



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



**“EL IMPACTO SOCIAL Y LAS MODIFICACIONES EN LA DINÁMICA
FAMILIAR DEL CUIDADOR PRIMARIO DEL PACIENTE CON
ESQUIZOFRENIA”**

T E S I S

**QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
LICENCIADA EN TRABAJO SOCIAL
PRESENTA:**

NILSA MARÍA SALINAS CAMACHO

DIRECTORA DE TESIS: DRA. AÍDA VALERO CHÁVEZ



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

QUIERO DEDICAR ESTE TRABAJO A LAS TRES GRANDES MUJERES DE MI VIDA:

MI MADRE, MI ABUELA Y MI HERMANA.

QUE CON SUS CONSEJOS, Y ENSEÑANZAS ME HAN LLEVADO POR EL BUEN CAMINO A TOMAR LAS MEJORES DECISIONES

QUE GRACIAS A SU CONFIANZA HAN SIDO LAS MEJORES AMIGAS Y A VECES CONFIDENTES

Y QUE GRACIAS A SU MOTIVACIÓN E INSISTENCIA ESTOY PRÓXIMA A SER UNA MUJER PROFESIONAL, TÍTULO QUE SE LO DEDICO A ELLAS.

GRACIAS A LA DOCTORA AÍDA VALERO CHÁVEZ QUE ME DIO GRANDES OPORTUNIDADES DE CRECIMIENTO, QUE FUE UNA INSTITUCIÓN DE CONOCIMIENTO Y QUE SIEMPRE TUVO PARA MI UNA SONRISA Y UN LINDO TRATO.

TAMBIÉN AGRADEZCO A LA PRESTIGIADA

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

ESTA GRAN CASA DE ESTUDIOS QUE DESDE MI ADOLESCENCIA ME COBIJO CON SU CONOCIMIENTO Y HOY ME DA LA DICHA DE SER LICENCIADA

AL INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIRUGÍA Y FUNDACIÓN ARMSTRONG POR SU CONFIANZA Y APOYO

Y A TODAS AQUELLAS PERSONAS QUE ME QUIEREN Y CONFIAN EN MI,

DE CORAZÓN MUCHAS GRACIAS.

ÍNDICE

CAPÍTULO		Pp.
	INTRODUCCIÓN	IV- IX
	JUSTIFICACIÓN	1
CAPITULO 1.	ASPECTOS GENERALES DE LA ESQUIZOFRENIA	
1.1	LA ESQUIZOFRENIA COMO ENFERMEDAD MENTAL	3
1.2	HISTORIA DE LA ESQUIZOFRENIA	5
1.3	TIPOS DE ESQUIZOFRENIA	7
1.4	SINTOMATOLOGÍA	10
1.5	EPIDEMIOLOGÍA	12
1.6	CAUSAS DE LA ESQUIZOFRENIA	15
CAPITULO II.	TEORÍAS Y ESTUDIOS RELACIONADOS CON LAS FAMILIAS CON UN PACIENTE ESQUIZOFRÉNICO	21
2.1	TEORÍA DEL DOBLE VINCULO	22
2.2	FAMILIAS ESCINDIDAS Y SESGADAS	22
2.3	FAMILIAS PSEUDOMUTUAS Y PSEUDOHOSTILES	22
2.4	TEORÍA DE LA EMOCIÓN EXPRESADA	23
2.5	ESTUDIOS DEL FUNCIONAMIENTO FAMILIAR Y LA ESQUIZOFRENIA	23
2.6	ESTUDIOS SOBRE CREENCIAS Y ACTITUDES ACERCA DE LA ENFERMEDAD MENTAL	24
2.7	COMPETENCIAS Y HABILIDADES PARA EL CUIDADO DEL PACIENTE ESQUIZOFRENICO	25
2.8	ESTUDIOS MAS RECIENTES	26
2.8.1	AMBIENTE FAMILIAR Y PSICO-EDUCACIÓN EN EL PRIMER EPISODIO DE ESQUIZOFRENIA. RESULTADOS PRELIMINARES	27
2.8.2	INTERVENCIONES FAMILIARES EN LA ESQUIZOFRENIA, CAMBIOS EN LA SINTOMATOLOGÍA Y EL AJUSTE SOCIAL	28
CAPITULO III.	FAMILIA Y ESQUIZOFRENIA	
3.1	LA FAMILIA	30
3.2	TERMINOLOGÍA DE LA FAMILIA	33
3.3	TIPOLOGÍA DE LA FAMILIA	34
3.4	CICLO DE VIDA FAMILIAR	36
3.5	FAMILIA Y VIDA COTIDIANA	41
3.6	FAMILIA Y ESQUIZOFRENIA	45
CAPITULO IV.	EL CUIDADOR PRIMARIO	
4.1	EL CUIDADOR PRIMARIO	49
4.2	E L CUIDADOR PRIMARIO DEL PACIENTE ESQUIZOFRÉNICO	51
CAPITULO V.	METODOLOGÍA	
5.1	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	54
5.2	OBJETIVOS	55
5.3	HIPÓTESIS	56
5.4	TIPO DE ESTUDIO	57
5.5	DISEÑO	57
5.6	MUESTRA	57
5.7	INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN	58
5.8	PROCEDIMIENTOS	59
5.9	RECOLECCIÓN DE DATOS PARA EL ANÁLISIS DE RESULTADOS	60

CAPITULO VI.	RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN	
6.1	ANÁLISIS CUANTITATIVO. APOYOS GRÁFICOS	61
6.1.1	PERFIL DEL CUIDADOR PRIMARIO	62
6.1.2	PERFIL DEL PACIENTE	67
6.1.3	PERFIL DE LA FAMILIA DEL CUIDADOR PRIMARIO	69
6.2	ANÁLISIS CUALITATIVO	77
6.2.1	PERFIL DEL CUIDADOR PRIMARIO (EN RELACIÓN AL GÉNERO)	77
6.2.2	DINÁMICA FAMILIAR (CONSIDERACIONES GENERALES DE LA METODOLOGÍA)	82
6.2.3	ANÁLISIS DE LAS FAMILIAS POR SU NIVEL DE FUNCIONALIDAD	83
6.2.3.1	FAMILIAS PRIMARIAS NUCLEARES	84
6.2.3.1.2	ANÁLISIS DE LAS FAMILIAS PRIMARIAS NUCLEARES POR SU NIVEL DE FUNCIONALIDAD	86
6.2.3.2	FAMILIAS UNIPARENTAL NUCLEARES	90
6.2.3.2.1	ANÁLISIS DE LAS FAMILIAS UNIPARENTAL NUCLEARES POR SU NIVEL DE FUNCIONALIDAD	92
6.2.3.3	FAMILIAS PRIMARIAS EXTENSAS	96
6.2.3.3.1	ANÁLISIS DE LAS FAMILIAS PRIMARIAS EXTENSAS POR SU NIVEL DE FUNCIONALIDAD	97
6.2..3.4	FAMILIAS UNIPARENTAL EXTENSAS	98
6.2.4	MODIFICACIONES E IMPACTO SOCIAL EN LA VIDA COTIDIANA DEL CUIDADOR PRIMARIO	99
6.2.5	SOBRECARGA DEL CUIDADOR PRIMARIO	105
6.2.6	ECONOMÍA FAMILIAR	107
CONCLUSIONES		111
	MODELO DE INTERVENCIÓN	
	PROGRAMA INFORMATIVO, “EL VALOR DE LA RESPONSABILIDAD COMPARTIDA PARA EL CUIDADOR PRIMARIO, FAMILIA Y PACIENTE CON Dx. ESQUIZOFRENIA”	
	DIAGNÓSTICO	117
	JUSTIFICACIÓN	119
	DISEÑO DEL PROGRAMA	123
	INTRODUCCIÓN	123
	ESTRATEGIAS	128
	GUÍA PARA CASO SOCIAL INDIVIDUAL	129
	SESIONES INFORMATIVAS (CARTAS DESCRIPTIVAS)	133
	ANEXO DEL PROGRAMA	150
	TIPS PARA EL MANEJO DE LA ESQUIZOFRENIA	150
	LEY DE INGRESO INVOLUNTARIO DEL PACIENTE PSIQUIÁTRICO	151
	DERECHOS HUMANOS Y DE RESPETO A LA DIGNIDAD DE LOS USUARIOS DE CADA UNIDAD DE ATENCIÓN INTEGRAL HOSPITALARIA MEDICO-PSIQUIATRICA	152
	OBLIGACIONES DEL PERSONAL DE LAS UNIDADES DE ATENCIÓN INTEGRAL MÉDICO – PSIQUIÁTRICA	154
	DERECHOS HUMANOS DE LAS PERSONAS CON ENFERMEDADES MENTALES	154
	INSTITUCIONES, ONG ´S DE AYUDA PARA PACIENTES PSIQUIATRICOS	155
	INSTITUTOS Y HOSPITALES EN EL DF. QUE PRESTAN ATENCIÓN PSIQUIÁTRICA	155
	INSTITUTOS NACIONALES DE ATENCIÓN PSIQUIÁTRICA	157
	CENTROS DE AYUDA NACIONALES	159
	TÉCNICAS GRUPALES DE SESIONES	166
	INSTRUMENTOS	171
	BIBLIOGRAFÍA	194

INTRODUCCIÓN

El interés de este tema nace de mi experiencia en el Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía " Doctor Manuel Velasco Suárez" a partir del segundo semestre del 2005 concluyendo mi estancia a finales del primer semestre del 2007. Parte de este periodo de tiempo cursé la práctica institucional participando en la investigación denominada "determinación de endo-fenotipos y latencia de transición a un primer episodio psicótico de esquizofrenia en adolescentes" llevada a cabo por médicos de la institución; asimismo realicé el servicio social y otras actividades de investigación, la mayoría relacionadas con la salud mental. En todo este tiempo trabajé el tema que presento como tesis, el cual refleja mi experiencia y conocimiento como estudiante de la carrera de Trabajo Social y practicante de investigación socio-médica, oportunidad que me brindó la institución al darme las facilidades e incentivos que promovieron mi trabajo y por supuesto a mi tutora de tesis, quien fue elemento fundamental para la culminación de la licenciatura.

Esta investigación describe la importancia por conocer *"El impacto social y las modificaciones en la dinámica familiar del Cuidador Primario del paciente con Esquizofrenia"*, partiendo de la hipótesis de que el Cuidador Primario ha tenido que modificar aspectos importantes de su vida en familia y de su vida cotidiana a partir de tener la responsabilidad de ser el responsable de los cuidados del diagnosticado con esquizofrenia. El interés particular nació al conocer lo incomprensible y devastadora que resulta la enfermedad de la esquizofrenia, tanto para el que la padece como para los familiares. Se han realizado varias investigaciones acerca del tema, desde las posibles causas, los efectos sobre el paciente, en la familia, en la sociedad, etc., pero poco se ha hablado sobre el Cuidador Primario, pues se tiende a generalizar el papel del Cuidador Primario como una responsabilidad que recae en el más comprometido de los familiares, generalizando de igual modo los efectos de la enfermedad del paciente sobre los integrantes de la familia sin tomar en cuenta que las repercusiones

en el Cuidador Primario son más severas. Es precisamente en este aspecto donde el Trabajo Social pretendió darse cabida y determinar ¿cuáles son los efectos de ser Cuidador Primario del paciente con esquizofrenia? ¿quién? y ¿cómo es el Cuidador Primario? ¿cómo es su dinámica familiar? ¿cómo es su vida cotidiana? estos son algunos aspectos estudiados en la presente investigación.

Este trabajo se presenta a través de seis capítulos; el primero de ellos titulado "*Aspectos generales de la esquizofrenia*" indica y trata aquellos aspectos que conciernen a la enfermedad. El primer subtema "*La esquizofrenia como enfermedad mental*" básicamente trata de la conceptualización de la enfermedad, por lo se hace una gran revisión bibliohemerográfica para encontrar una definición de "esquizofrenia" que se justificase desde un enfoque social; en el siguiente tema "*Historia de la esquizofrenia*" podremos encontrar los orígenes de la esquizofrenia, exponiendo los trabajos de Emil Kraepelin (1887) quien designó a los síntomas con el nombre "dementia praecox" por su curso deteriorante y presencia precoz, y Eugen [Bleuler](#), que posteriormente (1908) la llamó "esquizofrenia" para referirse a una falta de integración de diversos procesos psíquicos, de éste modo, dividió los síntomas en *fundamentales* y *accesorios*. Los fundamentales constituyen "**las cuatro A**": **A**sociaciones laxas del pensamiento, **A**fectividad aplanada, **A**mbivalencia y **A**utismo y los accesorios son las ideas delirantes o delirios, alucinaciones, alteraciones del lenguaje y la escritura y los síntomas catatónicos. Seguido de este tema se mencionan los "*Tipos de esquizofrenia*" con base al DSMIV y el CIE10 (ambas clasificaciones recomendadas por la OMS), se determinó que cinco son los subtipos más comunes y utilizados por los médicos para diagnosticar a los pacientes y son: paranoide, desorganizada, catatónica, indiferenciado y residual, y se explica en que consiste cada una de ellas. Posteriormente se habla de la "*Sintomatología*" y se explica que los síntomas de la esquizofrenia se dividen en tres grandes grupos: síntomas positivos, síntomas negativos y síntomas desorganizados según el tipo de esquizofrenia que se padezca.

El subtema *Epidemiología* se desarrolla a partir del tema de la Salud Mental a nivel mundial, en donde se ubica a la esquizofrenia como una de las diez enfermedades más discapacitantes. Para concluir, el último subtema lleva por nombre *Causas de la esquizofrenia* en él se explica que no se sabe la causa real que genera la enfermedad, pero se conocen diversas teorías que tratan de explicar su posible aparición, estas teorías son: alteración bioquímica, hipótesis dopaminérgica, hipótesis neuropatológicas, Hipótesis del sistema limbico, hipótesis de los ganglios basales, el modelo neurobiológico, y la influencia genética.

El capítulo dos *Teorías y estudios relacionados con las familias con un paciente esquizofrénico* básicamente son los antecedentes del tema de investigación. A lo largo de este capítulo se describen diversas teorías, estudios, e investigaciones que han realizado médicos, psiquiatras y psicólogos referentes a la esquizofrenia en relación a la familia del paciente en diversas modalidades, como el tratamiento, y otros problemas relacionados con la enfermedad.

La importancia del capítulo tres *Familia y esquizofrenia* radica en que los subtemas rescatan parte teórica de la carrera de Trabajo Social, de asignaturas como: familia y vida cotidiana, identidad y cultura, trabajo social individualizado por mencionar algunas, en las cuales el tema "familia" era elemental para nuestra intervención. El primer subtema: *La familia* es muy interesante pues se habla de la familia desde tiempos remotos, con aportaciones de autores como: Erich Fromm, Sigmund Freud, Ralph Linton, y Talcott Parsons, nos dan una aproximación del sistema familia desde el principio de la humanidad. Temas como terminología de la familia, tipología de la familia, el ciclo vital, podremos encontrar en este capítulo. Asimismo, el subtema *Familia y vida cotidiana* se construye a partir de las aportaciones de tres autores: Raúl Rojas Soriano, Thomas Luckman, y Mónica Sorin, en donde se explican las distintas connotaciones que ellos le dan al término "Vida cotidiana" tan común y habitual para la sociedad. Para finalizar el capítulo tres, el subtema: *Familia y esquizofrenia* habla de la familia del esquizofrénico según lo encontrado en la

literatura, además hay un apartado que habla sobre las fases que atraviesa la familia desde el inicio de la enfermedad en su familiar hasta el periodo de adaptación.

El capítulo cuatro *"El Cuidador Primario"* explica las características que definen al Cuidador del paciente esquizofrénico, así como las causas que hacen o involucran de tal modo al cuidador con el paciente.

El capítulo cinco titulado: *"Metodología"* contiene toda la parte metodológica de investigación: planteamiento del problema, objetivos, hipótesis, tipo y diseño del estudio, procedimiento, y selección de la muestra. Los instrumentos de medición también están incluidos en este capítulo, los cuales fueron cuatro, se aplicó una cédula de entrevista con nombre de estudio socioeconómico, este instrumento sirvió para realizar el perfil del Cuidador Primario del paciente con esquizofrenia, y también fue parte importante para la elaboración del perfil familiar del paciente.

Así mismo se utilizó la *"Escala del funcionamiento familiar"* de la Doctora Emma Espejel, esta escala mide el nivel de funcionalidad de cada familia ubicándolas como: 1) Disfuncional 2) Poco Funcional 3) Medianamente Funcional y 4) Funcional. El tercer instrumento utilizado fue *"La entrevista sobre la carga del Cuidador de Zarit"*, es un instrumento que mide a partir de las emociones y sentimientos, actitudes y reacciones el grado de sobrecarga objetiva y subjetiva que experimenta el entrevistado ante la experiencia de cuidar. Sin embargo como es un instrumento que se diseñó para medir la sobre carga en el cuidador de un adulto mayor, en este caso lo que se hizo fue seleccionar las preguntas que más asemejasen a la realidad del perfil de los entrevistados y determinar así, la carga subjetiva, y la carga objetiva de los entrevistados. Por último *"El breve cuestionario sobre los apoyos y responsabilidades"* fue un instrumento que sirvió para conocer los apoyos y responsabilidades con los que cuenta el cuidador.

En este capítulo también se encontrará el procedimiento de *"Recolección de datos"* el cual se realizó con apoyo de la estadística descriptiva, empleándose distribución de frecuencias relativas y acumuladas; programas como: EXCEL, SPSS, fueron esenciales

para la recolección de datos y la presentación de resultados a través de gráficas y tablas, presentes en su mayoría en el análisis cuantitativo.

El capítulo seis: *"Resultados de la Investigación"* se divide en dos grandes grupos: análisis cuantitativo y análisis de las familias. El análisis cuantitativo se presenta de manera porcentual, y numérica, por medio de gráficas y tablas, y se brinda una pequeña reseña de lo que se encontró de manera muy general, básicamente se divide en tres apartados: 1. perfil del Cuidador Primario, 2. perfil del paciente, y 3. perfil de la familia del Cuidador Primario.

El análisis cualitativo, muestra los resultados de la investigación de acuerdo a los objetivos, e hipótesis formuladas, además de mostrar a detalle de explicación, los resultados obtenidos en el análisis cuantitativo. Este apartado de resultados se divide en seis segmentos que son: 1. Perfil del Cuidador Primario, 2. Dinámica familiar, en este segmento se hacen algunas consideraciones generales en relación al ciclo vital, tipología de la familia y otros aspectos que se deben tener en cuenta para un satisfactorio estudio de familias. 3. Perfil de la familia del Cuidador Primario, este apartado es de lo más enriquecedor de la investigación, pues se presenta un análisis de la tipología de familia encontrado, cada uno de estos tipos de familia se analiza y describe de acuerdo al nivel de funcionalidad arrojado. 4. Modificaciones e impacto en la dinámica familiar 5. Sobre carga del cuidador y 6. Economía familiar. Además se incluyen algunos casos de familias que por sus características muy particulares se presentan como parte de los diagnósticos familiares.

Esta investigación llega a su fin con las conclusiones, en ellas se presenta a manera de resumen lo obtenido, incluyendo la experiencia personal.

Como anexo se presenta la propuesta de Trabajo Social. Se trata de un manual informativo, llamado *"El valor de la responsabilidad compartida"* está dirigido al Cuidador Primario, la familia y al paciente esquizofrénico, y tiene por objetivos: 1. Informar sobre los aspectos más importantes de la enfermedad con lo que se pretende disminuir la ansiedad e incertidumbre en la familia ante lo desconocido de la enfermedad. 2. Lograr que la familia reconozca la importancia que el Cuidador

Primario tiene para la recuperación del paciente, y 3. Hacer conciente a la familia del grado de sobrecarga bajo la cual el Cuidador Primario está expuesto; entendido esto se quiere generar un cambio de actitud en la familia creando *"el valor de la responsabilidad compartida en los cuidados del paciente"* y como fin, se generará en el paciente un cambio de actitud que lo impulsará a reintegrarse a la dinámica familiar.

En la parte final de la tesis, se encontrarán los instrumentos que se utilizaron en la investigación y después de estos se hallan las referencias bibliográficas.

JUSTIFICACIÓN

Dentro de las enfermedades de tipo mental "la esquizofrenia es una de las más graves que existen, afecta a 1 de cada 100 personas a nivel mundial"¹ siendo de carácter multifactorial, en México ocupa 0.7% lugar de prevalencia y es la novena causa de discapacidad en el mundo. (Apiquían Rogelio, Conferencia 30 de Julio de 2005, Congreso de Neuropsiquiatría en el Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía Dr. Manuel Velasco Suárez). Generalmente se inicia durante la adolescencia o en la etapa productiva de un individuo en donde los síntomas de éste padecimiento no aparecen de manera simultánea, prueba de ello es la afectación a las áreas del pensamiento: la percepción, sentimientos, movimientos, y las relaciones interpersonales.

Según la "Organización Mundial de la Salud, entre las diez enfermedades de mayor carga para la sociedad, cinco son psiquiátricas, a lo que hay que añadir el sufrimiento personal que conllevan y el peso que suponen para los familiares de los que las padecen".²

A partir de la aparición de esta enfermedad en un miembro de la familia hará difícil la convivencia familiar tanto para el esquizofrénico, como para la familia con la que cohabita, ya que esta enfermedad modificará totalmente la dinámica familiar; al esquizofrénico se le hará muy difícil trabajar, estudiar, relacionarse con los demás, y llevar a cabo una vida totalmente independiente; del mismo modo la familia y el cuidador del enfermo tendrá que modificar la dinámica cotidiana, para adecuar el tiempo y nuevas actividades para el cuidado del paciente.

El interés particular que nace de esta problemática, considerando al paciente y a la familia como víctimas de la enfermedad, tiene que ver con el Cuidador Primario del

¹ http://www.gobcan.es/sanidad/scs/su_salud/adultos/esquizofrenia.htmlsiendo, buscador: www.yahoo.com.mx, 10 de agosto del 2005.

² www.rms.cl/numeros_anteriores/RMS_3/Esquizofrenia%20familiares.htm, buscador: www.yahoo.com.mx, 10 de agosto del 2005.

paciente con esquizofrenia, considerando que al asumir este papel, hubo de modificar muchos aspectos de su vida, para contar con el tiempo necesario para cuidarlo.

Muchas son las investigaciones que se han hecho sobre la esquizofrenia, se han estudiado aspectos familiares en diversas modalidades, hasta aspectos muy propios de la enfermedad, como posibles tratamientos, terapias, nuevos medicamentos etc. Algunos de ellos se mencionan en el capítulo dos, pero en esta investigación el motivo de interés se centra en conocer ciertos aspectos del Cuidador Primario del enfermo esquizofrénico que tienen que ver con su perfil sociofamiliar, con la dinámica familiar, con el ámbito económico, etc., con todos aquellos aspectos que han cambiado de su vida cotidiana.

El Trabajo Social como disciplina se ve en la inquietud de indagar en este tema, considerando que el Cuidador Primario es el actor principal en el tratamiento y rehabilitación del paciente, la profesión nos da las herramientas para determinar ¿cuál? ha sido el impacto social y las modificaciones en la dinámica familiar del Cuidador Primario del paciente con Esquizofrenia.

CAPÍTULO I

ASPECTOS GENERALES DE LA ESQUIZOFRENIA

1.1 LA ESQUIZOFRENIA COMO ENFERMEDAD MENTAL

La esquizofrenia es un padecimiento que genera cambios en el comportamiento y estilo de vida de quien la padece por ello es necesario entenderla desde un enfoque global.

Etimológicamente "La palabra esquizofrenia se forma de dos raíces griegas, *esquizos* "dividido" y *frenos* que quiere decir "mente o inteligencia".³ Por lo que generalmente se cataloga al padecimiento como personalidad con "*mente dividida*"⁴ La esquizofrenia es una *enfermedad mental*, se dice que son enfermedades mentales por que a diferencia de las demás *enfermedades físicas* es el cerebro el que está afectado, por lo que se alteran sus funciones y los síntomas se expresan por un cambio en: el lenguaje, en la conducta, en las relaciones interpersonales, en el modo de percibir el mundo que les rodea, etc. La esquizofrenia suele presentarse por primera vez en la adolescencia o juventud temprana (aproximadamente entre los 15 y 30 años), generalmente es más precoz en los hombres que en las mujeres.

Dentro de las enfermedades mentales existen algunas especialmente graves e incapacitantes para el enfermo, por la intensidad de los síntomas y por su duración y se conocen como "*enfermedades mentales crónicas*" se dice que son crónicas porque la enfermedad les descalifica para realizar muchas actividades debido a los síntomas, a las recaídas, y a veces por su incapacidad para relacionarse".⁵

³ Garnica Portillo Rodrigo. "Esquizofrenia. Guía para los familiares del paciente" 1998

⁴ Fuente Muñiz Ramón de la. "Psicología Médica, nueva versión" Editorial FCE, México, 2ª Edición 2002. Pp. 134

⁵ L. Vargas Aragón Martín, et al. "Escuela de Familias. Guía Psico-Educativa para familiares de enfermos psicóticos" Serie Breve, Ciencias de la Salud. Universidad de Valladolid 1998. Pp. 15-17

La esquizofrenia como tal, pertenece al grupo de enfermedades mentales conocidas como "*psicosis*". Por lo general los individuos psicóticos son retraídos del mundo y no son capaces de distinguir lo que es real de lo que no lo es, su pensamiento, conducta y estado de ánimo están demasiado alterados y deteriorados; algunos son tan desconfiados o excitados que no pueden llevar una vida normal. En algunos casos las cogniciones (percepción, memoria, razonamiento o habilidades comunicativas) están perturbadas en grado extremo.⁶ Se podrá ver más adelante, que la sintomatología mencionada en los psicóticos, tiene gran semejanza con el comportamiento de los esquizofrénicos, ya que ellos no sólo difieren entre sí, el mismo individuo puede comportarse de formas radicalmente discrepantes en el curso de un solo día, es probable observar señales psicóticas en algunos casos y conducta bastante normal en otros.⁷

A menudo se habla de la esquizofrenia como si fuera una sola entidad, pero es más apropiado considerarla como un grupo de trastornos de causa no identificada que dan por resultado una alteración mental grave y prolongada. Por ese motivo, el encabezado de DSM III-R indica "trastornos esquizofrénicos, más que esquizofrenia"⁸ Generalmente se define a la esquizofrenia como: "un grupo de enfermedades mentales con síntomas característicos, estos síntomas motivan una incapacitación que depende de la gravedad de estos y también de la personalidad del afectado".⁹

El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales de la American Psychiatric Association (Asociación Psiquiátrica de Estados Unidos), (DSM - IV), establece que la esquizofrenia es una enfermedad que persiste durante por lo menos seis meses e incluye ,mínimo un mes de síntomas de la fase activa, con

⁶ Davidoff, L.L. "Introducción a la Psicología" Editorial Mc. Graw Hill., 3ª edición, 1994 Pp. 558

⁷ Ibidem Pp- 559

⁸ Kaplan Harold I. et al. "Sinopsis de Psiquiatría Ciencias de la Conducta, Psiquiatría Clínica". Editorial Médica Panamericana. 8ª edición. Buenos Aires Argentina, 1996 Pp. 521

⁹ Geiser Med. Max, "Esquizofrenia, Diagnóstico – Adaptación y Convivencia. Una información para familiares y profanos" Asociación Madrileña de Amigos y Familiares de Enfermos con Esquizofrenia AMAFE, Madrid España, 2ª edición 1992

síntomas como: ideas delirantes, alucinaciones, lenguaje y comportamiento gravemente desorganizado, estados catatónicos, así como síntomas negativos.

Para esta investigación se ha considerado necesario establecer un concepto acertado del término esquizofrenia desde un enfoque social bajo el que se desarrolla esta investigación, pues no tendría caso hablar en términos médicos o psiquiátricos. Para ello, la definición más acertada es la de Claudia Benassini (1997), quien define a la esquizofrenia como una *"Enfermedad mental generalmente crónica, progresiva y que provoca deterioro en los procesos de adaptación psicológica, individual, familiar, laboral y social, con algunas tendencias hereditaria, para la que se han documentado anormalidades en el desarrollo del cerebro y de los procesos cognoscitivos, y se caracterizan por un cortejo sintomático variado, que incluye síntomas positivos como alucinaciones, delirios y desorganización conceptual, y síntomas negativos como el embotamiento afectivo, apatía, desmotivación, incapacidad progresiva para socializar y la improductividad"*.

1.2 HISTORIA DE LA ESQUIZOFRENIA

Hace más de un siglo, Emil Kraepelin y Eugen Bleuler fueron los pioneros en el estudio de la esquizofrenia o *"dementia praecox"* así llamada en un inicio por Kraepelin, quien en 1887 luego de largas observaciones entre sus pacientes, logró sistematizar una buena cantidad de entidades psicopatológicas que estaban confusas hasta entonces y distinguió una forma de "demencia" que aparecía en los jóvenes (a diferencia de la demencia senil), separándola de otras formas de insania mental, como la locura maníaco depresiva. A esta "demencia" le llamó *"dementia praecox"*, subrayando con eso su curso deteriorante y su precocidad. Le dio mayor importancia a los síntomas que llamamos "negativos" como "debilitamiento de la

voluntad", y la falta de un "desarrollo personal". Sin embargo, Eugen Bleuler en 1908 sugirió que el nombre era inadecuado, porque el trastorno no era una "demencia", es decir, no llevaba necesariamente a un deterioro de funciones mentales como en la demencia senil (que hoy llamamos de tipo Alzheimer), muchos pacientes sí mejoraban y además, ocasionalmente se presentaba por primera vez en personas adultas. Propuso entonces el nombre con el que se conoce el trastorno hasta hoy. Bleuler sugirió la palabra "*esquizofrenia*" (del griego "*mente escindida*") para referirse a una falta de integración de diversos procesos psíquicos, como percepción, memoria, personalidad, pensamiento lógico. Sugirió también que los síntomas podían dividirse en *fundamentales* (si estaban presentes en todos los pacientes y durante toda la evolución del trastorno) y *accesorios*. Los síntomas fundamentales de Bleuler constituyen "**las cuatro A**": **A**sociaciones laxas del pensamiento, **A**fectividad aplanada, **A**mbivalencia y **A**utismo. Los síntomas accesorios son las ideas delirantes o delirios, alucinaciones, alteraciones del lenguaje y la escritura y los síntomas catatónicos. Hay que notar que aquellos síntomas que llaman más la atención (como los delirios y las alucinaciones) Bleuler los considera "accesorios". Esa diferencia es adecuada, porque la gravedad del trastorno está vinculada justamente a las características de laxitud asociativa, aplanamiento afectivo y autismo, los síntomas fundamentales de Bleuler. Aun hoy día, como descripción clínico - psiquiátrica sigue teniendo peso la escuela alemana de Bleuler y Kraepelin.

De este modo, el DSM IV, en el cuadro de criterios para el diagnóstico de la esquizofrenia muestra que el criterio **A** describe como síntomas característicos, a las ideas delirantes, alucinaciones, lenguaje desorganizado, y comportamiento catatónico o desorganizado, mismos que Bleuler nombró *síntomas accesorios*, y el manual describe como *síntomas negativos* al aplanamiento afectivo, alogia o abulia, que coinciden con lo que Bleuler llamó síntomas fundamentales, las cuatro **A**.

En el apartado número 1.4 veremos la sintomatología característica de la esquizofrenia, la cual se divide en tres grupos sintomáticos: positivos, negativos y desorganizados.

1.3 TIPOS DE ESQUIZOFRENIA

La variedad de sintomatologías de los esquizofrénicos no se presentan en su totalidad en una persona, pues pueden estar presentes las alucinaciones auditivas y visuales, pero no el lenguaje desorganizado, en otro caso puede presentar delirios de persecución y cambiar radicalmente a un estado de embotamiento afectivo, o quizá presentar todos los síntomas en distintas etapas de la enfermedad; es por ello que los estudiosos de la materia optaron por categorizar la sintomatología en subtipos de esquizofrenia.

Los criterios diagnósticos del DSM IV describen especificadores de curso que ofrecen al clínico diversas opciones y situaciones clínicas reales. Este manual estipula que los síntomas estén presentes por lo menos durante seis meses, y se descarte no tratarse un diagnóstico de trastorno esquizoafectivo y del trastorno del estado de ánimo.

Por tanto, médicamente se definen como tipos o subtipos de la esquizofrenia, a *"Aquellas modalidades sintomáticas que predominan en el momento de la evaluación del enfermo por un especialista"*¹⁰ es importante que el especialista defina desde el primer momento el tipo de esquizofrenia que padece el enfermo, para brindarle el tratamiento adecuado, sin embargo esto no es lo que sucede, pues a veces son necesarios muchos estudios, pruebas y periodos largos de observación en el paciente para determinar ¿qué tipo? de esquizofrenia padece; para evitar el

¹⁰ Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM – IV – TR. López J. Juan, Aliño Ibor. Et al. Editorial Masson, 1ª edición 2002, Barcelona España, Pp. 350

costo a la institución, los especialistas después de descartar que no se trata de un desorden esquizoafectivo encasillan a los pacientes con esquizofrenia tipo paranoide en general.

El manual clasifica los subtipos de esquizofrenia como paranoide, desorganizado, catatónico, indiferenciado y residual, basándose primordialmente en la presentación clínica,¹¹ y son los siguientes:

ESQUIZOFRENIA TIPO PARANOIDE

La característica principal del tipo paranoide de esquizofrenia consiste en la presencia de claras ideas delirantes relacionadas con alucinaciones auditivas, visuales y olfativas.

Generalmente las ideas delirantes son de persecución, de grandeza o ambas, pero pueden presentarse ideas delirantes con otra temática. Las ideas delirantes pueden ser múltiples, pero suelen estar desorganizadas alrededor de un tema coherente. Los síntomas asociados incluyen ansiedad, ira, retraimiento, y también pomposidad y vehemencia extrema en las interacciones interpersonales. Los temas persecutorios pueden predisponer al sujeto al comportamiento suicida, y la combinación de las ideas delirantes de persecución y de grandeza con las reacciones de ira puede predisponerle a la violencia.

ESQUIZOFRENIA TIPO DESORGANIZADO

Las características principales de este tipo de esquizofrenia son el lenguaje desorganizado, el comportamiento desorganizado y la afectividad aplanada o inapropiada. El lenguaje desorganizado puede ir acompañado de tonterías y risas que no tienen una clara conexión con el contexto del discurso. Las características

¹¹Kaplan et al. 1996. Op cit. Pp. 530-533

físicas asociadas al lenguaje incluyen muecas, manierismo u otras rarezas de comportamiento. Pueden comportarse en forma activa pero sin objetivo alguno, suelen tener regresiones a etapas de la infancia.

ESQUIZOFRENIA TIPO CATATÓNICO

Generalmente se identifica por una marcada alteración psicomotora que puede incluir inmovilidad o todo lo contrario una actividad motora excesiva, negativismo extremo, peculiaridades del movimiento voluntario ecolalia o ecopraxia. La ecolalia es la repetición patológica, como lo haría un loro o aparentemente sin sentido, de una palabra o una frase que acaba de decir otra persona. La ecopraxia consiste en la imitación repetitiva de los movimientos de otra persona. La inmovilidad puede manifestarse por catalepsia (flexibilidad cérea) o estupor. Puede haber un negativismo extremo que se manifieste por el mantenimiento de una postura rígida en contra de cualquier intento de ser movido o por la resistencia a todas las órdenes que se den. Otras características serían actitudes estereotipadas o la agitación catatónica. El sujeto puede requerir una cuidadosa supervisión para evitar que se cause daño a sí mismo o a otras personas. Hay riesgo potencial de malnutrición, agotamiento, o autolesiones.

ESQUIZOFRENIA TIPO INDIFERENCIADO

La característica esencial de este tipo de esquizofrenia es la presencia de síntomas que cumplen con síntomas positivos y negativos de esquizofrenia[♦], pero que no cumplen los criterios para los tipos paranoides, desorganizado, o catatónico.

[♦] Ver Sintomatología

ESQUIZOFRENIA TIPO RESIDUAL

Se le puede denominar así cuando ha habido al menos un episodio de esquizofrenia, pero en el cuadro clínico actual no es patente la existencia de síntomas psicóticos positivos como ideas delirantes, alucinaciones o lenguaje desorganizado. Hay manifestaciones continuas de la alteración como lo indica la presencia de síntomas negativos o dos o más síntomas positivos atenuados. El curso del tipo residual puede ser limitado en el tiempo y presentar una transición entre un episodio florido y la remisión completa. No obstante, también puede persistir durante años, con o sin exacerbaciones agudas.

1.4 SINTOMATOLOGÍA

Como en cualquier otra enfermedad la esquizofrenia se reconoce por sus síntomas; pero estos síntomas no son los mismos en cada paciente, pueden cambiar en una misma persona de día en día, de hora en hora, y de una situación a otra. Esta variabilidad dificulta a menudo el diagnóstico y el apreciar la urgente necesidad de tratamiento, ya que la conducta del paciente puede ser completamente distinta en presencia del médico que lo reconoce, de la que lo fue poco antes en su casa.

Los síntomas de la esquizofrenia afectan a las áreas del pensamiento, las percepciones, los sentimientos, los movimientos y las relaciones interpersonales. Las alteraciones del pensamiento se traducen en la incapacidad para establecer conexiones lógicas, o en la aparición de delirios. Las alucinaciones son la principal alteración de la percepción, y las más frecuentes son las auditivas. En este caso, el paciente oye sus propios pensamientos en voz alta, o escucha voces imaginarias que

le ordenan realizar ciertos actos, o comentarios. Las reacciones emocionales son frías o inapropiadas.¹²

De manera general la esquizofrenia se divide en tres grandes grupos sintomáticos, síntomas positivos, síntomas negativos y síntomas desorganizados, estos dependerán del tipo de esquizofrenia que se padezca.

SÍNTOMAS POSITIVOS

Lo positivo que se usa aquí no significa *"bueno"*. Se refiere a tener síntomas que generalmente no deberían estar allí. Son positivos porque suponen un daño a la conducta normal. Los síntomas positivos son llamados a veces síntomas *"psicóticos"* ya que el paciente ha perdido el contacto con la realidad. Pueden creer que la gente está leyendo sus pensamientos o haciendo planes en contra de ellos, que otros lo están monitoreando y amenazándole secretamente, o que pueden controlar la mente de otros. Las alucinaciones, frecuentemente se refieren a que la gente con esquizofrenia puede oír o ver cosas que no están allí. Este tipo de experiencias son similares a los sueños, solo que ocurren cuando la gente está despierta.

SÍNTOMAS NEGATIVOS

"Negativo" no se refiere a la actitud de la persona, sino a una carencia de algunas características que deberían estar allí. Son emociones desanimadas o reducidas. Este tipo de síntomas harán difícil que el paciente exprese claramente sus emociones. Al emocionarse menos, reírse menos, llorar menos, puede experimentar periodos de introversión intensa y de aislamiento profundo; pueden aparentar carecer de energía. Incluso no son capaces de llevar una conversación o decir algo nuevo. A los pacientes con estos síntomas se les tienen que recordar que hagan cosas tan simples como, alimentarse, bañarse y cambiarse de ropa.

¹² Apuntes de la materia de salud mental 6to. Semestre 2005. Maestro. Saturno Maciel.

SÍNTOMAS DESORGANIZADOS

Las características de este tipo de síntomas refieren un comportamiento general sin sentido. Pensamiento confuso y lenguaje desorganizado. La percepción de lo que está pasando alrededor de ellos pueden estar distorsionado de un modo que las cosas ordinarias aparentan distraer o pueden asustar. Pueden ser excepcionalmente sensibles a ruidos, colores y formas secundarias o de fondo.

La esquizofrenia lleva siempre a una disminución del rendimiento del afectado, en el colegio, en los estudios o en el trabajo, y/o dificultades en el trato con otras personas y a la desatención de los cuidados corporales, de vestimenta o de alimentación.

1.5 EPIDEMIOLOGÍA

La dimensión y características de las enfermedades mentales no son ampliamente conocidas y es difícil, aún ahora, encontrar estadísticas confiables sobre la epidemiología, así como sobre el impacto en el bienestar de la población. En México, entre las principales quince causas de pérdida de vida saludable (AVISA), se encuentran las enfermedades psiquiátricas y neurológicas que representan en conjunto el 18% del total de AVISA, seis de ellas están relacionadas con los trastornos mentales y las adicciones, como los homicidios y violencia, accidentes de vehículos de motor, enfermedad cerebro vascular, cirrosis hepática, demencias, consumo de alcohol y trastornos depresivos. La depresión por sí sola afecta al 17% de la población con problemas mentales, seguida de las enfermedades que llevan a generar lesiones autoinflingidas, con un 16%, enfermedad de Alzheimer y demencias con un 13%, la dependencia al alcohol representa el 12%, la epilepsia el

9%, la psicosis un 7%, la farmacodependencia y estrés postraumático representan el 5% cada uno de ellos y el 16% corresponde a otros padecimientos mentales.¹³

De acuerdo a estudios realizados por la OMS se estima que 400 millones de personas sufren actualmente trastornos psiquiátricos y neurológicos; En el panorama epidemiológico, el Banco Mundial calcula que los padecimientos neurológicos y psiquiátricos contribuyen con 12% del costo total de las enfermedades médicas y para la OMS representa el 20%. Estos trastornos medidos por **Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD)**, representan 11.5% de la carga total de enfermedades.¹⁴ La esquizofrenia en México ocupa 0.7% lugar de prevalencia.

En un análisis realizado por la OMS en 1996, sobre el diagnóstico situacional en salud mental, se detectó que cinco de las causas líderes generadoras de discapacidad en el mundo se refieren a "*trastornos mentales*" entre ellos la esquizofrenia, ver tabla.¹⁵

Tabla No. 1

CAUSAS LIDERES DE DISCAPACIDAD EN EL MUNDO	
*1. Depresión mayor	
2. Anemia por deficiencia de hierro	
3. Caídas accidentales	
4. Uso de alcohol	
5. Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	
*6. Trastorno bipolar (manía-depresión)	
*7. Anomalías congénitas	
8. Osteoartritis	
*9. Esquizofrenia	
*10. Trastorno obsesivo-compulsivo	

Fuente: La Carga Global de las Enfermedades. Banco Mundial y Organización Mundial de la Salud. Publicación de la OMS. 1996.

¹³ Programa de Acción en Salud Mental 2006. Mensaje del Comisionado Nacional contra las adicciones

¹⁴ Ibidem Capítulo III, Pp.43

¹⁵ Idem Pp. 43

En 1994, los resultados obtenidos de la Encuesta Nacional de Adicciones realizadas en zonas urbanas, detectaron la prevalencia de trastornos mentales entre el 15 y el 18% de la población en general; los resultados del estudio concuerdan con los realizados en otros países e indican que una de cada seis personas sufrirá un problema de salud mental que podría requerir atención médica especializada; esto significa que *en nuestro país padecen trastornos mentales aproximadamente 15 millones de personas*, lo que equivale a una sexta parte de nuestra población.¹⁶

Observe la tabla.

Tabla No. 2

Fuente: Caraveo y Cols. Características psicopatológicas de la población urbana adulta en México. Resultados de una Encuesta Nacional en Hogares. AN. Instituto Mexicano de Psiquiatría, 1994

PREVALENCIA DE TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS EN POBLACIÓN ADULTA EN ZONAS URBANAS EN 1994. MÉXICO			
Trastorno	Hombres (%)	Mujeres (%)	Total (%)
1. Depresión	4.9	9.7	7.8
2. Epilepsia	3.4	3.9	3.7
3. Probable psicosis	3.2	2.6	2.8 2.9*
4. Probables trastornos limítrofes	1.6	0.8	1.1 1.2*
5. Trastorno obsesivo	1.6	3.0	2.5 2.3*
6. Probable esquizofrenia	1.2	0.9	1.0
7. Manía	0.3	0.2	0.2
8. Psicosis inespecífica	0.7	0.6	0.6
9. Trastorno bipolar	0.7	0.6	0.6
10. Trastorno de ansiedad	0.3	1.6	1.1 .95*

* Son los valores reales que corresponden estadísticamente

¹⁶ Idem. Pp. 44

1.6 CAUSAS DE LA ESQUIZOFRENIA

Hoy día, se dice que puede haber muchos factores implicados para la aparición de la esquizofrenia, pero ninguno en específico.

Se considera que existe una predisposición hereditaria, pero también están implicados otros factores. Parece que una combinación de factores hereditarios, neuroquímicos y otros de riesgo incrementan la probabilidad de que se presente la enfermedad.

Los factores de riesgo se piensa que son debidos a alguna lesión de tipo cerebral, o incluso el exceso de estrés; sin embargo, éstas hipótesis carecen de fundamentación, pues el afectado puede presentar síntomas psicóticos muy parecidos a los de la esquizofrenia, más no indica que la tenga, puede tratarse de un trastorno orgánico que ha afectado alguna parte del cerebro y se manifiesta con éste tipo de síntomas.

Pese a la serie de investigaciones que se han realizado sobre el padecimiento, su causa aún no puede indicarse con certeza, diversas teorías intentan explicar el fenómeno, pero ninguna es certera.

Por tanto en el caso de la esquizofrenia resulta más adecuado hablar de factores que confluyen en la producción de este trastorno; ésta serie de factores de diversos tipos interactúan en la producción de la enfermedad. En general se refieren a aspectos genéticos, de organización cerebral, neuroquímicos de desarrollo psicológico, así como socioculturales.¹⁷

¹⁷ <http://kunkaan.psicom.uson.mx/> buscador google 13 septiembre 2005

Las siguientes teorías son parte de las propuestas de los investigadores que han tratado de explicar su origen, y son mencionadas en éste trabajo.

ALTERACIÓN BIOQUÍMICA (HIPÓTESIS DOPAMINÉRGICA)

En este caso, se dice que en los neuro-trasmisores hay un exceso de actividad dopaminérgica (dopamina), es decir, hay un desbalance químico en el cerebro que causa una hipersensibilidad o un exceso en la producción de esta sustancia.

La dopamina es una de las muchas sustancias químicas cerebrales (neurotransmisores) que facilitan la comunicación entre las diversas células del cerebro. Los investigadores han hallado varios tipos de receptores dopaminérgicos en diferentes áreas del cerebro. Otros neurotransmisores y sus receptores puede que estén afectados en las personas con esquizofrenia. ¹⁸

La teoría de la *hipótesis dopaminérgica de la esquizofrenia* se desarrolló a partir de dos observaciones; primero, la eficacia y potencia de la mayoría de fármacos antipsicóticos (esto es, los antagonistas del receptor de la dopamina) está correlacionada con su capacidad de actuar como antagonistas del receptor dopaminérgico del tipo 2 (D₂). Segundo, los fármacos que aumentan la actividad dopaminérgica, especialmente las anfetaminas, son psicomiméticas. La teoría básica no da más explicaciones acerca de si ésta hiperactividad dopaminérgica es debida a un exceso de liberación de dopamina, a un exceso de receptores dopaminérgicos, a una hipersensibilidad de estos receptores dopaminérgicos, a una hipersensibilidad de estos receptores a la dopamina, o a una combinación de todos estos mecanismos.

Aunque la hipótesis dopaminérgica ha estipulado la investigación sobre la esquizofrenia, durante más de dos décadas y continua siendo la hipótesis

¹⁸Manual. "Entendiendo la Esquizofrenia: Una guía para las personas que sufren la esquizofrenia y sus familias" www.mhsource.com

neuroquímica principal, presenta dos grandes problemas. Primero los antagonistas de la dopamina son virtualmente efectivos en el tratamiento de todos los pacientes psicóticos y gravemente agitados, independientemente del diagnóstico. Por lo tanto

la hiperactividad dopaminérgica no es exclusiva para la esquizofrenia. Segundo, algunos datos electrofisiológicos sugieren que las neuronas dopaminérgicas aumentan su tasa de disparo («firing rate») en respuesta a la exposición prolongada a medicamentos antipsicóticos. Estos datos dan a entender que en la anomalía inicial de la esquizofrenia participa un estado hipodopaminérgico.¹⁹

HIPÓTESIS NEUROPATOLÓGICAS²⁰

En el siglo XIX los neuropatólogos clasificaron la esquizofrenia como un trastorno funcional porque no consiguieron encontrar una base neuropatológica para el trastorno. Sin embargo, en los últimos 20 años, los investigadores creen que existe una posible base neuropatológica para la esquizofrenia, principalmente en el sistema límbico y en los ganglios basales.

HIPÓTESIS DEL SISTEMA LÍMBICO²¹

El sistema límbico ha sido relacionado con las bases fisiopatológicas de la esquizofrenia, debido a su papel en el control de las emociones. De hecho, esta área del cerebro ha mostrado ser la más fecunda en estudios neuropatológicos sobre el trastorno. Muchos estudios bien controlados de muestras post mortem de cerebros procedentes de pacientes esquizofrénicos han hallado una disminución en el

¹⁹ Kaplan et al. 1996. Op cit. Pp. 524

²⁰ Ibidem Pp. 525

²¹ idem Pp.525

tamaño de esa región, incluidos la amígdala, el hipocampo, y el gyrus parahipocámpico. Estos hallazgos neuropatológicos concuerdan con las observaciones realizadas por medio de la resonancia magnética (RM) en estudios sobre pacientes esquizofrénicos. También se ha descrito una desorganización de las neuronas dentro del hipocampo de estos pacientes.

HIPÓTESIS DE LOS GANGLIOS BASALES²²

Los ganglios basales han tenido interés teórico en la esquizofrenia al menos por dos razones. Primero, muchos pacientes presentan movimientos anormales, incluso en ausencia de los trastornos del movimiento inducidos por la medicación (por ejemplo, diskinesia tardía). Estos movimientos anormales pueden ser marcha torpe, muecas faciales, y estereotipias. Puesto que los ganglios basales están implicados en el control del movimiento, la patología de ésta región también estará relacionada con la fisiopatología de la esquizofrenia. Segundo, de todas las alteraciones neurológicas que pueden acompañarse de psicosis como síntomas asociados, los trastornos del movimiento que afectan a los ganglios basales (por ejemplo la enfermedad de Huntington) son los que lo hacen con mayor frecuencia. Además, los ganglios basales están recíprocamente conectados con los lóbulos frontales y las anormalidades del funcionamiento frontal observadas en algunos estudios de neuroimagen pueden deberse a enfermedad de los ganglios basales, más que a los lóbulos frontales.

MODELO NEUROBIOLÓGICO²³

Este modelo hace especial énfasis en la adquisición de la esquizofrenia en la adolescencia o juventud, por una infección de tipo viral en la madre en el momento

²² Idem Pp. 525

²³ <http://kunkaak.psicom.uson.mx/maestria/información.html>

de gestación del feto. El cerebro en formación es de manera especial sensible a los agresores del ambiente que pueden condicionar a problemas del neuro-desarrollo, como alteraciones en la estructura celular neuronal. Se da, de manera particular en el caso de los virus (Torrey, 1991).

Múltiples estudios han documentado la relación epidemiológica entre los brotes de una enfermedad viral conocida como la "influenza" y los incrementos en la incidencia, es decir, la aparición de nuevos casos de esquizofrenia (Sham y col. 1960), esto es debido a que el virus de la influenza es neurotrópico, o tiene afinidad por el tejido nervioso, y puede condicionar lo que llaman "sufrimiento neuroblástico" en el cerebro en formación, si la madre se infecta antes del cuarto mes. Así las neuronas quedan fuera de posición, el bebé nace y crece, y el efecto como no es severo, no desorganiza gravemente el comportamiento, sin embargo con el comienzo de la edad adulta el cerebro tiende a funcionar por debajo de lo normal, en aspectos como: el sentido de planear, decidir, resolver, etc. Y el sujeto puede desarrollar una mezcla de perplejidad, apatía, falta de motivación, desempeño conductual inadecuado y problemas en la socialización y expresión de afectos. Esto explica el inicio de la enfermedad dentro de la etapa adulta.

INFLUENCIA GENÉTICA²⁴

Diversos estudios han encontrado un componente genético por la herencia de la esquizofrenia. Desde los estudios clínicos de 1930, se encontró que una persona podría tener esquizofrenia si otro miembro de la familia la padecía. La probabilidad de la persona de tener esquizofrenia está correlacionada con la cercanía de la parentela. No se sabe con precisión la forma exacta en que los genes contribuyen a los trastornos esquizofrénicos. Las poblaciones con alto riesgo de padecerla consisten en personas con uno o ambos padres esquizofrénicos. Cerca del 15% de

²⁴ Ibidem

los sujetos con un padre esquizofrénico podrían padecerla y existe un 45% de probabilidad si ambos padres la padecen.

Los *factores de riesgo* que se dice, podrían desencadenar el padecimiento, son posiblemente el ambiente familiar (disfuncionalidad familiar), la dinámica de la vida cotidiana como, el exceso de trabajo, el estrés, la ansiedad, etc., es decir, todos aquellos estresantes sociales, y se vuelven factores de riesgo cuando existe una predisposición hereditaria.

CAPÍTULO II

TEORÍAS Y ESTUDIOS RELACIONADOS CON LAS FAMILIAS CON UN PACIENTE ESQUIZOFRÉNICO

En este capítulo se rescatarán los aspectos relevantes de las teorías relacionadas con la familia del paciente esquizofrénico, se considera de suma importancia tal apartado pues investigaciones actuales se han referido a ellas como punto de partida para seguir conociendo más del padecimiento y sobre todo de qué manera la familia beneficia o perjudica el proceso de recuperación y/o decaimiento del paciente.

Algunos estudios indican que un patrón familiar específico puede desempeñar un papel causal en el desarrollo de la esquizofrenia. Los clínicos deben comprender la importancia de esta cuestión; muchos padres de hijos esquizofrénicos albergan ira hacia la comunidad psiquiátrica porque en el pasado correlacionaron abiertamente las familias disfuncionales con el desarrollo de la esquizofrenia. Algunos pacientes con esquizofrenia provienen de familias de ese tipo, del mismo modo que muchas personas sin enfermedades psiquiátricas. Sin embargo, 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 enfrentarse²⁵

Veamos que dicen algunas teorías relacionadas con la educación de padres a hijos y que tratan de explicar la infancia de los enfermos con esquizofrenia.

²⁵ Kaplan, et al. 1996. Op cit. Pp. 530

2.1 TEORÍA DEL DOBLE VÍNCULO ²⁶

Este concepto fue formulado por Gregory Bateson para describir una familia hipotética en la cual los niños reciben mensajes contradictorios de los padres en relación a sus conductas, actitudes y sentimientos. Según esta hipótesis, el niño se repliega en un estado psicótico para huir de la irresoluble confusión del doble vínculo. Desgraciadamente, los estudios familiares que se han llevado a cabo para probar esta teoría tienen graves defectos metodológicos. Esta teoría sólo tiene valor como modelo descriptivo, no como explicación etiológica de la esquizofrenia.

2.2 FAMILIAS ESCINDIDAS Y SESGADAS ²⁷

Theodore Lidz describió estos dos modelos de conducta familiar como anormales. En el primer 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 segundo tipo de familia, existe una relación «*sesgada*» entre un hijo y uno de los padres, lo que implica una lucha por el poder entre éstos y la consiguiente dominación de uno de ellos.

2.3 FAMILIAS PSEUDOMUTUAS Y PSEUDHOSTILES ²⁸

Tal como describió Lyman Wynne, 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 entendible solo por la familia, y cuando un hijo deja el hogar y tiene que relacionarse con otras personas, pueden surgir los problemas. La comunicación verbal del niño puede ser incomprensible para las personas ajenas.

²⁶ Kaplan et al. 1996 Op cit. Pp.530

²⁷ Ibidem Pp. 530

²⁸ Idem Pp. 530

2.4 TEORÍA DE LA EMOCIÓN EXPRESADA

Los padres u otros pueden comportarse realizando comentarios críticos con hostilidad y sobreimplicación respecto de una persona con esquizofrenia. Muchos estudios han señalado que en las familias con niveles altos de emoción expresada (a menudo abreviado como EE), la tasa de recaídas de la esquizofrenia es mayor. La evolución de la emoción expresada incluye el análisis tanto de lo que dice como de la forma en que se dice.²⁹

En las investigaciones acerca de la emoción expresada se determinó que con el conocimiento que el familiar tenga sobre la esquizofrenia, es posible disminuir las recaídas y mejorar la calidad de vida del paciente, así como sus relaciones familiares. Lo importante no es la información como tal, si no, el valor funcional que tiene para la familia, todo esto en pro de la rehabilitación del paciente.³⁰

Las teorías y estudios que se muestran a continuación se han desarrollado a partir de estudios específicos a pacientes con Dx. De Esquizofrenia.

2.5 ESTUDIOS DEL FUNCIONAMIENTO FAMILIAR Y LA ESQUIZOFRENIA

Miller, Kabacoff, Keitner, Epstein y Bishop (1986), al aplicar la escala de Funcionamiento Familiar McMaster, FAD. Observaron que en las familias control se presentó mayor disfunción; las áreas más afectadas fueron las de comunicación, involucramiento afectivo, roles, control de conducta, y funcionamiento general.³¹

²⁹ Idem Pp. 531

³⁰ Barrowclough, C., Tarrrier, N., Watts, S., Vaughn, C., Bamrah, J.S. & Freeman, H.L. (1987) Assening the functional Value of Relatives Knowledge about Schizophrenia: A preliminary Report. British Journal of Psychiatry, 151, 1-8

³¹ Miller, Y., Kabacoff, R., Keitner, G., Epstein, N. y Bishop D. (1986), Family functioning in the families of psychiatric patients. Comprehensive Psychiatric, 27, (4) 312- 392

De esta forma se entiende que los esquizofrénicos son más sensibles a las dificultades y requieren de un adecuado funcionamiento familiar para evitar las recaídas.³²

2.6 ESTUDIOS SOBRE CREENCIAS Y ACTITUDES ACERCA DE LA ENFERMEDAD MENTAL

En México en 1996 se realizó un análisis acerca de las creencias y actitudes de los padecimientos mentales, obteniendo como resultado que se ha elevado el nivel de información, sobre la enfermedad, *etiología y tratamiento*. Con respecto a las creencias, se observó que existe un acuerdo en la necesidad de atención, desacuerdo en cuanto a si ellos pueden contribuir a su curación así como culpabilidad al respecto de la enfermedad. Se determinó también, que existe ignorancia y creencias negativas con respecto al enfermo mental considerándolo como loco y percibiéndolo como una persona peligrosa.³³

Respecto al tema, en 1987 Smith & Birchwood ya habían probado la efectividad de una intervención de información y educación en familiares de paciente esquizofrénicos, reduciendo los síntomas de stress de los familiares, el miedo al paciente, mejorando las creencias del familiar en cuanto a su rol dentro del tratamiento, manteniendo esas percepciones durante 6 meses lo que redujo el costo y la carga del papel.³⁴

Los estudios anteriores han demostrado que la adquisición de información, es esencial, así como los conocimientos para desarrollar capacidades, habilidades y competencias de cuidados en los familiares de pacientes con esquizofrenia teniendo un alto impacto en las recaídas. En realidad existen pocas investigaciones con respecto a las competencias de familiares en cuanto al cuidado de pacientes esquizofrénicos. El familiar debe desarrollar las competencias no solo para

³² Rascón, M.L., Díaz, R. López, J. & Reyes, C. (1997). "La necesidad de atención en los familiares responsables del cuidado de pacientes esquizofrénicos". Memoria del Cuarto Encuentro Nacional de Investigadores sobre Familia. México: Universidad Autónoma de Tlaxcala.

³³ García, Silverman S. (1996). " Creencias sobre el enfermo mental". La Psicología Social en México, VI, 212-218.

³⁴ Smith, J.V. & Birchwood, M.J. (1987) Specific and Non-specific effects of educational intervention with families livien with a schizophrenic relative. British Journal of Psychiatry, 150, 645-652

enfrentarse a la enfermedad sino para convivir diariamente con el paciente esquizofrénico, además de beneficiarle en el proceso rehabilitatorio.³⁵

2.7 COMPETENCIAS Y HABILIDADES PARA EL CUIDADO DEL PACIENTE ESQUIZOFRÉNICO

Hyde y Goldman (1993) describen las competencias y habilidades que el familiar debe desarrollar para el cuidado del paciente esquizofrénico; lo inicial es aceptar la enfermedad, buscar atención profesional, entrenarse e informarse en aspectos básicos de la esquizofrenia, con respecto a los delirios y alucinaciones que sufre el esquizofrénico; se recomienda enfrentarlo a pocos estímulos, así, como ayudarlo a evitar las ideas que le producen temor o coraje. Con respecto a las recaídas y conductas violentas se requiere de un entrenamiento en donde se le proporcione los conocimientos acerca de la detección de estas conductas violentas tales como: agitación, delirios, insomnio, pérdida de apetito, síntomas físicos e ideas paranoicas, así como la búsqueda de ayuda profesional para evitar ejercer amenazas e intimidación hacia el paciente. También resaltan la necesidad de establecer una rutina y disciplina, reglas de conducta, fomentar actividades de auto-cuidado, así como el apego al tratamiento farmacológico y reforzar todas aquellas conductas que sean adecuadas y disminuir todas aquellas que sean incorrectas; todo esto por medio de técnicas motivacionales. Se recomienda que el paciente se dedique a una actividad remunerada que no le produzca stress y lo haga sentir útil. Mencionan con suma importancia que la familia debe comprender que la apatía y la flojera son síntomas de la enfermedad y entender que tienen la necesidad de estar solos en ocasiones. Se debe buscar que el paciente gradualmente tenga la libertad y su propia responsabilidad.

Habla también de todos aquellos aspectos que interfieren con la rehabilitación del paciente y deben ser evitadas, como sobreproteger al paciente, permitir que

³⁵ Long, P. (1989) Families in treatment of schizophrenia. The Harvard Medical School Mental Health Letter. Internet Mental Health (www.mentalhealth.com)

consume drogas o alcohol u otros medicamentos que pueden empeorar su condición, centrar la dinámica en las necesidades del paciente, así como no evitar que el paciente realice actividades cotidianas y laborales.³⁶

2.8 ESTUDIOS MÁS RECIENTES

Estudios más recientes son los publicados en la revista de Salud Mental, estudios realizados por médicos especialistas en trastornos psiquiátricos y colaboradores, pertenecientes a diferentes Instituciones de Salud Mental.

Dichas investigaciones consisten en mantener un contacto directo con los sujetos motivo de estudio, (familiares y pacientes) a los que generalmente se les aplican distintas escalas o instrumentos para obtener los objetivos planteados en las investigaciones.

Los estudios que se presentan a continuación son importantes para esta investigación pues van muy relacionados con la familia del esquizofrénico, o sobre algunas consecuencias de la enfermedad en el paciente como el suicidio, o la importancia del tratamiento para evitar las recaídas; lo trascendente de analizar estos estudios, que van remontados en la familia, ayuda a conocer un poco más sobre el ambiente familiar del esquizofrénico y el Cuidador Primario de éste.

Un estudio realizado por el Instituto Nacional de Psiquiatría "Ramón de la Fuente" Bajo la dirección de Servicios Clínicos, junto con el Hospital Psiquiátrico Juan N. Navarro en correspondencia con el Dr. Rogelio Apiquian, subdirección de Investigaciones Clínicas, INP "Ramón de la Fuente" fue titulado "Ambiente Familiar y Psicoeducación en el primer episodio de esquizofrenia: Resultados Preliminares"³⁷

El cual se llevó a cabo del siguiente modo:

³⁶ Hyde, A.P. Goldman, Ch. R. (1993) Common family issues that interfere with the treatment and rehabilitation of people with schizophrenia. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 16, 63-64.

³⁷ Fresán Ana, et al. "Ambiente familiar y Psicoeducación en el Primer Episodio de Esquizofrenia: resultados preliminares", en *Revista de Salud mental* No 4, vol. 24 agosto 2001, Pp. 36-39.

2.8.1 AMBIENTE FAMILIAR Y PSICOEDUCACIÓN EN EL PRIMER EPISODIO DE ESQUIZOFRENIA: RESULTADOS PRELIMINARES

"Dicho estudio parte de que la "Psicoeducación" otorga un entrenamiento para el entendimiento y la resolución de problemas producto de la enfermedad mental, con ello se mejoran el pronóstico y la calidad de vida del paciente.

El objetivo fue "establecer el ambiente familiar de un grupo de pacientes con primer episodio de esquizofrenia y determinar las bases de un programa de psicoeducación de acuerdo con las necesidades expresadas por los familiares incluidos en el programa".

El método constó de la participación de 16 familias de pacientes con esquizofrenia del proyecto de seguimiento de primer episodio psicótico. Se evaluó el ambiente familiar mediante el Cuestionario de la Vida Familiar de North- Sachar y un taller de 6 sesiones informativas con la forma de evaluación del taller.

Este programa de psicoeducación dirigido al paciente y sus familiares se compuso de cinco etapas. La primera consistió en brindar información sobre las causas y los síntomas de la enfermedad. En la segunda de ellas se da información sobre las recaídas. La tercera etapa se aboca a la revisión de síntomas y señales de las recaídas. En la cuarta se da información sobre el tratamiento y los efectos colaterales. La última etapa se dirige hacia eventos de vida propios del paciente, así como hacia las conductas que agudizan los síntomas psicóticos.

Las sesiones impartidas se consideraron de extrema utilidad 51.5% y de gran ayuda para enfrentar la enfermedad 48.5%. Poder hablar de las experiencias personales fue de gran utilidad 54.5%, al igual que escuchar las experiencias de otras personas para el 45.5%.

A modo de conclusión, aunque más de la mitad de los participantes refirió tener cierto conocimiento acerca de los síntomas de la enfermedad, este conocimiento era insuficiente para un mayor entendimiento de la enfermedad y su manejo. Esta falta de conocimiento conlleva diversas complicaciones que dificultan el manejo de

la enfermedad por parte de los familiares; como: la autopercepción de una capacidad limitada para enfrentar una crisis; el establecimiento inadecuado de expectativas claras y objetivas, y el incumplimiento de estas expectativas por parte del enfermo. Otra dificultad asociada al desconocimiento de la esquizofrenia, principalmente de su etiología, son los sentimientos de culpa que se generan por tener a un familiar enfermo. Aunque estos sentimientos no son muy frecuentes, pueden representar una limitación en el manejo que dé la familia a las manifestaciones de la enfermedad.

El aprendizaje obtenido por los familiares incluidos en este estudio fue importante, ya que les proporcionó nuevas estrategias para enfrentar los problemas comunes que acarrea la esquizofrenia.

2.8.2 INTERVENCIONES FAMILIARES EN LA ESQUIZOFRENIA, CAMBIOS EN LA SINTOMATOLOGÍA Y EL AJUSTE SOCIAL

El artículo "Intervenciones familiares en la esquizofrenia, cambios en la sintomatología y el ajuste social"³⁸ publicado en la Revista de Salud Mental en febrero del 2003; por: Alberto Espina médico psiquiatra, y profesor titular y director del Master de Terapia Familiar y de Pareja de la Universidad del País Vasco, y Pilar González Psicóloga clínica, profesora asociada al Master de Terapia Familiar y de Pareja de la Universidad del País Vasco.

Este artículo describe una prueba de intervenciones familiares en pacientes esquizofrénicos. Los objetivos de la prueba fueron determinar y contrastar, en pacientes esquizofrénicos que seguían un tratamiento farmacológico, la eficacia terapéutica de tres tipos de intervenciones: terapia familiar (TF), grupo de apoyo a padres más terapia de grupo para pacientes (GAP+TG), y terapia psicopedagógica (TP), comparadas entre sí, y con un grupo control, para mejorar la sintomatología y el ajuste social, y prevenir las recaídas. Las intervenciones se extendieron a lo largo de 12 meses.

³⁸Espina Alberto, González Pilar, "Intervenciones Familiares en la Esquizofrenia. Cambios en la sintomatología y el ajuste social", en Revista de Salud mental INP. No 1, vol. 26 febrero 2003, Pp. 51-57.

Las conclusiones sugieren que la terapia familiar y la intervención de grupo de apoyo de padres, más terapia de grupo para los pacientes, son eficaces para reducir la sintomatología general, positiva y negativa en pacientes esquizofrénicos. Coincidieron con otros autores en encontrar resultados semejantes con terapia familiar conductual y con intervención familiar psicoeducativa.

Lo mismo se puede decir del ajuste social, pues los pacientes tratados con TF mejoraron en el ajuste social y en el área laboral, y salen más de casa. En el grupo GAP+TG, también mejora el ajuste social, dado que los padres están más satisfechos de sus relaciones sociales y salen más de casa. Resultados semejantes se han alcanzado con terapia familiar, con psicoeducación de grupo, y con intervención familiar psicoeducativa. En este estudio, en los grupos de terapia psicopedagógica y control no encontraron diferencias significativas en estas variables.

Los hallazgos de esta investigación sugieren que las intervenciones familiares se deberían incluir en programas integrales en los que se incorporen intervenciones en los niveles biológico, psicológico y social.

CAPÍTULO III

FAMILIA Y ESQUIZOFRENIA

3.1 LA FAMILIA

Socialmente, la familia es considerada como la célula básica que transmite la cultura y perpetua a los grupos humanos. Desde la perspectiva individual, también se espera que ofrezca las condiciones necesarias para que el ser humano se desarrolle a plenitud.

La familia es por lo mismo, un grupo que está determinado por aspectos biológicos, culturales y sociales comunes, que se expresan en patrones de comportamiento y en manifestaciones emocionales, así como también en la definición de valores. La interacción de todas estas expresiones determina su estilo muy particular de vincularse a la sociedad.³⁹

Erich Fromm (Op Cit. R. Merton)⁴⁰ consideraba: a la familia como la más importante de las instituciones sociales, ya que decía era la *principal trasmisora de normas culturales* inculcadas generación tras generación; por su parte Freud consideraba a estas normas como parte de un *orden social* que funcionaba como un aparato para mejorar y reducir los impulsos, para la canalización social de las tensiones y para la renuncia de las satisfacciones distintivas.

Nicolás Caparrós 1981⁴¹, a partir de la observación diaria concluyó que “el hombre occidental contemporáneo nace dentro de una estructura concreta a la que denominamos familia y recibe de ella su dotación biológica. En el transcurso de sus

³⁹ Rodríguez Villa Berta M. “Marcos Teóricos Conceptuales de las Familias” UNAM-ENTS; Depto, de Educ. Abierta y a Distancia. (Sin año de registro)

⁴⁰ Fromm Erich, et al. “La familia” Capítulo II Estructura Social y Anomia. Revisión y Ampliación. Editorial Península Barcelona España 1978. Pp. 67-75. Apuntes de la materia de familia y vida cotidiana

⁴¹ Caparrós Sánchez Nicolás “Crisis de la Familia, Revolución del Vivir” Editorial Fundamentos, 2ª edición, Madrid 1981. Pp. 17

primeros años de vida depende de esta institución en forma casi absoluta (en los aspectos, necesarios y en los superfluos) es protegido, es alimentado, recibe una determinada herencia cultural, es obligado a adoptar una ideología específica y finalmente crea allí las bases iniciales para su futura relación con otros grupos distintos al suyo propio”.

Ralph Linton ⁴² menciona que como Institución la familia es una de las más antiguas de nuestra especie, en su trabajo *“La historia Natural de la Familia”* hace un análisis sobre la conformación de la familia desde sus orígenes y concluye que el término familia se aplica a dos unidades sociales básicamente diferentes en su composición y en sus posibilidades funcionales. La palabra puede designar a un grupo íntimo y fuertemente organizado compuesto por los cónyuges y los descendientes, ó por un grupo difuso y poco organizado de parientes consanguíneos. A estos dos grupos de familia les designó como *familia conyugal* y como *familia consanguínea*.

La familia consanguínea es una creación social artificial, que se basa en el parentesco consanguíneo entre parientes y que conforme se va extendiendo más el grupo, cada vez se va perdiendo más la consanguinidad.

La familia conyugal fue el primer tipo de familia en la historia humana por integrarse en las estructuras sociales; es una unidad biológica que difiere muy poco en sus cualidades esenciales de las unidades similares que podemos observar en un gran número de especies mamíferas. En esta familia conyugal existen una serie de comportamientos íntimamente relacionados con las características fisiológicas y psicológicas de nuestra especie, se basa en una presunción de permanencia; es decir, el individuo establece una relación duradera con el sexo opuesto y una actividad e interés constante en las relaciones sexuales.

La relación continua del hombre y la mujer constituye la base de toda unidad familiar conyugal, pero en estas unidades entran también las relaciones de los hijos,

⁴² Fromm Erich. 1978. Op cit. Pp. 5-29

de los padres con los hijos, y la de los hijos entre si, en ambos tipos de relaciones la madre constituye el punto central de unión y apego entre todos los miembros.

Talcott Parsons⁴³ opinaba que la familia ejercía dos funciones esenciales según el ámbito micro-sociológico y el ámbito macro-sociológico; en el plano macro-sociológico solo ejercía las *funciones de reproducción y de identificación social* del niño, la familia moderna en el ámbito micro-sociológico: ejerce la función de la socialización del niño y la estabilización de la personalidad del adulto, pues afirmaba que el núcleo de la socialización reside en la internalización de la cultura de la sociedad en el seno de la cual nació el niño.

Lewis Morgan⁴⁴ por su parte decía que la sociedad influye en la forma y la estructura de la familia; consideraba que en la sociedad la familia nunca es estacionaria, pasa de una forma inferior a una superior a medida que la sociedad se desarrolla como consecuencia de la economía y la técnica.

Como se puede constatar diversos teóricos han visto a la familia como la base de toda sociedad humana, o como la célula o núcleo esencial de la civilización en donde la familia conyugal era la máxima expresión del grado de civilización humana al conformarse solo por padre, madre e hijos; y pese a que éstos pensamientos datan de siglos pasados, hoy día la familia no ha perdido tal importancia, sin embargo su constitución y sus funciones han variado debido a los procesos socio-culturales y económicos a los que se ha sometido las civilizaciones, esto se puede constatar en las variadas definiciones del término "familia".

⁴³ Andréé Michel "Sociología de la Familia y del Matrimonio" Editorial Península, Barcelona España 1974, Pp. 63-67

⁴⁴ Andréé Michel, 1974, Op cit. Pp. 24

3.2 TERMINOLOGÍA DE LA FAMILIA

Diversos documentos han brindado interpretaciones sobre la definición de familia conforme ha evolucionado, sin embargo hoy día, sus características básicamente son las mismas.

Textualmente en los documentos de la ONU, se define a la *familia* como: "una institución social de origen natural, basada en lazos de relación derivados del matrimonio, de la descendencia o de la adopción y constituida en su forma originaria o nuclear, por los padres, normalmente casados, aunque no necesariamente, y sus descendientes, los hijos, unidos por lazos familiares fortalecidos por el amor y el respeto mutuo".⁴⁵

Otra definición es la obtenida por La OMS quien define a la *familia* como: "Los miembros del hogar emparentados entre sí, hasta un grado determinado por sangre, adopción o matrimonio. El grado de parentesco utilizado para determinar los límites de la familia dependerá de los usos a los que se destinen los datos y, por lo tanto, no puede definirse con precisión en escala mundial".

El concepto de familia en Occidente a finales del siglo XX la define como: "La unión de personas que comparten un proyecto vital de existencia en común que se quiere duradero en el que se generan fuertes sentimientos de pertenencia a dicho grupo, existe un compromiso personal entre sus miembros y se establecen intensas relaciones de intimidad, reciprocidad, y dependencia".⁴⁶

En esencia, *la familia* es el grupo primario de pertenencia de los individuos. En su concepción más conocida está constituida por la pareja y su descendencia. Sin embargo, el proceso histórico y social muestra diferentes estructuras familiares que hacen difícil una definición de ella; como menciona el documento de la OMS no

⁴⁵ Campo Urbano Salustiano del "Familia: Sociología y Política" Editorial Completense, España 1995. Pp. 23

⁴⁶ Ma. José Rodrigo et. al. "Familia y Desarrollo Humano" Manuales de Psicología y Educación. Editorial Alianza, Madrid España 1998 Pp. 32

existe una escala mundial para determinar el grado de parentesco que determine los límites de la familia, la conformación de la familia está sujeta a los procesos sociales, culturales y económicos, "en esta *deconstrucción* de la familia Primaria Nuclear se han retirado elementos que antes se consideraron absolutos y hoy son plenamente relativos"⁴⁷, por ello no todas las familias por regla son o parten de familias primarias nucleares, si no que los lazos establecidos entre los miembros son muy variantes después de la concepción.

3.3 TIPOLOGÍA DE LA FAMILIA

Emma Espejel⁴⁸ junto con otros investigadores construyó un instrumento basado en características muy particulares de las familias mexicanas para evaluar su funcionamiento familiar en las diferentes áreas convencionalmente establecidas teóricamente, a partir de la dinámica cotidiana de la familia; este instrumento se le conoce como "La escala del Funcionamiento Familiar" incluso el Instituto de la Familia A.C. (IFAC) utiliza este instrumento para evaluar la funcionalidad en las familias que estudia.

En la introducción del trabajo realizado por Emma Espejel dice que en México ya no se puede hablar de un solo tipo de familia porque varían notablemente dependiendo de la zona o región geográfica donde se ubiquen, así como su nivel socioeconómico y de la etapa por la que estén cursando (ciclo vital); diversos profesionales han analizado clasificado, tipificado y evaluado a las familias con diversos instrumentos pero el realizado por la autora es el que se asemeja más a las típicas familias mexicanas.

La clasificación de Emma Espejel que a continuación se presenta, ofrece ocho tipos

⁴⁷ Ma. José Rodrigo et. al. 1998 Op cit. Pp. 32-33

⁴⁸ Espejel Emma et. al. "Manual para la Escala de Funcionamiento Familiar" Instituto de la Familia A.C. IFAC Universidad Autónoma de Tlaxcala 1997

de familias según su constitución, consanguinidad y/o parentesco entre sus integrantes.

FAMILIA PRIMARIA NUCLEAR

La familia primaria nuclear está integrada por padre, madre e hijos de ambos, sin que haya uniones previas con hijos.

FAMILIA PRIMARIA SEMIEXTENSA

Es una familia primaria con quienes viven uno o varios miembros de la familia de origen de alguno de los cónyuges.

FAMILIA PRIMARIA EXTENSA

Es una familia nuclear que va a vivir 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.

FAMILIA REESTRUCTURADA

Es una familia formada por una pareja donde uno o ambos de los cónyuges han tenido una unión previa con hijos, independientemente de los hijos que conciban juntos.

FAMILIA REESTRUCTURADA SEMIEXTENSA

Es una familia formada por una pareja donde uno o ambos de los cónyuges ha tenido una unión previa con hijos, y que incluyen bajo un mismo techo a uno o más miembros de la familia de origen de alguno de ellos.

FAMILIA REESTRUCTURADA EXTENSA

Es una familia formada por una pareja donde uno o ambos de los cónyuges han tenido unión previa con hijos y que viven con la familia de origen de él o ella.

FAMILIA UNIPARENTAL NUCLEAR

Una familia integrada por padre o madre con uno o más hijos.

FAMILIA UNIPARENTAL EXTENSA

Una familia 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.

3.4 CICLO DE VIDA FAMILIAR

Es difícil concebir a un humano alejado de todo contacto social, Pues nacemos con la necesidad natural de tener contacto y de relacionarnos con nuestros semejantes, por la simple razón de que todos necesitamos de todos para poder subsistir, éste primer contacto de relación lo tenemos con la familia. Las *funciones básicas* de la familia son las de satisfacer racionalmente todas las necesidades materiales y espirituales de los hijos, a través de la interacción entre padres e hijos basándose en lazos afectivos.

Se dice que la familia puede ser también una célula social cuya membrana protege en su interior a los individuos y los relaciona al exterior con otros organismos semejantes; la familia conecta al adolescente con el mundo y transforma al niño en adulto.⁴⁹

En forma muy concreta, la familia es como todo organismo vivo, tienen una historia, un nacimiento y un desarrollo. Se reproduce, declina y también muere. Confronta diferentes tareas en cada uno de los siguientes pasos: la unión de dos seres con

⁴⁹ Estrada Inda Lauro "El Ciclo Vital de la Familia" Editorial Grijalbo México, D.F., 1997. Pp. 10

una meta en común; el advenimiento de los hijos, el educarlos en sus funciones sexuales y sociales, el soltarlos a tiempo para la formación de nuevas unidades y el quedar la pareja nuevamente sola.⁵⁰ Esto es lo que representa el ciclo vital de la familia para Lauro Estrada.

Ángela María Quintero en su libro titulado "Trabajo Social y Procesos Familiares"⁵¹ habla sobre *el proceso evolutivo familiar*, dice que este oscila alrededor de *la contracción* (formación de la pareja, periodo terminal) y *la expansión* (llegada de los hijos, ingreso de yernos, nueras, etc.) La teoría del "*Enfoque Evolutivo*"⁵² considera a la familia como un campo de personalidades integrantes, de compleja organización interna. Este enfoque permite poner a prueba los mecanismos del desarrollo interno de las familias, desde el momento de la formación, con el noviazgo y la boda, hasta la disolución, con el divorcio o con la muerte. Lo interesante de este enfoque es que se considera como eje central al concepto de *Ciclo de vida familiar* ya que considera que éste permite observar ampliamente la dinámica familiar, basándose en el reconocimiento en la continuidad del vivir familiar durante el curso de los años. Abre el camino al estudio de problemas concretos y de determinadas características: vulnerabilidad, riesgos, potencialidades, fuerzas, etc., típicas de toda fase de la experiencia familiar.

Sin embargo el desarrollo familiar está fuertemente influido por el *nivel social*. En familias de los estratos bajos o marginados, la evolución es diferente a la de otros sectores, por cuanto carecen de los recursos económicos necesarios para la satisfacción de las necesidades básicas y conviven diferentes personas, esto hace que se pierda la privacidad y la intimidad y que las relaciones adquieran otras connotaciones.⁵³ Del mismo modo la función de los roles que cada individuo juegue dentro de su núcleo familiar, determinará que marchen bien las cosas o que el sistema se enferme. La ausencia de una de las funciones clásicas como la del padre

⁵⁰ Idem. 11-12

⁵¹ Quintero Velásquez Ángela María "Trabajo Social y Procesos Familiares " Editorial Lumen/Humanitas. Buenos Aires Argentina 1997. Pp. 116-119

⁵² Cusinato Mario "Psicología de las Relaciones Familiares" Editorial Hender. Barcelona 1992. Pp. 35-37

⁵³ Quintero. 1997 Op cit. Pp. 119

o la madre, o bien el que un miembro tome el rol del otro hará que todos sufran las consecuencias.⁵⁴

El modelo de ciclo de vida familiar ha sido estudiado por diversos investigadores sociales, y han ofrecido una variedad de clasificaciones del modelo, fluctuando entre un mínimo de cuatro y un máximo de trece etapas.⁵⁵ Sin embargo la mayoría de estas clasificaciones son elaboradas a partir de la conformación de la familia de tipo primaria nuclear, mientras que las familias de distinta tipología que poseen otras características en cuanto a su conformación, roles y funcionalidad, hacen que el ciclo vital funcione de manera diferente en ellas.

De este modo se entiende por ciclo de vida familiar: *“A las diferentes etapas por las que pasa una pareja estable y duradera, el noviazgo (formación de la pareja, noviazgo), llegada de los hijos (matrimonio, y concepción), ingreso de la familia a la escuela, (familia con hijos adolescentes), egreso de los hijos, (nido vacío) y periodo terminal de la familia”.*⁵⁶

Lauro Estrada en su libro *“El Ciclo Vital de la Familia”* resume estas etapas básicamente en seis, y rescatan los elementos más esenciales para el estudio del sistema familiar como veremos a continuación:

PRIMER ETAPA. DESPRENDIMIENTO

Se refiere a las eventualidades que sufre la persona al separarse de su familia, sus costumbres y su estilo de vida de soltero, para buscar un compañero y una nueva forma de vida. Es una necesidad de ser independientes y autosuficientes.

⁵⁴ Estrada Inda 1997 Op cit. Pp. 13-15

⁵⁵ Quintero. 1997 Op cit. Pp. 119

⁵⁶ Estrada Inda 1997 Op cit. Pp. 12

El desprendimiento se aprecia sobre todo en la adolescencia cuando queremos dejar el hogar paterno para salir en busca de una pareja que esté fuera de nuestra familia.

SEGUNDA ETAPA. ENCUENTRO

Presupone la renuncia a la familia anterior así como a sus costumbres y a tener la disponibilidad física y emocional para seguir aventurándose en el quehacer de un nuevo estilo de vida y la formación de una nueva familia.

Supone el encuentro y la elección de una pareja. En esta etapa se deben cumplir dos metas:

- 1.- Cambiar todos aquellos mecanismos o costumbres que hasta entonces teníamos.
- 2.- Integrar un nuevo sistema de mecanismos y costumbres con el nuevo compañero.

TERCER ETAPA. LOS HIJOS

Es cuando la pareja hace espacio físico y emocional para recibir a los hijos. Además de ser esposos, toman ahora el papel primordial de padres.

Se quiere el apoyo mutuo de la pareja para que aprendan a ser padres y para que se establezcan nuevas reglas y estatutos en el hogar que incluyan a sus nuevos miembros.

CUARTA ETAPA. LA ADOLESCENCIA

Es una etapa que pone a prueba la flexibilidad de la familia porque afecta el equilibrio emocional de todos sus miembros por las dificultades que se presentan. Los padres entran al climaterio y en la mujer particularmente, comienza la menopausia. Por otro lado, los abuelos se encuentran en una etapa crítica porque comienza a ser incapaces de mantenerse por si mismos y requieren de la atención y

cuidados de la familia. Todo esto sin contar los comunes problemas de identidad y rebeldía por las que pasan los hijos adolescentes.

QUINTA ETAPA. EL REENCUENTRO

Es conocida también como *el nido vacío*, y se refiere a la época en la que los hijos en etapa de juventud o adultez se marchan del hogar ya sea para formar una familia, para estudiar fuera o trabajar. Supone el reencuentro de la pareja ya no como padres, sino como esposos. Aquí los esposos deben comenzar a aceptar el rol de abuelos lo cual requiere la aceptación del deterioro físico. Comienza a presentarse la muerte de las generaciones anteriores, lo cual los convierte ahora en una generación adulta que ya no se encuentra en primer plano.

SEXTA ETAPA. VEJEZ Y MUERTE

Es la etapa de la jubilación, en la que el esposo se jubila y regresa al hogar permanentemente (todo el día). Esto interfiere con las actividades cotidianas de la esposa y cambia el sistema que hasta entonces le había funcionado.

Supone un periodo de adaptación de costumbres ya que la pareja ha cambiado física, emocional e intelectualmente. Hace falta más paciencia, comprensión y cuidados.

Estas son las etapas por las que toda pareja pasa, a menos que sucedan situaciones como: ausencia de hijos o muerte prematura de uno de uno de los dos cónyuges. De cualquier forma debemos resaltar la importancia de que las fases de la familia no son situaciones aisladas si no que son elementos que forman parte de un todo.

3.5 FAMILIA Y VIDA COTIDIANA

La vida cotidiana como comúnmente nosotros la conocemos, la relacionamos con los hábitos que hemos adquirido al ejercerlos de una manera constante tales como: Levantarnos a una hora, ir al a escuela, al trabajo, desempeñar labores del hogar, los pasatiempos que compartimos los fines de semana o en un día específico con determinados grupos sociales: la familia, los vecinos, los compañeros del trabajo, etc.

La realidad cotidiana se encuentra definida, por las características socioeconómicas y culturales del grupo social al que pertenecen los individuos. La vida cotidiana es en cierto modo, la concreción de las relaciones sociales pero la cotidianidad no puede ser considerada sólo como un conjunto de actos desarrollados mecánicamente o como formas rutinarias de ver la vida o de enfrentar los problemas diarios. La cotidianidad es lo que le da sentido a las acciones y, por lo tanto, a la vida misma de cada individuo. (Rojas Soriano et. al. 1991) ⁵⁷

Por su parte Thomas Luckman⁵⁸ dice que “la vida cotidiana se presenta constituida por un orden de objetos comunes, y un lenguaje que usamos comúnmente, el cual dispone de un orden que le da sentido a nuestra vida cotidiana, tal como el lugar geográfico en que vivimos, las herramientas que a diario usamos desde el abrelatas hasta el automóvil, cosas tan comunes que tienen un nombre en el vocabulario técnico de la sociedad en que vivimos; nos movemos dentro de una red de relaciones humanas: familia, vecinos, escuela, trabajo, amigos, etc.”

⁵⁷ Rojas Soriano Raúl et. al. “Apuntes de la Vida Cotidiana; Una Interpretación Sociológica” Editorial Plaza y Valdez. México 1991. Pp. 13-15

⁵⁸ L. Berger Meter, Luckman Thomas. “La Construcción de la Realidad Social” Editorial Paidos 1997. Pp. 37-52

Los seres humanos nos enfrentamos todos los días a un mundo dominado por la cotidianidad, que difiere de un grupo social a otro y de un momento histórico a otro. La cotidianidad se expresa de distintas formas y los individuos la asumimos de diferentes maneras, según la ideología que profesamos y las condiciones del medio social en que transcurre nuestra existencia.

Mónica Sorin⁵⁹ define a *lo cotidiano* como: "la expresión inmediata en un tiempo, ritmo y espacio concretos, de compleja trama de relaciones sociales que regulan la vida de las personas en una formación económico-social determinada, o en un contexto social dado." *Lo cotidiano* tiene la característica de parecer obvio, natural "*auto evidente*" El hecho de que se repita, de que se presente a diario, le da justamente ese carácter, pues se produce un fenómeno de acostumbramiento a lo cotidiano, una especie de familiaridad *acrítica*, incluso, esa familiaridad provoca la sensación de que no existe otra forma de vida que la que uno tiene.

La autora menciona que nuestra vida cotidiana se desarrolla en cuatro esferas fundamentales, en las cuales se va determinando el modo de vida y la subjetividad de cada individuo: *el trabajo, la familia, el tiempo libre y la actividad socio-política*.

La forma concreta en que la sociedad estructura estas cuatro esferas, va conformado:

- Un tipo de vínculo entre las personas (de subordinación, de reciprocidad, de autoritarismo, de participación...)
- Formas de aprendizaje y de comunicación (estereotipada o creatividad, rigidez o flexibilidad, activismo y pasivismo...)

De este modo las personas van conformando así, una imagen de sí mismas y un sentido de la identidad que permean progresivamente toda su vida cotidiana. La autora las denomina "*esferas de la vida cotidiana*" y son las siguientes:

⁵⁹ Sorin Mónica "Cultura y Vida Cotidiana" Revista: Casa de las Américas. Universidad de la Habana. 1990; 30,178 ene-feb. Pp.39-47

1.- TRABAJO

No hay desarrollo sin trabajo; toda persona que tiene una ocupación laboral, la ejerce con un grado determinado de profesionalismo, el cual se expresa en el rigor técnico y en la coherencia moral con que lo ejecute. Valorar la actitud ante el trabajo por parámetros que no se centren en la eficiencia, la productividad y el profesionalismo es altamente riesgoso.

La falta de profesionalismo tiene enormes repercusiones económicas, psicológicas y sociales, pues es fuente de tensiones y frustraciones en la vida de cada ciudadano. Cuando el trabajo nos permite reconocernos en nuestra obra y la imagen que recibimos es positiva, desarrollamos *sentimientos de autoestima*, se enriquecen nuestro sentido de identidad, de coherencia interna y de continuidad.

2.- LA FAMILIA

La familia constituye un elemento fundamental, por que a través de ella la sociedad llega al individuo, desde su nacimiento. Es la principal reproductora de las relaciones sociales. Es determinante primario en la creación de la subjetividad del sujeto; transmite ideologías, normas, actitudes y valores sociales, estilos vinculares, hábitos. La vida familiar se parece en algo a lo laboral, implica deberes exigencias, responsabilidades y tareas domésticas, pero por otro lado, la familia debe cubrir cada vez mas la función psicológica de promover la paz, y protección, debe ser el lugar donde se concentren los afectos de carácter reparador y estimulante.

3.- TIEMPO LIBRE

El tiempo libre se vincula estrechamente al tiempo ocupado. El tiempo que un individuo o la sociedad en su conjunto pierde o emplea mal, es irrecuperable, por varias razones: Tiempo perdido supone ineficiencia e improductividad, supone estímulo a la incultura, supone sentimientos de impotencia y de pasividad que de

consolidarse, determinarán rasgos de la identidad cultural y nacional. El tiempo libre puede o no cumplir su *función reparadora y destensionadora*. Si es compartido con la familia, contribuirá a fomentar un sentimiento de cohesión y unidad con los seres más cercanos, pero incluso cuando se comparta ese tiempo libre con la familia de no fomentar el sentimiento de cohesión y unidad con los seres más cercanos, el tiempo libre podría parecer frustrante agudizando contradicciones y conflictos familiares. La falta de tiempo libre provoca tensión y ansiedad.

4.- ACTIVIDAD SOCIOPOLÍTICA

La actividad socio-política se ha utilizado para denominar a la esfera de la vida cotidiana vinculada al conjunto de tareas de ese carácter que realiza todo el pueblo (sindicales, milicias, organizaciones de masa y política, trabajo voluntario, etc.) La forma más elevada de crítica de la vida cotidiana es la que ejerce la política, pues ella origina transformaciones más profundas y esenciales en la vida de los hombres.

La actividad sociopolítica debe garantizar: "*que poder y saber se ejerzan y se muevan constantemente en sentido vertical y horizontal*".

¿Cómo? se estructura en la *vida cotidiana* la relación *individuo-familia-sociedad* es un asunto vital. Cada formación económico-social organiza el proceso de socialización (de aprendizaje psico-social) conforme a las relaciones sociales que le son características, con el fin de promover sujetos aptos para reproducirlas y desarrollarlas. En este proceso la familia constituye un elemento fundamental, porque es precisamente a través de ella que la sociedad llega al individuo, desde su nacimiento.

3. 6 FAMILIA Y ESQUIZOFRENIA

La familia ha sido siempre un soporte fundamental para el cuidado de todo paciente, sin embargo, socialmente las enfermedades de tipo mental sin duda son las que más impactan y estigmatizan a la familia y al paciente, aun, cuando el tipo de padecimiento en este caso la esquizofrenia, no sea incapacitante en la mayoría de los casos (si se lleva el control y tratamiento adecuados). Es inevitable que la familia y el paciente enfrenten diversas repercusiones sociales, familiares y personales; sin embargo la reacción de cada uno de ellos frente al problema incluyendo al paciente, dependerá de la actitud, de ¿cómo? enfrentará cada uno de los involucrados la situación.

La mayoría de las familias con un paciente psiquiátrico pasan por cuatro fases, los psicólogos y demás especialistas lo llaman "*síndrome general de adaptación*", a continuación se presentan dichas fases, pues resumen en esencia la serie de sentimientos, miedos, cambios y modificaciones que sufre la familia ante las distintas etapas de adaptación por las que han de pasar durante el proceso de la enfermedad.

1ª FASE. DE ALARMA O DE SORPRESA

En esta etapa se activan las defensas del organismo y se intenta resolver el problema inmediatamente. La familia no entiende que es lo que ha podido pasar se buscan causas y se intenta indagar el motivo de la enfermedad.

La familia se siente desorientada, sorprendida y asustada; es normal que se intente minimizar el problema, amparándose en la negación (*esto no me está pasando a mí, en realidad no le pasa nada*), cualquier explicación banal resulta tranquilizadora en tal momento.

2ª FASE. LA RESISTENCIA

Las sucesivas recaídas del enfermo hacen ver que se trata de un problema grave, los reingresos al hospital, los comportamientos extraños; que el enfermo pierde el trabajo o deja de estudiar, que pierda sus amigos o se aisle de la familia, y ésta a la vez comienza a tener miedo del enfermo. Poco a poco se van agotando los recursos y el problema parece irresoluble. Al lo largo de los años que puede durar esta actitud se produce frustración en la familia y en el propio enfermo. Es frecuente y normal que aparezca entre los familiares ansiedad, miedo, dificultad para dormir, e irritabilidad.

Son habituales y normales otros sentimientos en la familia, como: rencor frente al familiar enfermo, deseos de perderle de vista o acusaciones directas contra él. Igualmente son frecuentes las discusiones y acusaciones mutuas entre los padres, el cambio de carácter de los hermanos o el abandono del hogar de algún miembro de la familia. Todo ello hace que aumente el sufrimiento y el nivel de emoción expresada en la familia. El enfermo se ha convertido en un extraño al que se teme y el hogar es ahora un lugar hostil. La familia se siente estigmatizada, manifiesta vergüenza e intenta ocultar el problema.

3ª FASE. EL AGOTAMIENTO

Después de varios meses o años de lucha se debilitan las fuerzas. En el enfermo pueden predominar los síntomas, es frecuente que los miembros de la familia presentan soledad, desánimo, tristeza y pena. También son frecuentes los sentimientos de culpabilidad y una visión pesimista del futuro. En esta fase se puede iniciar la resolución del problema, buscando un nuevo equilibrio en la familia que ayude al enfermo a desarrollar una existencia digna contando con la enfermedad como una circunstancia más de su vida.

4ª FASE. EL REENCUENTRO DE LA PERSONA

Esta es la etapa en donde la familia después de darse cuenta de la serie de cambios en el estado de ánimo por los que ha pasado, ha llegado a la fase en que podría convertirse en una familia rehabilitadora.

Las anteriores etapas descritas son parte de un programa llamado "*Escuela de Familias*" que a través de la experiencia psico-educativa con familiares de enfermos mentales crónicos elaboraron el manual llamado "*guía psicoeducativa para familiares de enfermos psicóticos*"⁶⁰ el manual se desarrolló a partir de la experiencia de psicólogos, psiquiatras y Trabajadores Sociales con personas que padecían algún tipo de psicosis (básicamente: esquizofrenia, y trastorno bipolar), así como con sus familiares, y de lo obtenido resumieron de manera sencilla las etapas mencionadas.

Que es lo que comúnmente conocemos como la carga objetiva y la carga subjetiva.

La carga subjetiva, Se relaciona con las actitudes y reacciones emocionales como la pérdida de control de la vida familiar, la sensación de cansancio por el cuidado del enfermo, sentimiento de que el enfermo afecta su relación con los otros en forma negativa etc.

La carga objetiva, se relaciona con el grado de perturbaciones o cambios en diversos aspectos del ámbito doméstico y de la vida cotidiana de los cuidadores, o el grado de involucramiento directo en términos de supervisión y asistencia de actividades diarias del paciente.⁶¹

La esquizofrenia en un miembro de la familia conlleva muchas veces a pérdidas financieras considerables, puede llegar a provocar la ruina de la familia cuando el afectado es el principal sostén económico, o cuando la esquizofrenia no es la única

⁶⁰ L. Vargas Aragón Martín et al. Op cit. 2004

⁶¹ Honorato Garduño Erika, et al. "Dinámica Familiar del Paciente con Diagnóstico de Esquizofrenia" Tesis, ENTS-UNAM 2004 Pp. 43-44

enfermedad en la familia; hay causas de fondo en cada caso que hacen más difícil y penosa la situación familiar ante la enfermedad, como: familias muy grandes, empleos mal remunerados, pocos proveedores económicos, las largas distancias que hay que recorrer mensualmente para asistir a la consulta, el costo de los medicamentos que a lo mejor no son muy altos, pero sí difíciles de solventar cuando hay otras necesidades primordiales por cubrir, como: la renta, los gastos de casa, escuela, préstamos, deudas, terapias, etc.

Uno de los aspectos primordiales que podrían contribuir a un mejor ambiente familiar sin duda sería el informarse en qué consiste la enfermedad, ya que se dice mucho de los esquizofrénicos; como: que pueden ser agresivos, que tienen pensamientos delirantes, que se vuelven irracionales en sus actos, e incluso que se vuelven peligrosos pues pueden llegar a matarse así mismos o a los demás, estas son algunas de las acciones que se les atribuyen socialmente porque no han convivido ni vivido con alguien que padezca la enfermedad. Una vez más el papel de la familia es informarse en primera instancia ¿qué es la enfermedad? ¿En qué consiste? ¿Cuáles son sus causas? Y a partir de seguir el tratamiento y las indicaciones médicas, la familia podrá funcionar como parte de ese tratamiento si además brinda al paciente un ambiente óptimo, si la familia cuenta con esta actitud, el siguiente paso será el de informar "a los que no saben" lo que han aprendido de la enfermedad, y del ser humano que la padece.

En la mayoría de los casos la esquizofrenia no es incapacitante, si se detecta a tiempo y se sigue de por vida el tratamiento, y es mejor aun si el paciente desarrolla alguna actividad, pues el paciente no sólo juega el rol de paciente, el paciente también es: padre, madre, hijo, esposo, esposa o hermano, por lo mismo puede ser, empleado, estudiante, ama de casa etc., también tiene responsabilidades y por ello debe tratar de llevar una vida dentro de lo que se pueda, normal.

CAPÍTULO IV

EL CUIDADOR PRIMARIO

4.1 EL CUIDADOR PRIMARIO

La familia es el principal rehabilitador del paciente esquizofrénico, pues es el único medio con el que cuenta el paciente para subsistir, y para enfrentar el proceso de la enfermedad, el acompañarlo a sus consultas médicas, el estar pendiente de que tome sus medicamentos, el tener que trabajar a veces horas extras para cubrir el costo del tratamiento, el brindarle las atenciones básicas de alimento, aseo, abrigo etc. Son de las principales funciones que la familia brinda al paciente, pero sobre todo, el apoyo moral es el elemento primordial de la rehabilitación del paciente; sin embargo, estos cuidados y atenciones no son prestadas por todos los integrantes de la familia con la que convive, sino que recaen generalmente en un solo miembro, y es a quien se le conoce con el nombre de "Cuidador Primario". Al interior de cada familia, en el contexto del cuidado, se definirá ¿quién será el Cuidador Primario?, con base en la relación que tiene con el enfermo, al ambiente en que se proporciona el cuidado y la ayuda de otros integrantes de la familia.

No se ha escrito o hablado mucho sobre el Cuidador Primario, sin embargo estas son algunas aproximaciones a su descripción y sus funciones.

El Cuidador Primario es "La persona que asume la total o mayor responsabilidad de los cuidados del enfermo, el papel puede ser realizado de manera voluntaria o involuntaria; en disposición de tomar decisiones por el paciente, asimismo, se responsabiliza de cubrir las necesidades básicas de éste, bien de forma directa,

realizando las tareas de ayuda o de forma indirecta, determinando ¿cuándo?, ¿cómo? y ¿dónde? se tiene que dar".⁶²

Otra de las características de *la persona cuidadora* "Es aquella que, sin recibir remuneración, ofrece ayuda y apoyo a algún miembro, que no puede vivir de forma independiente debido a su enfermedad fragilidad o discapacidad".⁶³

Según Monis (1995) "El Cuidador Primario se define como aquella persona que asume la responsabilidad de ayudar al enfermo en las actividades de la vida diaria, apoyarlo emocionalmente, administrar los medicamentos, procurarle los cuidados básicos y ser interlocutor de los profesionistas de salud".⁶⁴

Como ya se ha mencionado la persona que padece esquizofrenia, no por regla deja de ser funcional en la sociedad siempre y cuando esté bajo tratamiento médico, sin embargo sí es necesario que cuente con alguien que viva pendiente de él, para acompañarlo a sus consultas médicas, para recordarle que tome sus medicamentos y sobre todo en aquellos momentos en que el paciente tienen recaídas. Generalmente la persona que está con el paciente desde el momento de la primer consulta médica para confirmar el diagnóstico, será la persona que se responsabilizara de él como su "Cuidador Primario" ♦

Generalmente el Cuidador Primario suele ser un familiar cercano, aunque puede tratarse también, de un vecino, pariente lejano, o un prestador de servicios que reciba una retribución económica. Se dice que la mayoría de las personas que cuidan a un familiar lo hacen por razones de índole afectivo, o por un deber moral ineludible, en donde existe una responsabilidad familiar".⁶⁵

A continuación se presentan algunas de las razones más comunes que orillan a los Cuidadores Primarios en convertirse en tales.

⁶² Suárez Vargas Georgina, "Características Psico-sociales del Cuidar Primario del Paciente con VIH/SIDA" Tesis caso práctico. ENTS-UNAM mayo 2004 Pp. 45

⁶³ Casares García Pilar M. "Ancianos, problemática y Propuesta Educativa" Madrid España, 2002 Editorial San Pablo Pp. 101-105

⁶⁴ Monis D. Ramón, "Necesidades y Demandas de los Cuidadores Primarios de Pacientes Terminales de Cáncer en Atención Primaria", Malaga España, 1995. <http://pulso.com>

♦ Esta información se ha comprobado en esta investigación

⁶⁵ Suárez. 2004 Op cit. Pp. 45-46

POR FILANTROPÍA. Para mantener el bienestar de la persona cuidada, por que entienden y comparten sus necesidades. El cuidador se pone en el lugar del otro y siente sus necesidades, intereses y emociones.

POR PARENTESCO. Que es el vínculo que los une, siendo la esposa o los hijos quienes asumen principalmente esta función.

POR RECIPROCIDAD. En correspondencia, ya que la persona que ahora es cuidada, en un tiempo cuidó del cuidador.

POR GRATITUD Y ESTIGMA. Que les demuestre la persona cuidada.

POR EL SENTIMIENTO DE CULPA. Como forma de redimirse por situaciones pasadas.

PARA EVITAR LA CENSURA. De la familia, amigos, conocidos, en el caso que no se cuidara el familiar.

POR CUESTIONES DE TIPO SOCIAL. Es decir, por la aprobación de la familia, amigos y sociedad por prestar sus cuidados".⁶⁶

4.2 EL CUIDADOR PRIMARIO DEL PACIENTE ESQUIZOFRÉNICO

El decidir ser el Cuidador Primario de un pariente con esquizofrenia, puede implicar una experiencia única, siempre difícil en donde se pueden descubrir cualidades aptitudes y/o talentos que antes no se conocían o permanecían ocultas. Conlleva a establecer una relación más próxima con la persona a la que se cuida, proporciona la satisfacción de ser útiles a los familiares más próximos, o por el contrario, puede ser una experiencia solitaria e ingrata, algo no previsto, para lo que el cuidador no se ha preparado, la dedicación de éstas tareas, con el paso del tiempo pueden volverse incómodas o desagradables.

⁶⁶ Ibidem.

Son necesarios una serie de ajustes en *la vida cotidiana*, y en la *dinámica interna de la familia*. El adquirir el papel del Cuidador Primario, frecuentemente provoca estrés, lo que conlleva a la ansiedad, debido a la serie de responsabilidades que ha adquirido, y que el tiempo no le es suficiente para cumplir plenamente con sus otras obligaciones como el trabajo, ser madre o padre de familia, novia, o novio, hija o hijo, etc., y aun, aparte ser el responsable del bienestar del paciente esquizofrénico en cuanto a cuidados, consultas, tratamiento, limpieza, alimento, etc. Ésta serie de responsabilidades puede provocar una severa depresión en el Cuidador Primario, a raíz de creer que ha fallado a las personas que están directamente relacionados o dependientes con él o (ella), en especial con el enfermo, que en algunos casos, no tiene control ni independencia sobre sí mismo. Esta serie de síntomas, es lo que en el campo médico y psiquiátrico se conoce como "sobrecarga".

"El concepto de *sobrecarga* se remonta a principios de los años 60s, utilizado para estudiar los efectos que tenía sobre las familias el hecho de mantener en la comunidad a pacientes psiquiátricos, como parte de la asistencia psiquiátrica comunitaria que se estaba implantando en Gran Bretaña en aquel tiempo. Los trabajos sobre la carga de los familiares referida al ámbito de la salud mental continuaron durante los años 70s, desarrollándose para su evaluación diversos instrumentos de medida que incluían aspectos tan diversos como conductas específicas potencialmente molestas para la familia, contenidos sobre carga objetiva y subjetiva y evaluaciones globales de la carga realizadas por el evaluador. Más tarde, aunque algunos de estos estudios incluían también familias con pacientes psiquiátricos de edad avanzada, la investigación sobre la carga familiar en el ámbito gerontológico comenzó en la década de los 80s con Zarit".⁶⁷

Después de la serie de atenciones que requiere el paciente en todos los aspectos de su vida, también es importante el bienestar y estabilidad emocional del "*Cuidador Primario*". Una vez más el papel de la familia es el de ser el soporte que brinde las

⁶⁷ Zarit, Reiver y Bach-Peterson. "Entrevista de Carga del Cuidador" Sociedad Española de Geriatria y Gerontología. 1990

fuerzas para enfrentar las dificultades emocionales, físicas, económicas y sociales que el *Cuidador* enfrentará a lo largo de su vida.

En el caso del Cuidador Primario del paciente esquizofrénico, después de que la familia ha pasado por las etapas de adaptación a la enfermedad, y que se ha decidido que miembro de la familia será el responsable de los cuidados del paciente, la siguiente etapa difícil seguramente es la de medicación, la de los efectos secundarios de los fármacos sobre el paciente.

Las drogas usadas para tratar la esquizofrenia son llamadas antipsicóticos. Ayudan a aliviar las alucinaciones, ilusiones, y los problemas de pensamiento asociados con la enfermedad. Estas drogas corrigen un desbalance en los productos químicos que ayudan a las células del cerebro a comunicarse entre ellas.

Dentro de los efectos secundarios de los antipsicóticos son: lentitud en sus movimientos, rigidez, desánimo, temblor en manos y pies, también pueden hacer que el paciente esté inquieto y no poder estar sin movimiento. El uso prolongado de estos medicamentos tiende a provocar el efecto llamado "*diskinesia tardía*" y se manifiesta por movimientos involuntarios, retorcer la boca, cara o manos., otro efecto más drástico es el "*síndrome neuroléptico maligno*" que involucra una rigidez y temblor muy severo que puede causar fiebre y otras implicaciones severas.

Un sin fin de medicamentos ejercen reacciones secundarias, inimaginables, síntomas que frente a la sociedad no son bien vistos y pueden causar temor, y rechazo. Este quizá es una de los tantos problemas por los que ha de pasar el paciente y su cuidador.

CAPITULO V

METODOLOGÍA

5.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La Organización Mundial de la Salud, describe que entre las diez enfermedades de mayor carga para la sociedad, cinco son psiquiátricas, y la esquizofrenia es una de estas enfermedades, que en la mayoría de los casos se desarrolla entre la adolescencia y principios de la juventud, independientemente de la raza, sexo y factores ambientales.

“No hay un agente etiológico común que explique la causa de las esquizofrenias, pero hay datos clínicos, genéticos, epidemiológicos y bioquímicos que permiten conceptualizarla como un grupo de enfermedades mentales”.⁶⁸

Los estudios, demuestran que existen muchos factores implicados para su aparición: por predisposición genética, por alguna lesión cerebral, por exceso de estrés, pero en general, no hay manera de determinar la causa real de su aparición.

Hoy entendemos a la familia como un “sistema social” en donde las interrelaciones humanas proveen el nexo más directo para la manutención de la salud mental de quienes la conforman. La estructura familiar se ve alterada cuando uno de sus miembros es diagnosticado como esquizofrénico indudablemente la aparición de ésta enfermedad modificará para siempre la vida cotidiana de quien la padece y de la familia a la que pertenece, en especial la del Cuidador Primario del paciente; sin embargo estando con el tratamiento adecuado, tanto el paciente como la familia, lograrán llevar una calidad de vida aceptable.

⁶⁸ De la Fuente Ramón “Psicología Médica” Editorial FCE., 2ª edición 1992. Pp.137

Considerando que el Cuidador Primario es después del paciente, el más afectado por vivir y convivir de cerca la enfermedad del esquizofrénico y con ello, sin dejar de lado que el resto de la familia también se ve afectada, se pretende que *al conocer el impacto social* (entendido este aspecto como: relaciones sociales, familiares, amigos, trabajo, tiempo libre, etc., aspectos económicos de la familia) y *las modificaciones en la dinámica familiar* (roles, jerarquía, afectos, violencia, etc.) del Cuidador Primario del paciente con Esquizofrenia, contribuirá en determinar de igual forma *el perfil sociofamiliar del Cuidador Primario del paciente con esquizofrenia*; ; Por tanto el planteamiento del Problema pretende ¿Conocer cuál es el impacto social y qué modificaciones sufre la dinámica familiar a partir de contar con una familiar con esquizofrenia? y con ello surge las siguientes interrogantes:

¿Qué responsabilidades específicas tiene el Cuidador Primario con el familiar esquizofrénico?

- ¿Qué hábitos de su vida cotidiana ha modificado el Cuidador Primario?
- ¿Cómo han cambiado la dinámica familiar a partir de la aparición de la enfermedad?
- ¿Quién o quienes cooperan en los ingresos económicos para el sostén de la familia y del tratamiento?
- Conocer ¿si el Cuidador Primario siente apoyo por parte del resto de la familia?

5.2 OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

- Conocer el impacto que la enfermedad de la Esquizofrenia provoca en la vida cotidiana del Cuidador Primario

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar las modificaciones que tiene la dinámica familiar del Cuidador Primario, a partir del desarrollo de la enfermedad
- Determinar perfil sociofamiliar del Cuidador Primario del paciente diagnosticado con esquizofrenia

5.3 HIPÓTESIS

1. La presencia de un paciente esquizofrénico, modifica la dinámica familiar al generarse conflictos entre los integrantes

VARIABLES

INDEPENDIENTE: La presencia de un paciente esquizofrénico

DEPENDIENTE: modifica la dinámica familiar al generarse conflictos entre los integrantes

2. La vida cotidiana del Cuidador Primario, se ve alterada en relación al nivel de funcionalidad de la familia.

VARIABLES

INDEPENDIENTE: La vida cotidiana del Cuidador Primario

DEPENDIENTE: se ve alterada, en relación al nivel de funcionalidad de la familia

3. Las responsabilidades con el paciente, generan sobrecarga en el Cuidador Primario, lo que se refleja en su estado anímico

VARIABLES

INDEPENDIENTE: Las responsabilidades con el paciente

DEPENDIENTE: generan sobrecarga en el Cuidador Primario, lo que se refleja en su estado anímico.

5.4 TIPO DE ESTUDIO

El alcance de la investigación fue de tres tipos:

EXPLORATORIO: Se trató de un estudio exploratorio ya que el tema de investigación era poco conocido para la disciplina del Trabajo Social, por lo que a partir de una ardua investigación bibliográfica así como, al contar con el apoyo de especialistas se buscó obtener más información sobre el padecimiento de la esquizofrenia, y sin duda, los resultados de la investigación agrandaron más el conocimiento.

OBSERVACIONAL: Fue Observacional, ya que al tratarse de un tema desconocido se observó como se comportan las variables y así, determinar semejanzas con lo ya estudiado por otros especialistas.

TRANSVERSAL: Y fue transversal debido a que se realizó en un solo momento, en un periodo fijo de tiempo, es decir, obtenidos los resultados y cubiertos los objetivos, no se pretende alargar o promover la extensión de la investigación.

5.5 DISEÑO

Se utilizó el diseño de estudio de casos

5.6 MUESTRA

La muestra fue no probabilística y de tipo circunstancial

TAMAÑO Y CARACTERÍSTICAS DE LA MUESTRA

Comprendió 30 casos. La población de estudio fueron los Cuidadores Primarios, familia y pacientes con esquizofrenia atendidos en el área de psiquiatría, consulta externa y hospitalización del INNN.

CRITERIOS DE SELECCIÓN DE LA MUESTRA DEL ESTUDIO

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Ser Cuidador Primario de un paciente diagnosticado con esquizofrenia
- No importa el tipo de esquizofrenia del paciente
- No importa su residencia
- Al momento de la entrevista estén presentes mínimos 3 integrantes de su familia.
- Firma de conformidad

5.7 INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN

Se aplicaron los siguientes instrumentos y escalas:

1. Escala del Funcionamiento Familiar de Emma Espejel
2. Entrevista sobre la carga del cuidador de Zarit
3. Estudio socioeconómico, el cual comprenderá 5 áreas: datos sociodemográficos, estructura familiar, economía, salud-enfermedad, recreación y uso del tiempo libre
4. Un cuestionario sobre las responsabilidades y apoyos familiares
5. Por cada caso se realizó un diagnóstico familiar

Estos instrumentos midieron: El nivel de funcionalidad familiar y dinámica familiar, el grado de sobre carga que representa el cuidar a un esquizofrénico; el estudio socioeconómico arrojó parte del perfil familiar del Cuidador Primario; el cuestionario

de apoyos y responsabilidades midió lo indicado; y por cada entrevista familiar se elaboró una historia familiar (por medio de la metodología del trabajo social individualizado) que sirvió de apoyo para la elaboración del perfil familiar del Cuidador Primario.

5.8 PROCEDIMIENTOS

1. El primer paso, fue identificar a Pacientes con Dx. De Esquizofrenia en la Institución, ya sea que tuvieran cita (consulta externa), que estuvieran hospitalizados (en el área de psiquiatría, los jueves y martes en día de visita eran entrevistados) ó en otros casos se contactaban vía telefónica.
2. Después de que aceptaran participar en el protocolo de investigación, se les proporcionó la carta de consentimiento informado, la cual debían firmar.
3. El primer instrumento que se aplicaba era el *"Estudio socioeconómico"* este instrumento aportó datos sociodemográficos de los entrevistados, además de dividirse en nueve segmentos: los cuales se presentaron en el siguiente orden: 1.- aspectos generales del paciente 2.- aspectos generales del Cuidador Primario, 3.- identificación domiciliaria, 4.- estructura familiar, 5.- economía familiar, 6.- vivienda, 7.- salud y alimentación, 8.- recreación y uso del tiempo libre, y 9.- problemática familiar. Este instrumento sirvió para realizar el perfil del Cuidador Primario del paciente con esquizofrenia, y también fue parte importante para la elaboración del perfil familiar del paciente.
4. Posteriormente se aplicaba la *"Escala del funcionamiento familiar"* de la Dra. Emma Espejel, ésta escala consta de 40 reactivos, que miden la funcionalidad familiar es decir, como se organiza y funciona cada familia en 9 áreas específicas que son: 1) Territorio o centralidad, 2) Roles, 3) Jerarquía, 4) Límites, 5) Modos de Control de Conducta, 6) Alianzas, 7) Comunicación, 8) Afectos y 9) Patologías. Finalmente este instrumento determinó el nivel de

funcionalidad familiar ubicándolas como: 1) Disfuncional 2) Poco Funcional 3) Medianamente Funcional ó 4) Funcional.

5. El siguiente instrumento a aplicar fue la *“Entrevista sobre la carga del Cuidador de Zarit”* es un instrumento que mide a partir de las emociones y sentimientos, actitudes y reacciones el grado de sobrecarga objetiva y subjetiva que experimenta el entrevistado ante la experiencia de cuidar. Sin embargo como es un instrumento que se diseñó para medir la sobre carga en el cuidador de un adulto mayor, lo que se hizo al realizar el análisis de resultados fue seleccionar las preguntas que más semejanza tuvieran con la realidad del perfil de los entrevistados y determinar así, la carga subjetiva, y la carga objetiva de los entrevistados.
6. Por último se aplicó *“El breve cuestionario sobre los apoyos y responsabilidades”* es un instrumento que se compone de cinco preguntas abiertas, las cuales tienen que ver con los apoyos, responsabilidades y modificaciones en la vida cotidiana del Cuidador.
7. Al final de cada entrevista se realizó un diagnóstico familiar de cada familia en donde se describía: la estructura de la familia (tipo de familia, ciclo vital, tiempo de unión, etc.,) su dinámica familiar, problemática familiar, economía, características de la vivienda, y aspectos generales de la adherencia terapéutica del paciente, y de la vida en familia.

5.9 RECOLECCIÓN DE DATOS PARA EL ANÁLISIS DE RESULTADOS

El análisis de resultados de los cuatro instrumentos aplicados se realizó con apoyo del paquete estadístico de SPSS, el programa de EXCEL también fue de utilidad. La estadística descriptiva fue importante en todo el proceso, al emplearse distribución de frecuencias relativas y acumuladas.

CAPÍTULO VI

RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN

6.1 ANÁLISIS CUANTITATIVO APOYOS GRÁFICOS

En esta investigación se tomó una muestra no probabilística de 30 casos, los sujetos motivo de estudio fueron Cuidadores Primarios de pacientes con diagnóstico de esquizofrenia tratados en el Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía "Manuel Velasco Suárez" sin embargo también fueron incluidos para ésta investigación los pacientes y familiares que estaban presentes al momento de la entrevista, esto para conocer los aspectos concernientes a la dinámica familiar del Cuidador Primario.

Los resultados que a continuación se muestran representan de manera gráfica, el perfil del Cuidador Primario, el perfil del Paciente, y el perfil de la familia de ambos sujetos mencionados; la información que se presenta en esta sección de análisis cuantitativo se amplía más detalladamente en el análisis cualitativo.

6.1.1 PERFIL DEL CUIDADOR PRIMARIO

Sexo. De los 30 Cuidadores Primarios se encontró que el 90% son mujeres mientras que el restante 10% son hombres.

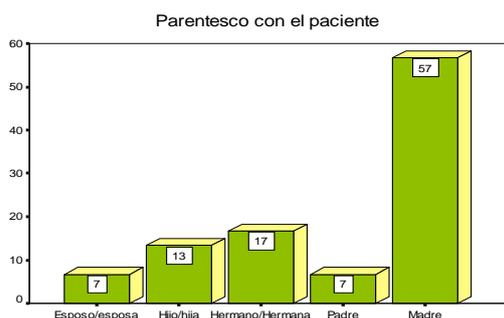
Tabla No. 3

SEXO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
FEMENINO	27	90%
MASCULINO	3	10%
TOTAL	30	100%

Gráfica No.1



Gráfica No. 2



PARENTESCO. El 57% es la madre del paciente quien funge como Cuidador Primario, en el 17% son él o los hermanos del paciente, un 13% se trata de su hijo o hija, y en menor porcentaje de 7% es su esposa, de igual manera con un 7% se encuentra a quienes son cuidados por su padre.

ESTADO CIVIL. El 23.3% son solteros, 53.3% son casados (parejas del paciente y/o padre o madre del paciente), mientras que en el restante 23.3% el Cuidador Primario no tenía pareja, ya sea por su condición de viudo, separado o divorciado.

ESTADO CIVIL	FRECUENCIA	%
CASADO	16	53.3
SOLTERO	7	23.3
VIUDO	4	13.3
DIVORCIADO/ SEPARADO	3	10.0
TOTAL	30	100

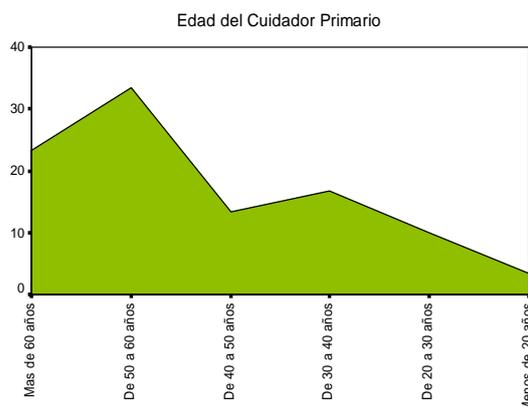
Tabla No. 4

Edad. Respecto a la edad, poco más de la mitad 57% son mayores de 50 años, no menos significativos es el 30% en que se observó una edad que osciló entre los 30 y 50 años, mientras que un 13% tiene entre 18 y 30 años de edad.

Tabla No. 5

EDAD	FRECUENCIA	%
- de 20	1	3.3
De 20 a 30	3	10.0
De 30 a 40	5	16.7
De 40 a 50	4	13.3
De 50 a 60	10	33.3
Mas de 60	7	23.3
Total	30	100

Gráfica No. 3



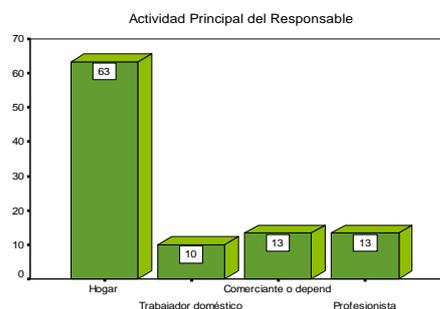
ESCOLARIDAD. En cuanto a la escolaridad el 46.7% solo tienen la primaria, y un 16.7% terminó la secundaria. El 6.7% cuenta con una carrera técnica, 3.2% cursó el bachillerato, el 6.7% no tienen estudios, y un 20% realizó una Licenciatura; estos últimos sujetos son quienes generalmente solventan los gastos familiares y del tratamiento del paciente.

ACTIVIDAD PRINCIPAL. La actividad principal del 63.3% de los entrevistados es el hogar, un 10% más se dedica al trabajo doméstico en casa ajena, que en algunos casos han obtenido como un trabajo extra para solventar el costo del tratamiento, y como característica particular escasamente cuentan solo con la primaria y/o secundaria terminada o incompleta. El 13.3% laboran como profesionistas, y con igual porcentaje de 13.3% son comerciantes o dependientes.

TABLA No. 6

ACTIVIDAD	FR.	%
PROFESIONISTA	4	13.3
COMERCIANTE O DEPENDIENTE	4	13.3
TRABAJADOR DOMÉSTICO	3	10.0
HOGAR	19	63.3
TOTAL	30	100

Gráfica No. 4



RESPONSABILIDADES. Sobre las obligaciones o responsabilidades que tiene específicamente el Cuidador Primario con su paciente el 3.3% cumplen solo con responsabilidades concernientes a la alimentación y el aseo personal del paciente (al prepararle los alimentos y lavarle la ropa), mientras que el 26.6% refieren que sus obligaciones con el paciente son en esencia de tipo médico – económicas, en un 20% más el Cuidador Primario cumple con responsabilidades concernientes a los medicamentos y económicas sin embargo considera que también le brinda a su paciente apoyo de tipo moral, y en el restante 40% el apoyo que le brindan al paciente es variado es: médico, económico, de alimentación, aseo, y moral/emocional; solo un 10% refiere que no tiene ninguna responsabilidad con el paciente, dado que el padecimiento no lo incapacita para valerse por si mismo.

TABLA No. 7

RESPONSABILIDADES	PORCENTAJE
ALIMENTACIÓN, ASEO, MÉDICO-ECONÓMICAS, MORAL-EMOCIONALES	40%
MÉDICO-ECONÓMICAS	27%
MEDICAMENTOS, ECONÓMICAS (APOYO MORAL)	20%
NINGUNA RESPONSABILIDAD	10%
ALIMENTACIÓN, ASEO	3%

CAMBIO DE HÁBITOS. Los hábitos que tuvo que cambiar o adquirir a partir de la aparición de la enfermedad en el paciente son: el 6.7% abandonó su empleo para

dedicarse a su cuidado; con un igual porcentaje de 6.7% consiguieron un empleo extra para solventar los gastos del tratamiento, casi la mitad de la muestra 43.3% consideran que realmente no hubo ningún cambio en su vida, sino que solo deben de tener más paciencia y estar pendiente de su paciente; sin embargo es significativo el 33.3% que considera que a raíz de adquirir la responsabilidad de cuidar a su paciente, esto les ha traído más obligaciones que antes, preocupaciones, tensiones, y un evidente deterioro emocional; solo un 10% menciona que las discusiones y problemas familiares son constantes a partir de la aparición de la enfermedad del paciente.

Gráfica No. 5
¿Qué hábitos de su vida diaria tuvo que cambiar?

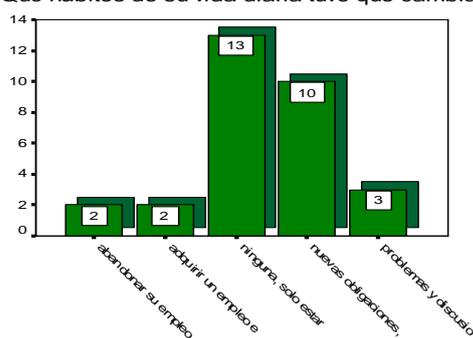


TABLA No. 8

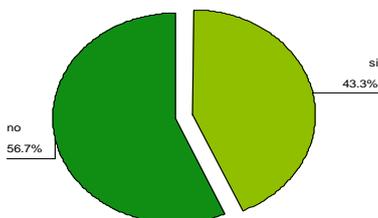
¿Qué hábitos de su vida diaria tuvo que cambiar?

HÁBITOS	FR.	%
ABANDONAR SU EMPLEO	2	6,7
ADQUIRIR UN EMPLEO EXTRA	2	6,7
NINGUNA, SOLO ESTAR PENDIENTE DE EL PACIENTE	13	43,3
NUEVAS OBLIGACIONES, PREOCUPACIONES, DETERIORO EMOCIONAL	10	33,3
PROBLEMAS Y DISCUSIONES FAMILIARES	3	10,0
TOTAL	30	100

RELACIONES FAMILIARES. Respecto al cambio en las relaciones familiares de la vida diaria, se encontró que el 43% consideran que la relación con los miembros de su familia *sí ha cambiado*; el 16.7% dice que estas mejoraron, pues se unieron más, contrastante con el 23.3% que menciona que la familia *evidentemente se distanció* (incluso hubo divorcios y/o distanciamiento); el restante 57% considera que la relación con los miembros de su familia *no ha cambiado* en lo absoluto.

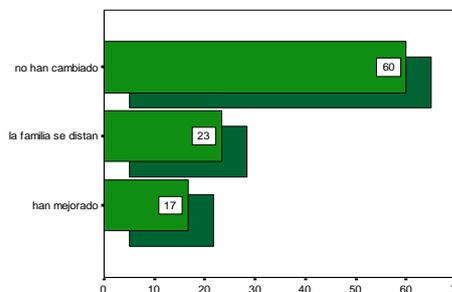
Gráfica No. 6

Las relaciones con los familiares ¿han cambiado?



Gráfica No. 7

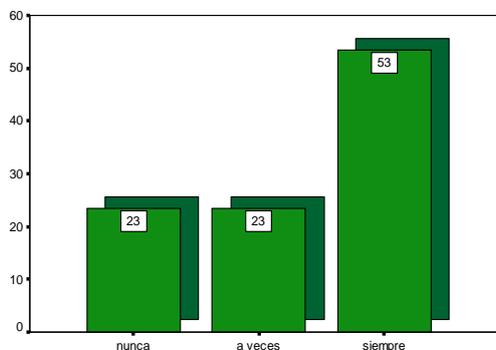
¿De qué modo han cambiado las relaciones familiares?



APOYOS FAMILIARES. Poco más de la mitad 53.3% consideró que siempre han sentido apoyo por parte de su familia, mientras que en el 23.3% solo algunas veces, sin embargo y con igual porcentaje de 23.3% dicen nunca haber sentido ningún tipo de apoyo.

Gráfica No. 8

¿Siente apoyo por parte de su familia?



TIPO DE APOYO. Los tipos de apoyos predominantes son los siguientes: 30% refieren sentir apoyo solo de tipo económico, mientras que el 3.3% dice que el apoyo que recibe es solo moral. En el 36.7% sienten tanto apoyo económico como apoyo moral, un 10% menciona que el apoyo que recibe es solo emocional cuando el paciente presenta alguna recaída, y por último el 20% restante dice no recibir ningún tipo de apoyo.

TABLA No. 9

TIPO DE APOYO	PORCENTAJE
ECONÓMICO Y EMOCIONAL	37%
ECONÓMICO	30%
SOLO EN RECAÍDAS (EMOCIONALMENTE)	13%
NINGUNO	20%
TOTAL	100 %

QUIENES APOYAN. Aproximadamente la mitad de la muestra 43.3% recibe apoyo de los hermanos del paciente, solo en un 10% el apoyo es por parte de todos los que conforman la familia. En el 6.7% el apoyo es brindado por algún hermano del Cuidador Primario, mientras que solo en el 3.3% el apoyo es de alguien que no pertenece a la familia. El restante 36.7% considera no recibir apoyo de nadie.

6.1.2 PERFIL DEL PACIENTE

Sexo. Tres cuartas partes es decir el 70% de los pacientes son de sexo masculino, mientras que el restante 30% son mujeres.

Gráfica No. 9

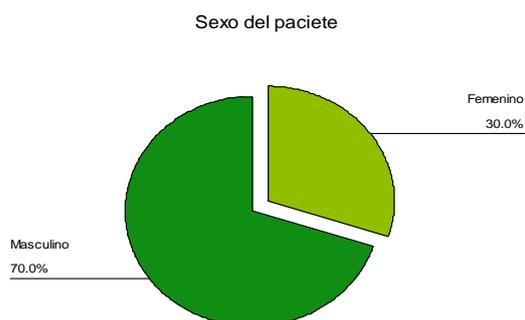


TABLA No. 10

SEXO DEL PACIENTE	FRECUENCIA	%
FEMENINO	9	30
MASCULINO	21	70
TOTAL	30	100

EDAD. En cuanto a su edad el 20% son jóvenes entre los 18 y 25 años, un 23.3% es compuesto por jóvenes de entre 25 y 30 años, el siguiente 30% está integrado por jóvenes terminales de entre 30 y 35 años; un 20% más son adultos de una

edad oscilante entre los 45 y 55 años, mientras que en el restante 17% son adultos que rebasan los 55 años de edad y personas mayores de 60 años.

ESTADO CIVIL

El 83.3% son solteros y nunca se han casado, solo un 6.7% están casados y conservan a su pareja, un 3.3% no se han casado pero tienen pareja con la que viven en unión libre, mientras que el restante 6.6% alguna vez tuvo pareja y hoy día son divorciado, separados y/o viudos.

OCUPACIÓN. En cuanto a la ocupación o actividad del paciente destacan las siguientes: 20% son estudiantes, otro 20% son técnicos, comerciantes o dependientes en cualquier comercio; un 7% se dedica al hogar, y con igual porcentaje destacó un 7% siendo desempleado, se observa que un 23% no precisó su ocupación; mientras que el restante 23% se ocupa en trabajos como: trabajador agropecuario, artesanos o obreros, ambulantes y trabajadoras domésticos.

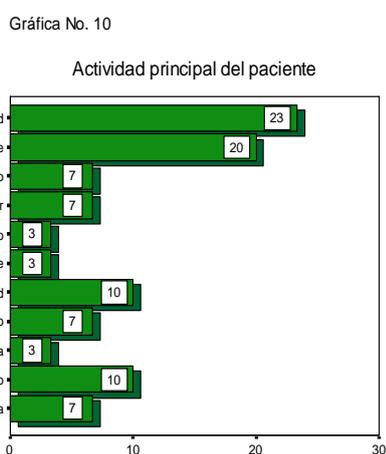


TABLA No. 11

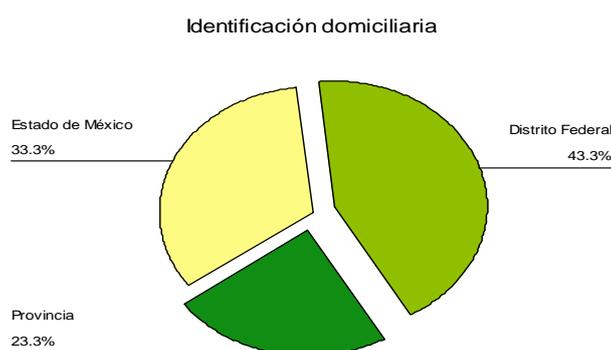
ACTIVIDAD	FR.	%
PROFESIONISTA	2	6.7
TÉCNICO	3	10.0
TRABAJADOR AGROPECUARIO	1	3.3
ARTESANO U OBRERO	2	6.7
COMERCIANTE O DEPENDIENTE	3	10.0
TRABAJADOR AMBULANTE	1	3.3
TRABAJADOR DOMÉSTICO	1	3.3
HOGAR	2	6.7
DESEMPLEADO	2	6.7
ESTUDIANTE	6	20.0
NO ESPECIFICADO	7	23.3
TOTAL	30	100

ESCOLARIDAD. Sobre la escolaridad, el 23.3% solo terminó la primaria, la secundaria el 26.7%, y un 3.3% no tiene ningún tipo estudio; estos casos representan el 53% de la muestra, es decir que sus estudios no rebasan la educación básica, si se contrasta con la ocupación actual, se puede concluir que este sector realiza alguna de las siguientes actividades: hogar, trabajo doméstico, comerciante o dependiente, trabajador agropecuario, vendedor ambulante, desempleado, o no realiza ninguna actividad específica; un 40% realizó el bachillerato y/o cuentan con una carrera técnica, mientras que solo el 6.7% concluyó una licenciatura.

6.1.3 PERFIL DE LA FAMILIA DEL CUIDADOR PRIMARIO

LUGAR DE ORIGEN. Respecto a la familia con la que convive el Cuidador Primario, se obtuvo que el 43.3% radican en el Distrito Federal, 33.3% provienen del Estado de México y el restante 23.3% se trasladan al Distrito Federal solo para las consultas periódicas que son parte del tratamiento de su paciente de estados del interior de la república como Hidalgo, Puebla, Michoacán, Guerrero, Querétaro y Veracruz.

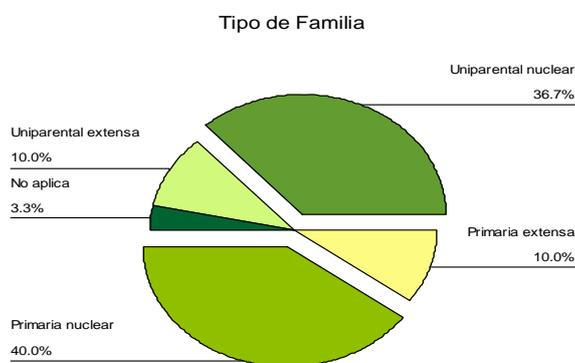
Gráfica No. 11



TIPO DE FAMILIA. Según la escala del Funcionamiento Familiar de Emma Espejel, de las familias entrevistadas según el parentesco que tienen entre sí los familiares y

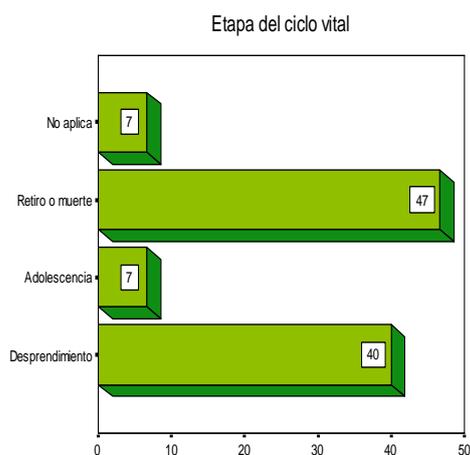
que habitan la misma casa, en el 40% son familias de tipo Primaria Nuclear, en un 36.7% más son de tipo Uniparental Nuclear, un 10% más es de tipo Primaria Extensa, al igual que en el restante 10% que son de tipo. Es importante mencionar que hubo un caso que no se pudo clasificar en ningún de estas categorías, dado que esta conformada solo por dos personas que tienen el parentesco de hermanas la menor de 45 años de edad quien es la paciente, y la hermana mayor de 50 años Cuidador Primario, y forman parte del 3.3% restante.

Gráfica No. 12



CICLO VITAL. El 46.7% según el Ciclo Vital de la familia está en la etapa de retiro y muerte, un 40% más se encuentran en la etapa de desprendimiento, mientras que solo el 6.7% atraviesa la etapa de Adolescencia.

Gráfica No. 13



Dentro de esta clasificación de Ciclo Vital de la Familia, en dos casos que representan el 6.7% no se clasificaron en ninguna de las anteriores, dado que ambas familias están integradas solo por dos miembros, en un caso se trata de 2 hermanas y el segundo caso, lo conforman la madre y el hijo.

RELIGIÓN. Casi tres cuartas partes de la muestra por familia, 76.7% profesan la religión Católica, un 10% son Cristianos, y solo el 6.7% se encontró que son Testigos de Jehová; el restante 2 % no profesa ninguna religión.

INTEGRANTES. En cuanto a la conformación de las familias por el número de integrantes, en el 30% son familias pequeñas de menos de 3 integrantes, 46.7% son familias de entre 3 y 5 integrantes, un 20% más son familias de entre 6 y 8 integrantes, mientras que la familia más amplia está integrada por 9 personas, es decir 3.3%. De estas familias, el 80% tiene entre 1 y 2 proveedores económicos, y el restante 20% tienen entre 3 y 4 proveedores.

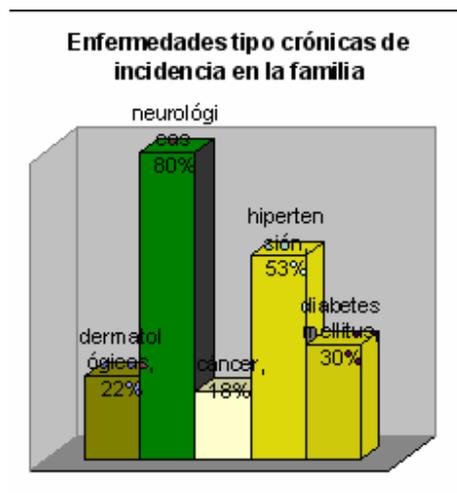
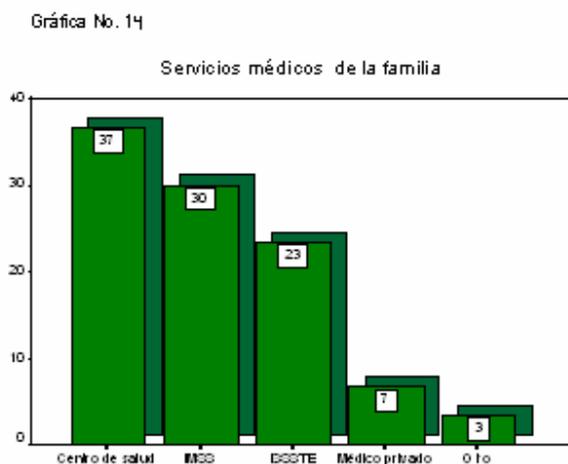
INGRESOS MENSUALES. En relación con las personas que trabajan por familia se puede observar los ingresos que obtienen al mes: El 20% gana menos de \$2000.°° al mes; mientras que el 43.3% gana entre \$ 2000.°° y \$6000.°° mensuales, el 13.4% tiene un ingreso mensual de entre \$ 6000.°° y \$10,000.°°, mientras que solo un 3.3% obtiene entre \$ 10,000.°° y \$12,000.°° y un porcentaje igual de 3.3% obtiene mas de \$ 12,000.°°, sin embargo es significativo el 16.7% que no tiene ingresos permanentes.

SALARIOS MÍNIMOS. Lo anterior corresponde en salarios mínimos a: 50% gana entre 1 y 4 salarios mínimos; el 13.3% gana entre 7 y 3 salarios mínimos; mientras que el 3.3% gana más de 13 salarios mínimos, sin embargo, es significativo el 16.7% que gana menos de un salario mínimo, asimismo el restante 16.7% no tiene ingresos permanentes.

INGRESO PER CÁPITA. El 20% tiene un ingreso per cápita de menos de \$ 500.°°; el 30% tiene entre \$ 1000.°° y \$ 1500.°°, el 16.6 % obtiene al mes entre

\$1500.°° y \$ 2500. °°, el 10% entre \$ 2500.°° y \$ 4000.°°, mientras que solo el 6.7% obtiene más de \$ 4000.°°; el restante 16.7% no tiene ingresos permanentes.

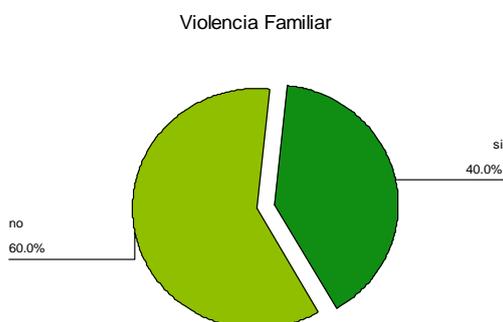
Gráfica No. 15



SERVICIOS MÉDICOS. Continuando con los aspectos relacionados con la salud, los servicios médicos con los que cuentan son: el 30% tiene IMSS, y un 23.3% cuentan con ISSSTE, es decir que el 53.3% son derechohabientes; a diferencia de un 36.7% que acude al Centro de Salud, y un 6.7% que visita a un Médico Privado, y por último el 3.3% acude a otro lugar, específicamente con un curandero o yerbero enfatizó el entrevistado.

PROBLEMÁTICA FAMILIAR. Un 40% consume alcohol, un 40% fuman cigarrillos, el 13.3% consumen fármacos (esto para el tratamiento de alguna enfermedad), mientras que en solo el 3.3% algún miembro de la familia consume marihuana.

Gráfica No. 16



Respecto a la violencia de tipo verbal, el 40% aceptó la presencia de este tipo de violencia dentro de su familia, mientras que el 60% lo negó.

De los que padecen violencia, solo el 10% acepto que ésta es de tipo física; el restante 90% relaciono la violencia con problemas y discusiones familiares frecuentes.

RECREACIÓN Y TIEMPO LIBRE. Sobre las actividades que comparten en familia el 26.7% de estas familias la actividad que más frecuentan es el visitar y convivir con el resto de la familia, un 20% más, solo realizan quehaceres del hogar, en el 16.7% algún integrante practica un deporte, como los aeróbic, la caminata, fútbol u otro; solo el 3.3% realiza actividades al aire libre, específicamente en el campo (dado que son de provincia y se dedican al campo), un 20%, no se reúnen en familia para practicar alguna actividad juntos, mientras que el restante 13.3% no realizan alguna actividad específica o frecuente, sino que éstas pueden variar.

DINÁMICA FAMILIAR. De acuerdo con las 9 áreas que estudia la escala del Funcionamiento Familiar y que son: autoridad, control y orden, supervisión, afectos, apoyos, conducta disruptiva, comunicación, afectos negativos y recursos; las categorías de análisis permiten caracterizar a las familias entre disfuncionales, poco funcionales, medianamente funcionales y funcionales.

AUTORIDAD. Respecto al área de Autoridad el 16.7% caen en lo disfuncional, mientras que un 10% son poco funcionales; es considerable el 36.7% que son medianamente funcionales y solo un 30% son funcionales. El restante 6.7% no se obtuvo información.

CONTROL Y ORDEN. Se encontró en esta área que un 3.3% son disfuncionales; un 23.3% es poco funcional, mientras que exactamente la mitad 50% son

medianamente funcional. Sin embargo es considerable el 16.7% que cae dentro de lo funcional; del restante 6.7% no se obtuvo información.

SUPERVISIÓN. Un 3.3% en esta área es disfuncional; el 13.3% es poco funcional; similar al caso anterior el 50% en esta área es medianamente funcional, mientras que el 26.7% es funcional; del restante 6.7% no se obtuvo información.

AFECTOS. El 20% es disfuncional en esta área; el 16.7% es poco funcional, un 30% que esta dentro de la categoría de lo medianamente funcional; solo el 26.7% es funcional dentro de esta área, y del restante 6.7% no se obtuvo información.

APOYOS. En esta área solo el 6.7% es disfuncional, un 10% son poco funcionales, mientras que el 30% es medianamente funcional; es importante el dato de que aproximadamente la mitad de la muestra el 46.7% esta dentro de la categoría de lo funcional, y del restante 6.7% no se obtuvo información.

CONDUCTA DISRUPTIVA. Solo el 3.3% es disfuncional; un 6.7% es poco funcional, exactamente la mitad de la muestra 50%, es medianamente funcional, solo un 33.3% es funcional, y del restante 6.7% no se obtuvo información.

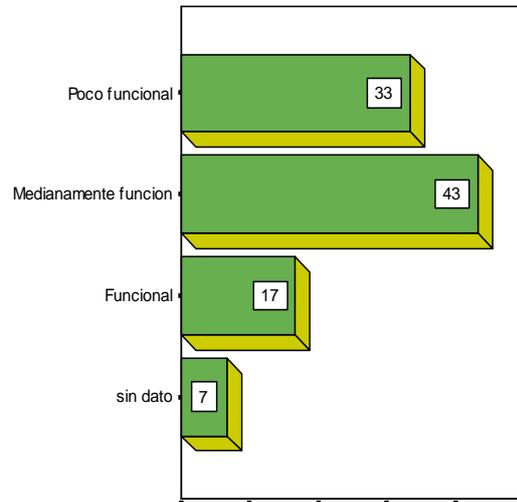
COMUNICACIÓN. En esta área el 23.3% es disfuncional, un 16.7% es poco funcional, un 23.3% es medianamente funcional, y un 30% es funcional; del restante 6.7% no se obtuvo información.

AFECTOS NEGATIVOS. El 26.7% es disfuncional, de igual manera es la incidencia del 26.7% que está dentro de los poco funcional; el 23.3% es medianamente funcional, sin embargo solo el 16.7% esta dentro de lo funcional. Del restante 6.7% no se obtuvo información.

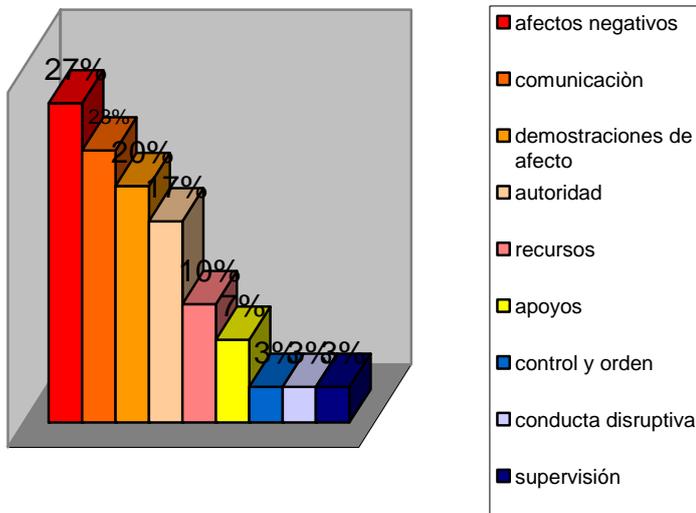
RECURSOS. Un 10% corresponde a la categoría de lo disfuncional, el 26.7% es poco funcional, el 43.3% es medianamente funcional, solo un 13.3% es funcional y del restante 6.7% no se obtuvo información.

NIVEL DE FUNCIONALIDAD. De manera general en cuanto a estas nueve áreas que comprende la escala del Funcionamiento Familiar de Emma Espejel se puede decir de estas 28 familias (ya que de dos de ellas no se obtuvo información correspondiente al 16.7%) que el 43.3% son familias medianamente funcionales, un 33.3% son familias poco funcionales, y solo un 16.7% están dentro de lo funcional.

Gráfica No. 17 Funcionalidad Familiar



Gráfica No. 18 áreas de mayor disfuncionalidad familiar



Esta gráfica es la representación de las 9 áreas de la funcionalidad familiar, e indican el nivel de funcionalidad que las familias entrevistadas arrojaron de manera global en cada área.

GASTOS MÉDICOS. Respecto a los gastos médicos mensuales estos son muy variables; el 20 % invierte menos de \$ 200.°, un 26.7% entre \$ 200. °, y \$500. °; el 13.3% entre \$ 501.° y \$ 800.° un 10 % más gasta entre

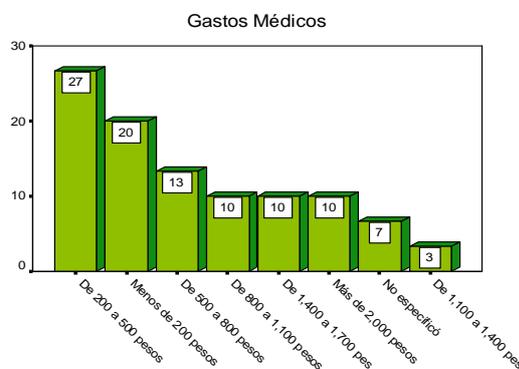
\$ 801.°° y 1,100. °°, mientras que solo un 3.3% gasta entre \$ 1,101. °° y \$ 1,400.°° Entre \$ 1,401.°° y \$ 1,700.°° invierte el 10%, al igual que un 10% que invierte más de \$ 2000.°°, y por último, el restante 6.7% no especificó la cantidad que destina al mes en gastos médicos.

ENFERMEDADES. Los padecimientos y/o enfermedades crónicas (entendidas estas como persistentes y/o frecuentes) que se presentan en estas familias ya sea en el paciente, el cuidador primario y/o otro familiar, predominaron las siguientes de mayor a menor frecuencia: se encontró que la Hipertensión Arterial está presente en el 53.3%, tanto las respiratorias como la Diabetes Mellitus se manifestaron en un 30% respectivamente, las de tipo dermatológicas en un 23.3% y de igual modo la obesidad en un 23.3%, siendo la de menor incidencia el cáncer, solo mencionado por el 13.3% de los entrevistados.

TABLA NO. 12

GASTOS MÉDICOS MENSUALES	FR.	%
MENOS DE \$ 200	6	20,0
DE \$ 200 A 500	8	26,7
DE \$ 500 A 800	4	13,3
DE \$ 800 A 1,100	3	10,0
DE \$ 1,100 A 1,400	1	3,3
DE \$1,400 A 1,700	3	10,0
MÁS DE \$ 2,000	3	10,0
NO ESPECIFICÓ	2	6,7
TOTAL	30	100,0

Gráfica No. 19



6.2 ANÁLISIS CUALITATIVO

En este apartado de análisis cualitativo se presentan aquellos aspectos muy particulares que han incidido en la vida diaria del Cuidador Primario y que por ende han repercutido en su dinámica familiar, a partir de que un miembro en la familia se le ha diagnosticado como esquizofrénico.

También este capítulo mostrará a detalle de explicación los elementos estudiados en el capítulo anterior de análisis cuantitativo.

Se incluyen algunos casos, que por sus características particulares, reflejan la problemática y las implicaciones de contar con un familiar con esquizofrenia.

6.2.1. PERFIL DEL CUIDADOR PRIMARIO (EN RELACIÓN AL GÉNERO)

Determinar el perfil sociofamiliar del Cuidador Primario fue relevante en esta investigación ya que se pretendió encontrar similitudes entre los 30 casos tomados como muestra en el Instituto, sin embargo dentro de estas similitudes se encontraron casos que por sus características extremas se incluyeron como parte de las observaciones generales del estudio.

Uno de los aspectos importantes (dentro de los muchos) fue el identificar las características particulares que definen a los Cuidadores Primarios, en un primer momento así como las características particulares de las familias a las que pertenecen.

RESIDENCIA

En cuanto a la *residencia*: el 77% eran provenientes del Distrito Federal y del Estado de México, encontrando menos de una cuarta parte (23.3%) provenientes del interior de la república de estados como: Hidalgo, Puebla, Michoacán, Guerrero, Querétaro y Veracruz. Para los residentes del Distrito Federal la distancia no significó un contratiempo y/o a veces impedimento para acudir a las consultas médicas con su paciente, a diferencia de los pocos casos que viajan a la Ciudad y que mencionaron las contadas ocasiones en que no podían acudir a sus citas médicas por falta de recursos económicos, pero que hacían todo lo posible por lograrlo; sin embargo el aspecto económico en ambos casos resultó un impedimento para acudir a las consultas médicas y adherirse al tratamiento correctamente.

SEXO EN RELACIÓN CON EL PARENTESCO CON EL PACIENTE

En cuanto a las características particulares de los Cuidadores Primarios según el sexo, resultó muy representativa la presencia de las mujeres por el 90% del total de la muestra a diferencia del 10% representado por los hombres.

MUJERES

MADRE. Respecto al perfil de las mujeres Cuidadores Primarias entrevistadas, se encontró que el 63% del 90% de ellas, se trata de la madre del paciente quien ejerce tal función, su edad oscila desde los 48 hasta los 79 años de edad representando una media de 63 años, la mayoría son casadas; en cuanto a su ocupación se observó que generalmente se dedican a las labores del hogar, ya sea por sus edad avanzada y/o por que cuentan con pareja y/o hijos que apoyan con los gastos de la casa; en los casos en que sí desempeñan alguna actividad

remunerativa, se debe generalmente a que son las únicas proveedoras económicas debido a que viven únicamente con su paciente y se encontró que desempeñan solo dos tipos de actividades: trabajo domésticos en casas ajenas y de comerciantes, por lo que se cree que este tipo de ocupaciones podrían estar relacionadas directamente con la escolaridad con la que cuentan las proveedoras, que es la de educación básica.

SALUD

Con relación al estado de salud de las mujeres según se constató, ninguna está exenta de algún padecimiento sobresaliendo considerablemente la hipertensión arterial, la obesidad, enfermedades respiratorias y gastrointestinales, estas últimas solo presentes según la época del año, ó por el lugar en que viven. Asimismo los padecimientos crónicos también están presentes, que aunque en menor cantidad no dejan de ser importantes, estas enfermedades son: diabetes, cáncer de mama, cáncer de matriz, y artritis; es conveniente hacer la observación, de que en todos los casos en que la madre es Cuidador Primario y que padece una de estas enfermedades crónicas, cuenta con el apoyo de su familia pues se trata de familias primarias nucleares, sin embargo solo una de ellas cuenta con sistema de seguridad social, y por tanto quienes no tienen este servicio difícilmente llevan el tratamiento y las indicaciones necesarias para el control de su padecimiento; y por si fuera poco, dicen que su mayor preocupación es el futuro de su hijo cuando ya no estén para cuidarlo a causa de que la enfermedad se los impida.

HERMANAS. Respecto al 19% de las Cuidadores Primarios que son hermanas, se encontró lo siguiente: Sus edades oscilan entre los 35 y 56 años, ninguna cuenta con pareja, y aparte de ser Cuidadores Primarios, de los cinco casos, tres de ellas trabajan como: enfermera, comerciante, y bibliotecaria respectivamente, lo que las convierte en el principal proveedor económico de su familia; solo dos de ellas cuentan con licenciatura y las dos que no trabajan argumentan que nunca se

casaron debido a tener que cuidar de su familiar. Su estado de salud es regular, únicamente dos de ellas refieren estar sanas, en los demás casos una padece gastritis, otra diabetes, y la tercera de estas mujeres Cuidadoras Primarios padece depresión severa, la cual se le desarrolló a partir de adquirir la responsabilidad de cuidar a su hermana esquizofrénica, situación que hizo que su marido la dejase y de ello se desencadenara su depresión, situación que también ha afectado su empleo, al tener que dejar la docencia y ser solo encargada de la biblioteca de la misma escuela.¹

HIJAS. Son menos las hijas de los pacientes que son Cuidadores Primarios, correspondiéndole al 11%, su edad oscila entre los 20 años y 32 años, son solteras, con estudios de educación básica, y se desenvuelven en el trabajo doméstico y el comerciante ambulante. Su estado de salud es bueno.

ESPOSAS. El 7% correspondiente a dos casos, la esposa es la Cuidadora. En ambos casos son amas de casa, sin embargo es importante mencionar uno de estos casos ya que se trata de una mujer de 61 años y que pese a ser invidente realiza las mismas funciones que toda ama de casa y Cuidador Primario, se dedica al hogar, a cuidar el tratamiento de su esposo y acompañarlo a sus consultas médicas. Esta mujer lleva aproximadamente diez años de ser su Cuidador Primario.

HOMBRES

Sobre el perfil de los hombres que ejercen la función de ser Cuidador Primario resultó evidente su poca presencia para ejercer tal función.

Pudiera deberse a que el caso de las Cuidadoras Primarios madres por ejemplo, es su mayoría no tienen más responsabilidad que la de encargarse del hogar y de su paciente, mientras que el aporte económico siendo insuficiente, es brindado por el padre y los hijos (en la mayoría de los casos).

La situación de los hombres como se podrá ver es diferente, son cuidadores Primarios, padres de familia y a la vez principales proveedores económicos (pero no

¹ Ver análisis de familias por funcionalidad.

únicos), sin embargo al tratarse de familias primarias nucleares o uniparentales semiextensas, las responsabilidades anteriores recaen en el resto de los integrantes o en alguno en especial, dado que al salir a trabajar día a día la responsabilidad de los alimentos, el aseo, la adherencia terapéutica etc. recaerá seguramente en otro familiar con menos responsabilidades de las anteriores mencionadas, y esto es lo que se obtuvo de los Cuidadores Primarios hombres entrevistados.

PADRES

Solo en dos casos (7%) es el padre del paciente a quien se considera el Cuidador Primario sus edades son de 45 y 52 años respectivamente. Ambos son casados, uno de ellos se dedica al campo (a la siembra específicamente), siendo este empleo su único sostén, a veces trabaja jornadas muy largas que le impiden ejercer su función de Cuidador Primario y recae esta responsabilidad en la madre del paciente, sin embargo a las consultas médicas siempre lo acompaña él, cuando pueden venir dado que por falta de recursos económicos a veces le es imposible así como comprar los medicamentos. El otro caso es distinto, se trata de un Cuidador con profesión de Ingeniero y con buenos ingresos económicos, situación que le permite a la familia vivir cómodamente, y al paciente apegarse sin problema al tratamiento, incluso, tener un psicólogo particular para su mejor recuperación.

HIJOS

Solo en un caso es el hijo del paciente quien ejerce como Cuidador Primario, él tiene 35 años de edad, es soltero, pero mantuvo una relación de unión libre en la que procreó un hijo con el que vive actualmente. Es chofer de taxi y responsable de los gastos del hogar y del tratamiento de su madre. Él dice sentirse ansioso y a veces depresivo, por la situación de su madre y muchas veces más por los problemas económicos que enfrentan, además tiene miedo de que en cualquier momento él pueda comenzar con los síntomas de la enfermedad de su mamá.

6.2.2 DINÁMICA FAMILIAR

(CONSIDERACIONES GENERALES DE LA METODOLOGÍA)

Se ha comprobado con la aplicación de la Escala del Funcionamiento Familiar de Emma Espejel, que difícilmente hay familias funcionales, como se pudo constatar en los resultados cuantitativos.

Asimismo se verificó, que hoy día las familias mexicanas (según ésta experiencia) no pueden en muchos casos identificarse por la etapa del ciclo vital que atraviesan, ya sea en sus fases de: desprendimiento, independencia y/o retiro y muerte, pues debido a la forma en como están integradas (parentesco) y por la edad de los integrantes no se asemejan a las etapas mencionadas. Esto sucedió con las familias entrevistadas.

En cuanto a la clasificación de las familias por su constitución y/o parentesco entre sus integrantes se obtuvieron resultados significativos.

Para evaluar este aspecto de las familias basándose en su tipología, de acuerdo al modelo de las familias mexicanas modernas, la autora determina ocho tipos de familias según su constitución por parentesco entre integrantes.²

Para medir el impacto y las modificaciones en la dinámica familiar del Cuidador Primario a partir de la aparición de la enfermedad en un miembro de su familia, hubo de conocerse en primera instancia en qué consistía su dinámica familiar entendida ésta, según la autora como: *"el conjunto de pautas transaccionales que establecen de qué manera, cuando y con quién se relaciona cada miembro de la familia en un momento dado y de acuerdo al ciclo vital por el que está atravesando dicha familia"*.³

² Ver capítulo III sub.3.3

³ Espejel. Op cit.

Por lo tanto se entiende, que la familia es un sistema dinámico donde el bienestar de uno de los miembros, repercute en el bienestar del otro y donde a la vez la familia se comporta como si fuera una unidad, pero no estática pues está siempre en proceso de cambio debido a la etapa del ciclo vital que atraviese.

Por ello la familia se ha definido como: *"Un sistema que opera a través de pautas transaccionales que se repiten, dando lugar a patrones que permiten ver el funcionamiento interno en función del medio en que se desenvuelven".*⁴

Para evaluar una familia deben tomarse en cuenta una serie de elementos importantes que diferenciaran una de otra es decir, por el tipo de familia, por el parentesco entre integrantes, por la zona o región donde se ubiquen, por su nivel socioeconómico, y por la etapa del ciclo vital que esté atravesando, sin dejar de lado aquellos aspectos relevantes y que definen cada caso.

6.2.3 ANÁLISIS DE LAS FAMILIAS POR SU NIVEL DE FUNCIONALIDAD

En cuanto al tipo de familia por el parentesco entre integrantes se obtuvo que de los nueve modelos de familia que muestra la autora, predominaron solo cuatro, lo que significa que el 40% de la muestra resultaron ser familias *Primarias Nucleares* constituidas por padre, madre e hijos de ambos, sin que haya uniones previas con hijos; el segundo lugar de incidencia con el 36.7% fue para las familias del tipo *Uniparental Nucleares*, se trata de familias conformadas solo por uno de los dos padres, con uno o más hijos; las familias *Primarias Extensas* también estuvieron presentes con muy poca incidencia en el 10% de los casos, su característica es que son familias nucleares que viven 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

⁴ Espejel Opcit.

conyugal; de igual modo con poca incidencia del 10% fueron las familias *Uniparental Extensas*, estas son familias integradas solo por madre o solo por padre con uno o más hijos que viven con su familia de origen.

Tabla No. 13

TIPO DE FAMILIA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
FAMILIA PRIMARIA NUCLEAR	12	40%
FAMILIA UNIPARENTAL NUCLEAR	11	36%
FAMILIA PRIMARIA EXTENSA	3	10%
FAMILIA UNIPARENTAL EXTENSA	3	10%
NO APLICA	1	3%
TOTAL	30	100%

El siguiente apartado, pretende mostrar las características particulares de cada tipo de familia como parte del análisis de la dinámica familiar.

6.2.3.1 FAMILIAS PRIMARIAS NUCLEARES

El 40% que representan las familias Primarias Nucleares entrevistadas, son familias constituidas en su mayoría por menos de 5 integrantes, es decir padre, madre y no más de tres hijos, sin embargo hay casos en que se trata de familias de hasta 10 integrantes, específicamente estas tres familias son rurales de los estados de Veracruz, Guerrero, y una familia más en el Estado de México.

Respecto a la etapa del ciclo vital de dichas familias se encontró, que en su mayoría atraviesan la etapa de desprendimiento correspondiente al 58%, es decir son familias en donde los hijos están en etapa de *adolescencia* o juventud, han de tomar su propio camino en cuanto a la conformación de su propia familia; asimismo las familias en *etapa de retiro y muerte* 25% también presentes con menos incidencia, son aquellas en donde los hijos del matrimonio ya son adultos han formado su propia familia y el matrimonio de origen (padres) se encuentra de nuevo solo para reencontrarse. Se encontró dos familias en *etapa de adolescencia* en el

17% que como su nombre lo indica, son familias en donde los hijos están en etapa de adolescencia y aun dependen de sus padres.

Es importante mencionar que las etapas de ciclo vital de desprendimiento y adolescencia están presentes ambas en algunas familias, pues se trata de familias con hijos de hasta 50 años solteros y que aun viven con sus padres quienes rebasan los 60 años de edad.

Como parte de las actividades de recreación o tiempo libre que comparten entre los integrantes los fines de semana son las de practicar algún deporte y visitar a familiares básicamente, pero en la mayoría de los casos no comparten actividades recreativas, salvo los quehaceres del hogar.

En cuanto a la presencia de vicios como alcoholismo, tabaquismo o drogadicción, el que presentó más incidencia fue el caso de la ingesta de bebidas alcohólicas, aclarando que no se advirtió presencia de adicción al mismo, y se observó que en los mismos casos que mencionaron el gusto por el alcohol fue similar el del tabaco, aunque con menos incidencia. Mientras que la ingesta de algún tipo de estupefaciente fue negado por todos en la entrevista.

Asimismo, algunos mencionaron la presencia de algún tipo de violencia, ya sea verbal o emocional, casos que coincidieron con aquellos que tienen gusto por el alcohol, lo que podría ser un efecto colateral del mismo; mientras que la violencia de tipo física fue negada por todos.

En esencia hay dos familias que no rebasan los seis integrantes, se identifican por ser conflictivas, la violencia es ejercida entre hermanos en ambos casos, y solo en un caso también es ejercida por los padres, misma familia en que tanto padres e hijos consumen alcohol, lo que podría indicar un problema grave de alcoholismo y violencia en el seno familiar.

Para finalizar este análisis de las Familias Primarias Nucleares, hablaremos de lo encontrado en cuanto a la funcionalidad o disfuncionalidad en la dinámica familiar interna.

El objetivo primordial de la Escala del Funcionamiento Familiar de Emma Espejel es evaluar a la familia entrevistada en cuanto a su funcionalidad según las nueve áreas mencionadas.

6.2.3.1.2 ANÁLISIS DE LAS FAMILIAS PRIMARIAS NUCLEARES POR SU NIVEL DE FUNCIONALIDAD

En cuanto a las doce familias que resultaron ser de tipo Primario Nuclear se obtuvo que el 50% de ellas son medianamente funcionales, el 33.3% es funcional mientras que solo el 16.3% resultó poco funcional, la distribución se puede ver en la tabla.

Tabla No. 14

FAMILIAS PRIMARIAS NUCLEARES		
NIVEL DE FUNCIONALIDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
MEDIANAMENTE FUNCIONALES	6	50%
FUNCIONALES	4	33%
POCO FUNCIONALES	2	17%
TOTAL	12	100%

FAMILIAS FUNCIONALES

Las familias de tipo funcional en la mayoría de las áreas resultaron ser funcionales aunque el área de comunicación resultó afectada; refieren que esto se debe a que no cuentan con el tiempo suficiente para platicar debido a las respectivas obligaciones de los integrantes, y consideran que esto no causa conflicto alguno, pues existe una buena relación entre todos. La mayoría de estas familias están en etapa de desprendimiento salvo una que atraviesa la etapa de adolescencia según el ciclo vital de la familia.

Aunque estas familias al momento de la entrevista mencionaron darle más importancia a cuestiones relacionadas con la economía familiar los pacientes no sienten problema alguno con esto, pues saben que todas las acciones ejercidas por sus padres y hermanos son para bienestar de todos. En el resto de las áreas no presentan ningún problema.

FAMILIAS MEDIANAMENTE FUNCIONALES

En cuanto a las familias *Medianamente funcionales*, dentro de sus características resalta la poca convivencia de padres a hijos o viceversa, esto se refleja en la falta de comunicación entre los miembros, en la mayoría de los casos es debido a que le dan prioridad al aspecto económico para su subsistencia, situación que absorbe la mayor parte de su tiempo imposibilitando poder compartir un pasatiempo juntos, o más específicamente los padres no ejercen su rol como educadores y socializadores. Hay presencia de alteraciones (como los casos que se mostrarán a continuación), al haber conflictos que no se resuelven debido a la rigidez de los patrones de interacción; la falta de comunicación y demostraciones de afectos se ha traducido en violencia de tipo verbal constante, situación que empeora cuando es frecuente en alguno de los miembros la ingesta de bebidas alcohólicas.

De manera general y quizá como dato sobresaliente en este análisis de dinámica familiar, en el área de apoyo se notó funcionalidad al referir que se consideran unidos ante situaciones difíciles y que necesitan apoyo de los demás integrantes. Áreas como límites y jerarquías, resultaron ser funcionales, debido a la presencia de reglas establecidas en cuanto a horarios y obligaciones.

Caso 1

El caso que a continuación se presenta es importante al reflejar cómo un ambiente familiar hostil con altos niveles de *emoción expresada*, hace más difícil la rehabilitación del paciente. Este caso concierne a una familia primaria nuclear que

vive en el estado de Guerrero se integra por diez miembros, el padre tiene 52 años de edad y la madre 38 años, los ocho hijos de este matrimonio varían en edades, desde los ocho años hasta los 23 años el mayor.

Según las nueve áreas que evalúa la Escala del Funcionamiento Familiar, la mayoría presentan problemas; el área de territorio que hace referencia al espacio que ocupa cada miembro es un problema, debido a que seguido hay enfrentamiento entre hermanos por el poco espacio con el que cuentan en la casa y que es prestada. Consta de solo dos cuartos (un dormitorio y una cocina) por lo que hay índice de hacinamiento de 2/10, sin baño y sin agua potable, y sin más mobiliario que un par de camas, un televisor pequeño y una estufa.

No hay modos de control de conducta, debido a que las discusiones son frecuentes entre los padres lo que desborda el enojo de los hijos y provoca que también discutan; en cuanto a jerarquía esta es excesiva por parte del padre hacia la esposa y hacia los hijos, por lo que se dificulta la muestra de afectos, área que también es disfuncional pues entre la incomodidad de los hijos por el espacio, la falta de servicios, la dificultad para subsistir, las discusiones frecuentes etc., no hay tiempo para trabajar en esta área, por lo que evidentemente en el área de comunicación pasa lo mismo, pues el intercambio de información solo es para reclamos, para manifestar preocupaciones por su situación y difícilmente el resto de la familia enfoca su atención en el estado de salud y recuperación del paciente, así como en los hijos más pequeños.

El área de alianzas demuestra un poco de funcionalidad. Debido a que las edades de los hijos son muy dispersas: 23, 20, 18, 17, 16,15,9 y 8 años de edad, y por causa de la poca atención de los padres, entre hermanos han formado alianzas para comunicarse, distraerse y jugar en el caso de los más pequeños, por ejemplo: los hermanos mayores se llevan mejor entre ellos, al igual que los más pequeños entre sí, pero hay riñas entre los adolescentes de 16 y 15 años y los mayores de 23 y 18 años, y los hermanos jóvenes consideran difícil lidiar y controlar a los más

pequeños; esta situación refleja que en el área de límites, la cual hace referencia a las reglas establecidas en casa, los ubique como disfuncionales.

La precariedad de las condiciones de vida de esta familia, lo extensa en cuanto al número de integrantes, el que haya un solo proveedor económico que es el padre y se emplee en un trabajo poco retributivo de jornalero y la responsabilidad de tener un paciente con esquizofrenia que aunque ya de 20 años, y totalmente funcional no deja de ser un preocupación más para esta familia que vive al día y a veces está en la encrucijada de comer o comprar medicamentos para la recuperación del paciente.

FAMILIAS POCO FUNCIONALES

Se trata de dos familias con graves problemas en el área de comunicación y afectos.

Caso 2

En la primera de estas familias, se detectó que no hay presencia de psicopatologías graves, la disfuncionalidad en diversas áreas se debe al carácter imperativo del padre situación que refleja funcionalidad en el área de autoridad al ser ésta ejercida por el subsistema parental pese a que no es compartida por ambos padres. Es importante mencionar que la familia comentó haber mejorado su dinámica interna a partir de la aparición de la enfermedad en el padre, ya que su carácter mejoró, situación que se refleja en el trato y en los apoyos como parte del tratamiento del paciente.

Caso 3

Este caso es grave, debido a la violencia verbal ejercida por el único hijo de la pareja (el paciente).

Este matrimonio cuenta con un tiempo de unión de 60 años, está integrada por tres personas ambos padres de 74 años y su hijo de 45 años de edad, soltero y tiene 17

años padeciendo de esquizofrenia, es una persona muy agresiva e intolerable, no quiere hacer nada, solo se la pasa durmiendo, fumando y viendo la televisión, no quiere que nadie le diga nada y mucho menos que se acerquen. Respecto a la adherencia terapéutica no la lleva a cabo pues no ingiere los medicamentos, argumentando que lo quieren envenenar (idea paranoide), además de que no le gusta asistir a consulta; por lo que la madre (Cuidador Primario) señaló que ella y su esposo se encuentran cansados y desesperados debido a que no ven mejorar a su hijo.

Como se puede constatar es una familia que se encuentra en la etapa del ciclo vital de retiro y muerte por la edad de los padres. La presencia de psicopatologías es evidente, los padres han llegado a una situación en que ya no pueden más por la actitud de su hijo, además de la violencia de tipo verbal, y emocional a la que son sometidos día a día. No hay modos de control de conducta ni límites, pues no hay presencia de patrones para controlar impulsos y todas aquellas manifestaciones de violencia y presencia de vicios, como los padres argumentan: no han logrado que el paciente se apegue al tratamiento; y que decir en las demás áreas de roles, jerarquía, afectos y comunicación de las cuales no hay presencia.

6.2.3.2 FAMILIAS UNIPARENTAL NUCLEARES

Las familias de tipo uniparental nuclear representadas por un 37%, (11 casos), en general fueron familias pequeñas de dos, tres, cinco, y siete integrantes.

Estas familias tienen solo uno de los dos padres, sin importar que sea viudo, divorciado, o nunca se casó y hay uno o más hijos.

En su mayoría se conforman por madre e hijos, pues solo en dos casos se trata de padre e hijos.

Predominan quienes residen de estados del interior de la República como Estado de México, Hidalgo, Michoacán, y muy pocos del Distrito Federal.

Algunas de estas familias se encuentran en la etapa de retiro y muerte en el 73% según el ciclo vital de la familia, y solo el 27% en etapa de desprendimiento. Situación opuesta a las familias primarias nucleares, en donde predominó la etapa de desprendimiento y con menos incidencia la de retiro, muerte y adolescencia.

Respecto a las familias uniparentales nucleares en etapa de retiro y muerte, aunque la clasificación se aplique por la edad de los integrantes en este caso el padre o la madre, no procede del todo debido a que los hijos aun viven en casa y son solteros. Generalmente los proveedores económicos son los Cuidadores Primarios.

Solo dos familias están integradas por padre e hijos. Los padres son personas adultas mayores de 75 y 76 años. Son familias de tres y cinco integrantes las edades de los hijos varían entre los 26 años y los 47 años de edad. Están en la etapa de ciclo vital de retiro y muerte y sucede la misma situación antes mencionada.

Las familias que están en etapa de ciclo vital de desprendimiento por la edad de los hijos y en etapa de juventud se adecuan con la etapa en que se clasificó.

Respecto a la religión que profesan predominan la religión católica; en su mayoría no comparten actividades familiares, salvo cuando hacen los quehaceres del hogar y cuando hacen visitas familiares.

En cuanto a la presencia de vicios como la ingesta de alcohol, tabaco o fármacos, solo en tres casos les gusta de vez en cuando tomar alguna copa y fumarse un cigarrillo. Con relación a fármacos a excepción de un caso particular que se mencionará en el análisis de las familias por su funcionalidad, suele tomar a diario aspirinas, de vez en cuando fumar marihuana, fumar tabaco en demasía, y beber algunas cervezas, mezclando todo esto con su tratamiento, dado que es paciente del INNN, por diagnóstico de esquizofrenia.

La presencia de algún tipo de violencia refleja una gran incidencia en la de tipo verbal, que en solo tres casos refiere repercutir emocionalmente en su familia de los cinco que afirmaron padecerla. La violencia de tipo verbal es ejercida en general entre hermanas.

Caso 4

Un caso se considera relevante, pues esta violencia ha llevado a ejercer violencia física entre las mismas, las causas se deben al mal carácter de una de las hijas de esta familia, que se argumenta se debe a su "padecer de los nervios" sin embargo, la familia refiere que presenta una serie de sintomatologías que muy seguramente desencadenaran en esquizofrenia, misma enfermedad que padece uno de sus hermanos mayores. En los demás casos que padecen este tipo de violencia entre hermanos, es generada por diferencias sin importancia que pronto se solucionan.

Caso 5

Otro caso importante de mencionar es el de una familia que consta de tres integrantes, el padre una persona adulta mayor de 76 años de edad inválido, situación que lo irrita en demasía y hace desquitar ese enojo y frustración en su hijo de 26 años quien es el paciente, aventándole cualquier objeto para lastimarlo y herirlo emocionalmente♦.

6.2.3.2.1 ANÁLISIS DE LAS FAMILIAS UNIPARENTAL NUCLEARES POR SU NIVEL DE FUNCIONALIDAD

En cuanto al análisis de estas familias por la funcionalidad que reflejan en su dinámica familiar se obtuvo que predominaron en el 55% las familias medianamente funcionales, asimismo tuvieron incidencia en el 33.3% las familias poco funcionales y solo el 9% resultó ser funcional, es decir, un caso.

♦ Ver caso 6 de análisis de familias uniparental nucleares por su nivel de funcionalidad

Tabla No.15

FAMILIAS UNIPARENTAL NUCLEARES		
NIVEL DE FUNCIONALIDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
MEDIANAMENTE FUNCIONAL	6	55%
POCO FUNCIONAL	4	36%
FUNCIONALES	1	9%
TOTAL	11	100%

FAMILIAS MEDIANAMENTE FUNCIONALES

Las características de las familias en este rubro no varían mucho de las Primarias Nucleares, ya que en las áreas de comunicación, afectos, y límites, en particular muestran disfuncionalidad como se verá a continuación.

La mayoría están constituidas por tres miembros mamá o papá e hijo (s). Las familias uniparental nucleares se caracterizaron por problemas de comunicación, pues como sucede en la mayoría de estas familias forzosamente uno de ellos tiene que salir a trabajar para solventar los gastos del hogar, y por supuesto del tratamiento médico, restando tiempo para la convivencia y/o la recreación familiar. La mayoría niega la existencia de discusiones y agresiones, por lo que consideran llevar una buena relación.

En cuanto a límites y jerarquías, como son familias pequeñas de no más de cinco integrantes (en casos excepcionales de siete) en donde todos son adultos, no hay necesidad de establecer límites ni jerarquías que reflejen la autoridad de unos sobre otros, los roles están bien establecidos pues si solo uno de la familia trabaja, el otro se encarga de las labores domésticas. La muestra de afectos en algunos casos es evidente mismos que refieren compartir actividades de recreación y convivencia juntos (solo una familia), por los demás consideran no necesaria esta área ya que aunque no lo expresen sienten afecto y el cariño por parte de los demás. Básicamente en tres de estas familias no hay presencia de psicopatologías.

Caso 6

Solo en un caso hay conflictos que no se resuelven por la rigidez del padre de familia.

La rigidez traducida en jerarquía, es ejercida por el padre de familia, dicen los hijos deberse a su condición de invalidez, y a su edad avanzada. No se considera alguna área en la que esta familia pudiera acercarse a lo funcional, en cuanto a la relación de ambos hermanos con su padre no hay demostraciones de afecto, no existe ningún tipo de comunicación en el que haya un intercambio de mensajes verbales constructivos y de retroalimentación, esta falta de comunicación y la frecuente irritabilidad del padre desemboca en la generación de violencia verbal, física y emocional, misma razón que dificulta y hace imposible la muestra de algún tipo de afecto, ó por lo menos el compartir una actividad juntos. El principal agredido es el paciente, situación que no contribuye a la rehabilitación y apego de su tratamiento.

En áreas como límites, territorio y modos de control de conducta son áreas que no son determinantes en ésta familia debido a las edades de los integrantes, al tipo de familia y ocupación; pues ambos hermanos son responsables de la economía y sostén del hogar.

FAMILIAS POCO FUNCIONALES

Estas familias de tipo poco funcional su conformación es en general de entre 2 y 3 integrantes salvo una que constan de 7 miembros. En general estas familias están en etapa de ciclo vital de desprendimiento y la más grande en etapa de retiro y muerte. Las familias pequeñas de dos y tres integrantes, la disfuncionalidad en la mayoría de las áreas es debido a que sienten una gran responsabilidad sobre ellas al ejercer varios papeles a la vez, como: ser el Cuidador Primario, proveedor económico, madre, hija, y/o su única compañera. La familia que constan de 7 integrantes no está lejos de esta situación, pues pese a que la madre convive diariamente con sus 6 hijos, ninguno de ellos aporta económicamente a los gastos

de la casa, pese a que tres de ellos cuentan con un empleo, ella refiere, que es solo por su hijo enfermo que soporta esta situación pues de no ser así, lo dejaría todo.

De manera general, la precaria situación económica de estas familias, así como el disgusto y rechazo de los hermanos por el paciente son situaciones que agravan la dinámica familiar, traduciéndose en constantes conflictos que dificultan la demostración de afectos.

Quizá en cuanto a los roles haya discrepancia pues estando dentro de la población económicamente activa la mayoría de los miembros no aporta a la economía del hogar, situación que provoca severas tensiones y riñas familiares. La falta de contar con seguridad social, la presencia de enfermedades como depresión, artritis, gastritis, y la angustia del Cuidador Primario por no poder comprar los medicamentos siempre que se requieren para el tratamiento del paciente esquizofrénico hacen más difícil la convivencia diaria. En las áreas de territorio, jerarquías, límites, alianzas, y modos de control de conducta, debido a la edad de los integrantes no son medibles.

FAMILIAS FUNCIONALES

Caso 7

La única familia que resultó ser funcional, es una familia de la que se duda de la autenticidad de sus respuestas, pues pese a que resultaron ser funcionales, al momento de la entrevista y por las características particulares de los miembros, no se cree tal resultado, debido a la presencia de graves psicopatologías.

La familia se integra por siete miembros el paciente, sus hermanas, sobrinos y su madre, una de las hermanas es casada, sin embargo, su situación es difícil de definir, debido a que está separada de su esposo, y toda la familia de ella vive

en la casa de él, que resulta ser el único proveedor económico del hogar y del tratamiento del paciente.

La problemática familiar principal es el consumo de alcohol, fármacos, tabaco y droga del paciente, éstas prácticas por parte del paciente generan violencia de tipo verbal y emocional, situación que incita a los demás miembros de la familia, a ejercer la misma violencia unos sobre otros.

Pese a la problemática expresada por la familia, la disfuncionalidad no es grave. En el área de modos de control de conducta, jerarquía son medianamente funcionales. Debido a que si bien la familia está conciente de los problemas del paciente, 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. Por otro lado, en cuanto a afectos 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. Es importante mencionar que en el área de límites entendida como conducta disruptiva en lo que se evalúa el manejo de conductas no aceptadas socialmente como adicciones, resultaron funcionales, razón por la cual en un inicio se menciona la duda sobre la autenticidad de sus respuestas.

Aun con todo lo anterior, y con la evidencia de las psicopatologías en esta familia, según la escala del funcionamiento familiar sobre las nueve áreas que estudia, la familia es funcional; sin embargo, en la entrevista se evidenciaron situaciones que hacen dudar acerca del concepto "funcionalidad" expresado por Emma Espejel.

6.2.3.3 FAMILIAS PRIMARIAS EXTENSAS

La muestra resultante de este tipo de familias representada por el 10%, incluye sólo a tres familias. Se caracterizan por ser familias nucleares que viven con la familia de origen de uno de los cónyuges y que nunca salió del seno familiar después de haber formado su unión conyugal. Están conformadas por seis y cuatro integrantes

y practican la religión católica. En cuanto al ciclo vital de la familia, dos están en etapa de desprendimiento y la otra en etapa de retiro y muerte.

Caso 8

En uno de los tres casos la escala del funcionamiento familiar no se aplicó pues el paciente se negó, al argumentar que cuenta con dos familias y no podría referirse a una en particular aunque pase más tiempo con una que con la otra, sin embargo es responsable de subsidiar económicamente a ambas. El considera que el problema principal en su dinámica familiar se debe al escaso tiempo que dedica a ambas familias y al tener que organizar su tiempo para atender a ambas.

6.2.3.3.1 ANÁLISIS DE LAS FAMILIAS PRIMARIAS EXTENSAS POR SU NIVEL DE FUNCIONALIDAD

FAMILIAS POCO FUNCIONAL

Dentro de la escala del Funcionamiento Familiar, una resultó ser poco funcional y otra medianamente funcional, sin embargo comparten en general las mismas características. En cuanto al área de comunicación, ésta no es muy evidente debido al parentesco y edades entre los integrantes.

Caso 9

En este caso la falta de comunicación se refleja en la carencia de muestras de afectos al ignorarse unos a otros (las sobrinas y sus esposos ignoran a las tías, éstas hermanas de la Cuidador Primario y paciente) puede considerarse que solo en el área de alianzas hay una evidente funcionalidad de los integrantes aunque solo sea entre las parejas conformadas maritalmente; por las demás áreas, es evidente la

poca funcionalidad de la familia y la nula presencia de alguna de ellas. Aunque de manera general no se detectó la presencia de psicopatologías graves entre ellos como algún tipo de violencia.

FAMILIAS MEDIANAMENTE FUNCIONALES

Caso 10

La segunda familia resultó ser medianamente funcional, esto se debe según la escala del Funcionamiento Familiar, a la poca convivencia entre ellos, ya que al ser una familia pequeña de cuatro integrantes en etapa de retiro y muerte por ser todos adultos, sus actividades de manutención de los proveedores económicos (paciente y sobrina del paciente), más el padecimiento de esquizofrenia en ambos hermanos, (de los cuales sólo uno está en tratamiento y es totalmente funcional, a excepción de su hermana, madre de la segunda proveedora económica que no ha tenido tratamiento y a veces esta fuera de control) y por la edad avanzada de la madre de familia, son aspectos importantes de ésta familia que han limitado la funcionalidad en la mayoría de las áreas; sin embargo no hay presencia de psicopatologías que los ubiquen en la disfuncionalidad.

6.2.3.4 FAMILIAS UNIPARENTAL EXTENSAS

Estas familias que conforman el 10%, es decir tres casos, se integran por una pareja donde uno o ambos de los cónyuges tuvo una unión previa con hijos vive con la familia de origen de él o de ella. Por la diversidad de la conformación y edades de los integrantes, el ciclo vital que atraviesan es el de desprendimiento, retiro y muerte y de una familia no se obtuvo información.

Dentro de sus características, se encontró que no hay convivencia entre los integrantes, pero tampoco presencia de vicios ó algún tipo de violencia.

En cuanto a su funcionalidad las tres son de tipo poco funcional, sobresaliendo que el área de comunicación es la más afectada, pues al no tener esta área presencia, no hay posibilidad de funcionalidad en las demás áreas, sin embargo no se consideran familias con pautas de conductas establecidas al no ser necesario marcar límites y/o jerarquías esto podría deberse al parentesco entre los integrantes.

6.2.4 MODIFICACIONES E IMPACTO SOCIAL EN LA VIDA COTIDIANA DEL CUIDADOR PRIMARIO

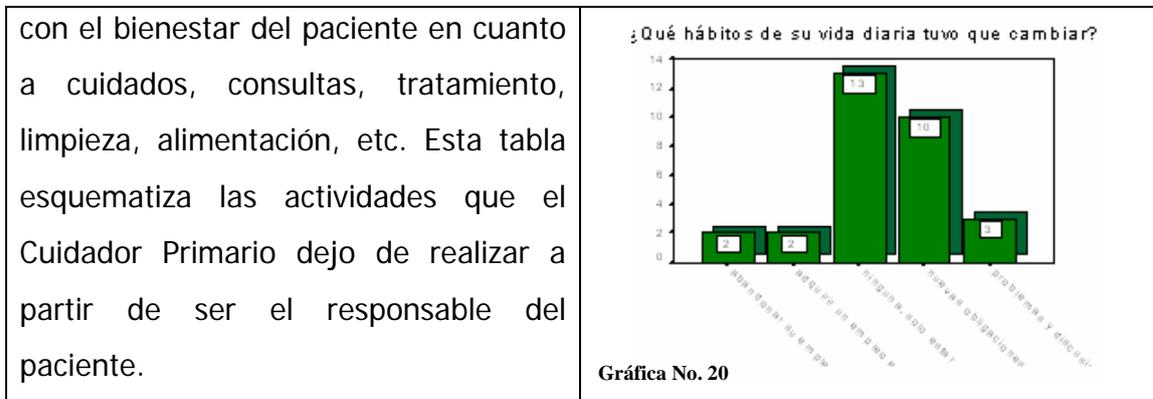
El siguiente apartado que nos ocupa tiene que ver con el impacto y los cambios o modificaciones que hubo de hacer en su vida cotidiana el Cuidador Primario a partir de asumir esta responsabilidad, así como, el presentar el grado de carga que el Cuidador Primario pudiera sentir con su familiar esquizofrénico.

Para obtener esta información previamente a las entrevistas, se elaboró un pequeño cuestionario de preguntas abiertas que contestasen directamente las interrogantes del planteamiento del problema y que tienen que ver específicamente con las modificaciones en su vida cotidiana.

En ésta investigación se comprobó que el Cuidador Primario establece una relación más próxima con el paciente que con el resto de los miembros de la familia, esto se debe a que en el 100% de los casos el Cuidador Primario es un familiar próximo del paciente como sucede con el 57% que es su madre.

El ser Cuidador Primario implica una serie de ajustes en la vida cotidiana del mismo y por ende del resto de la familia; a partir de la investigación teórica se sabe, que en la mayoría de los casos ésta responsabilidad frecuentemente provocan estrés, debido a la serie de responsabilidades que ha adquirido, y que él tiempo no le es

suficiente para cumplir plenamente con sus otras obligaciones como el trabajo, a veces conseguir un empleo extra, ser madre o padre de familia, novia, o novio, hija o hijo, estudiante, etc. Actividades que debe dejar de practicar o poder equilibrar



RESPONSABILIDADES CON EL PACIENTE

En cuanto a las responsabilidades del Cuidador Primario para con el paciente en la mayoría de los casos estas tienen que ver con *aspectos médicos* como: acompañarlo a sus consultas médicas en el INNN, vigilar que tome sus medicamentos, comprarle sus medicamentos, en algunos casos llevarlos a grupos de apoyo; con *aspectos de **manutención***: lavarle, plancharle, alimentarlo y vestirlo), y *morales*: éste aspecto los entrevistados lo relacionaron con estar siempre pendiente del paciente, en cuanto a su comportamiento, su apego al tratamiento, apoyarlo en recaídas y vigilar su conducta (ya que hay casos en que el paciente se niega a tomar sus medicamentos, ó no puede apegarse al tratamiento correctamente al carecer de dinero para comprar los medicamentos). La tabla especifica las responsabilidades.

Tabla No. 16

RESPONSABILIDADES	PORCENTAJE
ALIMENTACIÓN, ASEO, MÉDICO-ECONÓMICAS, MORAL-EMOCIONALES	40%
MÉDICO-ECONÓMICAS	27%
MEDICAMENTOS, ECONÓMICAS (APOYO MORAL)	20%
NINGUNA RESPONSABILIDAD	10%
ALIMENTACIÓN, ASEO	3%

Estas responsabilidades varían según la ocupación del paciente; es más común brindarlas en el 37% de los pacientes que no desarrollan ninguna actividad, ya sea por dedicarse al hogar como el caso en que las madres son las pacientes, que son desempleados, o que nunca han trabajado por su padecimiento; ó en el 20% que es estudiante; a diferencia del restante 43% que tienen un empleo y apoya con los gastos de la casa y de su tratamiento mientras que el 47% tanto el paciente como el Cuidador Primario no aportan a la economía familiar.

Pese a ello, es importante mencionar que casi el 100% de los casos los pacientes son funcionales, es decir, su comportamiento es socialmente normal salvo por los efectos secundarios que los medicamentos pudiesen causar en su comportamiento como: la somnolencia, lentitud en sus movimientos, atrofia para hablar, algunos han referido sentirse eufóricos si dejan de tomar sus medicamentos, o no pueden salir a la calle sin tomarlos pues presentan delirios de persecución; en casos contrarios han desarrollado depresión, temblor en las manos, ó movimientos involuntarios en los ojos; en cuanto a los cambios físicos estos han sido: aumento de peso, y resequedad en la piel.

Es importante mencionar tres casos que han implicado una gran responsabilidad en sus Cuidadores Primarios dado a la situación del paciente.

1er . CASO

El primero de ellos se trata de un paciente que a raíz del tratamiento para el control de la esquizofrenia desarrollo *Diskinesia* que consiste en rigidez y movimientos involuntarios en todo su cuerpo retorcer la boca, por lo que no puede ejercer su carrera de técnico en alimentos, no puede sujetar nada con sus manos, esta situación deprime al paciente y a su familia pues es inevitable que al salir a la calle no lo miren y lo desairen.

2º . CASO

En el segundo caso, la Cuidador Primario (hermana) está desesperada pues considera que a causa de la enfermedad lo ha perdido todo.

Su empleo lo perdió al desarrollar depresión, por ello fue degradada de nivel profesional, de profesora de secundaria a encargada de la biblioteca de la misma escuela, debido a que ya no podía lidiar con el comportamiento de los alumnos. Su esposo la abandonó al no soportar el comportamiento de su cuñada, y miedo a que su esposa desarrollara con el tiempo la misma enfermedad. La familia se alejó de ellas por desagrado ante el comportamiento de la paciente. La paciente se niega a tomar los medicamentos, su comportamiento es el de una niña malcriada (refiere la hermana), a veces se desnuda sin razón, no le gusta bañarse y en sus conversaciones no hay coherencia; hoy día la Cuidador Primario busca una Institución donde poder internar a su hermana y retomar su vida personal.

3er . CASO

En este último caso, el paciente de 45 años de edad lleva 17 años con este padecimiento mismo tiempo de ser Cuidador Primario su madre de 74 años de edad. Ambos padres son de la misma edad. Mencionan hacer un gran esfuerzo para comprar los medicamentos pero el paciente no los quiere tomar pues dice que lo quieren envenenar, no los obedece, bebe y fuma y si le comentan sobre el daño que le causa estos vicios los insulta, situación frecuente. Asimismo, el llevarlo a sus consultas médicas al INNN, es casi imposible; ambos padres dicen sentirse cansados, desesperados y decepcionados, pues no ha logrado mejoría en su hijo y les preocupa el día en que ya no lo puedan atender.

En síntesis, es importante mencionar que en estos tres casos la salud del Cuidador Primario es precaria; en el primer caso la madre padece de cáncer de matriz, y es la única proveedora económica.

El segundo caso que se presentó, la Cuidador Primario padece depresión y hay gran probabilidad de que desarrolle esquizofrenia, ya que como se mencionó en el capítulo uno, se ha encontrado un componente genético que indica que la probabilidad de padecer esquizofrenia está correlacionada con la cercanía de la parentela, en este caso su padre y dos hermanos en vida presentaron la misma sintomatología que la paciente, aunque murieron de causas ajenas a la enfermedad.

Y el último caso quizá lo más preocupante sea la edad avanzada de los padres, su falta de recursos económicos y en especial la hipertensión que ambos presentan por lo que su calidad de vida se ve afectada si a esto se le suma la preocupación constante por el futuro de su hijo.

CAMBIO DE HÁBITOS

En este aspecto se puede hacer una conjetura válida, de acuerdo al parentesco entre el Cuidador Primario, que en su mayoría (57%) es su madre, la ocupación del Cuidador Primario (el 63% se dedica al hogar) y el tiempo que el paciente lleva de padecer esquizofrenia, esto está directamente relacionado con el tiempo que tiene de ser Cuidador Primario. En los casos que el Cuidador Primario lleva más de 10 años cuidando de su familiar correspondiente al 33.3%, el grado de sobrecarga emocional no es muy evidente salvo por la precariedad económica que dificulta poder adquirir el medicamento y en algunos casos por el comportamiento del paciente como los casos mencionados en el apartado anterior; a diferencia del 66.7% que llevan menos de diez años cuidando al paciente, y que refieren en su mayoría haber hecho cambios significativos en su vida, relacionados con las ocupaciones, el empleo, la convivencia; traducido esto en más responsabilidades, preocupaciones, discusiones y problemas familiares por el grado de sobrecarga que representa la enfermedad en la familia.

IMPACTO EN EL ÁMBITO FAMILIAR

El impacto en el ámbito familiar se ha relacionado con aquellos aspectos del ámbito doméstico, económico, y las relaciones interpersonales entre los miembros de cada familia como se muestra a continuación. El 43% dijeron haber notado cambios en la relación con sus familiares; estos cambios en el 23.3% están relacionados con su disfuncionalidad en las nueve áreas ya mencionadas que evalúan la funcionalidad en la dinámica familiar; es decir el principal problema en las familias es la falta de comunicación y muestras de afectos, ya que la presencia de dichos elementos es vital para la solución de los diversos problemas que presentan y que tienen que ver con las preocupaciones económicas, no sólo para la manutención de la casa, sino del tratamiento del paciente esquizofrénico y de las enfermedades frecuentes en los demás familiares como la hipertensión arterial, la diabetes, el cáncer y las constantes enfermedades respiratorias. Otras áreas con evidente disfuncionalidad son las de límites y modos de control de conducta, esto se debe a la conformación de cada familia por el parentesco entre integrantes; y es importante mencionar que hubo casos en que la familia se desintegró a raíz de la enfermedad en el familiar. Algunos no pudieron manejar la situación y partieron de casa y en otros casos, el marido abandonó a la esposa con el hijo enfermo. Solo el restante 16.7% de las familias que mencionan haber percibido cambios en sus relaciones familiares, dicen que estas lo han hecho para bien, pues a raíz de la enfermedad, la familia se unió más, tratan de convivir con el paciente y de integrarlo a las actividades cotidianas de la familia para que se sienta como cualquier persona normal, ya que esto ha sido una de las recomendaciones del médico, refieren que sin duda alguna, la adherencia al tratamiento ha sido vital para su reinserción social. Por su parte, el restante 57% considera que las relaciones con la familia no han cambiado en lo absoluto. Ya se veía en el capítulo II en los estudios del funcionamiento familiar y la Esquizofrenia, en donde se decía que los esquizofrénicos son más sensibles a las dificultades y

requieren de un adecuado funcionamiento familiar, sin altos niveles de emoción expresada.

6.2.5 SOBRECARGA DEL CUIDADOR PRIMARIO

El grado de carga que el Cuidador Primario siente al ser el principal responsable de la salud del paciente, fue medido con la Entrevista de sobrecarga del cuidador de Zarit. Este instrumento trata de medir a partir de las emociones y sentimientos del Cuidador el grado de carga subjetiva que como indica el instrumento, mide las actitudes y reacciones emocionales ante la experiencia de cuidar*. Debido a que ha sido un instrumento elaborado para medir estos aspectos en el cuidador de un adulto mayor, en esta investigación sirvió para constatar el apego, apoyo incondicional y preocupación del Cuidador Primario con su paciente sea este hijo, hermano y/o esposo tanto en tiempo presente como en tiempo futuro.

Este instrumento se compone de 22 preguntas que tienen que ver con los cuidados, el comportamiento, con el futuro del paciente y con el impacto en la vida social del Cuidador; cada pregunta tiene las mismas 5 categorías de respuesta que indican la frecuencia que con que el Cuidador Primario experimenta cada cuestionamiento.

No se pretendió realizar un análisis de cada respuesta que los Cuidadores Primarios dieron sobre cada pregunta, lo que se hizo fue seleccionar las preguntas que se relacionaran con el tema de investigación y midieran la carga subjetiva, y la carga objetiva.

Es importante mencionar que los porcentajes que se presentan a continuación son aislados, por tratarse de diferentes categorías, o sea, el 100% siempre corresponde a las 30 familias entrevistadas y se salta a otra categoría diferente, con distinto porcentaje.

* Zarit, Rever y Bach- Peterson, 1980 "Entrevista de Carga del Cuidador"

En cuanto a la **carga subjetiva**, *entendida esta como las actitudes y reacciones emocionales ante la experiencia de cuidar*. Respecto a la dependencia que el paciente les podría hacer sentir sobre el que sea éste su único cuidador, el 33.3% considera que el paciente se conforma con los cuidados que su cuidador le puede brindar sin exigirle más de lo que le puede dar en cuanto a tiempo y cuidados. El 43.3% de los cuidadores sienten que su paciente depende totalmente de su cuidador. El 43.3% constantemente siente miedo o preocupación por el futuro del paciente, esto es evidente si se toma en cuenta que el 57% son mayores de 30 años de edad; sin embargo consideran que podrán cuidarlo mientras tengan vida dice el 43%. Sólo el 50% no ha pensado en la idea de dejar de cuidar de su paciente mientras que el restante 50% a veces ha considerado dejar esta actividad a otra persona.

La carga objetiva, *entendida esta como el grado de perturbaciones o cambios en diversos aspectos del ámbito doméstico y de la vida cotidiana de los cuidadores*. En cuanto a la *vida social* del Cuidador Primario el 56.7% considera que esta no se ha visto afectada, mientras que el 16% dice así sentirlo algunas veces; el 20% refiere sentirse agobiado frecuentemente por tener que compatibilizar el cuidado del paciente con otras responsabilidades como el trabajo ó la familia, sin embargo, el 63.3% no considera que el cuidarlo afecte sus relaciones con el resto de la familia.

Respecto a *la vida personal* del Cuidador Primario, sólo el 30% considera que debido al tiempo que le dedica a los cuidados del paciente no tiene tiempo para sí mismo, mientras que el 23.3% lo ha sentido algunas veces; es importante mencionar que el 46.7% nunca ha sentido haber perdido el control de su vida pero es más significativo el restante 16.7% que dice así sentirlo.

En cuanto a los *sentimientos negativos* que el cuidador pudiera sentir hacia el paciente en general el 70% no le enfada el cuidar de su paciente; pese a ello en algunos casos el 23.3% ha deseado dejar el cuidado de su paciente a alguien más.

6.2.6 ECONOMÍA FAMILIAR

En cuanto a la economía que enfrentan las familias entrevistadas, esta se ha relacionado por el número de integrantes de cada familia, por el número de proveedores económicos y el costo del tratamiento del paciente esquizofrénico, así como el costo total del tratamiento, y se consideraron los casos de las familias en que hay presencia de otro tipo de enfermedad que necesite tratamiento y vigilancia médica en uno o más miembros.

De este modo, se tiene que el 47% del total de las familias que están integradas por 4,5 ó 6 miembros se caracterizan por ser familias en donde por lo general hay uno o dos proveedores económicos, de los cuales el 43% tiene un ingreso mensual entre los \$ 3000.00 y los \$ 4000.00, un 14% gana entre \$5000.00 y \$ 6.800.00 al mes mientras que otro 14% gana más de \$12.000.00 al mes; mientras que de un 29% no se obtuvieron sus ingresos mensuales debido a que en algunos casos reciben ayuda de sus hijos que ya no viven con ellos; en otros casos, los demás proveedores económicos no aportan siempre la misma cantidad al gasto familiar, o como en los restantes dos casos, que son familias que radican en Hidalgo y se dedican al campo empleándose como jornaleros, ganaderos o peones, y no tienen ingresos fijos. Referente a la distribución de los gastos, estas familias tienen que distribuirlos entre los costos del hogar y los gastos médicos, estos son muy variantes el 43% gasta entre \$ 150.00 y \$ 600.00 al mes, de estos solo un caso invierte hasta \$ 800.00 debido a que ambos padres del paciente son diabéticos. El restante 50% invierte más de \$ 1000.00. Específicamente en tres casos invierten hasta \$4000.00 pues el paciente acude a un psicólogo particular, este costo lo pueden pagar debido a que los proveedores económicos son profesionistas y no presentan déficit en su economía. Por los demás casos en el 64% sus ingresos mensuales no les son

suficientes para cubrir todos sus gastos debido al déficit que resulta, si a esto se le suma el 14% que tiene que cubrir renta de vivienda, más el 21.4% que viven en casa prestada y que en general pese a que no son familias muy grandes hay índice de hacinamiento considerable. Por estas razones se comprueba que estas familias enfrentan una economía de supervivencia.

Por su parte el 43.3% que corresponde a las familias que se componen por 1, 2 ó 3 integrantes son familias que cuentan en su mayoría (69%) con un solo proveedor económico; los ingresos mensuales promedio son del 31% de entre \$1,500.00 y \$2,500.00, el 23% gana entre \$ 3,500.00 y \$ 5000.00; mientras que solo 15% gana más de \$8000.00 mensuales. Del restante 31% no se obtuvieron sus ingresos mensuales debido a las siguientes razones: en un caso la única proveedora económica que se emplea como enfermera, no quiso dar referencia sobre sus ingresos ni cuanto aportaba a la economía familiar, pero refiere que viven cómodamente. En el siguiente caso es por que la familia integrada solo por 3 miembros padres e hijo, son subsistidos económicamente por sus hijos que les mandan dinero de los Estados Unidos; otra familia no percibe ingresos fijos pues trabajan en el campo, y tienen parientes que les mandan dinero de los Estados Unidos, y el último caso, se trata de una familia de dos miembros madre e hijo que viven de la pensión del esposo finado, de una herencia y de las beneficios del *"Programa de apoyo alimentario, atención médica y servicios gratuitos para adultos mayores de 70 años del DF"*. En cuanto los costos médicos, se obtuvo que el 46% invierte entre \$ 350.00 y \$ 900.00 mensuales solo en el costo del tratamiento del paciente esquizofrénico, pues no hay presencia de otro tipo de enfermedades en estas familias. El 46% que invierte entre \$ 1000.00 y \$1,800.00 al mes solo en un caso es el monto mensual que invierten en el paciente entre pasaje, al tener que trasladarse de Michoacán al DF. , consultas en el INNN, y medicamentos; sin embargo en tres familias, hay presencia de otras enfermedades crónicas: cáncer cérvico-uterino en la Cuidador Primario, en otro caso, cáncer de próstata en el padre de familia, y en un caso más diabetes mellitus en la Cuidador Primario, lo que implica gastos adicionales. Solo en el 46% de estos casos se pudo comprobar

déficit; en cuanto a la vivienda el 77% su vivienda es propia. El resto no paga renta pues la vivienda es prestada.

Por último, las familias más grandes fueron: de 7,10 y 11 integrantes (10%).

Las dos primeras familias cuentan con un solo proveedor económico que percibe entre \$ 2,800.00 y \$ 3000.00 mensuales, estos ingresos ambas familias los tienen que distribuir entre la renta de la casa que habitan, los gastos de las educación de los hijos pequeños, esto sucede en una familia con varios hijos de edades que varían entre los 8,9,15,16 y 17 años de edad, y los costos médicos. Esta familia invierte alrededor de \$ 2,400.000 debido a los constantes resfriados que presentan los hijos más pequeños por habitar en una región húmeda del Estado de Hidalgo, además de los problemas dermatológicos ocasionados por el trabajo en el campo, y la hipertensión en la madre y el padre de familia; sin embargo al no poder cubrir la totalidad de los costos que implicaría el tratamiento para cada afección, recurren a la medicina tradicional. Aunque la otra familia invierta \$809.00 solo en costos del tratamiento del paciente, ambas familias presentan déficit.

La familia integrada por 11 personas cuenta con 7 proveedores económicos cada uno de los trabajadores es responsable de sus gastos pero aportan a la economía familiar incluyendo la renta de la vivienda y a los costos del tratamiento del paciente los cuales son de \$ 1,200.00 mensuales.

Cabe señalar que una de las prioridades en la economía familiar es cubrir el tratamiento del paciente en cuanto a consultas y medicamentos, razón por la cual el 63.3% considera que su paciente se adhiere correctamente al tratamiento; sin embargo por falta de recursos económicos el 23.3% en ocasiones no puede comprar los medicamentos o cubrir el costo de las consultas debido a la falta de recursos económicos, incluso refieren los del interior de la República como los de Guerrero, Veracruz e Hidalgo que a veces no alcanzan a juntar el dinero necesario para trasladarse al DF. a sus consultas mensuales en el INNN, pero es importante mencionar, que hacen todo lo posible por hacerlo, aunque tengan que pedir prestado o empeñar algunas pertenencias (dice el 23%). Solo en el 6.7% aunque al

paciente se le compren sus medicamentos, él no los toma debido a que en un caso el paciente piensa que lo quieren envenenar y en el otro caso, solo se niega a hacerlo. Y el 6.7% no lo hace debido a los efectos secundarios.

CONCLUSIONES

Con este trabajo se comprobó que no existen parámetros para generalizar problemáticas, no hay Cuidadores Primarios parecidos, ni existen familias uniformes. Y es precisamente el elemento familia que los hace diferentes unos de otros.

Del perfil del Cuidador Primario, se demostró la predominancia de las mujeres madres del paciente, quienes a lo largo de la enfermedad de sus hijos las lleva a establecer un lazo muy fuerte, viviendo con ellos: los brotes psicóticos, las recaídas, el internamiento, los efectos secundarios de los medicamentos, etc.

Sin embargo, pareciera que estas responsabilidades no representan para la mayoría de los cuidadores una sobrecarga, como afirmaba la hipótesis 3, ya que refieren hacerlo por gusto, por el amor a sus hijos, padres, parejas ó hermanos, según sea el caso.

La sobrecarga está determinada por la funcionalidad del paciente es decir, por su capacidad para relacionarse con los demás, sea familia, amigos y trabajo. En los casos que se presentaron en el análisis cualitativo, se habló de cuatro pacientes que son una sobre carga en su cuidador, debido al grado de deterioro del mismo. Estos casos son el paciente con diskinesia tardía, el paciente que fuma marihuana, que es desobediente y no le gusta medicarse, el paciente con síntomas psicóticos que victimiza a ambos padres y se niega a medicarse al creer que lo quieren asesinar, y el caso de la paciente hermana de su cuidadora, de la cual su comportamiento es el de una niña malcriada, pues se desnuda, no se quiere medicar, es sucia etc., refirió su cuidadora. La sobre carga en el cuidador en éstos casos es tanto física como emocional, viven con miedo, con angustia y con dolor.

La situación de los cuidadores en los que su paciente es funcional, sea por que estudia, trabaja, o no tiene ocupación específica, la sobre carga es solo de tipo emocional y está relacionada directamente con el tiempo que llevan de ser cuidadores; para los que tienen más de cinco años los cuidados son parte de la vida cotidiana, a diferencia de los que tienen menos de cinco años y que se sienten enfadados por no poder compatibilizar los cuidados del paciente con el resto de las actividades que antes le gustaba realizar. Por ello se concluye que su "*percepción*" es lo que refleja la sobrecarga, pues para unos las responsabilidades ya son parte de la vida cotidiana y para otros son una obligación.

No se puede dejar de lado el mal estado de salud de las cuidadoras que padecen alguna enfermedad crónica como cáncer, diabetes, artritis o de aquellas que simplemente sufren los estragos de la edad al tratarse en su mayoría de madres mayores de 48 años, lo que no hace más fácil la existencia de ninguna cuidadora.

La hipótesis No. 1 y la No. 2 se relacionan totalmente, una es el complemento de otra. Se comprobó que la vida cotidiana se ve alterada por el nivel de disfuncionalidad familiar, y esto se evaluó de acuerdo al estudio de la dinámica familiar, determinando ¿cómo se comportó? cada individuo en el sistema "familia".

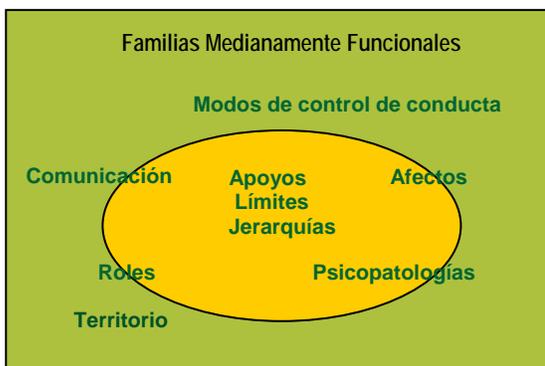
Por un lado, los efectos que la enfermedad de la esquizofrenia provoca en la vida cotidiana del Cuidador Primario se refleja en la adquisición de nuevas responsabilidades para con los cuidados del paciente, teniendo que ajustar su tiempo y equilibrar los cuidados con el resto de las actividades de la vida diaria como el hogar la familia, el trabajo etc. El brindar estas atenciones varía en función de la ocupación del paciente como se mencionó anteriormente, pues la mayoría de los entrevistados trabajan, estudian e incluso son profesionistas. Lo que comprueba que la esquizofrenia no es una enfermedad mental que discapacite al afectado, este puede ser funcional ante la sociedad si su padecimiento es diagnosticado al poco tiempo y si con ello, lleva una adherencia terapéutica de por vida; por lo que el

impacto social que provoca la enfermedad, a pocos de estos pacientes entrevistados, los hace víctimas de rechazos sociales.

Respecto a la dinámica familiar y el impacto de la esquizofrenia en la familia, puede variar según su conformación por parentesco, edad de los integrantes, y ciclo vital; sin embargo, el aspecto sociocultural, la economía y la historia que hay detrás de cada familia es relevante y define cada caso de las 30 familias entrevistadas, por ello no se pueden hacer consideraciones generales en cuanto a la dinámica familiar, pues cada caso es particular como se explica en el análisis cualitativo. Estos factores en distintas formas tienden a provocar una serie de conflictos internos que se reflejan en la disfuncionalidad de la familia en áreas esenciales como la comunicación, los afectos, los límites y los modos de control de conducta, la ausencia de estos elementos en una familia se traduce en diversas patologías, lo vimos en varios casos, en que los *altos niveles de emoción expresada* en las familias, se traducían en algunos tipos de violencia, con ello, se demuestra que la familia tradicional mexicana asume su responsabilidad apoyo y apego con el paciente por la cercanía del parentesco entre ellos, a veces sin importar los abusos de los que son víctimas los Cuidadores Primarios, los padres o el resto de la familia, ó viceversa, aquellos casos en que el paciente es víctima de rechazos y maltratos por algún ser cercano, el que cada una de éstas familias cuente con uno y en algunos casos hasta dos miembros con padecimiento de esquizofrenia hace más difícil su funcionalidad.

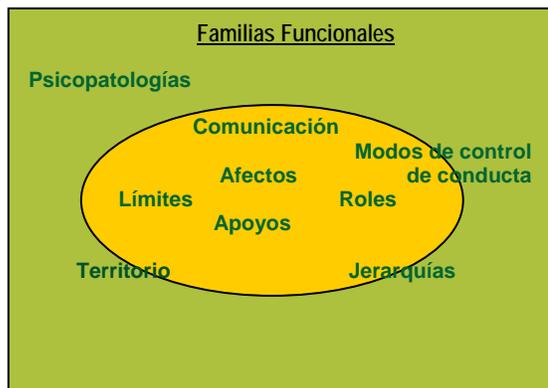
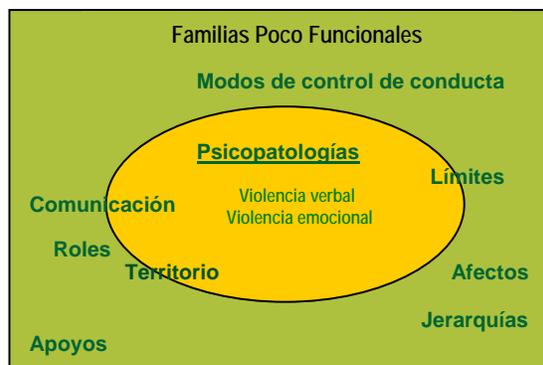
Se puede apreciar en los siguientes esquemas el nivel de funcionalidad de cada tipo de familia, su construcción es una parte muy enriquecedora de la investigación pues rescató características muy particulares de cada familia a partir de la elaboración de los diagnósticos y se reservó su presentación como parte de las conclusiones.

Estas tablas son la representación de los tres niveles de funcionalidad que predominaron en las 30 familias entrevistadas, y que fueron: medianamente funcionales, poco funcionales, y con menor incidencia funcionales, notándose la nula presencia de familias disfuncionales.



El óvalo amarillo representa a estas familias. Las áreas que están dentro son funcionales, las que están en el entorno aun dentro aunque no estén presentes del todo presentan algo de funcionalidad; a diferencia de territorio y modos de control de conducta que refieren que no hay reglas bien establecidas en casa.

Se puede ver que en estas familias no hay áreas con funcionalidad definida, por ello la presencia de alteraciones como violencia verbal y emocional.



Las familias de este tipo presentan funcionalidad en cinco áreas esenciales que son: comunicación, límites, afectos, apoyos y roles; las áreas que están alrededor no están bien definidas pero presentan cierto nivel de funcionalidad, lo importante es que no se encontró presencia de psicopatologías.

Este trabajo sin duda abarcó más de lo que tenía pensado en un principio, poco a poco conforme fui desarrollando la investigación crecían más inquietudes sobre el tema de la familia, y aunque en contenido el tema "familia" es de más extensión, no deja de ser un elemento primordial en la vida cotidiana del "Cuidador Primario".

CONSIDERACIONES FINALES

Como aportes a esta experiencia, es importante mencionar las dificultades y aspectos enriquecedores de la investigación.

La dificultad para comprobar la hipótesis No. 3 que plantea: *"las responsabilidades con el paciente, generan sobre carga en el Cuidador Primario, lo que se refleja en su estado anímico"* radicó, en la falta de elementos para seleccionar la muestra.

Los paciente entrevistados no estaban diagnosticados con el tipo de esquizofrenia que tenían, esto es un problema institucional pues la sintomatología de cada tipo de esquizofrenia es distinta, y está relacionado con el grado de deterioro funcional del mismo; en la institución los califican en general con tipo paranoide, lo que pone en desventaja al Cuidador Primario y la familia, al no contar con la información necesaria para estar preparados para algún brote psicótico. Aunque pareciera que la mayoría de los pacientes no necesita un Cuidador Primario, bien se sabe que los pacientes esquizofrénicos, tienen periodos que se les conoce como *fase activa de la enfermedad*, y se manifiestan algunos síntomas de los mencionados en el capítulo I, ó que a lo largo de la enfermedad desarrollan efectos secundarios por los medicamentos antipsicóticos, que los ponen en desventaja para valerse por si mismos, como en el caso de la *diskinesia tardía*. Por ello la importancia de contar con un Cuidador Primario que lo apoye.

A mí parecer el tipo de esquizofrenia más incapacitante es el de tipo residual, hubiese sido interesante estudiar solo a este tipo de pacientes y muy probablemente se probaría ésta hipótesis. Sin embargo, una gran desventaja que se tuvo, es que aunque en ésta institución la esquizofrenia es la novena causa de hospitalización, fue difícil y llevó poco más de tres meses entrevistar a los 30 casos de la muestra.

Por otro lado, al tratarse de una investigación de tipo exploratoria y observacional, considero haber cumplido los objetivos planteados en la metodología, se ha dado a conocer aspectos que como trabajadores sociales no imaginamos en la escuela, el alcance de las enfermedades mentales, es un campo tan amplio, que habría cabida para hacer muchas más investigaciones en este rubro.

Los efectos sociales de estas enfermedades son un gran campo de intervención para nuestra profesión, repercuten en tantas formas al no ser hechos aislados.

Como Trabajadora Social, me deja una grata experiencia este trabajo, pues, muchos de los conocimientos adquiridos en la carrera, los puse en práctica, La vivencia que me deja, en la etapa culminante de la carrera, considero, define mi perfil como Trabajadora Social y me anima, convencida de ello, a buscar el profesionalismo en la Intervención del Trabajo Social con familias y el ámbito de la Investigación Social.

“PROGRAMA INFORMATIVO”
“EL VALOR DE LA RESPONSABILIDAD COMPARTIDA”

PARA EL CUIDADOR PRIMARIO, FAMILIA Y PACIENTE CON
DIAGNOSTICO DE ESQUIZOFRENIA”

DIAGNOSTICO

De acuerdo a estudios realizados por la OMS se estima que 400 millones de personas sufren actualmente trastornos psiquiátricos y neurológicos; En el panorama epidemiológico, el Banco Mundial calcula que los padecimientos neurológicos y psiquiátricos contribuyen con 12% del costo total de las enfermedades médicas y para la OMS representa 20%; estos trastornos medidos por *años de vida ajustados por discapacidad (AVAD)*, representan 11.5% de la carga total de enfermedades. En un análisis realizado por la OMS en 1996, sobre el diagnóstico situacional en salud mental, se detectó que cinco de las causas líderes generadoras de discapacidad en el mundo se refieren a trastornos mentales entre ellos la esquizofrenia:

CAUSAS LIDERES DE DISCAPACIDAD EN EL MUNDO
1. Depresión mayor
2. Anemia por deficiencia de hierro
3. Caídas accidentales
4. Uso de alcohol
5. Enfermedad pulmonar obstructiva crónica
6. Trastorno bipolar (manía-depresión)
7. Anomalías congénitas
8. Osteoartritis
9. Esquizofrenia
10. Trastorno obsesivo-compulsivo

Fuente: La Carga Global de las Enfermedades. Banco Mundial y Organización Mundial de la Salud. Publicación de la OMS. 1996.

En 1994, los resultados obtenidos de la Encuesta Nacional de Adicciones realizadas en zonas urbanas, detectaron la prevalencia de trastornos mentales entre el 15 y el 18% de la población en general; los resultados del estudio concuerdan con los realizados en otros países e indican que una de cada seis personas sufrirá un problema de salud mental que podría requerir atención médica especializada; esto significa que *en nuestro país padecen trastornos mentales aproximadamente 15 millones de personas*, lo que equivale a una sexta parte de nuestra población, observe la siguiente tabla.

PREVALENCIA DE TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS EN POBLACIÓN ADULTA EN ZONAS URBANAS EN 1994. MÉXICO

Trastorno	Hombres (%)	Mujeres (%)	Total (%)
1. Depresión	4.9	9.7	7.8
2. Epilepsia	3.4	3.9	3.7
3. Probable psicosis	3.2	2.6	2.8
4. Probables trastornos limítrofes	1.6	0.8	1.1
5. Trastorno obsesivo	1.6	3.0	2.5
6. Probable esquizofrenia	1.2	0.9	1.0
7. Manía	0.3	0.2	0.2
8. Psicosis inespecífica	0.7	0.6	0.6
9. Trastorno bipolar	0.7	0.6	0.6
10. Trastorno de ansiedad	0.3	1.6	1.1

Fuente: Caraveo y Cols. Características psicopatológicas de la población urbana adulta en México. Resultados de una Encuesta Nacional en Hogares. AN. Instituto Mexicano de Psiquiatría, 1994

Los trastornos psiquiátricos y neurológicos con mayor incidencia en el país son: depresión, **esquizofrenia**, demencias, epilepsia, psicopatología infantil y de la adolescencia, trastorno por déficit de atención, enfermedad de Parkinson, atención psicológica en casos de desastre.⁶⁹

Por lo que corresponde a la esquizofrenia, se sabe de ella que es una enfermedad psiquiátrica crónica, controlable en la mayoría de los casos, más no curable, cuya detección temprana y atención oportuna repercute significativamente en el impacto que el padecimiento genera al paciente y la sociedad. Es un trastorno psiquiátrico severo que se inicia, en más de 70% de los casos, en la adolescencia y en la juventud. Se caracteriza por alteraciones del pensamiento, de la senso-percepción, del afecto y de la conducta, principalmente. Se trata de un padecimiento crónico que puede producir un grado de discapacidad en el 80% de los afectados si no son detectados y atendidos oportunamente. Los costos que produce en la sociedad son muy importantes, de hecho en Estados Unidos se calcula un gasto de 65 mil millones de dólares anuales por concepto de esta enfermedad. Se estima que la prevalencia de la esquizofrenia es de 1% en la población mayor de 15 años, lo que representaría 45 millones de personas en el mundo que la padecen.

⁶⁹ Programa de Acción en Salud Mental 2006. Capítulo III Pp. 51

En México la prevalencia de la esquizofrenia es de 0.7%, lo que coincide con los reportes recientes de la OMS sobre este padecimiento en el mundo, por lo que en nuestro país hay medio millón de esquizofrénicos; esta cifra no incluye a individuos de riesgo para desarrollar el padecimiento.⁷⁰

Los países con economías emergentes se dice, son los más afectados por el padecimiento, ya que del total de esquizofrénicos, 33 millones viven en éstos; se estima que 50% de los pacientes no son tratados adecuadamente, muchos de ellos nunca han tenido contacto con un psiquiatra y 90% habita en países menos desarrollados. Esta marcada incidencia en países en desarrollo tiene su origen en la falta de mecanismos para la detección temprana y el manejo oportuno, lo que conlleva a una mayor cronicidad y deterioro.

Los últimos reportes de hospitalización por diagnóstico de esquizofrenia en el Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía Dr. "Manuel Velasco Suárez" en el 2006, indica que la esquizofrenia fue la novena causa de hospitalización.

JUSTIFICACIÓN

La esquizofrenia es una enfermedad que usualmente dura toda la vida como la diabetes, la epilepsia o la esclerosis múltiple. Este disturbio del cerebro interfiere con la habilidad de pensar claramente, conocer lo que es real, manejar emociones, tomar decisiones y relacionarse con otros.

Generalmente se presenta en los adolescentes y jóvenes, e impide conseguir los objetivos educativos y laborales, y reducen drásticamente la calidad de vida de los enfermos. Afecta a todos los países del mundo y se encuentra entre las diez primeras causas de incapacidad en la población de edades comprendidas entre los 18 y los 44 años (Murray y López, 1996).

La esquizofrenia se acompaña de un grado significativo de estigma y discriminación, que viene a incrementar la propia carga que la enfermedad supone para los pacientes y sus familiares. A menudo, las personas con esquizofrenia deben enfrentarse a un aislamiento social, la discriminación que sufren en materias como la vivienda, la educación y las oportunidades de empleo, y a otras clases de prejuicios. La estigmatización suele extenderse, además, al resto de la familia.

Por otra parte, los tratamientos que reciben los pacientes también pueden contribuir a magnificar el problema, especialmente si se presentan los efectos secundarios los cuales debilitan muchas de las funciones primordiales del organismo, que se derivan de la administración de determinados antipsicóticos.

⁷⁰ http://www.gobcan.es/sanidad/scs/su_salud/adultos/esquizofrenia.htmlsiendo, buscador: www.yahoo.com.mx, 10 de agosto del 2005.

En la investigación denominada ***"El impacto Social y las modificaciones en la dinámica familiar del Cuidador Primario del paciente con esquizofrenia"*** se detectó que el impacto en la familia se refleja en su disfuncionalidad, en áreas esenciales como comunicación, afectos, roles, modos de control de conducta y apoyos, confirmándose que la ausencia de estas áreas en la dinámica interna de la familia refiere la inexistencia de mecanismos mediadores de conflictos dando por resultado diversas patologías en la familia tales como: violencia emocional, verbal y física en el peor de los casos.

Otro aspecto importante a considerar es el grado de sobrecarga que reflejan los Cuidadores Primarios de los pacientes con Dx. De esquizofrenia, pues en el 20% de los entrevistados refirieron sentirse agobiados frecuentemente por tener que compatibilizar el cuidado del paciente con otras obligaciones, otra de las percepciones en los Cuidadores Primarios fue en el 30% que dicen no tener tiempo para sí mismos ya que su tiempo lo dedican al paciente, por su parte un 17% mencionó haber perdido el control de su vida. Pese a estas percepciones solo el 23% de la muestra refirió desear dejar el cuidado del paciente a alguien más. Esto comprueba que pese a los cuidados, el tiempo, y las modificaciones en la vida cotidiana que exige la enfermedad, el Cuidador Primario, a raíz de asumir este papel, establece una relación más próxima con el paciente que con el resto de la familia y considera que nadie más podría darle los cuidados adecuados a su paciente más que este, su cuidador que en la mayoría de los casos es la madre del paciente.

EL PAPEL DEL ESTADO E INSTITUCIONES DE SALUD MENTAL

En México es importante considerar el poco apoyo del Estado a los pacientes psiquiátricos y sus familias, ya que realmente no existe un programa global bien dirigido que tome en consideración las demandas institucionales que cada padecimiento psiquiátrico requiere.

Sin embargo es básica la labor de Hospitales e Instituciones de Salud Mental, como: el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez, Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente, el Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía Manuel Velasco Suárez, que con su equipo de trabajadores sociales, psicólogos, y médicos psiquiatras en conjunto han creado grupos de apoyo para estos pacientes, sin embargo la deficiencia de los programas muchas veces radica en que son dirigidos a familias en general de pacientes psiquiátricos y no a padecimientos específicos, son a largo plazo, es decir, se dividen en varias sesiones y no atienden demandas inmediatas, como la falta de información sobre el padecimiento.

Solo el caso de las Organizaciones Civiles, tales como AFAPE Asociación de Familiares y Amigos de Personas con Esquizofrenia y VOZ PRO-SALUD MENTAL, cuentan con un programa específico dirigido a pacientes y sus familiares. Estos programas se encargan de cubrir todas las dudas que el paciente y la familia

pueda tener, así como, aconsejar a la familia en como sobrellevar la enfermedad y reintegrar al paciente de nuevo a la sociedad.

Otro de los problemas institucionales de estos programas es que no cumplen con la difusión necesaria para atender las dudas y necesidades de los familiares de estos pacientes, esto se refleja en la poca demanda en las sesiones y si a esto se le suma las pocas sesiones anuales que se dan, trae como resultado un grado significativo de carga emocional para el Cuidador Primario y el resto de la familia, esto, debido a la falta de información sobre todas las implicaciones que conciernen al padecimiento; tales como su origen, causas, pronóstico, tratamiento, efectos secundarios, recaídas, hospitalización, rehospitalización, cuestiones que bien corresponderían cubrir al personal de salud a cargo de estos pacientes como el médico que lo diagnostica y trata.

PANORAMA GLOBAL DE LOS SERVICIOS DE SALUD MENTAL

La última evaluación de Servicios de Salud Mental que se realizó en la República Mexicana periodo 2001-2006 indica que en general los hospitales psiquiátricos no disponen de recursos altamente especializados para atender a la población demandante, la falta de camas de medicamentos, son evidentes; otro problema es el relacionado con el periodo de internamiento de los pacientes ante la inconveniencia e ineficiencia de que los hospitales psiquiátricos se usen como unidades de estadía corta para los casos psiquiátricos agudos y para programas de rehabilitación psicosocial; refiere que el lugar de los usuarios de estadía corta debe ser el hospital general y el espacio para la rehabilitación psicosocial debe ser la comunidad, es decir, en casa con la familia, pero el problema de la evaluación es la falta de una propuesta para esta rehabilitación en casa, es decir, no le dicen a la familia como reintegrar al paciente con cada grupo social.

Así en ésta evaluación de Servicios de Salud Mental referente a los programas de rehabilitación, los calificó por lo general, inadecuados, pues los revisados en los hospitales psiquiátricos ponen énfasis en las actividades tradicionales de "pasatiempo" y ninguno está orientado de manera específica hacia la adquisición de aptitudes personales que permitan un mejor funcionamiento en la comunidad. Dentro de sus recomendaciones propone que los programas de rehabilitación deben desarrollarse en la comunidad (hogar-familia-trabajo-escuela-amigos), y no en el marco de un establecimiento psiquiátrico. Deben centrarse en intentos realistas de darles a los pacientes lo que van a necesitar para funcionar razonablemente en la comunidad.

Sin embargo estas propuestas están lejos de la realidad, ante la situación actual del sistema de salud, pues no se cuenta con el apoyo económico necesario para implementar acciones adecuadas para la realización de programas de salud mental bien dirigidos a sectores específicos, considerando que las necesidades de cada padecimiento son diferentes aun tratándose de enfermedades mentales.

Si bien cada Institución de salud mental tiene un programa y/o grupo de apoyo para pacientes psiquiátricos, estos no cubren la demanda de los pacientes tratados en la institución, si consideramos que solo en el INNN aproximadamente el 57% de 30 pacientes estudiados en un lapso de tres meses son del interior de la república, incluido el Estado de México, y que sus consultas se las dan generalmente cada dos meses no tratándose de casos crónicos, que el tiempo de consulta por paciente es aproximadamente de entre 10 y 15 min., y de manera general, la percepción de los usuarios es de que básicamente no cuenta con más información que la intercambiada con el médico en cada consulta, quedado desprotegida ante una recaída, y/o a los efectos secundarios de los medicamentos, que en un primer momento desconocen; sin duda, la población foránea representa más vulnerabilidad ante la falta de instituciones de especialidad psiquiátrica cercanas a su domicilio (refieren los entrevistados) que atiendan y cuenten con la calidad de los servicios de las instituciones de la ciudad, , la falta de servicios de seguridad social y educacional para entender los cambios a los que su familia se enfrenta, además de la precariedad económica que sin miramientos impide a los usuarios un tratamiento íntegro.

Con base a este panorama y teniendo en cuenta la realidad de una muestra de 30 familias con un paciente con diagnóstico de esquizofrenia y que participaron en la investigación ***"El impacto social y las modificaciones en la dinámica familiar del Cuidador Primario del paciente con Esquizofrenia"***, se desarrolla el siguiente programa que centra su atención en los cuestionamientos más comunes de la familia y el paciente sobre la enfermedad, con el fin de contribuir en el tratamiento, rehabilitación y reinserción social del paciente proponiendo que a mayor información sobre la enfermedad y al mejorar la funcionalidad familiar, disminuirá el grado de sobrecarga en el Cuidador Primario.

Este programa persigue entre otros, dos grandes objetivos:

El primero de ellos busca que el programa se convierta en un folleto informativo que los usuarios puedan llevar a casa y hacer uso de él cuando lo requieran, encontrando el contenido de las sesiones a las que acudieron.

El segundo objetivo pretende, que el ANEXO del folleto, le sirva como un apoyo ante una situación de crisis, al hacer uso del directorio de instituciones de salud mental, grupos de apoyo, así como conocer cuales son los derechos y responsabilidades del paciente y la familia ante las Instituciones de salud y la sociedad y de ellas para con ellos.

DISEÑO DEL PROGRAMA

INTRODUCCIÓN

El programa que a continuación se presenta tiene por fin informar a la familia del paciente sobre los aspectos más importantes de la enfermedad, que tanto el paciente como la familia deben conocer. De esta manera, se pretende disminuir la ansiedad e incertidumbre en la familia, en el Cuidador Primario y en el paciente ante lo desconocido de la enfermedad. Se pretende que a través de este programa por medio de las sesiones informativas, la familia y el paciente reconozcan la importancia que tiene el Cuidador Primario en el tratamiento del paciente y el de una óptima funcionalidad familiar; pero sobre todo que entiendan, el grado de sobrecarga bajo el cual están, tanto el paciente el Cuidador y la familia. Entendido esto, se quiere generar un cambio de actitud en ellos, creando el valor de "responsabilidad compartida en los cuidados del paciente" y como fin se generará en el paciente, un cambio de actitud que lo impulsara a reintegrarse a la dinámica familiar.

OBJETIVOS GENERALES

1. Informar a la familia sobre los aspectos más importantes de la enfermedad de la esquizofrenia

2. Convocar en las áreas de consulta externa, urgencias, y psiquiatría del INNN, a los familiares de pacientes con Dx. de esquizofrenia y al público interesado, su asistencia a las sesiones del programa informativo *"El valor de la*

responsabilidad compartida" para el Cuidador Primario, familia y paciente con diagnóstico de esquizofrenia"

3. Lograr que el folleto sea una herramienta informativa para sobrellevar y contrarrestar en la familia, los efectos de eventos negativos que la enfermedad provoca en el paciente

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Lograr que el folleto cumpla con dos aspectos; uno: concientizar sobre aspectos generales de la familia y la enfermedad y dos: que sea una guía de vida en familia, que puedan llevar a casa y consultar cuando lo requieran, encontrando en ella, las sesiones a las que asistieron y hacer uso del anexo, en caso de requerir la atención de una Institución de salud mental.
2. Incidir para que los asistentes acudan a partir de la segunda sesión con más miembros de la familia, de preferencia: Cuidadores Primarios, paciente y familia.
3. Motivar a los asistentes a que acudan y conozcan las instituciones que se mencionan en el anexo, e invitarlos a que conozcan los programas que éstas tienen para el paciente y la familia.

METAS

- ☛ Convocar al 90% de los usuarios del INNN, y público en general que cuenten con un paciente con Dx. de esquizofrenia, a que asistan a las sesiones informativas del programa *"El valor de la responsabilidad compartida" para el Cuidador Primario, familia y paciente con diagnóstico de esquizofrenia"*

- ☛ Lograr que el 90% de los asistentes acudan en la segunda sesión con dos o más miembros de la familia, incluido el paciente
- ☛ Crear un ambiente de optimismo y confianza en el 100% de los asistentes a partir de la aplicación de las técnicas grupales
- ☛ Lograr el interés del 100% de los usuarios en la utilización y difusión de los programas que brindan las instituciones que funcionan como redes sociales para una óptima rehabilitación del paciente y la familia
- ☛ Generar en la familia *"El valor de la responsabilidad compartida"* en los cuidados, rehabilitación e integración familiar del paciente, para una mejor funcionalidad familiar.
- ☛ Lograr el reconocimiento del Cuidador Primario en la familia, fomentando la disminución de obligaciones, para disminuir la sensación de sobrecarga en el mismo.

LIMITES

ESPACIO

El programa informativo *"El valor de la responsabilidad compartida"* para el *Cuidador Primario, familia y paciente con diagnóstico de esquizofrenia* se llevará a cabo en el INNN "Dr. Manuel Velasco Suárez" en el área de grupos de apoyo

TIEMPO

El programa tendrá una duración de dos meses, las sesiones variarán entre una hora y dos, según el interés y participación de los asistentes

UNIVERSO DE TRABAJO

Los sujetos motivo de estudio son: Cuidadores Primarios de pacientes con Dx. de esquizofrenia, pacientes, y la familia del Paciente. Se requiere de preferencia mínimo dos miembros de familia, en caso de no tratarse de familias uniparental nucleares

RECURSOS HUMANOS

Se contará con la participación de una Lic. En Trabajo Social, autora de la investigación que se presenta.

RECURSOS MATERIALES

- ☞ Un aula (salón de grupos de apoyo del INNN) para la realización de las sesiones
- ☞ 40 sillas (variación en función de la asistencia por sesión)
- ☞ Un pizarrón, marcadores para pizarrón y borrador. Para las notas del ponente
- ☞ Computadora portátil
- ☞ Cañón
- ☞ Hojas blancas
- ☞ Lápices, colores y plumas

RECURSOS INSTITUCIONALES

Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía Dr. Manuel Velasco Suárez
Escuela Nacional de Trabajo Social ENTS-UNAM

METODOLOGÍA

Trabajo social de grupos

Trabajo social en atención individualizada

TÉCNICAS E INSTRUMENTOS

- ☞ Observación directa
- ☞ Aplicación de técnicas grupales
- ☞ Registro de trabajo de grupo mediante crónica grupal y diario de campo

SUPERVISIÓN

La supervisión será de carácter dinámico y permanente durante cada sesión. Se contará con el apoyo de las técnicas empleadas como el diario de campo y crónica grupal que registrarán las enseñanzas, actitudes y participación de los asistentes; así mismo, las técnicas grupales serán fundamentales en la supervisión y evaluación del programa.

EVALUACIÓN DEL PROGRAMA

La evaluación del programa se llevará a cabo en tres fases:

- ☞ **SEGÚN EL TIEMPO, SERÁ: FINAL O SUMATIVA.** Se realizará al final del proyecto para determinar futuras acciones a la mejora del programa.
- ☞ **SEGÚN LA PROCEDENCIA, SERÁ INTERNA.** Es decir, se evaluará el nivel de cumplimiento de los objetivos por cada sesión. Así, como las acciones y reacciones de los asistentes.

- ☛ **SEGÚN LA NATURALEZA DEL PROYECTO, SERÁ DE IMPACTO.** Con base a la asistencia y participación de los asistentes.

ESTRATEGIAS

1. Identificar el tipo de grupo según la metodología del Trabajo Social de grupos
 2. Identificado el grupo se planearán estrategias (técnicas grupales) según la naturaleza del grupo para un mejor ambiente y participación
 3. Se promoverá la participación del grupo a través de las técnicas grupales
 4. Vigilar el comportamiento del grupo en cada sesión, por medio de la observación, diario de campo y crónica grupal
 5. Se identificará a los asistentes que no se integren al grupo después de la segunda sesión, y se planearán estrategias para su integración, por medio de técnicas de integración y participación grupal
- 5.1 En caso de que el SME no se logre integrar, se brindará atención personal utilizando la metodología del trabajo social en la atención individualizada[♦]
 - 5.2 Después del cierre de caso y según el diagnóstico arrojado, como parte del plan social se informará al SME a que institución puede asistir para cubrir su demanda.

[♦] Ver guía para caso social individual

GUÍA PARA CASO SOCIAL INDIVIDUAL

Informe No. _____

Realizado por _____

Fecha _____

De: Dra. Aída Valero Chávez

Ficha previa No. _____

A. DATOS PERSONALES

1. Nombre _____ 2. Edad _____

3. Nacionalidad _____ 4. Ocupación _____ 5. Escolaridad _____

6. Domicilio: _____

Calle

No. Ext.

No. Int.

Colonia

Delegación o municipio

C.P.

Teléfono

7. Motivo de la visita Domiciliaria _____

B. GRUPO FAMILIAR

Nombre completo	Edad	Parentesco con el paciente	Lugar de Origen	Escolaridad	Ocupación	Salario	Observaciones
-----------------	------	----------------------------	-----------------	-------------	-----------	---------	---------------

ESTUDIO SOCIAL DE CASO

ANTECEDENTES DEL CASO

En este, se registrará los datos del Sujeto Motivo de Estudio, exponiendo en forma clara se describirá la procedencia del caso y fundamentalmente, el motivo del estudio.

En esta primera fase de entrevista, el contacto es con el SME, pero es recomendable un primer acercamiento con los familiares del SME, ya que pueden constituir fuentes colaterales de información.

PRIMERA ENTREVISTA

Se debe registrar el No. De entrevista, el día, la hora y el nombre del entrevistado. Posteriormente se describirá el retrato psicofísico del entrevistado, es decir, su apariencia (edad, estatura aprox. Complejón, tez, cabello, vestimenta, etc.) asimismo se anotará cual fue la actitud frente al T.S. ante la entrevista y ante el problema. Se deberá observar a detalle las expresiones físicas (sudoración, inquietud ruborización etc.) del entrevistado y su actitud (cooperativo, agresivo, etc.) estos datos nos permiten ir conociendo los recursos personales y familiares de que se dispondrá para la atención del problema.

Este relato debe realizarse después de la entrevista, cuando hayamos terminado con el entrevistado.

El relato debe seguir el siguiente orden de información:

DATOS PERSONALES Y ESCOLARES

Nuevamente anotaremos los datos de identificación del SME, pero ahora se hará en forma de relato. Dependiendo de la edad del sujeto se hará un relato de como atraviesa la etapa del ciclo vital que vive, considerando su etapa de desarrollo (adolescencia, juventud adultez, vejez etc.) haciendo énfasis en los problemas propios de la edad. Describiremos su escolaridad hasta el nivel que concluyó; refiriéndonos a aprovechamiento, reprobación, y deserción si es el caso. Nos referiremos a su ocupación actual ya sea laboral o el hogar. Preguntaremos sobre su salud actual, así como describir las relaciones del sujeto con cada miembro de su familia, si hay actividades fuera del hogar en familia etc.

GRUPO FAMILIAR

Retomando los datos familiares de la ficha previa, se describirá el tipo de familia a partir de su clasificación demográfica, etapa del ciclo vital, tipo de estructura familiar, todo esto, para tender un conocimiento sobre la dinámica familiar del entrevistado. Posteriormente se describirá a cada uno de los miembros de la familia, siguiendo los mismos indicadores de la ficha, comenzando por el más grande en edad, hasta el más pequeño, si dichos sujetos participaron en la entrevista, se describirá su apariencia, personalidad, y conducta en torno al caso. De ser posible se realizará un Familiograma.

SOCIABILIDAD

Se describirá las relaciones que tiene la familia en su interior y en el entorno, uso del tiempo libre (ver T.V. salir de paseo, visitar familiares, actividades deportivas, etc.) tanto del SME como de la familia.

CONDICIONES ECONÓMICAS Y DE TRABAJO

Este aspecto tiende a resultar muy subjetivo y suele ser un listado de ingresos y egresos, por ello es importante que el entrevistado observe a detalle en la entrevista domiciliaria. La tabla que se muestra puede servir de referencia:

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	\$ _____
<p>Cuando tiene problemas económicos recurre a:</p> <p>Ahorro () Empeño () Tarjeta de crédito ()</p> <p>Préstamo de familiares () Venta de bienes () Otro _____ (especificar)</p>			

CONDICIONES DE LA VIVIENDA

Inicialmente describiremos si se trata de vecindario, barrio, o colonia desde el punto de vista de la urbanización, higiene, servicios generales, alimentación, drenaje y alcantarillado, pavimentación, vías de comunicación, instituciones públicas, religiosas, políticas, grupos nocivos, flora y fauna. Posteriormente ya en el domicilio, habremos de identificar los siguientes elementos:

VIVIENDA

<p>○ Tenencia de la vivienda Propia () Rentada () Prestada () Invasada ()</p> <p>Tipo de vivienda Casa sola () Departamento () Vecindad () Campamento () Albergue () Accesorio ()</p> <p>Número de dormitorios: _____ Índice de hacinamiento _____ Sala () Comedor () Cocina () Baño privado () Baño colectivo ()</p> <p>○ Material predominante en la construcción de la vivienda Paredes: Tabique () Madera () Cartón () Otros materiales () Especifique _____</p> <p>Techos: Concreto () Lámina de asbesto () Lámina de cartón () Lámina de aluminio ()</p> <p>Pisos: Mosaico () Loseta () Cemento () Tierra apisonada () Madera () Otro material (especificar) _____</p> <p>○ Mobiliario Televisión () Estéreo () Vídeo () DVD () Estufa () Horno Microondas () Lavadora () Centro de lavado () Refrigerador () Computadora ()</p>
--

DIAGNÓSTICO SOCIAL

Se habrá de plasmar la opinión profesional sobre la naturaleza del problema o problemas detectados a partir del previo diagnóstico con el entrevistado. Describiremos la relación causa efecto, la forma que adquiere el problema y la jerarquización de la problemática. Si es posible la realización de un pronóstico social en el que se consideren las posibilidades de éxito o fracaso en ciertas situaciones, pero se recomienda partir de las posibilidades que la realidad del SME y la familia ofrecen.

PLAN SOCIAL

Se señalará de forma numérica los procedimientos que se emplearán por el T.S. o bien, por la vinculación interinstitucional que propondrá para encontrar la respuesta a la problemática detectada.

El plan será discutido por el SME y la familia a fin de involucrarlos en la búsqueda de alternativas para la solución del caso.

EVALUACIÓN Y CIERRE DEL CASO

Antes de dar por concluido un caso habremos de anotar en el expediente después de las notas de evolución de tratamiento llevado a cabo, los resultados obtenidos y la causa o causas que nos llevan al cierre de caso.

NOMBRE Y FIRMA DEL TRABAJADOR SOCIAL

FECHA

PRIMERA SESIÓN

Duración: 2 hrs.

Tema: Esquizofrenia

Objetivo: informar sobre los aspectos generales de la esquizofrenia

TEMA	ACTIVIDAD	TÉCNICA	INSTRUMENTO
<p>1) PRESENTACIÓN DEL PROGRAMA</p> <p>2) ¿QUÉ ES LA ENFERMEDAD DE LA ESQUIZOFRENIA?</p> <p>3) TIPOS DE ESQUIZOFRENIA</p> <p>4) SINTOMATOLOGÍA</p> <p>5) ¿CUÁNDO COMIENZA?</p> <p>6) CAUSAS</p> <p>7) TRATAMIENTO</p>	<p>1) Presentación</p> <p>2) Planteamiento de los objetivos al grupo</p> <p>3) Técnica No. 1. de iniciación grupal. Conforme avance la técnica de la telaraña, el asistente expresará una pregunta de interés sobre el tema del día. Al finalizar la presentación el cronista entregará la lista al ponente.</p> <p>4) Desarrollo de los temas</p> <p>5) Comentarios, dudas y aclaraciones de los temas.</p> <p>6) Técnica No. 2. de animación para relajar a los asistentes.</p>	<p>1. La telaraña</p> <p>2. El pueblo manda</p>	<p>Crónica grupal</p>

PRIMERA SESIÓN

1) PRESENTACIÓN DEL PROGRAMA

Aquí todos somos iguales, tenemos en común un familiar con Dx. de esquizofrenia y también somos responsables de su bienestar.

Es importante entender que no solo nuestro familiar está enfermo, nosotros "la familia" también nos vemos afectados.

En cuanto al paciente, entendemos que no es fácil vivir con esta condición, pero a diferencia de otras enfermedades crónicas, esta no es mortal, tiene un tratamiento que si se sigue al pie de la letra podrán llevar una vida con calidad, evitando la cronicidad y la degeneración cognitiva.

Paciente y familia no deben sentirse o verse como hechos aislados, no se conformen con los hechos de la vida diaria que implica la enfermedad; este programa informativo, pretende brindarles la oportunidad de que conozcan más de la enfermedad, que conozcan más de su familiar enfermo y que el paciente y la familia misma expresen su sentir, verán que en el proceso de las sesiones cada vez se verán más involucrados y se identificarán con los temas, pues no solo hablaremos de la enfermedad, sino también de sus implicaciones familiares y sociales.

Ahondaremos en el tema de la familia como eje fundamental de este programa ya que las características de las familias a las que pertenecemos pueden hacer más fácil o difícil la rehabilitación del paciente y la convivencia familiar.

Es importante mencionar que este programa surge de la experiencia con familias de pacientes esquizofrénicos, que al entrevistarlos para fines de investigación, se detectó que la falta de información y de conocimiento sobre la enfermedad era

una de las principales inquietudes y angustias de ellos, posteriormente se detectó que las familias se sentían insatisfechas por el tipo de relaciones entre sus miembros manifestando que no llevaban una buena relación pues la presencia del paciente era estresante para algunos de ellos, así mismo, el Cuidador Primario a quién identificaremos como: "la persona responsable de los cuidados del paciente", experimentaba un grado de carga emocional importante al sentirse la única persona capaz de darle los cuidados que específicamente requería el paciente, muchas veces sacrificando tiempo para si misma (o).

Con este comentario no se pretende ofender a alguien ni hacerlos partícipes de estos sentimientos, lo que este programa les ofrece es mostrarles que no es en si el paciente el problema de las relaciones interpersonales en sus familias, es más bien el tipo de familia a la que pertenecen, la edad de los miembros, su conformación, el nivel sociocultural y socioeconómico al que se pertenece, el paciente es solo un factor que contribuye pero no es el responsable.

2) ¿QUÉ ES LA ENFERMEDAD DE LA ESQUIZOFRENIA?

La esquizofrenia es una *enfermedad mental*, se dice que son enfermedades mentales por que a diferencia de las demás enfermedades físicas es el cerebro el que está afectado, por lo que se alteran sus funciones y los síntomas se expresan por un cambio en: el lenguaje, en la conducta, en las relaciones interpersonales, en el modo de percibir el mundo que les rodea, etc.

Dentro de las enfermedades mentales existen algunas especialmente graves e incapacitantes para el enfermo, por la intensidad de los síntomas y por la duración de la enfermedad y se conocen como "*enfermedades mentales crónicas*" se dice que son crónicas porque la enfermedad les incapacita para realizar muchas actividades debido a los síntomas, a las

recaídas, y a veces por su incapacidad para relacionarse. La esquizofrenia es un trastorno mental que interfiere con la capacidad para reconocer lo que es real, controlar las emociones, pensar con claridad, emitir juicios y comunicarse. Los trastornos esquizofrénicos se caracterizan por distorsiones fundamentales y típicas de la percepción, del pensamiento y de las emociones. En general, se conservan tanto la claridad de la conciencia como la capacidad intelectual, aunque con el paso del tiempo pueden presentarse déficit cognoscitivos. Existen diferentes tipos de esquizofrenia, en donde cada una presenta una sintomatología muy distinta y va a determinar cierto grado de discapacidad conductual.

3) DIFERENTES TIPOS DE ESQUIZOFRENIA

La necesidad de los médicos de poder diagnosticar la esquizofrenia con exactitud en ámbitos y culturas muy diferentes ha impulsado la elaboración de criterios específicos para identificar este trastorno. El sistema más utilizado es el de la Organización Mundial de la Salud, la Clasificación Internacional de Trastornos Mentales y del Comportamiento (CIE-10) (OMS 1992). Y el (DSM-IV).

A continuación se muestra la clasificación del CIE-10. de los diferentes tipos de esquizofrenia:

PARANOIDE: Es el tipo más común de esquizofrenia y está caracterizado por la presencia de intensas alucinaciones e ideas delirantes de persecución.

HEBEFRÉNICA: Este tipo de esquizofrenia, también denominada *Esquizofrenia desorganizada*, empieza normalmente en la adolescencia y se caracteriza por la predominancia de síntomas negativos, afectividad inadecuada o simplona y pensamiento desorganizado y fragmentado.

CATATÓNICA: este tipo es cada vez más raro. Se presentan síntomas motores predominantemente y un retraimiento social extremo, aplanamiento emocional y falta de ideas, vitalidad y motivación.

SIMPLE: suele presentar únicamente síntomas negativos, aunque también pueden manifestarse de forma ocasional pensamientos y comportamiento extravagantes y anomalías de la percepción.

Existen diferentes tipos de esquizofrenia, en donde cada una presenta una sintomatología muy distinta y va a determinar cierto grado de discapacidad conductual.

4) SÍNTOMAS DE LA ESQUIZOFRENIA

Como en cualquier otra enfermedad la esquizofrenia se reconoce por sus síntomas. Pero estos síntomas no son los mismos en cada paciente, pueden cambiar en una misma persona de día en día, de hora en hora, y de una situación a otra. Esta variabilidad dificulta a menudo el diagnóstico y el apreciar la urgente necesidad de tratamiento, ya que la conducta del paciente puede ser completamente distinta en presencia del médico que lo reconoce, de la que lo fue poco antes en su casa.

Los síntomas que caracterizan a la esquizofrenia implican una variedad de disfunciones cognoscitivas y emocionales que influyen en la percepción del pensamiento, el lenguaje el comportamiento y la comunicación.

De manera general la esquizofrenia se divide en tres grandes grupos sintomáticos, que son los síntomas positivos, los síntomas negativos y los síntomas desorganizados, estos dependerán del tipo de esquizofrenia que se padezca. Veamos en que conciernen estos síntomas.

SÍNTOMAS POSITIVOS

Lo positivo que se usa aquí no significa "bueno". Se refiere a tener síntomas que generalmente no deberían estar allí. Son positivos porque suponen un daño a la conducta normal. Los síntomas positivos son llamados a veces síntomas "psicóticos" ya que el paciente ha perdido el contacto con la realidad. Pueden creer que la gente está leyendo sus pensamientos o haciendo planes en contra de ellos, que otros lo están monitoreando y amenazándole secretamente, o que pueden controlar la mente de otros.

Las alucinaciones, frecuentemente se refieren a que la gente con esquizofrenia puede oír o ver cosas que no están allí. Este tipo de experiencias son similares a los sueños, solo que ocurren cuando la gente está despierta.

SÍNTOMAS NEGATIVOS

"Negativo", aquí no se refiere a la actitud de la persona, sino a una carencia de algunas características que deberían estar allí. Son emociones desanimadas o reducidas. Este tipo de síntomas harán difícil que el paciente exprese claramente sus emociones. Al emocionarse menos, reírse menos, llorar menos, puede experimentar periodos de introversión intensa y de aislamiento profundo; pueden aparentar carecer de energía. Incluso no son capaces de llevar una conversación o decir algo nuevo.

A los pacientes con estos síntomas se les tienen que recordar que hagan cosas tan simples como, alimentarse, bañarse y cambiarse de ropa.

SÍNTOMAS DESORGANIZADOS

Las características de este tipo de síntomas refieren un comportamiento general sin sentido. Pensamiento confuso y lenguaje desorganizado.

La percepción de lo que está pasando alrededor de ellos pueden estar distorsionado de un modo que las cosas ordinarias aparentan distraer o pueden asustar. Pueden ser excepcionalmente sensibles a ruidos, colores y formas secundarias o de fondo.

En cuanto estos síntomas es frecuente que: haya dificultad para expresar emociones y sentimientos, que se mueva en forma más lenta que la gente alrededor, que repitan gestos rítmicos o movimientos ritualísticos. En casos severos llegan a presentar un "estado catatónico" es decir: que dejan de hablar o de moverse completamente y sostienen una postura rígida por largos tiempo.

5) ¿CUÁNDO COMIENZA?

La esquizofrenia puede presentarse por primera vez en la etapa de la adolescencia, juventud o edad adulta, no antes, ni después. A pesar de que afecta a hombres y mujeres en la misma proporción, los síntomas en las mujeres aparecen más tarde.

Los síntomas que se presentan a continuación pueden ser síntomas premonitores, aislados o combinados no son pruebas de la aparición inminente de una esquizofrenia. Puede ser simplemente la expresión de una fantasía super-excitada o la reacción ante una situación extremadamente abrumadora, por la pérdida del puesto de trabajo o de algún familiar. Pero son señales de alarma que hay que tener en cuenta en especial si no son comunes las actitudes en el individuo, y si hay predisposición o antecedentes familiares que lo hagan vulnerable a la enfermedad.

- Cambios bruscos de comportamiento
- Negligencia en los cuidados corporales, de higiene, de vestimenta o de la alimentación.
- Consumo de alcohol, tabaco u otras drogas.
- Hiperactividad inútil.
- Afán desmesurado de comprar o gastar dinero. Pérdida de pertenencias valiosas.

- Abatimiento profundo y prolongado
- Insomnio y actividad nocturna durante noches seguidas; retraimiento en él durante el día.
- Estallidos de cólera, afán de destrucción y animosidad hacia los allegados.
- Retraimiento o por el contrario de distanciamiento hacia los demás.
- Religiosidad extrema o afición a las ciencias ocultas (ocultismo).
- Disminución del rendimiento en el colegio, los estudios o en el trabajo. Se vuelve irresponsable.
- Pérdida rápida de peso.
- Huida.
- Risa pueril o exagerada.
- Argumentaciones irracionales, testarudez, dogmatismo.
- Rasurarse la cabeza, el cuerpo entero, incluso auto mutilaciones, llegando al suicidio.
- Mirada fija, inexpresivo, salvajemente agresiva, o por el contrario atemorizado.

6) CAUSAS DE LA ENFERMEDAD

La esquizofrenia es una enfermedad de gran complejidad, que aun los expertos no están seguros de la causa.

En muchos casos existe una predisposición hereditaria, pero también están implicados otros factores. Parece que una combinación de factores hereditarios y otros de riesgo incrementan la probabilidad de que se presente la enfermedad. Pero la herencia es sólo una de las posibles causas, esto significa que la enfermedad puede presentarse incluso aunque no haya casos conocidos en la familia, y aunque ya exista el padecimiento en algún miembro no necesariamente alguno tiene que llegar a padecerla.

Otros factores de riesgo también pueden ser por alguna lesión de tipo cerebral, o incluso el exceso de estrés, pero hay casos en que aparece sin razón alguna. Pese a investigaciones su causa aun no puede indicarse con certeza.

"Por tanto en el caso de la esquizofrenia resulta más adecuado hablar de factores que confluyen en la producción de este trastorno. Esta serie de factores en general se refieren a aspectos genéticos y de organización cerebral, neuroquímicos de desarrollo psicológico, de interacción psicológica, así como socioculturales".

Las causas de la esquizofrenia son variadas pero ninguna es certera. A continuación se mencionan las más frecuentes teorías causales.

ALTERACIÓN BIOQUÍMICA: Se habla de un desbalance químico en el cerebro que causa un aumento en la producción de la dopamina, que es un neurotransmisor que facilita la comunicación entre las diversas células del cerebro. Según estudios en el cerebro, este muestra menor actividad en la parte del cerebro que controla los pensamientos y alteración en otras funciones mentales.

MODELO NEUROBIOLÓGICO: Este modelo hace especial énfasis en la adquisición de la esquizofrenia en la adolescencia o edad adulta, por una infección de tipo viral en la madre en el momento de gestación del feto.

HERENCIA FAMILIAR: La pregunta más común que se hacen quienes tienen un familiar con esquizofrenia es ¿la esquizofrenia es heredada?

La respuesta es sí y no. Las posibilidades de heredarla son algo más altas si tenemos un familiar biológico con la enfermedad, pero el riesgo es aún bajo. Si ninguno en su familia ha tenido alguna vez la enfermedad el riesgo de que alguien la padezca es de 1 caso en 100; si uno de sus padres o un hermano o hermana la tiene, la posibilidad es solamente cerca de 10% de que la desarrolle; si ambos padres padecen esquizofrenia hay un 40% de posibilidad de que la padezca. Si se tiene un gemelo idéntico con esquizofrenia, hay un 30% de posibilidad de que la padezca; si hay un miembro de la familia con esquizofrenia y

usted no tiene muestras de la enfermedad a la edad de 20 años avanzados, es poco probable que la padezca; si se tiene un padre o un hermano o hermana con esquizofrenia, las posibilidades de que sus hijos la desarrollen es solamente del 3% (y no es muy probable).

El que en los anteriores casos la esquizofrenia se presente, dependerá de otros factores sociales y vivenciales que harán que se desarrolle como: el ambiente familiar, la dinámica de la vida cotidiana: trabajo, amigos; el estrés, la ansiedad, etc., temas que veremos más adelante.

FACTORES PSICOSOCIALES: estos están relacionados al estrés individual, familiar, y social, de hecho en las ciudades o zonas metropolitanas se ha comprobado que hay más predisposición de desarrollar la enfermedad por la tensión constante de la vida diaria, que en zonas rurales o no industrializadas. Los factores psicosociales son *factores de riesgo* cuando existe una predisposición genética a la enfermedad.

7) TRATAMIENTO

En los brotes de la enfermedad es frecuente la necesidad de un ingreso hospitalario del paciente para someterlo a tratamiento y exámenes adecuados. La hospitalización lo protege además de

sí mismo (autolesiones, suicidio, etc.) y concede a los allegados el necesario respiro. Es raro que pongan en peligro a otras personas. Al remitir la crisis, la clínica debe ofrecer al paciente una serie de opciones en terapias ocupacionales que puedan permitirle reintegrarse en el proceso de trabajo y vivir fuera del hospital.

La asistencia posterior y las posibilidades de vivienda y de trabajo han de ser aseguradas antes de dejar el hospital. Es imprescindible un seguimiento médico continuo, en estrecha colaboración con los allegados, para garantizar un tratamiento médico correcto y que el enfermo no se sienta de pronto abandonado. Se debe evitar una inactividad prolongada. Es importante que el paciente se adhiera al tratamiento médico correctamente para evitar brotes y/o crisis de la enfermedad.

La esquizofrenia es comúnmente tratada con medicamentos antipsicóticos, Algunas personas también se benefician si reciben consejería y rehabilitación. A veces es necesaria la hospitalización durante un ataque agudo. El objetivo del tratamiento es reducir los síntomas durante un ataque agudo y prevenir las recaídas.

SEGUNDA SESIÓN

Duración: programada para hora y media

Tema: la familia como elemento fundamental de la rehabilitación del paciente.

Objetivo: Demostrar a los asistentes la serie de elementos que conforman nuestra familia, e inciden en la problemática

TEMA	ACTIVIDAD	TÉCNICA	INSTRUMENTO
<p>1) PRESENTACIÓN</p> <p>2) CONCEPCIÓN DE LA FAMILIA</p> <p>3) TIPOLOGÍA DE LA FAMILIA</p> <p>4) VIDA COTIDIANA Y DINÁMICA FAMILIAR</p>	<p>Orden del día</p> <p>Técnica de comunicación No. 3. Lluvia de ideas: Si yo les pregunto: Cuando piensas en familia ¿qué idea viene a sus mentes?</p> <p>Construcción del concepto "familia"</p> <p>Concepción de "vida cotidiana"</p> <p>Concepción de "dinámica familiar"</p> <p>Comentarios, dudas, aclaraciones.</p>	<p>3. Lluvia de ideas</p>	<p>Crónica grupal</p>

1) PRESENTACIÓN

La familia ha sido, desde siempre, un soporte fundamental para el cuidado de los pacientes con esquizofrenia. Cuando un miembro de la familia enferma de esquizofrenia, se altera la vida normal y la convivencia se ve afectada; por ello, es muy importante la información y la comprensión de la enfermedad, ya que ayudará a mantener la armonía dentro de la familia.

La esquizofrenia es una enfermedad psíquica que repercute gravemente en la conducta del paciente, en su familia y amigos, por lo que tienen muchas implicaciones de carácter social que deben conocerse para poder preparar estrategias de integración y rehabilitación lo más cercanas y posibles a la realidad.

Socialmente, la familia es considerada como la célula básica que transmite la cultura y perpetua a los grupos humanos. Desde la perspectiva individual, también se espera que ofrezca las condiciones necesarias para que el ser humano se desarrolle a plenitud.

2) CONCEPCIÓN DE LA FAMILIA

"La familia es un grupo que está determinado por aspectos biológicos, culturales y sociales comunes, que se expresan en patrones de comportamiento y en manifestaciones emocionales, así como también en la definición de valores. La interacción de todas estas expresiones determina su estilo muy particular de vincularse a la sociedad".

Diversos documentos han brindado interpretaciones sobre la definición de familia conforme ha evolucionado, sin embargo hoy día, sus características básicamente son las mismas.

En esencia, la familia es el grupo primario de pertenencia de los individuos. En su concepción más conocida está constituida por la pareja y su

descendencia. Sin embargo, el proceso histórico y social muestra diferentes estructuras familiares que hacen difícil una definición de ella; la conformación de la familia está sujeta a los procesos sociales, culturales y económicos; por ello no todas las familias por regla son o parten de familias primarias nucleares, sino que los lazos establecidos entre los miembros son muy variantes después de la concepción.

Ahora veamos cuales son los tipos de familia que existen, y a cual pertenecemos.

3) TIPOLOGÍA DE LA FAMILIA

La tipología de la familia son las características muy particulares de cada familia, estas características están determinadas por cada uno de los integrantes de la familia que habitan la misma casa.

Se dice que en México ya no se puede hablar de un solo tipo de familia porque varían notablemente dependiendo de la zona o región geográfica donde se ubiquen, así como su nivel socioeconómico y de la etapa por la que estén cursando (ciclo vital).

La clasificación que a continuación se presenta, ofrece ocho tipos de familias según su constitución, consanguinidad y/o parentesco entre sus integrantes.

FAMILIA PRIMARIA NUCLEAR

La familia primaria nuclear está integrada por padre, madre e hijos de ambos, sin que haya uniones previas con hijos.

FAMILIA PRIMARIA SEMIEXTENSA

Es una familia primaria con quienes viven uno o varios miembros de la familia de origen de alguno de los cónyuges.

FAMILIA PRIMARIA EXTENSA

Es una familia nuclear que va a vivir 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.

FAMILIA REESTRUCTURADA FAMILIAR

Es una familia formada por una pareja donde uno o ambos de los cónyuges han tenido una unión previa con hijos, independientemente de los hijos que conciban juntos.

FAMILIA REESTRUCTURADA SEMIEXTENSA

Es una familia formada por una pareja donde uno o ambos de los cónyuges ha tenido una unión previa con hijos, y que incluyen bajo un mismo techo a uno o más miembros de la familia de origen de alguno de ellos.

FAMILIA REESTRUCTURADA EXTENSA

Es una familia formada por una pareja donde uno o ambos de los cónyuges han tenido unión previa con hijos y que vive con la familia de origen de él o ella.

FAMILIA UNIPARENTAL NUCLEAR

Es una familia integrada por padre o madre con uno o más hijos.

FAMILIA UNIPARENTAL EXTENSA

Es una familia 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.

4) VIDA COTIDIANA Y DINÁMICA FAMILIAR

La vida cotidiana como comúnmente nosotros la conocemos, la relacionamos con los hábitos que hemos adquirido al ejercerlos de una manera constante tales como: levantarnos a una hora, ir a la escuela, al trabajo, desempeñar labores del hogar, los

pasatiempos que compartimos los fines de semana o en un día específico con determinados grupos sociales: la familia, los vecinos, los compañeros, etc.

*La realidad cotidiana se encuentra definida, por las características socioeconómicas y culturales del grupo social al que pertenecemos. La vida cotidiana es, en cierto modo, la concreción de las relaciones sociales pero la cotidianeidad no puede ser considerada solo como un conjunto de actos desarrollados mecánicamente o como formas rutinarias de ver la vida o de enfrentar los problemas diarios. La cotidianidad es lo que le da sentido a las acciones y, por lo tanto, a la vida misma de cada individuo. Así, la vida cotidiana está implícitamente relacionada con la *dinámica familiar*.*

DINÁMICA FAMILIAR

La Dinámica familiar la hemos de ver como *"el conjunto de pautas transaccionales que establecen de qué manera, cuando y con quién se relaciona cada miembro de la familia en un momento dado y de acuerdo al ciclo vital por el que está atravesando dicha familia"*.

¿Por que es importante que hablemos de estos tres temas?

Bueno, por que parte de nuestra vida cotidiana está definida por una serie de actividades que cada uno de los integrantes de la familia a la que pertenecemos realiza.

Por lo tanto, la familia es un sistema dinámico donde el bienestar o malestar de uno de los miembros, repercute en el bienestar del otro y donde a la vez la familia se comporta como si fuera una unidad, pero no estática pues esta siempre en proceso de cambio debido a la etapa del ciclo vital que atraviese.

TERCERA SESIÓN (CONTINUACIÓN DE 2DA. SESIÓN)

Duración: programada para hora y media

Tema: la familia como elemento fundamental de la rehabilitación del paciente.

Objetivo: Que los asistentes identifiquen las características de su familia según los elementos estudiados, y que propongan ¿cómo mejorarían la funcionalidad?

TEMA	ACTIVIDAD	TÉCNICA	INSTRUMENTO
<p>5) CICLO VITAL DE LA FAMILIA</p>	<p>Orden del día</p> <p>Continuación:</p> <p>Importancia del ciclo vital de la familia</p>		
<p>6) ¿A QUE FAMILIA PERTENECEMOS?</p>	<p>Concepción de Tipología de la familia</p> <p>La importancia del tipo de familia y su relación con la dinámica familiar</p>	<p>Técnica: cola de vaca</p>	<p>Crónica grupal</p>
<p>7) LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR</p>	<p>La funcionalidad familiar</p> <p>Dudas, aclaraciones, comentarios.</p> <p>Técnica de animación No. 4.</p>		

5) CICLO VITAL

En forma muy concreta, la familia es como todo organismo vivo, tiene una historia, un nacimiento, un desarrollo y un fin. Se forma, reproduce, declina y también muere. Confronta diferentes tareas en cada uno de estos pasos: la unión de dos seres con una meta en común; el advenimiento de los hijos, el educarlos en sus funciones sexuales y sociales, el soltarlos a tiempo para la formación de nuevas unidades y el quedar la pareja nuevamente sola.³ Esto es lo que representa el ciclo vital de la familia; es decir son las diferentes etapas por las que pasa una pareja estable y duradera, el noviazgo (formación de la pareja, noviazgo), llegada de los hijos (matrimonio, y concepción), ingreso de los hijos a la escuela, (familia con hijos adolescentes), egreso de los hijos (los hijos parten del hogar y se casan), nido vacío (la pareja se encuentra de nuevo sola) y periodo terminal de la familia(vejez y muerte)". En esencia estas etapas aparecen así:

Primera etapa: Desprendimiento, Segunda etapa: Encuentro, Tercer etapa: los Hijos, Cuarta Etapa: la adolescencia; Quinta etapa: el reencuentro; Sexta etapa: vejez y muerte.

Bueno ¿Cuál es la importancia de estos temas?

Ya habíamos mencionado que cada miembro de la familia juega un papel incanjeable, es decir la dinámica familiar está determinada por sus integrantes y forma parte de la vida cotidiana de la familia; cada uno de nosotros tenemos un rol como: el que es complaciente, el que es tirano, el rebelde, el que toma, el alegre, el que grita, el que agrade, el que padece esquizofrenia, el que lo cuida; y no precisamente estas personalidades tiene que ser papá, mamá, hijo, hermano, puede ser el

tío que vive en la casa de mis padres con su esposa e hijos, o puede ser la casa de los abuelos en la que vivimos junto con mis primos, estas extensiones de familia en las que a veces se conforman hasta por tres generaciones dentro de una casa forman parte de la anterior clasificación de familias; la dinámica familiar nunca va a ser la misma en una familia idónea como lo es la familia primaria nuclear, a que si se tratase de una familia reestructurada, reestructurada semiextensa, o una familia uniparental extensa; las diferentes etapas de ciclo vital por las que atraviesen los familiares la mezcla de familias en un solo núcleo (casa) hará difícil la convivencia entre los mismos; los intereses, metas y proyectos de vida difícilmente podrán coincidir entre generaciones lo que provocará ciertas fricciones familiares, dicha situación se reflejará en el grado de disfuncionalidad familiar de estas familias.

6) LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR

La funcionalidad familiar es la capacidad del sistema (familia) para enfrentar y superar cada una de las etapas del ciclo vital y las crisis por las que atraviesa la misma.

Se determina en función de nueve áreas fundamentales que toda familia puede o no puede presentar en su totalidad, estas áreas son:

TERRITORIO

Es el espacio que cada quien ocupa en la familia. También se refiere a la centralidad que cada miembro logra tener dentro de su familia y se identifica en un momento dado con el grado de significancia que uno de los miembros tiene para los demás en la familia.

³ Idem. 11-12

ROLES

Son las expectativas conscientes o inconscientes que cada miembro de la familia tiene acerca de la conducta que tendrá otro miembro.

JERARQUÍA

Es la dimensión de la autoridad que se define como el poder o derecho de tener el mando, imponer obediencia, tomar acciones o hacer las decisiones finales.

LIMITES

Son las reglas que consciente o inconscientemente son formuladas por la familia. También se consideran como fronteras entre una generación y otra (la de los hijos, la de los padres, la de los abuelos).

ALIANZAS

Se le llama alianza a la asociación abierta o encubierta entre dos o más miembros de la familia. Las más funcionales son las que incluyen a los miembros de la misma generación, la de los esposos y la de los hermanos.

COMUNICACIÓN

Es el intercambio de información y el conjunto de mensajes verbales y no verbales a través de los cuales la gente se relaciona con los demás.

MODOS DE CONTROL DE CONDUCTA

Son los patrones que una familia adopta para manejar sus impulsos y para mantener modelos de qué es bueno y qué es malo y para luchar contra las situaciones físicas peligrosas.

AFECTOS

Las manifestaciones verbales y no verbales de bienestar o malestar que son utilizadas entre los miembros de la familia.

PSICOPATOLOGÍAS

Se habla de psicopatología familiar cuando los conflictos no se resuelven debido a la rigidez de patrones de interacción.

La presencia, ausencia de estas áreas, determinará el nivel de funcionalidad en la familia; la funcionalidad puede radicar entre: familia funcional, familia medianamente funcional, familia poco funcional y familia disfuncional.

Ahora podemos ver la importancia y asociación de los elementos estudiados en estas dos sesiones, que son: familia, tipología de la familia, dinámica familiar, ciclo vital y funcionalidad familiar; a ciencia cierta el último elemento funcionalidad familiar va a ser el resultado de: el tipo de familia al que pertenecemos en función de la tipología familiar, dinámica familiar y la etapa o etapas del ciclo vital que atraviesa nuestra familia; no olvidemos que esto está implícitamente relacionado con la dinámica de nuestra vida cotidiana en función de la presencia y cuidados que implica un familiar con esquizofrenia.

CUARTA SESIÓN

Duración: una hora

Tema: La familia del paciente esquizofrénico

Objetivo: Demostrar a los asistentes la importancia del Cuidador Primario, y la familia en la rehabilitación del paciente.

TEMA	ACTIVIDAD	TÉCNICA	INSTRUMENTO
<p>EL PAPEL DE LA FAMILIA Y LA IMPORTANCIA DEL CUIDADOR PRIMARIO</p> <p>1) EL CUIDADOR PRIMARIO</p> <p>2) MODIFICACIONES EN LA VIDA COTIDIANA DEL C.P</p> <p>3) CARACTERÍSTICAS DE LAS FAMILIAS DE LOS C.P</p>	<p>Orden del día</p> <p>Aplicación de la técnica No. 5.</p> <p>¿Quién es el Cuidador Primario? Su importancia.</p> <p>Con base a los resultados de la investigación: explicar a los asistentes cuales son las modificaciones en la vida cotidiana del C.P.</p> <p>Bajo los mismos argumentos explicar, cuales son las características de los pacientes esquizofrénicos en cuanto a: relaciones familiares, responsabilidades con el paciente y cambio de hábitos.</p> <p>Técnica No. 6.</p> <p>Conclusión del programa.</p> <p>Técnica No. 7.</p> <p>Clausura.</p>	<p>Técnica de comunicación No. 5 Temores y esperanzas</p> <p>Técnica vivencial No. 6 Discapacitados</p> <p>Técnica de animación No. 7. El mundo</p>	<p>Observación</p> <p>Crónica grupal</p>

LA IMPORTANCIA DEL CUIDADOR PRIMARIO Y EL PAPEL DE LA FAMILIA EN LOS CUIDADOS DEL PACIENTE CON ESQUIZOFRENIA

1) CUIDADOR PRIMARIO

Como ya se ha mencionado la persona que padece esquizofrenia no por regla deja de ser funcional en la sociedad siempre y cuando éste bajo tratamiento médico, sin embargo si se es necesario que cuente con alguien que esté pendiente de él, para acompañarlo a sus consultas médicas, para recordarle que tome sus medicamentos y sobre todo en aquellos momentos en que el paciente tiene recaídas. Generalmente la persona que está con el paciente desde el momento de la 1er consulta médica para confirmar el diagnóstico, será la persona que se responsabilizará de él como su "Cuidador Primario".

En muchas familias se ha generalizado el papel del Cuidador Primario como una responsabilidad que recae en el más comprometido de los familiares, y se cree que los efectos de la enfermedad del paciente afectan tanto al paciente y a la familia en general, sin embargo las repercusiones en el Cuidador Primario son más severas.

Hemos de definir al Cuidador Primario como:

"Aquella persona que asume la responsabilidad de ayudar y cuidar al enfermo en las actividades de la vida diaria, apoyarlo emocionalmente, administrar los medicamentos, procurarle los cuidados básicos y ser interlocutor de los profesionistas de salud". Generalmente sin recibir renumeración alguna".

Se dice que la mayoría de las personas que cuidan a un familiar lo hacen por razones de índole afectivo, o por un deber moral ineludible, en donde existe una responsabilidad familiar".

A continuación se presentan algunas de las razones más comunes que orillan a los Cuidadores Primarios a convertirse en tales.

Por filantropía. Para mantener el bienestar de la persona cuidada, por que entienden y comparten sus necesidades. El cuidador se pone en el lugar del otro y siente sus necesidades, intereses y emociones.

Por parentesco. Que es el vínculo que los une, siendo la esposa o los hijos quienes asumen principalmente esta función.

Por reciprocidad. En correspondencia, ya que la persona que ahora es cuidada, en un tiempo cuidó del cuidador.

Por gratitud y estigma. Que les demuestre la persona cuidada.

Por el sentimiento de culpa. Como forma de redimirse por situaciones pasadas.

Para evitar la censura. De la familia, amigos, conocidos, en el caso que no se cuidara el familiar.

Por cuestiones de tipo social. Es decir, por la aprobación de la familia, amigos y sociedad por prestar sus cuidados".

Como familia tenemos que entender que ser el Cuidador Primario de un pariente con esquizofrenia puede implicar una experiencia única, siempre difícil en donde se descubrirán cualidades aptitudes y/o talentos que antes no se conocían o permanecían ocultos. Conlleva a establecer una relación más próxima con la persona a la que se cuida o con otros familiares, proporciona la satisfacción de ser útiles a los familiares más próximos, o por el contrario, puede ser una experiencia solitaria e

ingrata, algo no previsto, para lo que el cuidador no se ha preparado, implicado tiempo y dedicación para tareas que con el paso del tiempo habría la posibilidad de que se volvieran incómodas o desagradables.

2) MODIFICACIONES EN LA VIDA COTIDIANA DEL CUIDADOR PRIMARIO

Son necesarios una serie de ajustes en *la vida cotidiana*, y en la *dinámica interna de la familia*. El adquirir el papel del Cuidador Primario, frecuentemente provoca estrés, lo que conlleva a la ansiedad, debido a la serie de responsabilidades que ha adquirido, y que el tiempo no le es suficiente para cumplir plenamente con sus otras obligaciones como el trabajo, ser madre o padre de familia, novia, o novio, hija o hijo, etc. Y aparte ser el responsable del bienestar del paciente esquizofrénico en cuanto a cuidados, consultas, tratamiento, limpieza, alimento, etc. Ésta serie de responsabilidades puede provocar una severa depresión en el Cuidador Primario, a raíz de creer que está fallando a las personas que están directamente relacionados o dependientes con él o (ella), en especial con el enfermo, que en la mayoría de los casos, no tiene control ni independencia sobre sí mismo. Esta serie de síntomas, es lo que en el campo médico y psiquiátrico se conoce como "sobrecarga".

3) CARACTERÍSTICAS DE LAS FAMILIAS DE LOS PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA

RELACIÓN FAMILIAR

Se ha comprobado que el Cuidador Primario establece una relación más próxima con el paciente que con el resto de la familia debido al tiempo y que pasan juntos, esto es debido a que en la mayoría de los casos este papel lo ejerce la madre de familia.

Esta proximidad suele causar problemas familiares, ya que puede descuidar otras actividades de la vida diaria, situación que el resto de la familia no entiende.

RESPONSABILIDADES CON EL PACIENTE

En cuanto a las responsabilidades que el Cuidador Primario tiene con el paciente en la mayoría de los casos éstas tienen que ver con *aspectos médicos* como: acompañarlo a sus consultas médicas, vigilar que tome sus medicamentos, comprarle sus medicamentos, en algunos casos llevarlos a grupos de apoyo; con aspectos de *manutención*: lavarle, plancharle, alimentarlo, vestirlo y pasearlo, y *morales*: este aspecto lo relacionan con estar siempre pendiente del paciente, en cuanto a su comportamiento, su apego al tratamiento, apoyarlo en recaídas y vigilar su conducta (ya que hay casos en que el paciente se niega a tomar sus medicamentos, ó no puede apegarse al tratamiento correctamente al no poder comprar siempre los medicamentos por falta de recursos económicos).

El brindar estas responsabilidades varía en función de la ocupación del paciente.

Se ha comprobado que los Cuidadores Primarios de pacientes socialmente funcionales, es decir: que salen de casa a trabajar, estudiar, o desarrollan otra actividad, representan menos grado

de sobrecarga, que los cuidadores de pacientes que están de tiempo completo en su hogar.

CAMBIOS DE HÁBITOS

Es inevitable que la presencia de un familiar enfermo, con una discapacidad u otro diagnóstico no produzca algún efecto sobre la familia, el que la familia acepte y sepa llevar una armonía en su núcleo dependerá de muchos factores a los que quizás son ajenos, como los que vimos anteriormente: el tipo de familia al que pertenecen, el ciclo de vida familiar que cursan, su dinámica familiar en función de las nueve áreas que componen las relaciones interfamiliares; el impacto de un familiar enfermo será distinto en cada familia, mucho tendrá que ver ¿cómo la familia enfrenta cada situación generada del paciente?

Se ha encontrado que un número considerable de familias se ha desintegrado por no poder superar la presencia del paciente, de la enfermedad, y de los cuidados que esta situación implica. Ha sido más notorio el abandono del padre de familia, desentendiéndose totalmente de cualquier obligación, la migración de los hermanos del paciente por no poder lidiar con la situación, quedando así, solo la madre ante el cuidado, total del paciente.

Sin embargo hay otros tipos de familias que aun con las mismas características de ciclo vital, tipología familiar, dinámica familiar etc., perciben los cambios para bien, pues a raíz de la enfermedad, la familia se unió más, tratan de convivir con el paciente y de integrarlo a las actividades cotidianas de la familia para que se sienta como cualquier persona normal, ya que esto ha sido una de las recomendaciones del médico, refiriendo que sin duda alguna,

la adherencia al tratamiento ha sido vital para su reinserción social.

¿Por que es importante este tema?

La familia es el principal rehabilitador del paciente esquizofrénico, pues es el único medio con el que cuenta el paciente para subsistir, y para enfrentar el proceso de la enfermedad, el acompañarlo a sus consultas médicas, el estar pendiente de que tome sus medicamentos, el tener que trabajar a veces horas extras para cubrir el costo del tratamiento, el brindarle las atenciones básicas de alimento, aseo, abrigo etc. Son de las principales funciones que la familia brinda al paciente, pero sobre todo, el apoyo moral es el elemento primordial de la rehabilitación del paciente; sin embargo, estos cuidados y atenciones no son prestadas por todos los integrantes de la familia con la que convive, sino que recaen generalmente en un solo miembro, y es a quien se le conoce con el nombre de "Cuidador Primario. Al interior de cada familia, en el contexto del cuidado, se definirá quien será el Cuidador Primario, con base en la relación que tiene con el enfermo, al ambiente en que se proporciona el cuidado y la ayuda de otros integrantes de la familia. La familia debe comprender al Cuidador tanto como al paciente, pues para ninguno es fácil el papel que les tocó jugar en la familia. El apoyo, la comunicación y la muestra de afectos son esenciales en toda familia con o sin esquizofrenia, pues estos elementos las unen, y hacen fuertes ante cualquier arbitrariedad.

CONCLUSIÓN

Podemos concluir que todo cambio es una enseñanza, la presencia de un paciente con esquizofrenia no lo hace ni mejor ni peor que cualquier otro ser humano en la tierra.

El papel de la familia es fundamental en la rehabilitación y reinserción social del paciente, hay que integrarlo a la vida cotidiana de su familia, hacerlo sentir útil esto es después de la adherencia al tratamiento médico, la mejor medicina para su recuperación y buen funcionamiento.

El paciente por su parte debe ser conciente que la familia también sufre con su enfermedad, no están contentos, ni enojados por lo que le está pasando, están quizá asustados, y seguramente aún no han sabido como afrontar la nueva situación. Para sobre restar esta sensación, la mejor herramienta es estar informado.

La falta de información sobre la enfermedad genera miedo, pues se cree de la esquizofrenia lo peor, *"no se tiene a un loco que debe estar encerrado y escondido de los ojos de la gente"...*, la familia y el paciente deben ser un ejemplo, una enseñanza para la gente que no conoce e ignora una de las cinco enfermedades de tipo mental más comunes.

Es importante también, ahondar con su médico en cada consulta médica, no se quede con la duda, siempre que le cambien de medicamento pregunte: ¿Qué efectos secundarios provocará en el paciente? ¿hay alguna manera de contrarrestarlos? Nunca se quede con la duda, ya que otra de las funciones del médico es informar.

La familia debe comprender al Cuidador Primario, su mal humor, su preocupación, su nerviosismo, su estrés, no es fácil

compatibilizar los cuidados del paciente con las implicaciones del hogar, la manutención económica de la casa, el cuidado de los hijos, del esposo, la escuela, el trabajo, etc. No se han dado cuenta que en muchos casos el Cuidador Primario puede estar bajo una severa depresión que podría poner en riesgo su vida. Por ello, es importante hacer conciencia y generar el valor de **"responsabilidad compartida"** pongámonos en el papel del cuidador y del paciente, ayudémoslos como familia a ser unidos apoyándonos y entendiéndonos, juntos será menos difícil.

Se ha dicho que aunque aun no se sabe a ciencia cierta la causa de la esquizofrenia, sí hay una predisposición hereditaria y podría ser adquirida si se ven implicados otros factores de riesgo, estos son todos los que causen constante tensión, preocupación y estrés.

Hay que crear un mejor ambiente familiar para evitar ser una estadística más del padecimiento, ayudemos a nuestro paciente a que se siente mejor y sea de nuevo parte de nuestra familia, combatamos el desconocimiento de la enfermedad por la información y nunca callen cuando tengan que preguntar.

Se espera este pequeño manual haya cumplido su objetivo, informar, mejorar las relaciones familiares y reconocer el papel del Cuidador Primario. Si por algún motivo, necesitas más información o ayuda acude a los grupos de apoyo, consultando el siguiente anexo de Redes Institucionales.

TIPS PARA EL MANEJO DE LA ESQUIZOFRENIA

MANEJANDO LOS SÍNTOMAS

Intente por entender lo que le está ocurriendo al paciente y ¿cómo? la enfermedad le causa comportamientos trastornados y difíciles. Cuando están alucinando se debe comprender que las voces que oyen y las imágenes que ven son muy reales, se recomienda no burlarse, criticar o alarmarse demasiado. Después de que el episodio agudo termine, platique con el paciente, tranquilícelo, y reconfórtelo. Acuda al médico especialista, inmediatamente, y/o comente este episodio con el especialista la siguiente visita.

APRENDA A RECONOCER LOS SIGNOS DE UNA RECAÍDA

Aprenda cuales son las señas de una recaída. Manténgase calmando, reconozca como el paciente se está sintiendo indique que es un signo de un retorno de la enfermedad, sugiera la importancia de obtener ayuda médica, y hacer lo que usted pueda para que el paciente se sienta seguro y con más control.

APRENDE LOS SIGNOS DEL SUICIDIO

Tomen cuales quiera amenazas del paciente seriamente, busque ayuda del doctor, líneas de ayuda VOZ-PROSALUD MENTAL, AFAPE, LOCATEL en caso de que la situación empeore. Aliente y convenza al paciente de que el suicidio es un síntoma de la enfermedad y pasará con el tiempo mientras el tratamiento hace efecto. Enfaticé siempre que la vida de la persona es importante para usted y para otros y que su

suicidio seria una pérdida y una carga tremenda para usted, no una ayuda o alivio.

EL MANEJO DE UNA CRISIS

En algunos casos, el comportamiento provocado por la esquizofrenia puede ser amenazante y raro. Si se le confronta con dicho comportamiento, trate de permanecer con calma y sin que intervengan los juicios, sea conciso y directo en lo que usted diga, clarifique la realidad de la situación, y sea claro acerca de los límites del comportamiento aceptable. No se sienta que usted va a tener que manejar la situación a solas. Consiga ayuda médica. Su seguridad y la seguridad del paciente debería ser lo primero, de ser necesario llame al especialista, a la Cruz Roja, o a la policía.

*Es importante recordar que estamos en un país en donde la libertad individual es prioridad y digna de respetarse entre todos los que convivimos; sin embargo, a los pacientes psiquiátricos a veces no se les permite contar con este privilegio, y este privilegio **sólo** puede ser ignorado en caso de una recaída, un brote psicótico y/o cualquier acción por parte del enfermo que ponga en peligro su seguridad o la de los demás.*

Por ello es importante conocer los derechos de los que deben gozar los pacientes psiquiátricos en una institución de salud, así como las responsabilidades de la familia, como veremos enseguida.

LEY DE INGRESO INVOLUNTARIO DE PACIENTES PSIQUIÁTRICOS

El tener un paciente con enfermedad mental, implica una serie de responsabilidades como ya hemos visto, pero también en algunos casos implica situaciones de riesgo, tanto para el paciente (hablamos de recaídas, crisis, brotes psicóticos) como para su cuidador y familia, situación que nos obliga a actuar rápido para que el paciente sea atendido de inmediato aunque en el momento no esté en pleno uso de sus facultades mentales, por ello es importante que conozcan las especificaciones del Sistema Nacional de Salud sobre el ingreso involuntario del paciente a la institución de salud en caso de emergencia.

La Norma Oficial Mexicana NOM-025-SSA2-1994, para la prestación de servicios de salud en unidades de atención integral hospitalaria médico-psiquiátrica tiene por objeto informar criterios de operación, actividades, actitudes del personal de las Unidades que prestan servicios de atención hospitalaria médico-psiquiátrica, la cual se proporcionará en forma continua e integral.

Esta Norma Oficial Mexicana es de aplicación obligatoria en todas las Unidades que presten servicios de atención integral hospitalaria médico-psiquiátrica para enfermos agudamente perturbados y otros de estancia prolongada, de los sectores público, social y privado del país que conforman el Sistema Nacional de Salud.

Esta norma habla entre otros temas, sobre el ingreso involuntario (de emergencia) del paciente con las siguientes especificaciones:

El ingreso de los usuarios a las Unidades que prestan servicios de atención integral hospitalaria médico-psiquiátrica podrá ser: voluntario, involuntario u obligatorio y se ajustará a los procedimientos siguientes:

1. El ingreso voluntario requiere la solicitud del usuario y la indicación del médico a cargo del servicio de admisión de la Unidad, ambos por escrito, haciendo constar el motivo de la solicitud e informando a sus familiares o a su representante legal.
2. El ingreso en forma involuntaria, se presenta en el caso de usuarios con trastornos mentales severos, que requieran atención urgente o representen un peligro grave o inmediato para sí mismos o para los demás.
3. Requiere la indicación de un médico psiquiatra y la solicitud de un familiar responsable, tutor o representante legal, ambas por escrito. En caso de extrema urgencia, un usuario puede ingresar por indicación escrita del médico a cargo del servicio de admisión de la Unidad hospitalaria. En cuanto las condiciones del usuario lo permitan, deberá ser informado de su situación de internamiento involuntario, para que en su caso, su condición cambie a la de ingreso voluntario.
4. Deberá notificarse al Ministerio Público del domicilio del usuario y a las autoridades judiciales, todo internamiento involuntario y su evolución.
5. El ingreso obligatorio se lleva a cabo cuando lo solicita la autoridad legal competente, siempre y cuando el paciente lo amerite de acuerdo con el examen médico psiquiátrico.
6. El egreso del usuario del servicio de hospitalización podrá ser por los siguientes motivos:
 - 6.1. Curación.

- 6.2. Haberse cumplido los objetivos de la hospitalización.
- 6.3. Mejoría.
- 6.4. Traslado a otra institución.
- 6.5. A solicitud del usuario, con excepción de los casos de ingresos obligatorios e involuntarios.
- 6.6. A solicitud de los familiares legalmente autorizados y con el consentimiento del usuario.
- 6.7. Abandono del servicio de hospitalización sin autorización médica, debiéndose notificar al Ministerio Público del lugar de la adscripción del hospital.
- 6.8. Disposición de la autoridad legal competente.
- 6.9. Defunción.

**DERECHOS HUMANOS Y DE RESPETO A LA DIGNIDAD DE LOS
USUARIOS DENTRO DE CADA UNIDAD DE ATENCIÓN INTEGRAL
HOSPITALARIA MÉDICO-PSIQUIÁTRICA**

Como cualquier ciudadano con obligaciones y garantías individuales para con el Estado y sociedad, los pacientes que acuden a Instituciones de Salud deben cumplir con ciertas obligaciones y gozar de ciertos derechos para que tanto institución y pacientes estén conformes con los servicios que dan y gozan.

El usuario tiene derecho a:

1. Recibir un trato digno y humano por parte del personal de salud mental, independientemente de su diagnóstico, situación económica, sexo, raza, ideología o religión.

2. No ser sujeto de discriminación por su condición de enfermo mental, ni ser objeto de diagnósticos o tratamientos en esa condición por razones políticas, sociales, raciales, religiosas u otros motivos distintos o ajenos al estado de su salud mental.
3. Que a su ingreso al hospital se le informe, a él y a su representante legal, de las normas que rigen el funcionamiento del nosocomio, y saber los nombres de ¿quiénes serán? los miembros del personal de salud, médicos y enfermeras encargados de su atención.
4. Un ambiente seguro, higiénico y humano que garantice condiciones adecuadas de alimentación, habitación, atención médica profesional y espacio seguro.
5. Ser alojados en áreas específicamente destinadas a tal fin, con adecuada iluminación natural y artificial, bien ventiladas, con el espacio necesario para evitar el hacinamiento y en condiciones de higiene.
6. Recibir alimentación balanceada, de buen sabor y aspecto, en cantidad suficiente para una adecuada nutrición y servida en utensilios decorosos. Asimismo, recibir vestido y calzado o tener autorización para utilizar los propios, si así lo desea.
7. Que tengan acceso a los recursos clínicos, de laboratorio y de gabinete para lograr un diagnóstico certero y oportuno, en condiciones similares a cualquier otro establecimiento sanitario.
8. Recibir información veraz, concreta, respetuosa y en lenguaje comprensible para él y para su representante legal, con relación al diagnóstico médico, así como respecto de sus derechos y del tratamiento que se pretenda aplicar.

9. Recibir atención médica especializada, es decir por personal capacitado para el manejo y tratamiento de los enfermos mentales.

10. Que la atención psiquiátrica o terapéutica que se le preste sea de conformidad con las normas éticas pertinentes que rigen a los profesionales de la salud mental.

11. Que toda medicación sea prescrita por un especialista autorizado por la ley, y que ello se registre en la expediente clínico del paciente.

12. Que la información, tanto la proporcionada por los propios enfermos o por sus familiares como la contenida en sus expedientes clínicos, sea manejada bajo las normas del secreto profesional y de la confidencialidad.

13. Negarse a participar como sujeto de investigación científica, sin que ello demerite la calidad de su atención hospitalaria.

14. Solicitar reuniones con su médico y profesionales que lo estén tratando.

15. Solicitar la revisión clínica de su caso.

16. Recibir atención médica oportuna en caso de sufrir una enfermedad no psiquiátrica y, de así requerirlo, tratamiento adecuado en una institución que cuente con los recursos técnicos para su atención.

17. Recibir tratamiento orientado a la reintegración a la vida familiar, laboral y social, por medio de programas de terapia ocupacional, educativa y de rehabilitación psicosocial. El

paciente podrá, en su caso, elegir la tarea que desee realizar y gozar de una retribución justa.

18. Ser protegido contra toda explotación, abuso o trato degradante, y en su caso denunciar por sí o a través de su representante legal cualquier abuso físico, psicológico o moral que se cometa en su contra.

19. No ser sometido a restricciones físicas o a reclusión involuntaria salvo con arreglo a procedimientos legalmente establecidos y solo cuando sea el único medio disponible para impedir un daño inmediato o inminente al paciente o a terceros, o se trate de una situación grave y el paciente esté afectado en su capacidad de juicio y, en el caso de que de no aplicarse el tratamiento, se afecte su salud. Cuando haya limitación de libertad, ésta será la mínima posible de acuerdo con la evolución del padecimiento, las exigencias de su seguridad y la de los demás. El paciente bajo este tipo de medida quedará, en todo momento, al cuidado y vigilancia de personal calificado.

20. Comunicarse libremente con otras personas que estén dentro de la institución; enviar y recibir correspondencia privada sin que sea censurada. Tener acceso a los servicios telefónicos, así como leer la prensa y otras publicaciones, escuchar la radio y ver televisión, de conformidad con las indicaciones del médico tratante.

21. Tener comunicación con el exterior y recibir visita familiar si ello no interfiere con el tratamiento.

22. Gozar de permisos terapéuticos para visitar a sus familias, de acuerdo con el criterio médico.

23. Recibir asistencia religiosa, si así lo desean.

24. Obtener autorización de su médico tratante o de un profesional autorizado, para salir de la unidad y relacionarse con su pareja.

OBLIGACIONES DEL PERSONAL DE LAS UNIDADES DE ATENCIÓN INTEGRAL MÉDICO-PSIQUIÁTRICA

1. El personal de las Unidades que prestan servicios de atención integral hospitalaria médico-psiquiátrica deberá tratar al usuario en todo momento con la solicitud, el respeto y la dignidad propios de su condición de persona, de acuerdo con lo señalado por los ordenamientos en la materia, nacionales e internacionales ratificados por nuestro país.

En caso de que alguna de estas garantías y derechos de los que goza el paciente no sea respetado por los profesionales de la salud, puede comunicarse a la: "Comisión de Derechos Humanos"

Esta Norma tiene concordancia con la Norma Internacional "Principios para la Protección de las Personas que Paden Enfermedades Mentales y para el Mejoramiento de la Atención a la Salud Mental", publicada por el Consejo Económico y Social de Naciones Unidas, en febrero de 1991.

DERECHOS HUMANOS DE LAS PERSONAS CON ENFERMEDADES MENTALES

Los derechos humanos son aquellos inherentes a las personas, sin los cuales no se puede vivir como ser humano, es decir, que los derechos de las personas con enfermedades mentales son los mismos que para cualquier otro individuo. sin embargo, por su condición de enfermos mentales, estas personas tienen derecho a:

1. Recibir la mejor atención en materia de salud mental
2. Ser respetados de acuerdo con la dignidad inherente a la persona humana
3. Contar con la protección que evite la explotación económica, sexual o de otra índole, el maltrato físico y el trato degradante
4. No sufrir discriminación por su condición de enfermo mental
5. Ejercer todos los derechos civiles, político, económicos, sociales y culturales que les permita el ordenamiento nacional
6. Nombrar un representante personal
7. Gozar de un ambiente seguro, higiénico y humano que garantice condiciones adecuadas de alimentación, habitación, atención médica profesional y espacio seguro
8. Tener acceso a los recursos clínicos, de laboratorio y de gabinete para lograr un diagnóstico certero y oportuno
9. Recibir información veraz, concreta y respetuosa
10. Negarse a participar como sujetos de investigación científica
11. Solicitar la revisión médica de su caso

12. Recibir un tratamiento orientado a la integración a la vida familiar, laboral y social
13. Comunicarse libremente con otras personas dentro y fuera del hospital

INSTITUCIONES, ONGS DE AYUDA PARA PACIENTES PSIQUIÁTRICOS

Las instituciones que a continuación se presentan prestan servicios a pacientes y familias con un familiar con un diagnóstico psiquiátrico. Ellos cuentan con programas propios e independientes para cada padecimiento y van dirigidos al paciente, y a la familia enfocándose a problemáticas específicas. Asimismo cuentan con grupos de apoyo a los que acude la familia y el paciente y a través de el intercambio de experiencias aprenden a convivir con el paciente.

AFAPE A.C.

Asociación de Familiares y Amigos de Personas con Esquizofrenia A.C. cuenta con un tratamiento integral del paciente con esquizofrenia y su familia. Que comprende atención médico-psiquiátrica, psicoeducativa, psicoterapéutica, terapias ocupacionales, productivas, y asesoría legal. Cuenta con 6 filiales en otros estados de la República Mexicana.

DIRECCIÓN:
**CALLE ACAYUCAN N° 8 COL. ROMA SUR, DELEG. CUAUHTÉMOC MÉXICO
,D.F. C.P. 06760**

TELÉFONOS: 5584-8910
FAX: 5584-8641

VOZ PROSALUD MENTAL.

Esta organización pertenece a los Centros de Salud Mental CESAME. del gobierno Federal. Esta organización cuenta con diversos programas para distintos problemas de salud mental, tales como: esquizofrenia, depresión, personas bipolares, etc. Cuenta con tres sedes: Distrito Federal, Monterrey, y Morelos.

TELÉFONOS:
DISTRITO FEDERAL: 19975040 AL 41
MONTERREY : 80409418
MORELOS: (777)3129351

INSTITUTOS Y HOSPITALES EN EL DISTRITO FEDERAL QUE PRESTAN ATENCIÓN PSIQUIÁTRICA

CENTRO COMUNITARIO DE SALUD MENTAL CUAUHTÉMOC

DOMICILIO: Dr. Enrique González 131. Col. Santa María la Rivera, Delegación Cuauhtémoc. C.P. 06400 México D.F.
TELÉFONO: (55) 5541-47-49 y 5541-1224
FAX: 5541-1677

CENTRO COMUNITARIO DE SALUD MENTAL IZTAPALAPA

DOMICILIO: Guerra de Reforma s/n esq. Eje 5 Sur, Col. Leyes de Reforma Delegación Iztapalapa C.P. 09310 México D.F.
TELÉFONO: (55) 5600- 81 88
Fax: 5694-1660

CENTRO COMUNITARIO DE SALUD MENTAL ZACATENCO

DOMICILIO: Huanuco 323. esq. Av. Ticomán Col. San Pedro Zacatenco. Delegación Gustavo A. Madero C.P. 07360 México D.F.
TELÉFONO: (55) 5754-6610 y 57 54- 2205
FAX: 5754-6601

- El costo de los servicios es mediante estudio socioeconómico o a través de cuotas de recuperación.
- Acudir ya sea referido por alguna Institución de Salud o por su cuenta a solicitar una valoración.

HOSPITALES PSIQUIÁTRICOS

HOSPITAL PSIQUIATRICO "FRAY BERNARDINO ÁLVAREZ"

USUARIOS: Adultos y adultos mayores hombres y mujeres no derechohabientes y derechohabientes del ISSSTE Y PEMEX

SERVICIOS: atención ambulatoria y hospitalaria especializada. Consulta externa, urgencias, hospitalización continua de corta estancia, hospital parcial, psicoterapia individual, de grupo, de pareja, de familia, rehabilitación psicosocial, psiquiátrica A legal.

Auxiliares de diagnóstico: laboratorio, rayos x, electroencefalografía, mapeo cerebral y potenciales evocados.

DOMICILIO: Av. San Buenaventura s/n esq. Niño de Jesús (Zona de Hospitales) Col. Tlalpan Delegación Tlalpan C.P. 14000 México D.F.
TELÉFONO CONMUTADOR: (55) 5573-1500 y 5573-1550

HOSPITAL PSIQUIÁTRICO "DR. SAMUEL RAMÍREZ MORENO"

USUARIOS: consulta externa especializada a niños, adolescentes, adultos, adultos mayores de ambos sexos. Usuarios no derechohabientes y derechohabientes del ISSSTE y PEMEX .

SERVICIOS: Hospitalización de corta estancia para usuarios hombres mayores de edad. Urgencias hospital parcial, psicoterapia individual, de grupo de pareja de familia, rehabilitación psicosocial y psiquiatría comunitaria.

Auxiliares de diagnóstico: laboratorio, rayos x, electroencefalografía, mapeo cerebral y potenciales evocados.

DOMICILIO: Km. 5.5 Autopista México-Puebla s/n Col. Santa Catarina Yecahuizotl Delegación Tláhuac C.P. 13100 México D.F.
TELÉFONO CONMUTADOR: (55) 5860-1602 y 5860-1610

HOSPITAL PSIQUIÁTRICO INFANTIL "DR. JUAN N. NAVARRO"

USUARIOS: atención ambulatoria y hospitalaria especializada para población menor de 18 años de edad.

SERVICIOS: Consulta externa, urgencias, hospitalización continua de corta estancia, hospital parcial, psicoterapia individual, de grupo, de pareja, de familia, rehabilitación psicosocial, psiquiátrica A legal. Además cuenta con los servicios de neuropediatría, pediatría, medicina física, rehabilitación y dental.

Auxiliares de diagnóstico: laboratorio, rayos x, electroencefalografía, mapeo cerebral y potenciales evocados.

DOMICILIO: Av. San Buenaventura No. 86(zona de hospitales) Col. Belisario Domínguez, Delegación Tlalpan , C.P. 14080 México D.F.

TELÉFONO CONMUTADOR: (55) 55734866 y 5573-4844

- *El costo del servicio de estos hospitales es mediante estudio socioeconómico a través de cuotas de recuperación.*
- *Acudir al hospital ya sea referido por alguna institución de salud o por su cuenta a solicitar una valoración. en el caso de derechohabientes del **ISSSTE** o **PEMEX** venir referidos de estas instituciones.*
- *En el caso de pacientes menores de edad acudir con un adulto.*

INSTITUTOS NACIONALES DE ATENCIÓN PSIQUIÁTRICA

INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIRUGÍA "MANUEL VELASCO SUÁREZ"

USUARIOS: mayores de 15 años de edad, hombres y mujeres no derechohabientes del IMSS, ISSSTE Y PEMEX

REQUISITOS: Padecer de una enfermedad de tipo neurológica, neuroquirúrgica o psiquiátrica, traer referencia médica (médico particular, centro de salud, institutos nacionales de salud, hospital general, etc.), asistir acompañado de un familiar adulto

no traer niños.

SERVICIOS: Psiquiatría, Neuroanestesia, Neuroimagen, Radiología convencional, Tomografía Axial, Resonancia Magnética, Radiología, Neurofisiología Clínica Electroencefalogramas, Electromiografías Neurología de la Conducta, Rehabilitación, Urgencias, Infectología, y Laboratorios Clínicos.

REHABILITACIÓN: Este servicio incluye los grupos de apoyo en distintas enfermedades como:

- * [Afasia](#)
- * [Cisticercosis](#)
- * [Depresión](#)
- * [Alzheimer](#)
- * [Huntington](#)
- * [Parkinson](#)
- * [Epilepsia](#)
- * [Esclerosis](#)
- * [Esquizofrenia](#)
- * [Parálisis facial](#)
- * [Tabaquismo](#)
- * [Trastorno bipolar](#)
- * [Trauma craneoencefálico](#)
- * [Violencia doméstica](#)
- * [Enfermedad vascular cerebral](#)

INFORMES:

Grupo de autoayuda
Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía MVS
Departamento de Grupos de Apoyo
M. en C. Yaneth Rodríguez Agudelo
Tel. 56-06-38-22 ext. 2016
E-mail: gpo_apoyo@innn.edu.mx

DOMICILIO: Av. Insurgentes sur 3877, Col. La fama, Deleg.
Tlalpan,
C.P. 14269

TELEFONOS:

DEPARTAMENTO DE CONTROL Y REFERENCIA DE PACIENTES

TELÉFONO: 5606 38 22 Ext. 1002,1010 y 1011
HORARIO DE ATENCIÓN: 08:30 hrs. a 20:30 hrs.
DÍA DE ATENCIÓN: Lunes a Viernes

SERVICIO: DE URGENCIAS

TELÉFONO: 5606 38 22 Ext. 1061 y 1058
HORARIO DE ATENCIÓN: las 24 Horas
DÍA DE ATENCIÓN: Lunes a Domingo

INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA "RAMÓN DE LA FUENTE"

USUARIOS: EL paciente debe tener 13 años en adelante, hombre o mujer.

EL paciente que desee consulta de primera vez deberá presentarse en el Instituto a partir de las 8:00 hrs., además no deberá contar con seguridad social.

SERVICIOS: Urgencias, Consulta Externa, Psiquiatría del Adolescente **Esquizofrenia**, Psicogeriatría y Demencia, Trastornos Alimentarios, Hospitalización, Laboratorio Clínico, Imágenes Cerebrales, Psicología Clínica y Neuropsicología, Psicoterapia

REHABILITACIÓN

Se lleva a cabo un programa piloto de Estudio y Tratamiento Integral del Enfermo Esquizofrénico. Se evalúa el potencial de rehabilitación del paciente y su situación familiar antes de asignarles un programa de rehabilitación. El programa consta de un tratamiento farmacológico estrechamente supervisado, intervenciones con grupos de padres de los pacientes, terapia ocupacional, musicoterapia, etc.

DOMICILIO: Calz. México-Xochimilco N° 101, Col. San Lorenzo Huipulco Delegación Tlalpan, C.P. 14370 México, D. F. México.

TELÉFONO: (52) 5655-2811. Ext. 324.

URGENCIAS: Horario de atención:
24 horas del día, todos los días del año.
Tel. 5655 2811 Ext. 313

CENTROS DE AYUDA NACIONALES

Directorio Nacional de Hospitales Psiquiátricos y Servicios de Psiquiatría

AGUASCALIENTES

CENTRO NEUROPSIQUIATRICO

Secretaría de Salud
Km 4.2 Carretera a la Cantera
C.P. 20208, Aguascalientes, Ags.
Tel. 01(49)76-0587, 79-0588
Fax. 76-05-89

BAJA CALIFORNIA

INSTITUTO DE SALUD MENTAL MEXICALI

DIF Estatal
Rio Papaloapan y Calle 11 Fracc. Nuevo Mexicali
C.P. 21390, B.C.
Tel. 01(65)61-0315, 61-0920,61-1065
Fax. 61-0315

TIJUANA

HOSPITAL PSIQUIATRICO DE TIJUANA

Ayuntamiento Municipal
Vía Rápida Poniente 12671 y Boulevard Las Américas, Col. 20 de Noviembre
C.P. 22437, Tijuana B.C.
Tel. 01(66)81-0791
Fax. 81-0792

BAJA CALIFORNIA SUR

HOSPITAL PSIQUIATRICO "CHAMETLA"

Secretaría de Salud
Km 11.5 Carretera al Norte, Ejido al Centenario
C.P. 23000, La Paz, B.C.S.
Tel. 01(112) 4-6212, 4-6213
Fax. 2-5977, 2-0646

HOSPITAL GENERAL "JUAN MA. DE SALVATIERRA"

Secretaría de Salud
Nicolás Bravo y Lic. Verdad 10-10 Centro
C.P. 23000, La Paz, B.C.S.
Tel. 01(112)2-1496,2-1593
Fax. 2-1597

CAMPECHE

HOSPITAL PSIQUIATRICO "DR. MANUEL CAMPOS"

Secretaría de Salud
San Francisco Koben s/n, Km 26.5 Carretera Campeche Tenabo
C.P. 24000, San Francisco Koben, Campeche
Tel. 01(981)1-3738

COAHUILA

CENTRO DE SALUD MENTAL

Martín Enriquez y Juan O Donojú s/n, Col. Virreyes Colonial
Saltillo, Coah.
Tel. 01(84)12-1434
HOSPITAL PSIQUIATRICO DE SALTILLO
SSA-Gob
Madero 1251 esq. Murguía, Col. Centro
C.P. 25000, Saltillo, Coah.
Tel. 01(84)12-1434

HOSPITAL PSIQUIATRICO "PARRAS DE LA FUENTE"

SSA-Gob
Nicolás Bravo 1 esq. Matamoros
C.P. 27980, Parras de la Fuente, Coah.
Tel. 01(842)2-2900. 2-2399
Fax. 2-1022

COLIMA

HOSPITAL GENERAL "IXTLAHUACAN" UNIDAD DE PSIQUIATRIA

Secretaría de Salud
Calle Zaragoza s/n
C.P. 28700, Ixtlahuacan
Tel. 01(332)4-9045, 4-9056
Fax. 4-9045

CHIAPAS

CASA HOGAR PARA ENFERMOS MENTALES "SAN AGUSTIN"

DIF
Km 8.5 Carretera Tuxtla
Gutiérrez-Villa Flores
C.P.29007, Tuxtla Gutiérrez, Chis.
Tel. 01(961)5-8091

CHIHUAHUA

HOSPITAL PSIQUIÁTRICO DE CHIHUAHUA

ICHISAL
Km 6.5 Carretera a Cuauhtémoc
Apartado Postal E-49
C.P. 31020 Chihuahua, Chih.
Tel. 01(14)34-0211, 34-0065
Fax. 34-0400

HOSPITAL PSIQUIATRICO "CIVIL LIBERTAD"

ICHISAL
Ignacio Alatorre 870 Sur, Col. Chaveña
C.P. 32000 Ciudad Juárez, Chih.
Tel. 01(16)12-01 34
Fax. Hospital: 13-1571

DISTRITO FEDERAL

HOSPITAL PSIQUIATRICO "SAN FERNANDO"

Instituto Mexicano del Seguro Social
Av. San Fernando 201, Col. Toriello Guerra
Tlalpan C.P. 14050, México D.F.
Tel. 56-06-83-23, 56-06-84-95
Fax 56-06-96-49

HOSPITAL "MORELOS"

Instituto Mexicano del Seguro Social
San Juan de Aragón 311, Col. San Pedro el Chico
Deleg. Gustavo A. Madero C.P. 07480, México, D.F.
Tel. 55-77-44-19, 55-77-72-92
Fax 55-77-72-92

UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 10

Instituto Mexicano del Seguro Social
CALZ. DE Tlalpan 931, Col. Niños Héroes de Chapultepec
Tlalpan C.P. 03440, México, D.F.
Tel. 55-79-61-22, 55-79-61-30
Fax 55-79-63-59

CLINICA DE NEUROLOGÍA Y PSIQUIATRIA TLATELOLCO

Instituto de Seguridad Social al Servicio de los Trabajadores del Estado
Prolongación Guerrero 346, Unidad Nonoalco Tlatelolco
C.P. 06300, México, D.F.
Tel. 55-97-97-50, 55-83-68-95

CENTRO INTEGRAL DE SALUD MENTAL

Secretaría de Salud
Periférico Sur 2905, Col. San Jerónimo Lídice
C.P. 10200, México, D.F.
Tel. 55-95-65-51, 55-95-81-15
Fax 55-95-80-25

HOSPITAL CENTRAL MILITAR

Secretaría de la Defensa Nacional
Av. Ejército Nacional s/n y Periférico, Col. Lomas de Sotelo
C.P. 11049, México, D.F.
Tel. 55-57-31-00
Fax 55-57-30-21

CLINICA DE SALUD MENTAL

Departamento de Psicología Médica, Psiquiatría y Salud Mental,
Facultad de Medicina UNAM
Circuito Interior y Cerro del Agua, CU
C.P. 04510, México, D.F.
Tel. 56-23-21-28, 56-23-21-29
Fax 56-16-24-75

CLINICA FLORIDA

Privado
Iztacihuatl 180, Col. Florida
C.P. 01030, México, D.F.
Tel. 56-61-04-91, 56-63-57-05
Fax 56-63-55-80

SANATORIO ESPAÑOL

Hospital Privado
Av. Ejército Nacional 613 Unidad Pablo Diez,
1er piso Pabellón 9, Col. Granada
C.P.. 11520, México, D.F.
Tel. 55-45-31-88, 55-31-81-45
Fax 52-55-46-94

SANATORIO GRANJA PSIQUIATRICA "EL CARMEN"

Hospital Privado
Av.Tláhuac 6148, Col. Santiago Zapotitlán
C.P. 13300, México, D.F.
Tel.58-45-00-37
Fax 58-45-21-58

SANATORIOS DE MÉXICO, S.A. DE C.V. CLINICA "SAN RAFAEL"

Hospital Privado
Insurgentes Sur 4177, Col. Santa Ursula Xitla
Tlalpan C.P. 14420, México. D.F:
Tel. 56-55-47-99, 56-55-07-49
Fax 56-55-30-77

CENTRO COMUNITARIO DE SALUD MENTAL "CUAUHTEMOC"

Dr. Enrique González Martínez 13, Col. Santa María la Rivera
C.P. 06400, México, D.F:
Tel. 55-41-47-49, 55-41-12-24
Fax 55-41-16-77

CENTRO COMUNITARIO DE SALUD MENTAL "ZACATENCO"

Ave. Ticomán esq. Huanuco s/n, Col. S Pedro Zacatenco
Del. Gustavo A. Madero C.P. 07360, México, D.F.
Tel. 57-54-66-01, 57-54-66-10
Fax 57-54-66-01

CENTRO COMUNITARIO DE SALUD MENTAL "IZTAPALAPA"

Av. Eje 5 esq. Guerra de Reforma
Del. Iztapalapa, C.P: 09310, México, D.F.
Tel. 56-94-16-60

DURANGO

HOSPITAL PSIQUIATRICO "DR. MIGUEL VALLE BUENO"

Secretaría de Salud
Poblado 20 de Noviembre, Domicilio conocido
Col. 20 de Noviembre
Apartado Postal 4-036
C.P. 34304 Durango, Dgo.
Tel. 01(18)14-0479, 14-1946
Fax 14-1096

CENTRO PSIQUIATRICO LAGUNA

Hospital Privado
Blvd.. Miguel Alemán 905 Pte, Zona Centro
C.P. 35000, Gómez Palacio , Dgo.
Tel. 01(17)14-04-22
Fax 14-4467

ESTADO DE MÉXICO

HOSPITAL PSIQUIATRICO "JOSE SAYAGO"

SSA-ISEM
Km 33.5 Carretera Federal México-Pirámides
Municipio de Acolman, C.P. 55885, Tepexpan, Edo. Mex.
Tel. 01(595)-0003, 7-0482
Fax 2-0028

HOSPITAL PSIQUIATRICO "DR. ADOLFO M. NIETO"

Secretaría de Salud
Km 33 Carretera Federal México-Pirámides
Municipio de Acolman, C.P. 55885, Tepexpan, Edo. Mex
Tel. 01(595)7-0003, 7-0482
Fax 2-0028

HOSPITAL PSIQUIATRICO "GRANJA LA SALUD TLAZOLTEOTL"

SSA-ISEM
Km 33.5 Carretera Federal a Puebla
Municipio de Ixtapaluca
Apartado Postal 4
C.P. 56530, Zoquiapan, Edo. Mex.
Tel. 59-72-0028
Fax 59-72-1640

GUANAJUATO

HOSPITAL PSIQUIATRICO "SAN PEDRO DEL MONTE"

Secretaría de Salud
Carretera Antigua a San Francisco del Rincón
San Pedro del Monte
Apartado Postal 271
C.P. 37000, León, Gto.
Tel. 01(47)12-0825
Fax 12-0825

HIDALGO

HOSPITAL PSIQUIATRICO "DR. FERNANDO OCARANZA"

Secretaría de Salud
Km 62.5 Carretera México-Pachuca
Municipio Tolcayuca
Apartado Postal 11
C.P. 47083 Pachuca, Hgo.
Tel. 01(779)6-0616

JALISCO

HOSPITAL PSIQUIATRICO DE JALISCO

SSA-SSBSE
Km 17.5 Antigua Carretera a Chapala
El Zapote del Valle, Municipio de Tlajomulco de Zúñiga
C.P. 45640, Guadalajara, Jal.
Tel. 01(3)696-0281, 696-02-01

SERVICIO DE PSIQUIATRIA ANTIGUO HOSPITAL CIVIL

SSA-SSBSE
Calle Hospital 278, Sector Hidalgo
C.P. 44280, Guadalajara, Jal.
Tel. 01(3)614-5501, 614-6988
Fax 614143

UNIDAD DE ORIENTACIÓN Y PSICODIAGNÓSTICO

Justo Sierra 2310, Col. Ladrón de Guevara
Guadalajara, Jal. C.P. 44600
Tel. (013)6302002
Fax 6161089/4492

HOSPITAL PSIQUIATRICO "SAN JUAN DE DIOS"

Hospital Privado
Av. Laureles 55
C.P. 45150, Zapopan, Jalisco
Tel. 01(36)633-2777, 633-26-71
Fax 656-0676

HOSPITAL GENERAL DE OCCIDENTE

Hospital Privado
Av. Zoquiapan 1050, Col. Zoquiapan
C.P. 45170, Zapopán, Jal.
Tel. 01(3)633-4107
CONM. 633-48-93

MICHOACAN

HOSPITAL PSIQUIATRICO "DR. JOSE TORRES"

Secretaría de Salud
Miguel Arreola 450, Col. Poblado Ocolusen
C.P. 58279, Morelia, Mich.
Tel. 01(43)14-0674, 14-5566

HOSPITAL DE NUESTRA SEÑORA DE LA SALUD

Hospital Privado
Zaragoza 276, Centro
C.P.58000, Morelia, Mich.
Tel. 01(43)14-0084

CLINICA TAPIA

Hospital Privado
Gobernador Mariano Jiménez 406, Col. Nueva Chapultepec
C.P. 58260, Morelia, Mich.
Tel. 01(43)14-50-19

NAYARIT

CENTRO TERAPÉUTICO DEL ESTADO DE NAYARIT

Blvd.. Tepic-Jalisco 346, Col. Miravles
C.P. 63184, Tepic, Nay.
Tel. 01/321)3-4425, 3-4426

NUEVO LEON

HOSPITAL PSIQUIATRICO DE MONTERREY

Secretaría de Salud
Capitán Mariano Azueta 680, Col. Buenos Aires
C.P. 64800, Monterrey, N.L.
Tel. 01(8)358-0807, 359-9301
Fax 352-3051

HOSPITAL DE PSIQUIATRIA No. 22

IMSS
Rayones 965, Col. Nogales
C.P. 64260, Monterrey, N.L.
Tel 01(8)352-0808, 352-3051
Fax 352-3051

HOSPITAL UNIVERSITARIO

Universidad-Gobierno del Estado
Madero y Gonzalitos, Col. Mitras Centro
C.P. 64460, Monterrey, N.L.
Tel. 01(8)348-40-91, 348-0585
Fax 346-3874

HOSPITAL PSIQUIATRICO DE MONTERREY, S.A.

Hospital Privado
Colegio Civil 133 Sur, Col. Centro
C.P. 64001, Monterrey, N.L.
Tel. 01(8)342-5366
Fax 342-0280

CENTRO ESTATAL DE SALUD MENTAL "COMUNIDAD TERAPEUTICA"

DIF
Km 6.5 Carretera a Salamanca
Apartado postal s/g
C.P. 58000, Morelia, Mich.
Tel. 01(43)13-9705, 13-9694, 13-9966
Fax 13-9705

OAXACA

HOSPITAL PSIQUIATRICO "CRUZ DEL SUR"

Secretaría de Salud
Km 18.5 Carretera Oaxaca-Sola de Vega,
Reyes Mantecón, Zimatlán
C.P. 67124, Oaxaca, Oax.
Tel. 01(951)1-5033, 4-0497
Fax 6-5935

PUEBLA

HOSPITAL PSIQUIATRICO "DR. RAFAEL SERRANO"

Secretaría de Salud
Km 7.5 Carretera Puebla-Valsequillo
El Batán C.P. 72573, Valsequillo, Pue.
Tel. 01(22)16-1399
Fax 16-1540

HOSPITAL PSIQUIATRICO PARA MUJERES "SAN ROQUE"

Maximino Ávila Camacho 607, Col. Centro
C.P. 72000, Puebla, Pue.
Tel. 01(22)42-2260

SANATORIO PSQUIATRICO "NUESTRA SEÑORA DE GUADALUPE"

Hospital Privado
Prolongación Morelos s/n, Col. San Andrés Cholula
C.P. 72760, Cholula, Pue.
Tel. 01(22)47-0622, 47-0022
Fax 47-4897

SAN LUIS POTOSÍ

CLINICA PSIQUIATRICA "DR. EVERARDO NEWMANN PEÑA"

Secretaría de Salud
Km 8.5 Carretera a Matehuala
Antiguo Camino de Golf
Apartado Postal 84
C.P. 78430, Soledad de Graciano Sánchez, S.L.P.
Tel. 01(48)31-2023, 31-0525
Fax 31-0525

SINALOA

HOSPITAL PSIQUIATRICO "DR. ALFONSO MILLAN"

Secretaría de Salud
Carretera a Culiacancito Km 2.8, Fracc. Horizonte
C.P. 80400, Culiacán. Sin.
Tel. 01(67)54-15-10, 54-1525

SONORA

HOSPITAL PSIQUIATRICO "CRUZ DEL NORTE"

SSA-SEMESON
Av. Luis Donaldo Colosio esq. Carlos Quintero Arce, Col. El Llano
Apartado Postal 621
C.P. 83270, Hermosillo, Son.
Tel. 01(62)16-5457, 16-4200
Fax 16-5457

HOSPITAL PSIQUIATRICO "DR. CARLOS NAVA MUÑOZ"

SSA-SEMESON
Prol. Pino Suárez 182 Sur, Col. Centro
C.P. 83000, Hermosillo, Son.
Tel. 01(62)17-1468, 17-3580
Fax 13-5706

UNIDAD DE DESINTOXICACIÓN "UNIDES"

Secretaría de Salud
Domicilio Conocido
Agua Prieta, Son. C.P. 84200

TABASCO

HOSPITAL PSIQUIATRICO DE VILLAHERMOSA

Secretaría de Salud
Calle Ramón Mendoza Ramón s/n, Col. José Ma. Pino Suárez
Zona Asistencial
C.P. 86010, Villahermosa, Tab.
Tel. 01(93)57-0789
Fax 57-0887

TAMAULIPAS

HOSPITAL PSIQUIATRICO DE TAMPICO

Gobierno del Estado
Av. Ejército Mexicano 1403, Col. Allende
C.P. 89130, Tampico, Tamps.
Tel. 01(12)13-1862, 13-9538
Fax 17-0679

CLINICA PSICOMEDICA "SAN ROQUE"

Hospital Privado
Ocampo 2917
C.P. 88000, Nuevo Laredo, Tamps.
Tel. 01(87)5-5943

VERACRUZ

HOSPITAL PSIQUIATRICO "DR. VICTOR M. CONCHA VAZQUEZ"

SSA-Gob
Sur 23 s/n Oriente 2, Plaza de la Conocordia, Centro
C.P. 94300 Orizaba, Ver.
Tel. 01(274)4-3189
Fax 4-3080

HOSPITAL DE ESPECIALIDADES "DR. MIGUEL DORANTES MEZA"

SSA-Gob
Calle Soconusco 31, Aguascalientes 100, Col. Aguacatal
C.P. 91130, Jalapa, Ver.
Tel. 01(28)15-0174, 15-0175
Fax 15-0552

INSTITUTO PSIQUIATRICO VERACRUZANO, S.C.

Hospital Privado
Av. Urano lotes 3 y 4, Col. Granjas Los Pinos
C.P. 94290, Boca del Rio, Ver.
Tel. 01(29)21-5494, 37-1073

CLINICA PSIQUIATRICA "CITLALTEPEL"

Hospital Privado
Norte 36 entre Oriente 5 y 7, Atrás Toreo la Concordia
C.P. 94300, Orizaba, Ver.
Tel. 01(272)4-2658, 4-4170
Fax 4-2658

YUCATÁN

HOSPITAL PSIQUIATRICO DE YUCATÁN

SSA-Gob
Calle 116x159, Col. Francisco I. Madero
Apartado Postal 398
C.P. 97230, Mérida, Yuc.
Tel. 01(99)47-3209
Fax 45-1502, 45-1542

ZACATECAS

SANATORIO SANTA FE

Hospital Privado
Calle Hidalgo No. 47, Col. Tecualeche
C.P. 98600, Guadalupe, Zac.
Tel. (01492) 28405,
28302 Ext. 21

ESCALA DE SOBRECARGA DEL CUIDADOR DE ZARIT

Instrucciones: A continuación se presenta una lista de afirmaciones, en las cuales se refleja cómo se sienten, a veces, las personas que cuidan a otra persona. Después de leer cada afirmación, debe indicar con que frecuencia se siente Ud. Así: nunca, rara vez, algunas veces, bastantes veces (a menudo) y casi siempre. A la hora de responder piense que no existen respuestas acertadas o equivocadas, sino tan solo su experiencia.

0= Nunca 1= Rara vez 2= Algunas veces 3= Bastantes veces 4= Casi siempre

1

¿Piensa que su familiar le pide más ayuda de la que realmente necesita?	0	1	2	3	4
¿Piensa que debido al tiempo que dedica a su familiar no tiene suficiente tiempo para usted?	0	1	2	3	4
¿Se siente agobiado por intentar compatibilizar el cuidado de su familiar con otras responsabilidades (trabajo, familia)?	0	1	2	3	4
¿Siente vergüenza por la conducta de su familiar?	0	1	2	3	4
¿Se siente enfadado cuando está cerca de su familiar?	0	1	2	3	4
¿Piensa que el cuidar de su familiar afecta negativamente la relación que usted tiene con otros miembros de su familia?	0	1	2	3	4
¿Tiene miedo por el futuro de su familiar?	0	1	2	3	4
¿Piensa que su familiar depende de Ud.?	0	1	2	3	4
¿Se siente tenso cuando está cerca de su familiar?	0	1	2	3	4
¿Piensa que su salud ha empeorado debido a tener que cuidar a su familiar?	0	1	2	3	4
¿Piensa que no tiene tanta intimidad como le gustaría debido a tener que cuidar a su familiar?	0	1	2	3	4
¿Piensa que su vida social se ha visto afectada negativamente por tener que cuidar a su familia?	0	1	2	3	4
¿Se siente incómodo por distanciarse de sus amistades debido a tener que cuidar a su familiar?	0	1	2	3	4
¿Piensa que su familiar le considera a usted la única persona que le puede cuidar?	0	1	2	3	4
¿Piensa que no tiene suficientes ingresos económicos para los gastos de cuidar a su familiar, además de sus otros gastos?	0	1	2	3	4
¿Piensa que no será capaz de cuidar a su familiar por mucho más tiempo?	0	1	2	3	4
¿Siente que ha perdido el control de su vida desde que comenzó la enfermedad de su familiar?	0	1	2	3	4
¿Desearía poder dejar el cuidado de su familiar a otra persona?	0	1	2	3	4
¿Se siente indeciso sobre qué hacer con su familiar?	0	1	2	3	4
¿Piensa que debería hacer más por su familiar?	0	1	2	3	4
¿Piensa que podría cuidar mejor a su familiar?	0	1	2	3	4
Globalmente, ¿Qué grado de "carga" experimenta por el hecho de cuidar a su familiar?	0	1	2	3	4

¹ Adaptado por Izal, M. y Montorio, I. Evaluación del medio y del cuidador del demente. En T. del Ser y J. Peña (eds). Evaluación neuropsicológica y funcional de la demencia. Barcelona: Prous



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE TRABAJO SOCIAL



Objetivo: El presente cuestionario lleva como fin, ¿Conocer cuáles son las responsabilidades y obligaciones que tiene el Cuidador Primario con el paciente? Así como ¿Conocer con que apoyos cuenta? Los resultados de este cuestionario servirán para elaborar el perfil del Cuidador Primario del paciente con Dx. de esquizofrenia.

1.- ¿Qué responsabilidades específicas tiene el Cuidador Primario con el paciente?

2.- ¿Qué hábitos de su vida tuvo que cambiar?

3.- ¿Cómo han cambiado las relaciones familiares a partir de la aparición de la enfermedad?

4.- ¿Quien o quienes cooperan en la economía para cubrir los costos del tratamiento?

5.- Usted como Cuidador Primario ¿siente apoyo por parte de la familia?

SI _____ NO _____

6.- En caso de contestar sí, ¿que tipo de apoyo le brindan?



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 _____ Apellido paterno, materno y nombre	Sexo: _____	Edad: _____	Estado Civil _____
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 _____ Apellido paterno, materno y nombre	Sexo: _____	Edad: _____
Fecha de Nacimiento _____ Día/mes/Año/	Lugar de Origen _____	
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 () Estereo () 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 () Si () Cuáles: _____

DIAGNÓSTICO SOCIAL

PLAN SOCIAL

Fecha de aplicación

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

Día

Mes

Año

Responsable de la Entrevista

Nombre y firma del E. Lic. en Trabajo Social

BIBLIOGRAFÍA

FUENTES BIBLIOGRÁFICAS

- ☞ Ander Egg Ezequiel "Evaluación de programas sociales" Editorial Humanitas, Buenos Aires Argentina 1984
- ☞ Ander Egg Ezequiel "Metodología del Trabajo Social" Editorial Ateneo 4ª edición Barcelona España 1982
- ☞ Andreé Michel "Sociología de la Familia y del Matrimonio" Editorial Península, Barcelona España 1974
- ☞ Campo Urbano Salustiano del "Familia: Sociología y Política" Editorial Completense, España 1995
- ☞ Caparrós Sánchez Nicolás "Crisis de la Familia, Revolución del Vivir" Editorial Fundamentos, 2ª edición, Madrid España 1981
- ☞ Caraveo y Cols. Características psicopatológicas de la población urbana adulta en México. Resultados de una Encuesta Nacional en Hogares. AN. Instituto Mexicano de Psiquiatría, 1994
- ☞ Casares García Pilar M. "Ancianos, problemática y Propuesta Educativa" Editorial San Pablo, Madrid España, 2002
- ☞ Cusinato Mario "Psicología de las Relaciones Familiares" Editorial Hender. Barcelona 1992
- ☞ Davidoff, L.L. "Introducción a la Psicología" Editorial Mc. Graw Hill., 3ª edición, 1994
- ☞ De la Fuente Ramón "Psicología Médica" Editorial FCE., 2ª edición 1992
- ☞ Espejel Emma et. al. "Manual para la Escala de Funcionamiento Familiar" Instituto de la Familia A.C. IFAC Universidad Autónoma de Tlaxcala 1997
- ☞ Estrada Inda Lauro "El Ciclo Vital de la Familia" Editorial Grijalbo México, D.F., 1997
- ☞ Fromm Erich, et al. "La familia" Capítulo II Estructura Social y Anomia. Revisión y Ampliación. Editorial Península Barcelona España 1978
- ☞ Fuente Muñiz Ramón de la. "Psicología Médica" nueva versión." Editorial FCE, México, 2ª Edición 2002

- ☞ García, Silverman S." Creencias sobre el enfermo mental". La Psicología Social en México, VI 1996
- ☞ Gibb, Jack R. et al. "Manual de dinámica de grupos" Editorial Lumen/Humanitas, Buenos Aires Argentina 1996
- ☞ Goldman Howard, M.D.M.P.H "Psiquiatría General" Editorial El manual moderno, 2ª edición, México D.F. , 1989
- ☞ Honorato Garduño Erika, et al. "Dinámica Familiar del Paciente con Diagnóstico de Esquizofrenia" Tesis, ENTS-UNAM 2004
- ☞ Kaplan Harold I. et al. "Sinopsis de Psiquiatría Ciencias de la Conducta, Psiquiatría Clínica". Editorial Médica Panamericana. 8ª edición. Buenos Aires Argentina, 1996
- ☞ L. Berger Meter, Luckman Thomas. "La Construcción de la Realidad Social" Editorial Paidós 1997
- ☞ L. Vargas Aragón Martín, et al. "Escuela de Familias. Guía Psico-Educativa para familiares de enfermos psicóticos" Serie Breve, Ciencias de la Salud. Universidad de Valladolid España 1998
- ☞ López J. Juan, Aliño Ibor. "Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM – IV – TR" Et al. Editorial Masson, 1ª edición, Barcelona España 2002
- ☞ Ma. José Rodrigo et. al." Familia y Desarrollo Humano" Manuales de Psicología y Educación. Editorial Alianza, Madrid España 1998
- ☞ Medaura Olga et al. "Técnicas grupales y aprendizaje afectivo, hacia un cambio de actitud" Editorial Humanitas 2ª edición Buenos Aires Argentina
- ☞ Quintero Velásquez Ángela María "Trabajo Social y Procesos Familiares" Editorial Lumen/Humanitas. Buenos Aires Argentina 1997
- ☞ Rodríguez Villa Bertha M. "Marcos Teóricos Conceptuales de las Familias" UNAM-ENTS, México, Depto, de Educ. Abierta y a Distancia. (Sin año de registro)
- ☞ Rojas Soriano Raúl et. al. "Apuntes de la Vida Cotidiana; Una Interpretación Sociológica" Editorial Plaza y Valdez. México 1991
- ☞ Suárez Vargas Georgina, "Características Psico-sociales del Cuidar Primario del Paciente con VIH/SIDA" Tesis caso práctico. ENTS-UNAM México, mayo 2004
- ☞ Valero Chávez Aida "Atención Individualizada en Trabajo Social" SAETI México D.F., 2004
- ☞ Zarit, Rever y Bach-Peterson. "Entrevista de Carga del Cuidador" Sociedad Española de Geriatria y Gerontología. 1990

☞ FUENTES HEMEROGRÁFICAS

- ☞ Barrowclough, C., Tarrier, N., Watts, S., Vaughn, C., Bamrah, J.S. & Freeman, H.L. (1987) Assening the functional Value of Relatives Knowledge about Schizophrenia: A preliminary Report. British Journal of Psychiatry
- ☞ Espina Alberto, Gonzáles Pilar, "Intervenciones Familiares en la Esquizofrenia. Cambios en la sintomatología y el ajuste social", en Revista de Salud mental INP. No 1, vol. 26 febrero 2003
- ☞ Evaluación de Servicios de Salud Mental en la República Mexicana periodo 2001-2006
- ☞ Fresán Ana, et al. "Ambiente familiar y Psicoeducación en el Primer Episodio de Esquizofrenia: resultados preliminares", en Revista de Salud mental No 4, vol. 24 agosto 2001
- ☞ Garnica Portillo Rodrigo. "Esquizofrenia. Guía para los familiares del paciente" 1998
- ☞ Geiser Med. Max, "Esquizofrenia, Diagnóstico – Adaptación y Convivencia. Una información para familiares y profanos" Asociación Madrileña de Amigos y Familiares de Enfermos con Esquizofrenia AMAFE, Madrid España, 2ª edición 1992
- ☞ Hyde, A.P. Goldman, Ch. R. (1993) Common family issues thar interfere with the treatment and rehabilitation of people with schizophrenia. Psychosocial Rehabilitation Journal
- ☞ La Carga Global de las Enfermedades. Banco Mundial y Organización Mundial de la Salud. Publicación de la OMS. 1996
- ☞ Manual. "Entendiendo la Esquizofrenia: Una guía para las personas que sufren la esquizofrenia y sus familias"
- ☞ Miller, Y., Kabacoff, R., Keitner, G., Epstein, N. y Bishop D. (1986), Family functioning in the families of psychiatric patients. Comprehensive Psychiatric
- ☞ Programa de Acción en Salud Mental 2006. Mensaje del Comisionado Nacional contra las adicciones
- ☞ Rascón. M.L., Díaz, R. López, J. & Reyes, C. (1997). "La necesidad de atención en los familiares responsables del cuidado de pacientes esquizofrénicos". Memoria del Cuarto Encuentro Nacional de Investigadores sobre Familia. México: Universidad Autónoma de Tlaxcala.
- ☞ Smith, J.V. & Birchwood, M.J. (1987) Specific and Non-speccific effects of educational intervention with families livien with a schizophrenic relative. British Journal of Psychiatry, 150, 645-652

- ☞ Sorin Mónica "Cultura y Vida Cotidiana" Revista: Casa de las Américas. Universidad de la Habana Cuba. 1990 ene-feb
- ☞ Thomas Roberto "Entendiendo la Esquizofrenia, una guía para personas que sufren esquizofrenia y sus familias" 3er apartado

☞ FUENTES ELECTRÓNICAS

- ☞ http://www.gobcan.es/sanidad/scs/su_salud/adultos/esquizofrenia.htmlsiendo, buscador: www.yahoo.com.mx, 10 de agosto del 2005.
- ☞ http://www.revistamedicade_santiago.com. Cordero Martín. "Revista Médica de Santiago" Vol. 1 No. 3 octubre 1998 ""Esquizofrenia y familia" Sección de Psiquiatría.
- ☞ <http://pulso.com> Monis D. Ramón, "Necesidades y Demandas de los Cuidadores Primarios de Pacientes Terminales de Cáncer en Atención Primaria", Malaga España, 1995.
- ☞ <http://www.redsistemica.com.ar//eff.htm> "Perspectivas sistémicas de la nueva comunicación" artículos on line. Tema: "Trabajando con familias de pacientes esquizofrenicos" por Leff Julián.
- ☞ <http://kunkaan.psicom.uson.mx/> buscador google 13 septiembre 2005
- ☞ http://www.gobcan.es/sanidad/scs/su_salud/adultos/esquizofrenia.htmlsiendo, buscador: www.yahoo.com.mx, 10 de agosto del 2005.
- ☞ www.rms.cl/numeros_anteriores/RMS_3/Esquizofrenia%20familiares.htm, buscador: www.yahoo.com.mx, 10 de agosto del 2005
- ☞ www.mentalhealth.com Long, P. (1989) Families in treatment of schizophrenia. The Harvard Medical School Mental Health Letter. Internet Mental Health