



UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE
MÉXICO

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA
CARRERA DE PSICOLOGÍA
AFRONTAMIENTO DE FAMILIARES
RESPONSABLES DEL CUIDADO DE PACIENTES
CON ESQUIZOFRENIA

INFORME FINAL DE SERVICIO SOCIAL

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADO EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A:

JESÚS OSWALDO LEYVA TENORIO



JURADO DE EXAMEN

DIRECTOR: LIC. LEONEL ROMERO URIBE

COMITÉ: DR. RODOLFO HIPÓLITO CORONA MIRANDA

DR. JUAN CRISÓSTOMO MARTÍNEZ BERRIOZABAL

DRA. BERTHA RAMOS DEL RÍO

MTRA. GUILLERMINA NETZAHUATL SALTO

CIUDAD DE MÉXICO, ABRIL 2019



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.

Índice

Introducción	3
Capítulo I Marco Teórico.	5
Esquizofrenia	5
Estrategias de afrontamiento	14
Familiar cuidador.	16
Capitulo II Programa de Servicio social.	25
Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz.	25
Área epidemiológica y psicosocial.	28
Programa de Dirección de Investigaciones Epidemiológicas y Psicosociales.	29
Capitulo III Actividades Realizadas del Servicio Social.	35
Intervención con los familiares.	35
Apoyo en actividades de Investigación.	45
Capitulo IV Análisis de la relación de las actividades del programa y logros obtenidos.	50
Funcionalidad del programa del servicio social nivel institución.	54
Análisis en cuanto a la formación profesional adquirida.	55
Conclusiones y propuestas al programa.	58
Referencias.	67

Introducción

El presente trabajo tiene como objetivo describir las actividades del servicio social que se realizaron en el Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz (INPRFM) dentro del programa de Dirección de Investigaciones Epidemiológicas y Psicosociales. Para esto en el capítulo I se revisa la literatura acerca de la esquizofrenia, los familiares cuidadores y su proceso de afrontamiento los cuales son los fundamentos teóricos del programa de Dirección de Investigaciones Epidemiológicas y Psicosociales. En el capítulo II se describe el INPRFM y las actividades académicas que se realizan en el instituto con la finalidad de presentar un panorama de en donde fueron realizadas las actividades de servicio social. En el capítulo III se describe a detalle las actividades realizadas para lograr el cumplimiento del servicio social en las áreas de intervención con pacientes, en donde el prestador del servicio social es parte de las intervenciones con pacientes que padecen esquizofrenia con sus familiares cuidadores y las actividades de investigación las cuales consisten en la búsqueda, análisis de contenido científico para aportar a el marco teórico de una investigación en curso además de mantener actualizadas las intervenciones que son proporcionados a los familiares. Durante el capítulo IV se describen resultados de las actividades de servicio social en donde se atendieron a 67 familiares de forma exitosa y se revisaron alrededor de 100 artículos científicos con su respectivo análisis. El trabajo concluye con propuestas al programa de Dirección de investigaciones epidemiológicas y psicosociales con el propósito de mejorar el desempeño de las actividades realizadas y el cumplimiento de los objetivos propuestos en este.

Capítulo I Marco Teórico.

Esquizofrenia

La esquizofrenia es un trastorno mental crónico y debilitante en donde principalmente es afectada la percepción de las personas que lo padecen, esto es debido a que uno de sus principales síntomas de la esquizofrenia son las alucinaciones visuales, auditivas o sensoriales que provocan la aparición de ideas delirantes, aplanamiento emocional, lenguaje y comportamiento desorganizado. (Montaño, Nieto, y Mayorga, 2013) las personas con esquizofrenia pueden lucir como cualquier otra persona hasta que se les pregunta lo que realmente están pensando y comparten sus pensamientos delirantes (Biagini. 2013). Debido a esto la persona que sufre de esquizofrenia no puede cumplir con su rol social, volviéndola retraída o violenta si sus niveles de frustración son altos por no poder cumplir con su rol social y a sus pensamientos delirantes sobre que los demás pueden leer sus pensamientos, conspiran en su contra hablando a sus espaldas o planean lastimarlo. (Iriondo, Salaberria y Echeburua, 2013).

Está presente en hombre, mujeres y no se ha encontrado que variables como la raza o nivel socio económico tengan una relación con la aparición de la esquizofrenia, sin embargo la edad de las personas es un factor importante que está relacionada con la esquizofrenia ya que los síntomas de esta empiezan a aparecer a finales de la adolescencia y principios de la adultez, siendo la adolescencia una etapa complicada para el diagnóstico de la esquizofrenia, debido a los numerosos cambios asociados con esta etapa de la vida, además no se han encontrado casos de aparición de la esquizofrenia en personas mayores de 40 años. (Sánchez, 2015).

Aunque los síntomas de la esquizofrenia varían en cuestión de presencia, intensidad, frecuencia, ya se cuenta con una clasificación que ayuda a su comprensión y estudio ya que en la versión más reciente del Manual de diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales V se reconoce que hay cinco tipos de esquizofrenia las cuales presentan síntomas característicos que permiten su diferenciación. (Kupfer, Regier, Arango, Ayuso-Mateos, Vieta & Bagney, 2014). Esta clasificación es importante, debido a que facilita su estudio y ayuda a implementar un mejor plan de tratamiento. (Biagini, 2013).

Los tipos de esquizofrenia descritos en el Manual de diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales son los siguientes:

La esquizofrenia paranoide, en donde el paciente presenta ideas delirantes acerca de si mismo y de las personas que lo rodean que están presentes con una alta frecuencia, además estos pacientes no muestran tener lenguaje desorganizado.

La esquizofrenia del tipo desorganizado se caracteriza por que los pacientes tienen un comportamiento y lenguaje desorganizado.

La esquizofrenia del tipo catatónico se caracteriza por movimientos involuntarios o alta rigidez en los movimientos motor.

La esquizofrenia indiferenciada donde comparten varios síntomas de las clasificaciones anteriores, pero sin poder ser clasificado en alguna de los tipos anteriormente mencionados.

La esquizofrenia del tipo residual, en donde no presentan ideas delirantes, comportamientos o lenguaje desorganizado ni tampoco movimientos bruscos involuntarios o rígidos, pero que presentan manifestaciones continuas de alteración.

Aunque se cuenta con una clasificación para los diferentes tipos de esquizofrenia, aún no está claro los orígenes que provocan la aparición de la esquizofrenia, debido a esto uno de los objetivos en las diferentes disciplinas de salud es poder identificar variables relacionadas con el origen de la esquizofrenia mediante las constantes investigaciones en diversos campos de la ciencia, se han destacado dos principales corrientes que tratan de explicar los orígenes de la esquizofrenia. (National Institute of Mental Health. 2015).

El campo de la genética es uno de estos y a encontrado genes responsables por la aparición de la enfermedad y factores ambientales que pueden favorecer la aparición de expresión de genes que están relacionados con la aparición de la esquizofrenia, sin embargo estos resultados siguen siendo ambiguos y no justifican satisfactoriamente el origen de la esquizofrenia. (Páez, Apiquian, Fresán, Puig, Orozco, Ramón, Sidenberg & Nicolini, 2001).

El estudio del cerebro ha encontrado una relación con los neurotransmisores, estructuras cerebrales y la aparición de la esquizofrenia, ya que las personas con esquizofrenia muestran tener diferencias en su estructura, mostrando un menor tamaño en su materia gris y de una actividad cerebral diferente al de una persona normal, sin embargo estos resultados siguen siendo ambiguos. (Kohn, Levav, Almeida, Vicente, Andrade, Caraveo & Saraceno, 2005).

Pese a no tener de forma clara los orígenes de la esquizofrenia ya existen tratamientos para combatir los diferentes tipos de síntomas presentes en los diferentes tipos de esquizofrenia, sin embargo no existe una cura para esta enfermedad crónica y debilitante. (Montaño, Nieto y Mayorga, 2013.).

Existen los tratamientos centrados en la toma de medicamentos, los cuales son administrados a las personas con esquizofrenia para poder controlar los síntomas

asociados a la enfermedad como son las alucinaciones. Dichos fármacos se dividen en tres grupos básicos, los típicos, atípicos y agonistas los cuales se centran en actuar en los sistemas dopaminérgicos y son divididos en dos generaciones, en donde los medicamentos de Segunda generación se les atribuye beneficios en comparación de los de primera generación, sin embargo, no importando la generación de los fármacos en ambos casos tienen efectos secundarios negativos para la salud del paciente y es por eso que se sigue investigando en nuevos fármacos que puedan actuar de manera más eficaz, rápida y sin efectos negativos asociados para el paciente. (Tajima, Fernández, López-Ibor, Carrasco & Díaz, 2009). Sin embargo los tratamientos con medicamentos no suelen darse de forma aislada ya que estos no proporcionan las habilidades sociales necesarias para que el paciente pueda volver a integrarse en su rol social. (Laviana, 2006).

Las intervenciones psicosociales forma parte del tratamiento de la persona con esquizofrenia, estas tienen como principal objetivo el de combatir factores que puedan provocar que el paciente se vuelva vulnerable ante su medio, ayuda a facilitar su proceso de recuperación, adaptación y desenvolvimiento en su ambiente social, familiar, laboral y en todo ambiente en donde el paciente participe. Las intervenciones psicosociales además tienen como objetivo el poder fomentar un cambio conductual, cognitivo, emocional y social en el paciente para que este pueda desarrollar recursos y habilidades para que pueda hacer frente a situaciones problemáticas relacionadas con su enfermedad, para que de esta manera pueda llevar una vida más saludable. (Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre la esquizofrenia y el trastorno psicótico incipiente, 2009).

Las intervenciones psicosociales suelen ser utilizadas para enfermedades de largo plazo como la esquizofrenia y otros trastornos mentales, las intervenciones

psicosociales pueden abarcar un rango muy amplio de enfoques sin embargo, estas no son excluyentes la una de la otra y por el contrario tienden a complementarse, los principales enfoques con los que se trabaja con personas con esquizofrenia son las siguientes:

- **Psicoeducación:** Este enfoque es en donde se les enseña a los pacientes y a sus familias en qué consiste su enfermedad, sus posibles formas de tratamiento, información para el cuidado del familiar, esto con el objetivo de fomentar una recuperación en el paciente, dar un espacio que le ayuda al paciente para prevenir recaídas y lograr que se apegue al plan de tratamiento. además de poder brindar un entrenamiento en resolución de problemas que son causados por la esquizofrenia. Este enfoque va muy de la mano con las intervenciones familiares, debido a que le permite a los familiares poder conocer y comprender mejor lo que le sucede a su familiar, además de saber qué esperar de las intervenciones con lo que puede ayudar a reducir sus niveles de estrés y desesperación. (Fresan, Apiquian, Ulloa, Loyzaga, Garcia y Gutierrez, 2001).
- **El entrenamiento en habilidades sociales:** Está una parte importante dentro de las intervenciones para los pacientes que quieren volver a cumplir su rol social, ya que es en este apartado donde se les enseña a los pacientes sobre habilidades sociales necesarias para cumplir su rol y con las cuales reducen su aislamiento. Estas son puntuales enseñando paso por paso a el paciente las conductas necesarios para poder integrarse a su grupo social de una forma más efectiva. Conductas como mantener una mirada al hablar, saber mantener un discurso, el manejo de su lenguaje corporal, son habilidades

que se les enseña y ponen en práctica. (Ahunca, García, Bohórquez, Gómez-Restrepo, Jaramillo, y Acostaf, 2014).

- Terapia cognitiva conductual: Este enfoque busca un cambio conductual mediante el control de la actividad cognitiva, para lograrlo al paciente se le enseña mediante diversas actividades a que pueda reconocer, compartir y debatir el contenido de sus pensamientos o imágenes mentales delirantes y de cómo estos tienen influencia en su estado emocional y por ende en su forma de actuar con su ambiente. Es desde este enfoque en donde se les enseña a los pacientes a desarrollar habilidades sociales para que puedan tener un mejor desempeño dentro de la sociedad y poder lograr una vida más independiente en donde no tengan que estar al constante cuidado de su familiar y le permitirá poder realizar actividades de cuidado personal, labores del hogar, conseguir y mantener un trabajo entre otras. (Muñoz & Ruiz, 2007). La terapia cognitiva conductual es la más utilizada para combatir con las alucinaciones sensoriales sufridas por el paciente, especialmente con pacientes paranoides en donde constantemente tienen pensamientos acerca de que los demás están conspirando en su contra o pueden leer su mente y saben que ellos son malas personas. Si los pacientes tratan de ignorar estos pensamientos se ha encontrado que esto solo incrementaran su número e intensidad durante el transcurso del día, debido a esto un objetivo en la terapia cognitiva-conductual es enseñar a los pacientes a entablar un diálogo con el contenido de sus alucinaciones, para poder comparar este contenido con pruebas objetivas que les ayudan a desmentir estos pensamientos. (Napal, Ojeda, Sánchez, Elizagárate, Peña, Ezcurra & Gutiérrez, 2012). Sin embargo, esta terapia tiene sus limitaciones, pues no todos los pacientes son

capaces de trabajar con sus contenidos cognitivos debido al deterioro orgánico ocasionado por la esquizofrenia. (Martínez, y Pousa, 2012).

- Psicoterapia de apoyo: También conocida como la terapia del National Institute for Health and Care Excellence (NICE) para la esquizofrenia, en esta terapia las sesiones se centran en la relación del paciente con el terapeuta, además de que el contenido de las sesiones es determinado por los pacientes, por lo que no son dirigidas, ya que el principal objetivo de estas intervenciones es que los pacientes puedan mantener sus habilidades que pueden ayudarles a poder desempeñarse en su contexto. (Heimann, 2015). Este enfoque tiene el problema de ser muy costoso y que si no es bien implementada puede traer graves consecuencias para los pacientes. (National Institute of Mental Health, 2015).
- Psicodinámica: Aunque el abordaje psicoanalítico tiene un poco de contradicciones al momento de ser aplicada para personas con trastorno mental, es posible que esta se modifique para poder satisfacer las necesidades del paciente centrándose en el proceso conflicto-defensa, el concepto de la deficiencia del ego y el concepto de representación mí mismo y el objeto. Se debe además de tener un énfasis en el presente y no en el pasado, las interpretaciones deben de ser manejadas con cuidado debido a que puede fomentar la veracidad de las alucinaciones en los pacientes con esquizofrenia y las sesiones no deben de ser más 3 veces por mes. (García, 2008).
- Rehabilitación cognitiva: Debido a que la esquizofrenia afecta el procesamiento cognitivo, afectando en actividades como el mantenimiento de la atención, perjudican en la memoria, aprendizaje y cognición social, en este

enfoque busca mediante la repetición de tareas del tipo cognitivo ayudar a disminuir la afectación en estos procesos. Suelen incorporarse técnicas conductuales como el uso de reforzadores. (Pfammatter, Junghan & Brenner , 2006).

- Entrenamiento en actividades de la vida diaria: Están centradas en buscar la independencia del paciente con esquizofrenia y poder ayudarlo a reintegrarse en su vida cotidiana, esto mediante la práctica de actividades como el autocuidado, el manejo de dinero, organización de actividades, elaboración de labores del hogar, con lo cual los pacientes con esquizofrenia pueden volverse más independientes. (Ruíz, Salaberria & Echeburúa, 2013). Un punto a tomar en cuenta es que este enfoque no ha podido demostrar ser tan efectivo en comparación con los demás enfoques cuando se administran de forma individual, por lo que este sirve más como complemento a los otros enfoques. (Tungpunkom & Nicol , 2008).
- Enfoques centrados en los recursos de apoyo a la integración social: En esta se busca que las personas con esquizofrenia realicen actividades expresivas, con las cuales les ayudan a combatir el ocio, el cual está asociada con el incremento de síntomas psicóticos, un apoyo de inserción laboral, para poder maximizar una integración completa del paciente a la sociedad y recursos de vivienda. (Ruíz, Salaberria & Echeburúa, 2013).

Lo que determinará cuál de estos enfoques predominan en las intervenciones que se quieren implementar dependerá de las necesidades de los pacientes y sus familiares (Moriana, Alarcón, & Herruzo, 2006), sin embargo, tampoco se debe de saltar u omitir las metas, objetivos y capacidades de las intervenciones previamente

planteadas, por lo que es posible llegar a un acuerdo con el paciente acerca de los contenidos de la sesión. (Lehman & Steinwachs , 2003).

En México la esquizofrenia es un problema de salud pública, al respecto en una entrevista con el doctor Wazcar Verduzco Fragoso quien es el coordinador clínico de educación e investigación en Salud del Hospital Psiquiátrico Héctor Hernán Tovar Acosta, estima que en México hay más de 500 mil personas padecen de algún tipo de esquizofrenia, además de la alta cantidad de personas que padecen de este trastorno mental, los medicamentos para poder tratarla son caros y no son accesibles para la mayoría de los familiares, los profesionales de salud especializados para poder tratar este trastorno mental en México no son suficientes para poder atender a toda la población que requiere de sus servicios. Debido a que hay más de 500 mil personas que padecen de esquizofrenia, está ya ocupa el Segundo lugar como el trastorno mental más frecuente en México, la cantidad de personas que padecen de la enfermedad y sus costes asociados son de \$4500 pesos mexicanos diarios por cada cama ocupadas por un paciente con esquizofrenia y estos ocupan el 40% de las camas disponibles en hospitales y centros de atención para personas con trastornos mentales con lo cual lo vuelve un problema de salud importante. (Gonzales, 2017).

Para combatir este problema de salud importante en México en el INPRFM existe el programa de intervención de Dirección de Investigaciones Epidemiológicas y Psicosociales a cargo de la Doctora Rascón María Luisa enfocado en las personas que padecen de algún trastorno mental como la esquizofrenia, las cuales mediante una intervención psicosocial con enfoque psicoeducativo busca ayudar a estas personas. Este programa además incluye dos variables importantes que están

relacionadas para una intervención efectiva, el afrontamiento y los familiares cuidadores. (INPRFM, 2018).

Estrategias de afrontamiento

Las estrategias de afrontamiento son un proceso presente en las personas con altos niveles de estrés ocasionados por las exigencias de su vida diaria y problemáticas que sobrepasan sus capacidades psicológicas, físicas y emocionales. Las estrategias de afrontamiento permiten a las personas poder implementar conductas que ayudan a reevaluar la situación en la que se encuentra y de esta manera encontrar diferentes opciones para poder hacer frente y resolver estas problemáticas. Sin embargo, también existen estrategias de afrontamiento centradas solo en reducir los niveles de estrés de la persona, con lo cual implementa conductas que le dan un alivio temporal al ignorar las problemáticas, con lo cual logra acentuar los síntomas negativos presentes en las persona a futuro. (Folkman, Lazarus, Dunkel-Schetter, DeLongis & Gruen, 1986).

Con esta definición las estrategias de afrontamiento son clasificadas como centradas en la solución de un problema, las cuales mediante el uso de herramientas o con planeación ayudan a la persona a lograr un bienestar mediante la solución del problema que provoca el estrés y sus efectos negativos asociados, mediante la confrontación, búsqueda de apoyo social y búsqueda de soluciones.

Las estrategias de afrontamiento centradas en la emoción, las cuales se centran en reducir las emociones negativas asociadas con el estrés, también son utilizadas cuando no se pueden implementar estrategias de afrontamiento, aminorando los efectos negativos del estrés mediante el autocontrol, autoinculpación, distanciamiento o escape y evitación. (Van der Sanden, Stutterheim, Pryor, Kok y Bos, 2014).

Existe otra clasificación de estrategias de afrontamiento las cuales proponen que cuando la persona no puede reducir sus niveles de estrés debido a que usa indistintamente estrategias de afrontamiento centradas en el problema y centrados en la emoción, la persona aprende que el tipo de estrategias de afrontamiento utilizadas queda en segundo plano y le da más importancia a la situación donde las estrategias de afrontamiento fueron implementadas volviéndolas en adecuadas cuando logran un bienestar ante la situación estresante reduciendo los niveles de estrés de la persona o en inadecuadas cuando no logran bajar los niveles de estrés de la persona y persiste el malestar. (Martínez, Torres y Peláez, 2002).

Se ha encontrado que existen beneficios para el paciente con esquizofrenia y su familia cuando son implementadas las estrategias de afrontamiento en la psicoeducación. Chronister, Chou & Liao (2013), encontraron que el uso de estrategias de afrontamiento y el apoyo social ayudan a reducir los efectos negativos causados por el estrés presentes en la familia, ayudan a aumentar los niveles de recuperación por parte del paciente y mejorar sus niveles de calidad de vida. Por otro lado el trabajar con las estrategias de afrontamiento de los familiares cuidadores a resultado tener costes económicos bajos y tiene la flexibilidad de poder trabajar con estas en una gran variedad de espacios, se necesita de poco mobiliario y los materiales didácticos pueden ser reutilizados o son fáciles de armar (Himanshu, Bharti & Deepak, 2017). O se puede implementar el uso de las nuevas tecnologías para preparar el material necesario para las intervenciones. (Cid y Cavieres, 2013).

Sandeep, & Pradyumna (2015) realizaron una revisión bibliográfica referente al trabajo que se realiza con las estrategias de afrontamiento en los familiares cuidadores para bajar sus niveles de estrés. En esta revisión de la literatura

encontraron que los estilos de afrontamiento centradas en la solución de problemas o en la emoción cuentan con diferentes enfoques los cuales son clasificados por diferentes autores basándose en el tipo de prevalencia que tienen las conductas implementadas por los familiares, estas pueden estar bajo el enfoque cognitivo, emocional, conductual, religioso, social. También es utilizada otra clasificación que está basada en la cantidad de beneficios o problemáticas percibidas por las familias tras ser utilizadas, clasificándolas como estrategias de afrontamiento adaptativas cuando se presentan más beneficios y mal adaptativas cuando se presentan más problemáticas. Sandeep y Pradyumna concluyen que aunque no existe una estrategia de afrontamiento universalmente efectiva para todos los casos, los beneficios que estas aportan a las familias y su efectividad dependen del contexto social en donde las familias se encuentran.

Familiar cuidador.

Dentro de la familia de las personas con trastornos mentales uno de sus miembros recibe un rol especial denominado como el familiar cuidador el cual es designado por los mismos miembros de la familia o puede ser tomado voluntariamente por el familiar que tiene la relación más cercana con la persona afectada por el trastorno mental los cuales serán los responsables del bienestar del familiar con trastorno mental. (Casanova, Rascón, Alcántara & Soriano, 2014). Para cumplir con esta labor los familiares cuidadores están sujetos a jornadas extensas de trabajo, ya que los familiares que padecen de algún trastorno mental necesitan apoyo para poder realizar tareas cotidianas como el cuidado personal, deben de ser monitoreados constantemente para evitar que ellos mismos se lesionen y son quienes aminoran la carga de trabajo para el resto de los miembros de la familia, así manteniendo su dinámica familiar para que puedan seguir funcionando. (Rascón, Caraveo &

Valencia, 2010). Los familiares cuidadores no siempre reciben una remuneración económica a cambio del cuidado otorgado a sus familiares con trastorno mental y tampoco tienen conocimiento de los cuidados adecuados para tratar con su familiar, en estos casos es un cuidado informal el cual se está dando en las familias. (García, Manquían & Rivas, 2016). Este cuidado informal está relacionado con importantes consecuencias para el familiar cuidador, ya que es una causa relacionada con bajos niveles en su calidad de vida, altos niveles de emoción expresada, dificultades económicas y aislamiento social (Li-Quiroga, Alipázaga-Pérez, Osada & León-Jiménez, 2015). También está relacionado con un aumento en la percepción de síntomas en los familiares con trastorno mental provocando un alza en las hospitalizaciones, aumento en toma de medicamentos y extensión en las horas que el familiar cuidador tiene que dedicar a su familiar enfermo. (Pugazhendhi, Kathir & Ravishankar, 2018).

Los familiares cuidadores además están propensos a desarrollar una serie de trastornos físicos, emocionales y psiquiátricos como se demostró en el estudio realizado por Rascón, Caraveo & Valencia (2010), en donde se encontró que un 48% de su muestra de 103 familiares cuidadores sufre de alguna enfermedad física, un 74% de algún trastorno emocional y 58% presentó de uno a cuatro diagnósticos: trastornos depresivos (20.6%), trastornos con etanol (9.9%) y trastornos disociativos (7.6%). Estos trastornos sufridos por el familiar cuidador están relacionados con el tiempo dedicado a el cuidado de su familiar, a la evolución de su trastorno mental, los síntomas percibidos por los familiares cuidadores y las hospitalizaciones de su familiar.

Los familiares cuidadores sufren de estigmas por las personas de su entorno social como consecuencia de cuidar a su familiar con trastorno mental, esto disminuye sus

posibilidades para tener un espacio donde distraerse de su deber como cuidador o para contar con alguien para compartir sus logros, preocupaciones, dudas, etc., por lo que los familiares cuidadores se aíslan del resto de su familia y redes de apoyo social, además de empezar a rechazar cualquier tipo de ayuda ofrecida. (Castañeda, Gonzales, Liria, Torres, & Borrero, 2018).

Pese a que se conocen las problemáticas presentes en los familiares cuidadores, las intervenciones no suelen tomar en cuenta sus necesidades, las intervenciones sólo se enfocan en los familiares que sufren de trastornos mentales, dejando a un lado a los familiares cuidadores y limitando su participación. (Valencia, Rascón, Quiroga, 2003). El no tratar las necesidades del familiar cuidador trae consecuencias a corto y largo plazo para la familia, ya que favorece a la aparición de nuevas problemáticas las cuales tiene que enfrentar la familia y las cuales pueden interferir o impedir con las intervenciones logrando que no se cumplan con los beneficios para la familia y aumenten sus niveles de estrés y malestar. (Himanshu, Bharti & Deepak, 2017). Al incluir a los familiares cuidadores dentro de las intervenciones para poder satisfacer con sus necesidades ayuda a los familiares cuidadores a lograr una reducción de sus niveles de estrés, aumentar su nivel calidad de vida, evitar enfermedades, problemas físicos, psicológicos, emocionales, por tanto al tomar en cuenta a los familiares cuidadores y los familiares con trastorno mental para que sean parte de las intervenciones en donde serán atendidas las necesidades de ambas partes tiene como resultado una intervención que traerá más beneficios para la familia con menos complicaciones. Además el familiar cuidador permite facilitar el proceso de implementación de la intervención con su familiar con trastorno mental ya que ayuda al cumplimiento de las actividades y objetivos de la intervención. Al ofrecer beneficios para ambos da una motivación

para que se continúe con el tratamiento, que ayuda con su empoderamiento el cual ayudará a la familia a recuperar o crear nuevas redes de apoyo social, esto vuelve al familiar cuidador un factor clave en la intervención. (Valencia, Rascón, Quiroga, 2003).

También se ha encontrado que el estigma sufrido es mayor cuando el familiar sufre de esquizofrenia, esto puede deberse a que las personas que la padecen se les consideran como violentas, incapaces de poder relacionarse con los demás o problemáticas, con lo cual trae más problemas a los familiares cuidadores en comparación con otros trastornos mentales, debido a esto el familiar cuidador está expuesto a altos niveles de estrés (Rascón, Caraveo & Valencia, 2010).

Debido a que el familiar está expuesto a estas condiciones de estrés, está ya cuenta con su propio repertorio de estrategias de afrontamiento lo cual permite trabajar con elementos que el familiar ya está familiarizado, facilitando y agilizando el proceso de aprendizaje necesario para ser parte de las intervenciones. Contar con una clasificación acerca de las estrategias de afrontamiento utilizadas en las familias ayuda a identificar otros problemas que sufren como estigma, falta de redes de apoyo social, bajos niveles de calidad de vida. (Östman, & Kjellin, 2002).

Sin embargo para conocer el tipo de estrategias de afrontamiento utilizadas por el familiar cuidador se debe de tomar en cuenta el contexto social en donde este se desenvuelve ya que este influye en las estrategias de afrontamiento implementadas y su efectividad (Sandeep & Pradyumna, 2015).

Cotton, McCann, Gleeson, Crisp, Murphy & Lubman, (2013). Encontraron que en hogares australianos la lengua que se habla en casa define qué tipo de estrategias

de afrontamiento son utilizadas, pues en hogares donde no se habla inglés, se utiliza más estrategias de afrontamiento, con las cuales los familiares pueden reducir la tensión al pedir ayuda, pedir consejos y un tiempo para relajarse con otros familiares y amigos, a su vez esto trae una reformulación en la percepción de sus familiares enfermos con lo cual ayuda a reducir sus niveles de carga. Por otra parte, en los hogares donde se habla inglés se usa más estrategias de afrontamiento de escape, las cuales consisten en alejarse del familiar enfermo cuando la situación es muy estresante para los familiares los cuales tienen niveles de carga y emoción expresada más altos en comparación con familias que utilizan estrategias de reformulación. Con estos hallazgos los autores proponen que las estrategias de afrontamiento utilizados por los familiares pueden ser predictores de sus niveles de carga y emoción expresada.

Lam, Petrus, Pan, J. y Young (2015), realizaron una investigación acerca de las estrategias de afrontamiento utilizados por familiares cuidadores de pacientes con esquizofrenia en la ciudad rural de Guangzhou y Hong Kong en china para averiguar y comparar sus estrategias de afrontamiento. Encontraron que debido a el acceso complicado a servicios de salud, la baja economía de las familias y creencias como el "Ren" donde las personas se someten voluntariamente a situaciones complicadas, en este caso a tomar la completa responsabilidad del paciente con esquizofrenia con el objetivo de lograr la perfección, sus estrategias de afrontamiento implementadas se centran más en las relaciones sociales, con las cuales busca un apoyo de familiares o amigos y consejos que ayudan al familiar cuidador a resolver problemas de forma más satisfactoria y tener revaluaciones más positivas. Por su parte los familiares cuidadores de pacientes en Hong Kong tienen una mayor accesibilidad a servicios de salud, mayor poder económico, contratación

para personas que les ayuden en el cuidado del familiar, pero también cuentan con dificultades añadidas como la necesidad de mantener un trabajo altamente exigente en la mayoría de los casos, esto provoca que las estrategias de afrontamiento más usadas sean de tipo de confrontación, donde se exige a los servicios de salud, personal contratado para ayudarles y al mismo familiar a entregar resultados imposibles como la curación total del familiar afectado, esto logra aumentar sus niveles de angustia. Por ende los autores concluyen que variables sociales y económicas afectan las estrategias de afrontamiento implementados por los familiares cuidadores.

Estudios de estrategias de afrontamiento realizados en el hospital general de Brasil, encontraron que las estrategias de afrontamiento del tipo de apoyo social juegan un papel importante en los familiares cuidadores de personas con trastorno mental, pues no solo ayuda a bajar sus niveles de carga, también ayuda a que puedan tener una evaluación más positiva de los síntomas que presenta su familiar enfermo de algún trastorno mental. Los beneficios del apoyo social que recibe el familiar cuidador, también son reflejados en el familiar enfermo pues estos expresan que su familiar cuidador se vuelve más comprensivo con ellos y puede satisfacer de una mejor manera sus necesidades en comparación de familiares enfermos cuyos cuidadores no reciben apoyo social, además estos utilizan con mayor frecuencia estrategias de afrontamiento del tipo de solución de problemas, donde pueden enfocar sus recursos cognitivos para resolver una problemática de la mejor manera posible. (Pompeo, Carvalho, Olive, Souza y Galera, 2016).

Castañeda, et al (2018), realizaron un estudio en donde se centraron en conocer si existe una relación entre los familiares cuidadores de esquizofrenia, su nivel educativo y si se encuentran desempleados o no y cómo estas variables pueden o

no afectar las estrategias de afrontamiento implementadas por parte del familiar cuidador. Encontraron que existe una relación si los cuidadores cuentan con altos niveles educativos y tienen un trabajo, estos están relacionados con un mayor uso de estrategias del tipo cognitivo como las centradas en resolución de problemas. También encontraron que si los cuidadores se encuentran desempleados y tienen un bajo nivel de educación hay una relación con un aumento en la estrategia de afrontamiento de la búsqueda de información, con lo cual les ayuda a bajar sus niveles de estrés y mejoran la relación con el familiar que padece trastorno mental, sin embargo encontraron que en cuidadores de edades de 15 a 21 años es mayor la implementación de estrategias de afrontamiento mal adaptativas como llorar, no pedir ayuda o tratar de forma violenta a su familiar con trastorno mental, esto incrementa sus niveles de estrés y de angustia, esto puede deberse debido a que a este rango de edad los familiares cuidadores no saben de algún lugar confiable en donde poder adquirir la información que necesitan. Profundizando en la relación que existe entre la búsqueda de información por parte de los familiares cuidadores como una estrategia de afrontamiento y las dificultades que enfrentan por cuidar a su familiar con algún trastorno mental, se ha encontrado que para los familiares cuidadores es de vital importancia implementar la búsqueda de información, especialmente en pacientes que son muy agresivos, esto es debido a que pueden aprender cómo reaccionar apropiadamente en situaciones donde el paciente se torna violento para poder tranquilizarlo y evitar situaciones peligrosas para el familiar enfermo y su cuidador, además también ayuda a tener mayor control en la toma de medicamentos de su familiar enfermo, debido a los beneficios que este y el mismo pueden tener. La búsqueda de información por parte de los familiares cuidadores está relacionada con sus edades, pues en familiares cuidadores que tienen una

edad de 18 a 25 años es más usada esta estrategia de afrontamiento y va disminuyendo conforme a la edad del cuidador aumenta. El apoyo social otorgado por los demás miembros de la familia, amigos o grupos de apoyo ayudan a bajar los niveles de estrés del cuidador, por otra parte, los familiares que no cuentan con un apoyo social suelen aislarse, aumentando sus niveles de estrés, sin embargo, hay una relación positiva con familiares cuidadores de bajos niveles educativos que recurren a estilos de afrontamiento de tipo religioso que les ayuda a reducir sus niveles de estrés. (Sabanciogullari y Tel, 2015).

El estado civil del familiar cuidador es un importante factor para determinar sus niveles de carga y estrategias de afrontamiento implementadas, ya que si el familiar cuidador se encuentra soltero hay una relación positiva entre niveles de carga altos y el uso de estrategias de afrontamiento del tipo cognitivas disfuncionales que aumentan las conductas de ponerse enojado, gritar y uso de la fuerza para solucionar problemas. Por otra parte, los familiares cuidadores que se encuentran casados tienen niveles de carga bajos, esto puede deberse a que cuentan con el apoyo de su pareja y amigos. Sin embargo, si no están casados con su pareja o su tiempo de matrimonio es menor de 10 años se ha encontrado que pueda aumentar los niveles de estrés del familiar cuidador, esto es debido a que no pueden cumplir con sus responsabilidades como pareja, dedicando más tiempo a el cuidado del familiar enfermo que a su pareja trayendo logrando un desajuste dentro de la familia lo que provoca problemas de salud y económicos. (Kate, et al, 2013).

La implementación de estrategias de afrontamiento son utilizadas por los hijos de padres que sufren de esquizofrenia en donde encontraron una diferencia en los estilos de afrontamiento utilizados por las niñas y niños. Los niños tienden a utilizar estrategias de afrontamiento sociales, buscando ayuda con amigos y maestros,

mientras que las niñas usan estrategias de afrontamiento del tipo emocional, en donde tienden a involucrarse más con los problemas familiares, esto les provoca un malestar que las hace comportarse de una manera más pasiva en comparación de sus pares cuyos padres no sufren de esquizofrenia, además tienen constantes pensamientos de preocupación, debido a que no sentían tener el apoyo de nadie para mejorar la situación en su hogar. En ambos casos los niños demostraron dificultades para poder contar lo que sucedía en su hogar a los profesionales de la salud, sin embargo, fue posible trabajar con ellos y poder enseñarles a implementar estrategias de afrontamiento para aliviar su malestar, en especial los constantes pensamientos de preocupación por parte de las niñas. Al trabajar con los niños se encontró que algunos ya implementan estrategias de afrontamiento del tipo manejo de la situación, en donde hacían algo dentro de sus posibilidades para aliviar la tensión de los problemas familiares, como obedecer a la primera, no hacer un desastre, ir bien en la escuela o no pedir dinero para dulces o juguetes, algunos niños vigilaban a sus padres esquizofrénicos para que tomaran su medicamento. Con esto se puede concluir que incluso a una temprana edad se puede enseñar a las personas a implementar estrategias de afrontamiento adaptativas, que pueden ser reforzadas para la solución de diversas problemáticas a futuro. (Yvonne y Johannes, 2014).

La implementación de estrategias de afrontamiento como parte de una intervención psicosocial traen beneficios a los familiares cuidadores y al resto de la familia cuando tienen que enfrentar el hecho de que uno de sus miembros sufre de esquizofrenia, al tener un crecimiento postraumático que son los cambios psicológicos positivos que adquiere una persona tras enfrentarse a condiciones de vida difíciles o traumáticas y de encontrar una relación entre estas variables también

poder determinar cuáles estrategias de afrontamiento utilizadas fueron las más efectivas. Se encontró que el crecimiento postraumático está relacionado positivamente con la implementación de estrategias de afrontamiento con el bienestar de los familiares cuidadores y sus pacientes, ya que los familiares cuidadores reportaron tener nuevos motivos por los cuales continuar con su arduo trabajo, mejoraron sus relaciones personales, hubo crecimiento espiritual y una mayor apreciación de la vida. (Balaban, Yazar, Aydin, Agachanli y Yumrukal, 2017).

Aunque no existen estrategias de afrontamiento universalmente efectivas para todas las familias (Sandeep & Pradyumna, 2015), es posible conocer cuáles son las estrategias de afrontamiento utilizadas por los familiares cuidadores en el contexto Mexicano y cuál es su nivel de efectividad. Con esto vuelve posible mejorar la intervención psicosocial en el programa de dirección de investigaciones epidemiológicas y psicosociales a cargo de la doctora Rascón María Luisa, en donde se puede difundir el aprendizaje de los estilos de afrontamiento en la parte psicoeducativa de la intervención y permite mejorar la atención ofrecida a los familiares cuidadores. (INPRFM, 2018).

Capitulo II Programa de Servicio social.

Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz.

El servicio social fue realizado en el Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz (INPRFM) en donde se proporciona atención a personas que sufren de diferentes trastornos mentales y adicciones desde un enfoque multidisciplinario que abarca las ramas de la medicina, psicológica, social , neurociencias, psiquiátrica entre otros. El INPRFM plantea como sus principales objetivos el poder transformar la manera en la que se comprenden los trastornos mentales, su prevención y

tratamiento en la población mexicana con el objetivo de ampliar la promoción a la salud mental y poder hacer recomendaciones en las políticas públicas de salud basadas en los hallazgos de los programas de investigación del Instituto. (INPRFM, 2018).

Para poder cumplir los objetivos, el INPRFM lleva a cabo las siguientes actividades principales:

- Enseñanza mediante, la difusión de hallazgos científicos realizados en las investigaciones mediante la realización de simposios, conferencias, exposiciones a personal del sector salud y al público en general en el instituto, además se preparan jóvenes con sus programas de posgrado y servicio social para hacer frente a las exigencias de la población mexicana afectada por trastornos mentales y adicciones.
- Área de servicios, la cual está especializada en atender a las personas que sufren de algún trastorno mental o adicción, con el fin de que puedan hacer frente a sus problemáticas y lograr recuperar el bienestar en la vida de la persona afectada y las personas que lo rodean.

El área de servicios además brinda un espacio al personal del INPRFM para la aplicación de los programas de intervención realizados en los programas de investigación dirigidos a atender la población mexicana que requiera de atención especializada.

- Investigación científica, en las diferentes áreas del conocimiento como son las neurociencias, psicología, clínicas, epidemiológicas y ciencias sociales en donde se obtienen nuevos hallazgos para tratar diversos trastornos mentales y adicciones en la población mexicana, así como también plantear nuevas

perspectivas desde las cuales permite comprender y atender estos problemas de salud mental. (INPRFM, 2018).

El área de investigación del INPRFM trabaja mediante programas los cuales están dirigidos por uno a varios especialistas en el campo, sus colaboradores y personal administrativo en donde tienen como objetivo el poder resolver alguna problemática de salud mental pública, hacer aportaciones a la literatura científica respecto al tema, desarrollar nuevas formas de intervención y presentar nuevas perspectivas con las cuales se puede comprender a los problemas de salud mental. Aunque los programas de investigación dentro del INPRFM están limitadas a estar dentro de alguna de sus especialidades las cuales son psicología, neurociencias, adicciones o sociales y epidemiológicas, también se realizan trabajos colaborativos con otras instituciones públicas o privadas con sus respectivas especializaciones para tratar problemas de salud mental presentes en México y poder beneficiar a la sociedad con los hallazgos de estas. (INPRFM, 2018).

Las investigaciones realizadas en el Instituto son difundidas a través de la revista titulada Salud Mental, la cual fue fundada en el año de 1977 por el mismo Instituto. En esta publicación son recabadas investigaciones realizadas por los diferentes programas que conforman el área de investigación en el INPRFM publicando un volumen de manera bimestral, el contenido de la revista Salud Mental actualmente puede ser consultada por el público en general mediante sitios como la página de la Revista Salud Mental, Social Science Citation, Index de Web of Science, Scopus, entre otros. Con esto se cumplen con los objetivos establecidos por el INPRFM en el área de investigación. (INPRFM, 2018).

Área epidemiológica y psicosocial.

Esta es una de las áreas que conforman los programas de investigación siendo una de las especialidades dentro del INPRFM, la cual cuenta con su propio edificio enfocado en estudiar aspectos psicosociales que pueden indicar el origen y desarrollo de los principales trastornos mentales o adicciones que afectan a la población mexicana y problemas sociales relacionados con estos como son la violencia, desempleo, adicciones, etc. (figura 1). Conocer cómo la población mexicana reacciona ante problemas sociales que pueden afectar su estado de salud mental, conocer si las instituciones de salud reconocen la problemática y cuentan con programas para poder resolverlas, son el principal objetivo de las investigaciones realizadas en este edificio.

Actualmente las investigaciones realizadas en el edificio de investigaciones epidemiológicas y psicosociales siguen tres principales líneas de investigación:

Línea 1: El estudio integral del alcoholismo y otras adicciones, los objetivos en esta línea de investigación es lograr recabar datos acerca del número de consumidores de drogas como el alcohol en la población mexicana y saber el impacto que este consumo tiene en la población, especialmente en poblaciones vulnerables. Aunque esta línea de investigación fue empezada en el año de 1976 siendo una de las más antiguas, actualmente sigue vigente y los datos recabados son utilizados actualmente por otras instituciones públicas y privadas.

Línea 2: El estudio de la violencia y su impacto en la salud mental, en esta línea de investigación tienen como objetivo el tratar temas como el maltrato, victimización y las consecuencias en la salud mental de las personas afectadas por ésta. Estos

estudios son aplicados en áreas familiares, escolares y laborales para poder tener una perspectiva más amplia de la problemática.

Línea 3: Investigaciones epidemiológicas y psicosociales la cual está centrada en estudiar los trastornos mentales, donde se busca obtener datos de la población que padece de estos trastornos mentales, saber cuál es su impacto en la sociedad y en las familias que tienen la responsabilidad de cuidar a su familiar. Para poder obtener esta información, las investigaciones se centran en conocer las necesidades de las personas afectadas por el trastorno mental y de sus familiares cuidadores, además de proporcionar ayuda profesional para evitar factores de riesgo a los que están expuestos como discriminación, maltrato, suicidio, entre otros.



Figura 1. Edificio de investigaciones epidemiológicas y psicosociales, en la parte superior de este es donde los equipos de estudiantes pertenecientes a un programa del área de sociales y epidemiológicas realizan sus actividades académicas. (INPRFM, 2018).

Programa de Dirección de Investigaciones Epidemiológicas y Psicosociales.

Dentro de la línea 3 de investigaciones realizadas en el Instituto, el programa de investigación a cargo por la Doctora Rascón está dirigido a personas que sufren de esquizofrenia, depresión, esquizoafectivos, obsesivos compulsivos, trastorno límite

de la personalidad y sus familiares cuidadores. El objetivo de este programa es el empoderamiento del familiar cuidador, mediante una intervención psicoeducativa con las cuales ayudan a los familiares a comprender y combatir con los problemas presentes relacionados con el cuidado de sus familiares como lo son bajos niveles en su calidad de vida, estigma, falta de una red social de apoyo, ayudar a aliviar el desgaste por las largas jornadas de trabajo sin remuneración económica que ocasionan problemas de salud físicos y psicológicos en los familiares cuidadores, además esta intervención psicoeducativa es impartida a los familiares con trastorno mental para ayudar a controlar sus síntomas. (Rascón, et al, 2010). Para poder cumplir estos objetivos se trabaja con las estrategias de afrontamiento que utiliza el familiar cuidador y su familiar con trastorno mental los cuales al ser implementados en las sesiones de psicoeducación se ha encontrado que ayuda a reducir los niveles de estrés de las familias (Sandeep & Pradyumna, 2015) ayuda a que los familiares se apeguen al tratamiento (Valencia, et al, 2002) y se obtiene una mayor calidad de vida dentro de las familias (Balaban, Yazar, Aydin, Agachanli & Yumrukcal, 2017)

Las estrategias de afrontamiento ayudan a cubrir las necesidades del familiar cuidador con lo cual ayuda a crear estos beneficios, además al ser una intervención grupal beneficia con la creación de nuevas redes de apoyo social en donde las familias pueden convivir en un espacio con personas en situaciones similares donde obtienen apoyo para comprender y combatir con sus problemáticas de una forma más efectiva, obtienen un constante apoyo de sus pares para continuar con las intervenciones y no caer en la desesperación la cual provoca el surgimiento de más complicaciones a futuro y el abandono de la intervención.(Díaz, Rascón, Ortega, Murow , Valencia & Ramírez, 2013).

Aunque la intervención trabaja con los familiares cuidadores y su familiar que padece de algún trastorno mental, al momento de trabajar en las sesiones psicoeducativas estos son divididos en dos grupos de trabajo , el grupo de los familiares cuidadores y el grupo de los familiares con trastorno mental, esto es debido a que el contenido de las sesiones, sus actividades, los principales problemas que tienen que afrontar y sus necesidades son diferentes en cada grupo, para tratar a estos dos grupos el equipo de trabajo también es dividido en dos durante las sesiones, pero estos siguen trabajando juntos y siguen en constante comunicación ya que las temáticas de las sesiones impartidas son las mismas, pero con un enfoque diferente.

Para el grupo de los familiares cuidadores las sesiones están enfocadas en enseñar la importancia que estos tienen en la recuperación de su familiar enfermo y mediante las sesiones de psicoeducación se propone cumplir con las metas de reducción del número de hospitalizaciones del familiar con trastorno mental, reducir los niveles de agresividad del familiar enfermo, disminuir su desesperación, ayuda a mejorar sus niveles de calidad de vida y ofrecer las condiciones adecuadas para una mejor recuperación de su familiar con enfermedad mental al saber cómo tratar a su familiar enfermo (Vallina y Lemos, 2000).

Por otro lado, el contenido de las sesiones en el grupo de los familiares que sufren de un trastorno mental, se centran más en cómo combatir los síntomas de su enfermedad que los aquejan constantemente y que afectan su posibilidad para realizar tareas como mantener un trabajo, cuidarse a sí mismos para no depender económicamente de su familia, independizarse en la realización de tareas básicas entre otras metas personales de los familiares a corto y largo plazo. Enseñarles en qué consiste su enfermedad es un contenido importante dentro de las sesiones de

intervención debido a que muchos familiares expresan tener niveles de estrés y culpabilidad altos debido a que no comprenden que es lo que está sucediendo con ellos mismos y lo que causa tantas problemáticas para sus familiares. (Casanova, Rascón, Alcántara & Soriano, 2014).

Otra diferencia importante es el trabajo en el seguimiento en las tareas que se asignan en cada grupo de trabajo las cuales pueden consistir en la realización de alguna actividad con la finalidad de poner en práctica lo aprendido durante la sesión, esto es debido a que en el grupo de los familiares con trastorno mental suele existir un alto incumplimiento de estas tareas en comparación con el grupo de los familiares cuidadores, es por esto que se debe de dedicar un espacio para resolver las posibles causas del incumplimiento de las tareas en el grupo de los familiares con trastorno mental. (Rascón, et al, 2010).

Las tareas asignadas son una oportunidad importante para que los familiares puedan experimentar de primera mano la efectividad de realizar acciones enfocadas para resolver sus problemáticas al poner en práctica lo aprendido en las sesiones (Valencia, et al, 2002). Cuando las tareas no son realizadas por los familiares, estos tienden a considerar que las sesiones y sus contenidos son inútiles para poder ayudar a resolver las problemáticas presentes en sus familias, con lo cual puede llevar a los familiares a terminar con las intervenciones, es por esto que se debe de indagar sobre las problemáticas que están presentes en el incumplimiento de la tarea. Además de preguntar directamente las razones del incumplimiento de la tarea, la realización de un role playing es una buena técnica para averiguar cómo es que se realizó la tarea, ya que si esta no es realizada de forma adecuada trae más frustración a los familiares por no poder notar los beneficios de esta actividad además que con esta técnica es posible hacer pequeñas correcciones para que el

familiar enfermo pueda percibir los beneficios de seguir haciendo sus tareas. Con esto se espera apoyar al familiar para que continúe con la realización de las tareas, ya que estas son parte importante para lograr una mejoría en su recuperación. (Rascón, et al, 2010).

Dentro de la sesión se busca dar la información de la manera más didáctica posible para que esta información sea más relevante para el familiar, para lograr esto hay dinámicas como la lectura de las sesiones por parte de un familiar en voz alta con la finalidad de que todos sigan un mismo ritmo, dar ejemplos, compartir experiencias con las temáticas realizadas o hacer juegos de mesa para completar las lecciones como sopa de letras, oca, lotería, entre otros juegos de mesa, además de hacer preguntas a los familiares con la finalidad de que queden claros para ellos los puntos más importantes de las sesiones y en todo momento el familiar puede realizar preguntas respecto a la sesión, las cuales pueden ser respondidas por sus propios compañeros si así lo desean o por los instructores a cargo con la finalidad de fomentar el aprendizaje otorgado. (Valencia, et al, 2002).

Durante el transcurso de las sesiones se hace una pausa en ambos grupos en los cuales estos pueden descansar y tomar aire, este espacio es aprovechado por las familias para platicar de temas libres no relacionadas con la enfermedad de su familiar como las actividades realizadas en su fin de semana, cómo realizar algún platillo culinario o de algún programa en la televisión. Pese a ser un descanso de la parte de enseñanza, este espacio ofrece la oportunidad a los familiares de empezar a construir nuevas redes de apoyo social, poniendo en práctica habilidades sociales las cuales aprenden en las sesiones de una forma más orgánica. Una vez terminado el espacio de descanso se retoman las actividades de las sesiones, para finalizar las sesiones se dan las conclusiones donde es retomado la información

más relevante de la sesión, acompañada con la asignación de la tarea para la siguiente sesión. (Valencia, Ortega, Rascón y Gómez, 2002).

En cada sesión son repasadas temáticas diferentes que van desde información respecto a la enfermedad que sufre el familiar afectado, sus posibles formas de tratamiento, los síntomas de la enfermedad presentada por los familiares, la explicación e implementación de estrategias de afrontamiento para combatir síntomas negativos que presentan sus familiares enfermos y para resolver de la mejor manera situaciones difíciles a los cuales tienen que hacer frente día a día junto con la realización de actividades didácticas para garantizar que los familiares puedan dominar el contenido expuesto en las sesiones y facilitar su implementación cuando estos tengan que ser puesto en práctica durante las problemáticas que les causa tanto malestar o para realizar las tareas. (Valencia, et al, 2002).

La parte de intervención del programa además cuenta con una parte enfocada en la investigación que es de vital importancia para este, ya que uno de los objetivos principales de la parte de investigación es justificar ante las autoridades, investigadores e instituciones lo que se está haciendo dentro de las intervenciones y que lo que se realiza en estas tienen sustentos de carácter científico.

Otro objetivo de las actividades de investigación es revisar constantemente la literatura acerca del tema para poder mantener la intervención actualizada para lograr mejores resultados y divulgar los nuevos descubrimientos realizados en las intervenciones o en otros programas dirigidos por la Doctora Rascón en la comunidad científica, mediante la realización de artículos científicos, capítulos de libros, realización de instrumentos, entre otras actividades científicas que necesitan de un sustento teórico para poder ser realizadas y aportar con nuevo conocimiento en el campo de temas como la esquizofrenia en México.

Capitulo III Actividades Realizadas del Servicio Social.

Intervención con los familiares.

El prestador de servicio social tiene la oportunidad de ser parte de las intervenciones realizadas con los familiares siempre y cuando este estudie, domine los contenidos y bases teóricas que sustentan a las intervenciones, con la finalidad de que pueda ayudar con las actividades realizadas en los grupos de intervención, a dirigir las sesiones y que cumpla con los objetivos establecidos en el programa con las actividades que realiza en la intervención de los familiares.

Una vez elegido el grupo con el que se quiere trabajar, en este caso con el equipo encargado de trabajar con los familiares con trastorno mental, se empieza con una etapa introductoria que está centrada en la búsqueda y análisis de literatura referente a la esquizofrenia, familiares cuidadores y estrategias de afrontamiento, esto ayuda a que el prestador del servicio social comprenda la importancia del familiar cuidador y su relación con la recuperación de su familiar que padece un trastorno mental. Esta búsqueda de información es monitoreada por la doctora Rascón la cual da retroalimentación que permite volver la búsqueda más eficaz al recomendar ciertas lecturas y a concretar el aprendizaje mediante pláticas con el equipo de intervención el cual está compuesto por colaboradores de investigación de la doctora, otros prestadores de servicio social y estudiantes de maestría y doctorado con los cuales se discute acerca de los temas investigados.

Posteriormente es con ayuda del equipo de intervención se da a conocer al prestador de servicio social los protocolos instaurados en el INPRFM cuando se atiende a personas con algún trastorno mental, estos protocolos deben de ser seguidos al pie de la letra para ofrecer la mejor calidad posible de atención a los

familiares, además estos protocolos establecen lo que se debe de hacer en casos extraordinarios. Estas reglas son revisadas constantemente mediante la realización de preguntas de lo que se debería de hacer en ciertas situaciones, como en caso de incendios, terremotos, extravío de un familiar entre otros, además de que se otorga al prestador del servicio social una copia de estos protocolos.

Una vez finalizada esta etapa introductoria es compartido con el prestador de servicio social los contenidos específicos de las sesiones de intervención, en donde se especifica la temática y la fecha de las sesiones, con lo cual permite al prestador del servicio social prepararse si es que decide participar como el instructor principal que dirige las sesiones, para esto debe de estar preparado conociendo la forma en la que se deben de llevar las sesiones, saber manejar al grupo para que participe y contestar preguntas hechas por los familiares de forma sencilla y clara.

Antes de empezar con las sesiones, el prestador del servicio social junto al equipo de intervención y la doctora deben de preparar el material didáctico a utilizar, este puede ser gafetes, tarjetas, colores, lápices, ilustraciones entre otros, también existen materiales constantemente presentes en cada sesión los cuales son unos pequeños manuales en donde contienen la información teórica de la sesión, además de ejercicios que los familiares deben de realizar en forma individual para después compartir sus resultados o directamente dinámicas grupales. Estos materiales deben de ser preparados y revisados por los miembros del equipo, cuidando que se tenga el número de copias suficiente para cada familiar y que éstas estén completas, además de llevar un control y almacenamiento de estos.

Posteriormente se debe de preparar el espacio en donde se realizarán las actividades, cuidando que el mobiliario sea el suficiente para albergar a los

familiares y que esté ordenado de la forma adecuada para tener el espacio necesario para poder realizar las actividades didácticas.

Debido a la preparación que se debe de tener para ser parte del equipo de intervención, el prestador del servicio social formó parte de estas actividades a mitad de la totalidad de sesiones. Debido a esto hubo una etapa extra de introducción del prestador del servicio social a los familiares, en esta etapa las principales tareas asignadas fueron de apoyo para los miembros del equipo de intervención que eran asignados como los instructores y eran los encargados de dar y dirigir las sesiones, esto con la finalidad de que el prestador del servicio social se familiariza con los familiares y los familiares con él.

Esta etapa que constó de dos sesiones las actividades realizadas fueron de apoyo en la lectura de la parte teórica, ayudar a los familiares a realizar tareas donde presentaban dificultades y empezar a contestar preguntas que hacían los familiares respecto a la lectura.

Después de estas dos sesiones y con la aprobación del equipo de trabajo, el prestador del servicio social quedó a cargo de ser el instructor para dirigir la sesión 8 con la temática de emociones junto a dos instructores más de apoyo los cuales estarán a cargo de realizar las lecturas, apoyar a los familiares a realizar las actividades y ayudar a el prestador del servicio social para garantizar la mejor atención otorgada a los familiares.

Antes de empezar la sesión, de preparar el material y mobiliario necesario, se revisó con el grupo de intervención la estructura establecida que debe de seguir la intervención en donde se deben de cuidar los tiempos, además de repasar el tema y dar consejos para dar la intervención de una forma didáctica como el resaltar con un tono especial conceptos claves, intervenir la lectura con un ejemplo y dar espacio

a la participación del grupo de familiares, al ser el instructor que dirige la sesión es el principal responsable de que el material y mobiliario queden listos antes de que lleguen los familiares.

La sesión inicia con un saludo a los familiares que van llegando y se les hacían preguntas casuales con la finalidad de entablar una pequeña conversación e ir rompiendo el hielo un poco. Una vez que llegaba la hora establecida para iniciar sesión, la primera actividad es pasar lista a los familiares presentes, para posteriormente continuar con la revisión de la tarea dejada la sesión anterior.

La tarea que se revisó en esa ocasión está enfocada en que el familiar con trastorno mental compartiera como con el resto de sus familiares su estado de ánimo y de cómo este afecta en los comportamientos que realizan. En esta ocasión hubo bastante participación por parte de los familiares en donde algunos expresaban sus dificultades para poder realizar la tarea debido a la dificultad que seguían teniendo para saber cómo se sentían e identificar sus emociones, en estas ocasiones los mismos familiares recordando la sesión anterior también de emociones ayudaban a su compañero para identificar sus emociones. En otras ocasiones los familiares reportaban siempre sentirse cansados y sin ganas de hacer algo, estas veces los instructores intervienen ayudando a recordar al familiar ocasiones donde habían estado entusiastas o felices. Para los demás casos los familiares reportaron que compartir esto con el resto de sus familiares los habían dejado bastante satisfechos y hasta con una carga menos de encima ya que al identificar cómo se sentían ayudaba a aclarar la confusión que a veces tenían. Una vez revisada la tarea de todos, resolver sus dudas y complicaciones se empezaba con una introducción a la temática que se abordaría durante la sesión la cual era una continuación al tema de emociones, aquí se mencionaba brevemente y de forma global lo que se revisó en

la sesión anterior con la intención de irlo relacionado con el contenido de la presente sesión. Poner de ejemplo el resultado de sus tareas fue el ejemplo tomado para que los familiares relacionarán como el aprender acerca de sus emociones puede ayudar a combatir alguna de sus problemáticas como mejorar la relación entre ellos, sus familiares cuidadores y el resto de su familia. Se continuaba con la lectura en voz alta del contenido del manual, la cual era realizada por familiares voluntarios o instructores los cuales la llevan la mayoría del tiempo

para poder resaltar palabras o conceptos claves con una entonación diferente para denotar su importancia, además de dar la oportunidad de levantar la mano en momentos donde el familiar ya no comprendía el contenido de la sesión, en estos casos se hacía una pausa y se explicaba de forma más sencilla el contenido con el apoyo de ejemplos que eran dramatizados o de experiencias por parte de los instructores o de sus compañeros. Había ocasiones en donde se retomaba la lectura realizando alguna pregunta sencilla cómo ¿A quién le ha pasado esto? ¿Esto les resulta familiar?

Finalizada la lectura del contenido de la sesión, se abría un espacio para aclarar dudas o contestar preguntas respecto al contenido de la sesión las cuales en esta ocasión no se presentaron preguntas por lo que se continuó con retomar y enfatizar los puntos clave de la sesión, como lo son actividades para ayudar a identificar como me siento, como las emociones afectan las actividades que realizo y la relación que existe entre lo que pienso y como me siento. El siguiente paso era una discusión grupal en donde se retomaban los ejemplos que se dieron en la revisión de tarea en donde los familiares discutían acerca de lo que entendieron de las lecciones, experiencias personales, oportunidades en donde poder aplicar lo recién aprendido, comprobar su eficacia para resolver algún problema.

La sesión era pausada para tomar el receso de 20 minutos, en este descanso el grupo de los familiares con trastorno mental y de los familiares cuidadores podían convivir entre ellos, ya que el espacio de receso es compartido y en donde son ofrecidos café, galletas, cacahuates, etc. Cuando el receso acaba se da una indicación de esto para que los familiares vuelvan a sus respectivos grupos de trabajo.

Después del descanso se llegaba a la última parte de las sesiones, la cual consiste en actividades didácticas en las cuales se repasa la información recién revisada en la parte teórica. La actividad elegida en esta ocasión fue de role playing dando prioridad a participar a los familiares que habían tenido dificultad en la realización de la tarea. Para esto el familiar compartía con lujo de detalle los componentes que estaban a su alrededor cuando trataron de realizar la tarea, en especial detalles que dificultaron la realización de la tarea, como lo son gestos de enojo en el familiar cuidador, algún objeto que los molestara o distrajera, entre otros con la finalidad de poder recrear esa escena lo más parecido posible. Una vez que se contaba con la aprobación del familiar de que la escena armada era parecida a la escena donde se realizó la tarea se pone en marcha la actuación donde ocurría la problemática que dificulta la realización de la tarea en donde todos los familiares cuidadores como grupo pueden participar para ayudar a resolver lo mejor posible la problemática, en donde los instructores guían la participación para encontrar las posibles soluciones y anotarlas para que éstas sean recordadas. Al usar la analogía de estar en una obra de teatro o estar viendo una película permitía a el grupo poder repetir escenas importantes para poder encontrar la solución o en estas repeticiones eran añadidas las soluciones encontradas para resolver la problemática.

Finalizado el tiempo dedicado para las actividades de role playing, los familiares realizaban los ejercicios contenidos en sus guías esta vez siendo una sopa de letras donde tenían que encontrar conceptos importantes.

Por último la sesión finaliza con la explicación de manera detallada ejercicios para casa o tareas que deben de completar los familiares en el transcurso de la semana para ser revisados la siguiente sesión. En esta ocasión la tarea asignada era realizar un registro donde anotaban como se sentían, los pensamientos o imágenes mentales que tuvieran cuando se presentaran estas emociones y lo que estuviera pasando a su alrededor. Estas tareas serán retomadas en la siguiente sesión y platicadas con el grupo.

Después de dirigir la sesión 8 de intervención enfocada en las emociones se da un pequeño resumen de lo ocurrido en esta a la Doctora y se habla de lo que se debe de planear para tener lista la siguiente sesión, también es aquí donde se pueden aclarar dudas o formas de resolver complicaciones que pudieron o no presentarse durante la intervención. Debido a que la doctora es la responsable de dirigir al grupo de familiares cuidadores junto con otra parte del equipo de intervención esto le sirve para saber cómo va el progreso del grupo de familiares con trastorno mental.

Durante las siguientes dos sesiones el prestador del servicio social continuo con el trabajo realizado con los familiares con trastorno mental como un instructor de apoyo, en donde se continuó con la ayuda de preparación del material y mobiliario, apoyo en lecturas y en las actividades de los familiares, ser parte de las actividades como el role playing, juegos de la oca, entre otros. Para la siguiente sesión el grupo de trabajo cambio y debido a esto el prestador del servicio social fue reasignado a trabajar con el grupo de familiares cuidadores.

La doctora es la principal responsable quien dirige las sesiones de los familiares cuidadores, estas sesiones impartidas tienen un enfoque para ayudar a el cuidador familiar a encontrar actividades recreativas para aliviar sus niveles de carga al no estar pensando con el cuidado de su familiar con trastorno mental todo el tiempo.

En estas sesiones no se hacen a un lado temáticas relacionados con el cuidado de su familiar con trastorno mental ya que algunos de los temas revisados en las sesiones para los familiares cuidadores son el reconocer y saber qué hacer en situaciones donde su familiar se tornase violento, los cuidados y control que hay que tener en casa en la toma de medicamentos, desmentir mitos en relación de la enfermedad de su familiar, conocer e implementar cuidados adecuados para su familiar.

Al trabajar el contenido de las sesiones con los familiares cuidadores se crean espacios para reconocer y enfatizar el arduo trabajo de los familiares cuidadores, resaltar los avances más que los retrocesos y enseñar a los familiares a poder observar los cambios en ellos mismos y sus familiares. Para esto es de especial importancia tener cuidado con los comentarios que son realizados a los familiares cuidadores ya que estos no deben de caer en extremos para que el reconocimiento no sea dado por cada acción que el familiar cuidador realice y estos dejen de ser significativos o que estos comentarios lleguen a incomodar a los familiares cuidadores o no realizar correcciones a los familiares cuidadores cuando estos las requieran por temor a que estos se identifiquen como malos cuidadores ya que algunos comentarios o actividades pueden ayudar a no reconocer el trabajo del familiar cuidador por lo que se tiene que prestar bastante cuidado en las reacciones de los familiares, para esto se elaboran notas con observaciones acerca de la

participación de los familiares cuidadores con lo cual puede ayudar a identificar cuando esto ocurre y ser retomado con el familiar cuidador directamente.

Pese a los cuidados que se dan en las intervenciones con los familiares cuidadores no evita que se presente el problema de falta de interés con las intervenciones con lo cual provoca un abandono en la intervención, esto ocurre especialmente a inicios de la intervención. Para poder mantener y mejorar el servicio de calidad es preciso conocer las causas que están relacionadas, por esto al prestador del servicio social era asignado en indagar en las razones de deserción de la intervención por parte de las familias, esto se realizaba mediante llamadas telefónicas preguntando directamente a los familiares cuidadores la causa de esta.

En algunos casos se pudo contar con la retroalimentación de algunos familiares para saber las razones de su deserción en las intervenciones. Una razón recurrente presente al conocer las razones de los familiares cuidadores y de los familiares con trastorno mental para dejar las intervenciones es que esperaban un bienestar más inmediato como el logrado con la toma de un medicamento y no esperaban estar expuestos a un proceso largo y que no ofrece una cura total para el familiar con trastorno mental. Al indagar sobre estas razones preguntando la opinión de los familiares cuidadores, estos en su mayoría argumentaban que sentían que la intervención se centraba mucho en ellos y no tanto en sus familiares con trastorno mental, algunos familiares cuidadores expresan sentirse extraños por no estar junto a sus familiares durante las sesiones, esto podía llegar a ocasionar una molestia a los familiares cuidadores ya que sentían que su familiar enfermo quedaba en segundo plano cuando ellos eran la principal razón por las cuales acudían a la intervención y no se cumplían sus expectativas sobre aprender a cómo lidiar con sus familiares enfermos. Por otra parte se presentaba en menor frecuencia que la

razón por la cual la familia dejaba la intervención era debido a que el familiar con trastorno mental expresaba que lo aprendido en la intervención no le funcionaba o era muy complicado. El prestador del servicio social realiza un informe, en donde se resumen los datos obtenidos con las entrevistas telefónicas para ser entregados a la Doctora.

Una actividad asignada fuera de las horas de intervención es la realización de publicidad para la intervención y la difusión de esta. Para ayudar con la difusión son realizadas diferentes tipos de propaganda como carteles, folletos, rifas (figura 2) y estos son repartidos en espacios públicos, con la finalidad de mantener un cierto número de personas que puedan asistir a las intervenciones.

México, Ciudad de México a _____ del _____

Recibimos donativo de: _____

Por \$50 pesos.

Teléfono: _____

Celular: _____

Domicilio: _____

N°001

VOZ Pro Salud Mental

Con título **Mariposas 3. De la serie Sobrevivencia**
Técnica Collage de periódicos, medidas 27 cm. x39 cm.
Año 2016 Por Trini Ibarra.

VOZ Pro Salud Mental * Ciudad De México
Te invita a participar en la gran rifa con un donativo de \$50 pesos por un Collage
Elaborado por Trini Ibarra que se llevará a cabo el día (...)

Figura 2. Boleto de una rifa, la cual fue realizada para recaudar fondos para el programa de intervención y para su publicitación. Fuente: Elaboración propia.

Estas fueron las principales actividades realizadas por el prestador del servicio social en las actividades de intervención con los familiares, al concluir con las intervenciones se atendieron con éxito a 67 pacientes en ambos grupos, se dirigió una sesión, se organizó una lotería para publicitar a la intervención.

Apoyo en actividades de Investigación.

Una de las principales tareas asignadas al prestador del servicio social y la cual fue llevada a cabo durante toda la duración de su estancia en el Instituto es el apoyo en la búsqueda de literatura científica referente a los temas de esquizofrenia, afrontamiento y familiares cuidadores.

Esto es realizado mediante la revisión de bases de datos digitales y físicas, libros, artículos científicos de los cuales es analizando su contenido con el objetivo de mantener actualizada la intervención y aportar información para marcos teóricos de investigaciones que están en proceso de realización.

Para poder cumplir con estas tareas se dan capacitaciones hechas por la doctora, centradas en la realización de ejercicios para optimizar la búsqueda de información y enseñar el manejo de herramientas que permite el análisis de la información que se recaba en la búsqueda de una manera más fina y precisa. Estas capacitaciones también son impartidas por parte del INPRFM, con el cual cumple con uno de sus objetivos establecidos, el cual es colaborar con la enseñanza de estudiantes, el contenido de estas capacitaciones fueron centradas en el manejo de bases de datos digitales y físicas con las cuales cuenta el Instituto, el manejo de herramientas digitales que facilitan el poder trabajar y recuperar información de los artículos científicos revisados como sus citas utilizadas, e información de los investigadores o instituciones involucradas, datos de vital importancia para el análisis de la información contenida en las fuentes científicas que se consulta lo que determina si estos pueden ser utilizadas para elaborar el marco teórico de las investigaciones.

Las capacitaciones son realizadas por investigadores allegados al INPRFM o por investigadores del mismo Instituto y por el Consejo Nacional de Ciencia y

Tecnología (CONACYT) que también participa con la ayuda de investigadores que dan ponencias y con personal de los proveedores de las diferentes bases de datos digitales con las que cuenta el CONACYT. En ambos casos las capacitaciones se complementan la una con la otra, empezando con temáticas sencillas como el poder aprender a delimitar el rango de búsqueda de los artículos encontrados en las bases de datos, hasta pasos más avanzados como el saber cómo es que funcionan las bases de datos con la finalidad de evitar resultados que no tienen relación con nuestra búsqueda y ahorrar tiempo en este proceso. Con estas capacitaciones se empieza a aportar información de temáticas importantes para las investigaciones realizadas por la Doctora y su equipo de colaboradores como lo son la esquizofrenia, cuidadores familiares entre otros.

Una parte importante de las capacitaciones otorgadas es conocer datos sociodemográficos de las familias mexicanas, debido a que es con la población con la cual se va a trabajar por lo que se debe de estar al pendiente de los datos estadísticos ofrecidas por instituciones como el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) y de investigaciones hechas por investigadores del INPRFM enfocadas en trastornos mentales sufridas por la población y características sociales de estas en México. Con estos conocimiento se desarrolló una manera metódica y sistemática para la tarea de búsqueda de artículos científicos en las diferentes bases de datos digitales con las que cuenta el INPRFM.

La información de la literatura es organizada en cuadros que permiten encontrar información de interés rápidamente (figura 3) los cuales contienen la siguiente información:

- La inclusión de las palabras clave, estas son importantes debido a que es una forma de asegurar que se encontrara el contenido que se busca en un

artículo científico, por lo tanto su uso ayuda en la búsqueda. Los artículos donde incluyeran trastornos mentales en las palabras clave en vez de esquizofrenia eran aceptables, sin embargo, artículos que no tuviesen las palabras claves de afrontamiento o familiar cuidador no eran tomados en cuenta. La búsqueda también se realizó en el idioma inglés con la traducción de las palabras clave las cuales se vuelven coping, caregiver y schizophrenia, esta búsqueda en inglés es la que arrojó los mayores resultados con 84 artículos científicos.

- Información del autor y la revista, para empezar con un análisis más fino, se realizaba una búsqueda de los autores involucrados en el artículo, tomando en cuenta datos como número de publicaciones, su factor de impacto referente al tema. Por la parte de la revista se revisaba su factor de impacto y autoridad que tuviesen acerca del tema de afrontamiento, en cuidadores o esquizofrenia.
- Población, un punto importante a tomar en cuenta, debido a que es importante saber qué tipo de estilos de afrontamiento son más efectivos en ciertas poblaciones e identificar aspectos culturales y sociales ligados a su eficacia.

El analizar esta información permite saber el rigor metodológico con la cual se realizó la investigación y es una manera de poder encontrar autores o instituciones que tienen un gran peso dentro del tema o identificar autores con nuevas perspectivas o descubrimientos que hablaban sobre el tema de la esquizofrenia e intervención en los familiares. De esta manera se agiliza el proceso de análisis y discusión del contenido por parte de todos los miembros del equipo de trabajo de la doctora.

Estos formatos también ayudaron a descartar investigaciones por presentar información que es incongruente, como el planteamiento de objetivos que eran olvidados.

El análisis fino permite darse cuenta al equipo cuando el autor de un artículo puede manipular la información para mostrar un punto de vista o ideas como hechos, cuando en realidad son suposiciones sin un fundamento científico, en estos casos no solo se descarta al artículo, sino que también se anotaba a los autores en una lista para de esta manera si se encontraba otro artículo con los nombres de la lista se tenía más cuidado al momento de analizarlo y si volvían a presentarse el mismo caso de manipulación de la información entonces ya no eran tomados en cuenta artículos donde de esos autores, también se analizaba lo datos estadísticos y su interpretación por parte de los autores de estos.

Nombre del artículo: Posttraumatic growth and its correlates in primary caregivers of schizophrenic patients.

Perfil principal contribución:

El crecimiento postraumático es (PTG) se refieren a los cambios psicológicos positivos que adquiere una persona tras atravesar desafíos en condiciones de vida difíciles o traumáticas, esta es investigada bajo los dominios de nuevas posibilidades, relaciones más fuertes con otras personas, cambio / crecimiento espiritual, fuerza personal y una apreciación de la vida más profunda.

Se ha demostrado una relación positiva entre estrategias de afrontamiento y PTG siendo que el afrontamiento de optimismo está relacionada positivamente con todas las subescalas de PTG, enfocarse en el problema está relacionado positivamente con la fuerza personal, un dominio de PTG. Por último el afrontamiento fatalista está relacionado con cambio espiritual y apreciación de la vida, dominios de PTG.

Hay una relación positiva entre rasgos de personalidad de apertura y PTG, El apoyo social por parte de familia, amigos y personas importantes incrementa el PTG.

Factor impacto de la revista: Indian Journal of Psychiatry 1.11

Referencia APA: Balaban OD, Yazar MS, Aydin E, Agachanli R, Yumrukcal H. (2017). Posttraumatic growth and its correlates in primary caregivers of schizophrenic patients. *Indian J Psychiatry* 2017;59:442-50.

Figura 3. Ejemplo de tabla utilizada para organizar la información de los artículos científicos encontrados el cual facilitaba el manejo de información de estos, en la parte inferior se anotan observaciones las cuales resaltan los puntos de porque se había escogido el artículo para su análisis más profundo. Fuente: Elaboración propia.

Con la información recabada y una vez analizada por el equipo, el prestador de servicio social realiza ejercicios que constan en escribir partes del marco teórico de una investigación, los cuales eran revisados por la Doctora o por algún miembro del equipo de investigación. Estos tenían que abarcar por los menos 5 fuentes encontradas en donde deben de estar relacionados de una forma coherente, diferenciando los hechos las opiniones de los autores.

El trabajo realizado por el prestador del servicio social también abarca el área de asistencia de los datos obtenidos en las investigaciones, esto es realizado mediante la creación de una base de datos en el programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) el cual está especializado en el manejo y análisis de una gran cantidad de variables presentes en investigaciones de ciencias sociales. Con la ayuda del equipo de trabajo se realiza el formato de la base de datos, la codificación de datos. Al realizar el vaciado de los datos contenidos en las pruebas se discute con el equipo los puntos que determinan cuando una prueba es invalidada, esto debido a la falta de datos que no presentan, finalmente se realiza la aplicación de las pruebas estadísticas deseadas. También son elaboradas bases de datos que ayudan a llevar un control con el mobiliario, material y recursos que son utilizados durante el transcurso de la intervención.

Capítulo IV Análisis de la relación de las actividades del programa y logros obtenidos.

Las actividades del programa de Dirección de Investigaciones Epidemiológicas y Psicosociales está enfocado en el área de intervención y el área de investigación estas son complementarias la una a la otra para lograr los objetivos planteados en el programa. Es de estos objetivos que son derivadas las actividades del prestador del servicio social ya que este ayuda con el cumplimiento de los objetivos del programa.

La parte de investigación es en la cual sirve de introducción a el prestador del servicio social a las variables con las cuales se trabajaran.

Mediante la búsqueda en bases de datos, lectura y análisis de su contenido es como el prestador de servicio social aplica las nuevas técnicas aprendidas en las capacitaciones otorgadas por la Doctora y el INPRFM con el objetivo de que estas tareas se lleven a cabo de una forma eficiente y acorde con el ritmo de trabajo del equipo de investigación.

La búsqueda y análisis es empezado con el tema del papel del familiar cuidador, ya que es a la población a la que va dirigida la intervención principalmente. Estos son los responsables de estar pendiente del bienestar del familiar con trastorno mental (Casanova, Rascón, Alcántara & Soriano, 2014). Mediante el manejo de la información referente al familiar cuidador, se aprende acerca de los trastornos físicos, emocionales y psiquiátricos a los cuales son susceptibles, esto debido a los altos niveles de estrés y una baja calidad de vida presentes por ser el familiar cuidador principal (Rascón, Caraveo & Valencia, .2010).

Lo siguiente es aprender sobre los trastornos mentales los cuales son tratados durante las intervenciones. Aunque la intervención está abierta a tratar con cualquier

tipo de trastorno mental, hay un énfasis en la esquizofrenia debido a que la población más atendida en las intervenciones del programa son familiares que sufren de este trastorno mental, por ende en base de las clasificaciones hechas por el DSM-V (American Psychiatric Association., Kupfer, Regier, Arango López, Ayuso-Mateos, Vieta Pascual & Bagney Lifante, 2014), se aprende a identificar las diferentes clases de esquizofrenia y sus características, sin dejar de lado otros trastornos mentales que son atendidos como bipolaridad, trastorno obsesivo compulsivo, etc.

Mediante el análisis de la literatura científica es posible comprender cómo las variables del familiar cuidador y el trastorno mental que padece su familiar empiezan a relacionarse desencadenando una serie de problemáticas de salud psicológica, física, económicos, sociales, entre otros a los cuales las familias tienen que hacer frente. Aunque se han estudiado los diversos mecanismos que son utilizados por las familias como la resiliencia, adicciones, etc., que están presentes en estas situaciones, el programa de Dirección de Investigaciones Epidemiológicas y psicosociales y el equipo de trabajo está enfocado en investigar las estrategias de afrontamiento las cuales están presentes cuando los familiares están expuestos a altos niveles de estrés por las problemáticas que tienen que resolver y estas sobrepasan sus capacidades psicológicas, físicas y emocionales. La implementación de estrategias de afrontamiento por parte de las familias es para poder resolver estas problemáticas presentes y lograr un bienestar. (Folkman, et al, 1986).

Trabajar con las estrategias de afrontamiento que utilizan las familias permite reducir sus altos niveles de estrés a los cuales están expuestos y por ende a resolver las problemáticas que están relacionadas, logrando que las familias

consigan un bienestar. Sin embargo el nivel de efectividad de las estrategias de afrontamiento depende de factores sociales presentes en el contexto donde las familias se desenvuelven (Sandeep, G. y Pradyumna, S. 2015). Por ejemplo factores como el idioma afecta qué tipo de estrategias de afrontamiento son implementadas (Cotton, McCann, Gleeson, Crisp, Murphy & Lubman, 2013).

Debido a esta relación entre las estrategias de afrontamiento y el contexto social, el tipo de intervención toma un enfoque psicosocial, ya que el objetivo de las intervenciones psicosociales es combatir factores que puedan provocar que las familias se vuelvan vulnerables ante su medio, ayuda a facilitar su proceso de recuperación, adaptación y su desenvolvimiento en el ambiente social, familiar, laboral y en todo ambiente en donde el paciente participe. Las intervenciones psicosociales además tienen como objetivo el poder fomentar un cambio conductual, cognitivo, emocional y social en el paciente para que este pueda desarrollar recursos y habilidades para que pueda hacer frente a situaciones problemáticas relacionadas con su enfermedad, para que de esta manera pueda llevar una vida más saludable. (Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre la esquizofrenia y el trastorno psicótico incipiente, 2009). Por esto el enfoque de intervención psicosocial complementa el trabajo realizado con las estrategias de afrontamiento.

Al tener estas bases presentes junto a las capacitaciones otorgadas es posible ser parte del equipo del programa de Dirección de investigaciones Epidemiológicas y Psicosociales con la realización de búsqueda de literatura de corte científico con su análisis de su contenido, de esta manera se aporta información encontrada en estos contenidos que sirve para las investigaciones que se estén realizando.

El poder manejar esta información beneficia a las intervenciones dadas por el programa, ya que permite mantener actualizado los contenidos de las sesiones y a los instructores a cargo de dirigirlos. Esto también permite tener una base teórica en las cuales se basan las intervenciones para poder difundir los nuevos hallazgos encontrados en la aplicación de esta intervención en la población mexicana. Ya que no existen estrategias de afrontamiento universalmente efectivas y estas dependen de factores sociales (Sandeep & Pradyumna, 2015), el poder aportar los hallazgos encontrados en un contexto social como el mexicano permite aportar información relevante para la literatura, que a su vez pueden colaborar para la realización de nuevas investigaciones dentro y fuera del INPRFM respecto al tema, con lo cual se expande la literatura científica respecto al tema. Gracias a este marco de información es posible para los instructores encargados de guiar las sesiones y a los prestadores de servicio social contar con objetivos claros y realizables a lograr con cada sesión impartida. Por lo estudiado en la literatura científica, se establece que los objetivos se centran en la reducción de niveles de estrés por parte de los familiares cuidadores, mejorar su calidad de vida y lograr en ellos un empoderamiento que les ayudará a combatir las problemáticas relacionadas con el cuidado de su familiar enfermo, esto ofrece un parámetro de cómo se debe de actuar durante las sesiones con los familiares para lograr el cumplimiento de los objetivos planteados. Estos factores ayudan a la impartición de las sesiones debido a que la información impartida es significativa para los familiares y estos empiezan a compartir experiencias en las cuales todos los miembros del grupo basándose en lo aprendido pueden expresar sus ideas para resolver la problemática presente logrando crear un ambiente profesional y de seguridad para los involucrados en las sesiones, con lo cual ayuda a crear redes de apoyo que fomenta el empoderamiento

en los familiares cuidadores, así logrando cumplir los objetivos que se plantearon desde la fase de investigación.

Con lo cual las actividades realizadas en el servicio social sirven en un principio como una introducción teórica a las variables contenidas en las intervenciones, en donde se aprende y refinan habilidades necesarias para ser parte del equipo de trabajo, para posteriormente poner en práctica estos conocimientos y habilidades en las intervenciones con los familiares. Por último la refinación de estas habilidades es utilizada para lograr un análisis más fino en la información recabada para que ser parte de las investigaciones que son desarrolladas.

Funcionalidad del programa del servicio social nivel institución.

El INPRFM cuenta con objetivos establecidos a cumplir con los cuales guían las actividades realizadas por sus integrantes y por ende en los diferentes programas a los cuales están a cargo. Una de las actividades más importantes para el instituto es la enseñanza la cual está constituida de dos partes importantes.

La primera es difundir los hallazgos realizados por las investigaciones en los diferentes programas del instituto, mediante la publicación de estas en revistas físicas y digitales, exposiciones, coloquios y cursos. Las cuales están abiertas al público en general y a instituciones públicas y privadas, esto con la finalidad de crear nuevo contenido científico que traiga beneficios para la población mexicana en materia de salud mental.

La segunda parte consta de la preparación de profesionales en el área de salud mental y que estos sean capaces de seguir desarrollando contenido científico en el campo de la salud mental en México, con el objetivo prepararlos para las demandas de la población futura. El servicio social es una forma en la cual alumnos que se

encuentran en pregrados tengan la oportunidad de poder integrarse en un programa o proyecto para que puedan conocer la realidad profesional mediante la realización de actividades relacionadas con los temas de intereses de los alumnos, que dan como resultado beneficios para la sociedad. Siempre y cuando los alumnos en pregrado cumplan con los requisitos necesarios, podrán adquirir mediante el cumplimiento de las actividades realizadas en el servicio social nuevos conocimientos y habilidades, aplicados en un ambiente profesional. (INPRFM, 2018). Por lo que con los programas de servicio social tanto como los alumnos en pregrados y el instituto son beneficiados ya que al implementarlo logra cumplir con su objetivo de enseñanza y para el alumno es una oportunidad de desarrollar su formación profesional, siendo parte de este campo.

Análisis en cuanto a la formación profesional adquirida.

La participación en el programa de Dirección de investigaciones Epidemiológicas y Psicosociales bajo la supervisión de la doctora Rascón, es una oportunidad para adquirir competencias profesionales en el campo de la investigación e intervención en trastornos mentales, complementando y poniendo en práctica los conocimientos y habilidades adquiridos durante la formación profesional universitaria que son aplicados a un nivel de institución pública durante el cumplimiento del servicio social. Durante la parte de actividades referentes a la investigación fue posible adquirir nuevas habilidades para la búsqueda de información científica en diferentes medios electrónicos y físicos. Gracias a las capacitaciones otorgadas por la Doctora y el INPRFM hubo un aprendizaje para mejorar el manejo de diferentes bases datos con lo que se amplió el repertorio de opciones conocidas y disponibles para realizar una búsqueda del contenido científico, a su vez esto ayudó a corregir una serie de errores cometidos al momento de realizar la búsqueda de información:

- La dependencia de medios electrónicos, la búsqueda de información con el uso del internet es algo eficaz y cómodo, no se debe de descartar usar medios que están a nuestra disposición. En el caso para realizar investigaciones en el instituto se cuenta con bibliotecas y archivos que contienen información importantes para las investigaciones en curso, las cuales el acceso por internet es complicado o nulo. El estar rodeado por investigadores y profesionales de la salud es una excelente oportunidad para preguntar de primera mano a los investigadores que pueden dar una introducción a un tema de interés y ofrecer una guía por donde se puede continuar para continuar investigando sobre del tema, además algunos de los artículos encontrados en las diferentes bases de datos son realizados por investigadores que están dentro del INPRFM por lo que ofrece una oportunidad para poder consultar a los autores del material científico.
- Dependiendo del open access, el hecho de que un artículo sea open access no quiere decir tenga una baja calidad o no pueda ser útil para encontrar información relevante, sin embargo solo buscar de este tipo de artículos limita las posibilidades de poder encontrar información importante proveniente de otros medios, lo cual puede provocar sesgos al momento de realizar un análisis de estado de arte de un tema específico o de los autores más relevantes.
- Buscar información en diferentes idiomas, es importante expandir la búsqueda a idiomas que dominamos. Aunque el inglés es un idioma ampliamente utilizado mundialmente, por lo que hay un gran número de investigaciones realizadas en este idioma no se debe de descartar la posibilidad de consultar fuentes en otros idiomas que dominamos ya que un

artículo que está escrito en inglés tiene más valor ante artículos en otros idiomas. Cuando se consultan investigaciones que han sido traducidas es posible que se cambie el mensaje que el autor trata de dar con su obra, es por esto que es preferible consultar la obra original cuando es posible.

- No buscar información de México, aunque no siempre es posible encontrar información de estudios donde la población es mexicana, se debe de tomar un espacio para buscarlos si es que existen ya que ahorran tiempo y recursos en adaptaciones o más investigaciones necesarias para conocer como una variable afecta a la población mexicana. Esto puede abrir nuevas líneas de investigación que beneficien a la sociedad mexicana.

En cuanto al área de intervención se ofrece una oportunidad de trabajar con una población de difícil acceso y se debe de actuar a la altura esperada.

Al conocer la realidad de las familias en donde uno de sus miembros padece de algún trastorno mental y que esperan grandes cambios en sus vidas por participar en las intervenciones pone una gran responsabilidad y estrés al participar en las intervenciones. Aprender habilidades para mantener la calma ante situaciones estresantes e importantes para las familias durante las sesiones, poder expresarles seguridad y confianza, manejar la información para poder resolver sus dudas son de vital importancia sin estas se compromete la efectividad de la intervención. Por lo que se aprende a adaptarse a situaciones novedosas con poco tiempo de preparación y lograr cumplir las tareas de forma efectiva en situaciones altamente estresantes.

Con estas habilidades aprendidas se logró un crecimiento profesional en el área de investigación e intervención sin embargo, las habilidades y conocimientos adquiridos

pueden ser aplicados en diferentes áreas laborales de la psicología, con lo cual la realización del servicio social en el INPRFM es una excelente oportunidad de crecimiento profesional. También hay crecimiento personal al adquirir lo necesario para cumplir con los objetivos en situaciones complicadas, esto es comprobado con la efectividad de las intervenciones para lograr cambios positivos en las vidas de las familias las cuales expresan su agradecimiento al final de estas y los resultados de las pruebas aplicadas reafirman este cambio positivo en sus vidas.

Conclusiones y propuestas al programa.

La realización del servicio social en instituciones públicas de México da la oportunidad a los prestadores del servicio social a conocer las actividades científicas que se realizan en el país, con lo cual permite aclarar el sesgo y desconocimiento que generaliza la creencia de que la actividad científica realizada en el país es inferior a la realizada en otras partes del mundo o que no existe, por lo que al ser parte de las actividades que se realizan a nivel institución se puede desmentir estas creencias, ya que permite la oportunidad de conocer y ser parte de los altos niveles de exigencia académica que son utilizadas para la creación de contenido científico en el país. Debido a que estas instituciones trabajan a nivel nacional principalmente, permite dar una nueva perspectiva a fenómenos psicológicos previamente estudiados durante la preparación universitaria, en donde se pueden conocer particularidades o excepciones presentes en la población mexicana, por lo que este conocimiento se vuelve más significativo y más funcional debido a que puede ser aplicado en el contexto en el cual el estudiante se desarrolla. Es por esta razón que el servicio social es una excelente oportunidad para probar las habilidades profesionales con las que cuenta el estudiante y le da la oportunidad de seguir

desarrollándose mediante la participación en un ambiente de alto nivel y exigencia académica.

Tener la oportunidad de poder trabajar con familias que se encuentran en una situación sumamente delicada, aprender rápidamente una metodología nueva la cual tiene años de trabajo en un corto periodo de tiempo puede ser muy estresante y demandante para el prestador de servicio social que quiera ser parte de las intervenciones a las familias. Es bajo estas condiciones en donde el tener el apoyo de los demás colaboradores del programa, de compañeros de otros programas y del personal del INPRFM es necesaria para poder integrarse más fácilmente a este ritmo de trabajo que es llevado en el edificio de investigaciones epidemiológicas y psicosociales del Instituto, bajo este ambiente laboral es difícil no querer ser parte de todos los trabajos que son llevados a cabo en el edificio.

Debido a que en este edificio son llevados a cabo más intervenciones con enfoques y ritmos de trabajo similares es la oportunidad ideal para que el prestador del servicio social pueda aprender de la epidemiología en México desde las diferentes perspectivas donde cada investigador y su equipo de trabajo se desempeñan, con lo cual es posible compartir experiencias personales de los equipos de trabajo, logrando una forma más laxa de aprendizaje ya que ayuda a ilustrar lo que se debe de realizar en situaciones rutinarias cuando uno es parte del equipo de intervención como si un paciente entra en crisis, cómo resolver problemas que se presenten en el programa y trucos que facilitan el trabajo de investigación dentro del Instituto. El ambiente de trabajo que es logrado por el personal vuelve muy ameno el tener que hacer frente a las exigencias que debe de cumplir el prestador del servicio social, por lo que pese a las complicaciones se vuelve una amena y enriquecedora experiencia.

Al trabajar de manera individual en casos como los ejercicios de armado de un marco teórico o el empezar una base de datos se vuelve un desafío personal en donde el prestador del servicio social tiene la oportunidad de demostrar con un producto escrito todo lo que se le ha enseñado y que estas enseñanzas están siendo aprovechadas por lo que al entregar una pieza del trabajo que se realiza en el instituto, trae consigo una retroalimentación, un sentimiento de pertenencia y logro el cual favorece la continuación del arduo trabajo. Este sentimiento se puede experimentar con mayor intensidad en las sesiones con los familiares, los cuales pueden comentar cómo el cuidar a su familiar con trastorno mental es algo más ameno, que se sienten mejor con ellos mismos y en el mejor de los casos en donde te agradecen directamente por el trabajo que has realizado con ellos.

Es por esto que en la participación en el programa de Dirección de Investigaciones Epidemiológicas y Psicosociales es posible conocer las actividades científicas que se realizan a nivel nacional en el campo de la salud mental para ayudar a los familiares que tienen la responsabilidad del cuidado de sus familiares con trastorno mental logrando un importante paso para el tratamiento del malestar de los familiares cuidadores y de los familiares con trastorno mental que debido a sus características, como su nivel de efectividad en el cumplimiento de objetivos centrados en aumentar la calidad de vida en las familias con una intervención de bajos costes económicos que no requiere de materiales o lugares especializados para su aplicación han desarrollado una excelente propuesta de tratamiento para los trastornos mentales en las familias que se adapta a las necesidades y a las limitaciones que existen en el contexto social mexicano.

Aunque este programa es efectivo para cumplir sus objetivos de trabajo planteados, este puede seguir creciendo y mejorando con lo cual se añaden las siguientes propuestas con esta finalidad:

- La creación de un equipo o espacio dedicado a la difusión de las actividades realizadas en el programa, aunque las actividades y resultados logrados en este programa tienen un impacto a nivel nacional y estos son difundidos en medios científicos como en revistas, conferencias, libros entre otros, estos materiales no son de ayuda para acercar al público que necesite de los descubrimientos realizados. Hay un desconocimiento de la existencia del programa de intervención para las familias que tiene que hacer frente a las problemáticas causadas por las enfermedades mentales que sufre uno de sus miembros y su difusión tiende a ser lenta pues de boca a boca o por medio otros especialistas que recomiendan que las familias se integren a el programa de intervención. Debido a que no hay un personal o un espacio que se dedique a la difusión de esta información para el público en general y los esfuerzos realizados son poco efectivos. Realizar actividades como expandir el área de difusión incluyendo redes sociales, páginas web centrada en el programa o adquirir un espacio dentro del portal de la página del instituto que hable con más detalle acerca del programa y que constantemente se esté actualizando y proporcionando información a los potenciales usuarios es un primer paso que se puede realizar que no requiere de mucho tiempo extra de trabajo o de costes económicos. También se puede expandir el uso de carteles, trípticos, etc., en áreas con mayor concurrencia de personas, por ejemplo parques, escuelas públicas, mercados, etc. Con la asignación de actividades, objetivos y metas para medir la efectividad de estos medios de

difusión se puede valorar la posibilidad de seguir con estos esfuerzos o de plantear una nueva solución para la difusión.

Debido a que otros programas de intervención puedan tener una problemática similar, se puede plantear organizar entre todos los involucrados un equipo o área especializado para la difusión de las intervenciones realizados en el instituto o a nivel especialidad.

- Digitalización de contenido escrito, esta recomendación es también para todos los programas del INPRFM que realizaron investigaciones u otro contenido científico escrito hace más de 20 años, ya que existen una gran cantidad de publicaciones científicas realizadas en el instituto que solo se pueden encontrar en las bases de datos físicas dentro de este, por lo que resulta muy difícil el conocer de su existencia y poder acceder a estas. Aunque algunas de las investigaciones realizadas se han ido actualizando y estas versiones pueden ser encontradas en bases de datos digitales de libre acceso, hay otras investigaciones que proporcionan información epidemiológica en México en una época determinada que pueden ser de utilidad para otras investigaciones. Además debido a el paso del tiempo algunos de estos escritos ya se encuentran dañados, por lo que si se desea no perder esta información importante se debería de empezar a realizar una digitalización de este contenido lo más pronto posible o implementar una mejor preservación de estos documentos.
- Mejor manejo de las restricciones del uso de internet en los equipos de cómputo, pese a que en los equipos de cómputo del instituto se puede acceder con toda libertad a diferentes bases de datos, páginas web, blogs de carácter científico, etc. Hay ocasiones en las cuales se requiere la búsqueda

de información con otro enfoque y que es igual de importante para el programa, por ejemplo números telefónicos de otros institutos públicos, páginas que contienen ayuda para resolver un problema presente en los diferentes programas que son utilizados o páginas donde se encuentra material audiovisual que pueden servir de material de apoyo en las intervenciones, sin embargo, la mayoría de las ocasiones el acceso a estas páginas web se encuentra restringido en todos los equipos usados en el instituto, por lo que se requiere el uso de equipo fuera del instituto para poder obtener esta información, con lo que entorpece el ritmo de trabajo.

Aunque una de las razones de esta restricción es para evitar que los usuarios realicen un mal uso de los equipos de cómputo y de los recursos del instituto, sería de gran utilidad que los doctores responsables de los programas contasen con una clave o equipo que esté libre de estas restricciones o que algún responsable en el área de cómputo pueda quitar estas restricciones en una máquina bajo una petición en situaciones que lo ameriten.

Estas propuestas pueden ayudar a agilizar el trabajo que es realizado en el programa de la Dirección de Investigaciones Epidemiológicas y Psicosociales para preservar su trayectoria de trabajo dentro del Instituto, que en general es un programa de alto nivel académico con el cual se obtienen resultados nacionales importantes para beneficiar a la población mexicana en el área de salud mental el cual es una excelente oportunidad para conocer o ser parte de las actividades académicas que se realizan en el INPRFM, ya que en el corto periodo de tiempo en el que se desarrolló el servicio social fueron atendidos exitosamente un grupo de familiares cuidadores y un grupo de familiares con trastornos mentales de los cuales en donde se trataron a 67 personas exitosamente durante el curso (figura 4), se

logró completar la rifa con lo cual se publicito este programa de intervención, con lo cual se cumplió el objetivo de intervención.



Figura 4. Grupo de familiares cuidadores graduados con su diploma de acreditación por haber cumplido con la totalidad del curso. (INPRFM,2018).

Por parte de los objetivos de investigación se logró completar una base de artículos científicos donde se filtraron 97 de estos que en un principio cumplían con las características de búsqueda, de los cuales tras una revisión más rigurosa solo quedaron 13 (figura 5) con su respectiva tabla la cual facilita el manejo de la información dentro de estos (figura 6), con lo cual se cumplió el objetivo de investigación al encontrar estos artículos científicos de utilidad para la investigación en curso.

6 Challenges and Coping Strategies of Children.pdf

7 Burden, Perceived Stigma and Coping Style of Caregivers of Pa...

8 Correlational study illness representations.pdf

9 Family Functioning, Coping, and Distress in.pdf

10 FamilyMembersOfPersonsLivingWithASeriousMentalIllness....

11 Parents' experience of living with and caring for an.pdf

12 Information needs, care difficulties, and coping strategies in....

13 Psychological distress, perceived stigma, and.pdf

esquizofrenia ultra instint.docx

Figura 5. Lista de artículos científicos los cuales cumplieron con la revisión rigurosa para ser parte de la investigación que se lleva a cabo sobre esquizofrenia y familiares cuidadores.

TIUTLO	AUTORES, REVISTAS, CORREOS PALABRAS CLAVE	OBJETIVO PLANTEAMIENTO	METODO	PRINCIPALES RESULTADOS	CONCLUSIONES
1 Coping among the caregivers of patients with schizophrenia	Sandeep Grover, Pradyumna, Subho Chakrabarti Industrial Psychiatry Journal. Jan-Jun 2015 Vol 24 Issue 1 drsandeepg2002@yahoo.com Caregivers, coping, schizophrenia	Discutir acerca del concepto de afrontamiento y evaluar los diversos estudios que han evaluado las estrategias de afrontamiento de los cuidadores de la esquizofrenia.	Revisión de literatura.	No hay una clasificación formal de estrategias de afrontamiento, hay propuestas para clasificarlas como efectivo o positivas y inefectivo o negativas. Otros autores las clasifican en centradas en la evaluación, centrada en el problema y centrada en las emociones, aunque las centradas en el problema reportan un mejor ajuste en la calidad de vida. Debido a las diferentes formas de evaluación usadas, la variedad de estrategias de afrontamiento usadas con mayor frecuencia por las familias son muy variadas, abarcan desde búsqueda de información, participación social del paciente hasta resignación.	Es importante conocer las formas de afrontamiento de las familias, pues están relacionadas con carga, emociones expresadas, percepción de la enfermedad, pobre calidad de vida, morbilidad psicológica entre los cuidadores. Estos también pueden influenciar el resultado del paciente con esquizofrenia. El rango de estrategias de enfrentamiento usado es amplio, pero en general las centradas en el problema o estrategias de adaptación

Figura 6. En estas tablas se resume la información encontrada dentro de los artículos científicos con la finalidad de facilitar el uso de esta información y que el equipo de trabajo puede discutir sobre de estos.

Solo me queda expresar mi agradecimiento a la Doctora Rascón Gasca María Luisa y a su equipo de trabajo por darme la oportunidad de trabajar con ellos, lo que me permitió desarrollar habilidades para la intervención de pacientes con trastornos mentales y el manejo de contenido científico para realizar trabajos escritos . Confío

en que los aportes que realice en el transcurso del servicio social sean de igual beneficio para el INPRFM, la doctora, su equipo y a las familias intervenidas en su programa.

Referencias.

- American Psychiatric Association., Kupfer, D. J., Regier, D. A., Arango López, C., Ayuso-Mateos, J. L., Vieta Pascual, E., & Bagny Lifante, A. (2014). *DSM-5: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (5a ed.).
- Ahunca, V., García, J., Bohórquez, A., Gómez-Restrepo, C., Jaramillo, L, y Acostaf, C. (2014). Tratamiento con intervenciones psicosociales en la fase aguda y de mantenimiento del paciente adulto con diagnóstico de esquizofrenia. *Revista Colombiana de Psiquiatría*. 44 (s1). 75-89.
- Balaban, O., Yazar, M., Aydin, E., Agachanli, R., Yumrukcal, H. (2017). Posttraumatic growth and its correlates in primary caregivers of schizophrenic patients. *Indian Journal Psychiatry*, 59. 442-450pp.
- Biagini, M. (2013). Estructura y dinámica familiar y su relación con el paciente esquizofrénico: antecedentes y tendencias actuales. *Salud mental V. 17 (4)*. 12-17.
- Casanova, L., Rascón, M., Alcántara, H., & Soriano, A. (2014). Apoyo social y funcionalidad familiar en personas con trastorno mental. *Salud mental*, 37(5), 443-448.
- Castañeda, B., Gonzales, M., Liria, A., de la Espriella, R., Torres, N., Borrero, A. (2018). Variables demográficas y clínicas relacionadas con la carga y el afrontamiento de los cuidadores de personas diagnosticadas con esquizofrenia. *Revista colombiana de psiquiatría*. 47 (1).
- Chronister, J., Chou, C., Liao, H. (2013). The role of stigma coping and social support in mediating the effect of societal stigma on internalized stigma, mental health recovery, and quality of life among people with serious mental illness. *Journal of community psychology*. 41 (5). 582–600
- Cid L, Franco, & Cavieres F, Alvaro. (2013). Efecto del Programa Psicoeducativo ProFamille en el grado de sobrecarga y síntomas psíquicos en familiares cuidadores de personas enfermas de esquizofrenia. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 51(2), 102-109.
- Cotton, S., McCann, T., Gleeson, J., Crisp, K., Murphy, B., Lubman, D. (2013). Coping strategies in carers of young people with a first episode of psychosis. *Schizophrenia research*. 146. 118-123 pp.
- Díaz Martínez, L. R., Rascón Gasca, M. L., Ortega González, H., Murow Troice, E., Valencia, C., & Ramírez, I. (2013). Evaluación de un programa de rehabilitación del paciente esquizofrénico. *Revista de la facultad de medicina*. 41 (2). 51-59 pp.
- Folkman, S., Lazarus, R. S., Dunkel-Schetter, C., DeLongis, A., & Gruen, R. J. (1986). Dynamics of a stressful encounter: cognitive appraisal, coping, and encounter outcomes. *Journal of personality and social psychology*, 50(5), 992.
- García, E., Manquían, E., & Rivas. (2016). Bienestar psicológico, estrategias de afrontamiento y apoyo social en cuidadores informales. *Psicoperspectivas*, 15(3), 101-111.

- Gonzales, J. (Jueves 06 de abril del 2017). Salud y medicina. Recuperado de <https://www.saludymedicinas.com.mx/centros-de-salud/salud-mental/articulos/esquizofrenia-segunda-enfermedad-mental-en-mexico.html>
- Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre la esquizofrenia y el trastorno psicótico incipiente.(2009). Guía de Práctica Clínica sobre la esquizofrenia y el trastorno psicótico incipiente. Madrid: Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Consumo. Agència d'Avaluació de Tecnologia.
- Heimann, C. (1025). Antipsicóticos en esquizofrenia: revisión de guías internacionales actuales. *Revista Asociación Española de Neuropsicología*. 35 (7).79-91.
- Himanshu, S., Bharti, S., Deepak, B. (2017). Burden, perceived stigma and coping style of caregivers of patients with schizophrenia and bipolar disorder. *International Journal of Health sciences and research*. 7 (11).
- Instituto Nacional de Psiquiatría Ramon de la Fuente Muniz. (2018). México, Ciudad de México. Recuperado de: www.inprf.gob.mx/
- Iriondo, M., Salaberria, K., Echeburua, E. (2013). *Actas españolas de psiquiatría*. 41, (1). 52-9.
- Kate, N., Grover, S., Kulhara, P., Nehra, R. (2013). Relationship of quality of life with coping and burden in primary caregivers of patients with schizophrenia. *Asian journal of psychiatry*. 6. 380-388pp.
- Kohn, R., Levav, I., Almeida, J., Vicente, B., Andrade, L., Caraveo, J. & Saraceno, B. (2005). Los trastornos mentales en América Latina y el Caribe: asunto prioritario para la salud pública. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 18, 229-240.
- Lam, P., Petrus, N., Pan, J., Young, D. (2015). Ways of coping of Chinese caregivers for family members with schizophrenia in two metropolitan cities; Guanzhou and Hong Kong, China. *International Journal of Social Psychiatry*. 61 (6). 591-599pp.
- Lehman A, Steinwachs D. (2003). Evidence-based psychosocial treatment practices in schizophrenia: lessons from the patient outcomes research team (PORT) project. *Journal American Academy Psychoanalist Dynamic Psychiatry*. 31(1):141-54.
- Laviana, M. (2006). La atención a las personas con esquizofrenia y otros trastornos mentales graves desde los servicios públicos: una atención integral e integrada en un modelo comunitario. *Apuntes de psicología*, 24(1-3), 345-373.
- Li-Quiroga, M. L., Alipázaga-Pérez, P., Osada, J., & León-Jiménez, F. (2015). Nivel de sobrecarga emocional en familiares cuidadores de personas con esquizofrenia en un hospital público de Lambayeque-Perú. *Revista de Neuro-Psiquiatría*, 78(4), 232-239pp.
- Martínez, J., Torres, C. y Peláez, E. (2002.). Comparación entre distintas clasificaciones de las estrategias de afrontamiento en cuidadores de enfermos de Alzheimer. *Psicothema*. 14 (3). 558-563.

- Montaño, L., Nieto, T, y Mayorga, N. (2013.). Esquizofrenia y tratamientos psicológicos: una revisión teórica. *Revista Vanguardia Psicológica Clínica Teórica y Práctica*. 4 (1). 86-107.
- Moriana, J., Alarcón, E. & Herruzo, J. (2006). Aplicación de un programa de Intervención Psicológica en un caso de esquizofrenia. *Análisis y modificación de conducta*. 32(46), 719-742.
- Muñoz, F. & Ruiz, S. (2007). Terapia cognitivoconductual en la esquizofrenia. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 35(1), 98-110.
- National Institute of Mental Health. (2015). La esquizofrenia. Estados Unidos. National Institute of Mental Health
- Napal, O., Ojeda, N., Sánchez, P., Elizagárate E., Peña, J., Ezcurra, J. & Gutiérrez, M. (2012). Curso evolutivo de la esquizofrenia y su impacto en la cognición: una revisión de la literatura. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 40(4), 198-220.
- Östman, M., & Kjellin, L. (2002). Stigma by association, psychological factors in family members of people with mental illness. *British Journal of Psychiatry*, 181. 494-498.
- Páez, F., Apiquian, R., Fresán, A., Puig, A., Orozco, B., Ramón, J., Sidenberg, D. & Nicolini, H. (2001). Dermatoglyphic Study of Positive and Negative Symptoms in Schizophrenia. *Salud Mental*, 24(1), 28-32.
- Pompeo, D., Carvalho, A., Olive, A., Souza, M., Galera, S. Strategies of coping with family members of patients with mental disorders. *Revistas Latino-americanas Enfermagem*. 24.
- Pugazhendhi, K., Kathir, M., Ravishankar, J. (2018). Association between symptom profile of schizophrenia and the received wellbeing in their caregiver. *International Journal of Research in Medical Sciences*, 6 (2), 597-602 pp.
- Rascón, M., Caraveo, J., & Valencia, M. (2010). Trastornos emocionales, físicos y psiquiátricos en los familiares de pacientes con esquizofrenia en México. *Revista de investigación clínica*, 62(6), 509-515.
- Ruíz, M., Salaberria, K. & Echeburúa, E. (2013). Análisis y tratamiento psicológico de la esquizofrenia en función de los estadios clínicos. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 41(1), 52-59.
- Sabanciogullari, S., Tel, H. (2015). Information needs, care difficulties and coping strategies in families of people with mental illness. *Neurosciences*. 20 (2).
- Sánchez, P. (2015). Trastornos psiquiátricos en la adolescencia. *Revista de Formación Continuada de la Sociedad Española de Medicina de la Adolescencia* . 3 (2). 80-91.
- Sandeep, G., Pradyumna, S. (2015). Coping among the caregivers of patients with schizophrenia. *Industrial Psychiatry Journal*. 24 (5).
- Tajima, K., Fernández, H., López-Ibor, J., Carrasco, J., & Díaz, M. (2009). Tratamientos para la esquizofrenia. Revisión crítica sobre la farmacología y mecanismos de acción de los antipsicóticos. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 37(6), 330-342.
- Valencia Collados, M., Ortega Soto, H. A., Rascón Gasca, M. L., & Gómez Caudillo, L. (2002). Evaluación de la combinación de los tratamientos psicossocial y

- farmacológico en pacientes con esquizofrenia. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 30(6), 358-369.
- Valencia, M., Rascón M.L., Quiroga, H. (2003). La prevalencia de los trastornos psiquiátricos en la población urbana adulta en México. *Salud Mental*, 26 (5). 1-18pp.
- Vallina, F., Lemos, G. (2000). Dos décadas de intervenciones familiares en la esquizofrenia. *Psycothema*, 12 (14). 671-681 pp.
- Van der Sanden, R., Stutterheim, S., Pryor, J., Kok, G. y Bos, A. (2014). Coping With Stigma by Association and Family Burden Among Family Members of People With Mental Illness. *The Journal of Nervous and Mental Disease*. 202 (10). 710-717.
- Yvonne, K. y Johannes, J. Challenges and coping strategies of children with parents affected by schizophrenia: Results from a in-depth interview study. *Child Adolesence Social Work Journal*, 31. 181-196pp.