



UNIVERSIDAD DE NEGOCIOS ISEC

ESCUELA DE PSICOLOGÍA

INCORPORADA A LA UNIVERSIDAD NACIONAL

AUTÓNOMA DE MÉXICO

CLAVE 3172-25

"La Importancia de la Comunicación Familiar como Apoyo en la Adherencia Terapéutica de Pacientes con Esquizofrenia"

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

LICENCIADO EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A :

MARIAELENA VARGAS BUENROSTRO

DIRECTOR DE TESIS

LIC. ALEXANDRO MILTON CARBALLAR GARRIDO

MÉXICO, D.F., DICIEMBRE 2015



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

AGRADECIMIENTOS.

“El vínculo que une a tu autentica familia no es de sangre, sino de respeto”

Richard Bach.

A mi madre Cristina Buenrostro Flores, quien siempre está apoyándome y con su fortaleza sigue empujándome hacia adelante y con orgullo puedo decir que gracias a ella, soy la mujer de hoy. Gracias por todo tu esfuerzo y empeño, pero sobre todo por tu amor y comprensión en todo momento de mi vida.

A mi padre Magdalena Vargas Rendón, quien día a día trabaja, aun en madrugada y está al pendiente de nosotros. A mis padres, por todo lo que me han dado, no sólo económicamente, sino también con su apoyo, esmero, comprensión y cariño.

A la vida, que día a día me ha puesto en el camino correcto y aunque en ocasiones no resulte ser lo que esperaba, me ha dejado experiencias maravillosas que llevo conmigo y que gracias a eso me he permitido no cometer los mismos errores, aunque siempre me deja una nueva enseñanza. Agradezco profundamente la segunda oportunidad que me dio la vida, para valorarme nuevamente y a mi familia, enseñándome muchas cosas a las que no les daba importancia.

A Ricardo Martínez Cabañas, por convertirse en una persona tan especial en el tiempo que hemos compartido. Gracias por estar a mi lado y

formar parte en este proyecto, sobre todo por la paciencia y tranquilidad que me ha demostrado, haciéndome comprender que todo llega a su tiempo.

A mis Profesores Milton Carballar, Víctor Becerril, Fernanda Vazquez, Nicolás Torres, Bernardo López, ya que sin sus enseñanzas, tiempo, paciencia, esfuerzo y dedicación, son muy importantes en la realización de este sueño... y gracias por hacer de la licenciatura la etapa más hermosa de mi vida.

A mis Amigos, por demostrarme su amistad incondicional y ser parte de mi vida compartiendo momentos inolvidables.

ÍNDICE

Resumen.....	6
Introducción.....	7
CAPÍTULO 1	
1.1. Conceptualización de la Esquizofrenia.....	11
1.2. Comienzo de la Esquizofrenia.....	14
1.3. Signos y Síntomas.....	15
1.4. Subtipos de la Esquizofrenia.....	16
1.5. Síntomas de tipo I y II.....	18
CAPÍTULO 2	
2.1. Teoría Bioquímica de la Esquizofrenia.....	20
2.2. Teoría Genética de la Esquizofrenia.....	20
2.3. Estudios con Gemelos y sobre Adopción.....	21
CAPÍTULO 3	
3.1. Intervenciones Familiares en el Tratamiento de los Pacientes con Esquizofrenia.....	23
3.1.1. Terapia Familiar Orientada a la Crisis.....	24
3.1.2. Intervención Familiar para Disminuir la Emoción Expresada.....	25
3.1.3. Terapia Familiar Conductual en Esquizofrenia.....	26
3.2. Factores Familiares.....	32
3.3. Abuso de Sustancias.....	33
3.4. Duración de la Psicosis sin tratar.....	35
3.5. Buena Respuesta a los Neurolépticos.....	38
3.6. Adherencia Terapéutica del Enfermo.....	38
3.7. Terapia de Apoyo con una Alianza Terapéutica Colaboradora.....	41

3.8. Factores Neurocognitivos Preventivos para la Recuperación.....	42
CONCLUSIONES.....	44
PRUEBAS.....	49
ANEXO.....	50
REFERENCIAS.....	51

RESUMEN

Al presentar este trabajo se busca demostrar la importancia de la comunicación familiar como un apoyo en el tratamiento psicoterapéutico en pacientes con esquizofrenia. Las intervenciones familiares actualmente se consideran importantes dentro de una atención organizada y compleja a un problema de esquizofrenia.

La adherencia terapéutica hace referencia a un conjunto de conductas entre las que incluye forman un programa de tratamiento, evitando conductas de riesgo e incorporar al estilo de vida conductas saludables.

PALABRAS CLAVE: Esquizofrenia, Apoyo, Comunicación, Familia, Adherencia Terapéutica.

ABSTRACT

In presenting this paper it seeks to demonstrate the importance of family communication as a support in the psychotherapeutic treatment of patients with schizophrenia. Family interventions currently considered important within an organized and complex problem of schizophrenia care.

Adherence refers to a set of behaviors among which includes forming a treatment program, avoiding risky behaviors and incorporate healthy lifestyle behaviors.

KEYWORDS: Schizophrenia, Support, Communication, Family, Therapeutic adherence.

INTRODUCCIÓN

Cualquier enfermedad grave crea una conmoción en la familia de quien la padece, por lo que las enfermedades mentales agudizan la sorpresa, el pasmo, el miedo al futuro, las preguntas sin respuesta y hasta la conciencia de culpabilidad. El objetivo de esta investigación es mostrar que la aparición de la esquizofrenia en la persona no significa un golpe irreparable para la estabilidad, el cariño mutuo o la ternura entre sus familiares porque el enfermo jamás debe ser considerado como un “desterrado”. Asimismo, la familia debe replantearse el nivel de relaciones entre sus miembros si quiere permanecer unida, porque los papeles asignados a cada uno de ellos cambiarán al enfatizar cómo se siente el enfermo esquizofrénico frente al núcleo familiar, las angustias, la desorientación, las carencias y el rechazo social que sufren.

La esquizofrenia puede ser analizada desde diferentes ángulos, por eso, nos acercaremos al enfermo esquizofrénico en la situación concreta de quien vive habitualmente en familia (Halgin, 2004), entendiéndolos con una doble perspectiva: la de los problemas que origina a los familiares la convivencia con un enfermo esquizofrénico y el momento en el que vive y se expresa la familia por los cambios profundos.

La tarea no es fácil porque las dificultades para centrar el tema son grandes. No hay un tipo de familia, sino muchos, diferenciadas por su cultura, su posición social, su capacidad de afrontar los problemas y de tomar las decisiones necesarias. Familias con distintos grados de cohesión entre sus miembros y un sinnúmero de variantes. Además, no es igual la situación de

una familia que se encuentra con un hijo recién nacido al que diagnostican con enfermedad mental grave o aquellas que descubren que sus hijos adolescentes se vienen abajo en un momento determinado al surgir en sus vidas un brote esquizofrénico (Lieberman, 2004).

Es en ese momento donde la esquizofrenia se conceptualiza como un trastorno de base biológica, mientras que el modelo de estrés-vulnerabilidad se utiliza para explicar cómo un acontecimiento estresante puede desencadenar la enfermedad o presentar una recaída en el enfermo.

Independientemente de la dificultad de tratar el tema de la familia, podemos afirmar que ella es un valor fundamental porque es el lugar donde se muestran las redes fundamentales de integración e interacción social, la base del porvenir, las relaciones de reciprocidad, de libertad, de ternura, de apoyo mutuo, de refuerzo en situaciones de desamparo, de ahí parte la necesidad de los modelos masculinos y femeninos en la configuración de la personalidad y en todas las edades: de niños a adultos (Carlson, 2006).

Según Carlson (2006). La familia es un microcosmos donde germinan las relaciones más enriquecedoras y saludables. La importancia de la familia viene también marcada por el hecho de que todas las uniones que nacen alrededor de una pareja reclaman para sí el nombre de familia que se percibe como aquel núcleo que ve rebasados los recursos de respuesta a las dificultades que conocía y utilizaba hasta ese momento.

La convivencia familiar con el enfermo mental no produce siempre efectos negativos con la misma gravedad y de idéntica forma. Una misma enfermedad mental puede ser para una familia intolerable y más o menos llevadera para otras, dependiendo de los recursos materiales, sociales y de las habilidades que posean para afrontar contingencias nuevas, pero sobre todo, de cómo se perciba, se declare o se defienda el hecho de la enfermedad (Halgin, 2004).

CAPITULO 1

1.1. Conceptualización de la Esquizofrenia.

Según Carlson (2006). Las descripciones de una enfermedad compatible con el concepto de trastornos esquizofrénicos se remontan al año 1400 a. C. y se encuentran a lo largo de la historia. Las descripciones se hicieron frecuentes apenas después de las revoluciones social e industrial del siglo XVIII, cuando se les dio a los médicos el control de los manicomios.

El psiquiatra alemán Emil Kraepelin, en un intento por clasificar las psicosis descritas anteriormente, introdujo el término *Dementia Praecox*, siendo este el tercer grupo de trastornos, el cual se caracterizaba por perturbaciones graves del funcionamiento y en 1896, clasificándolo en tres grupos a los trastornos psicóticos sin causas *orgánicas* conocidas, basándose en la presentación y el curso clínico (Kraepelin 1896 en Carlson 2006).

Kraepelin utilizó el término de *locura maniaco-depresiva* para el grupo de trastornos caracterizado principalmente por exacerbaciones y remisiones en las perturbaciones del afecto más que del pensamiento. Vinculó un segundo síndrome, la *paranoia*. En este grupo, la psicosis era limitada y no producía un deterioro grave ni en el afecto ni en la función (Carlson, 2006).

En 1911 Eugen Bleuler, un psiquiatra suizo, pudo reducir las psicosis psiquiátricas a tan sólo dos grupos mediante la introducción del término *esquizofrenia*, que significa *escisión de la mente* para designar un síndrome en el cual los signos y síntomas observables tanto de la paranoia como de la *Dementia Praecox* de Kraepelin podrían atribuirse a la escisión de los procesos

psicológicos normalmente integrados que fueron postulados por Freud y Jung. Bleuler consideraba que cuatro procesos eran básicos para la enfermedad: el “Autismo” (el volcarse hacia dentro, lejos del mundo), la “Ambivalencia” las “Perturbaciones básicas en el afecto” y las “Alteraciones asociativas”.

Adolf Meyer, un psiquiatra suizo que trabajó en Estados Unidos a principios de este siglo, enfatizó la importancia de la tensión cotidiana como un modificador del desarrollo normal en la génesis de las enfermedades mentales. Aplicó un enfoque psicobiológico unificado para la comprensión de los principales trastornos psicóticos, así como de los neuróticos. Sus puntos de vista dominaron la psiquiatría en Estados Unidos hasta 1940 (Carlson, 2006).

Según Carlson (2006). Entre 1930 y 1940 Harry Stack Sullivan, un estadounidense contribuyó con una explicación original sobre cómo las relaciones interpersonales se ven influidas y casualmente relacionadas con el desarrollo y tratamiento de la esquizofrenia. Al mismo tiempo, Kurt Schneider, en Alemania, trataba de redefinir un grupo más pequeño dentro de los *esquizofrénicos de Bleuler*, enfocándose en síntomas psicóticos muy graves y específicos, con menor énfasis. Entre 1950 y 1960, los criterios de Bleuler y Schneider dominaron el pensamiento en los EU y Alemania y seguirán utilizándose en el Clasificación Internacional de Enfermedades en su Nueva Edición Inglesa (ICD-9) para designar un espectro más amplio de esquizofrenia.

También Carlson indicó que la controversia sobre la definición y significado del término *esquizofrenia* ha conducido a diferentes conclusiones sobre el curso natural y el resultado del tratamiento para la enfermedad. Sin importar qué tan estrechos sean los criterios diagnósticos iniciales, existe una marcada variabilidad, tanto en los resultados como en los cuadros clínicos observados a lo largo de la vida de cualquier paciente individual.

Los criterios diagnósticos operacionales del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales 3rd ED (DSM-III-R). Aclararon el cuadro clínico tanto para los especialistas en clínica como para los investigadores, ya que no sólo definían un conjunto más estrecho de síntomas y del curso de la enfermedad, sino que también permitían reclasificar a casi la mitad de los trastornos del espectro más amplio de esquizofrenia dentro de otros diagnósticos psicóticos entre los muchos que ofrece el DSM-III-R.

A casi una tercera parte de los reclasificados se les detectó trastornos del estado de ánimo, mientras que la mayoría sigue dentro del espectro de la esquizofrenia del esquizoafectivo, esquizomorfo y psicosis atípicas, sin embargo, presentan mejores resultados que el núcleo restante de los esquizofrénicos del DSM-III-R.

1.2. Comienzo de la Esquizofrenia

Hay varios factores que desencadenan la esquizofrenia, una y la más importante es un exceso del neurotransmisor dopamina, factores genéticos y factores ambientales, también depende del grado de vulnerabilidad de la persona y de su exposición a diferentes tipos de estrés.

La irrupción de la esquizofrenia en el adulto se nota cuando la familia y los amigos observan que la persona *ha cambiado* o que *ya no es la misma*. El sujeto funciona mal en áreas significativas de la vida cotidiana como son el trabajo y las relaciones sociales. Frecuentemente hay una notable falta de interés por el cuidado de sí mismo en un individuo que antes era capaz de hacerlo.

Por otro lado, Gross (2004). En la medida en que se pierde el dominio de la realidad los pacientes experimentan los siguientes sentimientos:

a) Perplejidad: Al principio de la enfermedad los pacientes informan un sentido de extrañeza sobre la experiencia, lo mismo que de confusión sobre de dónde vienen los síntomas y se preguntan por qué su experiencia diaria ha cambiado tanto.

b) Aislamiento: La persona esquizofrénica experimenta una sensación abrumadora de ser diferente y estar separada de otras personas.

c) Ansiedad y Terror: A menudo la experiencia está invadida por una sensación general de malestar y ansiedad. Se agudiza en periodos de terror

intenso causados por un mundo dentro del cual lo que se experimenta parece peligroso e incontrolable y, por lo general, se atribuye a orígenes externos.

1.3.Síntomas y Signos.

Según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales 4th ED (DSM-IV). Los síntomas característicos de la esquizofrenia implican un abanico de disfunciones cognoscitivas y emocionales que incluyen la percepción, el pensamiento inferencial, la fluidez y productividad del pensamiento y el habla, la comunicación, el comportamiento, la afectividad, la voluntad, la motivación y la atención. Los síntomas positivos parecen reflejar un exceso o distorsión de las funciones normales, mientras que los síntomas negativos reflejan una disminución o pérdida de las funciones normales.

Lo que caracteriza a la esquizofrenia es el número de procesos psicológicos afectados, lo mismo que el grado de alteración con el paso del tiempo. Los síntomas incapacitantes característicos de la esquizofrenia no impiden el desarrollo de otros trastornos psiquiátricos, además, los pacientes esquizofrénicos no están carentes de las características humanas ordinarias: sentimientos, pensamientos y acciones (Halgin, 2004).

1.4. Subtipos de Esquizofrenia.

Los trastornos esquizofrénicos en el DSM-III-R se dividen en cuatro subtipos activos y un subtipo residual con base en los grupos de síntomas distintivos (Kendler y colaboradores, 1989 en Carlson, 2006). Se hace referencia a los siguientes subtipos de esquizofrenia que se han formulado a partir de Kraepelin y Bleuler como un intento por identificar las diferentes historias naturales y respuestas al tratamiento dentro del espectro de la esquizofrenia.

Tipo Desorganizado.

Los rasgos de este tipo consisten en incoherencia, falta de delirios sistematizados y afecto embotado, inapropiado o perezoso. El cuadro clínico suele acompañarse de antecedentes de funcionamiento y adaptación pobres incluso antes de la enfermedad, iniciación temprana e insidiosa y evolución crónica sin remisiones importantes. La alteración social suele ser extrema.

Tipo Catatónico.

Los rasgos de este tipo consisten en excitación, estupor, mutismo, negativismo, rigidez y adopción de posturas. La sola presencia de síntomas catatónicos, sin otras características de desarrollo esquizofrénico, sugiere un trastorno del estado de ánimo psicótico o un trastorno mental orgánico.

Tipo Paranoide.

Consiste en delirios de persecución y de grandeza, celos delirantes y alucinaciones de persecución, los cuales incluyen específicamente temas somáticos así como ausencia de síntomas más regresivos. Este tipo identifica a un paciente que presenta un mejor pronóstico y una mejor relación con la familia, el funcionamiento se conserva también a un nivel más o menos constante y no se caracteriza por deterioro o recuperación. Los pacientes de este grupo pueden ser muy inteligentes y bien informados.

Tipo Indiferenciado.

En esta categoría entran los pacientes que no encajan en los otros rubros, es decir, los padecimientos psicóticos que satisfacen los criterios diagnósticos generales de esquizofrenia, pero que no se conforman a ninguno de los principales tipos debido a que los síntomas son insuficientes o se superponen.

Tipo Residual.

Las características consisten en la falta de síntomas esquizofrénicos, pero experiencia definida de por lo menos una crisis esquizofrénica previa. Puede haber ciertos delirios y alucinaciones pero la persona está *agotada* y no se ve inmersa en la tormenta reciente de la fase activa florida. Estos sujetos

suelen funcionar como pacientes externos a largo plazo, pero son incapaces de conservar una actividad productiva.

1.5. Síntomas de Tipo I y Tipo II.

La *esquizofrenia tipo I* se caracteriza por *síntomas positivos* de alucinación o delirios, conducta agitada, extraña y habla desorganizada. Estos síntomas se ven con mayor frecuencia en los primeros años de la enfermedad y se suprimen por lo general con los neurolépticos convencionales (Crow, 1985 en Carlson, 2006).

La *esquizofrenia tipo II* se caracteriza por embotamiento emocional, aislamiento social, pobreza del lenguaje y de la actividad motora y deficiencias cognoscitivas. Estos síntomas indican un mal pronóstico y se vuelven más comunes en la enfermedad crónica. Por lo general se relaciona con un historial familiar de esquizofrenia, deficiencias en el desarrollo premórbido y una respuesta menos favorable a los neurolépticos convencionales (Kay y colaboradores, 1986 en Carlson, 2006).

Este tipo se puede caracterizar como *negativos* o *deficitarios*. Los primeros son respuestas del paciente a la psicosis y fluctúan con la enfermedad, mientras que los segundos son limitaciones permanentes y estables, presumiblemente del cerebro del paciente (Carpenter y Kirkpatrick, 1988 en Carlson, 2006).

CAPITULO 2

2.1. Teoría Bioquímica de la Esquizofrenia.

Según Gross (2004). La causa directa de los síntomas de esquizofrenia es un exceso de dopamina llamándole hipótesis. Los estudios postmortem de individuos esquizofrénicos muestran niveles inusuales de dopamina, en especial en el sistema límbico.

Se piensa que los fármacos antiesquizofrénicos (como la clorpromacina) funcionan al ocupar los sitios receptores de dopamina, es decir, inhiben la capacidad de los receptores de dopamina para responder a ésta, con lo cual se reduce la actividad dopaminérgica (Iversen, 1979 en Gross 2004).

Las dosis elevadas de anfetaminas y L-dopa (utilizada en el tratamiento de la enfermedad de Parkinson) aumentan la actividad de la dopamina, ocasionalmente producen síntomas muy similares a los trastornos psicómotores que se observa en algunos tipos de esquizofrenia.

2.2. Teoría Genética de la Esquizofrenia.

Los estudios sobre semejanzas familiares mezclan las influencias genéticas y ambientales. En otras palabras, no hay manera de saber si la correlación entre el riesgo de desarrollar esquizofrenia y el grado de semejanza

familiar o vínculo sanguíneo se deba a mayor similitud genética o a mayor semejanza del ambiente (Iversen, 1979 en Gross 2004).

2.3. Estudios con Gemelos y sobre Adopción.

Los dos principales diseños alternativos (*estudios con gemelos y sobre adopción*) enfrentan ambos problemas, por ejemplo, presuponen que la esquizofrenia es un síndrome preciso que puede diagnosticar de manera confiable diferentes psiquiatras (Iversen, 1979 en Gross 2004). Sin embargo, existen amplias variaciones en la tasa de concordancia para la esquizofrenia en diferentes estudios, tanto para gemelos monocigóticos (MC) como para gemelos dicigóticos (DC), lo cual sugiere que los diferentes estudios utilizan criterios para el diagnóstico de la esquizofrenia (Frith y Cahill, 1995 en Gross 2004).

No obstante, la tasa promedio de concordancia para MC es cinco veces mayor que para DC. Esta conclusión proviene de estudios donde se compara a MC criados por separado versus con MC criado junto (Shields, 1976 en Gross 2004).

Acerca de los estudios sobre adopción se proporciona la prueba más inequívoca de la influencia genética, porque los estudios permiten la separación de los factores genéticos y ambientales (Heston, 1966 en Gross 2004).

CAPITULO 3

3.1. Intervenciones Familiares en el Tratamiento de los Pacientes con Esquizofrenia.

La terapia familiar, hizo su aparición de la mano con las teorías de los años 50 y 60 que asociaban la aparición de la esquizofrenia con la presencia de pautas anómalas de interacción en las familias de los pacientes esquizofrénicos. La terapia familiar tradicional puede considerarse el tratamiento de elección, la esquizofrenia ha ido quedando paulatinamente fuera de su campo de acción natural (Arévalo, 2004).

La esquizofrenia es conceptualizada como una manifestación resultante de la homeostasis familiar, es decir, por las dificultades en alcanzar la autonomía al inicio de la madurez o formulaciones semejantes.

El mantenimiento de estas posiciones por los profesionales de la salud mental ha constituido un serio obstáculo para conseguir la colaboración de los familiares en el proceso terapéutico, ya que estos últimos se han sentido frecuentemente culpabilizados y rechazados, fomentándose de este modo sus resistencias, desde una posición más radical, llega a considerar que las terapias familiares basadas en las teorías etiológicas son las responsables de muchas de las aberraciones comunicativas observadas en las familias de esquizofrénicos, que pueden ser consideradas como una forma de adaptación a dos atributos del terapeuta: su fracaso en absolver a la familia de la responsabilidad causal inicial y en informar a la familia sobre la naturaleza del trastorno (Arévalo, 2004).

Las intervenciones familiares se consideran actualmente imprescindibles dentro de una atención organizada y compleja a un problema como la esquizofrenia. La mayoría de los modelos existentes han surgido del ámbito de la investigación en equipos muy especializados en la atención familiar.

Chicharro y Uriarte (2003). Demuestran su eficacia en la disminución de recaídas psicóticas, y en el funcionamiento social, minimizando el deterioro familiar, por ello, su intervención se recomienda en guías de tratamiento de la esquizofrenia.

Por otra parte, Saunders (1999). Afirma, que un buen funcionamiento familiar está asociado con un mayor uso de estrategias de afrontamiento, resultando menos estrés psicológico y pocos problemas conductuales del paciente.

3.1.1. Terapia Familiar Orientada a la Crisis.

Se desarrolló un programa de intervención familiar que han puesto en marcha y en combinación con el empleo de neurolepticos. El programa está orientado a esquizofrénicos agudos en su primera o segunda hospitalización y se lleva a cabo durante las seis semanas siguientes del alta hospitalaria.

Este modelo tiene duración breve, empleando procedimientos concretos y centrados en los problemas y se basa en la teoría de la intervención de crisis.

Su meta principal es ayudar al paciente para afrontar sucesos estresantes futuros y resolver la crisis actual (Arévalo, 2004).

3.1.2. Intervención Familiar para Disminuir la Emoción Expresada.

La mayoría de las investigaciones han manifestado la fuerte asociación que existe entre las recaídas y el regreso de los pacientes a hogares compuestos por familia de alta Emoción Expresada (EE), designados de este modo por sus actitudes altamente críticas, hostiles y/o de excesivo contenido emocional. Estos pacientes de alto riesgo pueden verse protegidos de las recaídas por dos factores mediadores, la terapia con neurolépticos de mantenimiento y poco contacto interpersonal cara a cara con sus familiares (Arévalo, 2004).

Los principios de la intervención familiar deben ser utilizados en el periodo formativo (buscar la alianza y mantener actitudes de baja emoción expresada).

Los clínicos pueden considerar la intervención familiar como algo costoso, por ello, estos programas se realizan fuera del horario de consulta (Leff, 2000).

3.1.3. Terapia Familiar Conductual en Esquizofrenia.

Este modelo, de clara orientación conductual, representa, un claro distanciamiento de los enfoques familiares tradicionales, al considerar a la familia como la unidad básica de promoción de un funcionamiento sano de todos sus miembros y como el determinante crucial de la recuperación y de la rehabilitación de los que padecen algún tipo de trastorno (Arévalo, 2004).

El terapeuta pretende aumentar los conocimientos sobre la esquizofrenia y su aceptación, mejorar la comunicación familiar y desarrollar estrategias eficaces de resolución de problemas. Como consecuencia del logro de estos objetivos, se consigue indirectamente reducir la tensión familiar y cambiar actitudes perjudiciales, como son: el exceso de críticas y una implicación emocional excesiva (Arévalo, 2004).

Los familiares aprenden en los grupos de apoyo algunas técnicas que les ayudan, una de ellas es *El Duelo* (duelo por la pérdida que conlleva el vivir con un enfermo esquizofrénico en la familia). Para que ese duelo sea eficaz, es preciso saber lo que les pasa (el pronóstico y su posible evolución), el esfuerzo personal que tendrá que aportar la familia y los apoyos externos que necesitará para reorganizar positivamente la angustia a nivel personal y familiar (Orradre, 2000).

Las familias que cuentan con el apoyo de otras familias en situaciones similares manifiestan sus sentimientos más profundos como su capacidad para

superar el estrés y ansiedad que les ocasiona tener un familiar con esquizofrenia y la agresividad que crean los conflictos a los que se enfrentan diario. Todas esas vivencias expuestas con claridad, en un ambiente cálido y acogedor, son procesos profundamente liberadores.

Para este modelo existe una figura llamada “Familiar Cuidador Primario Informal” (FCPI) y se refiere a la persona que se hace cargo de proveer atención y asistencia al enfermo porque guarda una relación familiar directa con el paciente, ya sean los padres, el cónyuge, los hijos o los hermanos, sin embargo, es informal porque no reciben capacitación para brindar los cuidados al paciente (Rubio, Ibáñez. A, Ibáñez. E, Galve, Martí, Mariscal, 1995). Y sólo en ellos recaen las responsabilidades y tareas del cuidado para el enfermo, las cuales pueden alterar su equilibrio, provocando el agobio o estrés que está descrito en el “síndrome del cuidador”.

En los FCPI las alteraciones de salud van desde sentimientos de carga, hasta el sentimiento de opresión constante, compartiendo con el paciente, el agobio, agotamiento y desesperanza (Serrano, 1991).

Según Velasco y Sinibaldi (2001). Para el individuo, o para la familia, una afección que comienza gradualmente representa un tipo de factor estresante diferente del que impone una crisis súbita. Por la magnitud, el reajuste estructural en la familia necesita el cambio en roles y la resolución de los problemas, por lo cual su reorganización y flexibilidad son muy importantes.

Según Nieto (2001). Reportó que la convivencia con una persona con esquizofrenia provocaba en los familiares manifestaciones sintomáticas diversas, somáticas por un lado y afectivas por otro, como depresión y ansiedad; u obsesión y compulsión.

El significado que la familia le dé a la enfermedad funciona como un núcleo cognitivo que influye sobre las respuestas emocionales y motivacionales y por tanto, sobre las estrategias de afrontamiento (Nieto, 2001).

Según el autor, cada persona elabora un significado que refleja las experiencias personales previas, sus creencias, el grado de conocimientos y el bagaje cultural. Así, las creencias sobre los malestares propios de otro familiar se pueden relacionar con la culpa o la victimización, lo que impide un adecuado afrontamiento.

En México, al igual que en otras partes del mundo, en las instituciones de salud mental encontramos la familia como el agente responsable de cuidado comunitario para la mayoría de los pacientes psicóticos, ya que entre el 60% y 85% de los pacientes viven con su familia (Valencia, Rascón y Quiroga, 2003).

Sin embargo, en la institución médica- psiquiátrica, se le brinda poca orientación y ayuda profesional a la familia, ésta tiene que manejar la problemática que manifiesta el paciente sin conocimiento de la enfermedad, el entendimiento de la naturaleza biopsicosocial, o la importancia del tratamiento integral de la esquizofrenia (Rascón, Díaz, López y Reyes, 1997).

Traduciéndose en la presentación de padecimientos, trastornos emocionales y físicos, así como las dificultades económicas para sobrellevar el costo del tratamiento médico.

La narrativa de los FCPI tiene la capacidad de combinar aspectos subjetivos de la experiencia del sufrimiento, el esfuerzo de la adaptación y de la inestabilidad psicológica, como resultado de una serie de necesidades insatisfechas y la inminente necesidad de atención integral tanto para el FCPI como para el paciente, ya que la enfermedad mental no es un problema individual sino del grupo familiar, los padres suelen sobreproteger a sus hijos porque creen que la enfermedad fue causada por su descuido o por la violencia intrafamiliar (Rascón, Caraveo y Valencia 2010).

El papel que juega el FCPI en el tratamiento y en la rehabilitación del enfermo mental ha permitido entender que es elemental la participación familiar para la recuperación del mismo y como el principal agente de apoyo en la evolución de la enfermedad. Es necesario tomar en cuenta que la rehabilitación no es del todo posible si el entorno social no se adapta a las necesidades de los enfermos (Organización Mundial de la Salud, 2004).

Tomando en cuenta lo anterior, el FCPI y los pacientes son víctimas de la enfermedad. Desde un primer momento se presenta la sobrecarga por del cuidado, el gasto económico, el sufrimiento de los pacientes y de sus familiares, la falta de tiempo libre y el apoyo social junto con la estigmatización.

De acuerdo con Caraveo y Rascón (1999). Los estudios demuestran los beneficios de brindar tratamiento y apoyo psicoeducativo a los familiares porque se reducen sus malestares emocionales y físicos, así como la carga familiar. Al mismo tiempo que se considera el rol del FCPI, porque ejerce un papel primordial en el cuidado del paciente con esquizofrenia y sus necesidades deben ser analizadas por el alto riesgo psicopatológico que representan.

Las familias buscan tener tiempo y energía para tomar decisiones, entretenerse, disfrutar del tiempo libre y el ocio reparador, en definitiva, para vivir un orden íntimo y un control exterior que no tolere el desmoronamiento familiar, que no rompa el nivel de satisfacción conyugal y familiar. Y todo esto, vivido como un proceso vital continuo, exprimiendo la alegría de vivir en un camino permanente, no contentándose con unos pocos momentos aislados (Orradre, 2000).

Es por ello que el papel de la familia es fundamental en la socialización y resocialización de los enfermos esquizofrénicos, desgraciadamente, se comprueba y verifica lo contrario: la desintegración, la no-socialización y no-rehabilitación desde la familia, porque es la propia familia la que necesita sacar la cabeza del pozo, respirar y sobrevivir.

El peligro es aún mayor; la familia no debe utilizar la táctica de echar la culpa al de afuera, de buscar un chivo expiatorio que vive más allá del felpudo de la entrada de su casa. Esta figura del adversario exterior se va diseñando en

la mente de cada uno y se construye con los materiales que el subconsciente aporta (ansiedades, repulsiones, anhelos reprimidos, fijaciones inconfesables, apetitos larvados) y todos aquellos elementos de los que uno quisiera verse libre. Proyectarlos al exterior, adjudicarlos a otro, es la manera más expeditiva y más fácil de eliminarlos. Así es como surge, a la vez trágico y grotesco, el adversario culpable de todo, que no es sino un muñeco fabricado con nuestros propios restos mentales (Orradre, 2000).

Las familias están sobrecargadas por la difícil y dura función de cuidar a un paciente esquizofrénico. Esto se percibe tanto objetivamente, en los problemas propios del funcionamiento familiar, como, en términos de la repercusión emocional de la enfermedad en la familia. Esta sobrecarga afecta a distintos campos de la vida familiar y fundamentalmente supone un importante impacto en el funcionamiento emocional y en la vida laboral y familiar del informante (Castilla, 2000).

El modelo comunitario en salud mental ha supuesto un incremento en la carga familiar sin que exista probablemente un apoyo suficiente para las familias. Cabe preguntarse si esta situación es sostenible o puede llegar a afectar la salud de la propia familia.

Estudios diversos sobre la carga familiar han señalado una alta probabilidad de aparición de trastornos psíquicos en los familiares de los pacientes esquizofrénicos. Además, altos niveles de carga familiar están relacionados con niveles altos de emoción expresada y está demostrada la

influencia de un nivel alto de emoción expresada en la recaída de los pacientes esquizofrénicos (Castilla, 2000).

3.2. Factores Familiares.

Aunque no hay estudios que comprueben directamente la hipótesis de que el tener una familia que apoya al enfermo es importante para alcanzar unos buenos resultados a largo plazo, hay dos líneas de investigación que apoyan dicha suposición (Lieberman, 2004).

En primer lugar, muchos estudios internacionales han replicado los hallazgos de estrés familiar, tal y como se refleja en las actitudes de altos niveles de emoción expresada de crítica y una sobre implicación para con el familiar enfermo mental, que es un factor pronóstico importante en la recaída de la esquizofrenia y en los trastornos del estado de ánimo.

En segundo lugar, la relación entre el estrés familiar ha llevado al desarrollo de varios modos de intervención familiar que se han diseñado y validado de manera empírica por su capacidad de equiparar a los familiares con las habilidades de comunicación, resolución de problemas y otros mecanismos de afrontamiento, mejorar el clima emocional de la familiar y reducir la incidencia de recaídas y reingresos (Lieberman, 2004).

Según Lieberman (2004). Más de dos docenas de estudios bien controlados en la última década realizados en distintos países han demostrado

que la psicoeducación familiar y formación en habilidades de afrontamiento y resolución de problemas redujeron el índice de recaída y hospitalización subsiguiente en los pacientes que participaron en este tipo de tratamiento. Es más, los enfermos que participaron en esta clase de intervenciones familiares también ganaron significativamente en el dominio del ajuste social a la vez que necesitaban menos medicación antipsicótica.

Conjuntamente estos hallazgos sugieren que una familia que les apoya con expectativas realistas de mejora y amplios refuerzos para lograr un progreso gradual puede resultar ser un factor crítico en el resultado a largo plazo de las personas con esquizofrenia (Lieberman, 2004).

El autor menciona que los lazos familiares cordiales constituyen uno de los criterios de recuperación. Serán necesarios estudios prospectivos longitudinales y de intervención en personas con esquizofrenia para demostrar que los tratamientos que mejoran el clima emocional familiar aumentan la tasa de recuperación. La utilización de diseños de este tipo permitirá a los investigadores, evitar la relación tautológica entre el proceso familiar y los resultados en la recuperación de la esquizofrenia.

3.4. Abuso de Sustancias.

Un estudio epidemiológico realizado por el Instituto Nacional de Salud Mental (NIMH) situó la prevalencia de abuso de drogas en algún momento de la vida entre pacientes esquizofrénicos en un 47%, muy superior a la prevalencia en la población general (Lieberman, 2004).

Las consecuencias clínicas graves a las que se enfrentan los enfermos esquizofrénicos que consumen drogas merecen una atención especial. Se ha observado que los pacientes que consumen drogas o alcohol presentan más síntomas durante su ingreso, sufren recaídas con mayor frecuencia, tienen un peor funcionamiento psicosocial y un pronóstico más desfavorable de recuperación. Presentan tasas más altas de violencia y de suicidio, tienen menos probabilidades de ver satisfechas sus necesidades básicas de vivienda, alimentación y son menos probable que cumplan con su tratamiento.

Estos hallazgos se han matizado, pues existen informes ocasionales en la literatura de investigación que indican que cantidades limitadas de alcohol y de marihuana, cuando éstos se consumen en contextos sociales controlados, pueden ser relativamente inocuas para los individuos con esquizofrenia (Lieberman, 2004).

Según Lieberman (2004). Es posible que los enfermos dejen de tomar su medicación por miedo a sufrir interacciones negativas entre las drogas de la calle y los neurolépticos o porque el alcohol y las drogas en abuso interfieren con la memoria. Algunos no acuden a las citas ya concertadas como parte de su programa terapéutico, sobre todo porque el consumo o abuso activo de drogas puede poner en peligro las ayudas que reciben del tratamiento.

Es posible que los pacientes esquizofrénicos que abusan de las drogas tengan menos recursos que los pacientes que no abusan de ellas (por ejemplo,

una vivienda, un coche) y, por lo tanto, tienen mayores dificultades a la hora de adherirse a su programa de tratamiento aun cuando se sientan motivados para participar en los servicios (Lieberman, 2004).

El consumo de cocaína puede resultar especialmente dañino en los sujetos con esquizofrenia debido a las consecuencias económicas y sociales tan graves que conlleva, así como al hecho de que la cocaína, al igual que otros estimulantes, ejerce su efecto en el sistema dopaminérgico, el cual se ha relacionado con la fisiopatología de las psicosis de la esquizofrenia. A pesar de tener antecedentes de consumo de sustancias en algún momento de la vida, lo que corrobora la asociación de abuso de sustancias con un mal pronóstico de recuperación. Además, ningún sujetos refería estar consumiendo drogas en la actualidad y únicamente dos habían tomado alguna bebida alcohólica en el último año (Lieberman, 2004).

3.5. Duración de la Psicosis sin Tratar.

Se ha comprobado que una mayor duración de psicosis sin tratar (PST), que se suele definir como el número de semanas desde el comienzo de los síntomas psicóticos hasta el primer ingreso o el tratamiento neuroléptico inicial, supone un factor de mal pronóstico. Por ejemplo, una mayor duración de los síntomas psicóticos antes de instaurar el tratamiento estaba significativamente asociada con un mayor intervalo de tiempo hasta la remisión, así como con un grado menor de remisión. (Halgin, 2004).

Continuando con el autor, una mayor duración de enfermedad con síntomas prodrómicos, los cuales se refieren a una primera indicación del comienzo de la enfermedad, en los cuales se dirige a identificar tempranamente a personas que no presentan claros síntomas de la psicosis, aunque si cambios no específicos en la conducta o características atenuadas del trastorno.

También se asociaba a un mayor tiempo hasta la remisión. Una revisión de la literatura concluyó que entre una lista de las variables antes del tratamiento, una mayor duración de la psicosis sin tratar era el mejor indicador pronóstico de la recuperación sintomática y funcional en los estudios de esquizofrenia de comienzo reciente. Sin embargo, puede resultar difícil comprobar la relación causal entre una mayor duración de PST y resultados peores o, por el contrario, una menor duración de PST y mejores resultados.

Los impedimentos metodológicos a la hora de sacar inferencias de la relación que pueda tener la PST con la recuperación surgen de otros factores que pueden confundir esta relación. Por ejemplo, puede ser que aquellos enfermos que buscan tratamientos al comenzar a experimentar la psicosis tengan una red de apoyo social más firme que les alienten a buscar tratamiento (Lieberman, 2004).

De modo similar, una duración menor de PST puede relacionarse con niveles más altos de funcionamiento premórbido, un estado socioeconómico más alto, mayor nivel de inteligencia, mejor funcionamiento neurocognitivo o

mayor acceso a los recursos de atención sanitaria. Sin embargo, ya que la psicosis puede estar asociada a cambios deletéreos en el Cerebro, la intervención precoz en el tratamiento de la psicosis puede ser especialmente importante para un pronóstico favorable.

La evidencia obtenida de varios estudios prospectivos de adultos jóvenes tratados por un primer episodio de psicosis, algunos de los cuales habían sido sometidos a una vigilancia estrecha durante períodos previos de síntomas prodrómicos, apoyan el valor que tiene la intervención rápida en la reducción de la duración de la PST y en la eliminación de los síntomas psicóticos a la hora de alcanzar una recuperación (Lieberman, 2004).

Varios investigadores de estos estudios han informado que tanto los síntomas positivos como los negativos se resuelven rápidamente dentro de los 6 meses de haber iniciado un tratamiento farmacológico antipsicótico y servicios psicosociales como tratamiento adjunto. Es más, el funcionamiento psicosocial de estos adultos jóvenes realmente muestra una mejora posterior al tratamiento hasta alcanzar niveles más altos que los manifestados antes del episodio psicótico (Lieberman, 2004).

Estos hallazgos sugieren que una implicación rápida en tratamiento basado en la evidencia puede contener las semillas de protección contra las aberraciones del neurodesarrollo que con frecuencia se observan en las personas con esquizofrenia.

3.6. Buena Respuesta a los Neurolépticos.

Numerosos estudios han puesto de manifiesto que la mejora de los síntomas o la ausencia de un efecto disfórico en los días posteriores a la administración de neurolépticos predicen significativamente el pronóstico a las semanas o meses. (Halgin, 2004).

Continuando con el autor, una respuesta clínica más rápida a los fármacos antipsicóticos puede verse mediada por una falta de efectos secundarios y, en consecuencia, una adhesión más fiable al régimen farmacológico a más largo plazo. La llegada de los nuevos antipsicóticos atípicos, con menos efectos secundarios subjetivos, puede favorecer el cumplimiento más fiable de la medicación de mantenimiento con tasas más altas de recuperación. Es necesario recoger más evidencia empírica que confirme esto antes de llegar a la conclusión de una respuesta favorable al tratamiento

3.7. Adherencia Terapéutica del Enfermo.

La adherencia terapéutica hace referencia a un conjunto de conductas entre las que incluyen aceptar formar parte de un plan o programa de tratamiento, poner en práctica de manera continuada las indicaciones de este, evitar conductas de riesgo e incorporar al estilo de vida conductas saludables. Por ello, es un asunto comportamental y depende de la conducta del paciente,

pero también se relaciona estrechamente con la conducta del médico (Zaldívar, 2003).

Sin embargo, el no cumplimiento con la medicación antipsicótica de acuerdo con las pautas marcadas por el médico impide la estabilización tanto a corto como a largo plazo en áreas como la psicopatología, los reingresos, relaciones interpersonales, consumo de drogas ilegales y de alcohol, la frecuencia de actividades violentas o delictivas de otro tipo, así como la calidad de vida global.

La administración constante de antipsicóticos, ajustados juiciosamente a las dosis diseñadas para maximizar la eficacia a la vez que minimizan los efectos secundarios, es una precondition necesaria para conseguir un funcionamiento social y comunitario óptimo, por ello hay que superar una serie de obstáculos asociados al uso regular de la medicación para que puedan surgir los beneficios del tratamiento (Lieberman, 2004).

Gran parte de las indicaciones terapéuticas no pueden ser supervisadas cotidianamente por un agente externo al paciente, quedando bajo su directa responsabilidad y es el paciente quien en definitiva decide si cumplir o no con el tratamiento. Las bajas tasas de adherencia comunicadas parecían apoyar la idea de que el paciente mayoritariamente no cumple con el tratamiento. El National Heart, Lung and Blood Institute (1998). Señala que entre el 30% y el 70% de los pacientes no cumple con los consejos entregados por sus médicos.

En otras estadísticas, Martin y Grau (2005). Señalan que el 40% de los pacientes no cumplen las recomendaciones terapéuticas. En el caso de las enfermedades agudas este porcentaje llega a 20% mientras que en enfermedades crónicas el incumplimiento alcanzaría a 45%.

Por otra parte, si un paciente no cumple con las indicaciones terapéuticas es imposible estimar el efecto del tratamiento, lo que a su vez puede contribuir a prolongar la terapia o no tener efecto alguno en el paciente (Rodríguez, 2001).

Una investigación de comprobación de hipótesis tendría que incluir muestras más amplias de individuos con esquizofrenia no seleccionadas y hacer un seguimiento de varios años para determinar con claridad las relaciones existentes entre la adhesión terapéutica y la recuperación (Halgin, 2004).

Mueser (2000). Señala la importancia de poder contar con una persona responsable de asegurar que los programas de intervención familiar se lleven a cabo. La existencia de un responsable del programa es necesaria para proporcionar un apoyo continuando al proyecto y que este asegure que el entusiasmo original asociado con una nueva intervención no se pierda en cuanto se convierta en parte del tratamiento.

Las intervenciones familiares deben resultar en una combinación de elementos que han demostrado ser eficaces para todos los modelos, tales

como: un compromiso de la familia en el proceso de tratamiento, dentro de una atmósfera sin culpa y la educación sobre la esquizofrenia (Muela y Godoy, 2001).

3.7. Terapia de Apoyo con una Alianza Terapéutica Colaboradora.

Los estudios que han analizado el papel que desempeña la psicoterapia en las vidas de las personas con esquizofrenia han encontrado que la relación con sus psiquiatras, terapeutas y equipos de tratamiento es clave en la mejora (Lieberman, 2004).

La terapia de apoyo se considera esencial como cimiento para la administración de todo tipo de tratamientos y para los cambios terapéuticos. Sin embargo, la terapia de apoyo no es *inespecífica* ni se basa únicamente en las conversaciones en la consulta. Más bien parece que su eficacia está mediada por un espectro de implicación personal de esfuerzo por parte del psiquiatra o terapeuta que son capaces de desarrollar una alianza y relación terapéutica positiva con el cliente y sus familiares.

La importancia que tiene la terapia de apoyo en el proceso de recuperación ha sido corroborada por algunos estudios aleatorizados y bien controlados de larga duración que han demostrado tasas reducidas de recidivas y un mejor funcionamiento social (Lieberman, 2004).

Siguiendo con el autor, las pruebas adicionales se consiguen de los individuos que se han recuperado de la esquizofrenia, que atribuyen una parte de su éxito a la relación que tienen con su terapeuta.

Estas descripciones hechas por nuestros pacientes iban acompañadas de su impresión de que el tratamiento que recibían estaba impulsado por sus propias metas personales en la vida y que se centraban en mantener y mejorar su nivel de funcionamiento y en la calidad subjetiva de vida (Lieberman, 2004).

3.8. Factores Neurocognitivos en la Previsión de Recuperación.

Se ha identificado el funcionamiento neurocognitivo como correlato y factor pronóstico del aprendizaje social y el resultado del papel de utilidad en la esquizofrenia. Por ejemplo, las medidas de memoria de trabajo, la vigilancia y el procesamiento perceptivo precoz se encontraban entre los mejores factores pronósticos del funcionamiento laboral tras un año de tratamiento ambulatorio en los jóvenes con esquizofrenia de comienzo reciente (Lieberman, 2004).

El autor hace referencia a los factores neurocognitivos que la literatura ha revelado, específicamente asociados con el resultado funcional en tres áreas: el resultado en la comunidad, la resolución de problemas sociales y la adquisición de habilidades sociales. La memoria verbal secundaria y funciones ejecutivas, como la formación de conceptos y la flexibilidad cognitiva, fueron identificadas como factores pronósticos del funcionamiento en la comunidad, la memoria verbal secundaria y la vigilancia resultaron ser factores pronósticos de

la resolución de problemas sociales. La memoria inmediata y la memoria verbal secundaria y la vigilancia se asociaban habitualmente con la adquisición de habilidades sociales (Lieberman, 2004).

De forma parecida, los pacientes esquizofrénicos que presentaban un buen rendimiento ocupacional tenían mejores resultados que los que tenían un mal rendimiento (Lieberman, 2004).

CONCLUSIONES

¿Qué pasa cuando una persona empieza a comportarse de diferente manera a la usual y tiene ideas irracionales que antes no tenía? Comienza por escuchar murmullos, ver gente que no sabía que existía. Piensa que es parte de la realidad, sin darse cuenta que en su mente está formando otro mundo lejano a la realidad y el enfermo piensa que es normal, sin saber que día a día se sumerge en la esquizofrenia.

Al presentar este tipo de conductas, la persona cree estar sola, sin antes pensar que puede contar con su familia. La psicoeducación familiar y formación en habilidades de afrontamiento y resolución de problemas han reducido el índice de desarrollo, recaída y hospitalización de los enfermos con trastornos mentales.

Hace ya muchos años que se reconoce la eficacia de los antipsicóticos en el tratamiento de la esquizofrenia, sin embargo, el incumplimiento con los regímenes farmacológicos sigue siendo un problema importante para muchos individuos que padecen este trastorno. En cambio, la evidencia a favor de terapias como la psicoeducación familiar, la formación en habilidades sociales y la rehabilitación ocupacional sugiere un mayor aprovechamiento para que médicos y clientes obtengan mayores efectos saludables.

La adherencia terapéutica hace referencia a un conjunto de conductas entre las que incluyen formar parte de un plan o programa de tratamiento,

poner en práctica de manera continua las indicaciones de éste, evitar conductas de riesgo e incorporar al estilo de vida conductas saludables.

Asimismo, se ha demostrado que los pacientes que no consumen drogas y alcohol, gracias al apoyo de sus familiares, tienen menos recaídas y no presentan tasas altas de violencia o suicidios. Dado que la frecuencia de la recaída es un indicador de mal pronóstico, se asegura que las personas esquizofrénicas con familias que les apoyan y que expresan su aceptación, calor, comprensión y ánimo tendrán una mayor probabilidad de recuperarse.

Es por eso la importancia de tomar una terapia apropiada para afrontar la situación a la que se ve involucrada la familia y por medio de ésta apoyar al enfermo en el desarrollo de la esquizofrenia y a su vez afrontar la enfermedad.

Al presentar este trabajo se busca demostrar la importancia de la comunicación familiar como un apoyo en el tratamiento psicoterapéutico en pacientes con esquizofrenia, porque si no se considera este apoyo, existirá un aumento de personas que sufrirán esta enfermedad sin una cura a la vista.

En ocasiones se suele pensar que basta únicamente con el apoyo terapéutico, sin tomar en cuenta que la base fundamental para lograr un buen tratamiento y mantenerlo en óptimas condiciones, es el apoyo y la comunicación que brinda la familia.

AUTOEVALUACION

El realizar este proyecto de investigación fue un proceso duro de maduración tanto profesional como personal.

El elegir estudiar la licenciatura de Psicología no me fue difícil, ya que desde niña me nació el gusto por saber qué era lo que hacía diferente a una persona de otra o por qué actuábamos de cierta manera, así comenzó mi gusto por la psicología.

Me imaginaba teniendo un consultorio propio o trabajando en una clínica y cuando estudié la preparatoria, hice un plan de vida pensando en mi futuro y planeando como sería, lo cual no ha sido nada fácil y no ha sucedido como lo planeé.

Al terminar la carrera fue un momento difícil, porque me costó mucho trabajo elegir que haría con mi vida. No fue fácil conseguir trabajo y poco a poco me fui estancando; era cómodo estar en casa sin preocuparme por nada. Así paso un año y medio hasta que decidí buscar trabajo pero me sentía mal y decepcionada de mí, como aún no estaba titulada ni tenía un tema para tesis, me enfoqué a buscar trabajo en Recursos Humanos. Asistí a infinidad de entrevistas pero en ningún trabajo lograba entrar y pasado el tiempo, obtuve un trabajo como maestra de inglés en un kínder. Me agradaba mucho y sólo duré hasta el término del ciclo escolar. A los pocos meses conseguí un nuevo empleo como becaria de capacitación y recursos humanos en una empresa de monitoreo de medios de comunicación, el ambiente laboral era excelente y estaba muy contenta. Después trabajé en un outsourcing de nómina como auxiliar de servicio al cliente y al cumplir un año en la empresa renuncié,

porque quería enfocarme en terminar la tesis y ejercer mi profesión dando psicoterapia y seguir formándome profesionalmente.

Al escribir esto, ya tengo terminada la tesis, pero eso no me basta pues en este momento de mi vida sigo sintiéndome estancada me parece a que a mi edad ya hubiera logrado muchas cosas pero no es así, no dejo de pensar en eso, pues sigo viviendo con mis papás y así no planeo mi vida, quiero ser una mujer productiva e independiente.

Desde hace seis meses, trabajo con mis papás en la central de abasto, llevando la facturación del negocio y por las tardes tengo mucho tiempo libre pero tampoco lo aprovecho.

En la mayoría de diplomados o maestrías que me interesan estudiar piden que esté titulada y ya estoy a unos pasos de lograrlo y eso me anima a seguir adelante y ya no perder el tiempo.

El tema de mi tesis fue un trabajo de investigación de quinto semestre de la materia de Psicología Experimental, el cual retome y amplié, es de mi agrado, aunque fue difícil concretarla... en sí me apoye mucho en los estudios que obtuve durante la licenciatura.

Este tiempo en que estuve realizando la tesis y el estudiar Psicología me hizo comprender y entender que todas las personas estamos propensas a padecer una enfermedad mental y no por el simple hecho de adquirirlo genéticamente o por haber sufrido maltrato en la infancia, simplemente por el ritmo de vida que llevamos, el salir de casa todo el día, enfrentarnos con gran estrés a la vida, problemas económicos, familiares, laborales, etc. Y a todo esto, le sumamos grados de vulnerabilidad que cada persona padece y que cada una tiene maneras distintas de percibir sus problemas y de afrontarlos.

Por eso la importancia de cuidar nuestra salud física y mental, darnos tiempo libre para nosotros y convivir con nuestras familias que son lo más importante y en la cual podemos confiar y apoyarnos.

PRUEBAS

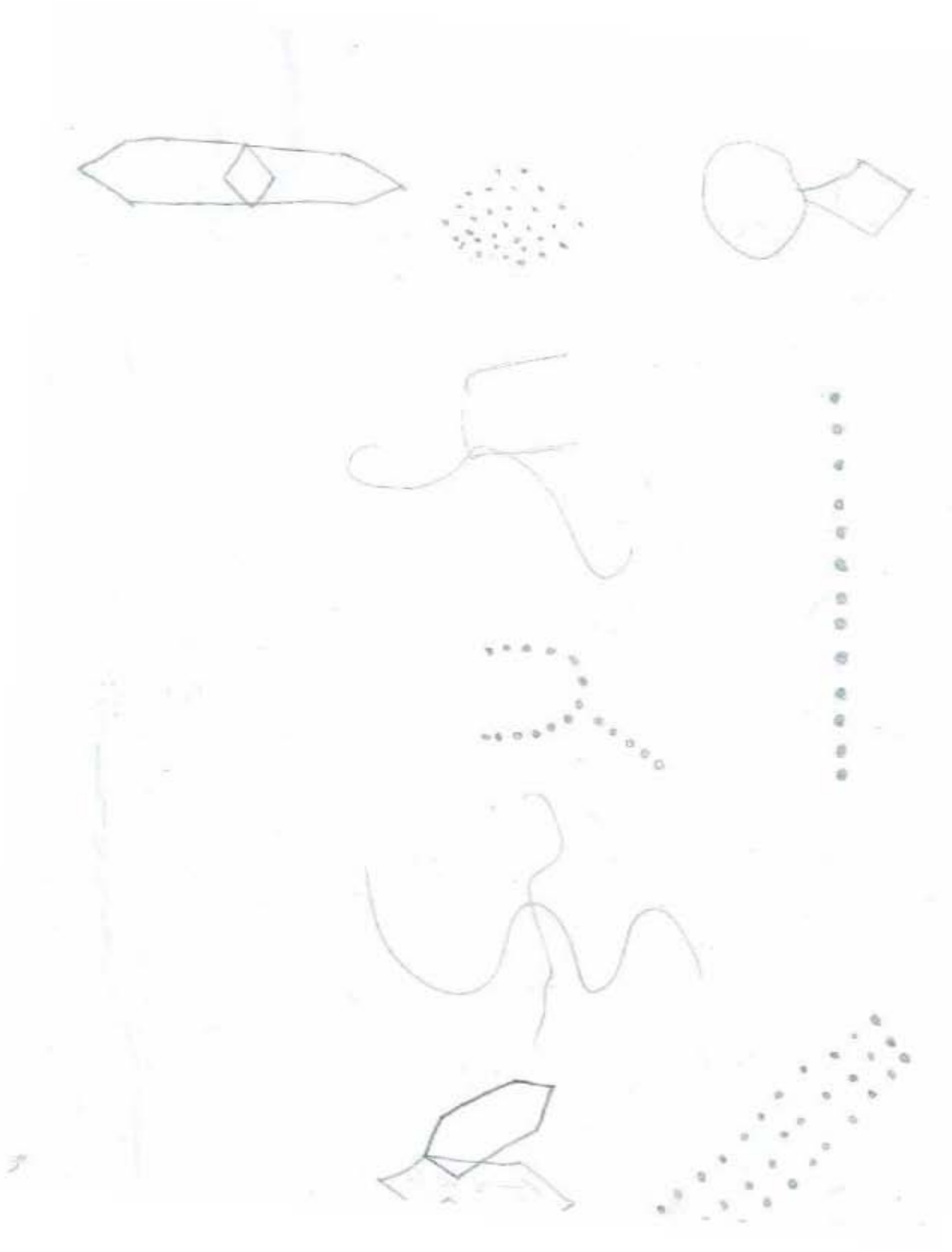
TEST GESTÁLTICO VISOMOTOR DE LAURETTA BENDER Y LA ESCALA DE MADURACIÓN INFANTIL DE E. M. KOPPITZ

Este instrumento de medición psicológica, originalmente se construyó para diagnosticar problemas en la percepción gestáltica y desde su construcción hasta la década de los 60's su empleo fue casi exclusivo con pacientes psiquiátricos adultos.

Su uso con niños escolares se ha llevado a cabo, tanto para evaluar su nivel de maduración en la percepción visomotriz como para predecir el nivel intelectual, los problemas en el rendimiento escolar, la disfunción cerebral mínima y los problemas emocionales. La gran cantidad de estudios realizados con El Test Gestáltico Visomotor de Bender permite afirmar que aún conserva la suficiente validez como para ser una de las técnicas más empleadas para el psicodiagnóstico.

Díaz, G, R., Varela, D, R., y Villegas, H, M (2008) *Test Gestáltico Visomotor de Lauretta Bender y la Escala de Maduración Infantil de E. M. Koppitz*

ANEXO A



REFERENCIAS

Carlson, N. R (2006). *Fisiología de la conducta*. México. Pearson.

Gross, D. R (2004). *Psicología la ciencia de la mente y la conducta*. México. Manual Moderno.

Halgin, P. R (2004). *Psicología de la anormalidad*. México. McGraw.

Arévalo, F. J (2004). Intervenciones familiares en el tratamiento de los pacientes con esquizofrenia. Aproximaciones recientes. *Estudios de psicología*, 1 (4), 43-50.

Leff, J (2000). Family work for schizophrenia: practical application. *Acta Psychiatr Scand*, 102 (407), 78-82.

Orradre, E. M (2000). El enfermo esquizofrénico y sus familias inmersos en un cambio profundo. *Asociación Navarra para la Salud Psíquica*, 1 (23), 62.

Castilla, A. L (2000). La carga familiar en una muestra de pacientes esquizofrénicos en tratamiento ambulatorio. *Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 68 (18), 35.

Liberman, R. P (2004). Un enfoque empírico de la recuperación de la esquizofrenia: definir la recuperación e identificar los factores que pueden facilitarla. *Rehabilitación Psicosocial*, 1 (1), 78-93.

The International Classification of Diseases (1978) 9th Revision, Clinical Modification (ICD-9CM).

American Psychiatric Association (1988). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (3^a. Ed.)* Barcelona, España. Masson.

American Psychiatric Association (1995). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4^a. Ed.)* Barcelona, España. Masson.

National Heart, Lung and Blood Institute. *Behavioral research in cardiovascular, lung, and blood health and disease* (1998). Washington, DC: U.S. Department of Health and Human Services.

Martin, L. Grau, J (2005). La adherencia terapéutica como un problema de la psicología de la salud. En: Hernández E, Grau J, eds. *Psicología de la Salud. Fundamentos y Aplicaciones*. Universidad de Guadalajara.

Rodríguez, M (2001). *Psicología Social de la Salud*. Madrid: Pirámide.

Zaldívar, D (2003). Adherencia terapéutica y modelos explicativos. *Salud para la vida*. Disponible en: www.infomed.sld.cu

Rubio, M. M. L, Ibáñez, A, Ibáñez, E. J. A, Galve, R. F, Martí, T. N, Mariscal, B.J (1995). Perfil médico social del cuidador crucial ¿Se trata de un paciente oculto? *Atención Primaria*. 16 (4) 181-6.

Serrano, C. C (1991). Estrés y enfermedades psicosomáticas. *Psiquiatr*. 1: 37-47.

Velasco, M.L., Sinibaldi, J (2001). Manejo del enfermo crónico y su familia (Sistemas, historias y creencias). México: El manual moderno.

Nieto, M. J (2001). La conducta de enfermar. Informe interno. Universidad de Murcia, España.

Valencia, M., Rascón, M.L., Quiroga, H (2003). Aportaciones de la investigación respecto al tratamiento psicosocial y familiar de pacientes con esquizofrenia. *Salud mental*. México.

Rascón, G. M. L, Díaz, M. L. R, López, J. L, Reyes, R. C (1997). La necesidad de dar atención a los familiares responsables del cuidado de pacientes esquizofrénicos. *Salud Mental*. México.

Rascón, L. M., Caraveo, J., Valencia, M (2010). Trastornos emocionales, físicos y psiquiátricos en los familiares de pacientes con esquizofrenia en México. *Revista de Investigación Clínica*, 6 (2).

Organización Mundial de la Salud (2004). *Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias*. Ginebra.

Caraveo, A. J, Colmenares, E, Saldívar, G. J (1999). Morbilidad psiquiátrica en la ciudad de México: prevalencia y comorbilidad a lo largo de la vida. *Salud Mental*, 22 (62).

Mueser, K. T (2000). Family-Friendly Services: A modest proposal. *Psychiatr Serv.*

Chicharro, F, Uriarte, J. J (2003). Gestión clínica y Rehabilitación Psicosocial. Los nuevos modelos de gestión y la asistencia a la enfermedad mental severa. *Asociación Española de Neuropsiquiatría*. Madrid.

Selwood, W (2001). Needs-based cognitive-behavioural family intervention for carers of patients suffering from schizophrenia. *Acta Psychiatr Scand.* 104

Saunders, J (2003). Families living with severe mental illness: A literature review. *Issues in Mental Health Nursing*- 24, 175-198.

Saunders, J (1999). Family functioning in families providing care for a family member with schizophrenia. *Issues in Mental Health Nursing*. 20, 95-113

Muela, J. Godoy, J (2001). Programas actuales de internación familiar de la esquizofrenia. *Psicothema*. 13 (1).