



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**

**FACULTAD DE PSICOLOGÍA**

**LA SOBRECARGA Y EL ESTADO ANIMICO EN FAMILIARES DE  
PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA DEL INSTITUTO NACIONAL DE  
PSIQUIATRIA**

**TESIS, QUE PARA OBTENER EL TITULO DE: LICENCIADA EN  
PSICOLOGÍA, PRESENTAN:**

**CAROLINA ROMAN CASTRO**

**ELIZABETH GABRIELA ACOSTA OLIVARES**

**DIRECTORA**

**MTRA. ALMA MIREIA LÓPEZ-ARCE CORIA**

**REVISORA**

**MTRA. GUADALUPE SANTAELLA HIDALGO**

**ASESORA METODOLÓGICA**

**MTRA. MARTHA CUEVAS ABAD**

**MEXICO, D.F. NOVIEMBRE DE 2008.**



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

Gracias a nuestra directora Alma Miréia por su tiempo, paciencia y dedicación a este proyecto.

Gracias a cada una de las profesoras que participaron en el desarrollo de este proceso, por sus consejos y apoyo.

Al Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente por permitirnos llevar a cabo dicho proyecto y sobretodo a cada uno de los familiares que participaron en esta tesis ya que sin ellos esta no hubiera sido posible y en especial a la Psíc. Guadalupe Trejo Corona por el espacio brindado,  
Muchas Gracias.

## CAROLINA

A mi esposo Pablo por su amor, apoyo y comprensión, por estar conmigo en esta parte tan importante de mi vida y por compartir este logro que es de los dos; a mis hijos Pablito por ser mi mayor motivación de lucha, entrega y esfuerzo y a Frida por ser el complemento perfecto a mi vida. Por esto y mucho más Los Amo.

Esta tesis esta dedicada a mi madre a quien agradezco por todo su cariño, comprensión y apoyo, por estar junto a mí sin condiciones ni medidas. Gracias por guiarme en este largo camino.

A mis hermanos Maura por ser el pilar y la fortaleza de la familia, gracias por ser mi motivación en este logro; Hilda por su apoyo y al niño Víctor por ser un buen hermano y un ejemplo a seguir, por todo esto y mucho mas MUCHAS GRACIAS.

A mis suegros Bertha y Pablo por su aceptación, apoyo y motivación, Gracias.

## ELIZABETH

A mi madre: con todo mi amor, admiración y eterno agradecimiento por brindarme su apoyo y enorme esfuerzo en cada momento de mi vida, ya que sin él no hubiera sido posible.

A mis tíos especialmente a mi tío Juan y Miguel, pues aunque lamento profundamente su ausencia contribuyeron con su gran ejemplo a motivarme e inspirarme para lograr este sueño.

A mis abuelos León y Anastasia por ser los pilares más importantes de mi vida, por brindarme todo su apoyo y amor incondicional.

Muchas Gracias siempre vivirán en mi corazón.

A Guadalupe por su gran apoyo y confianza brindados en todo momento.

A todos mis amigos en especial a Israel, Iliana y a Eduardo por su cariño y apoyo para concluir este proyecto.

# INDICE

	Pag.
CAPITULO I. LA FAMILIA .....	7
1.1 ESTRUCTURA DE LA FAMILIA MEXICANA.....	9
1.2 ENFERMEDAD CRÓNICA, EL PACIENTE Y SU FAMILIA.....	11
1.3 ANTECEDENTES DE SOBRECARGA EN LOS FAMILIARES.....	12
1.4 CARACTERISTICAS DE LOS CUIDADORES.....	16
1.5 EL ESTRÉS SITUACIONAL.....	17
1.6 FACTORES IATROGENICOS .....	21
1.7 BENEFICIO DE LOS CUIDADOS .....	23
CAPITULO II. LA FAMILIA Y EL PACIENTE ESQUIZOFRÉNICO .....	25
2.1 ¿PORQUÉ ESTUDIAR A LA FAMILIA?.....	26
2.2 SOBRECARGA FAMILIAR DEL PACIENTE ESQUIZOFRENICO.....	28
2.3 MODELO DE ROLLAND PARA LA ENFERMEDAD DENTRO DEL CONTEXTO FAMILIAR (EL MODELO SISTEMICO) .....	30
2.4 LOS RECURSOS DE LA FAMILIA.....	34
2.5 ADAPTABILIDAD FAMILIAR.....	36
2.6 EVALUACIÓN Y ORIENTACIÓN FAMILIAR.....	37
2.7 RESUMEN.....	40
CAPITULO III. ESQUIZOFRENIA.....	44
3.1 CONCEPTO DE ESQUIZOFRENIA.....	44
3.2 EPIDEMIOLOGIA.....	44
3.3 ETIOLOGÍA .....	46
3.4 MANIFESTACIONES CLINICAS.....	49
3.5 TIPOS DE ESQUIZOFRENIA.....	54
3.6 DIAGNÓSTICO.....	56
3.6.1 LA EVALUACIÓN DIAGNÓSTICA.....	56
3.6.2 CLASIFICACIÓN INTERNACIONAL DE LAS ENFERMEDADES.....	57
3.7 TRATAMIENTO.....	61
3.7.1 HOSPITALIZACIÓN.....	63
3.7.2 TRATAMIENTOS PSICOSOCIALES.....	64
3.8 PREVENCIÓN.....	66

CAPITULO IV. DEPRESIÓN.....	67
4.1 CONCEPTO DE DEPRESIÓN.....	67
4.2 EPIDEMIOLOGÍA.....	68
4.3 ETIOLOGIA.....	71
4.3.1 CAUSAS GENÉTICAS.....	71
4.3.2 CAUSAS PSICOLÓGICAS.....	72
4.3.3 CAUSAS ECOLÓGICAS.....	72
4.3.4 CAUSAS SOCIALES.....	73
4.4 TIPOS Y SINTOMAS.....	74
4.4.1 SINTOMAS DEL TRASTORNO DEPRESIVO MAYOR.....	75
4.4.2 SINTOMAS DEL TRASTORNO AFECTIVO BIPOLAR.....	76
4.4.3 SINTOMAS DEL TRASTORNO DISTIMICO.....	76
4.5 EVALUACIÓN DIAGNÓSTICA Y TRATAMIENTO.....	77
4.5.1. LA TERAPIA ELECTRO-CONVULSIVA.....	78
4.5.2 MEDICAMENTOS.....	78
4.5.3 TERAPIA NATURISTA.....	83
4.5.4 PSICOTERAPIAS.....	84
 CAPITULO V. MÉTODO.....	 86
5.1 OBJETIVO.....	86
5.2 HIPOTÉISIS.....	86
5.3 VARIABLES.....	87
5.3.1 DEFINICIÓN OPERACIONAL DE LAS VARIABLES.....	87
5.4 SUJETOS.....	87
5.5 TIPO DE ESTUDIO.....	88
5.6 INSTRUMENTOS O MATERIALES.....	88
5.7 ESCENARIO.....	92
5.8 PROCEDIMIENTO.....	92
 CAPITULO VI. RESULTADOS.....	 93
7.1 DISCUSIÓN.....	100
7.2 CONCLUSIÓN.....	103
7.3 LIMITACIONES Y SUGERENCIAS.....	104
REFERENCIAS.....	105
ANEXO.....	108

## RESUMEN

En el área de salud mental, y particularmente en cuanto a la esquizofrenia, los problemas del manejo del paciente en el hogar, la sobrecarga emocional y la falta de conocimientos sobre la enfermedad, obligan a pensar en las necesidades que presenta este tipo de población. Los familiares son los encargados de cubrir las necesidades básicas y psicosociales del enfermo y por tanto, quienes pueden sufrir, “una serie de problemas físicos, mentales, socioeconómicos y alteraciones de su capacidad para atender a su asistido a causa de esta labor”. El objetivo de este estudio fue evaluar la sobrecarga y determinar cómo influía en él estado anímico de familiares de pacientes con esquizofrenia. Se aplicaron 2 instrumentos a 60 familiares de pacientes con esquizofrenia en el Instituto Nacional de Psiquiatría, la escala de sobrecarga del cuidador de Zarit y la escala de autoevaluación de depresión de Zung, se observa que más del 90% de los cuidadores son mujeres, en su mayoría es la madre, que se encuentra entre los 31 y 50 años, ama de casa, con una media de 4 años al cuidado del paciente, detectando que a mayor tiempo de cuidado tiende a incrementarse la sobrecarga. Sin embargo no se encontró correlación significativa entre ellas, pero se presentaron algunos síntomas de tipo afectivo y fisiológicos. Por lo que se concluye que la depresión no necesariamente es un fenómeno que se presente debido a la sobrecarga, sino que es un problema multifactorial, por consiguiente hay que tomar en cuenta todos los factores que influyen para un trastorno depresivo.

## **CAPITULO I**

### **LA FAMILIA**

La importancia que tiene la familia en la práctica médica es algo a la vez obvio y oscuro: intuimos que el cuidado de la salud está en profunda relación con la familia; sin embargo, las respuestas a las preguntas de cómo analizar esta relación y qué hacer con ellas suelen ser en extremo vagas; ya que cada familia posee diferentes estilos de vida, creencias y valores que hay que contextualizar de manera eficaz para determinar de que manera interactúan la familia y la enfermedad. Es por esto que en esta primera parte hablaremos acerca del sistema familiar para poder ubicarnos dentro de este marco referencial.

La familia es una organización única, que constituye la unidad básica de la sociedad. Minuchin y Fishman (1992) definen a la familia como “un grupo natural que en el curso del tiempo ha elaborado pautas de interacción”. Estas pautas constituyen lo que en terapia familiar, así como en otras ciencias sociales, se conoce con el nombre de estructura familiar, la cual rige a la vez el funcionamiento de sus miembros, además de definir su diversidad de conductas y facilitar su interacción recíproca. La familia, por tanto, necesita de una organización para desempeñar sus tareas esenciales, es decir, apoyar la individuación de cada miembro y al mismo tiempo proporcionar a todos un sentimiento de pertenencia al grupo o institución que es la familia.

A medida que el tiempo transcurre, la familia pasa de manera progresiva por las diversas etapas del ciclo de vida, ante lo cual surge la necesidad de modificar del mismo modo la configuración de las relaciones familiares. La eficacia de los recursos de la familia para enfrentar problemas y conflictos siempre cambiantes es lo que mantiene el equilibrio relativo entre la tendencia de ésta a aferrarse a todo aquello que ya le es conocido, y la apertura que manifieste para asimilar un cúmulo de experiencias nuevas.

Así la familia es la unidad del crecimiento, la experiencia y la realización, ya que sirve a la continuidad biológica al proporcionar un patrón grupal socialmente sustentado para que el varón y la mujer se unan y puedan cuidar a sus hijos. Además de promover la unión e individuación, dentro de este grupo social es donde se cultivan los lazos de afecto e identidad, se satisfacen las necesidades recíprocas, se entrenan a sus componentes en tareas de participación social, y se impulsa el desarrollo y la realización creativa de cada uno.

Pero quién pertenece a la familia, Sussman (1971) clasifica las diversas estructuras familiares en distintas culturas (Friedrich, 1977):

- La familia nuclear tradicional, compuesta por marido, mujer e hijos, en la cual todos viven juntos en una sola unidad organizacional.
- Familia compuesta solo por la pareja, en la cual los cónyuges viven juntos, no tienen hijos o éstos ya no viven con ellos.
- Familias con un solo progenitor como consecuencia de divorcio, abandono, o bien de la separación de los miembros de la pareja conyugal; en este grupo, por lo general, uno de los progenitores vive con los hijos producto de la unión.
- Familias de tres generaciones. En este grupo existen diferentes posibilidades de cohabitación dentro de una sola unidad familiar dado que es una variante de las estructuras familiares ya citadas.
- Matrimonio en edad avanzada donde el marido es el sostén de la familia, la mujer es ama de casa madura y los hijos asisten a la universidad, o bien ya poseen un empleo e incluso algunos de ellos ya se han casado.
- Familias extensas, compuestas por varias familias nucleares.

## **1.1 ESTRUCTURA DE LA FAMILIA MEXICANA**

La familia mexicana es una unidad relativamente sólida y dependiente de la estructura global. De esta última recibe sus características propias, así como sus valores fundamentales; de modo que la modificación y la variedad macroestructural por lo general determinan el tipo y el cambio de la vida familiar.

La vida familiar queda íntimamente ligada a múltiples estereotipos que la propia cultura popular integra y genera a través del sentido ideológico de quienes son sus beneficiarios. Por esta razón es importante mencionar que en México se observa el estereotipo que considera que los lazos de parentesco son la base de la seguridad y el canal natural para la socialización de la persona, de modo que la familia mexicana se constituye en la unidad básica del individuo por tradición popular (Díaz Guerrero, 1986).

A partir de este concepto, el estereotipo derivado hace referencia a una familia mexicana a través de los lazos de parentesco que, por adscripción, representan la relación social básica del individuo. La mayoría de las veces, estos lazos de parentesco son aquellos que ligan a la familia nuclear con la familia extensa, es decir, con abuelos, tíos, primos, compadres e incluso otras personas aún menos cercanas a la familia nuclear. Así que la familia es la unidad singular donde los límites entre el grupo nuclear y el grupo extenso no se encuentran claramente definidos y, por ende, permiten por una parte el apoyo y la seguridad de contar siempre con ellos pero, por la otra, dan pie a una intromisión o invasión de los diversos miembros del grupo en la esfera de vida privada de la familia nuclear.

Por otra parte los miembros de la familia se encuentran vinculados con instituciones laborales, educativas o sociales que quizá prestan sus servicios.

En el presente caso es de primordial importancia hacer hincapié en el contacto de los integrantes de la familia con hospitales, miembros del equipo de salud, organizaciones de apoyo, etc., pues todo esto conforma las redes de apoyo de una configuración social en la cual cada una de estas entidades mantiene relaciones recíprocas con las demás. Las unidades externas no forman un todo social y, por tanto, no constituyen un grupo organizado por sí mismas.

Las redes de apoyo de la familia no sólo incluyen a las instituciones, sino también al conjunto de individuos que mantienen un contacto social con la familia a través de su desarrollo y que le pueden brindar apoyo o ayuda para solucionar sus conflictos.

Speck y Attneave (1994) proponen que los problemas familiares, en especial aquéllos relacionados con la forma en que los miembros de la familia se pueden organizar con el apoyo de su red para solventar los cuidados de un miembro enfermo, alcohólico o adicto, se manejen a través de “mediación en red”. En este proceso las familias reviven relaciones personales que habían perdido su fuerza, flexibilizan los lazos simbióticos, exorcizan antiguos fantasmas familiares y se abren las puertas a una comunicación más amplia, franca y cooperativa con el exterior de tal manera que ante una enfermedad crónica estos lazos se hacen más fuertes.

Las tensiones psicosociales a las que está sometida una familia cuando uno de sus miembros sufre una afección crónica o con riesgo de vida pueden igualar las tensiones físicas del paciente. Todos los miembros se ven afectados. Algunas familias sufren un deterioro en su calidad de vida, mientras otras tienen capacidad de adaptación y salen con éxito de la crisis.

## 1.2 ENFERMEDAD CRÓNICA, EL PACIENTE Y SU FAMILIA

La enfermedad, la discapacidad y la muerte son experiencias universales que ponen a las familias frente a uno de los mayores desafíos de la vida.

Si una enfermedad leve puede hacer que un individuo y su familia entren en crisis, cuánto más podrá desequilibrarla el conocer que uno de sus miembros padece una enfermedad crónica. Antes de proseguir, es importante definir lo que se entiende por enfermedad crónica. La enfermedad crónica es un padecimiento cuyo desarrollo se prolonga a través del tiempo, causando un continuo deterioro físico, mental, o ambos, en el individuo que la padece, llevándolo incluso a la muerte.

Ante el diagnóstico de una enfermedad crónica, el paciente y su familia responden de una manera muy semejante a la descrita por Kubler-Ross (1969) en su trabajo *On Death and Dying* para las situaciones de duelo; ésta parece ser una reacción muy común también frente a otro tipo de crisis. De acuerdo con esta autora, cuando una familia se entera de que uno de sus miembros sufre de una enfermedad crónica y posiblemente mortal, responde al choque a través de una serie de etapas que van desde la negación hasta la aceptación. De éstas, la primera etapa es la negación, la cual resulta ser una reacción de ajuste. La negación se puede definir como el rechazo de una parte o de todo el significado de un evento, con el propósito de minimizar el dolor y la ansiedad. Sin embargo, pocas son las familias o individuos que permanecen en esta etapa durante mucho tiempo.

La segunda etapa se caracteriza por sentimientos tales como enojo, ira, resentimiento y coraje. Ésta es una etapa difícil de manejar, ya que tanto el paciente como algunos miembros de la familia desplazarán sus sentimientos negativos hacia otras personas, la mayor parte de las veces sin considerar contra quién lo harán. Por otra parte, si esta etapa llega a reconocerse y el paciente se siente aceptado y entendido en cuanto a lo que está pasando, su enojo se disminuirá, pues se sentirá amado y respetado. Algo similar ocurrirá

con los otros miembros del sistema familiar al saberse escuchados y sobre todo comprendidos.

La tercera etapa es la de “regateo” o “pacto”. Cuando el paciente y su familia se dan cuenta de que la ira no cambia su situación, comienza el regateo, es decir, todos o algunos de los miembros del sistema familiar llegan a prometer algo “muy significativo” a cambio de obtener la curación o la prolongación de la vida del miembro enfermo.

En la cuarta etapa, el paciente y su familia se dan cuenta de que el regateo no remediará la gravedad de la enfermedad, ante lo cual surge depresión. Se pueden identificar plenamente dos áreas a través de las cuales se explica este estado de ánimo en el individuo enfermo: a) la carga emocional y económica que el paciente que llega a ser para su familia y b) el duelo anticipado por la separación que sufrirá de sus seres queridos. Esta etapa por lo general es silenciosa, sin embargo, la necesidad de contacto físico tiende a aumentar. Finalmente, tanto el paciente como su familia entrarán en la fase de resignación, lo cual posibilitará para todos la aceptación de la enfermedad, iniciando pues, el proceso de vivir “día a día” con ella.

### **1.3 ANTECEDENTES DE SOBRECARGA EN LOS FAMILIARES**

Las consecuencias para el familiar de cuidar a una persona afectada de un trastorno mental grave han sido objeto de estudio desde los años cincuenta.

Para su mejor comprensión definiremos lo que es la sobrecarga: se considera sobrecarga el conjunto de problemas físicos, mentales y socioeconómicos que experimentan los familiares de enfermos crónicos, que pueden afectar sus actividades de ocio, relaciones sociales, intimidad, libertad y equilibrio emocional.

La carga familiar repercute en distintas áreas de la vida del cuidador: las tareas de la casa, las relaciones de pareja, familiares y sociales, el desarrollo personal y del tiempo libre, la economía familiar, la salud mental y el malestar subjetivo del cuidador relacionado con la enfermedad. Estas áreas se agrupan en dos grandes dimensiones: carga objetiva y carga subjetiva.

La sobrecarga o carga objetiva se define como cualquier alteración potencialmente verificable y observable de la vida del cuidador causada por la enfermedad del paciente. Se origina en las labores de supervisión y estimulación del paciente. La supervisión hace referencia a los esfuerzos de los familiares por asegurar que el paciente tome la medicación, duerma y no presente alteraciones de conducta. La estimulación incluye todo lo relacionado con la motivación del paciente para que se ocupe del propio autocuidado, alimentación y actividades de la vida diaria, y en muchos casos, la suplencia del paciente en estos aspectos ante la imposibilidad de que él mismo las realice. Las principales limitaciones del concepto son la cuantificación de esa carga y su atribución a la enfermedad.

La carga subjetiva hace referencia a la sensación de soportar una obligación pesada y opresiva originada en las tareas propias del cuidador y en el hecho mismo de que un familiar sufra una enfermedad de estas características. La carga subjetiva se relaciona con la tensión propia del ambiente que rodea las relaciones interpersonales entre el paciente y sus familiares y las preocupaciones generales por la salud, seguridad, tratamiento y futuro del paciente.

Para desarrollar un marco conceptual integrador del concepto de carga familiar en sus aspectos cuantitativos y cualitativos, tanto de los factores subjetivos como objetivos, se han utilizado diferentes bases teóricas: teoría sistémica, teoría de los roles y teoría del estrés.

En los últimos años, una creciente cantidad de bibliografía ha descrito el efecto de una variedad de afecciones sobre la vida familiar y una cantidad menor se ha ocupado de los efectos de la dinámica disfuncional de una familia en el curso y desenlace de la enfermedad o en la adhesión al tratamiento.

Thomas Campbell (1986) ha proporcionado una excelente y completa revisión de la investigación en esta área hasta mediados de la década de 1980.

Desde que el experimento de Peckham en 1926 llevado a cabo en un centro de salud comunitario de Londres, documentó por primera vez la relación recíproca existente entre el funcionamiento psicosocial de la unidad familiar y la salud física, el interés sobre el efecto que produce el estrés en la salud ha ido en aumento. Otra importante investigación fue la de Meyer y Haggerty en 1962 en donde demostraron que existe una relación entre el estrés familiar y la propensión a la infección estreptocócica. La escala de reajuste social de Colmes y Rahe (1967), que incluye muchos acontecimientos familiares, proporcionó una documentación pionera de la relación entre acontecimientos vitales recientes causantes de estrés y el incremento de los síntomas físicos y emocionales. En 1977, el influyente artículo de John Weakland, "Family Somatics": A Neglected Edge" sirvió como desafío y convocatoria para acercar a los teóricos de la terapia sistémica familiar al mundo de la salud y la enfermedad.

El crecimiento más reciente en esta área puede atribuirse a la revista pionera Family Systems Medicine, fundada en 1983 por Donald Bloch. Esta revista ha proporcionado un foro para la comunicación acerca de la investigación y la práctica clínica, promoviendo la discusión entre los profesionales de la discusión y de la salud mental acerca de la teoría de los sistemas, la terapia familiar, los problemas de salud y las cuestiones de colaboración.

Aún así, la calidad de vida de los pacientes ha recibido considerable atención en los últimos años y son raros los estudios sobre sus cuidadores no profesionales, como son los miembros de la familia y los parientes. Los escasos estudios sistemáticos sobre cuidadores llevados a cabo ha tendido a concentrarse en los cuidadores de ancianos, de discapacitados físicos crónicos y, en menor grado, de discapacitados mentales (Herman y cols.,1994).

Asimismo, se han establecido criterios e instrumentos ideados para medir la calidad de vida de las personas afectadas por enfermedad mental, pero no existe, un instrumento estandarizado para sus cuidadores. De hecho, se conoce bastante al respecto, aún cuando, en general, los datos se han obtenido teniendo en mente otras perspectivas. Las fuentes de información no son, en su mayor parte, investigadores académicos, sino los propios cuidadores.

Los cuidadores familiares en muchos países del mundo se han organizado para evaluar su situación, expresar sus necesidades y hacer campañas para obtener mejoras.

Asociaciones familiares han realizado estudios mediante cuestionarios sobre la carga de los cuidadores en Estados Unidos (Jonson, 1990; Spaniol y cols., 1985), en Gran Bretaña (Atkinson, 1998) y en otros países europeos. Entre los más recientes destacan una encuesta austriaca (Katschnig y cols., 1993) y un estudio comparativo de 10 países europeos patrocinado por EUFAMI, la Federación Europea de Asociaciones de Familias de Enfermos Mentales (Hogman, 1994). Al considerar los determinantes de la calidad de vida de los cuidadores, se han basado en los estudios austriaco y europeo sobre la carga de los familiares.

La calidad de vida es al mismo tiempo un concepto compuesto y una categoría subjetiva. La calidad de vida individual es el resultado de la interacción entre la personalidad y unas variables circunstanciales, que tienen diferente importancia según los individuos.

Aunque no existe un factor único que por sí mismo determine la calidad de vida del cuidador, es posible hallar puntos en común a pesar de la multiplicidad de personalidades e influencias en diferentes supuestos. Todos los cuidadores comparten un destino similar: su vida está dominada por el hecho de haber adquirido la responsabilidad sobre los miembros de su familia mentalmente enfermos. Todos soportan cargas psicológicas similares y están expuestos a parecidas causas situacionales de estrés. Su radio de libertad para reaccionar frente a tales presiones está limitado por fuerzas externas (sociales).

Los principales factores que interactúan para modelar la percepción del cuidador sobre su calidad de vida son:

1. Características personales.
2. Factores estresantes situacionales.
3. Factores estresantes sociales.
4. Factores estresantes iatrogénicos.

#### **1.4 CARACTERÍSTICAS DE LOS CUIDADORES**

La gravedad de la sobrecarga se ha relacionado con características del paciente - la intensidad de los síntomas, el grado de discapacidad asociado a la enfermedad, la edad, el sexo, la duración de la enfermedad y el número de hospitalizaciones- y con los vínculos afectivos entre el paciente y el cuidador, así como con las características personales del cuidador, las características y la dinámica de la familia. También influyen en la carga familiar factores como la disponibilidad de redes de soporte social, las leyes sociosanitarias, las políticas de empleo y la estructura de los servicios de salud mental.

La evidencia de que la mayoría de los cuidadores de todas partes comparten cierto número de características fue confirmada en el estudio EUFAMI (Hogman, 1994):

1. La edad media de los cuidadores suele ser elevada (60 años, y algunos alcanzan los 80 y 90 años).
2. el porcentaje de mujeres oscila entre el 72% (Inglaterra y Alemania) y el 88% (Austria).
3. Aproximadamente, el 70% de los cuidadores lo constituyen las madres, que mas a menudo viven solas que con una relación de pareja habitual.
4. Una de las consecuencias más acusadas de la edad y la carga de los cuidadores es la afectación sobre su salud, que es mayor que la habitual para su edad. Las cifras siguientes del estudio europeo se refieren a la

muestra austriaca (n=200): el 91% indicó problemas de salud, la mayoría de ellos psicológicos y algunos psicosomáticos. Las principales quejas fueron melancolía (70%), fatiga (62%), irritabilidad (65%), insomnio (56%) y dolor de espalda (51%).

5. Un estudio español sobre el perfil del cuidador afirma que “responde en su mayoría al de una mujer, principalmente hija de la persona atendida, con una edad media de 52 años. Sólo uno de cada diez hijos que se hacen cargo de sus progenitores es varón, una cifra muy inferior a la de los EE.UU. donde uno de cada cuatro hijos dedicados al cuidado de su familiar pertenece al sexo masculino”. Otro dato del informe es que un alto promedio de estas personas dedica más de 40 horas semanales al enfermo.
6. Una minoría significativa de los cuidadores estaba constituida por cónyuges, abuelos, amigos, hermanos y niños adultos, siendo estos últimos a menudo todavía adolescentes. También mostraban demasiada predisposición a la afectación de su actividad normal, desarrollo y relaciones debido a las vicisitudes de su papel de cuidador. No se prestaba la suficiente atención a sus problemas.
7. En general, se considera más probable que los cuidadores sufran depresión y ansiedad si sienten que tienen poco control sobre la conducta de sus familiares enfermos y sobre sus reacciones emocionales. Intrieri y Rapp (1994) hallaron que la capacidad de autocontrol del cuidador explicaba el 22% de la variabilidad en la sobrecarga del cuidador. En la misma línea, Gignac y Gottlieb (1996) encontraron que la percepción de los cuidadores sobre la efectividad de sus estrategias de manejo influye en su autoestima y su salud mental.

## **1.5 EL ESTRÉS SITUACIONAL**

Las fuentes de estrés situacional surgen del esfuerzo constante que conlleva el hecho de cuidar o vivir con uno o varios enfermos mentales, junto con la fricción concomitante que ello ocasiona en el entorno de la familia nuclear.

Algunas de estas fuentes inmediatas de sobrecarga son:

- a) Aspectos existenciales derivados de la convivencia con una persona afecta de enfermedad mental en la familia, como es la constante tensión nerviosa. Según el estudio EUFAMI, casi el 8% de los que respondieron cuidaban a 2 o más familiares enfermos mentales.
- b) Afrontamiento del rechazo de los pacientes hacia el tratamiento: según el estudio europeo, más del 50% de los cuidadores se consideraban responsables de que el paciente tomara la medicina preescrita.
- c) Afrontamiento de las conductas anómalas de los pacientes, como delirios, alucinaciones, conducta extraña e ideas persecutorias (Katschnig y cols. 1994; Simon, 1994). Además, en un elevado porcentaje de los casos, la enfermedad mental se asocia a otros tipos de problemas de conducta, como uso excesivo de fármacos, drogadicción, alcoholismo o desviación sexual (p. ej., exhibicionismo).
- d) Afrontamiento de la conducta agresiva de los pacientes. Por lo menos 8 de cada 10 cuidadores de Europa han experimentado algún tipo de violencia por parte de su familiar: el abuso verbal es muy habitual, el daño a la propiedad se ha referido en alrededor del 40% y la violencia física en el 30-40% de los casos (Hogman, 1994).
- e) Vivir con miedo y preocupación constantes, sin visos de liberación. Los cuidadores presentan, sobre todo, dos temores predominantes:
  - 1. Miedo al futuro. En el estudio austríaco (Kramer y cols., 1993) en respuesta a la pregunta ¿cuál es su mayor preocupación?, más del 90% de los casos respondieron: “el futuro”. ¿Qué sucederá con mi familiar enfermo mental cuando yo esté incapacitado o me haya ido?
  - 2. Miedo a la recaída de una psicosis aguda. Se trata de un temor realista, y la indefensión del cuidador se complica con el frecuente rechazo del tratamiento por parte de los pacientes.
- f) Sobrecarga de trabajo. Aproximadamente un tercio de los cuidadores de 10 países indicaron que dedicaban más de 30 horas semanales al cuidado del paciente. La mayor proporción correspondía a España (39%), y la más baja a Alemania (13%) (Hogman, 1994). Más del 50%

de los entrevistados habían cuidado al paciente durante más de 15 años (Katschnig y cols., 1993). Existen pocas posibilidades de respiro: según el estudio europeo, el 60-90% de los cuidadores sentían la necesidad de un descanso en el cuidado (Hogman, 1994).

- g) Afrontamiento de los síntomas negativos, como la inactividad del paciente, aislamiento, ansiedad y frustración. Los cuidadores tienen que moverse a menudo en la cuerda floja entre animar al paciente pero sin estimularlo en exceso.
- h) vivir con la presencia de intentos y amenazas suicidas por parte del enfermo. En el estudio austriaco, el 61% de los familiares refirieron amenazas de suicidio. No se trata de gestos vanos puesto que se sabe que el 10% de las personas afectas de psicosis acabarán con su propia vida.
- i) cataclismo y ruptura familiar: el hecho de afrontar la falta de entendimiento y soporte por parte de los miembros de la familia, parientes y conocidos. Es frecuente el rechazo del paciente por parte de los padres y hermanos.
- j) Ser justos con las necesidades y expectativas de los restantes miembros de la familia.
- k) Permanecer “frío” frente al esfuerzo inacabable y arrollador; controlar las propias reacciones, a fin de no exhibir demasiada emoción explícita.
- l) Cambiar el propio plan de vida. El cuidado de un familiar enfermo mental suele conllevar cambios drásticos en el estilo de vida. Muchos cuidadores tienen que abandonar o restringir un empleo bien remunerado, ver su profesión hecha añicos o revisar a fondo sus planes y esperanzas para la jubilación (Katschnig y cols., 1993; Hogman, 1994). Los parientes ancianos, así como los hermanos y niños, ven negados los papeles propios de su edad (Buhler, 1969; Erikson; Lefley, 1987).

La principal causa social de estrés es la indiferencia y el menosprecio, lo que condiciona las demás deficiencias y estigmas que acosan a los cuidadores y sus familias. Esto es también aplicable a la falta de interés en la investigación sobre la carga y el papel social de los cuidadores. La primera de estas causas de estrés es la desinstitucionalización, puesto que se estima que entre el 50 y

el 65% de las personas con enfermedad mental crónica grave están atendidas por sus parientes. Prácticamente en todas partes, el ahorro derivado de la reducción de camas de hospital no se ha traducido en el establecimiento de una adecuada red de servicios comunitarios para tratamiento, rehabilitación y vivienda independiente o tutelada. Una de las deficiencias más manifiestas es la insuficiencia de servicios de crisis.

En segundo lugar, están el estigma y el aislamiento social. La enfermedad mental sigue estigmatizando a los individuos afectados y a sus familiares. Dado que el sensacionalismo en los medios de comunicación populares sobre los “criminales locos” raramente se contrarresta con una información objetiva, el público en general está desinformado y se muestra temeroso y, por extensión, hacia sus familiares. Como consecuencia, la red social se estrecha no sólo para el enfermo sino también para sus cuidadores.

En el estudio europeo, entre el 25% (Inglaterra) y el 61% (Bélgica) de los encuestados indicaron sentirse estigmatizados, y entre el 16% (Irlanda) y el 65% (Bélgica) de los cuidadores refirieron haber sido rechazados por sus antiguos amigos (Hogman, 1994).

En tercer lugar, existe un coste económico extra. Entre el 42% (Bélgica) y el 78% (España) de los cuidadores identificaron los costes extra como uno de sus cargas; la media europea es del 50% (Hogman, 1994). El hecho antes mencionado de que muchos cuidadores tienen que abandonar o reducir su empleo fuera del hogar, se añade el esfuerzo económico.

Lefley (1990) indicó que una de las causas más nocivas de estrés eran los propios profesionales de salud mental y los inadecuados psiquiátricos.

## 1.6 FACTORES IATROGENICOS

Entre los factores iatrogénicos destacan los siguientes:

Atribución de causas familiares: aunque con menor frecuencia que en épocas anteriores, todavía persiste la culpabilidad familiar. Según el estudio austriaco, aproximadamente el 45% de los cuidadores han experimentado culpabilidad. En estos casos, la culpa procedía con mayor frecuencia del propio afectado (34%), muy a menudo reforzada por los psicoterapeutas, el 32% de los parientes y amigos, mientras que el 15% eran culpabilizados por los psiquiatras, el 7% por los psicólogos y el 3% por los trabajadores sociales (Katschnig y cols., 1994). La mayoría de los profesionales ponen como pretexto para su menosprecio sobre el deseo de información de los cuidadores las presiones de otro trabajo, pero algunos rechazan de entrada al contacto, alegando confidencialidad.

Falta de información y apoyo por parte de los profesionales de salud mental o rechazo a la comunicación: muchos profesionales no se percatan del papel crucial que desempeñan los familiares como principales cuidadores en psiquiatría comunitaria. No entienden sus necesidades en cuanto a información y apoyo para la tarea que les ha sobrevenido como consecuencia de la desinstitutionalización. En el estudio austríaco, el 93% de los encuestados refirió el deseo de que los familiares recibieran mayor información sobre la enfermedad y el tratamiento, y el 84% el deseo de un contacto más frecuente con los médicos del enfermo (Katschnig y cols., 1994). La mayoría de los profesionales ponen como pretexto para su menosprecio sobre el deseo de información de los cuidadores las presiones de otro trabajo, pero algunos rechazan de entrada el contacto, alegando confidencialidad.

Ignorancia de la carga familiar: el origen del rechazo de los profesionales a comunicarse con los cuidadores radica a menudo en el hecho de que desconocen las implicaciones del cuidado de un enfermo mental crónico. No están habituados a los problemas de la vida diaria en tales circunstancias. Su

consejo, aún movido por la mejor de las intenciones, a menudo no alcanza a satisfacer las necesidades de los familiares. El rechazo de los profesionales a comunicarse con los cuidadores y otras conductas evasivas se deben muy probablemente a su propio sentimiento de indefensión e incapacidad, aunque no lo admitan; por el contrario, suelen encubrirlo o racionalizarlo.

Dificultades para acceder al tratamiento en régimen de ingreso: con la reducción de camas en los hospitales psiquiátricos y las limitaciones legales a la hospitalización psiquiátrica en la mayoría de los países. Y sin embargo, las situaciones de crisis que requieren hospitalización involuntaria son frecuentes.

El estudio europeo demostró de manera irrefutable que en los 10 países considerados, aproximadamente el 60% de los pacientes habían sido ingresados en un hospital contra su voluntad en algún momento, siendo el intervalo del 40% en Holanda al 73% en Suecia (Hogman, 1994). Prácticamente no existen servicios de crisis adecuados, los cuales evitarían en muchos casos un compromiso involuntario, y como norma, es el cuidador que es la persona menos cualificada para ello, quien tiene que tomar la decisión.

Dificultades para acceder al tratamiento adecuado en régimen

Ambulatorio: los servicios de tratamiento ambulatorio constituyen una importante fuente de soporte para los cuidadores. En muchos países o regiones no existe un soporte comunitario ambulatorio de los pacientes crónicos o éste es insuficiente. Destacan particularmente dos omisiones:

- a) Los pacientes son remitidos a sus familias sin un plan de tratamiento continuado u otro seguimiento. A menudo, los pacientes reciben un tratamiento de seguimiento por parte de los servicios de salud mental de la comunidad sólo si ellos mismos acuden por iniciativa propia. Muchos enfermos, que son la mayoría de los que necesitan tratamiento, no son capaces de hacerlo.

- b) Con las notables excepciones de Inglaterra y Holanda, los pacientes crónicos no disponen de un trabajador asignado que coordine activamente el apoyo y el tratamiento mantenido.

¿Cuál es pues, el resultado de este estrés al que está sometido el cuidador?

Pena, confusión, enfado, frustración, sentimientos de culpabilidad, agotamiento, desesperación y fracaso de las defensas psicológicas. El cuidador no dispone de las reacciones normales frente a las situaciones de estrés: no puede escapar y no debe mostrar su enfado. Habitualmente, ni siquiera puede tomarse un descanso, y unas vacaciones constituyen un lujo inaudito. Con las salidas normales bloqueadas, sobrevienen las reacciones patológicas de estrés, como enfado sin motivo concreto, temores vagos, recurso a remedios de curanderos, fatiga crónica y enfermedad psicósomática. Si la calidad de vida tiene alguna relación con la satisfacción de las necesidades humanas básicas, y si estas cargas asistenciales son todo lo que el cuidador puede esperar de la vida, entonces su calidad de vida es realmente muy pobre.

Pero, ¿no existe otra cara en el cuidado de un miembro de la familia querido y valorado? ¿El estrés supone siempre distrés? Se dice que el estrés puede ser un reto bien recibido, por lo tanto ¿existen algunos beneficios que recompensen los cuidados?

## **1.7 BENEFICIO DE LOS CUIDADOS**

En el estudio austriaco se les preguntó a los cuidadores si habían obtenido algún beneficio de los cuidados. Frente a las cargas evidentes, los investigadores eran poco optimistas al respecto y quedaron sorprendidos al comprobar que el 45% de los encuestados indicaron haberse beneficiado. Se trataba de beneficios muy variados: por ejemplo, un conocimiento más profundo de la condición humana, mayor tolerancia a las conductas desviadas,

haber forjado nuevas amistades entre los compañeros cuidadores, satisfacción por ser necesario para alguien, satisfacción por tener una tarea en los años de vejez, satisfacer un reto; mayor solidaridad familiar ante la adversidad, acercamiento a la propia pareja y hallazgo de consuelo en la religión.

Aún así, sólo una minoría puede sacar provecho de la adversidad, y estas personas tienen ciertas características excepcionales. Son, básicamente, personas con recursos, relativamente privilegiadas, que se han apuntado en organizaciones de autoayuda, disfrutan de una módica seguridad económica y son capaces de conseguir algún apoyo no disponible habitualmente. En otras palabras, consiguen arreglárselas.

Por el contrario la mayoría de los cuidadores están abrumados por sus cargas y no son capaces de ver las circunstancias atenuantes.

## **CAPITULO II**

### **LA FAMILIA Y EL PACIENTE ESQUIZOFRÉNICO**

La esquizofrenia es uno de los trastornos mentales que producen más dificultades a nivel familiar. El efecto negativo de la enfermedad, generalmente recae básicamente en quienes la padecen y en las personas que conviven con ellas; que en muchos casos, se pasa por alto la posibilidad de recibir atención y apoyo, buscando sólo atención para el paciente.

Cuando algún miembro de la familia tiene esquizofrenia se afecta gravemente la dinámica familiar. Las características clínicas de esta enfermedad generan un gran número de situaciones negativas, como dificultad en las relaciones familiares, empobrecimiento de la calidad de vida, aislamiento social, que interfiere con el funcionamiento laboral, escolar y en el propio hogar; lo que aumenta el nivel de estrés y lo convierte en un factor adicional de angustia, tanto para el paciente como para su familia, llegando a considerarse como un precipitante de las recaídas, de la exacerbación de síntomas y de las rehospitalizaciones. Es evidente que los integrantes de la familia requieren ayuda y apoyo para que puedan manejar a estos pacientes tanto en la casa como en el hospital.

Debido a la necesidad que tenemos todas las personas de encontrar una explicación a lo que no entendemos, se han elaborado teorías enteras acerca del papel de la familia en el origen de muchas enfermedades psiquiátricas. Hay que aclarar que no existe ningún trabajo científico que demuestre que la actitud de la familia sea un factor determinante en la causa de la esquizofrenia. El único papel que se ha podido reconocer en la relación esquizofrenia-familia consiste en dos hechos:

- 1.- El factor determinante de la herencia en el origen de la enfermedad.
- 2.- El papel que ciertas familias juegan en las recaídas de los esquizofrénicos, no es su causa.

En años recientes se han llevado a cabo estudios sobre las familias de pacientes esquizofrénicos y se ha llegado a la conclusión de que algunas de ellas precipitan las recaídas de los enfermos. Esas familias se caracterizan por sufrir demasiados conflictos, al margen de la enfermedad de uno de sus miembros. Tienen la costumbre de externar con especial fuerza esos conflictos y en ellas abundan las muestras de agresión, de frustración y de otras manifestaciones de infelicidad. Los estudiosos llaman a estos núcleos “Familias de Alta Expresividad Emotiva” aunque no son la causa de la enfermedad, pueden propiciar las recaídas del paciente al someterlo a un nivel exageradamente de estrés.

## **2.1 ¿PORQUÉ ESTUDIAR A LA FAMILIA?**

Algunos de los resultados mas importantes en relación con los efectos de las enfermedades mentales sobre la familia son los siguientes; los miembros de la familia no tienen suficientes conocimientos sobre la naturaleza de la enfermedad: a menudo no conocen la enfermedad del paciente; les da vergüenza y tratan de ocultarla; sienten temor ante los síntomas de la enfermedad: la agresión, las ideas delirantes o las alucinaciones. Los síntomas negativos, como el aislamiento, la inactividad, la lentitud y la falta de cuidado personal, son incomprensibles (Seeman).

Anderson 1986; menciona tres puntos importantes por lo que es necesario estudiar a la familia de los pacientes esquizofrénicos: primero, porque se afectan todos los miembros de la familia; segundo, porque la familia experimenta estrés grave y crónico por convivir con el enfermo, y si ésta no recibe asistencia ni apoyo, sus miembros serán menos capaces de continuar ayudando al paciente de manera efectiva. Es frecuente ver surgir conflictos conyugales entre los padres, depresión y acting-out entre los hermanos, y síntomas físicos en casi todos los miembros de la familia. Por último el autor

menciona que la familia puede ayudar a que mejore la situación del paciente siempre y cuando se le de la información y ayuda que requiere.

Por otra parte se ha estudiado poco la morbilidad en el familiar responsable del paciente esquizofrénico. Lidz (1956), señala que en los padres de los pacientes esquizofrénicos se ha encontrado psicopatología e inestabilidad; que sus relaciones son deficientes y con frecuencia se deshace el matrimonio.

Las dificultades y problemas de la familia del paciente se han considerado en algunos estudios como la carga o el costo emocional, físico, económico y social. Esta carga se suele pasar por alto con excesiva frecuencia. En algunos estudios como en el de Cabrero (1993), se pone de manifiesto el costo o la tensión que origina la estigmatización, el temor a la conducta impredecible, la pérdida de los vínculos sociales, el descuido de las necesidades personales y el trabajo excesivo del familiar que atiende al paciente, así como las consecuencias económicas cuando el paciente era el jefe de familia. Plantea dos rasgos íntimamente relacionados con el costo: la sobrecarga y la desesperanza de los integrantes de la familia.

Por otra parte, el estudio internacional sobre la esquizofrenia demostró que el contacto social con los familiares era uno de los predictores más importantes del buen funcionamiento del paciente.

Para la familia del enfermo es difícil comprender la esquizofrenia y las demás psicosis; las viven con desconfianza por considerarlas como incurables.

En un estudio realizado en el país Vasco encontraron que la terapia familiar y la intervención de grupo de apoyo a padres, más terapia de grupo para los pacientes, son eficaces para reducir la sintomatología general, positiva y negativa en pacientes esquizofrénicos. Otros autores han encontrado resultados semejantes con terapia familiar conductual (Fallonn y cols., 1985); y con intervención familiar psicoeducativa (Dixon, 2000). Estos hallazgos sugieren que las intervenciones familiares se deberían incluir en programas

integrales en los que se incorporen intervenciones en los niveles biológico, psicológico y social.

## **2.2 SOBRECARGA FAMILIAR DEL PACIENTE ESQUIZOFRENICO**

Se ha puesto demasiado énfasis en la prevención de los episodios agudos, mientras que no han recibido la suficiente atención los temas relacionados con el bienestar de la familia ante las complejas demandas que impone la esquizofrenia, y todo ello a pesar de las pruebas existentes de que la responsabilidad de proporcionar cuidado y atención a un adulto o a un niño con esquizofrenia pone al cuidador en riesgo de sufrir alteraciones físicas, emocionales y sociales (Eakes, 1995 en Schulz y Zipursky,2003)

En comparación con los estudios realizados sobre el cuidado de familiares con otras discapacidades y trastornos (por Ej., enfermedad de Alzheimer, síndrome de Down), la investigación de las exigencias que supone vivir con un paciente que sufre de esquizofrenia se ha desarrollado lentamente (Hatfield, 1997 en Schulz y Zipursky, 2003).

Sin embargo, la investigación ya existente (Gubman y Tessler,1987, Johnson,1990 en Schulz y Zipursky,2003), ha explorado las exigencias del cuidado básicamente desde la perspectiva de la carga familiar que supone. Así, no debe sorprender que este trabajo no haya tenido en cuenta problemas significativos, desde un punto de vista tanto objetivo como subjetivo: problemas conyugales, alteración de las rutinas diarias, aislamiento social y problemas económicos (Creer y Wing,1974; Doll,1976; Lefley,1996 en Schulz y Zipursky,2003). Además varios investigadores han documentado el considerable malestar que experimentan las familias, incluyendo el sentimiento de duelo como consecuencia de pensar que han perdido a un hijo (McGregor,1994 en Schulz y Zipursky,2003) o que este hijo no tiene ya ningún futuro, ansiedad sobre la evaluación a largo plazo de la enfermedad, y tristeza relacionada con la sensación de sentirse atrapado (Bernheim y Lehman,1985; Lefley,1996; Solomon y Draine,1995; en Schulz y Zipursky,2003...) Aunque la

calidad de la investigación disponible ha variado, nadie parece haber abordado seriamente la premisa de que una enfermedad mental en el seno de la familia puede tener consecuencias devastadoras para ésta (Hatfield,1997 en Schulz y Zipursky,2003).

Así la cuestión de la influencia de la intervención familiar sobre la evolución de la esquizofrenia se relaciona con la cuestión de los efectos de la esquizofrenia sobre la unidad familiar (Penn y Mueser, 1996 en Schulz y Zipursky, 2003).

Pues la familia desempeña un papel fundamental no sólo para aliviar los signos y síntomas del paciente, sino también para mejorar el funcionamiento global y su apego terapéutico.

En nuestro país hay pocas alternativas para atender al paciente esquizofrénico y a su familia. A pesar de que las familias de los pacientes esquizofrénicos casi siempre están a cargo del cuidado primario, usualmente no reciben la capacitación ni la ayuda profesional que requieren, es decir, es raro que las familias reciban la atención que necesitan para poder manejar la problemática que manifiesta el paciente.

En un estudio realizado entre pacientes agudos de un hospital psiquiátrico de la ciudad de México, Ryan encontró que la familia era el único agente comunitario que cuidaba del paciente psicótico cuando éste era dado de alta. De 75% de los pacientes que habían sido internados en el hospital por sus familiares, 79% regresaron a vivir con ellos después de dados de alta. En otro estudio, Valencia mencionó que 88% de los pacientes vive con su familia.

Se puede concluir que la familia interviene en todas las etapas de la enfermedad: cuando se inicia, al internar al paciente en el hospital, durante la hospitalización, al darlo de alta, y en el proceso de reintegración del paciente al ambiente familiar.

Para comprender el impacto que tiene el diagnóstico de una enfermedad crónica en una familia se han desarrollado varios modelos, mismos que tratan de explicar los efectos del padecimiento sobre el grupo familiar de una manera sistémica. Entre estos modelos se encuentran los de Koch (1985), Leahey y Wright (1985), así como el de Rolland (1987, 1990,1994).

### **2.3 MODELO DE ROLLAND PARA LA ENFERMEDAD DENTRO DEL CONTEXTO FAMILIAR (EL MODELO SISTEMICO)**

Los tratamientos convencionales para las enfermedades graves suelen salvar al paciente pero pueden causar un daño irreparable a la unidad familiar.

El modelo tradicional, de atención por parte de una sola persona, se propone formar al personal biomédico para incluir en su trabajo con familias teoría y técnicas sistémicas. La perspectiva ecosistémica tiene un profundo efecto en los sistemas de prestación de servicios de salud, tanto con respecto a la identificación del sistema a tratar como con respecto a qué herramientas utilizar para hacerlo.

Como bien, muestra Rolland, la familia es fundamental en el establecimiento de estas estructuras de significado, así como lo es el sistema de atención a la salud. Por lo tanto debemos considerar a la familia o sistema prestador de cuidados (unidad familiar agente de salud) y no a la persona enferma, como unidad central de atención.

Cualquier familia puede verse afectada por la enfermedad y la discapacidad. Lo más importante es en qué momento de la vida, en qué forma y con qué intensidad ocurren y por cuánto tiempo se prolongan. Quizá sea aún más importante la manera en que esas experiencias afectan las relaciones familiares más entrañables.

El modelo sistémico de la enfermedad considera a la familia como un recurso y evita la tendencia del modelo deficitario a exagerar la importancia de la patología familiar.

La teoría sistémica de la familia destaca sobre todo la interacción y el contexto; el comportamiento individual se considera dentro del contexto donde ocurre. Desde esta perspectiva, función y disfunción se definen en relación con el ajuste entre el individuo y su familia, su contexto social y las demandas psicosociales de la situación: en este caso, un problema de salud.

Para la teoría sistémica, los individuos están interrelacionados de manera tal que un cambio en cualquiera de los miembros de la familia afecta a los otros miembros lo que a su vez afecta al primero en una cadena circular de influencia. Como toda acción en una secuencia es también una reacción, se considera que la causalidad es circular y no lineal.

En la enfermedad crónica, el foco de interés se localiza en el sistema creado por la interacción entre ésta, el individuo, la familia y los otros sistemas biopsicosociales (Rolland, 1987, 1990).

La historia natural de la enfermedad crónica permite considerarla desde un punto de vista longitudinal, es decir, como un proceso. De manera que durante su curso se pueden llegar a plantear puntos críticos y transiciones que requieren posibles cambios en la organización familiar.

La interacción es el elemento central de toda indagación biopsicosocial de orientación sistémica.

El modelo sistémico de la enfermedad considera a la familia su punto central porque, desde el punto de vista de la evaluación e intervención clínicas, la familia brinda la mejor lente para examinar los otros sistemas.

La familia es un sistema de interacción con el sistema mayor, particularmente el sistema de atención médica, y que el efecto que una afección crónica produce en una familia se ve afectado por los recursos económicos y la red familiar y oscila con que ésta cuenta, así como por la disponibilidad y la calidad de los servicios a los que tiene acceso.

El modelo sistémico de la enfermedad pone el acento en los procesos interactivos que tienen lugar entre las demandas psicosociales que las diferentes afecciones imponen en el transcurso del tiempo y los componentes clave del funcionamiento familiar. Las demandas psicosociales previsibles en una afección a lo largo de sus varias fases, la dinámica familiar y del individuo, y los sistemas de creencias de la familia proporcionan el núcleo de este enfoque terapéutico.

El modelo sistémico de la enfermedad proporciona una base conceptual para abordar la práctica clínica y la investigación en temas de enfermedad y discapacidad desde una perspectiva sistémica de la familia, destacando la consulta inicial y el proceso de evaluación y los problemas y desafíos comunes a que se enfrentan las familias a medida que experimentan una afección prolongada.

Cada fase de una enfermedad crónica tiene sus demandas psicosociales y tareas de desarrollo específicas, que le exigen a la familia fortalezas, actitudes o cambios muy diferentes. Para captar los temas psicosociales centrales en la historia natural de una enfermedad crónica pueden describirse tres fases principales: 1) de crisis; 2) crónica, y 3) terminal.

La fase de crisis comprende cualquier periodo sintomático anterior al diagnóstico, así como el período inicial de ajuste y adaptación luego de que se confirma la enfermedad y se inicia el tratamiento. En esta etapa la familia y el enfermo se enfrentan con las siguientes necesidades: a) aprender a manejar el posible dolor, incapacidad o cualquier otro síntoma relacionado con la enfermedad; b) aprender a manejarse dentro del ambiente médico-hospitalario y enfrentarse a los procedimientos necesarios para tratarla, como son la

radioterapia y la quimioterapia; c) crear un significado para la enfermedad que incremente el sentido de competencia, así como su mejor comprensión, al mismo tiempo que permita el duelo por la identidad perdida, pues ésta se modifica a partir del diagnóstico. Con esto se persigue recobrar un sentido de continuidad entre el pasado y el futuro de la familia. Así, lo incierto de la situación, propicia el establecimiento de un grado de flexibilidad dentro del sistema, mediante la cual logren crear una reorganización con metas dirigidas hacia el futuro.

En la fase crónica, independientemente de su duración tanto el paciente como su familia deben aprender a vivir día a día con la enfermedad. La habilidad de la familia para llevar a cabo una vida normal ante lo anormal, hace que ésta se sienta como si viviera en el “limbo”. Otro obstáculo que la familia debe superar en esta fase es la tendencia a fomentar una mutua dependencia y sobreprotección; esto lo lograrán mediante hacer un esfuerzo constante por incrementar la autonomía de todos sus miembros.

Por último, la fase terminal comprende los períodos de duelo, congoja y elaboración de la pérdida. Esta fase se distingue por la predominancia de cuestiones relativas a la separación, la muerte, el dolor, la elaboración del duelo y la reanudación de la vida normal familiar después de la pérdida.

Cuando las familias entran en esta fase, una de sus tareas clave es el cambio de la anticipación de la posibilidad de una fase terminal por la de su probabilidad y, finalmente, su inevitabilidad.

Las fases temporales de la enfermedad pueden considerarse períodos generales de desarrollo en la historia natural de una enfermedad crónica. Cada período presenta ciertos desafíos y tareas básicos independientemente del tipo de enfermedad.

Por otra parte sabemos que el paciente se enfrenta a la inminencia de la enfermedad y experimenta con frecuencia angustia, impotencia y depresión (Kubler-Ross, 1969). La depresión se relaciona con pérdidas pasadas, tal vez la persona ya no sienta placer ante la comida, la actividad sexual o cualquier actividad física; deja de trabajar y pierde su rol social y familiar.

Pierde autonomía y control de la situación. Esto hace que el paciente presente conductas regresivas tales como sentir o actuar de manera infantil, así como adoptar mecanismos de defensa a fin de disminuir esta angustia y depresión.

Seaburn y colaboradores (1992) encontraron que tanto el enfermo crónico como su familia necesitan darle un sentido a la enfermedad. El significado que le atribuyen se podrá encontrar en la historia que ellos mismos crean y dicen acerca del padecimiento; dicho trasfondo lo desarrollarán a través del concepto de enfermedad que les ha sido transmitido por varias generaciones (Sheinberg, 1983). El sentido de una enfermedad para el paciente y su familia está construido sobre una base social que les permite funcionar, comportarse y adaptarse.

## **2.4 LOS RECURSOS DE LA FAMILIA**

Las familias ingresan en el mundo de la enfermedad y la discapacidad sin un mapa psicosocial. Con frecuencia necesitan desesperadamente una guía psicosocial que les pueda proporcionar apoyo y la confirmación de que están manejando la enfermedad con normalidad.

El uso de la definición amplia de familia como base del sistema de atención nos permite describir un modelo para salir adelante y adaptarse a la situación con éxito basado en los puntos fuertes y en los vulnerables del sistema familiar.

La presencia de una enfermedad crónica dentro del sistema familiar se puede comparar con la aparición de un nuevo integrante en el grupo familiar; así se origina un período de acercamiento entre sus miembros. Esto se debe a que los síntomas, las posibles incapacidades, el intercambio de roles funcionales, afectivos, o ambos, y el miedo a la muerte presionan a los integrantes de la familia a acercarse.

La familia experimenta una sensación de pérdida en su sentido de control luego del diagnóstico de una enfermedad crónica en uno de sus miembros, lo cual la lleva a presentar conductas frenéticas o inmovilizadoras. En esta etapa de alta incertidumbre necesita asirse a una esperanza, a una creencia de que ellos pueden llegar a obtener control de la situación, por lo cual es importante ayudarla a jerarquizar sus prioridades, así como apoyarla en la búsqueda de información acerca de la enfermedad y recursos dentro de la propia familia y comunidad, con lo cual pueden comenzar a adquirir la sensación de control sobre la situación (Rolland, 1990).

Mientras más funcional sea una familia, contará con más recursos para manejar el diagnóstico de una enfermedad crónica que amenaza la vida de alguno de sus integrantes. En cuanto a los recursos de la misma, habrá que valorar una serie de aspectos como la capacidad de autonomía de los diferentes miembros, la existencia o no de límites generacionales claros, el estilo de comunicación, la capacidad o dificultad de la familia para expresar sus afectos de manera clara y directa, así como si existe un sistema abierto que permita la entrada y salida de información al igual que la creación de relaciones nuevas y, finalmente, su habilidad para resolver problemas y conflictos.

Por otra parte, el efecto psicológico que una enfermedad produce en el paciente y su familia depende en parte del tipo de enfermedad de que se trate. Para esto es importante tomar en consideración los efectos sociales de la enfermedad y qué facilidades le ofrece al enfermo o a su familia para la rehabilitación o adaptación.

Las familias con un mejor sostén emocional y material tienen mayor oportunidad de alcanzar una adaptación efectiva a la enfermedad; por otra parte, aquellas que viven relativamente aisladas de la sociedad, en la pobreza o que son estructuralmente inflexibles, pueden tener mayor dificultad para adaptarse. Así que la actitud de la familia resulta crucial en la determinación del curso de la enfermedad y contribuye para el mejoramiento o exacerbación de los síntomas.

Es muy importante que tanto la familia como quienes brinden su ayuda al enfermo se cuiden de no convertirse en “rescatadores”, actitud que no favorece ni al paciente ni a los integrantes de la red de apoyo. Esta actitud de rescatador puede encubrir sentimientos de miedo, enojo, agresión, etc., por parte de quien la manifiesta.

Algunas maneras de rescatar son (Casares de Castro, 1990): cuando se decide lo que es conveniente para el paciente, en vez de dejar que sea él mismo quien lo plantee; cuando se piensa que se conoce qué hacer para que el paciente se sienta mejor, así que se le ordena qué acción realizar, en lugar de darle apoyo y dejar que sea él quien determine lo que necesita; y cuando se está convencido de saber lo que es mejor, así que se forza al paciente para que haga las cosas como se ha decidido que es óptimo.

En resumen la enfermedad crónica y su posible invalidez son sucesos que interactúan con los recursos de enfrentamiento y adaptación del individuo y de su familia. También llegan a influir en la forma de vida de éste y de su grupo familiar, su imagen y su forma de percibir y enfrentar el futuro. Estos sucesos pueden interpretarse como desafío, amenaza o pérdida. Desde el punto de vista sistémico, la enfermedad invade a la familia tanto como al individuo, provocando cambios en su organización, mismos que repercutirán, en su funcionamiento, pues requerirán que se realicen modificaciones a todo nivel con la finalidad de que la familia logre adaptarse al proceso y demandas de la enfermedad, al mismo tiempo que adquiere el control sobre la misma.

## **2.5 ADAPTABILIDAD FAMILIAR**

La adaptabilidad familiar es uno de los requisitos principales para un buen funcionamiento del sistema familiar (Olson, Russell y Sprenkle, 1989). La estabilidad y la flexibilidad son necesidades complementarias. La habilidad de una familia para adaptarse a las cambiantes circunstancias o a las tareas de desarrollo del ciclo de vida se complementa con su necesidad de valores durables, tradiciones y normas de comportamiento previsibles y coherentes. La adaptabilidad o flexibilidad familiar puede variar en un continuo que va desde las familias muy rígidas hasta las caóticas.

La adaptabilidad es un elemento fundamental particularmente en las enfermedades progresivas, recurrentes o que presentan crisis médicas agudas.

Todos los miembros de la familia contribuyen al equilibrio a través de la formación y modificación de alianzas, el silencio y el distanciamiento o el rescate de un familiar vulnerable en desgracia.

La flexibilidad es necesaria para que el familiar se adapte a los cambios internos y externos que las enfermedades graves suelen requerir. Internamente, la familia debe reorganizarse en respuesta a los nuevos imperativos de desarrollo que trae consigo una enfermedad progresiva. A medida que la enfermedad interactúa con la vida normal familiar y el desarrollo del ciclo de vida de los miembros individuales, se harán cambios necesarios en la organización familiar.

## **2.6 EVALUACIÓN Y ORIENTACIÓN FAMILIAR**

El paciente con esquizofrenia es considerado como una persona enferma, y para asistirlo, la familia organiza sus recursos con mayor o menor éxito. Es tarea del terapeuta maximizar el éxito de la familia en contender con la enfermedad y ayudarlo a enfrentarse mejor a ésta, sin perder de vista que el paciente es el enfermo esquizofrénico.

Los profesionales deben considerar el funcionamiento familiar desde el punto de vista de la flexibilidad, fortaleza y grado de compromiso que requerirá dar respuesta a una enfermedad. Los profesionales deben cuidar no colocar el rótulo de “patológicas” a las familias afectadas por enfermedades graves, ya que los criterios de normalidad y disfunción apropiados en otras situaciones no les son aplicables

En enfermedades crónicas, los profesionales comprometidos en la atención del familiar enfermo pasan a formar parte de la unidad familiar agente de salud o sistema de tratamiento. En enfermedades prolongadas e incapacitantes, no es raro que los profesionales que participan en la atención domiciliaria se vuelvan centrales para la vida familiar. Por lo tanto, deben considerarse parte integrante del sistema cotidiano.

El proceso de evaluación de la familia puede ser un poderoso “encuadre inicial” de la experiencia de la enfermedad que determine si las familias crearán narrativas positivas o destructivas acerca de la convivencia con una enfermedad grave.

Es importante evaluar todas las áreas básicas del funcionamiento familiar, como todas las familias tienen áreas de relativa fortaleza y vulnerabilidad, la calidad de la adaptación de una familia a las demandas psicosociales de diferentes enfermedades pueden variar enormemente. Ciertas enfermedades y fases temporales pueden apelar a los puntos fuertes de la familia y otras a sus debilidades.

La salud física del individuo está inmersa en un sistema más amplio que es la familia, y ésta a su vez en una sociedad que para su desarrollo y óptimo funcionamiento requiere de una constante educación. Estos sistemas interactúan en un continuo inevitable e imposible de aislar, así que la única posibilidad para lograr una rehabilitación física, emocional, familiar y social es la toma de conciencia de estos fenómenos y, por tanto, de su oportuna atención.

Es importante que el orientador familiar explore las formas de reorganización a las que la familia ha recurrido a raíz de la enfermedad: quién convive más con quién, si en los conflictos interfieren los padres; el nivel de sobreprotección a los padres o de la pareja hacia el paciente y los cambios que la familia ha tenido que hacer en sus actividades laborales, sociales, recreativas, etc.

En otras palabras, es importante subrayar que tanto el paciente como su familia necesitan de una preparación psicológica, no sólo para enfrentar la enfermedad, sino también para encarar la enorme responsabilidad de estar sano (Velasco, 1985; Rolland, 1998).

Muchos de los problemas a los que se enfrentan los profesionales de la salud al tratar con los padres de los pacientes, han sido causados por modelos simplistas sobre las causas y el tratamiento de la esquizofrenia.

Tal como señala Strachan (1989), la intervención familiar es concreta y práctica en vez de analítica e interpretativa; la educación sobre la esquizofrenia se hace de una manera deliberada; los miembros de la familia son tratados con respeto y se les ayuda a desarrollar estrategias para enfrentarse a la enfermedad. El enfoque de la terapia se ha desplazado desde la cura de síntomas psicóticos del paciente, hasta ver qué impacto puede tener la terapia familiar en su funcionamiento social y resistencia al estrés una vez que los neurolépticos han reducido síntomas psicóticos agudos.

Lam (1991), identifica 7 componentes comunes de los enfoques familiares afectivos: aproximación positiva y genuina relación de trabajo entre el terapeuta y la familia; ofrecimiento de terapia familiar en un formato estable y estructurado si es necesario, con contactos adicionales con los terapeutas; tratar de reducir el estrés y mejorar las estrategias de afrontamiento en “el aquí y el ahora”, más que lamentarse del pasado; favorecer el respeto de los límites interpersonales en la familia; informar acerca de la naturaleza biológica de la esquizofrenia y reducir el sentimiento de culpa de los familiares; el uso de técnicas conductuales tales como metas fraccionadas en etapas manejables y el mejoramiento de la comunicación entre los miembros de la familia.

En un estudio de seguimiento de familias, 8 años después del primer brote de esquizofrenia en un familiar, Virtanen y Keinanen (1976), informaron que todos los miembros de las familias entrevistadas estuvieron de acuerdo en que la psicosis de uno de sus miembros, 8 años atrás, causó una crisis en todos ellos y fue necesario redefinir todas las relaciones familiares.

Aparentemente poco después del brote inicial; se establecen nuevos roles y patrones de relación. No es posible precisar el momento en que se efectúan cambios, sin embargo, la opinión de los autores es que la redefinición de las relaciones familiares tiene lugar durante el primer año después del surgimiento de la enfermedad. La familia siente un cambio al principio de la crisis, sin que necesariamente tenga idea acerca del contenido, contexto o dirección deseados para efectuar el cambio. Posteriormente, las circunstancias y las relaciones en la familia, parecen permanecer inmutables por varios años. Esta situación fue observada tanto en las familias satisfechas como en aquellas que no lo estaban.

Se puede presumir, entonces, que el primer contacto psicoterapéutico presenta una oportunidad única de ayudar a las familias a encontrar la mejor solución posible a la crisis.

Una nueva dirección a desarrollar es la posibilidad de que la familia desempeñe un papel preventivo en sus miembros de alto riesgo y un papel positivo en su rehabilitación.

La educación del paciente y de su familia, así como grupos de apoyo para ésta se describe ahora como componentes esenciales de los programas para el tratamiento integral del paciente.

## **2.7 RESUMEN**

Katschnig y cols. (1994) establecieron que la calidad de vida tiene tres dimensiones: el funcionamiento objetivo en el papel definido socialmente, las circunstancias materiales (nivel de vida) y el bienestar subjetivo, que se analizará a continuación.

El papel socialmente asignado a los cuidadores es el de ser los principales agentes de la asistencia en la comunidad a los enfermos mentales crónicos graves. Es un papel implícito; no está socialmente reconocido ni confirmado con las ventajas habituales de un oficio. A fin de obtener satisfacción en un papel, es necesario ser capaz de reunir los medios para afrontarlo y ser

reconocido, apreciado y adecuadamente recompensado. Sin embargo, como se ha ilustrado ampliamente a los cuidadores se les niegan. Aunque son el soporte material y espiritual, a recompensa incluye la negación del reconocimiento de su papel como trabajadores de salud mental de primera línea. Por lo tanto, su papel como cuidadores principales no puede ser una fuente de excesiva satisfacción en la vida.

A partir de los datos disponibles se deduce que las familias de los enfermos mentales son un corte transversal de la población general, por lo que la seguridad económica es sin duda un problema, como lo es en muchas otras personas. Aún así, al responder los cuidadores a la pregunta sobre la mayor preocupación en el estudio de Austria (Katschnig y cols., 1993), sólo esporádicamente mencionaron las dificultades económicas como su problema más acuciante. Esto puede corroborar el hallazgo del estudio sueco (Skantze y cols., 1992) de que las condiciones de vida son un débil indicador. No obstante, esto es aplicable siempre que estén cubiertas las necesidades económicas básicas, lo que sólo sucede en quienes disfrutan del estado de bienestar.

Cuando se le pregunta a un cuidador de qué depende su calidad de vida, casi con seguridad responde: “depende de la situación de mi familiar enfermo. Si está bien, yo también lo estoy; si sufre, yo sufro”. Ello sugiere que la calidad de vida del cuidador es una variable dependiente de la calidad de vida del paciente.

No significa que las necesidades de los cuidadores y los pacientes sean idénticas, sino cualquier consideración que no sea el estado del paciente queda subordinada en la percepción de su propia calidad de vida.

Los factores que influyen en la calidad de vida del cuidador son dobles. La importancia que el cuidador atribuye a la situación del paciente puede definirse como factor general. Los factores específicos son las causas de estrés y las recompensas del cuidado (individual, situacional, social), muchos de los cuales se han comentado antes. En la mayoría de los casos, la calidad de vida del enfermo y, como consecuencia, del cuidador es baja, pero la calidad de vida de los cuidadores podría mejorar con algunas medidas obvias.

Los cuidadores deberían recibir soporte por derecho propio, no por considerarlos como un apéndice del paciente (Atkinson, 1991), así como gozar de una posición que les permitiera arreglárselas y tener voz en todas las medidas que afecten su vida y bienestar. El papel del cuidador en la asistencia comunitaria debería quedar explícito. Hay que entender que los cuidadores no pueden satisfacer su tarea asignada en la sociedad sin un apoyo y un reconocimiento adecuados. Dado que la calidad de vida de los pacientes determina, en gran medida, la de los cuidadores, todo progreso conllevará una vida mejor para todos los pacientes.

Este particular fenómeno, básicamente estudiado en cuidadores de pacientes psiquiátricos, es un hecho frecuentemente ignorado por el equipo terapéutico, obviando de esta manera los efectos de esta influencia negativa en el desarrollo del tratamiento. La detección precoz de la sobrecarga permite la intervención del equipo de salud en la preservación de la salud del cuidador, identificando sus necesidades concretas. Y de esta manera resguarda la salud del enfermo e incluso optimiza la labor del equipo que lo atiende.

Lo ideal, aconsejan los expertos es planificar, desde un primer momento, el futuro de la persona dependiente y/o enferma y el de la propia familia o entorno, pues si bien parece lógico que haya un “cuidador principal”, no debería permitirse la sobrecarga de éste. Para ello, las tareas y responsabilidades deberían estar repartidas. Pero si esto, por la circunstancia que fuera, no se hiciera desde un principio, es muy importante detectar en los cuidadores síntomas que nos hagan sospechar que esta persona puede estar empezando a presentar sobrecarga o que ya la tiene instaurada, e intervenir rápidamente para solucionar el problema.

Entre los principales indicios que presentan los cuidadores con sobrecarga se encuentran la agresividad constante contra los demás, tensión contra los cuidadores auxiliares porque no atienden al enfermo correctamente, impaciencia con el paciente, negación de su estado real, aislamiento progresivo, depresión, cansancio, ansiedad y sentimientos de culpabilidad.

Ante esta situación, el cuidador debería, en primer lugar, hacer una reflexión y darse cuenta de que tiene derecho a llevar una vida propia.

Es importante que haga valer sus derechos como persona, aceptar la ayuda de los demás y delegar funciones.

Además, es fundamental que comunique al resto de la familia sus sentimientos y sus temores para hacerles partícipes del problema, y evitar sentirse culpable cuando se dedique tiempo a sí mismo. En este caso, lo mejor es hablarlo con especialistas para que le proporcionen apoyo emocional y también es una buena opción ponerse en contacto con otras personas que se encuentran en la misma situación para intercambiar impresiones. Los expertos aseguran por otra parte, que es fundamental que el cuidador mantenga sus relaciones sociales.

## **CAPITULO III. ESQUIZOFRENIA**

### **3.1 CONCEPTO DE ESQUIZOFRENIA**

La esquizofrenia es uno de los trastornos de la salud mental más complejos que existen. Es una perturbación severa, crónica y discapacitante del cerebro que causa pensamientos distorsionados, sentimientos extraños, comportamiento poco común y utilización insólita del lenguaje y las palabras.

Es una enfermedad mental grave. Se trata de un desorden cerebral que deteriora la capacidad de las personas en muy diversos aspectos psicológicos como el pensamiento, la percepción, las emociones o la voluntad.

La esquizofrenia es un trastorno cerebral serio, esta enfermedad dificulta diferenciar las experiencias reales y las irreales, pensar de manera lógica, tener respuestas emocionales normales ante los demás y comportarse normalmente en situaciones sociales.

### **3.2 EPIDEMIOLOGÍA**

La prevalencia de la esquizofrenia a lo largo de la vida es variable, pero los resultados de la mayor parte de los estudios establecen globalmente un promedio de una tasa ligeramente inferior a un caso por cada 100 habitantes.

En la población general es cercana a 1%, con incidencia anual de 10 a 15 casos por 100.000 habitantes. En la mayoría de los pacientes se inicia durante la adolescencia o a comienzos de la edad adulta, siendo su aparición más temprana en el sexo masculino.

Mientras que el pico de incidencia en hombres está entre los 15 y 24 años de edad, el de las mujeres ocurre entre los 25 y 34 años. Rara vez aparece en la infancia o después de los 40 años, pero algunos reportes publicados en la literatura sostienen que el 13% de los pacientes con esquizofrenia, presentan las primeras manifestaciones en la quinta década de la vida, 7% en la sexta y 3% en la séptima o después.

El riesgo de padecer la enfermedad es mayor entre los familiares cercanos que en la población general, lo cual apoya la existencia de factores genéticos. En familiares de primer grado, la prevalencia es de 10% mientras que en los de segundo grado se reduce a un 3%. De igual forma, la concordancia para esquizofrenia entre gemelos dicigotos es de 12% a 14% y en monocigotos de 48%.

El trastorno parece tener una distribución uniforme en el mundo, aunque pueden existir algunas bolsas de prevalencia elevada o baja. El riesgo de sufrir una esquizofrenia aumenta si se da esta enfermedad en alguno de los familiares, en especial si se trata de familiares de primer grado o si son más de uno los afectados.

Dado que la esquizofrenia suele aparecer en una fase temprana de la vida y a menudo puede ser de carácter crónico, los costes que provoca el trastorno son considerables. La Esquizofrenia fue la causa de un 2.5% del total de gastos directos de asistencia sanitaria, es decir, de unos 16,000-19,000 millones de dólares, en 1990.

El hecho de no tener un hogar puede estar relacionado con la esquizofrenia; se ha calculado que alrededor de una tercera parte de los adultos solteros y sin hogar sufren una enfermedad mental grave, que en gran parte corresponde a la esquizofrenia.

### 3.3 ETIOLOGIA

No se conoce la causa precisa de la esquizofrenia, se cree que un desequilibrio químico del cerebro es un factor hereditario necesario para el desarrollo de la esquizofrenia. Sin embargo, es probable que muchos factores genéticos, del comportamiento y ambientales contribuyan al desarrollo de este trastorno.

Se considera que la esquizofrenia es una enfermedad de herencia multifactorial. Por lo general, los factores son tanto genéticos como ambientales; la combinación de los genes de ambos padres, sumada a factores ambientales desconocidos, produce el rasgo o la condición. A menudo un sexo (el masculino o el femenino) suele estar afectado más frecuentemente que el otro en cuanto a los rasgos multifactoriales. Parece haber un umbral de expresión diferente, lo que significa que un sexo tiene mayor probabilidad de mostrar el problema que el otro. El desarrollo de la esquizofrenia en la niñez se presenta con una frecuencia levemente superior en los hombres; sin embargo, en la adolescencia, la esquizofrenia afecta a varones y mujeres por igual.

El origen de la esquizofrenia no se conoce con certeza. No obstante, en los últimos años se han logrado algunos avances que permiten señalar a diversos factores responsables del trastorno:

- Alteraciones precoces del desarrollo del cerebro. Estudios mediante técnicas histopatológicas modernas y otros mediante técnicas de neuroimagen, como la resonancia magnética nuclear, han detectado anomalías en la estructura de determinadas regiones cerebrales. Otras técnicas, como la tomografía de emisión de positrones, han permitido observar algunas alteraciones en el funcionamiento del cerebro de estos enfermos, en comparación con el de personas sanas.

Conjuntamente, estos hallazgos apoyan la teoría de que la esquizofrenia puede tener su origen en alteraciones del desarrollo cerebral muy precozmente, en concreto, durante el desarrollo del cerebro embrionario.

- Predisposición genética. Aunque el mecanismo de transmisión no se conoce, sí se sabe que el riesgo de padecer la enfermedad es mayor cuando existen antecedentes familiares de la misma, que si tales antecedentes no están presentes. Sin embargo, la presencia de antecedentes no es una condición necesaria ni suficiente; muchos pacientes no los presentan y muchos sanos, sí. Esto indica que otros factores no genéticos también juegan un papel importante en la génesis del trastorno.

#### Estudios familiares:

Los estudios en familias aportaron los primeros indicios de la existencia de un componente hereditario en la esquizofrenia mientras que la prevalencia media de esta enfermedad en la población adulta, con independencia de la raza o el país, se sitúa en torno al 1%, las cifras son significativamente superiores cuando se estudian familiares de esquizofrénicos. Aunque la agregación familiar de casos no es una prueba suficiente de la transmisión genética, se considera un requisito necesario.

#### Estudios con gemelos:

Estos estudios han mostrado de forma repetida que la tasa de concordancia para la esquizofrenia es más alta en los gemelos monocigotos (entre 31 y 58%; media 46%) que en los dicigotos (entre 4 y 27%; media 14%), lo que constituye una prueba a favor de la importancia del componente genético en este trastorno.

#### Estudios en adoptados:

En sujetos adoptados que habían sido diagnosticados de esquizofrenia, se estudió la prevalencia de esta enfermedad entre sus familiares biológicos y en los adoptivos, observando que era mayor entre los primeros. Sin embargo la enfermedad no era más frecuente en los familiares biológicos de los adoptados.

Los resultados de estudios familiares, en gemelos y adoptados evidencian la importancia del componente genético en el desarrollo de la esquizofrenia.

Sin embargo, no se ha podido demostrar con claridad su forma de transmisión, aunque parece descartado el patrón de herencia clásico o mendeliano.

Los estudios epidemiológicos plantean numerosas interrogantes sobre la necesaria influencia de otros factores, además de los genéticos, ya que la concordancia para la esquizofrenia en gemelos idénticos apenas alcanza el 50%. También se ha señalado que la esquizofrenia es más frecuente en hijos de pacientes esquizofrénicos (13%) que en sus padres (6%) o hermanos (9%), a pesar de que ellos son familiares de primer grado y comparten por lo tanto un 5% del material genético.

- Alteraciones en sustancias del cerebro. Se ha descubierto que diversas sustancias llamadas neurotransmisores, y que se encargan de que las neuronas se comuniquen adecuadamente, pueden estar desequilibrados en la esquizofrenia. Los estudios sobre estas sustancias están siendo muy importantes para el diseño de fármacos cada vez más efectivos.

- Infecciones del embarazo y complicaciones del parto. Está en estudio si algunas infecciones por virus que padezca la madre durante el embarazo, pueden ser responsables de alteraciones del desarrollo cerebral normal del feto y que, a cierta edad, provoquen la enfermedad. Por otra parte, se ha relacionado este trastorno con complicaciones durante el parto (traumatismos, anoxia cerebral).

### **3.4 MANIFESTACIONES CLINICAS**

Los signos y síntomas clínicos de la esquizofrenia se basan en tres principios. Primero, ningún síntoma o signo clínico es patognomónico para este trastorno: cada uno de ellos puede observarse en otros trastornos psiquiátricos o neurológicos. Esta observación es contraria a la opinión de que ciertos signos y síntomas tienen un valor diagnóstico para la esquizofrenia. Así pues, el especialista no puede diagnosticar una esquizofrenia sólo en base al examen del estado mental. La historia del paciente es esencial. Segundo, los síntomas de un paciente cambian con el tiempo. Por ejemplo: un paciente puede tener alucinaciones de forma intermitente, y su funcionamiento social también puede sufrir variaciones. Otro ejemplo, algunos síntomas de un trastorno del estado de ánimo pueden aparecer y desaparecer durante el curso de la esquizofrenia. Tercero, el especialista debe tener en cuenta el nivel educacional del paciente, su capacidad intelectual y su grupo cultural o subcultural de origen. Las dificultades para comprender conceptos abstractos, por ejemplo, pueden ser un indicio del nivel educacional o intelectual del paciente. Algunas organizaciones religiosas o grupos culturales pueden tener costumbres que les parezcan extrañas a las personas ajenas a estos grupos, pero que se consideran perfectamente normales en el interior de éstos.

La esquizofrenia es un trastorno psicótico importante. Sus manifestaciones básicas consisten en una mezcla de signos y síntomas característicos que han estado presentes durante un período de tiempo importante a lo largo de 1 mes (o durante un período de tiempo más breve si se han tratado eficazmente), con algunos de los signos del trastorno que persisten durante un mínimo de 6 meses.

Los síntomas característicos de la esquizofrenia implican un abanico de disfunciones cognoscitivas y emocionales que incluyen la percepción, el pensamiento inferencial, el lenguaje, la comunicación, la organización comportamental, la afectividad, la fluidez, productividad del pensamiento, el habla, la capacidad hedónica, la voluntad, la motivación y la atención.

Las alucinaciones pueden ocurrir en cualquier modalidad sensorial (p.ej., auditivas, visuales, olfativas, gustativas y táctiles), pero las alucinaciones auditivas son, con mucho, las más habituales y características de la esquizofrenia.

Se llaman síntomas a aquellas manifestaciones del sujeto que anuncian una anomalía o enfermedad. Serían síntomas los dolores, las inflamaciones, los cambios de ritmos biológicos. El problema de la esquizofrenia es que la mayoría de los síntomas son subjetivos, dependen de lo que el paciente refiera, hay dos tipos de síntomas en la esquizofrenia:

**Síntomas positivos:** son aquellas manifestaciones que el paciente hace o experimenta y que las personas sanas no suelen presentar, parecen reflejar un exceso o distorsión de las funciones normales. Los síntomas positivos incluyen distorsiones o exageraciones del pensamiento inferencial (ideas delirantes), la percepción (alucinaciones), el lenguaje y la comunicación (lenguaje desorganizado o catatónico).

**Síntomas negativos:** son aquellas cosas que el paciente deja de hacer y que los individuos sanos pueden realizar cotidianamente, como pensar con fluidez y con lógica, experimentar sentimientos hacia otras personas, tener voluntad para levantarse cada día, parecen reflejar una disminución o pérdida de las funciones normales, comprenden restricciones del ámbito y la intensidad emocional (aplanamiento afectivo), de la fluidez y la productividad del pensamiento y el lenguaje (alogia) y del inicio del comportamiento dirigido a un objetivo (abulia).

### **Síntomas positivos:**

Trastornos sensoperceptivos (ilusiones y alucinaciones)

Alteraciones del pensamiento (ideas delirantes, asociaciones laxas e idiosincráticas)

Lenguaje desorganizado (neologismos, logorrea, puede simular afasia)

Cambios en el comportamiento (excéntrico, estereotipias, agresividad o catatonía)

Trastornos en la atención.

### **Síntomas negativos:**

En la esquizofrenia hay síntomas, menos alarmantes pero que se suelen confundir como signos de pereza o de mal comportamiento, son los llamados síntomas negativos como por ejemplo, la apatía, la falta de energía, la falta de placer, insociabilidad, etc., los cuales deben ser tratados en la misma medida que los síntomas activos o positivos.

Todos estos síntomas afectan a todos los ámbitos: social, laboral, familiar. En algunos aspectos el enfermo esquizofrénico tiene menos capacidad de acción que una persona sana. Estas deficiencias las llamamos síntomas negativos.

Se pueden ver estos síntomas antes de que aparezcan las alucinaciones y los delirios, pero en su forma más clara se manifiestan sólo después de la desaparición de los síntomas positivos. Hablaríamos de la fase residual de la enfermedad.

Hay que subrayar que no todas las personas que sufren de esquizofrenia tienen estos impedimentos o síntomas. Alrededor de una tercera parte de los enfermos no lo tienen en absoluto o de manera tan poco acentuada que apenas le molestan en la vida cotidiana.

### **Síntomas Negativos**

*Pobreza afectiva:* Se manifiesta como un empobrecimiento de la expresión de emociones y sentimientos, disminuye la capacidad emocional; se manifiesta en aspectos del comportamiento como: Expresión facial inmutable: la cara parece helada, de madera, mecánica., Movimientos espontáneos disminuidos y escasez de ademanes expresivos: no usa las manos para expresarse, permanece inmóvil y sentado..., Escaso contacto visual: puede rehuir mirar a

los demás, permanece con la mirada extraviada, Incongruencia afectiva: el afecto expresado es inapropiado. Sonríe cuando se habla de temas serios. Risa tonta, Ausencia de inflexiones vocales: el habla tiene una calidad monótona y las palabras importantes no están enfatizadas por medio de cambios de tono de voz o volumen.

*Alogia*: Se refiere al empobrecimiento del pensamiento y de la cognición. Se manifiesta a través de: Pobreza del lenguaje: restricción de la cantidad del lenguaje espontáneo, las respuestas son breves y raramente hay información adicional, Pobreza del contenido del lenguaje: aunque las respuestas son largas, el contenido es pobre. El lenguaje es vago repetitivo y estereotipado, bloqueo: interrupción del lenguaje antes de que un pensamiento o idea haya sido completado. Después de un periodo de silencio que puede durar unos segundos no puede recordar lo que estaba diciendo o lo que quería decir, Latencia de respuesta incrementada: el paciente tarda más tiempo de lo normal en responder a la pregunta.

Abulia –Apatía: La abulia se manifiesta como una falta de energía, de impulso. La apatía es la falta de interés. A diferencia de la falta de energía de la depresión, en la esquizofrenia es relativamente crónica y normalmente no está acompañado de una afectividad triste se manifiesta en: Problemas con el aseo y la higiene, falta de persistencia en el trabajo, escuela o cualquier otra tarea, sentimiento de cansancio, lentitud, propensión al agotamiento físico y mental.

Anhedonia – insociabilidad: La Anhedonia es la dificultad para experimentar interés o placer por las cosas que antes le gustaba hacer o por las actividades normalmente consideradas placenteras: tiene pocos o ningún hobbies, tienden a mostrar un decremento de la actividad e interés sexual en función de lo que tendría ser normal según la edad y estado del mismo, puede mostrar incapacidad para crear relaciones próximas e íntimas apropiadas para su edad, sexo y estado familiar, relaciones con amigos y semejantes restringidas. Hacen poco o ningún esfuerzo para desarrollar dichas relaciones.

Problemas cognitivos de la atención: Problemas en la concentración y en la atención, sólo es capaz de concentrarse esporádicamente, se distrae en medio de una actividad o conversación: se manifiesta en situaciones sociales; se le va la mirada, no sigue el argumento de una conversación, le interesa poco el tema; acaba bruscamente una discusión o tarea aparente.

### *Examen del estado mental*

Descripción general. La apariencia general de un paciente esquizofrénico puede cubrir un amplio abanico de posibilidades, desde una persona completamente desaliñada que grita y está agitada, hasta la persona obsesivamente bien cuidada, completamente mutista e inmóvil. Entre estos dos polos, el paciente puede ser hablador y exhibir posturas extrañas. La conducta puede ser agitada o violenta, en apariencia sin motivo alguno, pero normalmente como respuesta a las alucinaciones. Esta conducta contrasta con el estupor catatónico, conocido simplemente como catatonía, en la que el paciente parece no tener vida y puede estar mutista, negativista, y mostrar una obediencia automática. La flexibilidad cérica es un signo característico de la catatonía, pero en la actualidad es difícil de ver. La presentación menos grave de este tipo de esquizofrenia incluye un notable retraimiento social y egocentrismo, pérdida del movimiento o lenguaje espontáneo, y ausencia de conducta dirigida a objetivos. Los pacientes catatónicos pueden estar inmóviles y callados en sus sillas, responder a las preguntas sólo con respuestas cortas y moverse únicamente cuando son dirigidos. Entre otras conductas cabe citar una extraña rigidez o torpeza en los movimientos, signos que actualmente se cree que reflejan patología de los ganglios basales. Los pacientes esquizofrénicos se cuidan poco, no se bañan muy a menudo, y se visten con ropa inapropiada para las temperaturas. Otras conductas extrañas incluyen tics, estereotipias, manierismos y, ocasionalmente ecopraxia, en la cual el paciente imita la postura o conductas del examinador.

### 3.5 TIPOS DE ESQUIZOFRENIA

En el DSM-IV se citan subtipos de esquizofrenia paranoide, desorganizado, catatónico, indiferenciado, y residual. La subtipificación del DSM-IV se basa fundamentalmente en la presentación clínica. Estos subtipos no están muy correlacionados con diferencias en cuanto al pronóstico; tal diferenciación puede hacerse mejor atendiendo a los predictores específicos de pronóstico.

**Tipo paranoide.** El DSM-IV especifica que el tipo paranoide se caracteriza por la preocupación por una o más ideas delirantes o frecuentes alucinaciones auditivas. Están ausentes otras conductas sugerentes de los tipos desorganizado o catatónico. Clásicamente, el tipo paranoide se caracteriza principalmente por la presencia de ideas delirantes de tipo persecutorio o grandioso. Los pacientes con este tipo de esquizofrenia suelen ser mayores que los pacientes con esquizofrenia catatónica o desorganizada cuando aparece el primer episodio de la enfermedad. Los pacientes que han estado bien hasta los treinta aproximadamente suelen haber establecido una vida social que puede serles de gran ayuda a lo largo de su enfermedad. Además, el resurgimiento del yo de los pacientes paranoides tiende a ser superior que el de los pacientes catatónicos o desorganizados.

El típico paciente de este tipo es tenso, suspicaz, reservado y receloso. También puede ser hostil o agresivo. En algunas ocasiones pueden conducirse adecuadamente en situaciones sociales. Su inteligencia en áreas no invadidas por la psicosis tiende a permanecer intacta.

**Tipo desorganizado.** El tipo desorganizado (antes llamado hebefrénico) se caracteriza por una notable regresión a conductas primitivas desinhibidas y desorganizadas, y por la ausencia de síntomas que reúnan criterios para el tipo catatónico. El inicio suele ser temprano antes de los 25 años. Los pacientes desorganizados están normalmente activos aunque de una forma no constructiva (sin objetivos).

Su alteración del pensamiento es notable y su contacto con la realidad pobre. Su apariencia personal y su conducta social son desastrosas. Sus respuestas emocionales son inapropiadas, y a menudo empiezan a reír sin una causa aparente. Las muecas y las sonrisas incongruentes son frecuentes en este tipo de pacientes, cuya conducta se describe como boba o fatua.

**Tipo residual.** De acuerdo con el DSM-IV, el tipo residual se caracteriza por la presencia de evidencias continuas de alteraciones de tipo esquizofrénico, en ausencia de un conjunto de síntomas activos suficientes para cumplir los criterios de cualquier otro tipo de esquizofrenia. El embotamiento afectivo, el aislamiento social, la conducta excéntrica, el pensamiento ilógico y una leve pérdida de asociaciones son síntomas comunes del tipo residual. Si están presentes alucinaciones o ideas delirantes, no son muy prominentes y no perturban demasiado la vida del sujeto.

**Esquizofrenia Simple:** Es aquella en la que no existe sintomatología clara (delirios, alucinaciones). Sin embargo, el paciente muestra sin razón aparente un progresivo empobrecimiento, personal y social, incapacidad de superación, conductas esporádicas antisociales (agresividad, pequeños hurtos, etc.). El inicio y evolución suelen ser insidiosos y es difícil distinguir a estos enfermos de otras categorías.

### **3.6 DIAGNOSTICO**

Dada la variedad de síntomas y manifestaciones apuntadas, el diagnóstico de la esquizofrenia dista mucho de ser fácil. Entre las dificultades más corrientes para llegar a hacer un diagnóstico acertado con esta clase de pacientes cabe destacar, además de la cantidad de exteriorizaciones y síntomas atípicos que existen, el que su comportamiento puede ser, en apariencia, normal, pero tras un minucioso análisis, sutilmente extraño.

A veces, constituye un obstáculo serio en el que el paciente proceda de una cultura distinta de la del médico, con costumbres, ritos y tabúes que desfiguran el cuadro y pueden desconcertar a quien debe diagnosticarlo. Por ejemplo, la creencia en la reencarnación es muy notoria en ciertas sociedades, por lo que un miembro de una de ellas puede asegurar al médico que no es quien parece ser, sino que es un faraón egipcio reencarnado. Si el médico desconoce la creencia del paciente, podrá pensar que sufre alucinaciones y delirio y, acaso, atribuir los síntomas a una condición de demencia precoz de tipo esquizofrénico cuando, en realidad, no lo es.

Por contraposición, ayudará mucho al médico en su diagnóstico el saber que en la familia del paciente ha habido otros casos de esquizofrenia, puesto que se ha relacionado esta enfermedad con la herencia genética.

#### **3.6.1 La Evaluación Diagnóstica**

La evaluación diagnóstica de la esquizofrenia debería incluir, en condiciones ideales, lo siguiente:

Historia detallada del paciente, basada en informes del propio enfermo y de personas allegadas (ej.: (miembros de la familia, amigos), con el fin de evaluar la personalidad y el funcionamiento global del paciente

Examen del estado mental

Exploración física (incluida una exploración neurológica)

Estudio de laboratorio habitual con análisis de bioquímica sanguínea y hemograma.

Aunque no existen datos físicos o de laboratorio específicos, que confirmen el diagnóstico de esquizofrenia, las evaluaciones físicas incluidas en la lista precedente son necesarias para descartar otras posibles causas de los síntomas, como trastornos orgánicos, y para evaluar enfermedades somáticas comórbidas. Aunque en muchos casos, un médico preparado puede diagnosticar esta enfermedad sin dificultad, en otros puede ser necesaria una evaluación psiquiátrica que confirme el diagnóstico.

Además de analizar los síntomas, también es importante obtener información sobre el funcionamiento social del sujeto, el ambiente en el que vive, la disponibilidad de ayuda social, y sus cualidades, bienes y situación económica, ya que estos factores son extremadamente importantes en la planificación del tratamiento y la reintegración en la comunidad.

Los dos tipos de síntomas de la esquizofrenia, positivos y negativos, pueden causar problemas especiales en el funcionamiento social del paciente y contribuir a la estigmatización de la enfermedad. En la mayoría de las personas con esquizofrenia los síntomas positivos y negativos se manifiestan en grado diferente en distintas etapas del proceso.

### **3.6.2 Clasificación Internacional de las Enfermedades**

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).

Otro sistema que se utiliza con frecuencia para el diagnóstico de esta enfermedad es el del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, publicado por la Asociación Norteamericana de Psiquiatría. Los criterios incluidos en la cuarta edición (DSM-IV), publicada en 1994, son similares a los de la CIE-10. Por supuesto, los médicos también deben fiarse

de su experiencia clínica y de su criterio a la hora de hacer un diagnóstico correcto.

### **Criterios Diagnósticos para la Esquizofrenia de la CIE-10**

Los criterios diagnósticos para la esquizofrenia de la CIE-10 organizan los síntomas en nueve grupos, algunos de los cuales son necesarios para establecer el diagnóstico (normalmente un síntoma muy claro, o dos o más si no lo son). Los síntomas tienen que estar presentes por lo menos durante un mes para poder diagnosticar esquizofrenia. A continuación se describen los nueve grupos de síntomas:

- a. Eco, robo, inserción del pensamiento o difusión del pensamiento mismo
- b. El eco del pensamiento consiste en que el enfermo escucha en alto sus propios pensamientos. La inserción y el robo del pensamiento significan que la persona afectada cree que sus pensamientos son introducidos o extraídos de dentro de su cabeza por un agente externo. Difusión del pensamiento quiere decir que la persona cree que todos conocen sus pensamientos porque estos son difundidos de alguna manera que es diferente de la comunicación voluntaria. Estos síntomas reflejan la enajenación de la persona del contenido de sus propios pensamientos.

b. Ideas delirantes de ser controlado, de influencia o de pasividad, claramente referidas al cuerpo, a movimientos de los miembros o a pensamientos, acciones o sensaciones concretos, y percepción delirante

En este tipo de fenómeno delirante la persona cree que sus pensamientos, acciones y percepciones están siendo controlados por alguien o algo fuera de ella, reflejando, una vez más, la disociación de los procesos mentales del individuo de la experiencia del yo.

c. Voces alucinatorias que comentan la propia actividad, que discuten entre ellas sobre el enfermo u otros tipos de voces alucinatorias que proceden de alguna parte del cuerpo

Muchas personas con esquizofrenia refieren que las voces comentan continuamente su comportamiento. Estas voces suelen emitir juicios negativos sobre la persona.

d. Ideas delirantes persistentes de otro tipo que no son adecuadas a la cultura del sujeto o que son completamente imposibles, como las de identidad religiosa o política, capacidades y poderes sobrehumanos (por ejemplo, ser capaz de controlar el clima o estar en comunicación con seres de otro mundo)

Por ejemplo, las personas pueden creer que vivirán para siempre y que sobrevivirán repetidas veces a experiencias que matarían a otros, que pueden curar a los demás con “pensamientos limpios”, que son un rey o alguna personalidad reconocida o que están casados con alguien de otro planeta.

Este tipo de síntomas (a-d) se considera especialmente típico de la esquizofrenia. Además, si uno de estos cuatro síntomas se manifiesta durante, al menos, un mes, se puede establecer el diagnóstico de esquizofrenia.

Los siguientes cuatro grupos de síntomas (e-h) también son importantes, pero dos de ellos deben haberse manifestado durante un mes para poder diagnosticar esquizofrenia.

e. Alucinaciones persistentes de cualquier modalidad, cuando se acompañan de ideas delirantes no estructuradas y fugaces sin contenido afectivo claro, o ideas sobrevaloradas persistentes, o cuando se presentan a diario durante semanas o meses o permanentemente. Como se ha mencionado anteriormente (véase el criterio c) las alucinaciones más frecuentes son auditivas, pero también pueden aparecer táctiles, visuales y olfatorias, así como otras percepciones erróneas y falsas. Las personas con esquizofrenia pueden oler aromas “venenosos”, experimentar la sensación de volar por el aire, sentir a un extraño dentro de su propio cuerpo o tener la sensación de que un insecto camina por su piel. Pueden ver a personas que no están ahí realmente o escenas complejas que no son reales.

f. Interpolaciones o bloqueos del curso del pensamiento, que dan lugar a un lenguaje divagatorio, incoherente, disgregado o lleno de neologismos.

Rarezas en los procesos del pensamiento de las personas con esquizofrenia pueden llevar a la fragmentación o desintegración del pensamiento lógico. El enfermo puede ser incapaz de organizar un grupo de pensamientos no relacionados. Las personas con esquizofrenia pueden usar neologismos, palabras que inventan para reemplazar otras de uso normal (ej., emplear la palabra “rementación” con el significado de crear una nueva personalidad).

g. Manifestaciones catatónicas, tales como excitación, posturas características o flexibilidad cética, negativismo, mutismo y estupor. Estos síntomas comprenden una amplia variedad de comportamientos extraños y sin sentido. El estupor hace que pierda la capacidad de reaccionar a los estímulos del entorno, de tal modo los movimientos y la actividad espontánea desaparecen. El mutismo impide que la persona pueda comunicarse verbalmente. Lo opuesto a estupor es excitación y agitación. La actividad motora aumenta sin que se establezca ninguna relación con los estímulos externos, y no parece tener objetivo ni propósito. En algunos casos, cuando se coloca a las personas con esquizofrenia en una determinada posición, estas la mantienen (la llamada "flexibilidad cética"). También pueden adoptar y mantener posturas inadecuadas durante largos periodos de tiempo. Por ejemplo, el afectado puede adoptar una posición no natural de la cabeza, como si estuviera apoyada en una almohada ("almohada psicológica"). Otros síntomas catatónicos consisten en rigidez muscular, contracciones espasmódicas llamativas, ecolalia (imitación de las palabras) y movimientos de los demás y pérdida de la "gracia natural" de los movimientos.

h. Síntomas "negativos" tales como apatía marcada, empobrecimiento del lenguaje y embotamiento o incongruencia de las respuestas emocionales, que generalmente conducen a retraimiento social y disminución de la actividad social. Debe quedar claro que estos síntomas no se deben a depresión ni a administración de neurolepticos

Este es un grupo importante de síntomas que puede ayudar a predecir la evolución del trastorno. Los síntomas negativos pueden considerarse como una manifestación de la disminución general del nivel de energía. Los enfermos presentan una variedad y un nivel de emociones limitados y tienen menos capacidad para participar emocionalmente en ciertas situaciones. Esta pérdida de profundidad y variedad emocional puede aumentar y llegar a ser más general, con el resultado de que la persona se vuelve completamente apática. La escasez o empobrecimiento de los pensamientos se refleja en la pobreza del lenguaje. El enfermo puede perder la motivación (un síntoma llamado avolición).

Estos síntomas pueden provocar que la persona se retraiga socialmente o se vuelva más insegura y torpe por el miedo al fracaso. Puede resultar difícil distinguir los síntomas negativos de la depresión que a veces acompaña a la esquizofrenia. Sin embargo, es importante que los médicos traten de establecer esta distinción, ya que un tratamiento adecuado de los síntomas depresivos mejora considerablemente la capacidad funcional del enfermo.

El grupo final de síntomas (i) puede constituir una de las causas principales de los problemas sociales y laborales con los que se enfrentan las personas con esquizofrenia.

i. Un cambio considerable y significativo de la cualidad general de algunos aspectos de la conducta personal que se manifiesta como pérdida de interés, falta de objetivos, ociosidad, actitud absorta y aislamiento social.

### **3.7 TRATAMIENTO**

La elaboración de un plan de tratamiento para un paciente con esquizofrenia obliga a tener en cuenta muchas cuestiones, algunas de ellas transversales (p.ej., el estado clínico actual) y otras longitudinales (p.ej., frecuencia, gravedad, tratamientos y consecuencias de los episodios anteriores). Siempre que sea posible, el plan de tratamiento ha de intentar involucrar al paciente y a la familia de éste en una colaboración activa, mediante el empleo de un planteamiento integrado, con las intervenciones farmacológicas, psicoterapéuticas, psicosociales y de rehabilitación apropiadas, que se ajustarán empíricamente según la respuesta y la progresión del paciente.

En la actualidad no existe curación para la esquizofrenia. Sin embargo, el tratamiento puede reducir la morbilidad y la mortalidad asociadas al trastorno. Los objetivos específicos del tratamiento dependen de la fase de la enfermedad y de otras características específicas del paciente.

Al considerarse el tratamiento deben tenerse en cuenta tres observaciones fundamentales sobre la esquizofrenia. Primero, al margen de la causa, la esquizofrenia aparece en la vida de un individuo con un perfil familiar, social y psicológico propio. El tratamiento debe ajustarse al modo en "que el paciente se ve afectado por su trastorno y diseñarse de forma que se pueda ayudar a ese paciente en particular. Segundo, el hecho de que la tasa de concordancia entre gemelos monocigóticos sea del 50% ha llevado a numerosos investigadores a sugerir que factores ambientales y psicológicos desconocidos pero probablemente específicos, han contribuido al desarrollo del trastorno. Así, del mismo modo que se utilizan fármacos para corregir los presuntos desequilibrios químicos, deben aplicarse estrategias no farmacológicas dirigidas a cuestiones no biológicas.

Tercero, la esquizofrenia es un trastorno complejo y un solo abordaje terapéutico raramente es suficiente para tratar de forma satisfactoria este trastorno multifacético.

#### *La Asistencia Psiquiátrica:*

La asistencia psiquiátrica incluye un conjunto de intervenciones, el psiquiatra debe intentar conocer los factores biológicos, interpersonales, sociales y culturales que afectan a la adaptación del paciente. Deberá proporcionarle información sanitaria respecto a la esquizofrenia, facilitar el cumplimiento de una pauta de medicación que sea satisfactoria tanto para el paciente como para el psiquiatra.

Los elementos concretos del tratamiento psiquiátrico son los siguientes:

- Establecimiento y mantenimiento de un vínculo terapéutico
- Vigilancia del estado psiquiátrico del paciente
- Educación respecto a la esquizofrenia y los tratamientos de la misma
- Determinación de la necesidad de medicación y de otros tratamientos específicos y desarrollo de un plan de tratamiento
- Aumento del conocimiento y la adaptación de los efectos psicosociales de la enfermedad
- Inicio de medidas para aliviar las dificultades familiares y mejorar la función familiar
- Facilitación del acceso al servicio y la coordinación de los recursos en los sistemas de salud mental y de otro tipo

Aunque los fármacos antipsicóticos son la piedra angular del tratamiento, las diferentes investigaciones ponen de relieve que las intervenciones psicosociales pueden aumentar la mejoría clínica. Las terapias psicosociales deben integrarse cuidadosamente en el régimen de tratamiento farmacológico y deben apoyar a éste último. La mayoría de los pacientes esquizofrénicos se benefician del uso combinado de antipsicóticos y tratamientos psicosociales.

### **3.7.1 Hospitalización**

Las principales indicaciones para la hospitalización son estabilizar la medicación, proteger al paciente de las ideas suicidas u homicidas, controlar la conducta desorganizada, e inapropiada, que incluye la incapacidad de cuidar de ellos mismos para sus necesidades básicas como alimentarse, vestirse y poder estar en casa. El principal objetivo de la hospitalización debe ser establecer un lazo efectivo entre el paciente y los sistemas de apoyo de la comunidad.

Otros aspectos del manejo clínico derivan lógicamente del tipo clínico de la enfermedad. La rehabilitación y la reintegración implican que se tengan en cuenta los obstáculos específicos de cada paciente al planificar las estrategias de tratamiento. El médico debe proporcionar información sobre la esquizofrenia al propio paciente, a sus cuidadores o a la familia.

La hospitalización reduce el estrés de los pacientes y les ayuda a estructurar sus actividades diarias. La duración de la hospitalización depende de la gravedad de los síntomas y de la disponibilidad de recursos para el tratamiento ambulatorio. Los estudios han demostrado que las hospitalizaciones cortas (de cuatro a seis semanas) son tan efectivas como las hospitalizaciones más largas, y aquellos centros que proponen tratamientos conductuales son más efectivos que las instituciones de custodia y las comunidades terapéuticas orientadas a la introspección.

El plan de tratamiento hospitalario debería seguir una orientación práctica cuyos objetivos fuesen el modo de vivir del paciente, su autocuidado, el empleo, y las relaciones sociales. Debería ir dirigida a aquellos pacientes con posibilidades de cuidado posterior, que incluyan los hogares, familias de adopción y otras instituciones. Los centros de día y las visitas a casa a veces ayudan a los pacientes a permanecer fuera del hospital largos períodos de tiempo y pueden mejorar la calidad de la vida diaria del paciente.

### **3.7.2 Tratamientos Psicosociales**

*Terapia conductual.* Las terapias para la esquizofrenia deben ir dirigidas tanto a las capacidades como al déficit del paciente. Las técnicas conductuales utilizan la economía de fichas y el entrenamiento en habilidades sociales para mejorar las relaciones interpersonales, la autosuficiencia, y las habilidades prácticas. Las conductas adaptativas se refuerzan por medio de elogios o fichas que pueden cambiarse por cosas deseadas como privilegios en el hospital o pases de salida. En consecuencia, puede reducirse la frecuencia de conductas maladaptativas, como hablar a gritos, hablarse a sí mismo en público y la rigidez postural.

*Entrenamiento en habilidades sociales.* En referencia a su nombre, esta terapia es muy útil para los pacientes y se suma al tratamiento farmacológico. Además de los síntomas típicos de la esquizofrenia, el paciente ve muy afectada su relación con los demás, empezando por un contacto ocular escaso, retrasos inusuales de la respuesta, expresiones faciales extrañas, pérdida de espontaneidad en situaciones sociales, percepciones poco precisas o pérdida de la capacidad de sentir emociones hacia otras personas. A este tipo de conductas se dirige específicamente el entrenamiento en habilidades sociales. La metodología que se utiliza en esta terapia incluye el video del paciente y otras personas, roleplaying en la sesión de terapia, y tareas para casa sobre la habilidad específica que se haya trabajado en la sesión.

Terapias familiares. Gran variedad de terapias familiares son útiles en el tratamiento de la esquizofrenia. Como a menudo a los pacientes se les da el alta hospitalaria en un estado de remisión parcial, la familia a la que es devuelto puede beneficiarse de un curso breve pero intensivo (diario) de terapia familiar. El centro de la terapia debería ser la situación inmediata y debería incluir la identificación y evitación de posibles situaciones problemáticas. Cuando los problemas aparecen con el paciente en la familia la terapia debe proporcionar una solución rápida a ese problema.

Tras este período un tema importante a tratar en la terapia de familia es el proceso de recuperación, en particular su duración y el grado esperable de "normalización". Demasiado a menudo, los miembros de la familia esperan que el paciente reanude sus actividades normales demasiado pronto. Estos planes excesivamente optimistas se producen por la ignorancia de la naturaleza de la esquizofrenia y por una cierta negación de la gravedad del trastorno. El terapeuta debe ayudar a la familia y al paciente a conocer mejor la enfermedad sin ser absolutamente pesimistas. Debe explicarse el episodio psicótico y todos sucesos que han podido desencadenarlo. La práctica común de ignorar este episodio responde con frecuencia a la vergüenza asociada a él, y no permite beneficiarse de la proximidad del suceso como fuente de discusión, educación y comprensión. Los miembros de la familia suelen estar asustados por los síntomas psicóticos, y una charla abierta entre el psiquiatra, la familia y el enfermo puede ser de gran utilidad para todas las partes. Más adelante, la terapia de familia deberá dirigirse al conocimiento de las técnicas de afrontamiento y reducción del estrés y a la reincorporación gradual del paciente a sus actividades.

En una sesión con la familia y los pacientes, el terapeuta debe estar muy atento para controlar la intensidad de las emociones expresadas. Una expresión excesiva puede dañar el proceso de recuperación del paciente y puede comprometer el éxito potencial de las demás sesiones. Algunos estudios han hallado que este tipo de terapia es especialmente efectiva para reducir las recaídas. No obstante, cada uno de estos estudios utiliza una terapia diferente y no está claro qué es lo que tienen en común todas ellas.

En estudios controlados, la reducción de la tasa de recaídas es espectacular: 25% a 50% de recaídas anuales sin terapia de familia, y 5%-10% con este tratamiento.

NAMI. La National Alliance for Mentally Ill y entidades similares son grupos de apoyo para los miembros de las familias y amigos de pacientes con trastornos mentales, y para los pacientes mismos.

Tales organizaciones ofrecen consejo emocional y práctico sobre cómo cubrir las necesidades de cuidado de un sistema sanitario extraordinariamente complejo en algunas ocasiones. El NAMI es un grupo de apoyo al cual dirigir a la familia. Esta organización también ha puesto en marcha una campaña para desestigmatizar la enfermedad mental e incrementar la sensibilización de los gobiernos sobre las necesidades y derechos de los enfermos mentales y sus familias.

### **3.8 PREVENCIÓN**

Hasta el momento, no se conocen medidas preventivas para reducir la incidencia de la esquizofrenia. Sin embargo, la identificación e intervención tempranas pueden mejorar la calidad de vida de los niños y adolescentes con esquizofrenia. Además, el tratamiento suele tener más éxito cuando los síntomas del primer episodio psicótico se tratan correcta y oportunamente. La continuidad del tratamiento es crucial, es posible que haya que ajustar la dosis y el tipo de medicamento periódicamente para mantener la eficacia.

La detección e intervención temprana, todavía es un pensamiento de deseo, las familias siguen teniendo que esperar años, sin diagnóstico y sin medicación adecuada, cuando es evidente que la persona sufre de esquizofrenia.

La prevención, la detección precoz y tratamiento, el reducir el impacto familiar y social de estos trastornos y la sensibilización social respecto de estos problemas son objetivos principales.

## **CAPITULO IV. DEPRESIÓN**

### **4.1 CONCEPTO DE DEPRESIÓN**

A lo largo de nuestra vida todos hemos experimentado momentos de tristeza, infelicidad o soledad, casi siempre como una reacción ante un hecho significativo. Estos sentimientos de tristeza o infelicidad diríamos que son normales o esperables. A veces ocurre que estos sentimientos son más intensos o más prolongados y se asocian con otros síntomas psíquicos o físicos. Si esto es así nos encontramos frente a una enfermedad llamada Depresión.

La palabra “Depresión” ha pasado a formar parte de nuestro lenguaje cotidiano. Expresiones como “pareces deprimido”, “he estado depre estos días”, o “qué hacer con su depresión” muestran como el fenómeno depresivo se ha convertido en una de la psicopatologías más populares.

La depresión se puede definir como un sentimiento persistente de inutilidad, pérdida de interés por el mundo y falta de esperanza en el futuro.

El trastorno depresivo es una enfermedad que afecta el organismo (cerebro), el ánimo, y la manera de pensar. Afecta la forma en que una persona come y duerme. Afecta cómo uno se valora a sí mismo (autoestima) y la forma en que uno piensa. Un trastorno depresivo no es lo mismo que un estado pasajero de tristeza. No indica debilidad personal. No es una condición de la cual uno puede liberarse a voluntad. Las personas que padecen de un trastorno depresivo no pueden decir simplemente "ya basta, me voy a poner bien". Sin tratamiento, los síntomas pueden durar semanas, meses e incluso años. Sin embargo, la mayoría de las personas que padecen de depresión puede mejorar con un tratamiento adecuado.

Es un trastorno afectivo que varía desde: bajas transitorias del estado de ánimo que son características de la vida misma, hasta el síndrome clínico, de gravedad y duración importante con signos y síntomas asociados, marcadamente distintos a la normalidad.

El hecho de que la tristeza se encuentre, a menudo, formando parte del estado depresivo toma su justa medida al percatarnos de que también las sensaciones de soledad, aburrimiento, cansancio, desesperanza, hastío y otras forman parte con mucha frecuencia del cortejo de sufrimientos que embargan al enfermo depresivo.

La depresión es una enfermedad tratable, al igual que la diabetes o la hipertensión. Muchos creen erróneamente que la depresión es normal en personas mayores, adolescentes, mujeres menopausicas, madres primerizas o en personas que padecen enfermedades crónicas.

Pero éste es un concepto equivocado, no importa la edad, el sexo o la situación de la vida, la depresión nunca es algo normal. Cualquier persona que experimente síntomas depresivos debe ser diagnosticada y tratada para revertir su condición.

La depresión es uno de los más comunes y más serios problemas de la salud mental que enfrenta la gente hoy en día. Millones de personas en el mundo sobreviven en medio de la depresión.

Ricos, pobres, ciudadanos, campesinos, hombres y mujeres, tanto en países desarrollados como en países en vías de desarrollo.

## **4.2 EPIDEMIOLOGÍA**

Cada día es mayor el número de personas con diagnósticos de depresión en los hospitales generales, consultorios médicos y centros de salud. En Estados Unidos los intentos de suicidio se han incrementado en forma alarmante, especialmente entre los jóvenes y más aún entre las mujeres menores de 30 años. Generalmente se prefiere la ingestión de depresores del sistema nervioso para lograr tales fines, tal vez como un tributo a nuestra nueva tecnología.

Otro dato interesante, cuando menos documentado, es que el promedio de vida de los pacientes deprimidos disminuye cada vez más. Así, los textos escritos antes de la Primera Guerra Mundial recalcan que con frecuencia la “melancolía involutiva” se presentaba entre los 40 a 50 años. Por otra parte, estudios recientes en Estados Unidos indican que la edad promedio de pacientes deprimidos es de 30 años.

En los últimos años la importancia de la depresión se ha destacado de tal forma, que se le considera no sólo como el problema más frecuente en el campo de la salud mental, sino aun, y de acuerdo con opiniones tan calificadas como la de Nathan Kline, es el padecimiento que más trastornos acarrea a la humanidad.

Expertos internacionales estiman en un 3 a 5% de la población total la frecuencia de las depresiones. Esto significa que entre 100 y 200 millones de seres humanos padecen hoy en día de depresión, cuadro que si se diagnosticara oportunamente podría beneficiarse con el tratamiento adecuado.

Aproximadamente el 25% de las mujeres y un 13% de los hombres, en algún momento de sus vidas, padecen una depresión.

En México se han llevado a cabo algunos estudios epidemiológicos para estimar la prevalencia de trastornos mentales, incluidos los trastornos y episodios depresivos, identificando, además, el proceso de búsqueda de ayuda. Los hallazgos de estas investigaciones muestran discrepancias notables debido a diferencias en la definición del trastorno, la clasificación que se ha utilizado y la población en la cual se ha desarrollado el estudio.

Entre los trabajos previos cabe destacar un estudio llevado a cabo como parte de la Encuesta Nacional de Adicciones en 1988, en el cual se incluyó una sección para investigar la prevalencia de trastornos mentales en personas de entre 18 y 65 años de edad. Uno de los principales hallazgos fue que 34% de la población estudiada presentó uno o más síntomas de depresión durante el mes anterior al estudio. El 13% de la población presentó sintomatología severa con importantes variaciones de acuerdo con el sexo del entrevistado: 8.5% entre los hombres y 17% en las mujeres.

En otro estudio efectuado en la Ciudad de México se encontró una prevalencia de episodios depresivos durante la vida (sin excluir al trastorno bipolar) de 8.3%, con un claro predominio de las mujeres.

La Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica, llevada a cabo en 2002 entre población urbana de 18 a 65 años de edad, concluyó que los trastornos afectivos –dentro de los que se incluyen los trastornos depresivos–, se ubican, respecto al resto de los trastornos investigados, en tercer lugar en frecuencia para prevalencia alguna vez en la vida (9.1%), después de los trastornos de ansiedad (14.3%) y los trastornos por uso de sustancias (9.2%). Al limitar el análisis de la encuesta a los 12 meses previos a su aplicación, los trastornos más comunes fueron los de ansiedad, seguidos por los afectivos. Al analizar los trastornos individualmente, el episodio depresivo pasa a un quinto lugar (luego de las fobias específicas, los trastornos de conducta, la dependencia al alcohol y la fobia social), con una prevalencia de 3.3% alguna vez en la vida. Entre las mujeres, la depresión mayor ocupa el segundo lugar.

Las magnitudes epidemiológicas, el tipo de repercusión psicológica y social, la accesibilidad diagnóstica y las posibilidades terapéuticas de prevención primaria hacen de la depresión un problema significativo de salud pública, de ninguna manera etiquetable como un problema psiquiátrico de acuerdo con el enfoque tradicional de la enfermedad mental.

El punto de vista de la Organización Mundial de la Salud

El doctor Noman Sartorius, director de la División de Salud Mental de la Organización Mundial de la Salud, calcula que en el mundo hay por lo menos cien millones de personas que sufren alguna forma clínica de depresión; que relacionados con ellos existen otros tres tantos que son afectados y sufren por ella y lo que es peor, que el problema tiende a aumentar en los años venideros.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) indicó que la depresión se convertirá en el año 2020 en la segunda causa de incapacidad en el mundo, detrás de las enfermedades isquémicas (infartos, insuficiencia coronaria,

accidente cerebrovascular) mientras que en el año 2000 ocupaba el cuarto lugar.

De ahí que desde los distintos estamentos sanitarios se esté potenciando la investigación para intentar atajar este trastorno mental, cuyo índice de prevalencia, lejos de disminuir, amenaza con incrementarse a medida que transcurra el siglo XXI.

### **4.3 ETIOLOGÍA**

Las causas de la depresión son múltiples y no sabemos exactamente por qué algunas personas se deprimen y otras no. A veces no existe una razón clara y, en otros casos hay un hecho negativo que actúa cómo desencadenante.

Pareciera bastante claro el componente neuroquímico de la enfermedad. Esta se debería a una disminución o alteración de una sustancia llamada serotonina que se encuentra habitualmente en las células del cerebro y a través de la cual se mediatizan los procesos emocionales.

La etiología de la depresión es multifactorial, con predominio de algunos agentes predisponentes y determinantes sobre otros según el cuadro. El estado constitucional y los factores ambientales deben ser en todos los casos mutuamente complementarios, pues el predominio del primero o de los segundos influirá en el tipo de depresión que se desarrolle en el enfermo.

#### **4.3.1 Causas Genéticas**

Como las causas genéticas son de mayor importancia en las depresiones psicóticas, un buen número de autores ha presentado pruebas a favor de la teoría de que algunas personas son portadoras de una vulnerabilidad específica a la psicosis maniaco-depresiva. Estos investigadores han tratado de demostrar que la tendencia a presentar uno de estos cuadros aumenta en proporción al grado de parentesco con la persona enferma que se tome como referencia.

Es evidente que con frecuencia se presentan trastornos depresivos en varios miembros de la familia. Quizá no podríamos hablar en estos casos de una herencia directa de la depresión, sino simplemente de la posibilidad de transmisión de un terreno más vulnerable al cuadro, como puede suceder con otras enfermedades. Además es preciso considerar que los miembros de una familia están sujetos a los mismos factores ambientales que pueden determinar la depresión, y que la convivencia con una persona deprimida puede originar el mismo cuadro en alguno de sus allegados.

Para la población en general hay una probabilidad del 3% de padecer depresión. Las personas con familiares directos (padres, abuelos o hermanos) con antecedentes de depresión tienen un 15% de probabilidades de padecerla. El componente heredo-familiar puede ser muy importante, tanto es así que, un gemelo, tiene un 70% de probabilidades de desarrollar una depresión si su hermano ya la tiene.

#### **4.3.2 Causas Psicológicas**

Las causas psicológicas pueden intervenir en la génesis de cualquier tipo de depresión. Los factores emocionales desempeñan un papel preponderante, presentándose desde los primeros años de vida, determinando rasgos de personalidad tan profundamente enraizados en el modo de ser del individuo, que algunos psiquiatras se refieren a ellos como rasgos constitucionales. Estos rasgos, sin embargo, no son heredados sino que se aprenden a través de la estrecha relación y la dependencia respecto de los miembros de la familia.

#### **4.3.3 Causas Ecológicas**

Durante la última centuria la humanidad alcanzó un grado de desarrollo científico y tecnológico tal, que superó con mucho lo logrado en miles de años. Este desarrollo proporcionó mayor bienestar al hombre, pero también tuvo otras consecuencias negativas, a saber: un aumento acelerado de la población mundial, la explotación inmoderada de los recursos naturales, la producción incontrolada de sustancias contaminantes y una cantidad exorbitante de

desechos, generando con ello una severa contaminación ambiental y el desequilibrio ecológico.

Es válido suponer que los aspectos psicológicos del hombre no permanecen al margen de este torbellino, y que, por tanto, su salud mental también es afectada por el medio ambiente nocivo en que se desenvuelve.

#### **4.3.4 Causas Sociales**

Como lo demuestran los estudios etiológicos, los estados afectivos de depresión son una respuesta a la pérdida de los lazos de unión que han sido indispensables para la supervivencia y desarrollo de nuestra especie.

Durante siglos los tres sistemas de apoyo social más importantes han sido la familia, la iglesia y la comunidad de vecinos, y desde que se inició la vida urbana hemos encontrado en ellos un apoyo contra estados emocionales disruptivos, como la depresión, el miedo y la ira; sin embargo, es característica de la época actual la desintegración de estas tres fuentes de apoyo sobre todo en los nórdicos, los ancianos viven totalmente solos; los vecinos se dan cuenta de que han muerto hasta que perciben el mal olor de sus cuerpos en descomposición.

La dificultad para lograr estos fines, la pérdida de sus relaciones familiares y sociales, así como las condiciones precarias en que tienen que instalarse, generalmente en áreas marginadas, constituyen un serio problema que afecta en forma importante el estado afectivo de grandes núcleos de población.

#### 4.4 TIPOS Y SINTOMAS DE DEPRESION

Al igual que en otras enfermedades, por ejemplo las enfermedades del corazón, existen varios tipos de trastornos depresivos. Los tres tipos de depresión más comunes son: Trastorno depresivo mayor, el Trastorno distímico y el Trastorno bipolar. En cada uno de estos tres tipos de depresión, el número, la gravedad y la persistencia de los síntomas varían.

*El trastorno depresivo mayor* se manifiesta por una combinación de síntomas que interfieren con la capacidad para trabajar, estudiar, dormir, comer y disfrutar de actividades que antes eran placenteras.

El trastorno distímico es un tipo de depresión menos grave, incluye síntomas crónicos (a largo plazo) que no incapacitan tanto, sin embargo interfieren con el funcionamiento y el bienestar de la persona.

La característica esencial de este trastorno es un estado de ánimo crónicamente depresivo que está presente la mayor parte del día de la mayoría de los días durante al menos 2 años. Muchas personas con distimia también pueden padecer de episodios depresivos severos en algún momento de su vida.

Otro tipo de depresión es *el trastorno bipolar*. Éste no es tan frecuente como los otros trastornos depresivos. El trastorno bipolar se caracteriza por cambios cíclicos en el estado de ánimo: fases de ánimo elevado o eufórico (manía) y fases de ánimo bajo (depresión).

Los cambios de estado de ánimo pueden ser dramáticos y rápidos, pero más a menudo son graduales. Cuando una persona está en la fase depresiva del ciclo, puede padecer de uno, de varios o de todos los síntomas del trastorno depresivo.

Cuando está en la fase maníaca, la persona puede estar hiperactiva, hablar excesivamente y tener una gran cantidad de energía. La manía a menudo afecta la manera de pensar, el juicio y la manera de comportarse con relación a los otros.

Puede llevar a que la persona se meta en graves problemas y en situaciones embarazosas. Por ejemplo, en la fase maníaca el individuo puede sentirse feliz o eufórico, tener proyectos grandiosos, tomar decisiones de negocios descabelladas, e involucrarse en aventuras o fantasías románticas.

#### **4.4.1 SINTOMAS DEL TRASTORNO DEPRESIVO MAYOR**

No todos experimentan la depresión de la misma manera, los síntomas varían según las personas.

La depresión puede ser calificada como leve, moderada o grave dependiendo de la cantidad y gravedad de sus síntomas.

##### **Depresión**

- Estado de ánimo triste, ansioso o "vacío" en forma persistente.
- Sentimientos de desesperanza y pesimismo.
- Sentimientos de culpa, inutilidad y desamparo.
- Pérdida de interés o placer en pasatiempos y actividades que antes se disfrutaban, incluyendo la actividad sexual.
- Disminución de energía, fatiga, agotamiento, sensación de estar "en cámara lenta."
- Dificultad para concentrarse, recordar y tomar decisiones.
- Insomnio, despertarse más temprano o dormir más de la cuenta.
- Pérdida de peso, apetito o ambos, o por el contrario comer más de la cuenta y aumento de peso.
- Pensamientos de muerte o suicidio; intentos de suicidio.
- Inquietud, irritabilidad.
- Síntomas físicos persistentes que no responden al tratamiento médico, como dolores de cabeza, trastornos digestivos y otros dolores crónicos.

#### **4.4.2 SINTOMAS DEL TRASTORNO DISTIMICO**

Las características asociadas al trastorno distímico son parecidas a las de un episodio depresivo mayor. Varios estudios sugieren que los síntomas más frecuentemente encontrados son:

- sentimientos de incompetencia
- pérdida generalizada de interés o placer
- aislamiento social
- sentimientos de culpa o tristeza referente al pasado
- sentimientos subjetivos de irritabilidad o ira excesiva
- descenso de la actividad, la eficiencia y la productividad

Síntomas dependientes de la edad y el sexo: en los niños el trastorno distímico parece presentarse por igual en ambos sexos y provoca frecuentemente un deterioro del rendimiento escolar y de la interacción social.

En general, los niños y adolescentes con un trastorno distímico están irritables e inestables, además de tristes. Tienen una baja autoestima y escasas habilidades sociales y son pesimistas. En los adultos las mujeres son dos o tres veces más propensas que los varones a presentar un trastorno distímico.

#### **4.4.3 SINTOMAS DEL TRASTORNO AFECTIVO BIPOLAR**

El trastorno afectivo bipolar produce cambios del ánimo patológicos de manía a depresión, con una tendencia a recurrir y a desaparecer espontáneamente. Tanto los episodios maníacos como los depresivos pueden predominar y producir algunos cambios en el estado de ánimo, o los patrones de cambios del estado de ánimo pueden ser cíclicos, comenzando a menudo con una manía que termina en una depresión profunda.

A algunas personas se las denomina cicladores rápidos porque su ánimo puede cambiar varias veces en un día. Otros presentan lo que se llama "estados mixtos", en donde los pensamientos depresivos pueden aparecer en un episodio de manía o viceversa.

Cuando el trastorno afectivo bipolar se presenta en niños, generalmente aparece en su forma mixta.

Los síntomas maníacos y depresivos se pueden dar simultáneamente o en una sucesión rápida en la denominada fase mixta.

#### **4.5 EVALUACIÓN DIAGNÓSTICA Y TRATAMIENTO**

El primer paso para recibir un tratamiento adecuado para la depresión consiste en un examen médico. Ciertos medicamentos, así como algunas enfermedades, por ejemplo infecciones virales, pueden producir los mismos síntomas que la depresión. El médico debe descartar esas posibilidades por medio de un examen físico, entrevista del paciente y análisis de laboratorio. Si las causas físicas son descartadas, el médico debe realizar una evaluación psicológica o dirigir al paciente a un psiquiatra o psicólogo.

Una buena evaluación diagnóstica debe incluir una historia médica completa. ¿Cuándo comenzaron los síntomas, cuánto han durado, qué tan serios son? Si el paciente los ha tenido antes, el médico debe averiguar si los síntomas fueron tratados y qué tratamiento se dio. El médico también debe preguntar acerca del uso de alcohol y drogas, y si el paciente tiene pensamientos de muerte o suicidio. Además, la entrevista debe incluir preguntas sobre otros miembros de la familia. ¿Algún pariente ha tenido depresión y si fue tratado, qué tratamientos recibió y qué tratamientos fueron efectivos?

Por último, una evaluación diagnóstica debe incluir un examen del estado mental para determinar si los patrones de habla, pensamiento o memoria se han afectado, como pasa algunas veces en el caso de enfermedad depresiva o maníaco-depresiva.

La selección del tratamiento dependerá del resultado de la evaluación. Existe una gran variedad de medicamentos antidepresivos y psicoterapias que se pueden utilizar para tratar los trastornos depresivos. La psicoterapia sola es efectiva en algunas personas con formas más leves de depresión. Las personas con depresión moderada o severa más a menudo mejoran con antidepresivos. La mayoría obtienen un resultado óptimo con un tratamiento combinado de medicamentos para obtener un alivio relativamente rápido de los síntomas y psicoterapia para aprender a enfrentar mejor los problemas de la vida, incluyendo la depresión. El psiquiatra puede recetar medicamentos y una de las diversas formas de psicoterapia que han mostrado ser efectivas para la depresión, o ambos, dependiendo del diagnóstico del paciente y de la seriedad de los síntomas.

**4.5.1 La terapia electro-convulsiva** (TEC o "Electro-shock") es útil, especialmente para los pacientes cuya depresión es severa o pone su vida en peligro y para los pacientes que no pueden tomar antidepresivos. La TEC es a menudo efectiva en casos en que los medicamentos antidepresivos no proporcionan un alivio suficiente. En los últimos años la TEC se ha perfeccionado mucho. Antes de administrar el tratamiento, que se hace bajo anestesia de duración breve, se administra un relajante muscular. Se colocan electrodos en sitios precisos de la cabeza, para enviar impulsos eléctricos. La estimulación ocasiona una convulsión breve (aproximadamente 30 segundos) dentro del cerebro. La persona que recibe TEC no percibe conscientemente el estímulo eléctrico. Para obtener el máximo beneficio terapéutico se requieren varias sesiones de TEC, usualmente programadas con un promedio de tres por semana.

#### **4.5.2 Medicamentos**

Hay varios tipos de medicamentos antidepresivos utilizados para tratar trastornos depresivos. Estos incluyen los "inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina"(ISRS) que son medicamentos nuevos, los tricíclicos y los "inhibidores de la monoaminooxidasa" (IMAO). Los ISRS y otros

medicamentos aún más nuevos que afectan los neurotransmisores como la dopamina o la noradrenalina, generalmente tienen menos efectos secundarios que los tricíclicos. Algunas veces el médico prueba una variedad de antidepresivos antes de encontrarse el medicamento o combinación de medicamentos más efectiva. Generalmente la dosis se debe ir aumentando hasta que la medicación es efectiva. Por lo general, el efecto terapéutico completo de los medicamentos antidepresivos no se observa inmediatamente. Hay que tomarlo en dosis adecuadas por 3 ó 4 semanas, y en algunos casos lleva hasta 8 semanas, para que se produzca el efecto completo. Sin embargo a veces se empiezan a ver mejorías en las primeras semanas.

Es posible que el paciente se sienta tentado a dejar de tomar el medicamento prematuramente. Él puede sentirse mejor y pensar que ya no lo necesita. O puede pensar que el medicamento no le está ayudando en absoluto. Es importante seguir tomando el medicamento hasta que éste tenga oportunidad de actuar en el organismo. Algunos efectos secundarios pueden aparecer incluso antes de que se produzca el efecto antidepresivo. Una vez que el paciente se sienta mejor, es importante continuar el medicamento por 4 a 9 meses para prevenir una recaída de la depresión. Algunos medicamentos deben dejar de tomarse gradualmente (es decir reduciendo la dosis poco a poco) para dar tiempo a que el organismo se adapte y para prevenir síntomas de abstinencia, los que se producen cuando algunos medicamentos se descontinúan abruptamente. En los casos de trastorno bipolar y depresión severa crónica o recurrente, es posible que el paciente tenga que tomar el medicamento por un tiempo indefinido.

Al contrario de lo que algunas personas creen, los medicamentos antidepresivos no crean hábito. Sin embargo, como sucede con cualquier tipo de medicamento recetado por periodos prolongados, los antidepresivos deben ser supervisados cuidadosamente por el médico para determinar si se están dando en una dosis correcta.

Hay un pequeño grupo de personas que no responden a los antidepresivos usados más comúnmente (tricíclicos, ISRS y otros antidepresivos nuevos) y para las cuales los IMAO son el mejor tratamiento. Las personas que están tomando esta clase de antidepresivos deben evitar determinados alimentos. Ciertos alimentos contienen niveles elevados de la sustancia llamada tiramina (la que normalmente se encuentra en quesos fermentados, vinos y encurtidos o alimentos en conserva de vinagre). Cuando el paciente toma un IMAO, estos alimentos deben ser estrictamente evitados, al igual que algunos medicamentos como los descongestionantes que se toman para los resfriados y algunas alergias. La interacción de la tiramina con los IMAO puede ocasionar una crisis hipertensiva (subida brusca y extrema de la presión arterial) que puede llevar a la ruptura de una arteria en el cerebro, es decir un accidente cerebro-vascular. El médico debe proporcionar al paciente una lista completa de los alimentos prohibidos. El paciente debe llevar la lista consigo en todo momento. Las otras clases de antidepresivos (tricíclicos, ISRS y otros antidepresivos nuevos) no requieren restricciones alimenticias.

Nunca se deben combinar medicamentos de ningún tipo— sin receta o prestados—sin consultar al médico. Cualquier otro profesional de la salud que pueda recetarle un medicamento (por ejemplo el dentista u otro especialista) tiene que saber qué medicamentos está tomando el paciente. Aunque algunos medicamentos son inocuos cuando se toman solos, si se toman en combinación con otros pueden ocasionar efectos secundarios peligrosos. Algunas sustancias, como el alcohol y las drogas, pueden reducir la efectividad de los antidepresivos y por lo tanto se deben evitar. Deben evitarse el vino, la cerveza y las bebidas alcohólicas destiladas, por ejemplo tequila, ginebra, ron, vodka, whyski y licores. A algunas personas que están tomando uno de los antidepresivos nuevos, el médico puede permitirles el uso de una cantidad moderada de alcohol, si la persona no ha tenido un problema de alcoholismo.

Los sedantes o medicamentos ansiolíticos, que se dan para la ansiedad, no son antidepresivos. A veces son recetados junto con los antidepresivos, sin embargo, por si solos no son efectivos para tratar la depresión. Al igual que los estimulantes, como las anfetaminas.

Ocasionalmente se utilizan bajo estricta supervisión médica en personas que padecen al mismo tiempo de una enfermedad física y de depresión.

Las preguntas sobre los antidepresivos recetados y problemas que puedan estar relacionados con el medicamento, deben tratarse con el médico.

La mayoría de las personas con trastorno bipolar toman más de un medicamento. Junto con el litio y un anticonvulsivo, el paciente puede necesitar un medicamento para otros síntomas que se asocian frecuentemente con la bipolaridad: agitación, ansiedad, depresión e insomnio. Es de vital importancia encontrar la mejor combinación posible de estos medicamentos para cada paciente. Para esto se requiere que el médico supervise el tratamiento cuidadosamente.

### **Efectos secundarios**

En algunas personas, los antidepresivos pueden causar efectos secundarios que generalmente son leves y temporales (conocidos a veces como efectos adversos). Por lo general son molestos, pero no graves. Sin embargo si se presenta una reacción o efecto secundario que es inusual o que interfiere con el funcionamiento normal, el médico debe ser notificado de inmediato. Estos son los efectos secundarios más comunes de los antidepresivos y las formas de manejarlos:

- **Boca seca:** es útil tomar sorbos de agua, goma de mascar, cepillar los dientes diariamente.
- **Estreñimiento:** la dieta debe incluir cereales con contenido alto de fibra, ciruelas, frutas y vegetales.

- **Dificultad al orinar:** vaciar la vejiga puede ser dificultoso y el chorro de orina puede no ser tan fuerte como de costumbre; debe notificarse al médico si hay dificultad seria o dolor.
- **Problemas sexuales:** el funcionamiento sexual puede alterarse; si se vuelve preocupante, debe conversarse con el médico.
- **Visión borrosa:** esto generalmente pasa pronto y no se requieren lentes nuevos.
- **Mareos:** conviene levantarse lentamente de la cama o de la silla.
- **Somnolencia o modorra diurna:** esto generalmente pasa pronto. Una persona que se sienta somnolienta o sedada no debe conducir ni operar máquinas o vehículos. Los antidepresivos más sedantes se toman generalmente al acostarse, para ayudar a dormir y minimizar la somnolencia diurna.

Los antidepresivos más nuevos tienen diferentes tipos de efectos secundarios:

- **Dolor de cabeza:** generalmente se pasa.
- **Náusea:** también es pasajera, incluso cuando la sensación de náusea ocurre después de cada dosis, es solo por un rato.
- **Nerviosismo e insomnio (dificultad para dormirse o despertar a menudo durante la noche):** estos pueden ocurrir durante las primeras semanas; usualmente se resuelven con el tiempo o tomando una dosis más pequeña.
- **Agitación (sentirse inquieto, tembloroso o nervioso):** si esto pasa por primera vez después de tomar el medicamento y es persistente, el médico debe ser notificado.
- **Problemas sexuales:** el médico debería ser consultado si el problema es persistente o preocupante.

### 4.5.3 Terapia naturista

En los últimos años, el uso de hierbas para el tratamiento tanto de la depresión como de la ansiedad ha generado un gran interés. La hierba de San Juan o Corazoncillo (St. John's wort o *Hypericum perforatum*), que es una hierba muy utilizada en Europa para el tratamiento de la depresión moderada, ha captado recientemente la atención de los estadounidenses. La hierba de San Juan, una planta muy bonita y de crecimiento lento que se cubre de flores amarillas en el verano, ha sido usada durante siglos en muchos remedios naturales y populares. En Alemania, el *Hypericum* se utiliza actualmente para el tratamiento de la depresión más que cualquier otro antidepresivo. Sin embargo, la eficacia de esta hierba no se ha aclarado por que los estudios científicos que se han llevado a cabo fueron a corto plazo y utilizaron varias dosis diferentes.

Dado al enorme interés en la hierba de San Juan, los Institutos Nacionales de Salud (National Institutes of Health, NIH) están llevando a cabo un estudio de tres años, auspiciados por tres integrantes del NIH: el Instituto Nacional de Salud Mental (National Institute of Mental Health), el Centro Nacional para Medicina Complementaria y Alternativa (National Center for Complementary and Alternative Medicine) y la Oficina de Suplementos Dietéticos (Office of Dietary Supplements). El estudio está diseñado para incluir 336 pacientes con depresión severa, los que son asignados al azar a uno de tres tratamientos de 8 semanas de duración. Una tercera parte de los pacientes recibirá una dosis uniforme de hierba de San Juan, una tercera parte recibirá un inhibidor selectivo de la recaptación de serotonina (ISRS) que se receta frecuentemente para depresión y la tercera parte recibirá un placebo (una píldora que parece exactamente igual al ISRS o a la hierba de San Juan, pero que no tiene ingredientes activos). Los participantes del estudio que tengan una mejoría continuarán el tratamiento por 18 semanas adicionales. Después de completar este estudio de tres años, se analizarán y publicarán los resultados.

La FDA hizo un anuncio oficial para la salud pública el 10 de febrero del 2000. En este se afirma que la hierba de San Juan parece utilizar una de los procesos metabólicos usados por muchos otros medicamentos. Por ejemplo varios de los medicamentos que se recetan para tratar problemas tales como las enfermedades del corazón, la depresión, las convulsiones, ciertos cánceres y para prevenir los rechazos de transplantes. Por lo tanto, los médicos deben alertar a sus pacientes acerca de estas posibles interacciones farmacológicas. Cualquier suplemento naturista se debe tomar únicamente después de consultar con el médico u otro profesional de salud capacitado.

#### **4.5.4 Psicoterapias**

Muchas formas de psicoterapia, incluso algunas terapias a corto plazo (10-20 semanas), pueden ser útiles para los pacientes deprimidos. Las terapias "de conversación" ayudan a los pacientes a analizar sus problemas y a resolverlos, a través de un intercambio verbal con el terapeuta. Algunas veces estas pláticas se combinan con "tareas para hacer en casa" entre una sesión y otra.

Los profesionales de la psicoterapia que utilizan una terapia "de comportamiento" procuran ayudar a que el paciente encuentre la forma de obtener más satisfacción a través de sus propias acciones. También guían al paciente para que abandone patrones de conducta que contribuyen a su depresión o que son consecuencia de su depresión.

Estudios de investigación han comprobado que dos psicoterapias a corto plazo son útiles para algunas formas de depresión. Se trata de la terapia interpersonal y de la cognitiva-conductual. Los terapeutas interpersonales se concentran en los problemas en las relaciones con los otros que causan y agravan la depresión. Los terapeutas cognitivo-conductuales ayudan a los pacientes a cambiar los estilos negativos de pensamiento y comportamiento que se asocian con la depresión.

Las terapias dinámicas o "de insight", que se usan en ocasiones para tratar personas deprimidas, apuntan a ayudar al paciente a resolver sus conflictos. Estas terapias a menudo se reservan para casos en que los síntomas depresivos han mejorado bastante. Para obtener mejores resultados, los cuadros depresivos severos (en especial los que son recurrentes) por lo general requieren medicamentos (o ECT bajo condiciones especiales), junto con, o antes de, una psicoterapia.

## **CAPITULO V**

### **METODO**

Un aspecto importante que se debe considerar en el esquema general del tratamiento de un familiar con esquizofrenia, es el del cansancio de los cuidadores primarios (familiares principales), repartir las cargas de trabajo e intentar rotarlas periódicamente puede ser conveniente para evitar la extenuación. Sin embargo en ocasiones no es posible, por ello surgió la necesidad de conocer sobre el estado emocional y físico que experimentan los familiares del paciente esquizofrénico, ya que es un tema primordial para poder entender y por consiguiente ayudar a la familia con alternativas que resulten efectivas.

#### **5.1 OBJETIVOS**

Describir los niveles de sobrecarga y depresión de los familiares de pacientes con esquizofrenia.

Conocer si existe relación del nivel de sobrecarga con los niveles de depresión.

#### **5.2 HIPOTÈSIS**

Hi: Existe relación estadísticamente significativa entre el grado de sobrecarga y el grado de depresión en los familiares de pacientes con esquizofrenia.

Ho: No existe relación estadísticamente significativa entre el grado de sobrecarga y el grado de depresión en los familiares de pacientes con esquizofrenia.

Hi: Existe relación estadísticamente significativa entre el grado de sobrecarga y las diferentes áreas de la escala de autoevaluación de Zung.

Ho: No existe relación estadísticamente significativa entre el grado de sobrecarga y las diferentes áreas de la escala de autoevaluación de Zung.

### **5.3 VARIABLES**

Sobrecarga

Depresión

#### **5.3.1 DEFINICION OPERACIONAL DE VARIABLES**

**Variable SOBRECARGA.**- Se considera sobrecarga al conjunto de problemas físicos, mentales y socioeconómicos que experimentan los cuidadores de enfermos crónicos, que pueden afectar sus actividades de ocio, relaciones sociales, intimidad, libertad y equilibrio emocional.

**Variable DEPRESIÓN.**- Es un cambio en el estado de ánimo de carácter grave y persistente que produce una alteración del funcionamiento en todos los ámbitos y en ocasiones lleva al suicidio.

### **5.4 SUJETOS**

La muestra fue determinística, de la totalidad de pacientes (45 pacientes a la semana) del Instituto Nacional de Psiquiatría Juan Ramón de la Fuente con diversas enfermedades mentales se eligieron aquellos casos que cubrían los siguientes criterios de inclusión; 1) pacientes con Dx de esquizofrenia, 2) pacientes atendidos por un familiar y; 3) la aceptación de los familiares para participar. Durante cinco meses se revisaron 80 casos, sin embargo se redujo a 60 la muestra que cubrió los criterios establecidos.

## **5.5 TIPO DE ESTUDIO**

Es transversal.- Se caracteriza porque los datos se recogen una sola vez, por lo que su objetivo es describir una población en un momento dado.

.Cuasi-experimental.- Se caracteriza porque el experimentador no puede presentar según su voluntad los distintos niveles de la V.I ni asignar a los sujetos aleatoriamente a las condiciones experimentales.

Correlacional.- Por que se busca relación entre las variables.

## **5.6 INSTRUMENTOS O MATERIALES**

### **ESCALA PARA MEDIR LA SOBRECARGA**

Escala de sobrecarga del cuidador de Zarit.

Durante los últimos años han proliferado las investigaciones relacionadas con los cuidadores centrados principalmente en las consecuencias que su labor supone en los distintos ámbitos de su vida. Hay estudios que revelan problemas psicopatológicos, principalmente ansiedad y depresión, deterioro de la salud física, aumento del aislamiento social y empeoramiento de la situación económica.

Paralelamente se han desarrollado otros estudios que han identificado variables relacionadas con el cuidado del enfermo crónico y que actúan como moduladoras o mediadoras entre éste y las consecuencias emocionales para los cuidadores. Como fruto de estos estudios, se han encontrado variables que desempeñan un importante papel en este ámbito, principalmente el apoyo social y la autoeficacia del cuidador. Sin embargo, últimamente hay un instrumento de medida que se repite insistentemente en la literatura científica y que desde su aparición hace más de dos décadas se ha ido afianzando y ocupando un lugar de privilegio en cualquier trabajo que se quiera llevar a cabo

sobre los cuidadores. Esta medida es la Escala de Carga de Zarit (Zarit Reeve y Bach-Peterson, 1980), que evalúa la carga percibida de los cuidadores.

La escala de sobrecarga del cuidador de zarit es una versión del Caregiver Burden Interview (Zarit, y cols., 1980) traducida al español y validada por Martín y cols.(1996). Se trata de una escala de 22 ítems que mide el grado en que los cuidadores perciben que sus responsabilidades tienen efectos adversos, sobre su salud, vida personal y social, finanzas y bienestar emocional. Cada ítem se puntúa, según la gravedad de la repercusión, del 1 al 5, con un punto de corte de 46-47, que diferencia entre “no sobrecarga” y “sobrecarga”, con una sensibilidad del 84.6% y una especificidad del 85.3%, mientras que el punto de corte 55-56 discrimina entre sobrecarga “leve” e “intensa”, con una sensibilidad y especificidad de 89.7% y de 94.2%, respectivamente. En la versión original, se obtuvieron dos subescalas que reflejan de forma fiable dos aspectos de los cuidados: tensión personal (coeficiente alfa de Cronbach= 0.80) y tensión en el rol (coeficiente alfa de Cronbach = 0.81).

En España, en el estudio de adaptación de este instrumento (Martín y cols., 1996) hecho sobre una muestra de cuidadores se halló que posee buena consistencia interna y validez concurrente y se señala la existencia de tres factores subyacentes:

*Impacto del cuidado (sobrecarga).* Efectos que la prestación de cuidados de un familiar mayor tiene para el cuidador: falta de tiempo libre, falta de intimidad, deterioro de la vida social, sensación de pérdida de control sobre la vida, deterioro de la salud y otros.

*Calidad de la relación interpersonal (Rechazo).* Relación que el cuidador mantiene con la persona cuidada; deseo de delegar el cuidado en otros, sentimientos de vergüenza, enfado o tensión hacia su familiar, o sentimientos de indecisión acerca del cuidado.

*Expectativas de autoeficacia (competencia)*. Refleja las creencias del cuidador sobre su capacidad de cuidar a su familiar, el deber de hacerlo, la falta de recursos económicos para poder cuidar a su familiar adecuadamente, o la expectativa de poder seguir prestando los cuidados por mucho más tiempo.

En conjunto los tres factores explican el 55% de la varianza, siendo el factor “impacto” el que explica el mayor porcentaje de varianza (33.2%). Los factores “interpersonal” y “expectativas de autoeficacia” explican el 11.4% y el 9.7%, respectivamente.

El análisis factorial muestra una aceptable consistencia interna, que oscila entre 0.69 y 0.90, según el coeficiente alfa de Cronbach.

Puntuación de cada ítem (sumar todos para el resultado):

Nunca	1
Casi nunca	2
A veces	3
Bastantes veces	4
Casi siempre	5

Puntos de corte

22-46 No sobrecarga

47-55 Sobrecarga leve

56-110 Sobrecarga intensa

## ESCALA DE AUTOEVALUACION DE DEPRESIÓN DE ZUNG

La Escala Autoaplicada de Depresión de Zung (Self-Rating Depression Scale, SDS), desarrollada por Zung en 1965, es una escala de cuantificación de síntomas de base empírica y derivada en cierto modo de la escala de depresión de Hamilton, ya que al igual que ella da mayor peso al componente somático-conductual del trastorno depresivo. Fue probablemente una de las primeras en validarse en nuestro país (Conde y cols. 1970) y ha tenido una amplia difusión.

Es una escala autoaplicada formada por 20 frases relacionadas con la depresión, formuladas la mitad en términos positivos y la otra mitad en términos negativos. Tienen gran peso los síntomas somáticos y los cognitivos, con 8 ítems para cada grupo, completándose la escala con dos ítems referentes al estado de ánimo y otros dos a síntomas psicomotores.

En 1964 y Dhuram realizaron una investigación de la depresión y en 1965 publicaron los resultados. En el proyecto debían correlacionar la presencia o severidad del trastorno depresivo con otros parámetros, como la facilidad para despertar del sueño y los cambios que se lograban con el tratamiento.

Se dieron cuenta de que las escalas para medir la depresión existentes hasta ese entonces, eran inadecuadas, pues por su extensión requerían de mucho tiempo para su aplicación, eran especialmente difíciles de resolver para pacientes enfermos depresivos con trastornos psicomotores, y, por otra parte, no eran autoaplicables, por lo que los resultados obtenidos podían ser matizados por la interpretación personal del investigador.

Por lo tanto se elaboraron 20 reactivos planteando 10 en sentido positivo y 10 en sentido negativo para evitar que el paciente pudiera encontrar una tendencia en el estudio. Para la cuantificación del síntoma se plantearon 4 categorías las cuales se califican con valores del 1 al 4 en orden variable según si la pregunta estaba formulada en sentido positivo o negativo.

Los estudios que hacen evidente la validez de esta escala son realizados por Zung (1967), quien correlaciono su escala con otros instrumentos de medición de la depresión como el MMPI, obteniendo una  $R=0.59$  también con la escala de depresión Hamilton dando como resultado una  $r=.56$  y con la escala de Beck obteniendo una  $r=.76$ .

En conclusión la escala de autoevaluación de Zung es de gran utilidad para la investigación clínica así como en su uso para diagnosticar la depresión.

Los criterios para el diagnóstico clínico y para la elaboración de la escala fueron instrumentados por Grinker en 1961; Overall en 1962 y Friedman en 1963. Se encuentran divididos en:

- a. Afecto Profundo
- b. Equivalentes y concomitantes fisiológicos
- c. Concomitantes psicológicos

Para construir los reactivos se determinaron las características mas frecuentes de los diversos tipos de depresión y se hizo una pregunta por cada característica que fuera representativa del síntoma.

Para fines de esta investigación la prueba se administro y califico bajo los criterios del autor.

## **5.7 ESCENARIO**

El lugar donde se realizó la investigación fue en El Instituto Nacional de Psiquiatría Juan Ramón de la Fuente, el cual se dedica principalmente a la preservación de la salud mental; por ello su misión es contribuir al mejoramiento de la salud mental , a la calidad de vida de la población por medio del desarrollo de la investigación biopsicosocial, de la atención médica especializada de calidad, así como la formación y capacitación de los recursos humanos en el campo, con uso eficiente de los recursos y de acuerdo con las necesidades de la salud a nivel nacional.

## **5.8 PROCEDIMIENTO**

El familiar fue contactado en el área de terapia ocupacional donde se reunían los pacientes con diversas enfermedades para realizar actividades ocupacionales. A cada familiar se le pidió su participación para contestar los 2 instrumentos de dicha investigación, se seleccionó sólo aquel cuidador que estuviera como responsable de la atención al paciente con esquizofrenia. La participación fue voluntaria garantizando confidencialidad en el manejo de la información.

## CAPITULO VI. RESULTADOS

### ANALISIS DE DATOS

El análisis de datos se realizó mediante el Paquete estadístico para las ciencias sociales (SPSS) de Windows versión 15.0, donde se ejecutaron dos tipos de análisis estadísticos, primero en forma descriptiva y posteriormente un análisis correlacional para determinar el vínculo entre la sobrecarga y la depresión; así como un análisis de regresión para conocer si alguna de las variables independientes influye significativamente en la sobrecarga que experimentan los cuidadores.

A continuación se presentan las variables sociodemográficas del estudio realizado con 60 familiares cuidadores de pacientes con esquizofrenia en el Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente.

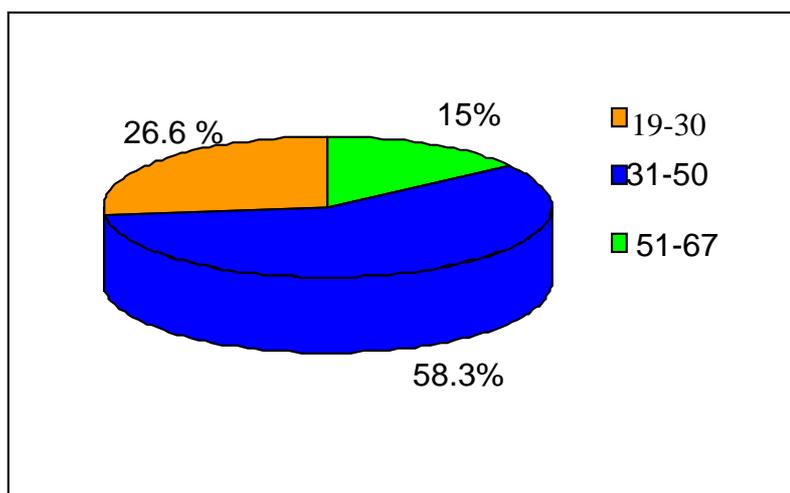
En relación al género de los cuidadores la tabla 1 muestra que de 60 cuidadores, el 91.7%, es decir 55 personas lo conformaron mujeres y el 8.3% hombres, esto nos habla sobre el apoyo que el género femenino ofrece ante el cuidado que brinda hacia su familiar enfermo.

**TABLA 1.GENERO DE LOS CUIDADORES**

SEXO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
FEMENINO	55	91.7
MASCULINO	5	8.3
TOTAL	60	100.0

Con respecto a la edad de los cuidadores se observa que oscila entre los 19 y 67 años, mostrando un mayor porcentaje (58.3%) en la edad adulta de 31 a 50 años aproximadamente, con un promedio de edad de 24.5 años (veáse gráfica 1).

**GRAFICA 1.EDAD DE LOS CUIDADORES**



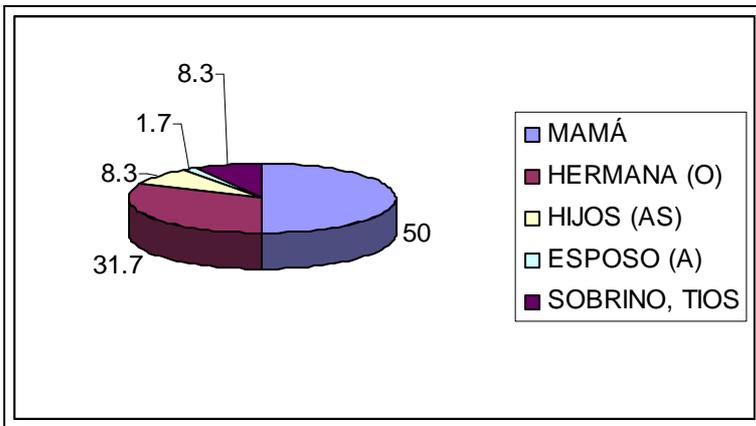
En la tabla 2 aparecen las diferentes ocupaciones de los cuidadores, teniendo un mayor porcentaje el hogar (63.3%) y esto se relaciona con el género que los cuida, además no dedican su tiempo los demás como tal vez quisieran, pues el trabajo de alguna manera se los impide.

**TABLA 2.OCUPACION DE LOS CUIDADORES**

	FRECUENCIA	PORCENTAJE
HOGAR	38	63.3
OFICINA	3	5.0
EMPLEADOS	8	13.3
PROFESIONISTA Y ESTUDIANTE	5	8.3
OTROS	6	10.0
TOTAL	60	100.0

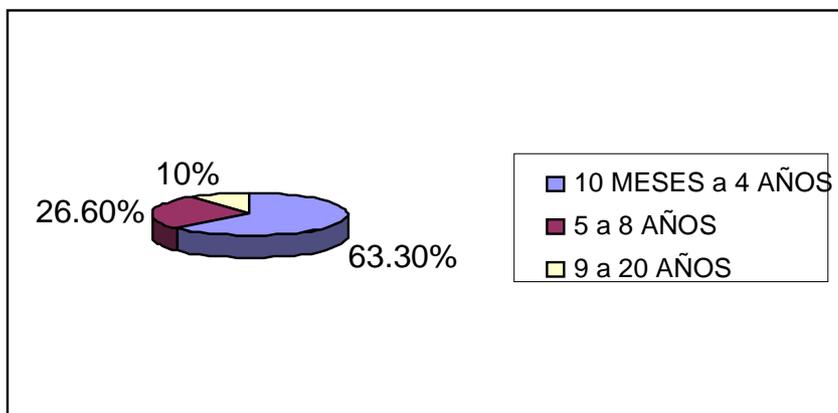
En lo que concierne a la gráfica 2 se puede observar la relación que tienen los cuidadores con el paciente, en ella podemos constatar que la persona principal encargada de los cuidados es la madre ya sea por que se dedica al hogar y dispone de más tiempo, o también porque es la relación más cercana que se tiene, por lo tanto se puede decir que entre más alejada se encuentre la relación familiar dependerá la ayuda que reciba el paciente.

**GRAFICA 2. RELACION CUIDADOR-PACIENTE**



En lo que concierne al tiempo que han pasado cuidando a su familiar enfermo, se puede observar que la mayoría (63.3%) oscila entre los 10 meses a 4 años y una minoría (10%) se encuentra entre 9 a 20 años, con un tiempo promedio de 4.7 años. (Véase gráfica 3)

**GRAFICA 3. TIEMPO DE CUIDADO**



**TABLA 3. CLASIFICACIÓN DE LA SOBRECARGA**

Clasificación	Frecuencia	Porcentaje
NO SOBRECARGA	26	43.3
SOBRECARGA LEVE	13	21.7
SOBRECARGA INTENSA	21	35.0
Total	60	100.0

La tabla 3 nos muestra que de acuerdo a los puntos de corte establecidos de la prueba el 43.3% de los sujetos no presentaron sobrecarga, el 21.7% sobrecarga leve y el 35% sobrecarga intensa. Esto nos habla de que al estar hospitalizado su familiar enfermo hay menor responsabilidad en el cuidado del mismo.

**TABLA 4. CLASIFICACIÓN DE DEPRESIÓN**

CLASIFICACIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
NORMAL	17	28.3
DEPRESIÓN LIGERA	35	58.3
DEPRESIÓN MODERADA	8	13.3
DEPRESIÓN SEVERA	0	0
Total	60	100.0

En la tabla 4 se muestra la clasificación de depresión que presentan los familiares, el 28.3% se encuentra dentro del rango normal, el 58.3% tiene depresión ligera y el 13.3% depresión moderada, mientras que en el rango de depresión severa no se encontró ningún caso. Podemos constatar que la mayoría manifiestan solo algunos síntomas característicos de la enfermedad.

En la tabla 5 se muestra la matriz de correlaciones y se observa que en la mayoría de las variables no se encontró relación alguna, La relación entre la sobrecarga ( Zarit) y depresión (Zung) es de .16 con una significancia de .20 indica que no existe relación entre estas dos variables, por lo que se acepta la hipótesis de nulidad.

El coeficiente de correlación entre tiempo y sobrecarga es de .30 con un valor de significancia de .01; es decir que a mayor tiempo de cuidado hay un incremento en la sobrecarga que experimentan los cuidadores por lo que se acepta la hipótesis alterna.

El resto de los coeficientes o son muy bajos o no existe relación y por consiguiente no son significativos.

Cabe aclarar que el puntaje Natural y el de conversión de la escala de Zung se relacionan significativamente ya que tiene un valor de .000, que es una evidencia de la exactitud con la que mide la depresión el instrumento.

**TABLA 5. CORRELACION ENTRE LAS PUNTUACIONES DE ZUNG Y ZARIT**

	ZARIT	RELACION	TIEMPO	TOTAL ZUNG	CONVERSION
ZARIT	1 .				
RELACION	-.186 .154	1 .			
TIEMPO	.308(*) .017	-.179 .171	1 .		
TOTALZUNG	.165 .207	-.033 .802	-.065 .619	1 .	
CONVERSION	.212 *.110	.019 .885	-.059 .657	.999(**) .000	1 .

\* Nivel de significancia al 0.05.

\*\* Nivel de significancia al 0.01.

La tabla 6 muestra la matriz de correlaciones entre las diferentes áreas de la escala de autoevaluación de Zung y la sobrecarga; encontrando un coeficiente de correlación estadísticamente significativo en el área afectiva de .414, lo cual indica que la sobrecarga se relaciona con el área afectiva de los cuidadores, por lo tanto se acepta la hipótesis alterna (*existe relación estadísticamente significativa entre el grado de sobrecarga y el área afectiva de la escala de autoevaluación de Zung*); en cuanto al área fisiológica se obtuvo un coeficiente de correlación significativo de .315 por lo tanto si existe relación entre ambas y por consiguiente se acepta la hipótesis alterna (*existe relación estadísticamente significativa entre el grado de sobrecarga y el área fisiológica de la escala de autoevaluación de Zung*).

Sin embargo en el área psicológica no se encontró ninguna relación, por lo que se rechaza la hipótesis alterna (*no existe relación estadísticamente significativa entre el grado de sobrecarga y el área psicológica de la escala de autoevaluación de Zung*).

TABLA 6. AREAS DE LA ESCALA DE AUTOEVALUACIÓN DE ZUNG

	Sobrecarga	Afectivo	Fisiológicos	Psicológicos
Sobrecarga	1	.414** .001	.315* .014	-.137 .300
Afectivo		1	.297* .021	-.143 .280
Fisiológicos			1	-.029 .828
Psicológicos				1

\* Nivel de significancia al 0.01

\*\* Nivel de significancia al 0.05

En lo que atañe al análisis de regresión se realizó para probar que la sobrecarga que experimentan los cuidadores influye en el nivel de depresión de estos; en la tabla 7 se observa que se utilizó como variable predictora la puntuación de sobrecarga la cual nos indica una R de .16 que nos habla de una relación baja con una R<sup>2</sup> de .027 que explica el 2.7% de la varianza con una F de 1.629 y una significancia de .207 lo que indica que la sobrecarga no influye en el nivel de depresión que presenta en la escala Total de Zung por lo que se acepta la hipótesis de nulidad. *(No existe relación estadísticamente significativa entre el grado de sobrecarga y el grado de depresión en los familiares de pacientes con esquizofrenia).*

**TABLA 7. ANALISIS DE REGRESIÓN**

R	R	F	Sig.
.165(a)	.027	1.629	.207(a)

a PREDICTORA: PUNTUACION DE SOBRECARGA

b VARIABLE DEPENDIENTE: TOTALZUNG

## CAPITULO VII

### DISCUSIÓN

El cuidado de las personas con alguna enfermedad mental en el medio familiar supone una serie de cambios personales, sociales y económicos que se conocen como consecuencias o efectos del cuidado (Zarit et al 1995) y que ha sido objeto de un número de investigaciones.

Los resultados de este estudio son congruentes con la investigación del estudio español sobre el perfil del cuidador donde encontraron que “responde en su mayoría al de una mujer, principalmente hija de la persona atendida, con una edad media de 52 años. Sólo uno de cada diez hijos que se hacen cargo de sus progenitores es varón, una cifra muy inferior a la de los EE.UU. donde uno de cada cuatro hijos dedicados al cuidado de su familiar pertenece al sexo masculino”. En nuestra investigación más del 90% de los cuidadores corresponde al de una mujer, en su mayoría es la madre la que brinda los cuidados, que se encuentra entre los 31 y 50 años, ama de casa, con una media de 4 años al cuidado del paciente.

En lo que corresponde al tiempo que dedican los cuidadores a atender a sus familiares enfermos encontramos que entre mayor sea el tiempo brindado mayor será la sobrecarga lo cual se corrobora con la encuesta austriaca (Katschnig y cols., 1993) y el estudio comparativo de 10 países europeos patrocinado por EUFAMI, la Federación Europea de Asociaciones de Familias de Enfermos Mentales (Hogman, 1994), donde encontraron que aproximadamente un tercio de los cuidadores dedicaban más de 30 horas semanales al cuidado del paciente. La mayor proporción correspondía a España (39%), y la más baja a Alemania (13%) (Hogman, 1994).

En cuanto a nuestra hipótesis de investigación encontramos que la sobrecarga no se correlacionó con la depresión como en la literatura revisada, en el estudio europeo (Hogman, 1994) que se refiere a la muestra austriaca (n=200): el 91% indicó problemas de salud, la mayoría de ellos psicológicos y algunos

psicosomáticos. Las principales quejas fueron melancolía (70%), fatiga (62%), irritabilidad (65%), insomnio (56%) y dolor de espalda (51%).

Algunos autores (Intrieri y Rapp, 1994) indican que los cuidadores sufren depresión y ansiedad cuando tienen poco conocimiento acerca de la enfermedad de su familiar enfermo ya que sienten que tienen poco control sobre la conducta y reacciones emocionales del mismo, en nuestro estudio el campo de investigación fue con familiares de pacientes hospitalizados de manera tal que el cuidador no se responsabilizaba totalmente de los cuidados de su familiar ya que al estar internado la institución era la encargada de los cuidados al paciente. Intrieri y Rapp (1994) hallaron que la capacidad de autocontrol del cuidador explicaba el 22% de la variabilidad en la sobrecarga del cuidador. En la misma línea, Gignac y Gottlieb (1996) encontraron que la percepción de los cuidadores sobre la efectividad de sus estrategias de manejo influye en su autoestima y su salud mental.

Con respecto a las áreas de la escala de Zung se encontró una correlación significativa entre la sobrecarga y el área afectiva lo cual coincide con el marco de referencia que menciona que para la familia hay cambios en el propio plan de vida, el cuidado de un familiar enfermo mental suele conllevar cambios drásticos en el estilo de vida. Muchos cuidadores tienen que abandonar o restringir un empleo bien remunerado, ver su profesión hecha añicos o revisar a fondo sus planes y esperanzas para la jubilación (Katchsnig y cols., 1993; Hogman, 1994). Los parientes ancianos, así como los hermanos y niños, ven negados los papeles propios de su edad (Buhler, 1969; Erikson; Lefley, 1987).

La responsabilidad de proporcionar cuidado y atención a un adulto o a un niño con esquizofrenia pone al cuidador en riesgo de sufrir alteraciones físicas, emocionales y sociales (Eakes, 1995 en Schulz y Zipursky,2003). Además varios investigadores han documentado el considerable malestar que experimentan las familias, incluyendo el sentimiento de duelo como consecuencia de pensar que han perdido a un hijo (McGregor,1994 en Schulz y Zipursky,2003) o que este hijo no tiene ya ningún futuro, ansiedad sobre la evaluación a largo plazo de la enfermedad, y tristeza relacionada con la

sensación de sentirse atrapado (Bernheim y Lehman,1985; Lefley,1996; Solomon y Draine,1995; en Schulz y Zipursky,2003...) Aunque la calidad de la investigación disponible ha variado, nadie parece haber abordado seriamente la premisa de que una enfermedad mental en el seno de la familia puede tener consecuencias devastadoras para ésta (Hatfield,1997 en Schulz y Zipursky,2003).

Así mismo en el área fisiológica el estado de salud del familiar se ve afectada por dicha sobrecarga, algunos estudios han coincidido con los siguientes síntomas como problemas para conciliar el sueño, fatiga, irritabilidad y dolor de espalda (Hogman, 1994).

Anderson 1986, menciona que la familia experimenta estrés grave y crónico por convivir con el enfermo, y si ésta no recibe asistencia ni apoyo, sus miembros serán menos capaces de continuar ayudando al paciente de manera efectiva. Es frecuente ver surgir conflictos conyugales entre los padres, depresión y acting-out entre los hermanos, y síntomas físicos en casi todos los miembros de la familia.

Sin embargo nuestro estudio no demostró relación entre la sobrecarga y el área psicológica como en otras investigaciones; Rolland, 1990 señala que el efecto psicológico que una enfermedad produce en el paciente y su familia depende en parte del tipo de enfermedad de que se trate. Para esto es importante tomar en consideración los efectos sociales de la enfermedad y qué facilidades le ofrece al enfermo o a su familia para la rehabilitación o adaptación; probablemente en nuestro estudio se deba a que al estar interno su familiar enfermo se sentían respaldados por la institución y con un mayor control sobre la enfermedad del mismo.

## 7.1 CONCLUSION

El propósito de nuestro estudio fue investigar si la sobrecarga percibida de los familiares de pacientes con esquizofrenia provocaba depresión, sin embargo no se presenta en su totalidad en ellos ya que solo se manifestaron algunos síntomas afectivos y fisiológicos como tristeza, melancolía, llanto fácil, trastornos del sueño, pérdida o aumento de peso, taquicardia y fatiga.

Para finalizar y tomando como referencia el objetivo general del estudio, el cual era evaluar la sobrecarga y determinar como influye en el estado anímico de los familiares de pacientes con esquizofrenia; podemos concluir que la depresión no necesariamente es un fenómeno que se presente debido a la sobrecarga, sino que es un problema multifactorial.

Pues a lo largo de nuestra vida todos hemos experimentado momentos de tristeza, infelicidad o soledad, casi siempre como una reacción ante un hecho significativo como el diagnóstico de una enfermedad mental en algún miembro de la familia, estos sentimientos de tristeza o infelicidad diríamos que son normales o esperables aunque a veces ocurre que estos sentimientos son más intensos o más prolongados y se asocian con otros síntomas psíquicos o físicos.

## LIMITACIONES Y SUGERENCIAS

La principal limitación del estudio fue que nuestra muestra se delimito a pacientes hospitalizados, ya que en primera instancia estaban contemplados los familiares de pacientes de consulta externa sin embargo fue complicado contactarlos ya que no se llevaba un control de citas con sus médicos tratantes.

Otra limitante fue la insuficiente información encontrada acerca de investigaciones a nivel de salud mental en nuestro país, por lo que nuestros datos fueron comparados con estudios de otros países. Se propone realizar investigaciones acerca de esta problemática, por lo cual la prueba utilizada de sobrecarga no ha sido estandarizada en nuestro país.

Se sugiere que en futuras investigaciones se contemplen grupos de familiares de pacientes internos y externos para comparar si existen diferencias en el tipo de sobrecarga.

Otra limitación fue que las aplicaciones de los instrumentos fue llevada a cabo en el espacio de terapia ocupacional en el cual se realizan actividades de tipo manual y físico, en donde el familiar solo era espectador en dichas acciones ya que los terapeutas eran los encargados de efectuarlas, por consiguiente el familiar tenía varios distractores que pudieron haber influido en las respuestas dadas.

Sería interesante indagar en la población de otros hospitales psiquiátricos para determinar si existen cambios importantes en la sobrecarga percibida de los familiares ya que la sintomatología de los pacientes y la atención brindada de la institución puede ser variable provocando o no un desajuste en el familiar.

Se plantea por tanto un estudio más controlado, longitudinal, con un seguimiento en el tiempo, analizando tanto al enfermo como al cuidador. Así se podrían analizar las interacciones entre ambos y las consecuencias de ello.

Por otra parte, la muestra seleccionada ha sido pequeña. Aunque se sepa las dificultades existentes en conseguir una muestra mayor de cuidadores, se recomienda que esta sea mayor en los siguientes estudios.

## REFERENCIAS

- Aguilar, G.L. **Prácticas de crianza en pacientes esquizofrenicos.** Tesis UNAM, 2004.
- Arieti, Silvano. **Interpretación de la Esquizofrenia.** Ed. Labor. Barcelona. 1995.
- Biagini A.M.; Salud Mental. **Estructura y dinámica familiar y su relación con el paciente esquizofrénico: antecedentes y tendencias actuales.** Vol. 17 n. 4, diciembre de 1994.
- Calderón, N. **Depresión.** Ed. Trillas; México 1999.
- Castro, L. **Diseños experimentales sin estadística.** Ed. Trillas, México 1975.
- Cortez, V.A. **Evaluación de las actitudes familiares de pacientes con esquizofrenia crónica.** Tesis UNAM, 2002.
- Downie, M.N.; **Métodos estadísticos aplicados.** Ed. Harla, New Cork, 1983.
- Espina, A., González, P. Salud Mental. **Intervenciones familiares en la esquizofrenia. Cambios en la sintomatología y el ajuste social.** Vol. 26, n. 1, Febrero 2003.
- Fernandez, F. **Vencer la depresión, con ayuda del médico, familia y amigos.** Ed. Temas de hoy; España, 1994.
- Hernangómez, C. **¿Porqué estoy triste? Guía para conocer y afrontar la depresión.** Ediciones Aljibe, 2000.
- Herrero, N. M.; **Introducción a los métodos, diseños y técnicas de investigación psicológicas.** Ed. Prensas universitarias de Zaragoza, 2002.

-Herz.M. **Guía Clínica para el Tratamiento de la Esquizofrenia.** Ed.Ars Medica. 2001.

-Hyman, S.E. **Manual de problemas clínicos en psiquiatría.** Ediciones científicas y técnicas Masson, Salvat 1992.

- Jackson D. **Etiología de la Esquizofrenia.** Ed.Amorrortu. Barcelona, 1960.

-Jonson B.; Rosenbaum, J. **Economía de la salud en la depresión.** Ed. Wiley John; Madrid.

-Katschnig, H.; Freeman, H. **Calidad de vida en los trastornos mentales.** Masson, 2000.

-Oblitas, L. A. **Psicología de la Salud y Calidad de Vida,** Thompson Learning, México, 2004.

- Pierre Pichot, López Ibor J, Valdès Miyar Manuel. **DSM-IV Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales.** Ed.Masson, Barcelona,1995.

-Rascón, G.; Martínez, D., Salud Mental. **La necesidad de dar atención a los familiares responsables del cuidado de pacientes esquizofrénicos.** Vol. 20, supl. Julio de 1997.

-Rivera, G.L. **La figura paterna en el paciente esquizofrenico.** Tesis UNAM, 2005.

-Rodriguez, P.I. **Rasgos predominantes en la familia de pacientes esquizofrenicos.** Tesis UNAM, 1991.

- Sàiz Ruiz, Jerónimo. **Esquizofrenia-Enfermedad del cerebro y reto social.** Ediciones Masson. Barcelona,1999.

-Sarria, A. et all; **Introducción a la estadística en psicología.** Ed. Universidad de Barcelona, 1999.

- Tovar, R.M. **Análisis interno y validación de la escala de la automedicación de la depresión de Zung en pacientes deprimidos.** Tesis UNAM, 1998.

-Trejo, M.G. **La terapia ocupacional, su beneficio en el estado de ánimo de pacientes depresivos internos en el Instituto Mexicano de Psiquiatría, evaluados a través de la escala de depresión de Hamilton.** Tesis UNAM, 1998.

-Velasco, C.; Sinibaldini, J. **Manejo del enfermo crónico y su familia (sistemas, historia y creencias).** Ed. Manual Moderno; México 2001.

# ANEXO

AREAS DE LA ESCALA DE AUTOEVALUACIÓN DE DEPRESIÓN DE ZUNG.

SÍNTOMAS DE LOS DESORDENES DEPRESIVOS	REACTIVOS
<p>a) Afectivos Persistentes -Deprimido, triste, melancólico -Accesos de llanto</p>	<p>1. Me siento abatido, desanimado y triste 3. Tengo ataques de llanto o deseos de llorar</p>
<p>b) Equivalentes fisiológicos:</p> <p>-variación diurna: exageración de los síntomas en la mañana y algún alivio conforme avanza el día -ensueño: despertar temprano o frecuente -apetito: disminución en la ingestión de alimentos -pérdida de peso: asociada con la ingestión disminuida de alimentos o metabolismo aumentado y reposo disminuido -sexuales: libido disminuido</p> <p>-gastrointestinales: constipación -cardiovascular: taquicardia -músculo esquelética: fatiga</p>	<p>2. por la mañana es cuando mejor me siento 4. Tengo problemas de sueño durante la noche 5. ahora tengo tanto apetito como antes 6. Como igual que antes</p> <p>7. disfruto al mirar, conversar y estar con mujeres/hombres atractivos 8. Tengo problemas de estreñimiento 9. Mi corazón late más rápido de lo acostumbrado 10. Me canso sin motivo</p>
<p>c) Equivalentes psicológicos:</p> <p>-Agitación psicomotora -Retardo psicomotor - Confusión - Vacuidad -Desesperanza -Indecisión -Irritabilidad -Insatisfacción -Devaluación personal -Rumiación suicida</p>	<p>13. Me encuentro intranquilo y no puedo estarme quieto 12. Me resulta fácil hacer todo lo que solía hacer 11. Mi mente está tan despejada como siempre 18. Siento que mi vida esta llena 14. Tengo esperanzas en el futuro 16. Tomo las decisiones fácilmente 15. soy irritable que de costumbre 20. Sigo disfrutando con lo que hacía 17. Siento que soy útil y necesario 19. Siento que los demás estarían mejor sin mi, si estuviese muerto</p>

## ESCALA DE AUTOEVALUACIÓN DE ZUNG

1. A continuación conteste sinceramente a las afirmaciones que se exponen marcando la respuesta correspondiente en la columna A, en la B, en la C o en la D, según el siguiente criterio.
- A = Muy poco tiempo/ Muy pocas veces/ Raramente.
  - B = Algún tiempo/ Algunas veces/ De vez en cuando.
  - C = Gran parte del tiempo/ Muchas veces/ Frecuentemente.
  - D = Casi siempre/ Siempre/ Casi todo el tiempo.

Preguntas	A	B	C	D
1. Me siento triste y deprimido.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Por las mañanas me siento mejor que por las tardes.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Frecuentemente tengo ganas de llorar y a veces lloro.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Me cuesta mucho dormir o duermo mal por la noche.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Ahora tengo tanto apetito como antes.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Todavía me siento atraído por el sexo opuesto.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Creo que estoy adelgazando.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Estoy estreñado.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Tengo palpitaciones.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Me canso por cualquier cosa.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Mi cabeza esta tan despejada como antes.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Hago las cosas con la misma facilidad que antes.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Me siento agitado e intranquilo y no puedo estar quieto.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Tengo esperanza y confianza en el futuro.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Me siento mas irritable que habitualmente.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Encuentro fácil tomar decisiones.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Me creo útil y necesario para la gente.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Encuentro agradable vivir, mi vida es plena.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Creo que seria mejor para los demás que me muriera.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Me gustan las mismas cosas que habitualmente me agradaban.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## ***Escala de sobrecarga del cuidador de Zarit (Caregiver Burden Interview)***

*Instrucciones:* A continuación se presentan una lista de frases que reflejan cómo se sienten algunas personas cuando cuidan a otra persona. Después de leer cada frase, indique, marcando con el número correspondiente en la casilla, con qué frecuencia se siente usted de esa manera, escogiendo entre nunca (1), casi nunca(2), a veces(3), frecuentemente (4) y casi siempre(5).

No existen respuestas correctas o incorrectas.

Item	Pregunta a realizar	Puntos
1	¿Siente que su familiar solicita más ayuda de la que realmente necesita?	
2	¿Siente que debido al tiempo que dedica a su familiar ya no dispone de tiempo suficiente para usted?	
3	¿Se siente tenso cuando tiene que cuidar a su familiar y atender además otras responsabilidades?	
4	¿Se siente avergonzado por la conducta de su familiar?	
5	¿Cree que la situación actual afecta de manera negativa a su relación con amigos y otros miembros de su familia?	
6	¿Siente temor por el futuro que le espera a su familia?	
7	¿Siente que su familiar depende de usted?	
8	¿Se siente agotado cuando tiene que estar junto a su familiar?	
9	¿Siente que su salud se ha resentido por cuidar a su familiar?	
10	¿Siente que no tiene la vida privada que desearía debido a su familiar?	
11	¿Cree que sus relaciones sociales se han visto afectadas por tener que cuidar de su familiar?	
12	¿Se siente incómodo para invitar amigos a casa, a causa de su familiar?	
13	¿Cree que su familiar espera que usted le cuide, como si fuera la única persona con la que puede contar?	
14	¿Cree que no dispone de dinero suficiente para cuidar a su familiar además de sus otros gastos?	
15	¿Siente que será incapaz de cuidar a su familiar por mucho más tiempo?	

16	¿Siente que ha perdido el control sobre su vida desde que la enfermedad de su familiar se manifestó?	
17	¿Desearía poder encargar el cuidado de su familiar a otras personas?	
18	¿Se siente inseguro acerca de lo que debe hacer con su familiar?	
19	¿Siente que debería hacer más de lo que hace por su familiar?	
20	¿Cree que podría cuidar de su familiar mejor de lo que lo hace?	
21	En general: ¿Se siente muy sobrecargado por tener que cuidar de su familiar?	

Puntuación de cada cada ítem (sumar todos para el resultado):