



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA

El impacto emocional de hombres cuidadores de pacientes
con esquizofrenia en un contexto familiar

T E S I N A

PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A:

Ángeles Alejandra Gutiérrez Pérez

Directora: Dra. María Antonieta Covarrubias Terán

Dictaminadores: Dr. José Trinidad Gómez Herrera

Mtro. Antonio Corona Gómez



Tlalnepantla de Baz Edo. de México, 2016



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

Agradecimientos

A la Dra. Antonieta Covarrubias:

Por haberme brindado su confianza desde el primer momento en qué me conoció, por apoyarme en la espera de mis avances; porque nunca me negó la oportunidad de conocer y ejercer el título Universitario, el cual es la mejor manera de cerrar el ciclo más importante de mi vida; pero difícil de conseguir si no se realiza a través de constancia. Gracias Dra. por sus opiniones tan valiosas y su paciente intachable.

A la Institución:

Por haberme dado la dicha de seguir en este camino del conocimiento, por haberme dado la oportunidad de crecer en muchos aspectos: área personal, familiar y académico; pero sobre todo por darme la dicha de haber conocido gente muy importante en mi vida; maestros que se volvieron amistades y amigos que se volvieron mis hermanos. Porque desde el primer momento en que pisé sus instalaciones supe que mi vida cambiaría y hoy en día, me doy cuenta de la excelente formación que la Institución me brindó.

A mis padres:

Personas que han sido lo mejor que he tenido en mi vida, por ser mi apoyo incondicional en los días de penumbra y días de luz, gracias a ustedes me he convertido en una persona que existe para amar la vida y extraer el saber de todo lo que mis ojos miran. Papi, tu eres mi ejemplo de lucha, de bondad, de fortaleza, de esa persona que sonríe ante la vida sin importar el cansancio y la presión laboral; una persona que da todo por su familia. Gracias por todos tus consejos y tus palabras, sin esas largas charlas nunca hubiera aprendido de tu bondad.

Mami, tú, qué has apoyado todas mis decisiones, que busca en mi mirada la paz y la alegría; y para lograrlo haces todo lo que puedes para cumplir mis sueños. Gracias a ti he aprendido a ser constante y exigirme metas que nunca imaginé lograr. Más que mi madre, eres mi amiga, una que está protegiendo con su sombra todas las tormentas de mi vida. Eres la única que provoca sonrisas en mi corazón.

Gracias a ambos por amarme tanto y ser parte de este logro.

A mi hermana:

Que aguantaba todos mis desvelos cuando quería dormir y yo seguía estudiando. A ti, también te dedico este título porque eres una persona por la cual daría mi vida. Te quiero hermana.

A mis amigos y profesores de carrera:

Ellos quiénes fueron mis compañeros de desvelos, discusiones y acuerdos para entregar los trabajos finales; les agradezco por hacer de mi formación algo ameno, divertido e inigualable. Por hacer discusiones y controversias con los temas de psicología y por dejarme un aprendizaje maravilloso cada día.

Para mí, llegar a Iztacala todas las mañanas era una incertidumbre sorprendente porque no sabía todo lo que podría llevarme a casa.

Mis maestros que siempre me brindaron un apoyo incondicional, cuestionamientos que dejaban helado mi pensamiento y me hacían indagar. Gracias a ellos ahora, tengo una formación de fortaleza que está en lucha de continuar con más proyectos y dejar en alto el nombre de la UNAM; entre ellos Prof. Esteban Cortéz, Prof. Victor Alvarado, Dra. Oliva López, Dr. Quintannar, Profa. Ma. Del Refugio Gamiño, Profa. Susana Meléndez, Mtro. Antonio Corona, Dra. Irma Alarcón; ustedes son quiénes dejaron huella en mi vida académica, por sus dinámicas clases, su conocimiento y su amistad.

*“Nadie educa a nadie, nadie se educa a sí mismo, los
hombres se educan entre sí con la mediación
del mundo”.*

Paulo Freire

ÍNDICE

Introducción	1
Capítulo 1. El cuidador y el paciente con esquizofrenia en la práctica de cuidado	10
1.1 El concepto de cuidado como un proceso complejo	10
1.2 Emociones y simbolismo en la práctica de cuidado	19
Capítulo 2. Esquizofrenia, medicalización y carga emocional en el cuidado	29
2.1 Conceptualización de la Esquizofrenia	29
2.2 El problema con la medicalización en la esquizofrenia:Un aspecto emocional	37
2.3 El cuidado del esquizofrénico como una carga emocional	44
Capítulo 3. Emociones expresadas en cuidadores masculinos de pacientes esquizofrénicos	51
3.1 El cuidado del esquizofrénico y el impacto emocional en hombres	51
3.2 Los cuidadores y la sobrecarga emocional	59

3.3 Adultez media y tardía: cambios físicos y sociales	62
Conclusiones	67
Bibliografía	71
Anexo	77

INTRODUCCIÓN

En el campo de las ciencias sociales existen diversas teorías y metodologías que analizan, definen y esbozan la complejidad del ser humano desde un contexto social e individual; sin embargo, aún cuando las ciencias sociales buscan acercarse a comprender la construcción social y subjetiva del ser humano no todas encuentran explicaciones o soluciones eficaces. El mundo individual, social, económico y político del siglo XXI se ha colocado en una estructura de constante cambio; entonces las disciplinas del conocimiento truncan inesperadamente sus avances teóricos y se ven limitadas a entender la realidad desde su propia disciplina. Este fenómeno caracterizado por el cambio, por lo repentino, está situado en una categoría socio-histórica llamada Modernidad Líquida; en palabras de Zygmunt Bauman “es aquella en que las condiciones de actuación de sus miembros cambian antes de que las formas de actuar se consoliden en unos hábitos y en unas rutinas determinadas” ¹

Por tanto, se convierte en una labor difícil porque lo que parecía ser fijo, ahora, cambia y se transforma. Sobre todo porque la modernidad líquida no es un elemento separado del individuo², sino que éste también cambia y reproduce en otros lo que se ha apropiado de las estructuras sociales, creando nuevas relaciones entre individuos y modificando sus expresiones emocionales entre ellos. En este sentido, las emociones son experiencias; ellos aman, odian, se alegran, se entristecen, temen, se motivan y comparten cada emoción con otro grupo de personas que pueden o no compartir las mismas emociones.

¹ Zygmunt Bauman. Vida Líquida, Barcelona: Paidós, 2006, p. 9

² Bauman refiere que el término *individuo*, lejos de su transformación conceptual, representa la autonomía de la persona. La persona como único responsable de sus fallos.

La importancia del término en este trabajo significa que las emociones son ejercidas por el individuo en dependencia de sus condiciones de vida, lo que implica que son diferentes experiencias entre unos y otros. Ver Zygmunt Bauman. El individuo asediado. En: Vida líquida, Barcelona: Paidós Ibérica, 2006, pp. 27-55.

Debido a estas diferencias emocionales entre individuos, las ciencias sociales han ampliado su nivel de análisis e intentan ocupar otras disciplinas que les permitan comprender las emociones no sólo desde una perspectiva biológica sino también social; por citar a algunos autores están Oliva López³ quien además de ser psicóloga es Doctora en Antropología; en muchos de sus libros y artículos se enfatiza la comprensión de las emociones en una dimensión social y cultural, así mismo se ha abierto el campo de estudio en la historia de las emociones para poder entender el cambio de la emoción en sujeto, espacio, clase social o periodo temporal. Por ejemplo, William M. Reddy⁴ es un historiador que se acerca al estudio psicológico y antropológico de las emociones o Joanna Bourke⁵ quien ha investigado el miedo en diferentes sociedades norteamericanas desde la ciencia histórica.

Así como ellos, hay otros autores que van contribuyendo con elementos psicológicos, históricos y antropológicos en el campo de las emociones, pero no niegan que existe una explicación biológica de ellas; sin embargo, este análisis reduce la expresión emocional a partir de la influencia que ejercen ciertas instituciones sociales (política, económica, educativa, familiar, religiosa) pues se están desarrollando elementos teóricos que permiten analizar que la emoción va más allá de un cuerpo biológico⁶.

Si partimos que las emociones están ubicadas por contextos podemos decir que se manifiestan en el contexto laboral o en el educativo, pero el contexto familiar es el más importante por ser la institución en la que interactuamos toda nuestra vida. Es ahí donde aprendemos a amar o a perdonar. La familia se convierte en el contexto principal para manifestar lo que sentimos cuando expresamos molestia u otra emoción incontenible. Esto quiere decir que si la familia permite que las emociones sean escuchadas entonces

³ Oliva López Sánchez. La pérdida del Paraíso. El lugar de las emociones en la sociedad Mexicana entre los siglos XIX y XX, México: UNAM, 2011, pp.383

⁴ *Ibidem*, p. 28

⁵ *Ibidem*, p.29

⁶ Oliva López Sánchez. De la Costilla de Adán al útero de Eva. El cuerpo femenino en el imaginario médico y social del siglo XIX, México: UNAM, 2007, p. 162

hay un efecto al expresar molestia en el contexto familiar ya que se convierte en el depósito de expresión y la herramienta de solución ante las emociones, por eso es importante la familia porque implica que la intensidad y manifestación de la emoción sean diferentes a pesar de ser la misma emoción en cada familia.

En el contexto familiar, los padres son los portadores o transmisores tanto de valores como de cultura hacia los hijos, ellos transmiten mediante su comportamiento y mediante su lenguaje emociones que deben “poseer” las niñas y los niños; pues de acuerdo con el estudio socio-antropológico que realizó Oliva López; quién ha estudiado las emociones de género desde el siglo XIX y XX, ha obtenido información valiosa respecto a la percepción que tenían de la mujer y del hombre; de esta manera Oliva se remontó a la teoría darwiniana para dejar ver que el hombre era concebido como un macho y la mujer como una hembra, y por tanto, se intentaba explicar el mundo humano con bases teóricas del mundo animal; lo que implicaba que los géneros no podían sentir emociones de su opuesto, pues ya nacían con caracteres heredados de especies y razas humanas.

Desde este panorama, los machos se caracterizaban por tener mayor fuerza, valentía y agresividad que las hembras; mientras que el amor, la ternura, el miedo, la esperanza y la generosidad eran característicos de las mujeres⁷. En este sentido Oliva López le nombra a la serie de normas emocionales establecidas por la ciencia, dispositivos emocionales⁸ los cuales regulan la vida privada de hombres y mujeres y por ende les impiden experimentar otro estilo de vida parecido al de los hombres en el caso de las mujeres y al de las mujeres en el caso de los hombres. Pero el tiempo ha cambiado desde el Siglo XX, pues la mujer comenzó a tener voz y voto dentro de la política y el campo laboral, ahora, ellas pueden trabajar y convertirse en proveedoras económicas; esto favoreció en la transformación de las emociones

⁷ Oliva López Sánchez. La pérdida del Paraíso. El lugar de las emociones en la sociedad Mexicana entre los siglos XIX y XX, México: UNAM, 2011, p.10

⁸ *ídem*.

clasificadas como genéricas ya que las mujeres pueden experimentar otro tipo de emociones y actividades que anteriormente eran consideradas en los hombres. Empero, no significa que esta clasificación se haya anulado.

Se enfatiza el cambio de status social en la mujer porque éste da un impacto en la vida emocional de los hombres, ya que el sistema patriarcal⁹ no ha cambiado a pesar de que la mujer tenga nuevas posibilidades de actuar en la sociedad. El sistema patriarcal, únicamente, ha variado sus modos de manifestación en el género pues se sigue creyendo, en términos de emoción, que los hombres no deben llorar y que las mujeres no deben comportarse de manera agresiva como los hombres. Lo anterior puede ser explicado a través de los dispositivos emocionales ya que éstos permiten que los individuos se apropien de significaciones culturales entre los modos de sentir y de actuar como si fueran dispositivos injertados en la memoria, que se reproducen en cada cultura, en cada contexto o en cada grupo. Por esta razón, la clasificación emocional y comportamental entre mujeres¹⁰ y hombres no se anula porque el sistema patriarcal sigue presente a través de las personas que la ejercen automáticamente sin realizar algún cuestionamiento en su conducta.

De esta manera, el sistema patriarcal afecta tanto a hombres como a mujeres; los hombres se ven afectados porque no pueden expresar emociones ubicadas como femeninas, aunque las sientan. Mabel Burin, por ejemplo, es una psicoanalista que nos permite comprender por qué la salud de los hombres, tanto emocional como biológica, es menos cuidada que en las mujeres. Ella explica que los hombres y las mujeres presentan un malestar psíquico como resultado de sus condiciones de vida, tales como: la maternidad,

⁹ es un término que se ocupa para expresar la ubicación del varón en la sociedad. El varón es quien ocupa el lugar privilegiado sobre el poder, el control, el dominio de la razón, la independencia individual. El patriarcado somete a la mujer para acatar y obedecer lo que el hombre gobierna y decide. Ana María Pérez del Campo Noriega (s.a.) El sistema patriarcal, desencadenante violencia de género, pp. 13

¹⁰ Patricia Herrera Santi. Rol de género y funcionamiento familiar, *Revista Cubana de Medicina General Integral*, Cuba, 6(6), 2000, p.570.

la paternidad, la sexualidad o el trabajo¹¹ pues aquellos modos de vida generan repercusiones en el género. ¿Si las condiciones de vida son factores que afectan en cierta medida la salud de hombres y mujeres, entonces porqué se reduce su explicación a nivel salud-enfermedad?

Por tal razón, se hablará de malestar desde la visión cultural-social como punto de análisis respecto a las emociones de varones; pues bien, se ha planteado que el sistema patriarcal también afecta la salud emocional de los hombres, y sus emociones son categorizadas como “anormales” cuando las emociones parecen situarse en el campo femenino. Burin llama a este comportamiento “varones que padecen de normalidad” pues los hombres se alejan de la construcción de su subjetividad, de la intimidad consigo mismos y con sus cuerpos¹² para hacerse llamar *hombres*.

Al comparar el estudio de Mabel Burin con el de Daniel Cazés, quién también estudia la masculinidad, se crea una relación entre el tiempo masculino¹³ y los “varones que padecen de normalidad” ya que el tiempo masculino se caracteriza por establecer un tiempo de patriarcado, donde cada género se valora como inferior o superior. Por tal motivo, el hombre no puede desarrollar emociones y comportamientos femeninos porque pierde su dominio y control universal. En efecto, estos comportamientos son las labores domésticas, el cuidado de los hijos e incluso el cuidado de enfermos. Cualquier hombre que realice este tipo de comportamientos es sancionado por infringir el modelo patriarcal, de lo contrario el tiempo masculino dejará de ser cíclico y el protagonista del universo¹⁴.

¹¹ Mabel Burin. Atendiendo el malestar de los varones. En: Varones, género y subjetividad Masculina, Barcelona: Paidós, 2000, pp. 370

¹² *Ibidem*, pp. 370

¹³ Daniel Cazés (septiembre, 2001). El tiempo masculino. Trabajo presentado en el VII Congreso Español de Sociología. Sociología en el tiempo, Universidad de Salamanca.

¹⁴ *Ibidem*, pp. 3-6

En este sentido, el cambio en el mercado laboral entre hombres y mujeres ha generado que el hombre reflexione sobre su identidad de género¹⁵ y elija trabajar o cuidar hijos; sin embargo, el cuidado de enfermos no siempre es selectivo; en ocasiones, es determinante porque dentro de la familia quiénes cuidan a los enfermos no tienen otra alternativa. Este tipo de situación sucede de igual forma en hombres y mujeres, individuos que no tienen elección.

Empero, el cuidado se ha caracterizado por ser parte del rol¹⁶ femenino y no una actividad varonil; así entonces podría pensarse que existe un malestar psíquico en los hombres cuidadores de enfermos.

De ahí que el malestar de los varones se deba a la adicción al trabajo¹⁷, ya que los hombres interpretan el trabajo como símbolo de la masculinidad mientras que el cuidado de enfermos implica, en ocasiones, dejar roles masculinos por la sustitución de roles femeninos, entendido desde el dispositivo comportamental originado del modelo patriarcal. Entonces, ¿qué pasa con las emociones de los hombres cuando su condición de vida laboral y de proveedor cambia por realizar un cuidado familiar? Desde la perspectiva de Burin¹⁸ la personalidad de los hombres es un workholic (hombre que le dedica más tiempo a la jornada laboral que a la familiar) pues estar en casa se vuelve catastrófico ya que el hombre no está presente mentalmente sino físicamente. Y aunque Mabel Burin¹⁹, no habla de las emociones en varones dentro del cuidado familiar, su teoría tiene relación con lo que establece Vázquez y

¹⁵ Mabel Burin (2000). Atendiendo el malestar de los varones. En: *Varones, género y subjetividad Masculina*, Barcelona: Paidós, pp. 370.

¹⁶ La palabra rol hace alusión al rol de género caracterizado por tener normas establecidas socialmente para cada sexo. Ver en Patricia Herrera Santi. Rol de género y funcionamiento familiar, *Revista Cubana de Medicina General Integral*, Cuba, 6(6), 2000, pp.568-573.

¹⁷ Mabel Burin. Atendiendo el malestar de los varones. En: *Varones, género y subjetividad Masculina*, Barcelona: Paidós, 2000, pp. 370.

¹⁸ Es un término que ocupa Burin en su obra *El malestar de los varones*, para enfatizar que la personalidad de un hombre se precipita en el contexto laboral, ya que éste puede confundir el trabajo con una posición de poder.

¹⁹ *Ídem*.

Enríquez²⁰ respecto al cuidado, quiénes dicen que las mujeres son las que realizan esta tarea y quedan fuera del trabajo remunerado²¹. Lo anterior, explica que haya menos hombres cuidadores que mujeres; incluso, en el estudio de Vázquez y Enríquez de 19 cuidadores participantes solo 3 eran hombres; aunque el estudio no especifica la edad de cada género la mayoría de los cuidadores eran mayores de 52 años.

Por tal razón, el estudio del cuidado desde una perspectiva de género y un análisis cultural de las emociones es de importancia, porque permite dar cuenta que a pesar de las diferentes transformaciones entre las actividades de hombres y mujeres, aún se siguen manifestando formas de represión entre sus emociones y sus prácticas sociales, lo que llevaría a pensar que su salud emocional se ve afectada doblemente porque no solo “aparenta” que pueden expresarse libremente, sino que dentro de la libertad de hombres y mujeres deben cuidar qué hacer y qué sentir.

Además no hay estudios suficientes sobre las emociones que experimentan los hombres ante el cuidado de un enfermo, los que hay son escasos y predominan las cuidadoras. En este sentido los estudios cualitativos también cierran oportunidades de conocimiento en sus objetos de estudio porque solo analizan a las mujeres frente a un cuidado general; este interés sobre las mujeres frente al cuidado como únicas practicantes, no tiene sentido porque se estaría negando que el proceso de cuidado no cambia por el tipo de cuidadores, es decir, hombres o mujeres; generalizando que la práctica de cuidado es el mismo proceso entre éstos y el contexto en el que se encuentren, o bien, la edad de los cuidadores; sin embargo a pesar de que el análisis de estos estudios es muy general, ha contribuido mucho para el estudio del cuidado y además se rescata la importancia que le dan los autores a la parte emocional de los mismos, ya que es vital para su salud emocional, física, mental y familiar.

²⁰ Elba Karina Vázquez Garnica y María del Rocío Enríquez Rosas . Una aproximación sociocultural a las formas de regulación emocional en cuidadores de familiares de enfermos crónicos en Guadalajara Jalisco, *Desacatos*, No. 39, 2012, pp. 57-72.

²¹ *Ibidem*, p. 58

Es así como surge mi interés para analizar las emociones en una práctica de cuidado en adultos mayores que atienden a pacientes con una enfermedad; sin embargo, no es una enfermedad cualquiera, en realidad mi interés radica en identificar, distinguir y contrastar las emociones involucradas en el proceso de cuidado en los cuidadores principales (varones) que tienen un familiar diagnosticado con esquizofrenia pues es una enfermedad de diversas variaciones tanto médicas, biológicas, fisiológicas, emocionales y sociales, pues hay un gran estigma²² de por medio que afecta en mayor amplitud al paciente y al cuidador; ya que, se piensa, que el cuidado que se realiza es un trabajo más exhaustivo para el cuidador y difícil para el paciente; en donde evidentemente hay emociones de por medio.

Para ello esbozaré en tres capítulos diversas temáticas como son: las emociones que se manifiestan en el proceso de cuidado entre el cuidador y el paciente con esquizofrenia; en el primer capítulo se analiza el concepto de cuidado y las emociones que se presentan durante la práctica del cuidador. El segundo capítulo tiene como finalidad identificar los conceptos adjudicados a la esquizofrenia, conocer el problema de la medicalización y priorizar que la carga emocional del cuidador se debe a la práctica de cuidado ejercida y al cambio de actividades y rutinas. Finalmente, en el tercer capítulo se distinguen y contrastan las emociones de cuidadores varones con las cuidadoras mujeres y al mismo tiempo se identifican los cambios físicos y psicológicos que el cuidador de edad avanzada comienza a adquirir; por tanto, las características que vaya tomando le irán impidiendo que la práctica de cuidado se consolide perfectamente.

²² Se refiere al rechazo social que una persona recibe por ser objeto de distintas causas. La palabra “stig” viene del griego que significa “marca”, pues era el símbolo o la marca que se le hacía a esclavos, delincuentes, prostitutas y enfermos mentales para avisarle al resto de la población sobre su condición de inferioridad o peligrosidad. Ver Jazmín Mora Ríos, Natalia Bautista Aguilar, Miriam Ortega Ortega y Guillermina Natera. “Pero sí no estoy loco” Nuevas miradas para entender nuestra Salud Mental, Instituto Nacional de Psiquiatría Secretaría de Salud, México, 2012, pp. 56

Al finalizar el trabajo se plantea una sugerencia de intervención y se mencionan los posibles cambios que favorecerán en la práctica de cuidado y en la rehabilitación del paciente, lo cual, promoverá el adecuado manejo emocional para que el cuidador tenga estrategias de manejo emocional ante los cambios físicos y emocionales que presente el familiar cuidado.

1. EL CUIDADOR Y EL PACIENTE CON ESQUIZOFRENIA EN LA PRÁCTICA DE CUIDADO

Durante el proceso de cuidado existen dos personas principalmente, que reciben toda la carga emocional y física; ninguno logra avanzar si no existe comunicación, apoyo, expresión de emociones, paciencia ante los cambios, y lo más importante, un sentimiento que une al cuidador y al paciente durante la práctica de cuidado, pues en el contexto familiar el cuidado se ejecuta debido a una emoción en particular y también al parentesco que tiene con el paciente, esto, caracteriza el cuidado en un contexto familiar al cuidado que pudiera realizar una enfermera u otro tipo de personal de la salud. Por ello, es de suma importancia comprender el cuidado como un proceso complejo y sistémico, es decir, que es complejo, que se divide, que hay subelementos que lo conforman, cambios, propiedades y dificultades en sí mismo.

1.1 El concepto de cuidado como un proceso complejo

Existen diversas formas de relacionarnos con las personas, podemos encontrar grupos que se buscan por diversión, otros por trabajo, otros por amor y existen otros que se relacionan por vivir en el mismo lugar; sin embargo de todos estos ejemplos la mayoría se relaciona por un interés o por un gusto personal, siempre y cuando la decisión sea tomada por la persona y no sean las circunstancias quienes toman a la persona. Empero, no todas las relaciones personales son por gusto, sino que hay otras que se forman porque las circunstancias familiares, económicas y biológicas lo permiten, es decir, no hay opción alguna. En este caso mencionamos el cuidado como un proceso complejo.

El cuidado de una persona es un proceso de mucha transformación, no solo por el cambio que hay en el proceso mismo, sino también involucra el tipo de enfermedad que padece la persona cuidada, la enfermedad es tan variante como puede ser la diabetes, el cáncer o la esquizofrenia por mencionar algunas. Entre cada una hay un proceso biológico distinto y en el caso de la esquizofrenia por ser una enfermedad mental tan variante, estigmatizada, controlada con medicamentos de dosis muy altas o su diagnóstico es combinado con otro tipo de trastorno, se convierte en una enfermedad bastante compleja de atender. De las enfermedades mencionadas la que estudiaremos en este trabajo es la esquizofrenia.

Siguiendo el tema del cuidado – de un enfermo- , los cuidadores sufren cambios físicos, emocionales y sociales porque no solo atienden la salud de su familiar con esquizofrenia sino también tienen que cuidarse de la sociedad que ha sido educada²³ para rechazar a personas con este padecimiento, pues para mucha gente la esquizofrenia es una enfermedad incurable, pero sobre todo, la sociedad cree que los pacientes con esquizofrenia son agresivos e intolerantes²⁴, esto implica que haya un desgaste mayor en el cuidador porque atienden las amenazas sociales y las biológicas al mismo tiempo. Ahora bien, ¿qué pasa en realidad con la práctica de cuidado?

¿Solo hay un intercambio de comentarios sobre el diagnóstico y los medicamentos entre el familiar y el paciente? El cuidado es un proceso más complejo de lo que parece, en realidad, se construye una persona al interactuar con el otro y si esa interacción no es positiva o retroalimentativa para el paciente, entonces la existencia del otro no es nada²⁵, es decir, que el cuidado está relacionado con un sujeto-sujetado pues el paciente necesita del otro para

²³ Zygmunt Bauman. El individuo Asediado En: Vida Líquida, Paidós. México, 2013, pp. 27-55. En este libro el autor explica que todos los individuos aprenden a ser *iguales*, todos deben tener características semejantes para ser aceptados dentro de una sociedad. Se puede mencionar una de tantas áreas, como es el área de salud, donde el individuo debe ser “normal” y no padecer enfermedades para ser parte de la “igualdad” de otros.

²⁴ Para afirmar esto , recurrimos a experiencias de pacientes con esquizofrenia, a través de una página en internet que ha sido creada para demostrar la transformación que gestó la enfermedad en la vida de una persona, cuya finalidad es expresar a través de sus narraciones que a pesar de los cambios innumerables a causa de la enfermedad; los pacientes y los ciudadanos que no padecen enfermedad tienen entre sí equidad. Ver Nicosia (13 de febrero 2015) Recuperado de: <http://www.radionikosia.org/>

²⁵ Raúl Argüero Alcántara. La importancia del otro en la conformación del sujeto . En: Historia, psicología y subjetividad, UNAM: México, 2007, pp. 309-310.

poder sobrevivir. Lo que quiere decir que para existir requerimos que el otro nos mencione, nos ame, nos busque, nos de bienestar y seguridad.

Con lo anterior se puede decir que al existir por medio de otro y ser parte de una interacción positiva, seremos capaces de expresar emociones que permitan un crecimiento personal ante el diagnóstico de una enfermedad mental, el paciente tendrá deseos de sobresalir a pesar del estigma y las dificultades biológicas. De lo contrario, aunque también exprese emociones, la existencia de su ser se verá más afectada, pues todo ser humano requiere ser “alguien” ante los demás. En la práctica de cuidado es *el otro* quién atiende, ayuda a equilibrar y adaptar al paciente con esquizofrenia ante las diversas circunstancias sociales. Además, en la práctica de cuidado existe una relación dual entre sujetos, principalmente, el cuidador y el paciente quienes se verán co-construidos a partir de sus interacciones, sean éstas, el contacto directo como por ejemplo un abrazo, un guiño, una sonrisa, una palmada; el lenguaje, como las pláticas, las palabras de aliento²⁶, las discusiones; el seguimiento de tratamiento médico, como cuidar que se tomen los medicamentos a determinadas horas, cuidar que no existan variantes en el estado orgánico del paciente, así como la interacción entre las horas establecidas ante ciertos hábitos como el desayuno, comida, cena, aseo personal entre otros. Lo cual implica que dependiendo del modo en cómo éstas interacciones se vayan dando dentro del cuidado, es cómo se irán construyendo cada uno de los participantes.

Para comprender más la práctica de cuidado, señalo la siguiente cita:

El cuidado es una acción subjetiva que se inscribe en una lógica social más amplia, misma que abarca principios sociales, políticos y económicos. En la interacción cuidador-dependiente se implican elementos subjetivos como el sentimiento, la experiencia, lo simbólico y aspectos socioculturales como,

²⁶ Alvaro Cavieres y Mónica Valdebenito. Déficit en el reconocimiento de las emociones faciales en la esquizofrenia. Implicaciones clínicas y neuropsicológicas, *Revista Chilena Neuropsiquiátrica*, 45 (2), 2007, pp.120-128

normas, valores y obligaciones (Graham, 1983; Tronto, 1993). El cuidado es un trabajo físico que suponen cargas emocionales disímiles (Graham, 1983).²⁷

En la anterior cita se mencionaron las palabras cuidador-dependiente, lo que significa para este autor paciente-cuidador, aunque algunos lo nombran de diferentes formas de acuerdo a la explicación de cuidado; en el caso de Graham menciona elementos muy importantes pero muy difíciles de comprender y analizar, como el sentimiento, la experiencia y los aspectos culturales; éstos tienen una carga subjetiva muy amplia y solo es posible analizarlos si los visualizamos como procesos psicológicos complejos y de mucho conocimiento oculto e infinito, pues la cultura es tan compleja como el universo mismo. Sin embargo, los procesos psicológicos mencionados no pueden ser evaluados y cuantificados ya que limitan la comprensión de su origen; por ejemplo, en el estudio de Stefani, Seidman, Pano, Acrich y Pupko²⁸ elaboraron un estudio donde sus principales variables de estudio eran el sentimiento de soledad y el aislamiento, en relación con las habilidades de afrontamiento ante el cuidado de pacientes crónicos; realizaron varios cuestionarios e inventarios para determinar el nivel de soledad y afrontamiento de cada persona; aunque los resultados fueron muy enriquecedores para su estudio, son muy limitantes a la vez porque el nivel de soledad se agrupó en un porcentaje generalizado para los cuidadores sin profundizar en las razones por las cuáles se aislaban.

Únicamente se obtuvo que entre las cuidadoras madres y las cuidadoras hijas; las cuidadoras hijas eran las que tenían mayor aislamiento social que las otras cuidadoras; también se concluyó que dependiendo del tipo de

²⁷ Elba Karina Vázquez Garnica y María del Rocío Enríquez Rosas. Una aproximación sociocultural a las formas de regulación emocional en cuidadores de familiares de enfermos crónicos en Guadalajara Jalisco, *Desacatos*, No. 39, 2012, pp. 57-72.

²⁸ Dorian Stefani, Susana Seidman, Carlos Pano, Luisa Acrich y Vera Bail Pupko. Los cuidadores familiares de enfermos crónicos: sentimientos de soledad, aislamiento social y estilos de afrontamiento, *Revista Latinoamericana de Psicología*, Vol. 35, Num. 1, 2003, pp. 55-65.

afrontamiento que utilicen ante las variantes situaciones en la práctica de cuidado era el nivel de soledad. Si nos quedáramos únicamente con estos datos sería muy complejo conocer cómo se da el proceso de cuidado, qué se involucra, qué se gana o se pierde si hay buena relación y lo más importante qué favorece en un paciente con esquizofrenia. En este sentido, el cuidado lejos de ser una ayuda de gran utilidad para el paciente, se convierte en un elemento primordial para la conformación del “yo”²⁹ a través del otro. En la práctica de cuidado es muy importante comprender cómo se conforma el “yo” porque “lo que el otro es, sabe y dice, yo desconozco, lo que yo creeré ser, querré saber, y pensaré pensar, pensando pero sin ser, o siéndolo sin pensar”³⁰.

La anterior cita, ejemplifica la construcción del “yo” a partir del otro, en donde al ser un proceso psicológico complejo, deja de ser consciente y se expresa a través de los comportamientos y pensamientos de la persona. Así entonces, el paciente y el cuidador se ven transformados en su forma de pensar y sentir al estar en contacto con el otro y sin darse cuenta podrán

²⁹ El desarrollo del “yo” se ha venido gestando desde el tiempo de Descartés quién consideró que la persona que observa atentamente sus pensamientos concierne a la existencia de su yo pensante (cogito), de ahí viene la frase *res cognitae* = lo pensante y *res extensa*= lo material y externo, sin embargo no bastó comprender que los sujetos no tienen un “yo” por elaborar cogniciones únicamente, sino que se involucran otros elementos que lo conforman. Por tanto se desarrollaron diversos conceptos psicoanalíticos sobre el “yo”; y para darle sentido al concepto de “yo” a partir del otro en el proceso del cuidado, se ha retomado el concepto del “yo” de Lacan y la explicación del estadio del espejo, pues Lacan considera que la identificación del yo en un espejo permite identificar que “existo”. “Existo” desde el desarrollo motriz y cognitivo de la infancia pues aprendimos a reconocernos a los 6 meses de edad, posteriormente aprendimos a identificar “al otro” para lograr relacionarnos sin ninguna dificultad. La relación con el otro se da porque existe una identificación de imagen. En cambio si ya no se sostiene la identificación con el otro, la imagen falla y en éstos términos bajo la práctica de cuidado se considera que la relación que el paciente tiene con el otro, el cual es su cuidador, es de gran importancia para conformar su “yo” en dos dimensiones: consolidación o alteración.

³⁰ José María Blasco (octubre, 1992). El estadio del espejo: Introducción a la teoría del yo en Lacan. Trabajo presentado en la Escuela de Psicoanálisis de Ibiza en las Conferencias del ciclo del psicoanálisis a la vista previo a la clase inaugural del Seminario Sigmund Freud: Clínica Psicoanalítica. Resumen recuperado de <http://www.epbcn.com/pdf/jose-maria-blasco/1992-10-22-El-estadio-del-espejo-Introduccion-a-la-teoria-del-yo-en-Lacan.pdf>

adquirir pensamientos del otro sin saberlo o creerán sentir y pensar situaciones sin serlo.

Cuando somos pequeños y comienza nuestra etapa de crecimiento y conocimiento social, nos vemos en la necesidad de depender del otro para formar nuestro “yo” y nuestras primeras manifestaciones se muestran en los balbuceos, en la identificación de nuestra imagen al estar frente a un espejo; hasta que llegamos a la edad en la que podemos hablar, expresar emociones, comportamientos, ideas totalmente determinadas por una cultura familiar y social. Desde ese momento ya somos cultura y transformaremos nuestro “yo” conforme nuestras experiencias y relaciones personales. Por tal razón es importante que la relación entre cuidador-paciente sea positiva y productiva para ambos porque a partir de ese momento conformarán su “yo”, modificando pensamientos, emociones y comportamientos.

Ahora bien, el cuidado de un paciente de cualquier enfermedad es muy similar al cuidado de un bebé, cuando somos pequeños dependemos de un adulto, generalmente de nuestra madre para sobrevivir y aprender; sin embargo, en el caso del cuidado los signos que ocupa el paciente para obtener lo que necesita se localizan rápidamente en la persona de quién se espera ayuda. Sus gestos, su actitud, su fisionomía, su voz entran también en el área de la expresión que es así un área de doble acción: eferente cuando traduce los deseos; aferente a causa de la disponibilidad que estos deseos se encuentran o suscitan en los otros³¹ y donde cuidador-paciente participan en sintonía o en a-sintonía. A partir de este momento es donde comienzan las diferencias en el proceso de cuidado, como es la carga emocional, el desgaste físico por parte del cuidador, o bien, el malestar emocional, el desgaste biológico y la percepción de la realidad por parte del paciente con esquizofrenia; sin embargo son temas que se hablarán más adelante.

Por otro lado, el concepto de cuidado se conceptualiza de forma diversa para Stefani y colaboradores: “el cuidado es una **situación estresante**, ya que

³¹ Henri Wallon. El papel del “otro” en la consciencia del yo. En: Psicología y educación del niño. Aprendizaje, visor, MEC, España, 1987, pp. 110-118.

se deben afrontar necesidades crecientes del miembro dependiente (Biegel, Sales y Schulz, 1991; Power, 1991), sobrellevar conductas disruptivas, encarar situaciones de restricción de libertad **y la pérdida de un estilo de vida anterior**³².

Mientras que para Vazquez y Enrríquez: “el cuidado de un familiar es una práctica social en la que predomina, la precariedad, la vulnerabilidad social y un efecto importante en la salud de los cuidadores, es que **la mayoría de las veces son mujeres quiénes realizan esta tarea y quedan fuera del trabajo remunerado**”³³.

Los primeros autores consideran que la práctica de cuidado es abstenerse a realizar actividades que podrían decidirse automáticamente o planearse, pero con una responsabilidad como es el cuidado se dificulta este tipo de libertad porque no solo se hacen responsables de sus propiedades y salud, sino también tienen que responsabilizarse de otro ser humano que depende de los cuidadores. Mientras que Vázquez y sus colaboradores consideran que el cuidado tiene características similares a las de un empleo porque se invierte tiempo, porque hay un desgaste físico, se trabaja para alguien pero no es valorado a través de una aportación monetaria.

Sin embargo, a pesar de las diversas conceptualizaciones sobre el cuidado- de un enfermo- es evidente que los tres conceptos se relacionan en un factor, refiriéndose al cuidado como un proceso de cambio para el cuidador, un cambio repentino, inesperado y limitante que puede abarcar el área social, personal y de salud física para el cuidador.

Si bien es cierto, que el cambio también es percibido por el paciente, es importante comprender en una hipótesis, que dentro de la práctica de cuidado

³² Doriana Stefani, Susana Seidman, Carlos Pano, Luisa Acrich y Vera Bail Pupko. Los cuidadores familiares de enfermos crónicos: sentimientos de soledad, aislamiento social y estilos de afrontamiento, *Revista Latinoamericana de Psicología*, Vol. 35, Núm. 1, 2033, pp. 55-65. Énfasis nuestro

³³ Elba Karina Vázquez Garnica y María del Rocío Enríquez Rosas. Una aproximación sociocultural a las formas de regulación emocional en cuidadores de familiares de enfermos crónicos en Guadalajara Jalisco, *Desacatos*, No. 39, 2012, pp. 57-72. Énfasis nuestro.

si el cuidador no se encuentra estable emocionalmente y consciente de que la práctica que realiza es sumamente consecuente para él y para el paciente; y que aun así es capaz de apoyarlo entonces el paciente logrará retomar un apoyo en su cuidador. Por eso, cuando se menciona que el cambio es repentino para el cuidador no se menosprecia el inesperado cambio de vida del paciente; sino que para estar bien el paciente necesita de un buen apoyo emocional y físico que promuevan su salud íntegra.

Ahora se habla un poco sobre los contextos en los que se ejecuta la práctica de cuidado. La práctica de cuidado existe si está ubicada en tiempo y espacio; pues aunque ya se mencionaron a los participantes de ésta, no se mencionó el contexto en el que se ejecuta. Los contextos pueden ser varios, puede ser el hospital en el cual está internado el paciente, el psiquiátrico, la escuela o el hogar.

El cuidado en el hogar se convierte en un espacio de suma importancia para el paciente-cuidador, ya que ahí varía el número de familiares con los que convive el paciente, éstos no necesariamente se hacen cargo del él; sin embargo, hay diferencias de comportamiento, emocionales y de estrategias para experimentar la relación con el paciente, ello depende de que tan cercana o lejana sea la relación de convivencia. Roig, Abengózar y Serra nombran *cuidador principal* a aquella persona que:

- a) Asume las principales tareas del cuidado.
- b) Quién es percibido por los restantes miembros de la familia como el responsable de asumir el cuidado del enfermo.
- c) No es remunerado económicamente por la realización de dichas tareas de cuidado.

d) Le dedica la mayor parte del tiempo en número de horas al día al cuidado de dicho enfermo.³⁴

Es así como se caracteriza el cuidador principal de otros miembros de la familia que pueden espontáneamente atender al paciente sin necesidad de ser el cuidador principal.

El paciente es atendido por varias personas a la vez, estar en el contexto familiar y además ser diagnosticado por el psiquiatra, modifican la construcción del “yo” en el paciente con esquizofrenia de manera diferente. No todos lo experimentan igual. Por tal razón, el contexto familiar es el más importante de todos porque es el lugar en donde construimos la mayor parte de nuestros hábitos, emociones, pensamientos, habilidades, tomas de decisión, ideas culturales entre otros; es el lugar de desahogo ante las circunstancias externas y el de apoyo en todo momento. Al formar parte de los miembros de la familia, nos convertimos en sujetos de convivencia completa, salvo por las labores que realizamos de manera externa al hogar; por tanto, el hogar es el principal contexto de análisis para comprender el proceso de cuidado ya que el paciente es quién pasa la mayor parte del tiempo en él.

Al hablar de hogar podemos especificar sus términos generales a algo más particular, pues quiénes conforman el hogar es la familia, ya que: “es el primer espacio donde el individuo desarrolla de manera armonizada sus aspectos cognitivos, afectivos y sociales y establece las primeras relaciones sociales con otros, [...] es el lugar [...] donde se concibe la comunicación como un proceso dinámico y continuo que permite expresar necesidades, deseos y sentimientos, en donde se camina hacia un objetivo común, el bienestar familiar”³⁵.

Si bien, la familia funge como andamio para sostener cualquier adversidad entonces podrá ser un soporte mayor para ejecutar el cuidado de un paciente con esquizofrenia.

³⁴ Roig, M. V. , Abengózar, M.C. y Serra, E. La sobrecarga en los cuidadores principales de Enfermos de Alzheimer, *Anales de Psicología* , 4 (2), 1998, pp.216

³⁵ Aguilar (1997). Citado en : Anónimo . Recuperado de http://catarina.udlap.mx/u_dl_a/tales/documentos/mce/lopez_g_rr/capitulo3.pdf

La familia también sufre alteraciones por atender la enfermedad que inesperadamente se presentó en uno de los integrantes, por ello, la anterior cita nombró un área fundamental en la interacción familiar, ésta se refiere a las *emociones o los sentimientos* que se involucran en el proceso de cuidado siendo éstos tan variables y movibles, se hablará de ello en el siguiente capítulo, pues los procesos emocionales en la práctica de cuidado dentro de un contexto familiar son tópicos más profundos y armónicos para narrar.

Las emociones han sido estudiadas por mucho tiempo y han tenido diferentes teorías, algunas se vinculan a lo orgánico y otras a lo psicológico, pero esto, no implica que se deba elegir un área en particular; sino que ambas partes se integran para que la salud mental y física del individuo sea completa. Lo más importante de las emociones es que todos los seres humanos, alguna vez las hemos sentido, como: tristeza, alegría, enojo, miedo o culpa; sin embargo no todas las emociones se perciben igual y esto depende del momento en que se presenten. A continuación se desarrolla un análisis sobre los simbolismos en el cuidado.

1.2 Emociones y simbolismo en la práctica de cuidado

El estudio de los sentimientos y las emociones se ha ido tratando desde hace muchos años, por tanto, se explicarán brevemente las transformaciones del concepto de *emoción* y más adelante se vincularán las emociones en el proceso de cuidado en la dinámica familiar; con la finalidad de comprender por qué se estudiarán las emociones desde el área social y no biológica.

El principal interés por estudiar las emociones surgió en los griegos, quienes estudiaban al ser humano desde un nivel más complejo como es la subjetividad, es decir, la complejidad del pensamiento, el lenguaje, la memoria etc, pues al ser parte del proceso cognitivo del ser humano e involucrarse las emociones en los cambios de comportamiento, los griegos se vieron en la necesidad de estudiarlas; sin embargo, su explicación era únicamente

organicista, no había factor más importante que el cuerpo y su fisiología para explicar que ciertas emociones generaban cambios fisiológicos, por ejemplo, en el libro de Vigotsky titulado *Teoría de las emociones*, se menciona que Aristóteles describía el cólera como una aspiración de venganza representada con la ebullición de la sangre rodeando el corazón³⁶. Por otro lado, hay otra explicación más general determinada por Cannon quién decía que “al emocionarse hay modificaciones corporales que se reproducen durante la excitación provocada por la secreción de adrenalina de las glándulas suprarrenales”³⁷, esto significa que la manera en que los griegos entendían al ser humano en el área emocional era a través del cuerpo, lo fisiológico y lo observable; pues en las anteriores citas no se mencionaron elementos de relación social sino que se habla de la reacción del cuerpo ante un evento emitiendo una respuesta consecutiva.

Explicaciones cómo éstas duraron mucho tiempo, en donde a pesar de las ligeras modificaciones en cuanto a su significado, las teorías seguían manteniendo la misma base organicista. Entre algunos personajes que trataron las emociones se encontraron Spinoza, James y Lange, Zavadovsky , McDougall entre otros más.

La modificación del significado y significante de *emociones* fue variante, por ejemplo, para Hipócrates se llamaban temperamentos, luego se llamaron afectos (por Spinoza), pasiones (por Descartés); hoy en día se sigue manejando el concepto de emociones; y hay una gran polémica entre sentimiento y emoción pues los autores explican sus diferencias. Los sentimientos y las emociones son dos procesos totalmente diferentes, por un lado, las emociones son las reacciones que se experimentan ante una circunstancia en particular, es una reacción inmediata, por ejemplo, los bebés expresan fácilmente las emociones ya que pasan de llanto a risa y viceversa;

³⁶ Lev Semiónovich Vigotsky. *Teoría de las emociones*. Estudio histórico-psicológico, akal: España, 2004, p. 12.

³⁷ *Ibidem* p. 13

mientras que los adultos aprenden a controlar sus emociones dependiendo de las circunstancias modulando la expresión de éstas.

Mientras que los sentimientos son los consecuentes a las emociones ya que son más duraderos y se caracterizan por el significado que la persona le da a una circunstancia específica. Un concepto más claro de las emociones:

son procesos físicos y mentales, neurofisiológicos y bioquímicos, psicológicos y culturales, básicos y complejos. Sentimientos breves de aparición abrupta y con manifestaciones físicas, tales como, rubor, palpitaciones, temblor, palidez. Mueven, dan o quitan ánimo. Los sentimientos duran más tiempo, puede resultar aparentemente menos intenso, llega del cuerpo por la emoción o de la mente con una idea, lo cognitivo, y es cuando ya permanece con nosotros el tiempo suficiente como para sentirlo y nombrarlo a la vez.³⁸

No obstante, no hay un concepto general para cada proceso pues algunos autores consideran que las emociones son totalmente fisiológicas y otros consideran que son motivacionales; depende mucho del enfoque en que se mire y se trate; sin embargo, cabe destacar que en el estudio de las emociones se ha iniciado una investigación antropológica³⁹, histórica cultural y en perspectiva de género⁴⁰ pues se ha analizado que una emoción no solo

³⁸ Ana María Fernández Poncela. Antropología de las emociones y teoría de los sentimientos, *Versión Nueva Época*, No.26, 2011, pp. 3.

³⁹ Oliva López Sánchez es una de las famosas contribuyentes para la investigación antropológica de las emociones. Es profesora de psicología de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala desde 1989 e investigadora de tiempo completo nivel "C" en la FES- I, también es Dra. en Antropología con especialidad en Antropología médica por el CIESAS D.F. Sus principales áreas de investigación han versado sobre cuerpo, género, salud y sexualidad; recientemente sobre la construcción cultural de las emociones; sin embargo, se destacan las aportaciones más generales pues ha tenido innumerables aportaciones en el campo de la investigación, donde se ha desempeñado con gran ímpetu y profesionalismo.

⁴⁰ Oliva López Sánchez . Reflexiones iniciales sobre una historia cultural de la construcción emocional de las mujeres en el siglo XIX mexicano. En: *La pérdida del paraíso. Las emociones en la sociedad mexicana durante los siglos XIX-XX*, México, UNAM-FES-I, 2011, pp. 23-56

cambia por ser experimentada sino también por ser hablada, narrada, interpretada y sentida.

El género también se involucra en el estudio de las emociones pues antes del siglo XX las emociones aún eran generalizadas para hombres y para mujeres, es decir, que las emociones de los hombres no podían ser sentidas por las mujeres y viceversa, incluso, no existía interés por estudiarlas porque las consideraban universales entre culturas y etnias. Con el tiempo la perspectiva fue cambiando pues comenzaban a interesarse en las emociones por élite, por clase social, para dar cuenta de los amores y odios de la burguesía decimonónica⁴¹; creando así la disciplina de la psicohistoria.

Los cambios sociales, culturales, de plusvalía, los cambios en la división del trabajo, o simplemente la idea de individualismo están gestando grandes cambios a nivel social y genérico; con todo lo anterior ¿por qué no ha de cambiar la experiencia emocional de hombres y mujeres? pues se tomaría en cuenta que la manera de analizar las emociones sería totalmente diferente al análisis de Aristóteles; ya que se está alterando la estructura simbólica de emoción entre hombres y mujeres.

Sentir emociones genera una actitud de pertenencia en los individuos, ellos las apropian y las reproducen en sus hogares y en casos de índole social se convierten en emociones culturales o de grupo en donde el grupo considera que cierto tipo de emociones son parte de su cultura; les dan un significado a través del lenguaje sin que sea necesariamente consciente. Lo que existe en esa relación, es decir, entre emoción y lenguaje es que la emoción es creada por medio del lenguaje y el contexto (desde un contexto lingüístico) porque su significado es elaborado⁴² por la misma persona que lo expresa.

Así entonces Armon-Jones, Gordon, Wood, Coutler, Swanson, Holichschild y Perinbanayagam⁴³ consideraron que las emociones son

⁴¹ *ibidem*, p. 27

⁴² *ibidem* p. 32 Es una afirmación de la antropóloga estadounidense Catherine Lutz

⁴³ *ibidem*, p. 33

construcciones sociales de la realidad sin restar importancia a la dimensión biológica y psicológica de la cual forman parte. Entendiendo a las emociones como construcciones sociales; se puede afirmar que tanto hombres como mujeres son capaces de crear su propia subjetividad en torno a la emoción sentida, con una experiencia totalmente diferente entre un individuo y otro; y no universal o genérico como se establecía antes.

Por tal motivo, hay un interés particular por estudiar las emociones desde una dimensión social e interpersonal, en donde el lenguaje, el hogar y la práctica de cuidado conformaran una triada inigualable de construcción individual, teniendo como consecuencia, diversas emociones entre el cuidador y el paciente. Uno y otro experimentarán emociones diferentes a pesar de compartir la misma circunstancia. Cabe destacar el concepto de emoción desde términos filosóficos por William Lyons:

La emoción no son más que modelos funcionales expresados en palabras, y es difícil concebir como alguien podría llegar muy lejos sin intentar formularlas. Así que las emociones son sentimientos dirigidos hacia afuera, hacia lo que en cada situación se supone que es la causa de los sentimientos [...] muy a menudo nos formamos malas creencias acerca de las causas de nuestros sentimientos, lo que nos lleva a odiar a los que no deberíamos y amar a los que no son dignos de ser amados ⁴⁴

Precisamente, por tal razón, podemos entender como en una práctica de cuidado es posible que existan emociones, pues se externalizan a través de las palabras para decir si amamos, si odiamos, si nos hizo sentir mal algo o no. Sin embargo, en el cuidado no solo se externalizan las emociones de manera verbal sino que existen estrategias que favorecen la contención emocional, por ejemplo, Vázquez y Enríquez ⁴⁵ se interesaron por conocer la regulación

⁴⁴ Simone Belli . La construcción de una emoción y su relación con el lenguaje: revisión y discusión de un área importante de las ciencias sociales, *Theoria*, Vol. 18 (2), 2009, pp. 18

⁴⁵ Elba Karina Vázquez Garnica y María del Rocío Enríquez Rosas. Una aproximación sociocultural a las formas de regulación emocional en cuidadores de familiares de enfermos crónicos en Guadalajara Jalisco, *Desacatos*, No. 39, 2012, pp. 57-72.

emocional en el cuidado de pacientes crónicos, encontraron que la práctica de cuidado es un trabajo doble; pues implica que el cuidador maneje sus sentimientos y además coadyuve los sentimientos del paciente⁴⁶; no es un proceso simple porque cuidar a un enfermo tampoco es un proceso fácil.

Los resultados obtenidos se recopilaron a partir de entrevistas a profundidad pues se partió del postulado de que las emociones solo existen a partir de la reproducción de las mismas y esto se encuentra en el lenguaje, de 19 cuidadores totales 3 eran hombres, lo que nos lleva pensar que no solo las emociones fueron, en su momento, categorizadas por género sino que también las prácticas sociales son categorizadas por género. En este caso el cuidado es una práctica más común en mujeres que en hombres pues se han creado imaginarios sociales⁴⁷ de lo que es ser mujer y ser hombre.

La práctica de cuidado genera emociones en la relación que tiene el cuidador y el paciente; las emociones se presentarán en un contexto familiar; esto no significa que las enfermeras o los doctores que cuidan enfermos no experimenten emociones; sin embargo, ser un profesional de la salud es una variable muy importante para hablar de emociones en la práctica de cuidado, pues hay un pago monetario de por medio; mientras que el familiar que se hace cargo del cuidado del paciente no tiene otra opción y como anteriormente se mencionó, no hay pago monetario, por tanto, hay emociones guardadas,

⁴⁶ Ungerson (1983) citado en: *ibidem*, p. 59

⁴⁷ Los imaginarios sociales están relacionados con las SIS, que en término de Castoriadis, son **significaciones imaginarias sociales**, llamadas así porque no son racionales, es decir, que no se pueden construir lógicamente, tampoco son reales ya que no podemos derivarlas de las cosas. Las **SIS** son entornos impuestos por la sociedad, esto quiere decir que son compartidas, ayudan a organizar y establecer un orden dentro de la sociedad; ponen límites, permiten demostrar la afectividad, tienen historia y se encuentran en todos los lugares sociales; es decir, que se injertan en la sociedad y se apropian del comportamiento del individuo sin que necesariamente estén recordándole lo que tiene que pensar, hacer, decir o formar parte. Los imaginarios sociales dependen del contexto, del tipo de personas con las que se convive y de un lenguaje que se transmite. Ver: Cornelius Castoriadis. Las significaciones imaginarias. En: Una sociedad a la deriva. Katz, Argentina, 2006, pp. 75-106.

expresadas, omitidas o evitadas que afectan la salud de ambas partes, es decir, del cuidador- dependiente⁴⁸.

Así como surgió el interés por estudiar las emociones desde un nivel cultural y social debido a las diversas demandas y cambios sociales, así también cambian las dinámicas familiares pues es una institución que se modifica dependiendo de los diversos momentos en su ciclo de vida, como es el número de personas involucradas, divorcios, hijos, pérdidas, entre otros; empero, enfrentar una enfermedad mental no es nada fácil. El interés por comprender las emociones en el contexto familiar se debe a que es la única institución que mantiene todos los problemas de funcionamiento individual⁴⁹.

Hoy la familia se muestra diferente, variable, compleja, pero, especialmente singular [...]. Se trata de un constructo flexible que se adapta a las exigencias de la época[...].⁵⁰

La familia al adaptarse a las exigencias de la época y lo cambios, crea una estructura simbólica, muy amplia entre los integrantes de la familia, volviéndola adaptable, dinámica y caótica a la vez, qué si bien, tiene los elementos necesarios para volverse a readaptar, los integrantes de la familia lograrán tener un lazo fuerte de comunicación para expresar sus emociones y sentimientos; de lo contrario éstos podrán elegir un camino diferente al de su círculo familiar y distanciarse de quiénes fungen como agentes de disgusto, tristeza o turbación , sin que exista una comunicación entre cada integrante. Por tal razón, es importante conocer las emociones expresadas o inhibidas por el cuidador ante un paciente con esquizofrenia, sobre todo porque la enfermedad que padece el paciente, tiene significados culturales muy fuertes

⁴⁸ Término ocupado por Vázquez y Enríquez en el estudio de cuidado en pacientes crónicos. Las autoras mostraron gran interés por conocer las emociones desde una dimensión constructorista social, por tal razón dejan de ocupar el término “paciente”, como otros autores, porque su objetivo no es conocer la práctica del paciente; sino más bien, es conocer la construcción de un individuo que depende de otro para mantener su salud en buenas condiciones a pesar de la enfermedad que padece, 2012.

⁴⁹ Virginia Escalante y Johnny Gavlovski . Tener un hijo con enfermedad mental: vivencias de padres de pacientes con esquizofrenia, *Anales de la Universidad Metropolitana*, 11 (1), 2011, pp.153.

⁵⁰ *Ibidem*, p. 153.

como: el estigma social, el cuál es una representación social que auspicia conductas de no aceptación con aquél que se manifiesta como “diferente”⁵¹.

Por esta razón, el cuidador y el dependiente se convierten en víctimas de las emociones catalogadas como *morales*, ellos, las sienten porque han valorado como importante el simbolismo que la cultura y el contexto social le atribuyen a la enfermedad. Aunemos a esto que el cuidador, no sea una mujer, sino un hombre que no se dedica a un trabajo particular como socialmente es aceptado dentro de los roles masculinos; más bien se dedica al cuidado de un enfermo mental; por ende, hay un efecto negativo por parte del cuidador ya que no está realizando lo que culturalmente está catalogado como norma. De esta forma, se construye un juicio de valor moral que recibe indirectamente generando emociones de vergüenza, culpa o resentimiento.

La vergüenza o culpa se presenta cuando hay una acción que juzgamos como mala y el resentimiento cuando hay una acción que se juzga como mala pero me perjudica a mí⁵². Entonces podremos decir que las emociones tienen un valor cultural muy fuerte, y , antes de ser sentidas pasan por una valoración e intencionalidad particular, ya que si la persona no le da el significado o la importancia debida, el individuo solo llegaría a un nivel de comprensión emocional sin que le genere consecuencia en la vida diaria, en cambio, cuando hay un significado sobresaliente de forma cognitiva y emocional entonces se internalizan y generan compromisos en el individuo; afectando su práctica social, realizando expectativas de logro y en consecuencia toma de decisiones ante lo que le cause malestar.

Así entonces, podremos decir que las emociones se basan en los acontecimientos en sí y no en funciones fisiológicas como Aristóteles o Hipócrates mencionaban, aunque no significa que se niegue la parte fisiológica, porque en efecto las emociones tienen reacciones fisiológicas importantes pero

⁵¹ Alfredo Oliviera. La colifata, radio terapia des-estigmatizante , s/p, 2005.

⁵² Tania Rodríguez Salazar. El valor de la emociones para el análisis cultural, *Papers*, Vol. 87, 2008, p. 156.

no es la base del todo. Lo que genera perturbación durante mucho tiempo son las creencias y las cogniciones que se generan de ciertas circunstancias, también del valor cultural que éstas tienen; en este caso, el valor cultural en las prácticas de género como es la práctica de cuidado por cuidadores masculinos.

De acuerdo con Tania Rodríguez⁵³ si las emociones están en función de los acontecimientos entonces estaremos dividiendo el acontecimiento, el cual se conforma por *objetos* y *agentes*; los primeros tienen que ver con el interés que mantenemos por las propiedades de los objetos y los agentes se refieren a las acciones de las personas o grupos; mientras que, es valorado por factores positivos o negativos en el pasado, presente y futuro⁵⁴ que otorgan una adhesión emocional, es decir, que la personas toman como propia una emoción, afectando o beneficiando la práctica de cuidado.

Debido a que la práctica de cuidado familiar es catalogada como un proceso de compañía y realización de cuidados cotidianos ante las necesidades de un enfermo y no se visualiza al hombre como el cuidador principal, entonces la valoración de ese acontecimiento se encubre de valores culturales generando el siguiente tipo de emociones.

- Emociones sociales como la ira, el odio, la culpa, la vergüenza, el orgullo, la arrogancia, la admiración.
- Emociones generadas por cosas buenas o malas que han ocurrido o que ocurrirán, como la alegría y la tristeza.
- Emociones generadas por pensamientos sobre cosas buenas o malas, como la esperanza o el miedo.

⁵³ *idem*

⁵⁴ *Ibidem*, p. 154.

- Emociones desencadenadas por el pensamiento en lo bueno o lo malo de otras personas: la simpatía, la lástima, la envidia, la malicia, el refocilamiento o la indignación⁵⁵

La anterior clasificación no son emociones legítimas de cuidadores masculinos de pacientes con esquizofrenia, pues es de saber que las emociones no se generalizan; todas son totalmente diferentes entre un individuo y otro. Sin embargo, ésta clasificación nos permite dirigir un tipo de análisis para comprender las emociones, porque el cuidador, al sentir una emoción con intensidad le está dando una cognición y valoración a la situación que a la reacción fisiológica.

Entonces partimos de que el simbolismo que el cuidador le otorga a la relación entre él y el dependiente será el impulsor de la creación de emociones culturales.

⁵⁵ *ibidem* en Elster (1999), p. 154.

2. ESQUIZOFRENIA, MEDICALIZACIÓN Y CARGA EMOCIONAL DURANTE EL PROCESO DE CUIDADO

En el anterior apartado se esbozó el contenido simbólico que tiene la práctica de cuidado, pues no son acciones ejecutadas al azar; en realidad hay un contenido emocional tan fuerte ante lo que haga o deje de hacer el otro, pues es importante para quién lo percibe. Lo apropia y lo internaliza. Pero si este proceso lo hacemos todos los seres humanos, ¿entonces cómo se apropian del lenguaje corporal, del lenguaje verbal, de gestos o tonalidades en el cambio de voz durante la práctica de cuidado ante un diagnóstico de esquizofrenia?

Por ello, es prioridad comprender el concepto de esquizofrenia y sus implicaciones para entender la complejidad del cuidado de un enfermo mental.

2.1 Conceptualización de la Esquizofrenia

Desde la Organización Mundial de la Salud (OMS) la enfermedad se entiende como una alteración leve o grave del funcionamiento normal de un organismo o de alguna de sus partes debido a una causa interna o externa⁵⁶. Hay muchas clasificaciones de enfermedades que se derivan de alteraciones consideradas fuera de la norma, pues para estar sanos no se necesita tener ausencia de enfermedad; pues también se considera enfermedad cuando hay una alteración en la relación social y psicológica.

La clasificación patológica se basa en las características que presentan en común cada una de las enfermedades, en este caso el parámetro principal son los signos⁵⁷; éstos actúan como evaluador para determinar si dicha enfermedad es catalogada como trastorno mental, patología anatómica, clínica

⁵⁶ El Blog de la Salud. Definición de enfermedad según la OMS y concepto de salud (26 octubre 2015). Recuperado de: <http://www.elblogdelasalud.es/definicion-enfermedad-segun-oms-concepto-salud/>

⁵⁷ Galimberti, Umberto. Diccionario de Psicología, Siglo XXI editores, México, 2007, pp. 1006 y 1007.

o molecular⁵⁸. Se tiene una idea errónea de lo que son los signos y los síntomas, pues la sociedad considera al síntoma como aquella reacción o sensación que el cuerpo ejerce ante determinada enfermedad; sin embargo, éstos son los signos, es decir, los que manifiestan que adquirimos alguna enfermedad en particular y es descrita por el examinador más que por la persona que lo padece (por ejemplo, cuando diagnostican gripa y se toma en cuenta el nivel de respiración, la temperatura o la inflamación de anginas). Los síntomas, en cambio, son las interpretaciones que le damos a la enfermedad que padecemos, por ejemplo Ángel Martínez Hernández menciona que el síntoma es descrito por el individuo más que por el examinador⁵⁹, es decir, es la interpretación dada a lo que se siente (por ejemplo, cuando el paciente interpreta la información que el médico le dio) en sensaciones corporales, psíquicas y emocionales.

¿Si lo anterior se aplica en el manejo de las enfermedades, entonces qué tipo de signos y síntomas presenta un trastorno mental? Pues los trastornos mentales tienen diversas características y es complicado identificar los síntomas de los pacientes porque las enfermedades de índole mental son muy cambiantes, delirantes, obsesivas y compulsivas. Llegan a perder el límite de la consciencia y en ocasiones actúan de forma automática. Por tal razón hay diversas áreas de la salud que buscan comprender la enfermedad en términos más culturales que fisiológicos pues las enfermedades también impactan por su cultura y no toman como única instancia los cambios fisiológicos.

La esquizofrenia es un trastorno mental que ha sido estudiada por varios años, se ha intentado dar otro tipo de explicaciones que permitan dar un

⁵⁸ la patología anatómica tiene que ver con los especímenes quirúrgicos quitados del cuerpo, la patología clínica se relaciona con el análisis de laboratorio de fluidos corporales y la molecular se centra en la enfermedad desde un nivel submicroscópico y molecular. Capturado de News Medical. Life Sciences and Medicine. En: Tipos de Patología (10 octubre 2015) Recuperado de: [http://www.news-medical.net/health/Types-of-Pathology-\(Spanish\).aspx](http://www.news-medical.net/health/Types-of-Pathology-(Spanish).aspx)

⁵⁹ Ángel Martínez Hernández . Antropología versus psiquiatría: el síntoma y sus interpretaciones, *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, Vol. 13, No. 68,1998, pp. 647.

avance más enriquecedor en el tratamiento de un paciente con esquizofrenia, empero, es importante conceptualizarla. La esquizofrenia según el DSM – V (Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales) se caracteriza por presentar dos o más de las siguientes características como son:

- Delirios
- Alucinaciones
- Discurso desorganizado
- Comportamiento desorganizado o catatónico
- Síntomas negativos (expresión emotiva disminuida)⁶⁰

En el caso del CIE- 10 (Clasificación Internacional de Enfermedades) clasifica a la esquizofrenia con las mismas características que el DSM-V pero le agrega otras características más: Eco, robo, inserción del pensamiento o difusión del mismo y cambios en la conducta personal como pérdida de interés, falta de objetivos, ociosidad, absorto y aislamiento social⁶¹ . Se puede entender que la esquizofrenia debe ser valorada a través de estos manuales y la supervisión de un psiquiatra para que atiendan de forma concurrente la enfermedad y puedan dar un tratamiento farmacológico.

Existe una discordia entre el servicio psiquiátrico, psicológico y hoy en día, antropológico sobre el estudio de la esquizofrenia pues en el actual siglo XXI los conocimientos de la esquizofrenia son escasos si los retomamos únicamente desde el área médica; ahora, ya hay otras disciplinas que están interesadas en conocerla y tratarla, tales como: la antropología, sociología, ciencias de la comunicación, ésta última se menciona porque hay una página en línea que contribuye para evitar la estigmatización en personas con esquizofrenia (citada en bibliografía), también se involucra la psicología pero no desde el enfoque cognitivo-conductual sino desde estudios socio-históricos,

⁶⁰ Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales, *American Psychiatric Association*, Chicago, pp. 54

⁶¹ Psicomed. Net. Esquizofrenia, trastorno esquizotípico y trastornos de ideas delirantes (20 octubre 2015).Recuperado de: http://www.psicomed.net/cie_10/cie10_F20-F29.html

apoyándose de las historias de vida y las narrativas. Primeramente, es importante mencionar que la función del psiquiatra; consiste en tratar los trastornos mentales a través de la farmacología, vigilar la evolución médica del paciente sin trabajar con los síntomas de la enfermedad, ya que se nivelan los signos que presentó desde el primer día de consulta hasta el último día. El psiquiatra hace valoraciones temporales después de realizar cambios en la dosis de los medicamentos, lo anterior es una razón por lo cual no hay mucho avance en el tratamiento de la esquizofrenia porque los médicos solo tratan los signos y, no los síntomas.

En el caso de la psicología, también ella ha tenido limitaciones para tratar y entender ésta enfermedad pues no ha existido un tratamiento de una duración prolongada en sus efectos; como es el trabajo de Vallina y Lemos⁶² quienes recopilan información sobre las diversas intervenciones realizadas en pacientes con esquizofrenia en relación a sus familiares; ellos aplican diversas técnicas sociales, de habilidades o psico-educación. No obstante, los resultados no son duraderos y los pacientes recaen de nuevo.

Más allá de la falta de conocimiento sobre el tratamiento y los resultados de diversos estudios; la esquizofrenia tiene un estigma en la sociedad. La gente considera a éstos pacientes como “locos”, “un peligro”, “una amenaza”, personas indignas para realizar las mismas actividades que otras personas clasificadas como “normales”. En realidad deberían tener los mismos derechos que los demás e incluso deberían darles la misma calidad de atención médica y social, al igual que otro tipo de enfermedades; sin embargo, no es así porque este trastorno tiene diversos mitos.

La importancia de enfatizar el estigma de las personas con esquizofrenia se debe a la relación con el servicio médico, ya que los psiquiatras quienes atienden en mayor porcentaje a los pacientes, están invadidos por el mismo estigma social; se desconoce si es un acto

⁶² Oscar Vanilla Fernández y Serafín Lemos Giraldez. Tratamientos psicológicos eficaces para la esquizofrenia, *Psicothema*, Vol. 13, Num. 3, 2001, pp. 345-364.

generalizado en todos los médicos y hospitales pero los datos demuestran una pobreza muy grande ante los servicios que los hospitales psiquiátricos le ofrecen a este tipo de personas. En realidad el gasto realizado a hospitales mexicanos de salud mental está en el 2% y salud en general en el 98%⁶³; ni siquiera tienen un 10% de inversión para los hospitales, lo que implica que el servicio médico y psicológico que ofrecen, tampoco es muy amplio. Por cada 100,000 habitantes hay un 1.6% de psiquiatras, 1.43% de psicólogos y 3.36% de enfermeros. El porcentaje mayor se ubica en el personal de enfermería, el cual no alcanza ni el 5%⁶⁴.

Estas cifras demuestran la falta de interés en la atención de la salud mental, además de que el servicio de médicos, psiquiatras y psicólogos tienen poco impacto en sus tratamientos ya que son demasiados pacientes con enfermedades mentales para el poco personal existente, y por ende, su atención se vuelve fría, rápida y despersonalizada. En este sentido, se refleja un estigma hacia los pacientes desde el personal de salud y el gobierno que atiende los recursos económicos para abastecer cada hospital.

De ahí que la medicina y la psiquiatría no sean las únicas en interesarse en trastornos mentales. Por ello, la antropología ha dado un paso muy importante para enfrentarse a la psiquiatría y comprender la esquizofrenia; pero no puede lograrlo sin el apoyo interdisciplinario de la psicología para comprender la salud mental de los pacientes; de esta forma saber la afectación emocional y psicológica que presentan. Se ha llegado a un estudio de bases antropológicas para rechazar todo concepto de índole fisiológica e iniciar explicaciones de base histórico-social para la esquizofrenia. Es muy similar al concepto de emociones y sus efectos como se mencionó en el apartado 1.2 donde se dejó de comprender la emoción desde cambios organicistas y se ampliaron los recursos de análisis desde lo social.

⁶³ Shopshana Brenzon (2011). Informe sobre sistema de salud mental en México utilizando los instrumentos de evaluación para sistemas de Salud Mental de la Organización Mundial de la Salud, México: OPS/OMS, p. 27.

⁶⁴ Secretaria de Salud de México. ISM-OMS Informe sobre sistema de Salud Mental en México; México, 2011, pp. 14,27.

Así entonces, la conceptualización de la esquizofrenia según Martínez Hernández está relacionada con el impacto que la sociedad ejerce en la enfermedad, pues ésta es creada a través del lenguaje; y aunque no se rechaza que existe un cambio en su fisiología también se prioriza que la sociedad genera la enfermedad y a su vez la estigmatiza. Por ejemplo, en el libro de Martínez titulado *¿Has visto como llora un cerezo?* Plantea algunos estudios realizados por Hollingshead y Redlich quienes citan a Left ⁶⁵ para comprender la importancia de la sociedad y la cultura, pues para los ingleses y los norteamericanos los mismos signos de una enfermedad los nombran de dos formas diferentes; en el primer caso los ingleses consideran una psicosis maniaco-depresiva y los norteamericanos un trastorno de esquizofrenia ¿cómo es posible que tengan diferente diagnóstico si los signos son los mismos?

Es entonces cuando los factores sociales marcan diferencias en el impacto que la esquizofrenia presenta; no es lo mismo estar expuestos a condiciones sociales, laborales, ruido, calor o humedad en Estados Unidos que en Inglaterra. Tampoco es lo mismo clasificarlo por sus diferentes signos que se presentan como consecuencia de estos factores, y por ello, en diferentes países los mismos síntomas y características vienen siendo parte de enfermedades diversas. Hasta ahorita solo se han obtenido datos de enfermedades conceptualizadas de forma diferente con los mismo signos en el libro de Hernández, esto se debe a que la antropología como rama de estudio es muy joven aún para comprender la esquizofrenia y faltan muchas investigaciones más para establecer teorías fijas que apoyen al personal de salud en la realización de diagnósticos y hablen de los signos similares que tienen ciertos trastornos mentales para cambiar su nombre de acuerdo al país en el que se encuentran.

Por otro lado, Maylath ⁶⁶ ha estudiado la ciudad de Mannheim ubicada en Alemania donde demuestran índices altos de enfermedades mentales como

⁶⁵ Ángel Martínez Hernández. *¿Has visto como llora un cerezo?* Pasos hacia una antropología de la esquizofrenia, *Universidad de Barcelona*, Barcelona, 1998, pp. 30-31.

⁶⁶ Ángel Martínez Hernández. *¿Has visto como llora un cerezo?* Pasos hacia una antropología de la esquizofrenia, *Universidad de Barcelona*, Barcelona, 1998, p. 35.

neurosis depresiva y psicosis afectivas, las cuáles predominan más en espacios centrales de la ciudad donde existe mayor densidad poblacional, peores condiciones de vivienda, menor status socioeconómico y mayor población inmigrante de los cuales hay un 1.08 por 1000 habitantes con incidencia en esquizofrenia y en la zona central frente al 0.98 de zonas externas. Esto demuestra que los no-inmigrantes muestran mayor concentración de esquizofrenia en el centro urbano⁶⁷. Otra ciudad que también tiene peores condiciones de vivienda es Ciutat Vella, Barcelona donde se puede observar la prevalencia de la esquizofrenia por 1000 habitantes desde el año de 1987. A continuación se muestra una tabla extraída del libro *¿Has visto como llora un cerezo?* Para que sea notable la diferencia de índice en esquizofrenia dependiendo de las condiciones de la ciudad como se muestra en la Tabla 1, donde se proporcionan datos de algunos estados de Barcelona y su incidencia en Esquizofrenia.

Tabla 1. Prevalencia de Esquizofrenia tratada en Barcelona por 1000 habitantes en centros de Asistencia Primaria en Salud

	1987	1988	1989	1990	Media
Ciutat Vella	1.6	1.5	1.8	1.7	1.7
Les Corts-Sarrià-SG.	0.2	0.2	0.2	0.3	0.2
Sants-Montjuic	0.6	0.7	0.6	0.7	0.6
Nou Barris	0.4	0.6	0.5	0.5	0.5
St. Andreu	1.0	0.9	0.8	0.9	0.9
L'Eixample	0.6	0.6	0.6	0.5	0.6
St.Martí	0.4	0.6	0.6	0.6	0.5
Gràcia	0.4	0.5	0.4	0.5	0.5
Horta-Guinardó	0.3	0.4	0.3	0.3	0.3

Nota: aunque Les Corts y Sarrià-Sant Gervasi son distritos diferentes, sólo existía un Centro de Asistencia Primaria en Salud Mental para estos dos distritos.
Fuente: Elaboración propia a partir de los datos del Servicio de Psiquiatría y las estadísticas de población de Barcelona.

Fuente: Martínez Hernández (1998). *Has visto como llora un cerezo? Pasos hacia una antropología de la esquizofrenia*, Universidad de Barcelona, Barcelona. pp. 35.

Estos datos solo son una evidencia de que hay resultados significativos sobre los índices de esquizofrenia a nivel cultural y qué cambian de una ciudad a otra pues todas las ciudades expuestas en la tabla anterior son de Barcelona. El objetivo no es explicar en qué ciudades hay más personas con esquizofrenia, solo se han expuesto estos lineamientos para dejar ver que

⁶⁷ *idem*

la importancia en la cultura y el efecto que ésta genera en el paciente con esquizofrenia es importante. No hay una definición precisa sobre la esquizofrenia pero se explica a través de 3 hipótesis fundamentales que Hernáez considera importantes:

- a) La esquizofrenia es una evidencia en donde existe una hiperactivación de las vías dopaminérgicas cerebrales, es la responsable de experiencias como el delirio y las alucinaciones [...]. Los fármacos le otorgan un tratamiento a la esquizofrenia ya que muestran reducción del delirio y las alucinaciones, también llamados síntomas positivos porque bloquean la secreción de ciertos neurotransmisores como la dopamina.
- b) En algunos casos la esquizofrenia tienen más deteriorados los llamados síntomas negativos (anhedonia, apatía, aplanamiento o indiferencia activa etc), que vienen asociados a atrofas corticales centrales y a hipofrontalidad. Se caracteriza por tener una actividad metabólica diferente en el cerebro [...], hay una disminución del tamaño del lóbulo temporal y el hipocampo, el aumento de ganglios basales, la presencia de flujos sanguíneos anormales o la alteración de la glucosa en la corteza prefrontal cerebral.
- c) La esquizofrenia viene de una carga genética, donde se sospecha que todo está en los genes, desde las enfermedades y sus predisposiciones hasta los aspectos más anecdóticos de la vida, como el gusto por un determinado tipo de ropa.⁶⁸

Los especialistas de la salud no han definido con exactitud si la esquizofrenia viene por única hipótesis, pues hay casos donde su origen es genético, otros casos donde simplemente brotó al concluir su adolescencia; sin embargo, continúan buscando datos más exactos para un mejor tratamiento, rehabilitación y reinserción social; pues debe prepararse al paciente y a su familia para que tomen herramientas importantes y sepan

⁶⁸ *ibidem*, pp. 15-16.

cómo enfrentarla, pues en los hombres inicia a temprana edad alrededor de 18-20 años y en las mujeres entre los 23-25 años de edad. Precisamente por estas variantes de edad, de género, de origen el trastorno mental se convierte en un reto más para indagar en diversas áreas porque cambia totalmente la manera en cómo lo enfrenta una mujer y un hombre, no solo por las diferencias fisiológicas y hormonales sino por los roles que cada uno juega en la sociedad.

2.2 El problema con la medicalización en la esquizofrenia: Un aspecto emocional

En el apartado anterior se mencionó que los signos y los síntomas son dos aspectos totalmente diferentes y que los términos han sido mal usados en nuestros días. Lo cual genera que la sociedad se apropie de los conceptos considerando plenamente correcto que un tratamiento farmacológico atiende los síntomas de pacientes con esquizofrenia. Cuando en realidad no se está trabajando nada, solo disminuyen las secreciones de neurotransmisores en el cerebro para estar casi somnolientos y menos activos de lo normal. Esto genera que los pacientes tengan efectos secundarios en su organismo; para no alarmar a los pacientes se les anticipa los cambios posibles que habrá. De tal forma, la sociedad, cree que el mejor tratamiento para un paciente es la farmacología, creyendo que es eficaz y en realidad no lo es, porque los síntomas (la interpretación de lo que siente el paciente) no se está tratando en ningún momento.

Citaré las palabras exactas de una entrevistada en un documental realizado en Estados Unidos:

“Se ha dicho que hablar con éstas personas es peligroso para ellas, por lo tanto no deben intentar hacer ningún trabajo que explore sus

pensamientos. No están bien formados para hacer psicoterapia con nadie.”⁶⁹

Esto permite clarificar más los resultados del Informe de Salud Mental en México que reflejan poco personal de salud; es decir, que en Estados Unidos y México aunque sean países de cultura y personal de salud diferente, tienen una similitud; los ciudadanos y el personal de salud consideran la medicación como un tratamiento eficaz para las personas con esquizofrenia; sobre todo, la cita anterior, deja resaltar el estigma sobre “el peligro” que corre cada uno de nosotros si estamos en contacto con ellos.

Por ende, se prefiere un trabajo más sencillo como la medicación pues no hay un esfuerzo por comprender los pensamientos y deseos de cada paciente. Los profesionales no “arriesgan su vida” al trabajar con ellos; así entonces se enlistan en la tabla 2 algunos medicamentos asignados a pacientes con esquizofrenia.

Tabla 2. Efectos secundarios de medicamentos recetados en pacientes con esquizofrenia

MEDICAMENTO	EFECTOS SECUNDARIOS
Olanzapine (Zyprexa)	Movimientos musculares incontrolados, dificultad para hablar, sensación de enfermedad fiebre, escalofrío, deshidratación, aumento de peso, dolor de cabeza, cambio de personalidad.

⁶⁹ “Toma estas alas rotas”. Documental sobre esquizofrenia, recuperación sin medicación (Spanish sub). (2014). Recuperado de <https://www.youtube.com/watch?v=VytXQ98wFBk>.

Aripiprazole (Abilify)	Músculos tiesos, agitación severa, angustia, convulsiones, pensamientos de suicidio.
Chlorpromazine (Thorazine)	Somnolencia, hinchazón en manos, cambios repentinos en periodos menstruales, nariz congestionada, visión borrosa, impotencia.
Fluphenazine (Prolixin)	Temblores, sensación de inquietud, rigidez en cuello y espalda, problemas de habla, reflejos hiperactivos.
Perphenazine (Trilafon)	Mareo, somnolencia, visión borrosa, insomnio, diarrea, boca seca, hinchazón de mamas, sarpullido.
Quetiapine (Seroquel)	Falta de energía, mareo, cansancio, aumento de apetito, vómitos, estreñimiento.
Ziprasidone (Geodon)	Cansancio inusual, malestar estomacal, estreñimiento, sentirse inquieto, sarpullido, tos.
Prochlorperazine (Compazine)	Visión borrosa, dolor de cabeza, sarpullido, periodos menstruales ausentes, insomnio.
Thioridazine (Mellaril)	Visión borrosa, somnolencia, hinchazón de las mamas de manos y pies.
Trifluoperazine (Stelazine)	Cansancio, mareo, visión borrosa, hinchazón de las mamas, manos y pies, debilidad muscular.
Mesoridazine	Constipación, desasosiego, dificultad al orinar, temblor ligero, pérdida de deseo sexual, aumento de apetito e irregularidades menstruales.

Promazine	Visión borrosa, estreñimiento, somnolencia, boca seca, letargo, rigidez y aumento de peso.
Triflupromazine (Vesprin)	Somnolencia, mareos, alteraciones visuales, disminución de la capacidad de reacción.
Levomepromazine (Nozinan)	Hipotensión ortostática, efectos anticolinérgicos, somnolencia, ansiedad, indiferencia.
Chlorprothixene	Pupilas grandes., boca seca, somnolencia, estreñimiento, trastorno estomacal, reducción al sudar.
Flupenthixol (Depixol)	Estreñimiento, trastorno de acomodación, cansancio.
Thiothixene (Navane)	Boca seca, somnolencia, aumento de sed, vómito, náusea, diarrea, latido cardíaco rápido, hinchazón de mamas y pies.
Zuclopenthixol (Clopixol)	Somnolencia, sequedad en la boca, retención urinaria, galactorrea, aumento de peso, impotencia.
Droperidol	Somnolencia, sedación e hipotensión.
Pimozide (Orap)	Fiebre, dolor de cabeza, estreñimiento, boca seca, problemas de visión.
Amisulpride	Temblor, rigidez, escasos de movimientos, aumento de salivación, incapacidad para permanecer quieto, somnolencia.
Paliperidone (Invega)	Temblores, sacudidas, agitación, rigidez en la nuca, latido cardíaco rápido, dolor de garganta, estreñimiento.
Clozapine (Clorazil)	Temblor, mareo, sensación de girar, somnolencia, náusea, boca seca, aumento de sudor, visión borrosa.

Haloperidol (Haldol)	Dolor de cabeza, sensación de girar, temblores, insomnio, ansiedad, reflejos hiperactivos, impotencia, problemas para hablar.
Risperidone (Risperdal)	Dolor de cabeza, ansiedad, agitación, sentirse deprimido boca seca, estreñimiento, dolor de piernas y brazos, movimientos espasmódicos.

Fuente: Medication Brochure (2007). [Folleto]. Medicamentos con receta médica para enfermedades mentales y Drugs.com Know more. Be sure .En: Clorzil (27 de Octubre 2015). Recuperado de: http://www.drugs.com/mtm_esp/clozaril.html

La anterior lista contiene los medicamentos que se asignan a los pacientes para regular sus niveles de ansiedad, de paranoia, es decir, de su pérdida de realidad al ser víctima de la Esquizofrenia. La mayor parte de los medicamentos tienen efectos en común: el insomnio, agitación, movimientos incontrolados o dolor de cabeza; éstos fueron los más comunes. Por ello, los pacientes con esquizofrenia están cansados o durmiendo todo el tiempo porque durante el día el efecto de la medicina tiene reacción y pierden el interés por dormir en la noche. Es grave la situación cotidiana que presenta cada paciente en su vida personal, pues no pueden hacer lo que les gusta por los efectos del medicamento y porque su familia o cuidador principal es quién se encarga de suministrar el medicamento para evitar romper las reacciones del mismo; sin embargo, ni su familia, ni el psiquiatra toma en cuenta la experiencia tan desagradable que adquieren al medicarse. Algunos pacientes que toman medicamento van mediando las dosis dependiendo de cómo van sintiendo su cuerpo y los cambios favorables en los signos.

En la Asociación de Familiares y Amigos de Pacientes Esquizofrénicos (AFAPE) se realizó una práctica de servicio social y alguno de los integrantes de la asociación diagnosticado con esquizofrenia dijo algo relacionado al medicamento. El siguiente fragmento se extrajo de una nota condensada.

[...] Después mencionamos los medicamentos que está tomando los cuales son: Clonazepam, clipoperazina y biperideno. D. mencionó que el médico le aumentó la dosis a media pastilla de una completa, pero él tomó la decisión de dejarlo a una cuarta parte de pastilla. En realidad dice que se siente bien y no ha notado cambios negativos, sino favorables, incluso mencionó que si no le afectaba a su salud seguiría así. Por otro lado, dijo que no le gusta ir al psiquiatra y tiene 1 año que no lo ve porque cuando lo ve siempre le aumenta la dosis a pesar de que él se sienta muy bien [...]⁷⁰

El anterior fragmento refleja la falta de interés al visitar un psiquiatra por una razón: le suministran más medicamento. Además no le dan un seguimiento o una canalización con un psicólogo, esto puede ser por varias razones, porque el médico o psiquiatra no le asesoró para continuar con un tratamiento integral para el paciente, por cuestiones económicas en el cuidador-paciente o por falta de interés. Pero conocer estas razones no es de interés para este trabajo.

Es evidente que estos cambios fisiológicos y anímicos del paciente al estar bajo los efectos del medicamento le generan emociones negativas como ideas suicidas, ansiedad, preocupación y problemas con su coordinación y habla; por tanto, el paciente estará lleno de carga emocional con nula expresividad, y a eso se agrega que ya tienen un estigma social, menos oportunidades a nivel social, y su familiar no apoya lo que el paciente siente sino lo que el médico dice; entonces ¿Cómo trabajan sus emociones? Es un tema controversial pero actualmente hay casos donde consideran que la esquizofrenia no tendría que ser medicada, por un lado, se encuentra la antropología que estudia la esquizofrenia y que considera que no debe ser

⁷⁰ Ver Anexo 1. Nota condensada por Ángeles Alejandra Gutiérrez Pérez en Práctica de Servicio Social realizada el 5 de Agosto 2013 al 23 de Mayo 2014 en la Asociación de Familiares y Amigos de Pacientes Esquizofrénicos (AFAPE).

medicada sino estudiada desde un nivel social, por otro lado, hay profesionales que están en desacuerdo con la medicación y a favor de un tratamiento con terapeutas, es un trabajo constante, duro, y prolongado pero con efectos considerables. El Dr. Withaker autor de *Mad in American*⁷¹ es entrevistado en un documental y considera que los fármacos son básicamente una forma de aumentar el crecimiento de patentes y del mercado farmacológico más que la preocupación de la salud de pacientes. Este resultado refleja las palabras de Foucault donde establece que “la biopolítica tiene que ver con la población, y ésta como problema político, como problema a la vez científico y político, como problema biológico y problema de poder, creo que aparece en este momento [...]. La biopolítica abordará en suma, los acontecimientos aleatorios que se producen en una población tomada en su duración”⁷²

La medicina está en busca de un hombre enfermo y se siente con derecho a regir las relaciones físicas, morales y biológicas del individuo, por consiguiente el medicamento genera un control en el paciente, que no está dirigido hacia su enfermedad; el control no es físico, sino biológico donde se establece que la salud es promovida, si y solo si, es medicada sin importar los efectos o molestias secundarias por el medicamento suministrado. Los síntomas de la esquizofrenia ya están “controlados” y hay un “aparente” tratamiento en los pacientes.

Debido a que la farmacología, los médicos y los psiquiatras tienen un control muy importante en el área de la salud, sería importante considerar que el área emocional que no se trabaja con los pacientes con esquizofrenia podría ser trabajada en la familia. Su cuidador principal podría darle bases de contención para trabajar sus emociones y acercarse al mundo social, del cual fue aislado (a). Sobre todo, porque como se mencionó en el apartado 1.2 en la

⁷¹ “Toma estas alas rotas”. Documental sobre esquizofrenia, recuperación sin medicación (Spanish sub). (2014). Recuperado de <https://www.youtube.com/watch?v=VytXQ98wFBk>.

⁷² Francisco Ávila Fuenmayor y Claudia Ávila Montañó, C. El concepto de biopolítica de Michael Foucault, *Revista de Filosofía*, Núm. 69,2010, p. 4.

práctica de cuidado hay un simbolismo importante y sería menester brindarle lo más básico a pacientes con esquizofrenia: confianza y seguridad.

2.3 El cuidado del esquizofrénico como una carga emocional

En capítulos anteriores se ha hablado sobre el proceso de cuidado, ya conocemos las variantes que presenta un paciente con esquizofrenia y la importancia de la familia como principal fuente de apoyo para fortalecer el tratamiento del paciente a nivel emocional. Se ha planteado el impacto que tanto cuidador-paciente tienen al ser conocedores del trastorno de esquizofrenia pero ¿qué pasa si el cuidador mantiene una nula o mala comunicación con el paciente?; se evitó explicar esto anteriormente, pues era primordial analizar el proceso de la enfermedad dentro de una práctica de cuidado en relación con su cuidador; sin embargo, hay un efecto negativo si el cuidador no tiene una expresión emocional adecuada al realizar la práctica de cuidado; si la expresión emocional no está presente, el avance del paciente se verá truncado pues el apoyo familiar que podrían ofrecer estaría ausente.

El cuidado - de un enfermo- ha sido estudiado por diversos autores y los estudios han extraído datos interesantes⁷³. En realidad cuidar a un paciente es una labor muy complicada, todo depende de la complejidad de la enfermedad a tratar, pues algunos casos no suelen ser tan difíciles y el cuidado puede durar un par de semanas⁷⁴; pero hay casos donde el cuidado puede durar toda la vida pues son enfermedades que no tienen reversión y que están

⁷³ José Gutiérrez- Maldonado, Alejandra Caqueo Urizar, Marta Ferrer García y Paila Fernández Dávila. Influencia de la percepción de apoyo y del funcionamiento social en la calidad de vida de pacientes con esquizofrenia y sus cuidadores, *Psicothema*, 24 (2), 2012, pp. 255-262

⁷⁴ A. Castilla, M. López, V. Chavarría, M. Sanjuán, P. Canut, M. Martínez, J. M. Martínez y J. L. Cacéres. La carga familiar en una muestra de pacientes esquizofrénicos en tratamiento ambulatorio, *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, Vol. 18 (68), 1998, pp. 624.

médicamente condenadas a la cura nula. Roig, Abengózar y Serra⁷⁵ hicieron un estudio de *sobrecarga emocional* que presentan los cuidadores de pacientes con Alzheimer, ellos mencionan que para cuidar a un paciente con demencia se necesita estar descansado y tranquilo emocionalmente para que el cuidado sea efectivo y de calidad.

Los autores le atribuyen una característica a los cuidadores principales, les llaman “segundas víctimas del Alzheimer”, para Roig y cols. el papel del cuidador es aún más complicado que el papel del paciente pues son víctimas con *sobrecarga*. La *sobrecarga* tiene la siguiente definición:

“Estado psicológico que resulta de la combinación de trabajo físico, presión emocional, restricciones sociales, así como las demandas económicas que surgen al cuidar dicho enfermo”⁷⁶

A la anterior definición se le agrega que no tiene remuneración económica, lo cual lo vuelve menos atractivo. Todas esas limitaciones se convierten en una carga de emociones porque se ven limitados a realizar sus actividades normales. Los cuidadores ya no puede pensar en sí mismos, sino que tiene que pensar en el *dependiente*⁷⁷ (debido a que se ha hablado sobre la importancia del área cultural para comprender la práctica de cuidado, se omitirá el término *paciente* pues el marco teórico de este trabajo no se encamina al área clínica o médica sino a la acción que se ejecuta cuando hay un cuidado; en donde más que una serie de conductas es un contexto donde interactúan muchos simbolismos).

⁷⁵ María Vicenta Roig, Carmen Abengózar y Emilia Serra. La *sobrecarga* en los cuidadores principales de Enfermos de Alzheimer, *Anales de Psicología*, 4 (2), 1998, pp. 215-227. Este estudio se retoma únicamente por el concepto de *sobrecarga*, sin embargo, la enfermedad de Alzheimer no es de interés para el estudio de la esquizofrenia.

⁷⁶ Dillehay y Sandys (1990). En: María Vicenta Roig, Carmen Abengózar y Emilia Serra (1998). La *sobrecarga* en los cuidadores principales de Enfermos de Alzheimer, *Anales de Psicología*, 4 (2), pp. 217.

⁷⁷ Término ocupado por Elba Karina Vázquez Garnica y María del Rocío Enríquez Rosas. Una aproximación sociocultural a las formas de regulación emocional en cuidadores de familiares de enfermos crónicos en Guadalajara Jalisco, *Desacatos*, No. 39, 2012, p. 57

Los cuidadores tienen que pensar tres veces antes de tomar una decisión pues son responsables de la salud íntegra del *dependiente*. La práctica de cuidado en un contexto familiar, tiene más carga emocional que el cuidador y el *dependiente* juntos, pues más allá de las emociones que cada uno siente ante las limitaciones que llegan a su vida, hay una apertura de emociones y afectos que sienten hacia el familiar y que pueden ser favorables o afectar la relación estable que en algún momento tenían; sí y solo si, evitan expresar sus emociones.

El contexto familiar tiene varios integrantes y Roig y cols. consideran que la práctica de cuidado en la familia podría ser menos complicada si los integrantes de ella repartieran el trabajo en el cuidado. Desafortunadamente una persona es la única que se encarga de darle medicamentos, atender sus necesidades básicas como aseo o alimento, vestirlo, sustentar gastos económicos, llevarlo a las atenciones médicas. Si el paciente vive en una casa familiar, lo ideal sería que todos los integrantes de la casa contribuyeran en el cuidado de su familiar para darle mejor calidad de vida⁷⁸; de esta forma el cuidador tampoco corre riesgo de enfermarse.

El término de *sobrecarga* está clasificado en dos tipos, entre ellos se encuentra la sobrecarga subjetiva donde el cuidador habla de sentimientos y emociones que le genera la labor de cuidado, y la sobrecarga objetiva es el desempeño del cuidador en las tareas de la práctica de cuidado como por ejemplo, asearlo, darle de comer etc.⁷⁹.

El término sobrecarga involucra tres áreas: psicológica, física y social, es una agrupación de los tres niveles de malestar que el cuidador podría

⁷⁸ La calidad de vida según la OMS es la percepción individual de un ser humano, su posición en la vida, y su cultura con relación a sus objetivos, metas y valores [...] integrando de una manera compleja la salud física de las personas y su propia percepción de un estado psicológico, su autonomía, sus relaciones sociales, sus creencias personales y su relación con los eventos del ambiente. Vargas Escobar Lina María. Aporte de enfermería a la calidad de vida del cuidador familiar del paciente con Alzheimer, Aquichan, Vol. 12, Núm. 1, 2012, pp. 65.

⁷⁹ María Vicenta Roig, Carmen Abengózar y Emilia Serra . La sobrecarga en los cuidadores principales de Enfermos de Alzheimer, *Anales de Psicología*, 4 (2), 1998). p. 217.

presentar ante los dos tipos de sobrecarga; sin embargo hay otros términos que concentran la importancia de las emociones. Pustilnik⁸⁰, por ejemplo, llama Índice de Emoción Expresada (EE)⁸¹ a los cambios críticos, hostilidad, exceso de involucramiento afectivo, afecto y comentarios positivos que se obtienen de familiares con esquizofrenia y sus cuidadores a través de una entrevista semiestructurada. La aplicación de la entrevista ha obtenido excelentes resultados para anticipar recaídas en los familiares con esquizofrenia, solo se necesita aplicarla al cuidador y al dependiente. Los resultados de Pustilnik han resaltado que aquellos cuidadores con EE alta tienen un inadecuado manejo de los problemas y posibilitan una futura recaída en el *dependiente*; mientras que los que tienen EE baja previenen todas las fuentes de estrés ambiental y saben resolver problemas.

Esta clasificación de EE baja y alta, permite comprender los resultados de las entrevistas pues los cuidadores que hablaban durante toda la entrevista es una persona con EE alta; mientras que el cuidador que permitía hablar a su familiar y al terapeuta respetando tiempos y turnos tiene EE baja.

La entrevista semi-estructurada se aplicó para conocer el tipo de EE en esquizofrenia pero puede ser aplicable a cualquier enfermedad, sin embargo en este estudio el concepto de EE ha sido validado para norteamericanos y Británicos; sin embargo, en otras culturas aún no se retoma el concepto por la falta de validez Internacional. Empero, es funcional para prevenir las recaídas y conocer la relación interpersonal entre el cuidador-dependiente pues los índices de EE cambian dependiendo del lugar de estudio; lo cual significa que la interacción que tiene el cuidador con el dependiente son oscilantes entre un contexto y otro, además de agregar otras variables como posición económica, sexo, edad, educación, entre otras.

⁸⁰ Salomón Pustilnik. Expresividad Emotiva y esquizofrenia. Influencia de la familia en el curso de la enfermedad, *Salud Mental*, Vol. 3, Núm. 3, 1990, p. 47.

⁸¹ El índice de Emoción Expresada es derivada del Camberweel Family Interview (CFI). Es una entrevista semi-estructurada, videograbada en donde toman con importancia el contenido de la entrevista y también el volumen, tono y velocidad de las atribuciones vocales.

En el 2008 por la autora Rascón se retoma el término de Emoción Expresada (EE), este artículo es elaborado en México; por lo tanto se considera que el término ha ampliado sus fronteras de aplicación. En el 2008 la Expresión Emocional se define como:

La evaluación de cantidad y calidad de las actitudes y sentimientos relacionados con la crítica, la hostilidad y el sobre involucramiento que uno de los familiares expresa acerca de un miembro de la familia diagnosticado con esquizofrenia.⁸²

Como se puede notar el término es más completo y está exclusivamente determinado para un paciente con esquizofrenia pues Rascón estudió este trastorno mental; pero lo importante, es cómo pueden expresar los cuidadores sus emociones, a quién los expresan o qué mecanismos ocupan para poder descargar toda la parte emocional que les pudiera afectar. Este tipo de resultado emocional depende mucho de qué tanto se involucren con el *dependiente*. Cabe resaltar que las emociones de los familiares diagnosticados con esquizofrenia son igual de importantes que las emociones expresadas por los cuidadores, pero éstos se retoman como principal objetivo de este proyecto, por ser la primer unidad de apoyo del dependiente pues el cuidador será la primer persona que favorecerá un éxito en la recuperación de su familiar a largo plazo y no a corto.

El objetivo de estudiar las emociones de los cuidadores es proponer un nuevo método de tratamiento para que los familiares diagnosticados con esquizofrenia tengan un mejor rendimiento en todos sus tratamientos; sin embargo, esto no podrá ser posible si la principal fuente de apoyo que es la Familia, se encuentra con sobrecarga, con angustias, con problemas para expresarse y trabajar su fatiga; pues esto es consecuencia de la práctica del cuidado. Aunque este desenlace puede cambiar si se empieza a trabajar con

⁸² María Luisa Rascón y María de Lourdes Gutiérrez. Relación sobre la emoción expresada por el familiar responsable y la conducta sintomática con pacientes con esquizofrenia, incluido el funcionamiento social, *Salud Mental*, No. 31, 2008, pp.206

los cuidadores desde el aspecto emocional más allá de otorgarles intervenciones para conocer lo qué es la esquizofrenia.

Rascón y Gutiérrez⁸³ trabajaron con 2 tipos de clasificaciones para determinar la EE en los cuidadores; por un lado clasificó los resultados emocionales que los cuidadores expresaron. Rascón involucró 4 variables éstas son: Emoción Expresada (EE), Familiar Responsable (FR), Conducta sintomática (CS) y Funcionalismo Social (FS). Ellos hicieron entrevistas, evaluaciones, escalas y obtuvieron que los cuidadores oscilaban entre 54 y 76 años de edad (como media de la edad), vivían en la misma casa del familiar con esquizofrenia. Los cuidadores que obtuvieron una EE alta no tenían pareja, tenían una escolaridad de nivel primaria y eran empleados; estos cuidadores tuvieron relación entre las variables FR y EE. Las emociones expresadas era crítica (intolerancia, desaprobación), sobre-involucramiento (intrusividad, control, ansiedad) y hostilidad (atacan al paciente por lo que es y no por lo que hace). Mientras que los cuidadores que tuvieron relación con la variable FR y tenían pareja, obtuvieron una EE baja.⁸⁴

Todos los cuidadores en general expresaban Conducta sintomática pero si obtuvieron EE baja sus conductas sintomáticas eran menores. Las emociones que expresaban de la conducta sintomática eran: tristeza, preocupación, temor, violencia, rudeza e irritabilidad.

De esta forma es como se obtiene resultados de la sobrecarga o expresión emocional (término del autor) en los cuidadores de pacientes con esquizofrenia, y es evidente que los cuidadores que obtuvieron EE alta se debe a la falta de pareja u otro miembro familiar para solventar gastos y cuidados del familiar diagnosticado; en el caso de los cuidadores con EE baja, a pesar de oscilar en la misma edad de los cuidadores con EE alta, tuvieron

⁸³ *Ibidem*, pp. 206 y 207

⁸⁴ *Ibidem*, pp. 215-227.

mejores resultados para sobrellevar la práctica del cuidado; pues en términos de Roig y cols. la mayor afectación está en la sobrecarga de tipo subjetiva⁸⁵.

⁸⁵ se refiere a los sentimientos y emociones que te provoca dicha labor de cuidado

3. EMOCIONES EXPRESADAS EN CUIDADORES MASCULINOS DE PACIENTES ESQUIZOFRÉNICOS

A pesar de que las emociones han sido estudiadas desde los tiempos de Hipócrates, siguen siendo puntos de estudio particulares y cada vez más complejos por estar sujetos al cambio. Las emociones se estudiaron por los cambios de comportamiento y respuestas ante ciertas situaciones que las mujeres realizaban de manera diferente que los hombres; primeramente estudiaron su biología, y los médicos, partieron de estos conocimientos para dar interpretaciones de tipo social.⁸⁶

Sin embargo, las emociones se fueron etiquetando a tal grado que el hombre por ser considerado la figura más importante de la sociedad, el que ordena, manda, impera, no podía realizar ni sentir actividades y emociones catalogadas como femeninas, es evidente que después de los años y tras un control social tan grande como es la regulación de sus actitudes y emociones; los hombres sean vulnerables a enfermarse por la presión que ejerce la sociedad en ellos mismos.

3.1 El cuidado del esquizofrénico y el impacto emocional en hombres

Los estudios citados en el capítulo anterior son una evidencia que demuestra la carga emocional en los cuidadores, sus resultados no están clasificados por género, únicamente los generalizaron para cuidadores hombres y cuidadoras mujeres, así que dentro de los cuidadores con EE alta se desconoce si eran en su mayor parte mujeres u hombres; sin embargo, existen otros estudios donde se analiza la práctica de cuidado en pacientes con

⁸⁶ Oliva López Sánchez. De la Costilla de Adán al útero de Eva. El cuerpo femenino en el imaginario médico y social del siglo XIX, México: UNAM, 2007, pp.161

esquizofrenia, como es el caso de Vázquez Garnica y Enríquez Rosas⁸⁷, ellas tratan a pacientes con cáncer y diabetes, pero lo que llama la atención no es el diagnóstico de los pacientes sino que de los 19 cuidadores solo 3 eran hombres . Un hombre de 57 años, otro de 62 y otro de 68 años de edad, ¿por qué hay pocos hombres y por qué su edad oscila entre los 60 años o más?

Es interesante encontrar datos de esta índole porque la edad promedio de cuidadores rebasan los 50 años de edad, esto no solo es aplicable para los hombres, también las cuidadoras mujeres son parte de este grupo de edad. Por un lado la explicación se debe al parentesco que tiene el cuidador con el familiar diagnosticado, pues en su mayor parte son padres, madres, hermanos o tíos⁸⁸, a esto se agrega que el diagnóstico de la esquizofrenia en hombres aparece a los 18 años y en mujeres a los 20-23 años de edad por tanto, los familiares diagnosticados con esquizofrenia son, aún, muy jóvenes y quedan automáticamente a cargo de su padre/madre como primera instancia, de lo contrario estarían a cargo con el parentesco consiguiente a los padres. Vázquez y Enríquez trabajan con las siguientes estrategias de regulación emocional, ésta se define como: “acciones físicas y cognitivas que realizan las personas para ocultar sus emociones”⁸⁹

Las acciones que se describen en el concepto de regulación emocional, contienen un alto nivel de contexto sociocultural pues no solo se piensan cogniciones automáticas u objetivas, sino que tienen detrás una historia, una cultura y sobre todo un bagaje de creencias y valores que los cuidadores han adquirido a lo largo de su vida al interactuar con otros sujetos; se han convertido en formas de responder ante determinadas circunstancias relacionadas con la emoción. Durante la investigación se trabajaron con las

⁸⁷ Elba Karina Vázquez Garnica y María del Rocío Enríquez Rosas . Una aproximación sociocultural a las formas de regulación emocional en cuidadores de familiares de enfermos crónicos en Guadalajara Jalisco, *Desacatos*, No. 39, 2012, pp. 57-72.

⁸⁸ Vázquez y Enríquez encontraron los siguientes parentescos relacionados a pacientes con esquizofrenia: 11 hijos, 4 conyugues, 2 hermanos, 1 nieta, 1 nuera. *Íbidem*, pp. 60.

⁸⁹ Hochschild (1990) y Le Breton (1998) citado en *íbidem*, pp. 59

siguientes estrategias de regulación emocional como las siguientes: *evadir*, es decir, realizar cualquier actividad ajena al cuidado; *contener* emociones; *superficial*, es decir, no expresar la parte emocional pero sí otros aspectos del cuidado, *parcializar*, es decir, omitir una parte del contexto que le provocó dolor y *cambio*, es decir, cambiar la situación emocional. Muchas de estas regulaciones, frente al cuidado familiar, reflejan emociones experimentadas por los cuidadores y un desgaste físico-emocional frente al cuidado; sin embargo, no hay detalles en los resultados sobre la regulación emocional de los hombres participantes.

Por otro lado, a los hombres les cuesta mucho trabajo expresar emociones⁹⁰ como tristeza, resentimiento, miedo, inseguridad, envidia entre otras, pues en la sociedad hay un sistema llamado patriarcado, el cual está sujeto a simbolismos masculinos: el hombre como sujeto racional y la mujer como un ser irracional y enfermo, precisamente por ello se percibe de forma “normal” que las mujeres representen mediante hechos y cogniciones al género débil. El siguiente fragmento deja muy clara la concepción que se tenía de la mujer:

Los médicos veían en la mujer una criatura inacabada, un macho incompleto, en donde venía su fragilidad y su inconstancia. Irritable, desvergonzada, mentirosa, supersticiosa y lúbrica por naturaleza ⁹¹

La anterior cita ejemplifica el momento en que la mujer empezó a ser ante los ojos del hombre un sujeto inferior a él. En el momento en que surgió la

⁹⁰ Tania Rodríguez Salazar (2008). El valor de las emociones para el análisis cultural, *Papers*, Vol. 87, p. 156.

⁹¹ Robert Muchembeld. En: Oliva López Sánchez (2007). De la Costilla de Adán al útero de Eva. El cuerpo femenino en el imaginario médico y social del siglo XIX. En: La fisiología y la patología femenina en la medicina higienista del siglo XIX: los orígenes de una realidad orgánica en los cuerpos de las mujeres, UNAM, México, 2002, pp. 11

medicina y todas las ciencias exactas, la mujer y las emociones eran consideradas parte de lo mismo.

El hombre sería el modelo patriarca para que todos los hombres sean los protagonistas y medida de todas las cosas; por ende no es posible que éste que tiene la fuerza, la valentía, la inteligencia se preocupe por aspectos emocionales o cotidianos de la vida; esto se considera de tal forma, porque las emociones tuvieron como origen la característica de irracionalidad. Así entonces se desarrolló el dominio de un género a otro.

Las características anteriores dan pauta a que surjan las *normas de regulación* en donde las personas expresarán su emoción tomando en cuenta el escenario social en el que se desenvuelven, pues ésta no es tangible, más bien son creaciones sociales en donde la cultura hace una labor muy importante porque las normas de regulación dependerán del contexto en donde se sitúe. Las normas tienen dos características a) que una persona dirija tus actos a través de las normas o b) que realice una autorregulación por apropiación de normas en la vida cotidiana; es decir, la persona elige qué sentir y qué no. Tan es así que se construye una manera de ser mujer y una de ser hombre; por esta razón, no es la forma única de serlo porque entre ellos hay variaciones.

En la bibliografía hay numerosos estudios sobre las emociones de la mujer, precisamente porque están encaminadas por el sistema patriarcal donde la mujer es la que expresa emociones⁹² pero existen pocas referencias que hablen de las emociones en hombres; sobre todo de hombres en la práctica de cuidado. Información Mexicana de emociones en los hombres dentro de la práctica de cuidado no hay; existen algunas referencias de participantes que realizan la práctica de cuidado pero no es el objeto de estudio. Por ello, hay una limitación de tipo documental.

⁹² Ana María Fernández Poncela. Antropología de las emociones y teoría de los sentimientos, *Versión Nueva Época*, No.26, 2011, pp. 3.

Científicamente está comprobado que tanto hombres como mujeres expresamos emociones, expresamos al enamorarnos, al perder a un familiar, al recibir una sorpresa o al asustarnos; de estos ejemplos, los hombres tienen menor incidencia para llevar a cabo estos comportamientos pero las mujeres simbolizan en mayor medida éstas acciones.

Regresando al estudio de Vázquez y Enríquez, en los resultados se demuestran que los cuidadores no solo controlan su expresión emocional sino también las sensaciones corporales. Los cuidadores decidieron no hablar y retirarse, evadir la mirada para evitar contacto ocular con su familiar y mantener su relación de fortaleza como cuidador; la autoras mencionan que ocuparon lenguaje metafórico como “tragarse la emoción” con la finalidad de no evidenciar contenidos afectivos puesto que, conlleva a no realizar un proceso de experiencia emocional. Así mismo, otra emoción controlada por los cuidadores es no llorar y expresar otra emoción.

Los resultados demostraron que los cuidadores creen en el cuidado convencional donde el cuidador es la fortaleza y el familiar es quién puede expresar emociones porque están “enfermos”. Los participantes cuidadores tienen una perspectiva en donde el llanto y la tristeza se relaciona con la debilidad, en cambio, el enojo lo relacionan con fortaleza⁹³.

A continuación se enlistan algunas acciones que les ayudaron a liberar la emoción contenida:

- a) Salir a caminar (estar a solas/ no pensar en situación emocional)
- b) Distraerse y relacionarse con otras personas ajenas a la situación de cuidado
- c) Bailar (evadía el nerviosismo y estrés)

⁹³ Elba Karina Vázquez Garnica y María del Rocío Enríquez Rosas. Una aproximación sociocultural a las formas de regulación emocional en cuidadores de familiares de enfermos crónicos en Guadalajara Jalisco, *Desacatos*, No. 39, 2012, pp. 62.

- d) Escuchar música, ver la televisión (lo hacían cuando extrañaban sus actividades antes de ser cuidadores)

Uno de los fragmentos de un cuidador que ocupa la regulación emocional es:

Cuando apunté “para apoyo de los enfermos con cáncer”, yo —y como dice la psicóloga: “ha sido parte de tu organismo muy sabio”— siento como que no es cáncer, ¿sí me entiendes? Como que es una enfermedad muy seria pero no le pongo nombre y aparte como que no me la quiero creer mucho (Aca-cia, 2009).

94

Parcializar fue lo que hizo la cuidadora con su situación actual de cuidado, es decir, que pasan de una emoción que es real a otra que le es más funcional sin afectar la relación emocional con su familiar; ésta forma de llevar la situación lo obtuvo de su proceso psicoterapéutico, lo que quiere decir, que estuvo orientado para que su relación con el cuidador fuera más productiva, de comunicación y comprensión.

Los tipos de regulación emocional y la manera de expresar su emoción es general en los participantes, significa que los hombres también ocuparon algunas de ellas; por tanto, concluyen las autoras, los hombres también sienten emociones y las expresan.

Al respecto, Burin⁹⁵ es una psicóloga de Buenos Aires especializada en perspectiva de género, habla de la subjetividad masculina donde considera que los hombres sufren de *malestar psíquico*, el nombre se implementó con la finalidad de romper el esquema de salud/ enfermedad. Ella menciona que los que padecen de malestar están alejados de la intimidad consigo mismos y con

⁹⁴ Fragmento de *Ibidem*, pp. 65.

⁹⁵ Mabel Burin. Varones género y subjetividad Masculina. En: Atendiendo el malestar de los varones, Paidós: Barcelona, 2000, pp. 370.

sus cuerpos porque evaden lo que sienten y lo que hacen para no romper las normas sociales de índole masculino.

Esto se da como consecuencia del cambio en donde la mujer comenzó a integrarse en el campo laboral, ahora las mujeres son más independientes y pueden tomar cargos que anteriormente eran considerados masculinos. A tal grado de cambio se ha llegado, que es posible ver a una mujer haciendo actividades de hombres. Sin embargo, como el sistema patriarcal sigue vigente a pesar de los cambios sociales, muchos hombres son cuestionados si hacen actividades de mujeres o se comportan como mujer pues “[...] la transformación en el mercado laboral lleva a los hombres a la reflexión de su identidad de género poniendo en crisis su subjetividad”⁹⁶

De ahí que, como Burin señala, cuantiosos hombres tienden a ser *workholicos*⁹⁷, es decir, tienden a trabajar amplias horas de trabajo, ya que le dedican más tiempo al trabajo que a la dinámica familiar, incluso, los días que los hombres están en casa se muestran ausentes mentalmente debido a su universo laboral. En realidad, tiene que ver con un sistema de poder donde los hombres y mujeres crecen con ideologías de lo qué es ser hombre y ser mujer. El juego de roles que se da durante la infancia, es decir, las actividades que cada género “debe” hacer es un elemento muy importante para la construcción de identidad en el futuro de cada género. Por ello, los hombres son proclives a trabajar jornadas muy amplias ya que crecen con la ideología de que son los proveedores económicos.

Actualmente hay una revolución en el sistema laboral donde la mujer puede trabajar y el hombre también; en la dinámica familiar algunas familias pueden ejercer este tipo de roles; en algunos casos pero muy pocos, los hombres se dedican al hogar y las mujeres al área laboral⁹⁸. Pero hay otros

⁹⁶ *Idem.*

⁹⁷ Es el término ocupado por Mabel Burin para expresar que los hombres tienen adicción al trabajo. *Íbidem.*

⁹⁸ Otras Familias. Modelos de convivencia del nuevo siglo (2004), *La revista*, pp. 6-36.

casos donde, los hombres se dedican al hogar no por decisión propia, sino porque las circunstancias lo ameritan, en este caso el desempleo es un ejemplo para comprender la incertidumbre y dificultad en la que los hombres se sitúan para identificar su identidad de género, porque es como si les quitaran una ideología cultural cargada de prejuicios sociales a través de los años, y a los que tendrán que enfrentarse.

“Entre los indicadores del malestar de los varones se destacan los mayores índices de denuncias por la violencia masculina y desempleo y la pérdida de su liderazgo en las condiciones económicas de la familia. [...] En estos casos, para los hombres, la pérdida de su condición económica era uno de los mayores factores de riesgo denunciados en todos los estudios, en tanto para las mujeres [...] los estados depresivos estaban asociados a pérdidas afectivas”⁹⁹

La cita anterior deja evidencia que cada género tiene su identidad propia pese a los cambios sociales y a las integraciones que la sociedad comienza a realizar con el género y a sus diversas actividades. De modo similar al que se enfrentan los hombres cuando no son aceptados en un área laboral por el desempleo y que no es decisión propia de ellos, sino de las condiciones que la circunstancia amerita como estar en casa realizando actividades domésticas u otro tipo de actividad que no está apoyando en la remuneración económica al realizar una práctica de cuidado, se verán obligados a atender al familiar con esquizofrenia y dejarán de hacer o invertir más tiempo en sus actividades cotidianas.

Sobre todo si el cuidador está entre la edad de 52 a 68 años como el caso de los participantes de género masculino del estudio de Vázquez y Enríquez; si a esto le sumamos el desempleo, los cambios sociales y biológicos que a esta edad presentan las personas de 52 a 68 años de edad, más el impacto que reciben al cuidar a un paciente con esquizofrenia, y la

⁹⁹ Mabel Burin. Varones género y subjetividad Masculina. En: Atendiendo el malestar de los varones, Paidós: Barcelona, 2000, pp. 365

medicalización con índices económicos altos o los tipos de intervenciones en los psiquiátricos y el nulo avance en el familiar diagnosticado con esquizofrenia; está por demás decir, que hay una carga emocional muy grande y que pudiera estar contenida debido a las normas de regulación que los hombres se han establecido para aparentar ser fuertes.

Los estudios realizados en cuidadores hombres con el diagnóstico de esquizofrenia son nulos e impiden comprender la identidad de género masculino frente a este tipo de práctica, así mismo llevar a cabo una intervención que podría favorecer no solo al cuidador sino al familiar con esquizofrenia porque éste recibe toda la atención y hay una interacción simbólica entre los dos para poder existir uno en el otro (como se vio en el capítulo uno).

3.2 Los cuidadores y la sobrecarga emocional

Debido a que el cuidado es la práctica más importante para la recuperación o ejecución del tratamiento del paciente se convierte en una manifestación de la existencia entre los miembros que conforman el cuidado; es un modo de existencia porque se expresan pensamientos y emociones que bien pueden ser manifestaciones positivas para ambas personas, o pueden ser negativas; ya que el cuidador se abstiene de actividades diarias que son tomadas como “obligaciones” o actividades realizadas por gusto. Sin embargo, dentro de la práctica de cuidado, realizar algún tipo de actividad puede generarnos molestia dolor, tristeza, que al ser ignoradas o negadas persiguen a la persona durante toda su vida pues el impacto que recibe la familia al tener a un paciente con esquizofrenia es mortal, por ello:

“El surgimiento de la enfermedad en uno de los miembros de la familia generará un impacto y desequilibrio en el sistema familiar, apareciendo como

un evento que marca la evolución de la familia y activa la búsqueda de herramientas para enfrentar la situación [...] y lograr el equilibrio.”¹⁰⁰

Por ello, es importante que el cuidador, que en este caso, es familiar de la persona diagnosticada con esquizofrenia esté estable, dialogue y permita atender su salud. Es primordial comprender, que en el impacto familiar hay un desequilibrio, no todos los integrantes de la familia lo van a percibir igual; cada uno le da un sentido y una coherencia diferente al conflicto.

Lo expresado anteriormente se sustenta en la investigación de Escalante y Gavlovsky quienes hicieron un estudio cualitativo sobre las historias de vida de madres cuidadoras en Venezuela, de igual forma que el estudio de Vázquez y Enríquez¹⁰¹ las cuidadoras tenían una edad de 50 y 60 años, sus hijos (diagnosticados con esquizofrenia) tenían 26 y 28 años de edad. Las variables que trabajaron eran las siguientes: afectivo, vínculo, abordaje, impacto y apoyo familiar, finalmente, significados sobre la enfermedad mental.

En relación a lo afectivo las participantes argumentaron lo siguiente:

Yo no lo entendía, yo decía pero ¿qué te pasa?, ¿por qué actúas así, de esa manera?, y él no sabía qué decirme... Eso me cayó muy mal, yo lo que hacía era llorar... (Marina, 71 años)

“...y yo decía *pero eso no puede ser normal*”.

(Carmen, 66 años).

102

Frente a las líneas anteriores, hay emociones que toman cabida en la vida de las cuidadoras y comienzan a aparecer la ansiedad y la desorganización ante las primeras crisis del familiar con esquizofrenia, en

¹⁰⁰ Virginia Escalante. y Johnny Gavlovski. Tener un hijo con enfermedad mental: vivencias de padres de pacientes con esquizofrenia, *Anales de la Universidad Metropolitana*, 11 (1), 2011, pp. 154.

¹⁰¹ Elba Karina Vázquez Garnica y María del Rocío Enríquez Rosas (2012).

¹⁰² *Íbidem*, pp. 159.

alguna de sus citas las cuidadoras le dan la característica de “horrible” como una palabra que maximiza una emoción, es decir, algo que difícilmente puede explicarse en palabras. En términos de los autores es aquí donde aparece el sufrimiento permanente, el duelo porque los síntomas y signos del dependiente hacen percibir al hijo como otro y creen haberlo perdido, también aparece la culpa en donde se cuestionan interminablemente ¿por qué? ¿en qué fallé? ¿qué hice mal?

Con respecto al vínculo familiar, se convierte más fuerte de lo que era pero la demanda del hijo hacia la madre es tal (por todas las atenciones que requiere) que ella se percibe atrapada, sin salida, en donde el hijo la necesita y no deja de necesitarla. Es como un cuidado infinito en donde no se ven los avances.

En el caso del abordaje de la enfermedad, se presenta en dos dimensiones una donde las madres tienen el apoyo especializado para tratar a su hijo como tratamiento farmacológico, búsqueda de información y la fe en la recuperación; pero en contraparte surgen cuestionamientos sobre ¿qué pasará con él cuando yo no esté? La segunda dimensión tiene que ver con las madres que se preocupan constantemente porque hay dudas, miedos y no saben cómo tratarlo más allá de lo farmacológico, tienen incertidumbre y miedo cuando el especialista los da de alta.

Finalmente, la variable que trabajaron los autores que es el significado que le dan a la enfermedad tiene que ver con el carácter débil que perciben de su hijo, una vivencia de carga y dolor ante la realidad.

Si bien, los resultados de Escalante y su colaborador¹⁰³ no hablan de cuidadores hombres, es evidente, que los resultados nos dejan entre ver las diversas formas en que las cuidadoras manejan la situación y quizá en los cuidadores hombres, los resultados sean los mismos, o quizá sean otro tipo

¹⁰³ Virginia Escalante y Johnny Gavlovski. Tener un hijo con enfermedad mental: vivencias de padres de pacientes con esquizofrenia, *Anales de la Universidad Metropolitana*, 11 (1), 2011, pp. 149-169

expresiones emocionales pero al no tener estudios previos de cuidadores hombres en esquizofrenia sería complicado comprenderlo.

Lo importante es abrir un área de investigación que permita abordar el problema del cuidado y de cuidadores mayores de 50 años precisamente porque se destina que en años futuros habrán más personas de la tercera edad que jóvenes y niños ¹⁰⁴ por tanto, es indispensable que se cuide no solo la salud física sino también la emocional la que deja secuelas y marcas a través de los años y no dejan de controlar la vida personal. Para ello, se habla en el siguiente subtema sobre los cambios físicos y psicológicos que las personas de 50 años en adelante comienzan a adquirir, en especial de los hombres, pues hay cambios que quizá no son considerados como factores que susciten una enfermedad o un malestar psíquico como lo llama Burin¹⁰⁵ pero que es igual de importante y forman parte de un factor secundario.

3.3 Adulthood media y tardía: cambios físicos y sociales

La vejez constituye un momento en el desarrollo y comprende aspectos a nivel biológico, psicológico, emocional y cultural; anteriormente se consideraba que el desarrollo se terminaba al cumplir 20 años de edad, es decir, que no había más crecimiento, desarrollo neuronal u otro tipo de evolución en el ser humano; sin embargo, con el tiempo se fueron modificando los conceptos sobre el desarrollo y agregando nuevos conocimientos sobre las diferentes etapas; hoy día, se sabe que neurológicamente los seres humanos comenzamos a tener una discontinuidad en el desarrollo pero a la vez una continuidad, ya que habrá habilidades que se desarrollaron muy bien por la

¹⁰⁴ Organización Mundial de la Salud (15 octubre 2015) . Recuperado de: <http://www.who.int/ageing/es/>.

¹⁰⁵ Mabel Burin (2000).

experiencia y el paso de los años pero hay otras funciones biológicas que comienzan a deteriorarse y el proceso continúa hasta la muerte¹⁰⁶.

Es importante mencionar el concepto de desarrollo para entender qué son cambios adaptativos en el comportamiento en una o más direcciones. Dentro del proceso de desarrollo existen cuatro vertientes como son:

a) **desarrollo que dura toda la vida:** Este se caracteriza por ser parte del ciclo de la vida, el cual está influido por lo que ocurrió antes y afectará lo que viene. Ninguna etapa es más importante que otra, todas tienen sus características propias y únicas mientras se construye el proceso de desarrollo.

b) **El desarrollo depende de la historia y el contexto:** Pues cada persona se desarrolla en lugares específicos y tiempos específicos que la hacen ser y aprender dependiendo de lugar en qué habita. Permitiendo un cambio a partir de interacciones.

c) **El desarrollo es multidireccional y multidimensional:** Porque implica un aumento de ganancias y pérdidas que mantiene un equilibrio en el desarrollo y además puede afectar otras capacidades de la persona y no necesariamente una.

d) **El desarrollo es flexible y plástico:** Pues la persona es capaz de adquirir nuevas habilidades sin importar la edad.

Una vez que queda por entendido las dimensiones en las que el desarrollo aparece, se puede mencionar los tipos de adultez para comprender a que edades se ubica la adultez media y tardía.

La adultez joven oscila entre 20 a 40 años de edad, se caracteriza por tener potencialidades físicas altas, aspectos intelectuales altos y elecciones de carrera; la adultez media se ubica entre 40 a 65 años de edad, ésta presenta algún deterioro en la salud y habilidades físicas, tiene patrones de pensamiento maduros persiguen nuevas metas, tienen hijos, se encuentran en

¹⁰⁶ Philip Rice. Desarrollo humano. Estudio del Ciclo Vital, 2da edición, México: Prentice-Hall hispanoamericana, 1997, pp. 189.

la cima de sus profesiones o en callejones sin salida. Finalmente en la adultez tardía ubicada desde los 65 años en adelante, las personas son físicamente activas, saludables e independientes tienen cambios de salud a nivel crónico con ayuda de intervención médica y lidian con la pérdida de amigos, familiares presentando una perspectiva de muerte.

Cabe mencionar que estas edades permiten entender diferentes cambios de desarrollo en las personas, sin embargo no significa que en todos los seres humanos se presente de igual manera.

Durante la adultez tardía la apariencia física comienza tener cambios, por ejemplo, la piel se vuelve pálida, manchada, pierde elasticidad, el cabello se vuelve blanco, delgado y los discos de las vértebras comienzan a atrofiarse, por esta razón las personas parecen más pequeñas de su estatura normal, en ocasiones pueden tener una joroba en la parte trasera del cuello; con todas estas características un adulto que no está preparado respecto a los cambios relacionados a la edad puede tener índices bajos de autoestima, por ende, si un cuidador de esta edad se enfrenta a la enfermedad de esquizofrenia junto con el familiar diagnosticado, es evidente, que hay un conflicto físico, biológico y emocional sin límite; porque esta persona ubicada en adultez media y tardía lucha contra sus malestares y además se enfrenta a todo lo que implica cuidar a un paciente con esquizofrenia.

Sumado a esto hay otros cambios durante estas etapas como es el funcionamiento sensorio motor, a partir de los 55 años los adultos tienden a percatarse que cambia su rendimiento físico pues no es el mismo al de antes y comienzan a tomar consciencia de las deficiencias que tienen; otro aspecto son los problemas de vista y si éstos fueron presentados en la adultez joven entonces requerirán mayor graduación, si por el contrario su deficiencia visual es repentina en la vejez entonces solo requería lentes para vista cansada o una lupa, pero los casos más extremos son cuando pierden el 80% de agudeza visual que tenían en la adultez joven; pueden presentarse presbicia, cataratas, glaucoma o enfermedad corneal. En el caso de la audición, las personas que se ubican en la etapa de adultez media y tardía probablemente pierdan el hilo

de las conversaciones al no escuchar ciertas palabras teniendo como consecuencia la falta de recepción del contenido del mensaje; el problema de audición también puede generar estrés por ruidos muy fuertes. El gusto y el olfato también son parte de las deficiencias que se presentan a esta edad, generalmente ya no tienen identificación de los sabores y de los olores; en el caso del tacto y temperatura muchos de los ancianos se vuelven menos sensibles al dolor, o bien, muy sensibles a él y cuándo hay lugares muy fríos se tardan bastante para adaptar su temperatura al contexto.

En cuanto al sistema reproductivo masculino los niveles de testosterona comienzan a disminuir a término de la adolescencia y por ello a los 70 años de edad hay un 40% de reducción de la misma; lo anterior provoca el climaterio masculino el cual se refiere al periodo de cambios fisiológicos, psicológicos y emocionales que involucran el sistema reproductivo del hombre y otros sistemas corporales provocando depresión, ansiedad, irritabilidad, insomnio, fatiga, debilidad, menor impulso sexual, fallas de erección, pérdida de memoria y de masa muscular, ósea así como la reducción de vello corporal. La andropausia es otro de los cambios en la vejez tardía, además la próstata tiende a alargarse causando problemas urinarios y sexuales. Aproximadamente, el 20% de los hombres de edades de 50 a 59 y 67 años presentan disfunción eréctil y la razón se da al presentar diabetes, hipertensión, colesterol alto, insuficiencias renales, depresión, trastornos neurológicos y enfermedades crónicas.

Reiteramos que la postura de este trabajo no es una concepción determinista sobre el desarrollo, por lo contrario, se considera que el desarrollo es único, diverso y dinámico.

Los cambios del desarrollo en la adultez media y tardía son importantes para involucrarlos en la salud de hombres cuidadores, si bien, porque la salud abarca aspectos sociales, psicológicos y biológicos. Si solo se determinara un área como la más importante estaríamos fuera de la realidad.

Los cuidadores masculinos de edad mayor tienen un área emocional deficiente, lo que implica que tal situación no puede incluirse en el concepto de

salud que la OMS establece pues de lo contrario la salud de los cuidadores sería integral.

Por tanto, lo anterior conlleva a establecer a través de los estudios de Burin que la vida de los hombres es más breve que la vida de las mujeres, ella los diagnostica con malestar psíquico ya que prefieren ocultar sus pensamientos y emociones; deseando que sus roles de género siempre sean los mismos sin importar la edad, como trabajar para ser los proveedores económicos, ser el apoyo en el hogar, la protección y la fuerza. Lo anterior, evidentemente deja mucho que suponer sobre la salud de los hombres pues además de los cambios físicos, sociales y psicológicos que presentan a lo largo de su vida y principalmente a la edad de 60 años; hay un problema social con la atención de la salud, que, probablemente afectará la vida de los adultos mayores en un porcentaje mayor pues en el 2050 habrá más población de adultos mayores.

CONCLUSIONES

Al situar la realidad del siglo XXI respecto a los cambios que ha tenido la sociedad, se puede entre ver que hay muchos aspectos de la salud que son difíciles de tratar, si bien, por los cambios tan drásticos y repentinos que tiene la sociedad, que tiene el mundo.

En la introducción se mencionó el concepto de modernidad líquida, lo que es repentino, lo que existe y desaparece de manera rápida sin que el ser humano esté preparado para el próximo cambio; actualmente se vuelve parte de nuestra vida cotidiana. Incluso los seres humanos también somos rápidos, dejamos de ser paulatinos y nuestras relaciones interpersonales se vuelven rápidas, inestables; debido a que deseamos ajustarnos a los cambios sociales, generando problemas emocionales porque no permitimos conocer nuestros propios cambios. Con todo lo anterior es difícil tratar la salud y también es difícil que cada ser humano tenga el 100% de su salud, pues mientras el cuerpo va cambiando para situarse en otra etapa del desarrollo, el área económica y social es inestable, por lo tanto, no hay una salud completa como lo establece la OMS ya que involucra factores sociales, físicos y económicos, los cuales deben estar en el mismo nivel de estabilidad.

Por otro lado, es evidente que los especialistas de la salud deben ajustarse a tales transformaciones y renombrar las enfermedades actuales o agregar nuevas enfermedades y trastornos que comiencen a desarrollarse actualmente; por ejemplo, Burin asignó malestar psíquico al problema de salud de índole psicológica y emocional en hombres; Oliva López llamó dispositivos emocionales a las emociones que son inamovibles en hombres y mujeres y están dirigidos por un sistema cultural. Si bien son nombres nuevos, que se adaptan a las nuevas condiciones sociales, culturales y biológicas a lo que los seres humanos se están enfrentando.

Por eso, se propone hacer una intervención psicológica involucrando todos los factores que se han mencionado a lo largo de este trabajo, donde se

atiendan a hombres cuidadores , ya que, si se realiza una intervención en el área emocional sin dejar de dar información sobre lo que es la esquizofrenia, dar talleres sobre cómo tratar al familiar con esquizofrenia , el cuidador podrá avanzar, y por ende, el familiar dejará de ser estigmatizado porque su cuidador le dará las herramientas necesarias para enfrentarse a la sociedad, al estigma, a los dispositivos emocionales que van penetrando su psique.

La familia se convierte en el elemento más importante para dar cabida a un proceso de recuperación, integración social, apoyo laboral e incluso podría ser un apoyo terapéutico; si la intervención da resultado y se lleva a cabo esta propuesta en tiempos futuros, tengo la certeza de que el cuidador, y por ende, el dependiente tendrán éxito para enfrentar la esquizofrenia. Para esto se requiere arduo trabajo, constancia e interés en querer demostrar que la familia es una fuente de apoyo en todos los sentidos y que a su vez podría abrirse una nueva vertiente para tratar la salud emocional y psicológica desde vertientes antropológicas, es decir, desde la comprensión de la cultura, la sociedad; y conocer cómo ésta impacta en nuestra vida diaria sin darnos cuenta; como es el caso de Ángel Hernández que registró datos de signos y síntomas donde la esquizofrenia es vista en norteamericanos de manera diferente a los ingleses quienes la diagnosticaron con otro nombre de trastorno mental debido a las diferencias culturales y de significaciones sociales.

La perspectiva de género también funge un papel muy importante para continuar con el estudio de las emociones y las prácticas sociales entre hombres y mujeres, pues, a nivel emocional la expresión de sentimientos y emociones es nula en varones, lo cual, afecta grandemente su salud emocional. Pese a ello, el gran afrontamiento que tienen los cuidadores de edad avanzada respecto a sus cambios, y problemas de actividades por el desgaste biológico que su cuerpo presenta, se convierte en un problema para hacerse responsable en una práctica de cuidado. Por tal razón, se hace la invitación a considerar que exista una psico-educación de las emociones rechazando y analizando el nivel patriarcal como estructura fundamental del taller; para que sea de excelente comprensión sin involucrar tecnicismos o teorías sobre luchas de poder a nivel filosófico, y brindar una explicación

amena con actividades lúdicas que permitan ejercitar las emociones que puedan sentir hombres y mujeres sin ser clasificadas en masculinas y femeninas.

De tal forma los cuidadores en general, principalmente, los hombres por ser el grupo más afectado a nivel emocional podrán aceptar la realidad de su situación y afrontar las acciones que el familiar con esquizofrenia pueda realizar debido a los signos y síntomas de la enfermedad, también podrá manejar los factores sociales negativos para liberar el odio, la culpa, la vergüenza, la tristeza, la inseguridad o la envidia; emociones que a los hombres les cuesta mucho trabajo expresar por la creencia de mantener la fuerza y valentía de un hombre. Los futuros estudios podrán dar un significado y un avance en la salud emocional de los hombres cuidadores, ya que más allá de enlistar o cuantificar las emociones generalizadas para hombres y mujeres como se hizo en los estudios citados en este trabajo, se pueden dar la oportunidad de reconocer que los hombres pueden ser sensibles como las mujeres y así comprender nuestra dirección en el mundo y la dirección que tomamos con alguien. Ya que solo así se construye el “yo”, a través del otro; a través de lo que nos transmite y nos hace sentir; que mejor que sea la familia la que nos apoye en circunstancias como es el recibimiento de una enfermedad inesperada.

Finalmente, cabe decir que la realización del presente trabajo durante el esbozo y análisis ha permitido contrastar los estudios sobre las emociones de cuidadores hombres y mujeres, siendo así mayor cantidad de investigaciones en mujeres que en hombres específicamente; de esta manera se ha identificado que el sistema patriarcal impide que los hombres sean estudiados en las áreas de la salud y que los varones a su vez expresen emociones difícilmente. El objetivo planteado para este trabajo se ha cumplido porque se pudo distinguir que los hombres también ocupan diferentes tipos de regulación emocional para proyectar sus emociones al enfrentarse al cuidado de un familiar; sin embargo, no hay evidencia de las diferentes emociones que los hombres analizados han experimentado

Por otro lado, se logró explicar y ahondar con precisión sobre las variaciones médicas, biológicas, emocionales y sociales que los cuidadores y los dependientes viven al interactuar con su mundo social; se plantearon las diferencias entre signo y síntoma, así como las nuevas vertientes de conocimiento a nivel antropológico que algunos autores retomaron para estudiar la cultura y considerarla factor imprescindible en la determinación de las enfermedades, pero sobre todo deja claro que el cuidado es más que una relación de parentesco familiar; es un proceso de excesiva carga simbólica, subjetiva, compleja que se convierte en lo más sublime de la naturaleza humana pues no solo expresa pensamientos sino también una vida, y como diría Camen Conde, un estado y un sentimiento.

Concluyo diciendo una frase de Barush Espinoza “He cuidado atentamente de no burlarme de las acciones humanas, no deplorarlas ni detestarlas, sino entenderlas”; entender lo que hacemos, cómo nos dirigimos, como entonamos nuestras narraciones llenas de significado, por supuesto, comprender y sentir lo que hacemos dará un giro radical a los estudios de la salud y sobre todo al cuidado de ella misma.

BIBLIOGRAFÍA

- “Toma estas alas rotas”. Documental sobre esquizofrenia, recuperación sin medicación (Spanish sub). (2014). Recuperado de <https://www.youtube.com/watch?v=VytXQ98wFBk>.
- Aguilar (1997). Citado en: Anónimo. Recuperado de http://catarina.udlap.mx/u_dl_a/tales/documentos/mce/lopez_g_rr/capitulo3.pdf.
- Anónimo (2013). *Esquizofrenia y neurociencia* [DVD]. De <https://www.youtube.com/watch?v=6loeQ222Flo>
- Argüero, A. R. (2007). La importancia del otro en la conformación del sujeto. En: Historia, psicología y subjetividad, UNAM: México, 2007, pp. 309-310.
- Avila Fuenmayor, F. y Ávila Montaña, C. (2010). El concepto de biopolítica de Michael Foucault, *Revista de Filosofía*, Núm. 69, pp. 4.
- Bauman, Z. (2006). El individuo asediado. En: *Vida líquida*, Barcelona: Paidós Ibérica, pp. 27-55.
- Belli, S. (2009). La construcción de una emoción y su relación con el lenguaje: revisión y discusión de un área importante de las ciencias sociales, *Theoria*, Vol. 18 (2), pp. 18.
- Blasco, J. M. (octubre, 1992). El estadio del espejo: Introducción a la teoría del yo en Lacan. Trabajo presentado en la Escuela de Psicoanálisis de Ibiza en las Conferencias del ciclo del psicoanálisis a la vista previo a la clase inaugural del Seminario Sigmund Freud: Clínica Psicoanalítica. Resumen recuperado de <http://www.epbcn.com/pdf/jose-maria-blasco/1992-10-22-El-estadio-del-espejo-Introduccion-a-la-teoria-del-yo-en-Lacan.pdf>.

- Brenzon, S. (2011). Informe sobre sistema de salud mental en México utilizando los instrumentos de evaluación para sistemas de Salud Mental de la Organización Mundial de la Salud, México: OPS/OMS, pp. 54.
- Burin, M. (2000). Atendiendo el malestar de los varones. En: *Varones, género y subjetividad masculina*, Barcelona: Paidós, pp. 370.
- Campo, A.M (s.a.) El sistema patriarcal, desencadenante violencia de género. Manuscrito presentado para su publicación.
- Castilla, A., López, M., Chavarría, V., Sanjuán, M, Canut, P., Martínez, M., Martínez, J. M. y Cacéres, J. L. (1998). La carga familiar en una muestra de pacientes esquizofrénicos en tratamiento ambulatorio, *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, Vol. 18 (68), pp. 621-642.
- Castoriadis, C. (2006) Las significaciones imaginarias. En: *Una sociedad a la deriva*. Katz, Argentina, pp. 75-106.
- Cavieres, F. A. y Valdebenito, V.M. (2007). Déficit en el reconocimiento de las emociones faciales en la esquizofrenia. Implicaciones clínicas y neuropsicológicas, *Revista Chilena Neuropsiquiátrica*, 45 (2), pp. 120-128.
- Cazés, D. (septiembre, 2001). *El tiempo masculino*. Trabajo presentado en el VII Congreso Español de Sociología. Sociología en el tiempo, Universidad de Salamanca.
- Del Campo Noriega, A. M. (s.a.) *El sistema patriarcal, desencadenante violencia de género*, [s. n]. pp. 13
- Dillehay y Sandys (1990) en Roig, M. V. Abengózar, M.C. y Serra, E. (1998). La sobrecarga en los cuidadores principales de Enfermos de Alzheimer, *Anales de Psicología* , 4 (2), pp. 217.

Drugs.com Know more. Be sure . En:Clorazil (27 de Octubre 2015).

Recuperado de: http://www.drugs.com/mtm_esp/clozaril.html

DSM IV pdf completo. Recuperado de <http://es.slideshare.net/apinilloss03/dsm-iv-pdf-completo>.

El Blog de la Salud. Definición de enfermedad según la OMS y concepto de salud (26 octubre 2015). Recuperado de: <http://www.elblogdelasalud.es/definicion-enfermedad-segun-oms-concepto-salud/>.

Escalante, V. y Gavlovski, J. (2011). Tener un hijo con enfermedad mental: vivencias de padres de pacientes con esquizofrenia, *Anales de la Universidad Metropolitana*, 11 (1), pp. 149-169.

Fernández, P. A. (2011). Antropología de las emociones y teoría de los sentimientos, *Versión Nueva Época*, No.26, pp. 3.

Fernández, V. O. y Lemos, G. S. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para la esquizofrenia, *Psicothema*, 13 (3), pp. 345-364.

Galimberti, U. (2007). Diccionario de Psicología, Siglo XXI editores, México, pp. 1006 y1007.

Gutiérrez- Maldonado, J. et al. (2012). Influencia de la percepción de apoyo y del funcionamiento social en la calidad de vida de pacientes con esquizofrenia y sus cuidadores, *Psicothema*, 24 (2), pp. 255-262.

Hernández, M. A. (1998). Antropología versus psiquiatría: El síntoma y sus interpretaciones, *Revista de Asociación Española Neuropsiquiátrica*, 18 (68), pp. 645-659.

Herrera Santi, P. (2000). Rol de género y funcionamiento familiar, *Revista Cubana de Medicina General Integral*, Cuba, 6(6), pp.568-573.

Laing, R. D. y Esterson, A. (1964). Cordura, locura y Familia, Fondo de Cultura Económica: México, pp. 320.

López S. O. (2007). *De la Costilla de Adán al útero de Eva. El cuerpo femenino en el imaginario médico y social del siglo XIX*, México: UNAM, pp.161

López, S. O. (2011). *La pérdida del paraíso. El lugar de las emociones en la sociedad mexicana entre los siglos XIX y XX*, México: UNAM, pp. 383.

Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales, *American Psychiatric Association*, Chicago, pp. 54.

Martínez Hernaez, A. (1998). Antropología versus psiquiatría: el síntoma y sus interpretaciones, *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, Vol. 13, No. 68, pp. 647.

Martínez, H. A. (1998). ¿Has visto como llora un cerezo? Pasos hacia una antropología de la esquizofrenia, *Universidad de Barcelona*, Barcelona, pp. 30-31.

Medication Brochure (2007). [Folleto]. Medicamentos con receta médica para enfermedades mentales

Mora Ríos, J., Bautista Aguilar, N., Ortega Ortega, M. y Natera, G. “*Pero sí no estoy loco*” *Nuevas miradas para entender nuestra Salud Mental*, Instituto Nacional de Psiquiatría Secretaría de Salud, México, 2012, pp. 56

Muchembeld, R. (2002) en: López, O. (2007). De la Costilla de Adán al útero de Eva. El cuerpo femenino en el imaginario médico y social del siglo XIX. En: *La fisiología y la patología femenina en la medicina higienista del siglo XIX: los orígenes de una realidad orgánica en los cuerpos de las mujeres*, UNAM, México, pp. 11.

News Medical. Life Sciences and Medicine. En: Tipos de Patología (10 octubre 2015) Recuperado de: [http://www.news-medical.net/health/Types-of-Pathology-\(Spanish\).aspx](http://www.news-medical.net/health/Types-of-Pathology-(Spanish).aspx)

Nicosia (13 de febrero 2015). [blog] Recuperado de: <http://www.radionikosia.org/>

- Oliviera , L. A. (2005). La colifata, radio terapia des-estigmatizante , [s. n]., s/p.
- Otra Familias. Modelos de convivencia del nuevo siglo (2004), *La revista*, pp. 6-36.
- Papalia, D. E., Sterns, H.L., Feldman, R.D. y Camp, C.J. (2009). Aproximación del estudio del desarrollo adulto y la vejez: un panorama general; El ciclo de vida y el proceso de envejecimiento, La familia adulta: roles y relaciones cambiantes, Jubilación y otras opciones para la vejez. En: *Papalia, D. E., Sterns, H.L., Feldman, R.D. y Camp, C.J. Desarrollo del adulto y vejez* (pp.3-16, 73-84, 292-308 y 359-367) México: The McGraw-Hill.
- Psicomed. Net. Esquizofrenia, trastorno esquizotípico y trastornos de ideas delirantes (20 octubre 2015).Recuperrado de:
http://www.psicomed.net/cie_10/cie10_F20-F29.html.
- Psicomed. Net. *Esquizofrenia, trastorno esquizotípico y trastornos de ideas delirantes*. Recuperado de:
http://www.psicomed.net/cie_10/cie10_F20-F29.html
- Pustilnik, P. S. (1990). Expresividad emotiva y esquizofrenia. Influencia de la Familia en el curso de la enfermedad, *Salud mental*, 13 (3), pp. 45-49.
- Rascón, G. M. L. y Gutiérrez, L.M.L. (2008). Relación sobre la emoción expresada por el familiar responsable y la conducta sintomática con pacientes con esquizofrenia, incluido el funcionamiento social, *Salud Mental*, No. 31, pp. 2015-212.
- Rice, P. (1997). Desarrollo humano. Estudio del Ciclo Vital, 2da edición, México: Prentice-Hall hispanoamericana, pp. 189.
- Rodríguez, M. et al. (2011). Calidad de vida en pacientes esquizofrénicos, *Aquichan*, 11(1), pp. 66-76.

- Rodríguez, S. T. (2008). El valor de la emociones para el análisis cultural, *Papers*, Vol. 87, pp. 156.
- Roig, M. V., Abengózar, M.C. y Serra, E. (1998). La sobrecarga en los cuidadores principales de Enfermos de Alzheimer, *Anales de Psicología*, 4 (2), pp.215-227.
- Secretaria de Salud de México (2011). ISM-OMS *Informe sobre sistema de Salud Mental en México*; México, pp. 14,27.
- Stefani, D. et al. (2003). Los cuidadores familiares de enfermos crónicos: sentimientos de soledad, aislamiento social y estilos de afrontamiento, *Revista Latinoamericana de Psicología*, 35 (1), PP. 55-65.
- Vanilla, F. O. y Lemos, G.S. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para la esquizofrenia, *Psicothema*, Vol. 13, Num. 3, pp. 345-364.
- Vargas Escobar, L. M. (2012). Aporte de enfermería a la calidad de vida del cuidador familiar del paciente con Alzheimer, *Aquichan*, Vol. 12 , Num. 1, pp. 65.
- Vázquez, G.E.K. y Enríquez, R. M. R. (2012). Una aproximación sociocultural a las formas de regulación emocional en cuidadores de familiares de enfermos crónicos en Guadalajara Jalisco, *Desacatos*, No. 39, pp. 57-72.
- Vigotsky, L. S. (2004). *Teoría de las emociones. Estudio histórico-psicológico*, akal: España, pp. 12.
- Wallon, H. (1987). El papel del “otro” en la consciencia del yo. En: *Psicología y educación del niño. Aprendizaje*, visor, MEC, España, pp. 110-118.

ANEXO

ANEXO 1

19 de Febrero del 2014

El día de hoy platicamos sobre algunas de las tareas que realizó durante la semana, una es haber asistido al parque y hacer conversación con otra persona, la finalidad era compartir experiencias con personas diferentes, distraerse y empezar a sentirse diferentes al platicar con otra persona. Él tendrá que decir si le gusto la nueva experiencia , si le incomodo o si fue gratificante pues al recopilar información de los días anteriores he llegado a la conclusión que una parte de sus cambios de ánimo se deben a los recuerdos que aún están impregnados (muerte de su mamá) en la vida de D., le impiden desear hacer algo nuevo y dejar lo rutinario, pues aunque menciona sentirse bien con su estilo de vida; de vez en cuándo busca nuevas formas de quitar lo rutinario. Por tanto, D. fue pasando su etapa de duelo porque su familia ha estado con él y vive con ellos pero no lo han acompañado en su dolor.

Hablar con otra persona puede generarle un cambio que le permita aumentar su ánimo y vivir una vida más plena, por un lado mencionó que fue el día lunes 17 de febrero a las 5pm (después de comer) y fue al parque, se llevó un libro y un celular. Al llegar al parque D. narra que no sabía dónde sentarse porque había un poco más de gente del que él esperaba, observó el lugar y decidió sentarse en una banca, sin embargo, en ese momento estaba una persona que cuida el parque y comenzó a regar el pasto. Ante esto D. le dijo a la Sra. - no me vaya a bañar-. La Sra. se rio y entablaron una conversación del riego del parque diciendo que no hay agua limpia para hacerlo, les mandan agua semi-sucia para regarlos, lo cual genera que no exista un cuidado por el bienestar de las áreas verdes.

Después de esto, la Sra. continuó su trabajo en otras áreas del parque y D. se quedó observando el pasto y los alrededores del parque al meditar la manera de cómo hacer una plática a una persona, sin darse cuenta que ya lo había hecho

con la Sra. del riego; no pensaron en formas para entablar una conversación simplemente se dio el momento apropiado para hacerlo. Después dijo que pasó una señora con su hijo y D. le sonrió, menciona que el niño correspondió a su saludo , enseguida, le dijo a la señora - "Buenas Tardes" - pero ella lo volteó a ver y no le contestó. Con esto D. dijo que se sintió un poco extraño, pero no se sintió mal porque la Sra. no le respondiera al saludo. Por tanto, terminamos hablando de que no siempre la gente responderá como nosotros queremos y ante eso y otras circunstancias esperadas debemos estar preparados y no ofendernos.

Posteriormente me mostró el libro que estaba leyendo y lo observé, es una novela pequeña que le está gustando mucho, al estar leyendo la parte trasera del libro me llamó la atención deteniendo su narración y de manera educada pregunto: ¿Me estás poniendo atención? Y le dije - Sí, incluso le repetí lo que dijo; con eso se quedó más tranquilo y continuo platicando. Al final le pregunté si se sintió bien realizando una plática con una persona diferente y él asentó. Le expliqué que el objetivo es comparar y experimentar nuevas formas de interactuar, eso permitirá que no se predetermine a ciertas formas de relación y menos en AFAPE , pues debe aprender a socializar con todos y no solo con los cercanos a él.

Más adelante le mencioné que lo veo más distinto, va presentable, pues la higiene no solo es física sino también del alma, ya ríe, platica y se ve mejor. Al finalizar esta parte, mencionó que ya había ido a un parque incluso con sus hermanos y su papá, ellos habían visitado el parque para distraerse o a veces ha ido solo a leer; por tal motivo no le costó trabajo, la diferencia fue el inicio de una conversación.

D. hace referencia de que su hermano le ha insinuado que es importante que él haga una actividad pues le permite distraerse y le ayuda mucho para perder la rutina; así que mencionó que estuvo en clases de Yoga, sin embargo tuvo que salirse porque iban a quitar el centro de rehabilitación. Entonces le mencioné que para las siguientes sesiones tendrá que decirme las conversaciones que llegara a entablar con personas diferentes a su familia y AFAPE.

Después mencionamos los medicamentos que está tomando los cuales son Clonazepam, clipoperazina y biperideno; D. mencionó que el médico le aumentó la dosis a media pastilla de una completa pero él tomó la decisión de dejarlo a $\frac{1}{4}$ parte de pastilla. En realidad dice que se siente bien y no ha notado cambios negativos, sino favorables, incluso menciona que si no le afectada a su salud este tipo de cambio seguiría así. Por otro lado, dijo que no le gusta ir al psiquiatra y tiene 1 año que no lo ve porque cuando lo ve siempre le aumenta la dosis a pesar de que él se sienta muy bien. Simplemente le comenté que si él no notaba cambios desfavorables y se sentía muy bien así, continuara el método de lo contrario contactara al psiquiatra. Finalmente cerramos la conversación diciendo que le traería una lista de obras de teatro o música en vivo para que elija una opción, se distraiga y conozca nuevas cosas, que le permitirá compartir tiempo con otro tipo de gente y será otro tipo de experiencia. D. menciona que en realidad se siente bien y se pone un 60% de bienestar (por poner un porcentaje).