "Instrumentos de investigación". Editores Unidos Mexicanos. México, 2004.

BECERRA, de Ledesma Rosa María. "Trabajo Social psiquiátrico". Edit. Librería ECRO. Buenos Aires, Argentina, s/f. 142 p.

BERNLER, G. "Teoría para el trabajo psicosocial". Edit. Espacio. Buenos Aires, Argentina, 1997. 124 p.

BISQUERRA, Alzina Rafael, coord. "Modelos de orientación e intervención psicopedagógica". Edit. Praxis. España, 1998. 592 p.

BUSTILLOS, Graciela. VARGAS, Laura. "Técnicas participativas para la educación popular". Tomo I. Edit. Instituto Mexicano para el Desarrollo Comunitario, A.C. México, 1996. 198 p.

ESPINOZA, Vergara Mario. "Evaluación de proyectos sociales". Edit. Humanitas. Buenos Aires, 1993. 218 p.

GONZÁLEZ, Rodríguez Nydia y col. "Técnicas participativas y juegos didácticos de educadores cubanos". Tomo III. Edit. Instituto Mexicano para el Desarrollo Comunitario, A.C. México, 1998, 148 p.

HERNÁNDEZ, Sampieri Roberto. "Metodología de la investigación". Editorial. McGraw-Hill. Primera Ed. México, 1992. 501 p.

JACKSON, Don D. "Etiología de la esquizofrenia". Edit. Basic Books. Argentina, 2001. 445 p.

KAPLAN, Harold. Et al. "Psinopsis de la Psiquiatría". Octava ed. Editorial. Panamericana. México, 1986. p.p. 519-1429.

KOLB, Lawrence. "Psiquiatría Clínica". Edit. Interamericana. México, 1885. 850 p.

LIFTON, Walter. "Trabajando con grupos". Edit. Libreros Mexicanos Unidos. México, 1975, 384 p.

MARTÍN, Alfonso Libertad. "Acerca del concepto de adherencia terapéutica". Escuela Nacional de Salud Pública. Revista Cubana, 2004; p. p. 1-5.

NAVARRO, J. comp. "El cumplimiento terapéutico. Manuales de referencia en atención primaria", Madrid, Doyma, 1999.

PÉREZ, Gómez Augusto. "Psicología Clínica, Problemas fundamentales". Editorial. Trillas. Primera edición, España, 1981. 334 p.

RENDUELES, Guillermo y otros. "Las esquizofrenias". Ediciones Jucar. Madrid, 1990. 182 p.

SABATÉ, E. "Adherencia a los tratamientos a largo plazo. Pruebas para la acción". Editorial. Organización Panamericana de la Salud, México, 1999. 199 p.

SAAVEDRA, M. Alfredo. "Vocabulario de Trabajo Social". Editorial Humanitas, México, 1986. 325 p.

SARASON, Irwing G. SARASON, Barbara. "Psicología Anormal", Editorial Prentice Hall, Hispanoamericana, Nueva York, 1996, p-p. 327-388

SEARLES, Harold. "Escritos sobre esquizofrenia". Editorial. Gedisa. España, 1997. 313 p.

SILVA, Puente G. Federico. "Adherencia Terapéutica. Implicaciones para México". Congreso Internacional de Psicología, Acapulco, México, Septiembre, 1948. 134 p.

SZASZ, Thomas. "Esquizofrenia: el símbolo sagrado de la psiquiatría". Editorial. Premia. México, 1979, 186 p.

TORRES, Gonzáles Francisco. "Atención comunitaria a personas con trastornos psicóticos". Organización Panamericana de la Salud. Washington, 2005. 152 p.

VARGAS, Aragón Martín. PARRADO, Prieto Carmen. LÓPEZ, Abellán Mercedes. "Escuela de familias". Guía psicoeducativa para familiares de enfermos psicóticos". Editorial Gráficas Varona. Valladolid, 1998. 170 p.

W. George. "Historia de la Psicología Medica". Edit. Psique. Buenos Aires, 1998, pag 589.

WADE, Carol. "Tabriz, Psicología". Editorial. PEARSON, Madrid 2003, p.p. 495-498.

ZOCH, Carlos. "Esquizofrenia: Temas en psiquiatría". Capítulo VI Hospital Nacional Psiquiátrico, Costa Rica. s/f

Otras Fuentes:

Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. DSMIV. 4º Edición.

CIE-10. Décima revisión de la Clasificación Internacional de las enfermedades. Trastornos Mentales y del Comportamiento”. Organización Mundial de la Salud, 1993. p-p 91-105.

CIRICI, Roser. “La adherencia al tratamiento de pacientes psicóticos”. En: Revista de Psiquiatría, Facultad de Medicina Barnaa. Hospital Mutua de Terraza, Barcelona, 2002. p-p. 16-48.

CORTÉS, Padilla María Teresa. “Factores Psicosociales relacionados con el reingreso a hospitalización de pacientes con psicosis orgánica”. Tesis para obtener el grado de Maestría en psicología Clínica. Facultad de Psicología-UNAM. México, D.F. Febrero de 1998. 108 p.

SANCHEZ, Héctor. “Lucha en México contra las enfermedades mentales”. Entrevista con: Calderón Narvárez Guillermo, Núñez Rodríguez Daniel, Ruiz Velasco Víctor

VALENCIA, Marcelo. SALDIVAR, Gabriela. “Dieciocho meses de seguimiento en pacientes con esquizofrenia”. En: Revista Salud Pública de México. Edición noviembre-diciembre, 1994. Instituto Nacional de Psiquiatría”. P-p. 24-42.

Gaceta Médica de México. Vol. 138. No. 3. Mayo-Junio, 2002. “Factores de riesgo para incumplimiento terapéutico en pacientes con epilepsia”. 245 p.

Fuentes electrónicas:

www.innn.edu.mx

“Esquizofrenia, hacer frente a la enfermedad”. En:
<http://salud.medicinatv.com/reportajes>

Ginarte Arias, Yurelis. “Experiencia médica. Adherencia Terapéutica”. En:
http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vd17_5_01/MGI16501.htm

“¿Cuales es el papel del apego en el tratamiento del VIH?”. En:
www.caps.ucsf.edu/capsweb/apego.html

“Esquizofrenia, hacer frente a la enfermedad”. En:
salud.medicinatv.com/reportajes

ww.binasss.sa.cr/poblacion/esquizofrenia.htm

www.esquizo.com

www.psiquiatria.com

www.esquizofreniabrelaspuertas.com

www.psicoadictiva.com

www.antipsychiatry.org

www.facmed.unam.mx

www.nexusediciones.com/pdf/psiqui2002_4/ps-29-4-004.pdf