



EDUCAR, RESTAURAR
TRANSFORMAR

CENTRO UNIVERSITARIO VASCO DE QUIROGA
DE HUEJUTLA
INCORPORADO A LA UNAM CLAVE: 8895-25
AV. JUÁREZ # 73, COL. JUÁREZ, HUEJUTLA, HIDALGO.

DIVISIÓN DE ESTUDIOS UNIVERSITARIOS

“El rol de la familia en el tratamiento de la esquizofrenia”

TESIS

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

PRESENTA:

Isaura Martínez Álvarez

GENERACIÓN 2010-2014.

HUEJUTLA DE REYES, HGO. 03 DICIEMBRE 2017



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.

Dictamen

Nombre de la tesista: Isaura Martínez Álvarez

Título de la investigación: “El rol de la familia en el tratamiento de la esquizofrenia”

Título a recibir: Licenciatura

Nombre de la licenciatura: Psicología

Fecha: Huejutla, Hgo; 03 de diciembre de 2017

El que firma Lic. En Psic. Juan Hernández Dolores, acreditado por el Centro Universitario Vasco de Quiroga de Huejutla, como asesor de tesis de licenciatura, hace constar que el trabajo de tesis aquí mencionado cumple con los requisitos establecidos por la División de Estudios e Investigación, para tener opción al título de licenciatura y se autoriza su impresión.

Atentamente

Lic. en Psic. Juan Hernández Dolores

Dedicatorias

A mi mamá Rosalba Álvarez Abrego y a mi papá Antonio Martínez Hernández, por haberme brindado su apoyo de manera económica y moral durante estos cuatro años de la licenciatura, por su comprensión y confianza ante las dificultades que se me presentaron tanto en el ámbito académico como en el personal, es por eso que dedico mi trabajo final como resultado de nuestro esfuerzo en conjunto para poder culminar la licenciatura en psicología.

A mis hermanos

- Javier Martínez Álvarez
- Antonio Martínez Álvarez
- Reyna Martínez Álvarez

A mis sobrinos: Cristofer Hernández Martínez y Xavier Tadeo Hernández Martínez.

Por ser personas significativas en mi vida.

A todas las personas que me apoyaron para no dejar inconclusa la carrera y en determinado momento necesite de su ayuda y en especial a quien últimamente está apoyándome y motivándome en todos los aspectos, Lic. María Guadalupe Acosta Coronado.

Isaura Martínez Álvarez

Agradecimientos

Especialmente a mis padres, por apoyarme durante todo este proceso y por hacerme saber que confiaron en mí, que con esfuerzo y dedicación podría lograr lo que más he anhelado en estos años, ser Lic. En Psicología.

Al Director del Centro de Salud Dr. Horacio Camargo Rivera, Dr. Jorge Hernández Franco por haberme permitido realizar mi trabajo de investigación en la institución médica que dirige. A la Médico Sandra Arguelles y la Médico María Guadalupe Miranda por su colaboración e información proporcionada para esta investigación.

A las familias de los pacientes con los que se realizó este trabajo, ya que sin su colaboración no hubiera sido posible sustentar dicha investigación.

A mi asesor de tesis y Director de la carrera, Lic. Juan Hernández Dolores por su asistencia ante las dificultades que se me presentaron en la elaboración de la tesis.

Índice

Portadilla

Dictamen

Dedicatorias

Índice

Resumen

Abstract

Introducción

Capítulo I: Presentación del problema

1.1	Antecedentes.....	2
1.2	Justificación.....	7
1.3	Descripción del problema.....	8
1.4	Objetivos.....	9
1.5	Planteamiento del problema.....	10
1.6	Interrogantes de la investigación.....	10

Capítulo II: Marco teórico

2.1	La salud mental.....	12
2.1.1	Enfermedades mentales.....	13
2.1.2	Esquizofrenia.....	16
2.1.3	Tipos de esquizofrenia.....	24

2.1.4	Fases de la esquizofrenia.....	25
2.1.5	Síntomas de la esquizofrenia.....	27
2.1.6	Cursos de la esquizofrenia.....	28
2.1.7	Diagnóstico de la esquizofrenia.....	30
2.1.8	Tratamiento de la esquizofrenia.....	31
2.1.9	Intervención farmacológica.....	36
2.2	Eficacia farmacológica.....	37
2.2.1	Familia esquizofrénica.....	40
2.2.2	El papel de la familia en la adherencia al tratamiento.....	43
2.2.3	Rehabilitación para la esquizofrenia.....	45

Capítulo III: Diseño de la investigación

3.1	Descripción de la metodología.....	52
3.2	Población y muestra.....	55
3.3	Técnicas e instrumentos utilizados.....	57
3.4	Cronograma.....	62

Capítulo IV: Descripción de los resultados

4.1	Presentación de los resultados	64
4.2	Categorización.....	79
4.3	Triangulación.....	83

Capítulo V: Discusión y sugerencias de intervención

5.1	Discusión y Conclusiones.....	88
5.2	Sugerencias.....	88

Anexos	92
Entrevista a médicos de salud mental.....	92
Anexo A de Eje I.....	94
Anexo B de Eje II.....	94
Anexo C de Eje III.....	95
Anexo D de Eje IV.....	95
Anexo E de Eje V.....	96
Glosario.....	97
Referencias Bibliográficas.....	99

Resumen

El sistema familiar depende en su totalidad de la manera en que estén relacionados entre sí cada uno de los componentes de la familia, de la forma en que se ejerza esa alianza entre todos los integrantes y ante todo que haya un equilibrio en este sistema. El modelo estructural es el encargado de identificar que los problemas psicológicos son originados y se encuentran inmersos en el entorno familiar y no únicamente de manera individual. Es por eso que esta investigación se enfocó en la importancia que tiene la estructura familiar para la adherencia del tratamiento y evolución de la esquizofrenia.

Palabras clave: enfermedad mental, esquizofrenia, diagnostico, sistema, Multiaxial, genograma, salud mental, trastorno, antipsicótico, fármacos, salud mental, familia.

Abstract

The family system depends entirely on how they are interrelated each of the members of the family, in the way that partnership among all members and foremost to be a balance in this whole system is exercised. The structural model is responsible for identifying that psychological problems are caused and are immersed in the family and not just individually. That is why in this research focused on the importance of family structure on adherence to treatment and evolution of mental illness such as schizophrenia.

Keywords: mental illness, schizophrenia, diagnosis, system, Multiaxial, genogram, mental health disorder, antipsychotic drugs.

Introducción

Actualmente, las enfermedades mentales ya no son consideradas como sucesos malignos relacionados con la brujería o con rituales extraños, como la gente pensaba con anterioridad. La esquizofrenia es una de las enfermedades mentales que eran atribuidas a posesiones o cosas del “demonio”, ante eso a la persona enferma se le excluía de la sociedad inclusive de la propia familia.

Hoy en día, existen diversas perspectivas teóricas que se han encargado de estudiar las causas del origen de esta enfermedad mental para posteriormente ofrecer un tratamiento favorable de acuerdo al tipo de esquizofrenia que el sujeto padece, hay modelos teóricos que consideran que la familia es el componente principal para el origen de los trastornos mentales así como también es el tratamiento más efectivo para la evolución del sujeto enfermo.

Esta investigación se abordó desde un enfoque clínico, para tener conocimiento del tipo de tratamiento farmacológico que se les suministra a los pacientes con esquizofrenia pero especialmente para saber la adherencia que tiene la familia durante este proceso.

La investigación se realizó en el Centro de Salud Dr. Horacio Camargo Rivera, en Huejutla de Reyes, Hidalgo, con familias de pacientes que padecen de esta enfermedad y que acuden a sus citas médicas en esta institución de salud. Mismo lugar donde se acudió a aplicar los instrumentos de evaluación para recolectar la información con el apoyo y colaboración de los médicos del área de salud mental y las familias que colaboraron en las entrevistas realizadas.

Posteriormente, se estructuró el examen mental de los dos pacientes que se asignaron para la investigación y de igual manera se elaboró la evaluación del diagnóstico Multiaxial para reunir la información necesaria y elaborar la estructura del genograma familiar de cada paciente.

Se precisaron de manera detallada las características particulares de los sujetos: Físicas, socioeconómicas, temperamentales, sociales y de misma forma de su entorno en familiar.

Toda la investigación se llevó a cabo con la finalidad de realzar la importancia que tiene el núcleo familiar en las personas que padecen esta enfermedad mental, así como también identificar cuáles son las causas que originan el abandono del tratamiento de los enfermos mentales.

Capítulo I:
Presentación del problema

1.1 Antecedentes

Hay que mencionar que para la OMS, la salud mental (2005) es: “El bienestar que una persona experimenta como resultado de su buen funcionamiento en los aspectos cognoscitivos, afectivos y conductuales, y, en última instancia el despliegue óptimo de sus potencialidades individuales para la convivencia, el trabajo y la recreación” (p.21). Es por eso que las personas de manera particular deben tener un equilibrio en todas las áreas en las que se desempeñan, como resultado de su buena salud mental.

Por ello se plantea el término de esquizofrenia que fue introducido por el psiquiatra suizo Bleuler en 1911. Pero este trastorno ya había sido identificado por el psiquiatra alemán Kraepelin en 1896 bajo el nombre de "demencia precoz", queriendo significar que las personas afectadas, necesariamente sufren graves deterioros cognitivos y comportamentales, similares a las demencias experimentadas por algunas personas ancianas, pero en este caso se daría en una edad juvenil. Sin embargo, Bleuler observó que no era así en todos los casos y consideró más apropiado dar el nombre de esquizofrenia como una decisión en la asociación de ideas o como una retirada de la realidad y la vida social. El término de esquizofrenia en sí significa " mente partida".

Para definir el término de demencia precoz en el grupo de la esquizofrenia Bleuler (1911) lo define de la siguiente manera: “La demencia precoz pierde esa jerarquía, esa dirección que ejerce la representación fin. Equivale, en el sujeto normal, a la desaparición voluntaria o fisiológica de la acción directiva del Yo”. (p, 62). De esta manera se puede entender que el sujeto en esta etapa o situación aún está consciente de la consecuencia de sus actos.

Según Elstein L (1917), considera los siguientes síntomas:

Se entiende entonces la particularidad de los síntomas fundamentales de la esquizofrenia: Trastornos de asociación, Trastornos de la afectividad, modulación anormal, labilidad afectiva, actualidad de emociones antiguas, displicencia. Hay una especie de ataxia emocional donde se manifiesta el sometimiento de la conciencia a la ley de los complejos, Ambivalencia afectiva (amor-odio), volitiva (querer y no querer hacer algo), intelectual (pensar y decir algo y su inversa), Autismo (predilección por la fantasía en oposición a la realidad) (p, 63).

Mediante lo mencionado por Elstein se puede deducir que la esquizofrenia es una enfermedad que se caracteriza por una cantidad variada de síntomas que hacen que la persona con esta enfermedad mental, presente alteraciones auditivas y visuales así como un desorden afectivo.

Existe un punto fundamental que diferencia la esquizofrenia de los cuadros orgánicos: no hay alteración primaria de la percepción, orientación, memoria, sensaciones, conciencia. Estas funciones simples están intactas y si parecen perturbadas es por la alteración de los procesos afectivos y de asociación. Son estas últimas las funciones simples alteradas. La relación con la realidad (autismo), sería una función compuesta que está alterada. No hay una pérdida de la realidad generalizada, sino sólo en algunas cuestiones que amenazan contradecir los complejos. El autismo podría coincidir con el autoerotismo de Freud (sin tener en cuenta la teoría de la sexualidad): predominancia del deseo sobre la percepción de la realidad. Vive en un mundo interno subjetivo (citado en Garrabé, 1992, p.22).

Para esto hay que mencionar que Bleuler (1911), considera que: No hay estudios útiles sobre las deformidades físicas en la esquizofrenia: "Parece haber menos que en la idiotez y en las epilepsias y más que en las personas sanas".

(p.81). Esto hace referencia que a pesar de las alteraciones neurológicas que hay en los enfermos mentales, no significa que tenga que haber una anomalía visible en cuanto a su apariencia física, por otro lado pueden notarse más en las personas que no necesariamente tienen un desorden mental.

En cuanto a la naturaleza de la perturbación generadora (etiología de la enfermedad), surgida a partir de una disfunción psicológica, sería efecto de una afección orgánica del cerebro: déficit negativo que engendra el surgimiento positivo de los síntomas. Esa disfunción primaria es una perturbación de las asociaciones, un debilitamiento que dificulta la síntesis mental, creando el aislamiento de los complejos, que se independizan e interfieren unos sobre otros. Bleuler no desecha, como vemos, la idea de una lesión orgánica. Sin embargo mantiene una posición ambivalente al respecto (citado en Garrabé, 1992. P.23).

En la segunda parte de su tratado, Bleuler distingue cuatro subgrupos de psicosis esquizofrénicas basándose en una descripción sintomatológica tradicional: Forma paranoide-sistema delirante de temática persecutoria mística, mesiánica, megalomaníaca. Es el grupo que responde mejor al análisis psicopatológico que funda la síntesis de la enfermedad (autismo con rico contenido, perturbación afectiva sin déficit); Catatonía-conjunto de trastornos psicomotores que oscilan entre el estupor, inmovilidad, negativismo y movimientos estereotipados por una parte y las crisis de excitación psicomotriz por otra; Hebefrenia-empobrecimiento psíquico progresivo que afecta la esfera intelectual y afectiva; forma simple o esquizofrenia latente-signos discretos de debilitamiento asociativo. No se observan las manifestaciones secundarias de la enfermedad. Se descubre esta modalidad en

muchos psicópatas, alcohólicos, toxicómanos, vagabundos, mendigos, excéntricos, etc. Personas irritables, bizarras, morosas, replegadas, exageradamente puntillosas, fanáticas o soñadoras extremas, resultan a veces afectas de una esquizofrenia latente. (Bercherie, 1980, citado en Elstein Can Targa p, 64).

Las teorías sobre la esquizofrenia se han centrado fundamentalmente en su etiología y en su patofisiología, dando mayor o menor importancia a los parámetros bio-psicosociales. Modelo médico: Este modelo se aplica tanto a la etiología como a la patofisiología. Y se apoya en estudios genéticos (Gottesman y Shields, 1976), que no aportan datos concluyentes, y en estudios sobre anomalías estructurales del cerebro, como la dilatación ventricular (Johnstone, 1978) y funcionales, como las alteraciones de los neurotransmisores (Verhoeven, Westenberg y Van Ree, 1984), especialmente la dopamina cuyo aumento en los receptores neuronales produciría un exceso de información no procesable, dando lugar a déficit atencional. (Meltzer, 1979, citado en Alberto Espina.p.23).

Modelo ambiental: El grupo de Bateson publicó en 1956 un trabajo en el que afirmaban que la esquizofrenia se debía al aprendizaje, en el medio familiar, de estilos comunicacionales disfuncionales. Esta comunicación esquizofrenógena se llamó "doble vinculo" y en ella se sometía al futuro esquizofrénico a mensajes incongruentes sin posibilidad de huida ni clarificación, atrapándole en una relación paradójica, de manera que no podía aprender a discriminar correctamente sus percepciones (Bateson, Jackson, Haley y Weakland, 1956). Posteriormente, Bateson (1960) señaló que la relación era recíproca eliminando el rol de víctima en 1963. (Citado en Alberto Espina. p.23)

Para esto el autor Bateson, 1960 hace referencia que: “En la esquizofrenia el doble vínculo es una condición necesaria pero no suficiente para explicar la etiología y a la inversa, es un subproducto inevitable de la comunicación esquizofrénica”. (p.84). Esto da a entender que en la esquizofrenia puede haber diversos factores que pueden originar esta enfermedad mental, mismos que pueden alterar la comunicación con la persona esquizofrénica.

El papel de la familia en el tratamiento de la esquizofrenia

Dado que la desinstitucionalización, nos conduce a que la familia sea un pilar básico del tratamiento del individuo con esquizofrenia, debe fomentarse a través de escuelas de familia, el entrenamiento de personas que directamente conviven con la persona afectada. Este entrenamiento está encaminado a proporcionar capacidad de resolución de problemas específicos de la enfermedad, aunque la destreza adquirida mejora el planeamiento y el control de problemas generales. Existe toda una serie de objetivos en la llamada “intervención familiar” como puede ser el desarrollo de habilidades de comunicación, la adquisición de conocimientos específicos sobre la enfermedad mental del familiar afectado, manejo de problemas, orientación sobre el estrés familiar, etc. Sin embargo, a pesar de este papel fundamental en el tratamiento de la esquizofrenia, todavía no existe un conocimiento certero sobre los problemas y necesidades de este colectivo. Las familias son el soporte fundamental de la persona con enfermedad mental y también necesitan ser cuidados, no solo ser cuidadores.

Por otra parte, el hecho de asistir a centros donde se imparten estas clases, genera multitud de beneficios, al conocer a otras familias que padecen situaciones similares, de hecho es común que dicha familias establezcan lazos de amistad y compartan sus vivencias con otras personas que tienen experiencias parecidas. Además, la propia familia puede recibir apoyo psicoeducativo proporcionado por un profesional buscando la meta de la máxima calidad de vida de la familia, dando lugar al segundo enfoque de la intervención, en este caso, unifamiliar. (Citado en Ramos Antonio, 2013, p. 81).

1.2 Justificación

El motivo de esta investigación es tener noción del tipo de tratamiento que el Centro De Salud De Huejutla brinda a los pacientes con esquizofrenia, desde el momento que el paciente acude junto con algún familiar para obtener su cita, hasta los fármacos que se le proporcionan y de misma forma el trato que recibe durante la consulta. En lo particular este tema es de gran importancia, debido a que será de considerable utilidad a toda la población en general saber cuál es el tipo de tratamiento que reciben los pacientes con esta enfermedad, así como la eficacia e importancia de este.

Los beneficios que traerá consigo este trabajo de investigación serán notables, o de gran relevancia; a los pacientes con este padecimiento les será benéfico debido a que podrán saber a qué tipo de tratamiento en general estarán expuestos; la población en general podrá informarse si es adecuado el seguimiento o la atención que el citado Centro de Salud brinda a estas personas y si lo consideran apto para algún miembro de su familia que presente la enfermedad en

cuestión. A la institución de salud médica le será de mucha utilidad la presente investigación, ya que mediante esto podrán dar a conocer a toda la población la metodología que utilizan para el tratamiento de la esquizofrenia, de igual forma podrán observar la evolución de los pacientes al recibir el tratamiento que aquí se maneja en comparación con el brindado en otros Centros de Salud.

La importancia de éste trabajo, también implica en que no toda la población tiene conocimiento de las atenciones y tratamiento a los que están sometidas las personas con esquizofrenia, y en particular del procedimiento que se maneja en el Centro de Salud de Huejutla, y mediante este se podrán informar acerca de todo lo que implica dicho proceso.

1.3 Descripción del problema

La esquizofrenia es una enfermedad mental en la que el paciente se encuentra totalmente fuera de la realidad, consta de un deterioro cognitivo, debido a la presencia de alucinaciones auditivas, visuales, y olfativas. A consecuencia de estas alteraciones, el sujeto es incapaz de mantener una sana relación con el resto de la sociedad. Esta enfermedad no tiene una causa específica, ni edad exacta para la aparición de los primeros síntomas.

En el municipio de Huejutla Hidalgo y a sus alrededores existen casos de esquizofrenia, los sujetos con tal enfermedad son llevados a instituciones médicas donde pueden obtener un tratamiento para el control de su padecimiento, en este caso particular se toma como referencia el Centro de Salud Dr. Horacio Camargo, que se encuentra ubicado en la Colonia Capitán Antonio Reyes. En tal unidad médica se les brinda atención a la población en general, como también a personas

con esta enfermedad mental, pero es necesario describir cual es el tratamiento general que se les brinda al acudir al centro de salud y por consiguiente la inserción de la familia en el seguimiento de este.

Es por eso que se investigara a profundidad el proceso en general al que un paciente con esquizofrenia está inmerso y cuál es la calidad de vida que tienen los enfermos mentales.

1.3 Objetivos

General: Identificar cual es la eficacia del tratamiento médico y psicológico que reciben los pacientes con esquizofrenia que acuden al Centro de Salud “Dr. Horacio Camargo Rivera” de Huejutla. Teniendo en cuenta también la importancia de la participación de la familia en la evolución de dicho tratamiento en la persona enferma.

Específicos

- Investigar documentalmente diferentes casos de personas con esquizofrenia para identificar su comportamiento y el tipo de tratamiento que reciben.
- Desarrollar y seleccionar instrumentos de medición que faciliten la recolección de información precisa y verídica acerca de los pacientes con esquizofrenia.
- Analizar la información recabada para determinar si el tratamiento es favorable en los pacientes y la función de la familia en el proceso.

1.5 Planteamiento del problema

La esquizofrenia es una enfermedad que en la actualidad puede tratarse favorablemente, la manera en que estas personas pueden llevar una calidad de vida sin dificultades depende del tipo de tratamiento al que estén inmersos y de igual manera el contexto en el que se encuentren, parte fundamental de este proceso son sus familiares y la atención que le brinden a sus necesidades, existen fármacos que pueden ayudar al control de este padecimiento, dependiendo el nivel en el que se esté controlada la enfermedad. En el Centro de Salud de Huejutla Hidalgo existen dos núcleos de salud mental donde se atiende a este tipo de pacientes, controlados y otros descompensados, mismos que solo reciben tratamiento farmacológico y son citados meses después dependiendo la evolución del paciente, la gente que acude a este centro de salud son de comunidades lejanas, es por eso que convendría realizar este trabajo de investigación para identificar cual es el tratamiento que se les brinda a estos pacientes y de igual manera determinar su eficacia , es por eso que se plantea la siguiente pregunta de investigación.

1.6 Interrogante de la investigación

¿Cuál es la eficacia del tratamiento médico y psicológico que recibe el paciente con esquizofrenia en el Centro de Salud Dr. Horacio Camargo Rivera de Huejutla y cuál es la participación de la familia en la evolución del paciente?

Capítulo II: Marco teórico

2.1 La salud mental

La salud mental antes considerada solamente como ausencia de una patología mental, fue definida, como la armonía y el bienestar de la persona en sus aspectos cognitivos, afectivos y conductuales, lo que abarca ámbitos más extensos de la vida individual y social que son inseparables de la salud integral. (De la fuente R.p.19.)

Hay que mencionar que para la Organización Mundial de la Salud, el concepto de salud mental (2005) es: “El bienestar que una persona experimenta como resultado de su buen funcionamiento en los aspectos cognoscitivos, afectivos y conductuales, y, en última instancia el despliegue óptimo de sus potencialidades individuales para la convivencia, el trabajo y la recreación”.

De este modo se puede entender que la salud mental es percibida como el equilibrio en el funcionamiento en todas las áreas de cada persona.

La salud mental es descrita en un sentido positivo como fundamento o base para el bienestar y el funcionamiento eficaz de los individuos y comunidades. Es un estado en el que el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de contribuir a su comunidad.

La OMS se centra en los factores personales, sociales y ambientales que validan la singularidad de cada persona y la necesidad de responder a la búsqueda espiritual de significado, propósito y pertenencia del individuo como parte de la salud, mientras que reconoce que tanto las comunidades como los individuos deben ser capaces de identificar y darse cuenta de las aspiraciones de satisfacer las necesidades y de cambiar o adaptarse al medio ambiente. (Citado en Moruno. P. P.10)

Las personas que emocionalmente son sanas tienen control sobre sus pensamientos, sentimientos y comportamientos. Se sienten bien consigo mismas y tienen buenas relaciones interpersonales. Pueden poner los problemas en perspectiva. Es importante recordar que personas que tienen buena salud emocional algunas veces tienen problemas emocionales o enfermedades mentales. La enfermedad mental con frecuencia tiene una causa física tal como un desequilibrio químico en el cerebro. El estrés y los problemas en la familia, trabajo o el colegio a veces pueden desencadenar una enfermedad mental o hacer que esta empeore. Sin embargo, las personas que emocionalmente están sanas han desarrollado maneras de hacerle frente al estrés y los problemas. Ellas saben cuándo necesitan buscar ayuda de parte de su médico o de un asesor psicológico.

2.1.1 Enfermedades mentales

Suele afirmarse que la locura es incomprendida, quizás porque aparentemente es incomprendible. Los síntomas de las graves enfermedades mentales así parecen anunciarlo: los delirios, las alucinaciones, las incoherencias, las bizarrearías, las distorsiones de la realidad, la despersonalización y tantos otros síntomas, provocan en los demás un impacto en el que se mezclan la sorpresa, la extrañeza, la incertidumbre y el miedo.

No todas las patologías mentales, ciertamente, producen daños en el son de la familia. En ciertos casos es la familia o algunos de sus componentes quien provoca el desequilibrio de la persona que enferma. Suele suceder esto cuando algún familiar conflictivo actúa como elemento desencadenante de alguna crisis que descompensa al enfermo. (Citado en Leal. F 2002, p.14)

De acuerdo al autor Fernando Leal los trastornos mentales abarcan una amplia gama de problemas que incluyen:

- Trastornos de ansiedad, incluyendo trastorno de pánico, trastorno obsesivo-compulsivo, trastornos de estrés pos-traumáticos y fobias
- Trastorno bipolar
- Depresión
- Trastornos del estado de ánimo
- Trastornos de la personalidad
- Trastornos psicóticos, como la esquizofrenia

Existen muchas causas de las enfermedades mentales. Los genes y los antecedentes familiares pueden jugar un papel. Sus experiencias de vida, tales como el estrés o un historial de abuso, también pueden influir. Los factores biológicos también pueden ser parte de la causa. Una lesión traumática del cerebro puede conducir a un trastorno mental.

Es muy conveniente estar tranquilos ante los enfermos mentales. Esto puede parecer una obviedad, pero en realidad no lo es. Los enfermos mentales suelen tener un alto nivel de angustia. Están ansiosos y provocan ansiedad en los demás. Un elemento indispensable en los enfermos psíquicos es el acompañamiento. La presencia amable y afectuosa de otra u otras personas es siempre humanizadora y personalizadora para el enfermo mental. En muchas ocasiones es lo mejor que uno puede hacer, acompañarle. (Citado en Leal. F 2002, P.27)

Para el autor Fernando Leal (2002) es conveniente que: Con los enfermos mentales es de suma importancia mantener la máxima coherencia y concordancia posibles entre lo que se dice y lo que se hace ante ellos, las características generales, los gestos e incluso pequeños detalles a los que los pacientes suelen ser muy sensibles, el denominado lenguaje no verbal o lenguaje corporal tiene también una relevancia importante. P.28

Se puede deducir que los enfermos mentales son tan sensibles a los comportamientos o acciones que les resulten amenazantes, es por eso que con estas personas se debe tener un comportamiento adecuado para no generar alguna alteración en el enfermo.

En las enfermedades psíquicas, como en las físicas, cuanto antes se intervenga con un tratamiento, mejor. Si puede hacerse un diagnóstico precoz, mejor. El tratamiento y seguimiento de la evolución clínica siempre dan la posibilidad de curar y de controlar las enfermedades. (Citado en Leal. F 2002, p.33.)

Existe en toda enfermedad un coste social que es difícilmente medible, pero que debe ser tenido en cuenta la hora de decidir la implementación de un test farmacogenéticos. Así pues las condiciones ideales que debe cumplir una enfermedad para ser susceptible a un estudio farmacogenético serían que se tratase de una enfermedad frecuente, de carácter grave, cuyo coste, tanto económico como social, se pueda ver mejorado con la aplicación de un protocolo y sobre la cual exista un grado de conocimiento suficiente y marcadores de probada importancia farmacogenética. Los avances farmacogenéticos se han venido realizando básicamente en varios campos de enfermedades que se adaptarían a este modelo, como las hematológicas, el cáncer, las patologías cardíacas, el asma, o las enfermedades mentales. De entre estos grupos de enfermedades existe uno que

cumple con creces todas las condiciones: el de patologías psicóticas y más concretamente la esquizofrenia. (Citado en Gesteira P. 2008, p, 30.)

2.1.2 Esquizofrenia

La esquizofrenia es una enfermedad mental, un desorden cerebral, que afecta la capacidad que tiene un ser humano de pensar claramente, de controlar sus emociones, de actuar con coherencia, de tomar decisiones, de percibir la realidad y de relacionarse con su entorno y con los demás. Por esto, es una enfermedad que sin duda, interfiere en el funcionamiento normal de una persona en el trabajo, la escuela, y por supuesto, en sus relaciones interpersonales. En resumidas cuentas, la esquizofrenia afecta el comportamiento social de quien la padece. Benedict Morel, médico francés, identificó primero este trastorno que denominamos actualmente esquizofrenia como una enfermedad y el psiquiatra alemán Emil Kraepelin lo definió sistemáticamente.

Para esto el autor Emil kraepelin (1911) definía que la demencia precoz era: “una degeneración del cerebro (demencia) que empezaba a edad relativamente temprana (precoz) y en última instancia llevaba a la desintegración de toda la personalidad”. (p, 308). Esto indica que para el autor el término de demencia precoz se refería al daño que había en el cerebro y que comenzaba a manifestarse y a repercutir durante los primeros años de vida y por consecuencia afecta a la personalidad total de la persona que lo presenta.

La esquizofrenia es una enfermedad mental crónica grave e incapacitante que se supone afecta alrededor del 1% de la población mundial (según la media aritmética).

Las estimaciones según la mediana indican que aproximadamente 8 personas de cada 1000 (Saha et al.2005) desarrollan esquizofrenia a lo largo de su vida. Se trata de una dolencia que aparece con casi idéntica frecuencia en todas las poblaciones, afectando por igual a hombre y mujeres, pese a que la edad de aparición parece ser más temprana en los hombres (entre los 16 y 24 años) que las mujeres entre los 20 y 34 años).(Citado en Gesteira P. 2008 p, 32)

Las características esenciales de la esquizofrenia son una mezcla de signos y síntomas peculiares, tanto positivos como negativos, que han estado presentes una parte significativa de tiempo durante un periodo de 1 mes o durante un tiempo más breve si ha habido tratamiento con éxito y con algunos signos del trastorno que han persistido durante al menos 6 meses, estos signos y síntomas están asociados a una marcada disfunción social o laboral. (Citado en DSM-IV-TR, p.333.)

Según Bleuler, un nombre más apropiado para el trastorno era esquizofrenia, un término que incorporaba ideas medulares para su comprensión del trastorno: una escisión (schizo) o falta de integración entre las funciones psicológicas del individuo. A diferencia de Kraepelin, Bleuler pensó que era posible que quienes padecían esquizofrenia se recuperaban del trastorno.

Para esta situación el autor Bleuler 1911, citado en (Citado en Gesteira P. 2008) consideraba que: “La esquizofrenia representaba a un grupo de trastornos en lugar de una sola entidad”. P.308. Esto hace referencia que el autor no consideraba a la esquizofrenia como una sola enfermedad sino que la percibía como una totalidad de síntomas de gran relevancia que conformaban a un solo trastorno mental.

Aunque escribió sobre este trastorno hace casi un siglo, las ideas de Bleuler sobre la esquizofrenia aun ejercen influencia. Las cuatro características fundamentales del trastorno que identifico aún se conocen comúnmente como las cuatro A de Bleuler: Asociación, Afecto, Ambivalencia, Autismo. El psiquiatra alemán Kurt Schneider no estuvo de acuerdo con la caracterización general que hizo Bleuler de la esquizofrenia e introdujo la idea de que para el diagnóstico de esta enfermedad deben estar presentes ciertos síntomas de “primer rango”.

Para Kurt Schneider (1959) los síntomas de primer rango significan: “El hecho de oír voces que hacen comentarios sobre las propias acciones y creer que un agente externo está introduciendo pensamientos en la mente de uno” (p.309). Para el autor no era suficiente la clasificación que hizo Bleuler, sino que consideraba que para eso el enfermo mental tenía que manifestar alteraciones auditivas en las que tenía que emitir ciertos comportamientos que no eran propiamente de la persona, sino que eran cosas que no dependían de este y no las podía controlar.

Las teorías que explican el origen de la esquizofrenia se han ubicado tradicionalmente en dos categorías: biológica y psicológica. En forma más reciente los investigadores han empezado a aceptar que tanto la biología como la experiencia interactúan en la determinación de la esquizofrenia y han empezado a elaborar complejos modelos teóricos que incorporan factores múltiples (Mc Guffin, 2004, p, 322).

Estos modelos se basan en el concepto de vulnerabilidad, pues proponen que los individuos tienen una predisposición biológicamente determinada a desarrollar

esquizofrenia, pero el trastorno solo se desarrolla cuando están presentes ciertas condiciones ambientales. Uno de los descubrimientos sobre el uso de los métodos de las imágenes cerebrales ha demostrado que el cerebro de la gente con esquizofrenia tiene ventrículos más alargados (las cavidades dentro del cerebro que albergan el líquido cefalorraquídeo). El alargamiento ventricular suele acompañarse de una atrofia cortical, pérdida del tejido cerebral. La pérdida de volumen cerebral es particularmente pronunciada en los lóbulos prefrontales, el área del cerebro responsable de la planeación y de la inhibición de pensamientos y comportamientos. (Molina. E, 2005), p.322.

Sin embargo, hay otra ruta en la búsqueda de conexiones entre cerebro y comportamiento que han seguido investigadores que estudian la función de los neurotransmisores, sobre todo la dopamina. Según lo que se denomina la hipótesis de la dopamina, los delirios, alucinaciones y deficiencias de atención típicos de la esquizofrenia pueden atribuirse a una actividad excesiva de las neuronas que se comunican entre sí por medio de la transmisión de la dopamina.

Para Carlsson, 1998, esta hipótesis surgió a partir de dos evidencias: La primera fue la observación de que los medicamentos antipsicóticos reducen la frecuencia de las alucinaciones y los delirios al bloquear los receptores de dopamina. La segunda evidencia fue que ciertos fármacos relacionados bioquímicamente con la dopamina, como las anfetaminas, aumentan la frecuencia de los síntomas psicóticos. (p.323)

Lo mencionado anteriormente nos da a entender que la dopamina es la encargada de regular las alteraciones del cerebro y para esto se es de mucha ayuda para el control de la esquizofrenia el uso de algunos fármacos siempre y cuando estén suministrados de manera correcta, de lo contrario generarían alteraciones en el cerebro.

Ahora se considera que son las anomalías en un determinado receptor de dopamina, el receptor D2, las que participan en la esquizofrenia. Sobre todo en los casos que suponen una edad de aparición posterior. También hay evidencias de que las deficiencias en los genes controlan los niveles de serotonina en el cerebro se asocian con la esquizofrenia, lo que representa otra deficiencia en los neurotransmisores que contribuye al desarrollo de este.

Hirvonen (2005), menciona que: Las pautas familiares de los individuos que padecen esquizofrenia ofrecen evidencias convincentes en favor de una explicación biológica. Cuanto más cercano sea un pariente a un individuo con esquizofrenia, mayor es la probabilidad de concordancia. P.324

De acuerdo con lo citado con anterioridad se puede deducir que cualquier integrante de una familia con un miembro con esquizofrenia puede manifestar esta enfermedad, tanto los familiares cercanos como las generaciones más próximas.

Los gemelos idénticos tienen la concordancia más elevada, cercana a 48 %, y los parientes cada vez más lejanos tienen índices de concordancia correspondiente más bajos. En general, la capacidad de heredar la esquizofrenia es muy elevada, ya que algunas estimaciones alcanzan 85 %. En otras palabras, la posibilidad de que la esquizofrenia surja en una persona predispuesta genéticamente es de 85% (Dubertret, 2004), p.324.

Una vez que establecieron una elevada relación entre la herencia genética y la esquizofrenia, los investigadores procedieron desde entonces a ubicar los genes específicos que participan y en segundo lugar a entender los factores que aumentan las probabilidades de los individuos genéticamente vulnerables a desarrollar

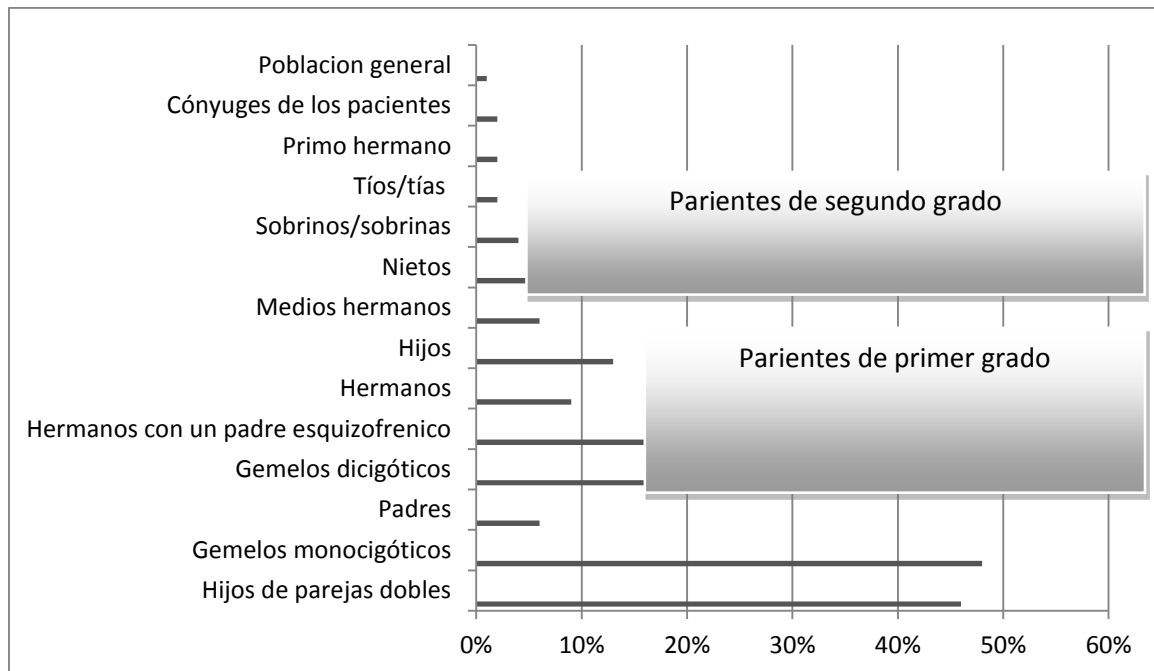
realmente el trastorno. Los investigadores han tratado de establecer la existencia de la relación entre la esquizofrenia y una afección conocida como síndrome de supresión del cromosoma 22.

Horowitz, (2005), refiere que: Este síndrome se relaciona con los síntomas psicóticos, los deterioros de la cognición y las deficiencias de la comunicación que se asocian con la esquizofrenia. Otro gen asociado con un riesgo mucho más elevado de esquizofrenia es el cromosoma 5, se piensa que este gen participa en el transporte de neurotransmisores, incluida la serotonina. (p.324)

Mediante lo mencionado con anterioridad nos da a conocer que la aparición de la esquizofrenia se debe a la alteración genética que existe en la persona, esto debido a los genes encargados de la regulación de los neurotransmisores que están asociados con el buen funcionamiento de la cognición.

En la siguiente grafica se muestra la manera en que la esquizofrenia afecta o tiene más concordancia con parientes más cercanos o por lo contrario a familiares más lejanos al enfermo esquizofrénico.

Riesgo de desarrollar esquizofrenia en la vida



Fuente: De I. I. Gottesman en Schizophrenia genesis: The origins of madness. Copyright ©1991 por W.H. Freeman and Company/ Werth Publishers.

No hay teoría convincente que proponga que la esquizofrenia se desarrolla exclusivamente como resultado de fenómenos psicológicos, como serian experiencias de vida, dificultades en el desarrollo, problemas interpersonales o conflictos emocionales.

Beck y Rector, (2005) hacen mención importante acerca de: Que aceptan cada vez más que la esquizofrenia la determina una interacción compleja de genética, funcionamiento cerebral alterado y procesos ambientales, los cuales ocasionan cambios en el funcionamiento cognitivo y el comportamiento. P.325

Esto hace referencia a que las personas que sufren de esquizofrenia son debido a un deterioro tanto genético, ambiental o familiar, tienen mucho que ver

estos factores ya que son los que la mayoría de las veces están relacionados para que se manifieste esta alteración en la persona.

El deterioro en la cognición de quienes sufren esquizofrenia es evidente por los defectos que manifiestan en la atención, la memoria, el lenguaje y el razonamiento. Las investigaciones sobre el funcionamiento cognitivo de quienes tienen esquizofrenia se consideran como uno de los medios más importantes que han surgido para entender los fenómenos de este trastorno.

Para esto el experto Heinrich, (2005) comenta que: “Las deficiencias cognitivas no solo forman parte del síndrome de la esquizofrenia; sino que son la expresión primaria del cerebro esquizofrénico”. p.229. Por consiguiente se determina que las alteraciones o escasa eficiencia de la cognición son parte de la esquizofrenia pero también que son la parte fundamental de que se manifieste esta enfermedad mental, en si es la característica propia de los esquizofrénicos.

Los investigadores se han validado de tres indicadores del funcionamiento cognitivo como recurso para identificar que individuos han heredado una vulnerabilidad a la esquizofrenia: atención sostenida, movimientos oculares antisacádicos y movimientos oculares de seguimiento suave (Louchart-de la Chapelle, 2005).

Los deterioros en el funcionamiento cognitivo que experimentan quienes padecen esquizofrenia son variados y en muchos casos tan debilitantes que la calidad de vida del individuo puede verse afectada profundamente, lo que establece por tanto una interacción desafortunada de las variables. Debido a esta forma de

deterioro, es probable que quienes sufren de este padecimiento se topen con dificultades para funcionar en el mundo, interactuar con las demás personas y lograr metas personales (Barch, 2005).

2.1.3 Tipos de esquizofrenia

Entre los tipos de esquizofrenia se encuentra el Tipo sencillo: en este se subraya actualmente un comienzo lento e insidioso y un curso de deterioro poco notable. En el tipo sencillo no se presentan ni delirios ni alucinaciones, lo que a menudo son intentos activos de recuperar y conservar las relaciones de objeto perdidas.

Tipo Hebefrénico: este término significa en realidad mente joven. El comienzo puede ser lento e insidioso pero también puede ser rápido, cuando se ha sufrido una pérdida o un fracaso personal. Es común aquí una conducta tonta y desorganizada. Se presentan sonrisas, risillas y risas, que al observador le parecen vacías y carentes de sentido. Por otra parte si hay tristeza será superficial, si hay llanto carecerá de explicación, tal vez haya explosiones de enojo.

Esas expresiones emocionales vienen acompañadas de gestos, posturas y amaneramientos, aparentemente simbólicos, pero por lo común extrañas, más o menos fragmentarias y a menudo grotescas. El habla se vuelve amanerada, incluso al punto de la incoherencia y la invención de palabras (neologismos) los delirios que se presentan pueden ser grotescos e incoherentes e incluyen a menudo nociones extrañas sobre el cambios en el cuerpo.

Tipo catatónico: en este grupo los delirios dominan el escenario. El esquizofrénico paranoico por lo general ha tenido durante muchos años dificultades interpersonales

serias, antes de que aparezca la enfermedad. Por lo general se muestra tenso, incómodo y desconfiado, tiene la tendencia de darle significados hostiles y de menosprecio a los comentarios de los demás, comentarios que suele aplicarse. La esquizofrenia paranoica se inicia cuando una persona comienza a perder su contacto con la realidad, sustituye las realidades de las funciones sociales compartidas con interpretaciones erróneas y en fantasías y actúa conforme a estas últimas, como si fueran hechos públicamente aceptados. Cuando sucede esto, el esquizofrénico paranoico sufre una regresión más rápida y profunda que una persona con reacción paranoica.

Tipo esquizo-afectivo: es una mezcla de síntomas esquizofrénicos con maniacos o depresivos. Se consideran como una clasificación conveniente y necesaria, aunque pudiera tener algunos aspectos dinámicos. Presentan elación o depresión y los delirios resulta más grotescos, vagos o peor organizados de lo usual. Abundan los extrañamientos, la despersonalización y los delirios somáticos grotescos. (Citado en Cameron N. p. 570-574)

2.1.4 Fases de la esquizofrenia

La esquizofrenia es un trastorno complejo y multifacético que puede adoptar una forma de entre varias. Es esencial que para el diagnóstico de la esquizofrenia haya una perturbación acentuada que dura por lo menos seis meses. Durante este periodo, hay una fase activa de los síntomas, como delirios, alucinaciones, habla desorganizada, comportamiento perturbado y síntomas negativos (p.ej., enmudecimiento o falta de iniciativa). Richard P. Halgin (p.309).

La fase activa no suele aparecer sin signos de advertencia. La mayor parte de los casos, aunque no todos, tienen una fase prodrómica, periodo previo a la fase activa durante el cual el individuo muestra un deterioro progresivo en el funcionamiento social e interpersonal. Esta fase se caracteriza por varios comportamientos inadaptados como retraimiento social, incapacidad para trabajar en forma productiva, excentricidad, mal aseo personal, emocionalidad inapropiada, peculiaridad en el pensamiento y habla, creencias inusuales, experiencia perceptuales extrañas y menor energía e iniciativa.

En el caso de muchas personas, a la fase activa sigue una fase residual, en la que hay indicaciones continuas de perturbación similares a los comportamientos de la fase prodrómica. Quienes sufren esquizofrenia experimentan durante los delirios problemas graves en el trabajo, las relaciones y el cuidado personal. Existe la esperanza de que si llega a reconocerse la aparición inicial de los síntomas positivos en los individuos vulnerables, pueden introducirse programas de prevención y reducir el riesgo de psicosis futuras y al mismo tiempo, eliminar también la discapacidad asociada con las deficiencias de la vulnerabilidad. Por ejemplo, abordar las deficiencias cognitivas, ya sea en forma farmacológica o psicoterapéutica, podrían ejercer efectos positivos profundos.

Las investigaciones aún están en etapas iniciales sobre que medicamentos, si acaso, y que intervenciones terapéuticas, podrían ser eficaces, pero se tiene la esperanza de que se hagan descubrimientos al respecto (Cornblatt et al., 2003. p.310.).

2.1.5 Síntomas de la esquizofrenia

Los síntomas misteriosos y dramáticos de la esquizofrenia cubren una gama de categorías que van de perturbaciones extremas en el contenido del pensamiento a comportamientos extraños.

Para Richard P. Halgin (2003), los síntomas consisten en: Perturbación del contenido del pensamiento: Los delirios, o creencias falsas profundamente arraigadas, son la perturbación más común del contenido del pensamiento asociada con la esquizofrenia; Perturbación del pensamiento, el lenguaje y la comunicación: Quienes sufren esquizofrenia tienen procesos cognitivos tan desorganizados y disfuncionales que su pensamiento carece de cohesión y lógica. Comportamiento perturbado: quienes sufren esquizofrenia posiblemente se muevan en formas extrañas y perturbadoras. P.311

Esto hace mención que las personas esquizofrenia manifiestan constantemente alteraciones en la percepción de diferentes cosas, mismas que hacen que emitan comportamientos diferentes y poco usuales.

Los psicólogos dividen los síntomas en una categoría positiva y una categoría negativa. Durante la fase aguda o activa de la esquizofrenia, están presentes los síntomas positivos: alucinaciones, delirios, incoherencia y conducta desorganizada. En otros momentos los síntomas negativos: el aislamiento social, el aplanamiento emocional son los más obvios. Richard J. y Gerrig G. 2005. p.503

Muchos investigadores consideran que las categorías actuales de la esquizofrenia, no captan las dimensiones esenciales que subyacen a las diferencias individuales en los síntomas. También les preocupa el hecho de que la subcategorización por tipos no es tan válida en el mundo real como puede parecer. En la edición más reciente (2000) del DSM se propuso un modelo dimensional de

tres factores opcionales “debido al valor limitado de los subtipos de esquizofrenia en entornos clínicos y de investigación” (p.313).

Las tres dimensiones son: psicótica, negativa, y desorganizada. El factor psicótico es relevante en casos en que el individuo experimenta delirios y alucinaciones destacados: el factor negativo se aplica a condiciones caracterizadas por síntomas negativos (p. ej., afecto plano, alogia y abulia). El factor desorganizado incluye habla desorganizada, conducta desorganizada y afecto inapropiado.

2.1.6 Cursos de la esquizofrenia

La esquizofrenia puede adoptar uno de varios cursos o pautas. En los casos más graves, el individuo experimenta síntomas positivos continuos sin remisión. Otras personas tienen episodios de síntomas positivos, pero, entre estos episodios solo son evidentes los signos negativos. En algunos casos, los individuos que han tenido un solo episodio de esquizofrenia pueden vivir el resto de su vida sin reincidir el trastorno. A estas personas se les considera “en remisión”. (p.315).

Por lo que debe tomarse en cuenta de manera considerable el progreso o en casos vagos, los síntomas que lleguen a ser positivos o favorables para el esquizofrénico.

Las estimaciones de recuperación de la esquizofrenia van aproximadamente de 20% en el extremo más bajo a 67% en el extremo más alto, y las estimaciones varían dependiendo de qué tan estrechamente se defina la recuperación. Varios factores se asocian con el pronóstico de quienes sufren esquizofrenia.

En la tabla 9.1, el género y la edad de una persona desempeñan funciones importantes para determinar el pronóstico, pero también son importantes las conductas del individuo, como el hecho de que se tome los medicamentos antipsicóticos poco después de la aparición de los síntomas y que se sujete al programa de tratamiento.

Ruschena (1998), hace mención que: Quienes no se recuperan en absoluto están afectados profundamente por su trastorno en cada faceta de su vida. Experimentan relaciones problemáticas, tienen dificultades para mantener un empleo estable y suelen luchar contra la depresión y la soledad. Para muchos, su dolorosa existencia culmina en una muerte prematura, debida al suicidio, la violencia o algún deterioro de su salud. (p.315).

Esto quiere decir que las personas que llegan a tener una evolución favorable en su recuperación de la esquizofrenia son porque solamente están afectados en un área en específica de su vida. Y para los que se ven afectado en todas o casi todas sus áreas son los que se ven más afectados en su salud.

En un proyecto unos investigadores que estudiaban los historiales psiquiátricos de personas que murieron súbitamente, descubrieron que la muerte súbita era cinco veces mayor de lo normal en personas con antecedentes de atención psiquiátrica. Aunque el suicidio representaba parte de la mortalidad excesiva, los índices de muerte por causas naturales y accidentes también eran elevados. Hallazgos como estos apuntan a la importancia de atender el riesgo creciente de muerte por una atención inadecuada o por suicidio entre las personas que sufren esquizofrenia

TABLA 9.1 Factores asociados con un pronóstico más favorable en quienes sufren esquizofrenia.

- Buena adaptación antes del desarrollo del trastorno
 - Aparición aguda de los síntomas
 - Mayor edad en el momento de la aparición de los síntomas
 - Buen discernimiento
 - Ser mujer
 - Un suceso activador asociado con la aparición de los síntomas
 - La presencia de una perturbación anímica asociada
 - Tratamiento con medicamentos antipsicóticos poco después de la aparición del trastorno
 - Acatamiento constante de las recomendaciones medicamentosas
 - Duración breve de los síntomas de la fase activa
 - Buen funcionamiento entre los episodios
 - Ausencia de anomalías cerebrales estructurales
 - Funcionamiento neurológico normal
 - Antecedentes familiares de trastorno anímico
 - Ausencia de antecedentes familiares de esquizofrenia
-

Fuente: American Psychiatric Association, 2000, p.309.

Las amplias investigaciones sobre este trastorno han hecho que los investigadores descubran algunos hechos muy interesantes sobre las diferentes formas en que se experimenta y diagnostica la esquizofrenia en relación con el género, la edad y los antecedentes culturales (American Psychiatric Association, 2000). Por ejemplo, los hombres tienen más probabilidades de desarrollar el trastorno entre los 18 y los 25 años de edad, mientras que en las mujeres pueden aparecer entre los 25 y los 35 años. Es aproximadamente 3 a 10% de las mujeres que manifiestan el trastorno, la aparición ocurre después de los 40; esta aparición tan tardía es mucho menos común en los hombres. Incluso los tipos de síntomas difieren entre las líneas de edad. (American Psychiatric Association, 2000).p.316.

2.1.7 Diagnóstico de la esquizofrenia

El diagnóstico de la esquizofrenia está basado en la observación y la evaluación del paciente, tal y como ocurre en otras enfermedades mentales. Aunque existen

distintos criterios clínicos, los más extendidos son el CIE de la OMS en su versión 10 y el DSM de la Asociación Americana de Psiquiatría en su versión IV. En la actualidad el DSM-IV es el criterio más extendido en España, pero en ciertos casos puede ser necesaria la utilización del CIE u otros. El DSM-IV basa el diagnóstico en la aparición de dos o más de los siguientes síntomas: alucinaciones, comportamiento desorganizado, delirios, pensamiento desorganizado, y síntomas negativos. Estos dos síntomas deben persistir, durante al menos, un periodo de un mes y deben presentarse de forma continuada alteraciones ligadas a esquizofrenia durante un mínimo de 6 meses. Además deberán existir alteraciones en la actividad social y personal del paciente (trabajo, relaciones sociales, cuidado personal, etc.) y las psicosis inducidas por sustancias psicoactivas.

La clasificación DSM IV TR diferencia así según sus síntomas cinco tipos de esquizofrenia: esquizofrenia paranoide, desorganizada, catatónica, indiferenciada y residual. Citado en Gesteira P. (2008). P, 33.

2.1.8 Tratamiento de la esquizofrenia

Los modelos de atención completos que hay en la actualidad incluyen tratamientos biológicos, intervenciones psicológicas principalmente en forma de técnicas conductuales e intervenciones socioculturales que se enfocan en la terapia comunitaria y la participación familiar.

Tratamientos biológicos o farmacológicos: hay varias categorías de medicamentos antipsicóticos, llamados también tranquilizantes o neurolépticos (del griego neuro: nervio; y lepto: atar). Además de sus cualidades sedantes, los

neurolépticos reducen la frecuencia y gravedad de los síntomas psicóticos. Los diversos neurolépticos difieren en cuanto a la dosis necesaria para lograr los efectos terapéuticos, que van de medicamentos de baja potencia que exigen dosis elevadas a medicamentos de alta potencia que exigen comparativamente dosis más bajas.

La clase de medicamentos de baja potencia incluye fármacos como la clorpromazina (Thorazine) y tioridazina (Mellaril); los medicamentos de potencia media incluyen trifluoperazina (Stelazine) y tiotixina (Navane); los medicamentos de alta potencia incluyen haloperidol (Haldol) y flufenazina (Prolixin). Es más probable que un médico recete un medicamento de baja potencia a un paciente sumamente agitado, porque los medicamentos de baja potencia suelen ser más sedantes que los de alta potencia. Los medicamentos de alta potencia pueden ser preferibles para un paciente que esté menos agitado, pero tienen el riesgo de tener efectos colaterales más graves.

El efecto de estos medicamentos antipsicóticos que se recetan tradicionalmente consiste en que bloquean los receptores de dopamina. En otras palabras, estos fármacos contienen sustancias químicas que se unen a los sitios en las neuronas que comúnmente responden al neurotransmisor dopamina.

Los autores Davis, Chen y Glick (2003), mencionan que: Esta acción tiene dos resultados conductuales, uno terapéutico y otro no buscado y molesto. El resultado terapéutico es una reducción en la frecuencia e intensidad de los síntomas psicóticos, ya que los receptores de la dopamina se desactivan en las secciones del cerebro que influyen en los pensamientos y sentimientos. Por el lado negativo hay consecuencias que pueden interferir mucho en los movimientos y en el funcionamiento endocrino del individuo. P.328.

Es considerable identificar la importancia del suministro de los fármacos tanto de baja como los de alta potencia, así como los efectos que tienen, debido a unos

medicamentos pueden alterar el sistema neurológico de la persona esquizofrénica así como también un desequilibrio orgánico.

Quienes consumen tales medicamentos pueden experimentar súbitamente síntomas como agitación incontrolable, endurecimiento de los músculos y movimientos involuntarios de los ojos. Estos efectos secundarios ocurren por la acumulación de la dopamina que no recogen las neuronas en virtud de que sus sitios receptores se han bloqueado por efecto de la medicación.

En los últimos años se han recetado en forma más generalizada los medicamentos llamados antipsicóticos de segunda generación, conocidos antes como antipsicóticos atípicos. Entre los ejemplos de antipsicóticos de segunda generación se hallan la Clozapina (Clozaril), la amisulprida (Solian), la risperidona (Risperdal), la olanzapina (Zyprexa), la Quetiapina (Seroquel), y la sertindola (Serlect). En una meta-análisis de estudios en los que se comparó la eficacia de los antipsicóticos de primera generación y los antipsicóticos de segunda generación.

Los investigadores expertos, Davis, Chen y Glick (2003), descubrieron que: Algunos antipsicóticos de segunda generación(Es decir, Clozapina, amisulprida, risperidona, olanzapina) son significativamente más eficaces que los antipsicóticos de primera generación. P.328. Esto hace referencia que los antipsicóticos de primera generación fueron muy útiles con anterioridad, y que en algunos casos menos graves aún pueden ser de utilidad, pero los más eficientes y más usados en la actualidad son los antipsicóticos de segunda generación.

Al observar más de cerca los síntomas particulares que responden a medicamentos específicos, se descubrió que la olanzapina y la risperidona eran ligeramente superiores a los antipsicóticos de primera generación, para tratar síntomas negativos, trastorno de pensamiento, alteraciones anímicas y control de impulsos.

Ante estos resultados los expertos Davis, Chen y Glick, (2003) consideran que: A pesar de los avances significativos en el tratamiento psicofarmacológico de los síntomas de la esquizofrenia, la comprensión científica sigue siendo limitada respecto a cuales son los medicamentos más eficaces. Lo que se sabe es que, por desgracia, estos fármacos no curan la esquizofrenia, sino que solo son eficaces para aliviar ciertos síntomas. P, 328.

Esto nos da a entender que aunque sean antipsicóticos de primera o de segunda generación no son lo suficientemente eficaces para curar completamente la esquizofrenia, sino que solo son controladores de algunos síntomas, mismos que pueden seguir apareciendo sino se suministra de manera adecuada el tratamiento.

Para complicar el problema de la intervención farmacológica en el tratamiento de personas con esquizofrenia, hay informes preocupantes sobre los efectos colaterales de los antipsicóticos de segunda generación. Se han informado alteraciones metabólicas, sobre el aumento de peso, hiperlipidemia (elevación de las grasas en el torrente sanguíneo), como efectos secundarios adversos de consumir los ASG.

Los autores Neuchterlein, Gitlin y Subotnik (1995), mencionan que: Debido a estos riesgos, lo mismo que a otros posibles problemas, los profesionales de la salud mental saben que es sumamente importante que todos los individuos que consumen estos medicamentos sean vigilados cuidadosamente por si aparecen signos tempranos de advertencia. P.329.

Es de gran importancia que en el momento que una persona esquizofrénica sea tratado con estos fármacos, la familia tiene que tener en cuenta los efectos que estos puede traer consigo, para que en el momento que surjan los primeros síntomas tengan la posibilidad de controlarlos.

Un dilema que enfrentan los prestadores de servicios de salud al recomendar una medicación antipsicótica es si debe mantenerse o no bajo una dosis completa de estos medicamentos a quienes sufren esquizofrenia cuando no están experimentando los síntomas positivos manifiestos del trastorno.

Es por eso que Neuchterlein, Gitlin y Subotnik (1995), recomiendan a ciertos pacientes que: reduzcan o detengan la medicación durante periodos prolongados de buen funcionamiento, siempre y cuando a los pacientes pueda vigilárseles de cerca por si reaparecen los síntomas. P, 329. El suministrar el tratamiento farmacológico para los médicos es en ocasiones complicado debido a que el paciente esquizofrénico no puede reaccionar favorablemente ante el tratamiento, y al decidir suspender por un tiempo el suministro de los fármacos, puede alterar las reacciones de la persona.

Es por eso que se tiene que estar en constante vigilancia el comportamiento del paciente, obviamente, la decisión del profesional de interrumpir la medicación sólo debe tomarla tras una evaluación cuidadosa de los síntomas y la historia del paciente (Neuchterlein, Gitlin y Subotnik, 1995).

El antipsicótico clásico más utilizado es el Haloperidol, tiene una alta afinidad con el receptor D2 con un rango del 46-90% por lo que la mayor parte de los estudios

se han basado en este receptor, que tiene una amplia distribución en el cerebro. (Citado en Bernardo, 2001, p, 32).

2.1.9 Intervención farmacológica

Este factor es fundamental para la evolución de la esquizofrenia. Los fármacos desarrollados actualmente, persiguen dos objetivos: tratamiento de episodios agudos y prevención de la recaída. Es fundamental que el individuo siga sin excepción el tratamiento proporcionado por su psiquiatría, puesto que ignorarlo conduce en un alto porcentaje a una recaída, es necesario recordar que las recaídas pueden ser cada vez más graves, la recuperación es más larga y la pérdida de capacidades más intensa. Actualmente ha surgido con fuerza el concepto de adherencia al tratamiento, ya que existe una alta tasa de abandono de tratamiento con antipsicóticos, que ronda el 75% tras el primer brote psicótico. El hecho de abandonar la medicación puede tener motivaciones distintas, sin embargo, la consecuencia no es variable y la tasa de recaídas cuando se abandona la medicación es tres veces superior a la esperada. Debemos mencionar que la tasa de recaídas en pacientes tratados con placebo es del 75% en comparación con el 15% que pertenece a los pacientes tratados con neurolepticos. (Citado en Ramos Antonio, 2013, p. 80)

A continuación se analiza brevemente que medicamentos se utilizan para combatir la salud mental.

Medicamento	Función
Neurolépticos- Antipsicóticos	Actúan sobre los síntomas positivos de la esquizofrenia. Se requiere tratamiento continuo para evitar que los síntomas vuelvan a aparecer.
Antiparquisonianos	Se utilizan para contrarrestar los efectos secundarios de algunos medicamentos como son: intranquilidad, temblor, rigidez muscular.
Antidepresivos	La depresión suele aparecer como un síntoma más de la esquizofrenia, como efecto secundario de los neurolépticos o como una reacción psicológica del individuo.
Tranquilizantes e hipnóticos	Los tranquilizantes disminuyen la ansiedad y la tensión muscular. Los hipnóticos ayudan a iniciar y mantener el sueño.

Fuente: Ramos Antonio, 2013, p. 81.

2.2 Eficacia farmacológica

La clozapina: Es un derivado dibenzodiazepinico, es el único fármaco que hasta el momento ha demostrado eficacia en la esquizofrenia resistente al tratamiento antipsicótico convencional. Además de la mejoría clínica positiva y negativa, parece mejorar la organización del pensamiento y ciertos aspectos de la función cognitiva y se asocia con un mejor funcionamiento social, así como una mejor adherencia al tratamiento y reducción de las hospitalizaciones. Recientes datos procedentes de ensayos clínicos de efectividad a gran escala CATIE y CUtLASS, parecen refrendar la superioridad de la clozapina en el tratamiento de la esquizofrenia con respecto a otros antipsicóticos típicos y atípicos, especialmente en pacientes con respuesta pobre a otros tratamientos ensayados.

La clozapina parece reducir el comportamiento agresivo y violento de los pacientes con esquizofrenia, existe también una creciente evidencia de que puede reducir la conducta suicida en estos pacientes. También datos que apoyan la eficacia de la clozapina para reducir el consumo de alcohol y otras drogas en pacientes con esquizofrenia. El tratamiento de clozapina solo debe iniciarse en pacientes en los que se haya comprobado la normalidad de las pruebas hematológicas, especialmente el recuento y la fórmula leucocitaria. La dosis debe ajustarse de forma individual, hasta la mínima dosis eficaz, se recomienda iniciar el tratamiento con una dosis de 25-50 mg sin sobrepasar los 75 mg, en tres tomas de 25 mg, e incrementarla de forma paulatina en 25-50 mg/día, hasta alcanzar una dosis entre 300 y 450 mg diarios en unas dos semanas. (Citado en Salazar M. 2009, p, 475)

La iloperidona: Es un agente antipsicótico atípico, derivado del benzisoxazol, estructuralmente relacionado con la risperidona. Se ha comprobado que la iloperidona es un tratamiento eficaz para los síntomas tanto positivos como negativos de la esquizofrenia aunque se dispone de estudios limitados. Los datos clínicos son todavía escasos para valorar el potencial terapéutico y el lugar de la iloperidona en el tratamiento de la esquizofrenia. En los ensayos clínicos se han utilizado dosis de 4-16 mg/día. (Citado en Salazar 2009, M. p, 482)

La olanzapina: Ha sido aprobada para el tratamiento sintomático de la esquizofrenia y el mantenimiento de la mayoría clínica de los pacientes con respuesta inicial positiva. También para el tratamiento del episodio maniaco moderado o grave y la prevención de las recaídas en pacientes con trastorno bipolar cuyo episodio

maniaco ha respondido al tratamiento con olanzapina. Ha demostrado ser más efectiva que placebo y al menos tan efectiva como haloperidol en el tratamiento de pacientes con esquizofrenia según diversos ensayos aleatorizados y controlados con placebo.

Uno de estos estudios comparativo, demostró que la olanzapina, en dosis de 7,5-17,5 mg/día, era tan efectiva como el haloperidol en dosis de 10-20 mg/día para reducir los síntomas negativos de la esquizofrenia, mientras que la olanzapina en dosis de 12,5-17,5 mg/día era más efectiva que el haloperidol para reducir los síntomas negativos. (Citado en M. Torreblanca 2009, p.485)

La paliperidona enantiómero: Es una nueva entidad molecular, perteneciente a la clase de los benzisoxazoles. En general los signos y síntomas previstos son los resultantes de la exageración de los efectos farmacológicos conocidos de la paliperidona, es decir, somnolencia y sedación, taquicardia, e hipotensión. No es necesaria ninguna prueba específica previa o durante el uso de la paliperidona. Como con cualquier fármaco, es conveniente conocer el estado físico del paciente antes del inicio del tratamiento y dada la repercusión sobre las cifras de prolactina, controla este parámetro, especialmente en el seguimiento a largo plazo del tratamiento con este fármaco.

La paliperidona parece que en el futuro pretenderá sustituir a la risperidona, cuya patente ha caducado recientemente. En apariencia no ofrece ventajas evidentes sobre su predecesora, presentando unos niveles de eficacia y tolerabilidad similares. (Citado en J. I Franch Valverde 2009, p.491)

La Quetiapina: Es un derivado de la dibenzotiazepina, la Quetiapina es un agente antipsicótico cuyo empleo puede considerarse en todos los pacientes con esquizofrenia y especialmente en aquellos que presentan incrementos de peso secundarios a otros antipsicóticos.

Su utilización en el trastorno bipolar también se ha ido extendiendo, tanto como agente coadyuvante con estabilizadores del ánimo como por si sola. La administración de Quetiapina de liberación prolongada facilita la dosificación y el cumplimiento terapéutico en pacientes esquizofrénicos. (Citado en J. M Galletero López, 2009, p.496)

El haloperidol: Antipsicótico, no se ha establecido el complejo mecanismo de acción exacto, pero se sabe que el haloperidol tiene un efecto selectivo sobre el Sistema Nervioso Central, ocupando competitivamente los receptores dopaminérgicos postsinápticos en el sistema mesolímbico y aumentando el recambio de dopamina cerebral para producir la acción antipsicótica. . (Citado en Juan Carlos piola, 2005, p.91)

2.2.1 Familia esquizofrénica

Los investigadores que trabajan dentro de la perspectiva de los sistemas familiares se concentran en el “sistema” de roles, interacciones y pautas de comunicación en el ambiente familiar en el que crece la persona que sufre esquizofrenia.

Marom, (2005), investigador experto habla acerca de la comunicación y menciona que: En estudios sobre las modalidades de comunicación y comportamiento dentro de las familias con un integrante esquizofrénico, los investigadores tratan de documentar las pautas desviadas de comunicación y las formas inapropiadas en que los padres interactúan con sus hijos. Se considera que estas perturbaciones en las relaciones familiares conducen al

desarrollo de una respuesta emocional defectuosa y a distorsiones cognitivas fundamentales para los síntomas psicológicos de la esquizofrenia. P.326.

Esto da a entender que la familia es el principal factor de evolución positiva o negativa en el sujeto esquizofrénico, debido a que mediante la comunicación o interacción que los padres o el resto de la familia tengan con el integrante esquizofrénico dependerá el funcionamiento del sujeto.

Los investigadores contemporáneos han abordado este problema tratando de pronosticar el resultado o la recuperación en adultos hospitalizados por esquizofrenia.

Para esto el autor Marom, (2005) consideran que: en lugar de considerar a una familia perturbada como la causa de la esquizofrenia, estos investigadores conciben a la familia como una fuente potencial de estrés en el ambiente de la persona que está tratando de recuperarse de un episodio esquizofrénico. P.326. Referente a lo anterior se puede deducir que la familia de un esquizofrénico no se ve afectada como tal, sino que por el contrario el sujeto con este padecimiento es el más afectado debido al ambiente desfavorable en el que está inmerso, mismo ambiente que le ayuda poco para recuperarse favorablemente.

El estrés que crean los miembros de la familia se refleja en el índice de emoción expresada, que constituye un indicador de hasta qué grado los miembros de la familia hablan en formas que reflejan críticas, sentimientos hostiles e involucramiento emocional excesivo o exceso de preocupación. Quienes viven en familias que tienen un grado elevado de emoción expresada, tienen más

probabilidades de sufrir una recaída, sobre todo si están expuestos a niveles elevados de crítica (Marom, 2005).

Los autores Woo, Goldstein y Neuchterlein, (2004) hacen referencia que: Una relación interaccional y recíproca entre la emoción expresada y la esquizofrenia también está comprendida en las investigaciones que señalan que la emoción expresada no es simplemente un activador de síntomas esquizofrénicos, sino también una respuesta a un comportamiento inusual, perturbado o pobremente socializado del individuo esquizofrénico. P.330

Se entiende que la emoción expresada en la persona con esquizofrenia activa los síntomas de esta enfermedad mental, pero también hacen que el sujeto mediante estas manifestaciones se desequilibre emocional y cognitivamente y por ende se le imposibilite socializar con las personas a su alrededor.

Lidz y sus colegas, (1957) de la escuela de medicina de Yale, establecieron en esencia, la misma hipótesis básica de Bateson: “que los pacientes esquizofrénicos casi siempre surgen en hogares donde se suscitan rivalidades anormales entre los padres” p.187. Esto hace referencia que dependiendo la relación de los integrantes de la familia será la salud emocional que se tenga para cada uno de ellos, de lo contrario se podrá generar o desarrollar una enfermedad patológica como la esquizofrenia.

Pero ellos estudiaron a los esquizofrénicos y a sus familias en un contexto más amplio y llegaron a conclusiones diferentes en relación a los componentes de las situaciones familiares trastornadas. Observaron a las familias de 16 pacientes esquizofrénicos hospitalizados en el instituto psiquiátrico Yale. El método principal de investigación consistió en un estudio longitudinal, “en un intento por recrear las personalidades, sus interacciones, las formas y la atmosfera del grupo familiar”.

Todos los miembros disponibles de la familia fueron entrevistados repetidas veces (algunos de ellos cientos de veces), tanto durante las sesiones de terapia como fuera de ellas (citado en Nathan. P y Harris S. p.187)

Las reacciones esquizofrénicas son intentos regresivos de escapar de la tensión y la ansiedad mediante el abandono de las relaciones de objeto interpersonales realistas y la construcción de delirios y alucinaciones. Bleuler acuñó el término esquizofrenia para hacer hincapié en la fragmentación que es evidente incluso a nivel descriptivo, además reinterpreto ampliamente la sintomatología a partir de la psicodinámica, ya que en aquellos tiempos estaba sujeto a la influencia de Freud y sus discípulos. Citado en Cameron N. (p.562).

Vonnegut (1975) le da una descripción de los síntomas de la esquizofrenia: en el mundo de la esquizofrenia, el pensamiento se vuelve ilógico; la asociación entre ideas es remota o sin patrón aparente. Con frecuencia ocurren alucinaciones, que implican sensopercepción imaginaria, visiones, colores, o más común, sonidos, a menudo voces, que el paciente asume como reales. P.499

Esto quiere decir que para el autor los síntomas de la esquizofrenia son constantes en los pacientes con esta enfermedad, mismos que se pueden presentar en diversas situaciones.

2.2.2 El papel de la familia en la adherencia al tratamiento

La familia tiene un papel importante en la adherencia al tratamiento, si los familiares aceptan la enfermedad y se dan cuenta de la importancia del tratamiento en todas las etapas de la misma, será más fácil que el paciente acepte la medicación. Por el contrario, actitudes de rechazo, o desconfianza hacia los fármacos darán más argumentos al paciente para su abandono. Con frecuencia los familiares pueden

achacar a la medicación síntomas de la propia enfermedad como la apatía, o aconsejar su disminución o abandono por los efectos secundarios que provoca. Por otro lado, la lucha de la familia con el paciente por la toma diaria de la medicación, supone, en algunos casos, un desgaste importante en la moral de la familia, dificultando el mantenimiento de un soporte adecuado para una evaluación positiva del paciente, es fundamental el trabajo psicoeducativo con la familia para mejorar la aceptación de la enfermedad, así como su conocimiento sobre ella y con respecto al tratamiento. (Citado en Kane, 2003, p.61)

La falta de conciencia de la enfermedad está muy relacionada con la no adherencia con el tratamiento (García Cabeza, 1999), aunque hay que tener en cuenta que la evaluación del insight se incluye habitualmente aspectos relacionados con el cumplimiento del tratamiento. También es cierto que pacientes sin reconocimiento de su enfermedad pueden aceptar y encontrar beneficio en el tratamiento.

El insight, según propone David (1990), no puede ser entendido como una respuesta de todo o nada, sino compuesto de tres dimensiones distintas: el reconocimiento de que uno padece una enfermedad mental, el cumplimiento con el tratamiento y la capacidad de etiquetar las experiencias mentales inusuales (delirios, alucinaciones) como patológicas. P, 61. De este modo el paciente tiene que percibir o saber reconocer lo que es su enfermedad y el tratamiento que está recibiendo y percatarse de las alucinaciones que presente,

La aparición de nuevos antipsicóticos con un perfil más favorable de efectos secundarios, facilita la adherencia al tratamiento. La reciente aparición de una formulación inyectable de risperidona de la larga duración abre perspectivas aún mejores para la correcta adherencia al tratamiento, aumentando la satisfacción del paciente con el mismo (Kane, 2003, p, 61) y mejorando la calidad de vida hasta valores próximos de la población sana (Nasrallah, 2004). Por estas y otras razones, la adopción del tratamiento inyectable de larga duración, directamente administrado por el equipo sanitario, facilita un entorno familiar y terapéutico más favorable en la evolución del paciente.

Una buena relación entre el clínico y el paciente, contando con la colaboración de la familia, así como una correcta elección de la medicación más adecuada en cada caso particular, permitirá reducir las cifras de incumplimiento del tratamiento en pacientes psicóticos (Citado en Rafael Touriño, 2004, p.61).

2.2.3 Rehabilitación para la esquizofrenia

Para que una persona se desarrolle completamente como adulto, debe cumplir en la sociedad una serie de roles familiares y sociales. De esta forma, a lo largo de la vida funcionamos con el rol de hijo, luego de esposo o esposa, padre o madre, trabajador o ama de casa, tenemos amigos, conocidos, participamos en actividades sociales, etc. Una de las consecuencias de la esquizofrenia es la alteración o la pérdida de los roles sociales y familiares.

La rehabilitación psicosocial: cubre todos aquellos aspectos que el enfermo debe desarrollar o recuperar para adaptarse a los diferentes roles que le toca vivir. No es suficiente con que un enfermo haya controlado sus síntomas con

la medicación. Tampoco es suficiente con que la familia conozca y comprenda la enfermedad. Si el enfermo desea trabajar, debe tener ciertas habilidades sociales, como por ejemplo, debe poder ajustarse a un horario o de lo contrario fracasará, aunque sepa hacer el trabajo correctamente; si desea tener amigos, deberá mantener un aspecto personal y una higiene que no produzca rechazo, etc.

La rehabilitación en la esquizofrenia suele cubrir las siguientes áreas: cuidado del aspecto personal, cuidado de la salud física, cuidado de la salud mental con desarrollo de conciencia de enfermedad y responsabilidad sobre la medicación, desarrollo de habilidades sociales, entrenamiento en resolución de problemas, entrenamiento laboral, y desarrollo de autonomía. Todo ello recupera habilidades perdidas, desarrolla habilidades nuevas y prepara para la autonomía y la integración y la integración socio-laboral. (Citado en Sonia Maña, 2008, p.68)

Para cubrir estas áreas, se cuenta con las siguientes formas de tratamiento:

Psicoterapia individual: Existen muchos enfoques de psicoterapia y prácticamente todos se han utilizado en la esquizofrenia. La psicoterapia individual establece una relación de ayuda entre el enfermo y el terapeuta. El enfermo puede sentirse comprendido y aceptado, hablar de sus preocupaciones y sus dudas, y si no le resulta estresante, puede ser útil especialmente para mejorar la autoestima que puede estar muy afectada a causa de la enfermedad y para crear conciencia de enfermedad. En el caso de la esquizofrenia, existen dos enfoques específicos que se han mostrado eficaces en aspectos concretos de rehabilitación: la terapia de conducta y el enfoque cognitivo-conductual (Citado en Sonia Maña, 2008, p.69)

Terapia de conducta: Intenta cambiar algunas conductas del enfermo que son problemáticas o que le perjudican y sustituirlas por conductas más aceptadas. Esto lo consiguen por medio de “registros”, que son hojas donde el enfermo tiene que escribir cuantas veces hace la conducta se desea eliminar y cuantas veces hace la que se desea desarrollar. Por medio de premios, se intenta que cada vez sean más la veces que se hace la conducta deseada. En un tratamiento que debe ser conducido por un experto en el tema, ya que si no se hace de una forma muy controlada pierde su utilidad. (Citado en Sonia Maña, 2008, p.70)

Fowler, Garety, y Kuipers 1995, señalan que La Terapia Cognitivo – Conductual para el esquizofrénico se define: Como un tipo de aproximación sistemática, orientada hacia los problemas y limitada en el tiempo para el abordaje de los síntomas psicóticos resistentes a la medicación. Sus objetivos básicos son reducir la angustia y la incapacidad asociada a la sintomatología psicótica residual, reducir el trastorno emocional y fomentar la participación activa del paciente en la prevención del riesgo de recaída y de incapacitación social. (Citados por Garcelán, et al, 2003. P.109)

Las terapias más viables de aplicación al paciente son: la relajación, la modificación de creencias, el procedimiento de reatribución, la técnica de la primera persona de singular, tratamiento neuroléptico, estrategias de afrontamiento, aceptación personal del origen de las voces y focalización del sujeto. En el caso de los pacientes con un tratamiento farmacológico ya establecido, el papel del psicólogo es, a base de terapias y condicionamientos, hacer que el enfermo mantenga el interés

para que no abandone el tratamiento y se recupere, para posteriormente continuar con tratamientos psicológicos más fuertes. Lo recomendable es que en conjunto la familia y el paciente asistan a terapias psicológicas que los ayude a interactuar entre sí y de la mejor manera guiar la relación para la rehabilitación del enfermo. (Citados por Garcelán, et al, 2003. P.109)

Terapia del modelo estructural: El Modelo Estructural Sistémico es una opción de análisis e intervención terapéutica (no se pretende señalar como la única válida), que provee la oportunidad de estudiar a las familias como sistemas abiertos en los que se establecen ciertas pautas de interacción (estructura familiar) que determinarán la funcionalidad o disfuncionalidad de las relaciones familiares. Desde esta perspectiva el origen de los problemas psicológicos se encuentra en el ámbito familiar, en el núcleo en el que se desarrolla el paciente identificado, de manera que el análisis de dichos problemas y su tratamiento se realizan a nivel familiar, no individual.

En el Modelo Estructural se considera a los miembros de la familia relacionándose de acuerdo a ciertas reglas que constituyen la estructura familiar. Minuchin (2003) define la estructura familiar como “el conjunto invisible de demandas funcionales que organizan los modos en que interactúan los miembros de una familia” (p. 86). Señala además, que la familia está conformada por varios subsistemas u holones. Holón es el término que significa que se es un todo y una parte al mismo tiempo, con lo que se considera entonces que la familia es un todo (sistema familiar) y a la vez un sistema que es parte de otro (s) mayor (es) como la familia extensa, por ejemplo. Los holones o subsistemas como también se les conoce, al interior del

sistema son: individual (cada miembro), conyugal (la pareja), parental (padres e hijos), y el fraterno (hermanos). Asimismo, Minuchin establece que en la estructura familiar se pueden identificar los límites, los cuales “están constituidos por las reglas que definen quiénes participan y de qué manera lo hacen en la familia, tienen la función de proteger la diferenciación del sistema” (pp. 88 y 89).

Los límites indican cuáles individuos pueden estar en un subsistema y cómo deben interactuar.

Los límites internos se identifican entre los miembros de los subsistemas familiares, mientras que los límites externos se reconocen por las reglas de interacción entre la familia y el medio ambiente externo. Minuchin reconoce tres tipos de límites:

- Claros: Son aquellas reglas que pueden definirse con precisión como para permitir a los miembros del sistema el desarrollo de sus funciones sin interferencias entre subsistemas, pero permitiendo el contacto entre los miembros de los diferentes holones.
- Difusos: Son aquellos que no se definen con precisión; no queda claro quién debe participar, cómo y cuándo, habiendo falta de autonomía entre los miembros del sistema, quienes están aglutinados mostrando invasión entre subsistemas. El estrés de un miembro individual repercute intensamente en los demás.
- Rígidos: En las familias con este tipo de límites, la comunicación entre sus miembros se torna muy difícil; cada uno funciona en forma autónoma con desproporcionado sentido de independencia, careciendo de sentimientos de lealtad y pertenencia. Sólo un alto nivel de estrés afectando a un miembro puede activar los sistemas de apoyo de la familia.

Minuchin (2003) además ha identificado otras formas de relaciones familiares que gobiernan las interacciones de sus miembros, tales como la jerarquía, centralidad, periferia, hijos parentales, alianzas, coaliciones y triangulaciones, que también son parte de la estructura familiar.

Capitulo III: Metodología de la Investigación

3.1 Descripción de la metodología

En este apartado se describe la metodología que se utilizó en la investigación, así como las características de la población estudiada y los instrumentos de evaluación que se implementaron para la recolección de la información. En este caso el enfoque de investigación que se abordó, es el cualitativo, a continuación se mencionan algunas de las características fundamentales de este método.

El enfoque cualitativo recoge datos descriptivos, las palabras y las conductas observables de las personas sujetos de la investigación. A pesar de provenir de disciplinas y enfoques tan diversos, se pueden identificar una serie de principios y características comunes que permiten calificar una investigación como de carácter cualitativo y que la diferencian de la investigación cuantitativa.

Los principios fundamentales que orientan la investigación cualitativa, son los siguientes:

Se reconoce la existencia de múltiples realidades y no una realidad única y objetiva. Por tanto los conocimientos desarrollados serán también múltiples, recogiendo la variedad de perspectivas de los diferentes actores sociales.

El propósito de la investigación cualitativa es comprender la complejidad y significado de la experiencia humana, así como contribuir a la generación de teorías.

El investigador ve el escenario y a las personas desde una perspectiva holística. Es decir, las personas, los escenarios o los grupos no son reducidos a variables, sino considerados como un todo.

La investigación se desarrolla en un contexto natural, sin someterlos a distorsiones ni controles experimentales. Se trata de comprender a las personas dentro de su contexto.

A continuación se presentan las principales características de la investigación cualitativa:

Utiliza un proceso de recolección de la información intensivo, con frecuencia combinando varias técnicas de forma complementaria (observación, entrevistas, análisis de documentos).

-Respetar las reglas de la comunicación.

-La muestra de informantes no es estadística, ni representativa, sino una selección de miembros de diferentes grupos de la población que viene determinada por los objetivos del estudio.

En la investigación cualitativa, la intención es penetrar profundamente en la complejidad del hecho social a investigar y trabajar con pocos casos para profundizar el significado del objeto en estudio. Comprender la realidad a través de métodos y técnicas que producen datos narrativos (Citado en M. L Vázquez, M. R Ferreira, 2006, p, 24)

Dentro del método cualitativo se utiliza el diseño narrativo. Este diseño tiene como objetivo lograr la construcción de una historia individual o grupal. Pueden referirse a toda la historia del individuo, una parte de ella o un suceso concreto.

En esta investigación es lo que se pretende, el hecho de dar a conocer la parte trascendental de cada una de las familias a las que se les hizo la entrevista, en este caso se tomó como muestra a 3 familias, pero por motivos personales de una éstas no se pudo contar con su participación en las entrevistas, es por eso que se trabajó únicamente con 2 familias en las cuales se abordó el impacto emocional que han tenido como familia al tener a un integrante con esquizofrenia, el grado de aceptación y el apoyo que han brindado al paciente.

Es por eso que se implementó el método cualitativo para obtener información acerca de la eficacia del tratamiento médico que se brinda a los pacientes con esquizofrenia que acuden al Centro de salud Dr. Horacio Camargo Rivera de Huejutla, Hidalgo. En esta unidad médica asisten personas con esta enfermedad mental. Dicha investigación se llevó a cabo en un periodo de un mes y medio, donde se realizaron entrevistas a expertos, en este caso a las doctoras de salud mental, posterior a eso se hizo presencia en las consultas médicas que se brindaron a 3 pacientes con esquizofrenia, esto con la finalidad de ver la dinámica familiar y medico paciente y de igual manera realizar la evaluación del examen mental, posteriormente realizar la evaluación multiaxial, en citas posteriores se trabajó de manera individual con cada una de las dos familias para recabar información acerca del paciente, así como también las vivencias tenidas como familia a partir de la presencia de esta enfermedad mental dentro de su núcleo familiar.

3.2 Población y Muestra

En esta investigación el tipo de muestreo que se utilizó fue el *no probabilístico* en el cual los elementos de la muestra se seleccionan siguiendo criterios determinados por el investigador, siempre procurando la descripción de la muestra. Este tipo de muestreo se utiliza cuando el probabilístico resulta muy costoso, teniendo presente que no sirve para hacer generalizaciones puesto que no existe certeza de que la muestra extraída tenga representatividad, debido que no todos los elementos de la población tiene la misma probabilidad de ser seleccionados.

Para el trabajo de investigación se eligieron de manera aleatoria a los pacientes con los que se trabajaría, a pesar de que existe población con pacientes esquizofrénicos en este centro de salud, las familias en ocasiones no cuentan con la disponibilidad de asistir a su atención médica.

La población con la que se contempló trabajar fue de 3 familias, pero por cuestiones personales de una familia, únicamente se trabajó con 2 familias que tienen a un integrante con esquizofrenia, estas personas acuden al Centro de Salud Dr. Horacio Camargo Rivera, de donde se tomó esta muestra.

En la familia (A), el paciente es un hombre de 44 años de edad, complexión delgada, estatura alta, tez morena. El paciente cuenta con la escolaridad de nivel primaria, no trabaja, únicamente ayuda en las actividades del hogar. Esta familia es originaria de la localidad de Romantla, son de recursos económicos bajos, se caracterizan por ser una familia humilde y unida, no cuentan con estudios, se dedican al campo y de ahí obtienen su recurso económico.

El paciente depende totalmente de sus figuras objetales donde el rol del enfermo es del hijo mayor, sus actividades diarias en el hogar son de ayudar a su mamá en labores sencillas del aseo.

El temperamento del paciente es tranquilo, generalmente su postura es relajada con su pensamiento poco lucido, su lenguaje es incoherente y tono de voz bajo, tiene poca habilidad de racionalización.

En la familia (B), la paciente es una mujer de 41 años de edad, complexión robusta, estatura alta, tez morena. La paciente cuenta con la escolaridad de nivel primaria, ayuda en las actividades de su hogar. Esta familia es de la localidad de Huejutla, son de recursos económicos medios, de pensamiento o ideología más abierta, religión mormona.

La paciente se caracteriza por ser muy temperamental, al tener un carácter muy explosivo, constantemente manifiesta su irritabilidad con su mamá al tener esa idea constante de que su madre le quiere hacer daño y ante esto la paciente externa que la quiere matar para que no le haga daño.

Es una persona que racionaliza demasiado ante la enfermedad que tiene y el hecho de pensar que solo asiste a sus citas médicas cuando ella quiere y no cuando los demás digan, está consciente de la enfermedad que padece así como las consecuencias que le puede provocar el no mantener un cuidado en su salud.

3.3 Técnicas e instrumentos utilizados

Las técnicas cualitativas, en consecuencia, nos proporcionan una mayor profundidad en la respuesta y así una mayor comprensión del fenómeno estudiado. Estas técnicas suponen normalmente un menor costo que las técnicas cuantitativas, son de más rápida ejecución, permiten más flexibilidad en su aplicación y favorecen establecer un vínculo más directo con los sujetos.

Uno de los instrumentos utilizados en esta investigación es la entrevista. La entrevista: en un sentido general se entiende como una interacción entre dos personas, cuando se habla de entrevista, con frecuencia se identifica en una técnica de investigación estructurada como las encuestas de actitud o de opinión y los cuestionarios. Sin embargo se va utilizando cada vez más la entrevista a profundidad, también conocida como cualitativa, no estructurada, abierta, o no estandarizada (Citado en Tomás J. Campoy, 2009, p, 289)

Para ello en esta investigación se implementaron las entrevistas familiares semiestructuradas, esto con la finalidad de obtener información precisa y real del proceso que han llevado como familia a partir de la presencia de la enfermedad en uno de sus integrantes así como también la evolución que ha tenido el paciente mediante el apoyo brindado por su núcleo familiar.

Otro de los instrumentos a utilizar en esta investigación será el **Genograma**: Es un instrumento que ofrece información para el análisis de la estructura familiar y su proceso familiar a través del tiempo. Refleja los miembros de la familia nuclear y sus anexos (cuñados, primos, abuelos, sobrinos, etc.), sus relaciones, los

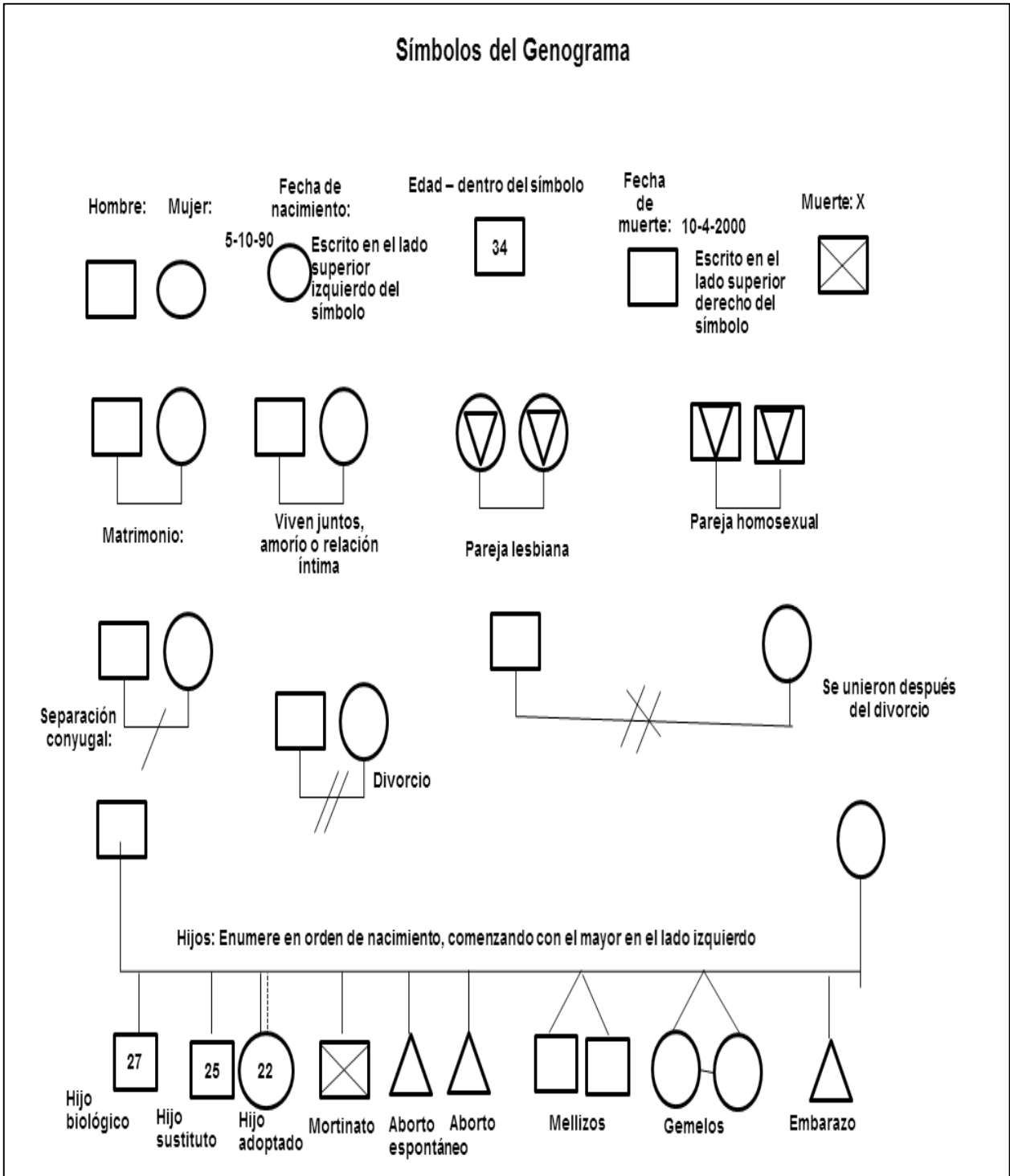
acontecimientos familiares, los patrones de comportamiento, las alianzas, etc., con un resumen de la situación familiar, sus problemas y hechos más relevantes, durante al menos tres generaciones.

El genograma es un documento abierto que permite agregar nuevos datos que la familia va aportando en sucesivos contactos. Se añade a la historia familiar como parte importante de esta. Crear un genograma supone desarrollar tres niveles:

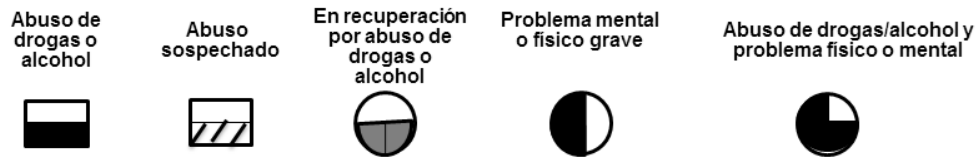
- Trazado de la estructura familiar: Descripción grafica de como los miembros de una familia están biológica y legalmente ligados entre si de una generación a otra. Se utilizan una serie de símbolos estandarizados.
- Registro de la información sobre la familia: Información demográfica, sobre el funcionamiento y sobre acontecimientos familiares críticos. Incluye edades, fechas de nacimiento, muertes, bodas, ocupaciones y nivel educacional.
- Delinear las relaciones familiares: comprende el trazado de las relaciones entre los miembros de una familia basado en observaciones directas del trabajador familiar y en las descripciones de los miembros de las familias.

(Citado en Santa Lázaro 2007, p.133)

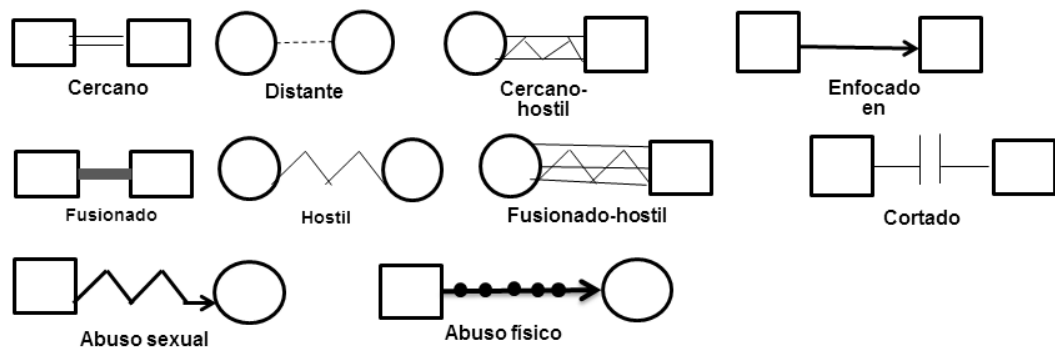
A continuación se presentan los símbolos usados más frecuentemente, según señala Quintero (1997):



- Símbolos que representan drogas, alcohol y/o problemas mentales



Símbolos que representan patrones interactivos entre personas



Fuente: Universidad del Valle, Santiago de Cali, 1989.

La implementación del genograma en esta investigación es de gran utilidad, ya que mediante este se puede percibir si el paciente con esquizofrenia tiene otro familiar cercano o lejano con esta misma enfermedad, de igual manera ver cómo está estructurada su familia.

Como tercer instrumento se contempla el uso de la Evaluación Multiaxial, en este implica una evaluación en varios ejes, cada uno de los cuales concierne a un área distinta de información que puede ayudar al clínico en el planteamiento del tratamiento y en la predicción de resultados. En la clasificación multiaxial DSM-IV TR se incluyen cinco ejes:

Eje I: Trastornos clínicos

Eje II: Trastornos de la personalidad

Eje III: Enfermedades médicas

Eje IV: Problemas psicosociales y ambientales

Eje V: Evaluación de la actividad global

El uso del sistema multiaxial facilita una evaluación completa y sistemática de los distintos trastornos mentales y enfermedades médicas, de los problemas psicosociales y ambientales, y del nivel de actividad que podría pasar desapercibidos si el objeto de la evaluación se centrara en el simple problema objeto de la consulta. (Citado en DSM-IV TR).

El Eje I describe todos los trastornos incluidos en la clasificación excepto los trastornos de la personalidad y el retraso mental que se incluyen en el eje II. También en este Eje se anotan otros trastornos que pueden ser objeto de atención clínica, véase en (anexo 1).

El Eje II incluye los trastornos de la personalidad y el retraso mental, también puede utilizarse para hacer constar mecanismos de defensa y características desadaptativas de la personalidad, véase en (anexo 2)

El Eje III incluye las enfermedades medicas actuales que son potencialmente relevantes para la comprensión o abordaje del trastorno mental del sujeto, véase en (anexo 3)

En el Eje IV se registran los problemas psicosociales y ambientales que pueden afectar el diagnostico, el tratamiento y el pronóstico de los trastornos mentales (Eje I y II), véase en (anexo 4)

El Eje V incluye la opinión del clínico acerca del nivel general de actividad del sujeto. Esta información es útil para planear el tratamiento y medir su impacto, así como para predecir la evolución, véase en (anexo 5). Citado en DSM-IV-TR. p. 32-37.

3.4 Cronograma de actividades

Actividades		Abril			Mayo				Junio-Julio	Agosto- Septiembre
		07	14	15	13	16	19	20		
Entrega de oficio en el Centro de salud Dr. Horacio Camargo Rivera										
Entrevista a doctora del núcleo de salud mental 1										
Entrevista a doctora de núcleo de salud mental 2										
Evaluación del examen mental del paciente 1										
Evaluación del examen mental del paciente 2										
Entrevista a familia 1										
Entrevista a familia 2										
Entrega de capítulos	Cap. I y II									
	Cap. III y IV									
	Cap. V									

Capítulo IV:
Descripción de resultados

4.1 Presentación de los resultados

En el presente capítulo se abordan los resultados obtenidos de las entrevistas que se realizaron a las doctoras de Salud mental del Centro de Salud Dr. Horacio Camargo Rivera de Huejutla, con la finalidad de saber la eficacia del tratamiento médico y psicológico en los pacientes con esquizofrenia y la importancia que tiene el hecho de contar una red de apoyo familiar. También se presentan los datos obtenidos de las entrevistas realizadas a familiares de los pacientes con esquizofrenia, el examen mental que se realizó a los pacientes y por último la evaluación Multiaxial.

4.1.1 Entrevista a expertos en la salud mental

Para la realización de las entrevistas a los expertos en salud mental, se acudió al Centro de Salud Dr. Horacio Camargo Rivera de Huejutla, donde se solicitó la autorización al Director de esta unidad médica, Dr. Jorge Hernández Franco para posteriormente se hiciera la notificación de manera individual a las médicos de los dos núcleos de salud mental, la primer entrevista se realizó a la médico del núcleo de Salud mental 1, dicha entrevista con la autorización de la especialista fue grabada por audio, esto con la finalidad de poder desglosar las preguntas que se abordaron a través de las respuestas emitidas acerca de los fármacos, el plan de acción que se brinda a los pacientes con esquizofrenia y la importancia de la red de apoyo familiar, en la siguiente visita se llevó a cabo la entrevista a la médico del núcleo de Salud mental 2 con la misma finalidad, esto para enriquecer y sustentar los datos obtenidos en ambas entrevistas.

- **Reporte de entrevista a la médico del núcleo de salud mental 1**

Mediante los datos obtenidos de la entrevista realizada a la primer especialista de salud mental, se puede rescatar que existen varios tipos de esquizofrenia presentes en los pacientes que acuden al centro de salud pero el que más prevalece es la de tipo paranoide, dentro de los fármacos que se utilizan para controlar la esquizofrenia están los antipsicóticos y un tratamiento que es rutinario, el clásico, por otra parte los anticolinérgicos son utilizados para los efectos secundarios de los antipsicóticos y por ultimo existen los moduladores de conducta los cuales se utilizan en los pacientes con agitación psicomotriz. La experta en salud mental hace mención de que para poder prescribir un fármaco se tiene que tener en cuenta la sintomatología del paciente, puede ser positiva o negativa, para esto se suministran los antipsicóticos clásicos y los más difíciles de controlar que son los de sintomatología negativa están los de nueva generación, pero menciona que los más eficientes son los antipsicóticos de depósito más para los pacientes que no cuentan con una red familiar de apoyo. Uno de los fármacos más utilizados y con mayor efectividad en cualquier tipo de esquizofrenia es el haloperidol.

Por otra parte, a consideración de la médico, la evolución del paciente depende de la edad de inicio porque los pacientes que inician su sintomatología antes de los 20 años de edad tienen un peor pronóstico, hay otros factores como el nivel sociocultural, pero el factor más importante es el hecho de contar con una red familiar de apoyo, debido a que estos son los que se encargan de la supervisión adecuada del tratamiento del paciente.

Específicamente en este Centro de Salud se brinda una terapia breve de tipo informativa y educativa, generalmente va dirigida a los familiares con la finalidad

que conozcan el padecimiento a grandes rasgos para tratarlos de sensibilizar sobre la necesidad de una red familiar de apoyo y la supervisión estricta en el tratamiento, con la finalidad de disminuir las recaídas y favorecer la reinserción psicosocial del paciente. Por otra parte se hace mención de que la familia es parte esencial en el tratamiento de la esquizofrenia, esto debido a que el paciente tiene un déficit cognitivo y en otros casos un descontrol de su enfermedad y por ende nula conciencia de su padecimiento, por lo tanto tienen poca proyección a futuro es por eso que cuentan con una dependencia a la familia, que son los que los apoyan en su proceso.

Para concluir, la especialista hace hincapié en que la evolución del paciente con esquizofrenia depende mucho del tratamiento farmacológico, el encontrar la dosis adecuada para el control del padecimiento como los efectos secundarios que pueda generar, así como también es de gran importancia la familia, el contar con esa red de apoyo es indispensable ya que son los que lo llevan a la consulta, le proporcionan el tratamiento, son los que supervisan la evolución de este y son los que de manera paulatina tratan de integrarlo al nivel familiar como al social.

- **Reporte de entrevista a la médico del Núcleo de salud mental 2**

En esta segunda entrevista realizada se obtuvieron datos importantes como el total de población que acude al área de salud mental del Centro de Salud Dr. Horacio Camargo, es un total de 265 pacientes, el trastorno que más prevalece en esta área es el Ansioso-Depresivo, de esta población el 10% presenta esquizofrenia y el que más se presenta es el de tipo paranoide.

Generalmente los pacientes acuden a sus citas médicas acompañados de su madre o por sus esposas según sea el caso. Hace referencia que la primera impresión de los familiares ante la presencia de esta enfermedad es de impresión, tristeza por la enfermedad, entre otras reacciones.

En ocasiones los pacientes no son constantes en sus citas programadas, esto debido a la falta de recursos económicos por parte de la familia, para poder trasladarse al Centro de salud, y cuando el paciente no acude por su tratamiento, en pocas ocasiones alguno de sus familiares acude por el tratamiento médico,

Por otra parte también hace mención que la familia es de suma importancia para la evolución del paciente ya que son los encargados de suministrar el medicamento al paciente, pero también menciona que la falta de suministro oportuno del tratamiento por parte de la familia provoca que tenga una reacción negativa en dicha evolución.

Al preguntar acerca de la reacción que tiene la familia cuando el paciente tiene una crisis repentina en la consulta médica, señaló que tienen diferentes reacciones, primero de preocupación por lo que está ocurriendo, desconcierto ante la enfermedad y lo que conlleva y también manifiestan inseguridad. Generalmente el trato de la familia hacia el paciente es de aceptación de la enfermedad como del mismo familiar enfermo.

Dentro de los factores que considera relevantes en el descontrol de la enfermedad está la falta del fármaco, la falta de educación de la familia, al no saber cómo actuar o a que se debe la enfermedad, y la carencia de red de apoyo familiar,

cuando la familia del paciente con esquizofrenia no está pendiente de la evolución o del control de la enfermedad.

El instrumento que utilizan para evaluar la evolución del paciente es la historia clínica de la evolución de la enfermedad, se puede percatar de la evolución del paciente mediante la evolución clínica que se tiene en las consultas médicas.

4.1.2 Entrevista a familiares

Para llevar a cabo las entrevistas a los familiares de los pacientes con esquizofrenia del Centro de Salud de Huejutla, se solicitó la autorización al director de esta institución, posterior a esto se ejecutó la entrevista a la primera familia (Familia 1), esta actividad se realizó en el área de Psicología, por falta de tiempo de la familia y debido que son de una comunidad retirada, esta sesión tuvo una duración de 1 hora y solo fue en esa ocasión.

La segunda entrevista se llevó a cabo la semana siguiente en el área de psicología, en esta actividad participó la madre de la paciente debido a que el resto de los integrantes estaban ocupados en sus actividades laborales. Esta segunda familia (Familia 2), participó de manera cooperativa por 1 hora y media y con esa sesión bastó para recabar la información necesaria.

- **Entrevista familia 1**

De los datos obtenidos de la entrevista a esta familia se pudo señalar que el paciente es de sexo masculino tiene 44 años de edad, la madre del enfermo menciona que su hijo comenzó con la sintomatología de la esquizofrenia a la edad de 22 años, este antes de desarrollar esta enfermedad mental se dedicaba a trabajar en la

milpa, ellos consideran que la enfermedad de su hijo posiblemente se debe a la pelea que éste tuvo con otros compañeros porque le hacían burla por no haber obtenido el certificado de la secundaria, a partir de ese suceso se percataron que su familiar no quería salir a jugar y sentía miedo.

La sintomatología inicial que presento el paciente fue de temor, imposibilidad de conciliar el sueño ante la comezón constante que sentía en la cabeza, la sensación de tener pulgas o piojos, esta posibilidad fue descartada al percatarse su madre que no tenía nada.

La opción de ayuda que tomaron desde un inicio fue médica, donde no se les pudo hablar con claridad del padecimiento debido que les comunicó que no tenía nada “que se iba a volver loco”. Posterior a esto el paciente desarrolló de manera más rápida la enfermedad, al comenzar a desconocer a las personas, salir huyendo de su casa hacia la milpa y estar escondiéndose. Ante esto lo llevaron con especialistas a Tampico y Xalapa donde se realizaron estudios y el diagnóstico que les daban era que no tenía nada, que eran sus nervios los que provocaban eso, decidieron llevarlo al Centro de salud de Huejutla y lo refirieron al hospital Villa Ocaranza de Pachuca donde únicamente se le recetaba el medicamento y lo compraban en Huejutla.

A pesar de que la familia lo está atendiendo con los médicos, ellos mencionan que no saben cómo se llama la enfermedad que tiene su hijo, pero si saben cómo se llaman los medicamentos que se le suministra y para qué sirven.

Dentro de esa familia aparte del paciente hay un primo y un tío de él que también tiene esta enfermedad, familiares de su padre. Las actividades que realiza actualmente son en su hogar, barrer el patio, darle de comer a los pollos. Las

personas que están al pendiente y apoyando al paciente son sus papás, sus hermanos trabajan fuera y los apoyan económicamente.

El nivel de aceptación de la enfermedad por parte de la familia fue positivo, desde un inicio lo apoyaron y atendieron con los médicos, la mamá del paciente mencionan que emocionalmente ya están bien, porque su hijo ya está mejor, está controlado, al inicio si se preocuparon todos pero le afectó más al papá del paciente, debido a que dejó de comer y bajó de peso. La mamá es la única que lo lleva a sus citas y también la encargada de darle el medicamento pero cuando ella no está, le ayuda su hija (hermana del paciente) ya que ha elaborado una lista de los medicamentos que le tienen que dar, en que horario y para qué sirve.

Aparte de la ayuda médica esta familia solo ha recibido una plática para saber cómo ayudar al paciente, esto por parte de una doctora de su comunidad pero fue hace muchos años. La familia ha involucrado al paciente en sus actividades o eventos que se presenten, pero él no asiste a fiestas que haya fuera de su casa, prefiere quedarse en su hogar.

Para comprender de mejor manera los síntomas y reacciones que manifestó el paciente ante la esquizofrenia se citan de manera textual los diálogos que se mantuvieron en la entrevista:

-¿ustedes a que creen que se deba su enfermedad?

- pues, quien sabe a qué, porque bueno, primero trabajaba en un potrero con un rico ahí cerca, y fueron otros dos ¡chamacos! Y luego le hacían burla que estudio la secundaria y no le dieron su certificado y a sí estuvieron diciendo, y después comenzaron a pelear ahí.

Luego de ahí él no llegó a la casa, luego fue la mamá del chamaco, que dice que le habían pegado a su hijo y no sé qué cosa, y le digo ¿Por qué se pelearon?, y no sabían también porque, y ya después mi chamaco no llego luego, hasta su papá lo vino a traer a la milpa, ahí estaba, le dijo vámonos ya, no pasa nada, no te van hacer nada. Pero ya después de ahí vimos como que empezó a cambiar, le daba miedo y no quería salir a jugar pelota al campo.

-Cuando ustedes se dieron cuenta que P. tenía esa enfermedad, ¿qué hicieron?

-pues el ya no durmió una noche, ya no durmió, porque dice que sentía que le picaban como piojos, como pulgas en la cabeza, y se rascaba, y me dijo "mami, ya me peiné con mi peine y no me salía nada, ni piojos, ni pulgas, nada y siento como hormigueo en la cabeza". Entonces yo le dije, pues que lo vamos a llevar con un doctor, y el doctor dijo, no, pues el chamaco no tiene nada, el chamaco se va a volver loco y ¡sí!, en ese momento ya lo llevamos para la casa.

- **Entrevista familia 2**

En esta familia el integrante con esquizofrenia es de sexo femenino de 41 años de edad, la mamá de la paciente refiere que la sintomatología de su hija comenzó desde que tenía 3 o 4 años de edad al percatarse que era muy diferente a sus demás hijos, ella era muy agresiva, distraída y lloraba mucho, la madre mencionaba constantemente que a su hija le gustaba hacer “cosas, como de hombre”. A la edad de 7 u 8 años ya no le gustaba estudiar, agarraba cuchillos y se iba a una granja, se trepaba a los árboles y hacía cosas pesadas “*como de hombre*” y no le podía decir nada porque era muy tosca y contestaba de manera grosera, ante eso la llevaron al médico y le informaron que estaba enferma de los nervios, pero a los 14 o 15 años de edad se notó más su enfermedad al comenzar a ser más agresiva, golpear a sus hermanos.

La mamá menciona que antes de traerla al médico recurrieron a “*curanderos*” después una psicóloga los atendió en su casa dándoles una terapia dos veces a la semana, la señora expresa “*no vi ninguna mejoría, ella iba de peor en peor*” se amarraba trapos en las manos, en los pies y se colgaba de una barda, se quería meter a una cisterna para bañarse.

Esta paciente fue diagnosticada con esquizofrenia hasta los 25 años de edad en Tampico, donde también le daban fármacos y terapias, pero actualmente la están tratando en el centro de salud ya mencionado.

La madre de la paciente refiere que tiene 8 hijos contando a la paciente y que de la familia de su esposo, su sobrina lejana tiene esquizofrenia, en su casa vive su otro hijo que estudia la universidad y es al que más le afecta que su hermana esté así, porque él escucha cuando agrede a su mamá.

A lo que refiere la mamá de la paciente en un inicio la enfermedad se les hizo normal, que era un capricho, porque todos los niños son rebeldes, corajudos y agresivos; comenzaron a ponerle importancia cuando la paciente se puso más agresiva y comentaba que oía voces, que le hablaban. También menciona la enfermedad se la tribuyeron a la pobreza que en aquel entonces tenían, por ser muchos en su familia, al no poder comprarle las cosas que ella les exigía, solo estudió hasta primero de secundaria porque ya no le gustó estudiar.

En la actualidad la paciente ayuda en su casa barriendo o lavando trastes, únicamente cuando lo desea, porque no le gusta que la ordenen, es por eso que no se ha casado para no tener obligaciones y porque no le gustan los niños, según refiere la paciente.

Por lo que se menciona se puede percibir que la madre de la paciente es la que más ha estado pendiente de ella, de su tratamiento y evolución, pero también es a la persona que más agrede e insulta, hay que mencionar que esta misma es la única que ha recibido terapias para entender más la enfermedad de su hija, sabe perfectamente que no tiene que contradecirla para que no se ponga más agresiva y de igual manera ella se lo hace saber a su otro hijo y a su esposo.

Actualmente la paciente está controlada, pues ya no se le suministra fármaco, solo una inyección cada 3 semanas, son esporádicas sus crisis o agresiones, menciona la mamá que en ocasiones no se “soporta” pues se la pasa agrediendo, agarra los cuchillos para afilarlos y dice que “la va a matar, la hará picadillo y se la echará a las gallinas”. La señora refiere que al estar en contacto con ella y estar escuchándola diario, hasta la está contagiando. También hay que mencionar que

la paciente es capaz de recordar las fechas, lugares y personas, está ubicada en sus tres esferas.

A la paciente se le involucra en las actividades o eventos de su casa y tiene amigas con las que sale a convivir en ocasiones, y nada más con una de ellas aceptaba tomarse las pastillas, no dejaba que su mamá le diera el medicamento porque creía que la iba a matar.

Para conocer las causas de la aparición de la enfermedad mental de la paciente se citan textualmente los diálogos que se presentaron en la entrevista de tal manera se percibirá de qué manera se expresa y se manifiesta el comportamiento de la paciente.

-Me gustaría que me mencione ¿A qué edad comenzó a manifestar esa enfermedad **A**?

-Bueno, yo pienso que ella empezó cuando era niña, como a los tres a cuatro años, porque a ella yo la veía bien rara, a comparación de mis otros hijos, ella era desde pequeña muy agresiva, lloraba mucho, y era muy distraída ella, a ella siempre le gustaba hacer cosas como de hombre, así pesadas y así como de 7 y 8 años no le gustaba estudiar, no le llamaba la atención, agarraba cuchillos, muy así, muy agresiva, se iba a una granja por donde estábamos cerca en la colonia Santa Elena, se iba y se trepaba a los árboles, siempre cosas así de hombre, pesadas y no podía decirle algo porque siempre me contesta groseramente, muy tosca

“Ella iba de peor en peor, entonces ya después llego al grado en que se amarraba trapos en las manos, se amarraba de los pies y se colgaba de una barda que tenemos con lamina y ahí se quería brincar y se quería meter a la cisterna porque se quería bañar, jugar mucho el agua y ¡No, no, no! Una cosa que realmente que feo”

“Llega un momento que no se puede ni soportar, no se soporta porque nada más está agrediendo, agarra los cuchillos, los afila y por cierto yo he alzado los cuchillos pero a veces es necesario sacar uno, porque tengo que ocuparlo en la cocina, ella garra el cuchillo, lo afila y dice que me va a matar, que me va a meter el cuchillo, me va picar la carne, me va hacer picadillo y se lo va a echar a las gallinas”

4.1.3 Examen mental

El examen mental fue realizado en el consultorio de salud mental, durante su cita médica con la autorización de la doctora. En los dos casos fue igual, solo que en diferentes días.

- **Examen mental del paciente 1**

-Aspecto general: Normal, vestimenta sencilla, casual pero limpia, arreglado, viste acorde a su edad, manifiesta higiene en su persona.

-Actividad motora: Normal, postura cómoda, movimiento constante de piernas.

-Expresión del rostro: Normal, manifiesta seriedad.

-Manera de aceptar el interrogatorio: El paciente tiene una cooperación normal ante los cuestionamientos que le hace la doctora, comprende las preguntas y responde adecuadamente.

-Expresión verbal del paciente: Hipoproduktividad acentuada: Discurso lento, voz baja, lenguaje incoherente

-Reacción afectiva del paciente: Ausente: No existe expresión de reacción afectiva

-Manifestaciones de ansiedad durante el interrogatorio: Ligeramente ansioso, especialmente manifestaba su ansiedad en las piernas.

-Orientación: Ubicación en tiempo, lugar y persona.

-Memoria y atención: Normal, muestra atención en lo que se le comenta y recuerda lo que ha pasado.

- **Examen mental del paciente 2**

-Aspecto general: normal, vestimenta arreglada, limpia, cuidado e higiene en su persona, peinada.

-Actividad motora: Inquietud: tenía frecuentes cambios de posición, especialmente cuando se molestaba, cruzaba los brazos.

-Expresión del rostro: Normal

-Manera de aceptar el interrogatorio: Oposición ligera: excesivamente desenvuelto, irónico con el médico, al hacer el interrogatorio respondía inmediatamente pero su actitud era de enojo, y elevaba el tono de voz.

-Expresión verbal del paciente: Logorrea: tiende a atropellar a las personas con su discurso, pero puede detenerse al menos por algún momento. Al momento que la doctora preguntaba o explicaba algo, la paciente de manera brusca y con molestia respondía, en ocasiones interrumpía y hablaba mucho.

-Reacción afectiva del paciente: Explosivas: arrebatos de afectividad, en momentos estaba tranquila, cooperaba en el discurso y bruscamente manifestaba enojo.

-Manifestaciones de ansiedad durante el interrogatorio: Normal

-Orientación: Ubicación en tiempo, lugar y persona.

-Memoria y atención: Normal, muestra atención en lo que se le comenta y recuerda de manera precisa lo acontecido.

4.1.4 Evaluación Multiaxial

Esta evaluación Multiaxial se llevó a cabo posterior al examen mental y las entrevistas con las familias correspondientes, mediante los instrumentos anteriores se pudo obtener información para elaborar de manera más precisa este instrumento, esto con la finalidad de saber en qué contextos o áreas se está viendo afectada la persona, así como los síntomas y las alteraciones que esta presenta por su enfermedad. Para esta actividad no hubo la necesidad de citar nuevamente a las familias, se pudo llevar a cabo con los datos recabados con anterioridad del examen mental y las entrevistas.

- **Evaluación del paciente 1**

Eje I: F20.0 Esquizofrenia tipo paranoide

Eje II: F60.0 Trastorno paranoide de la personalidad

Eje III: Sin diagnostico

Eje IV: Problemas relativos al ambiente social

Eje V: EEAG=31-32

- **Evaluación del paciente 2**

Eje I: F20.0 Esquizofrenia tipo paranoide

Eje II: F60.0 Trastorno paranoide de la personalidad

Eje III: Sin diagnostico

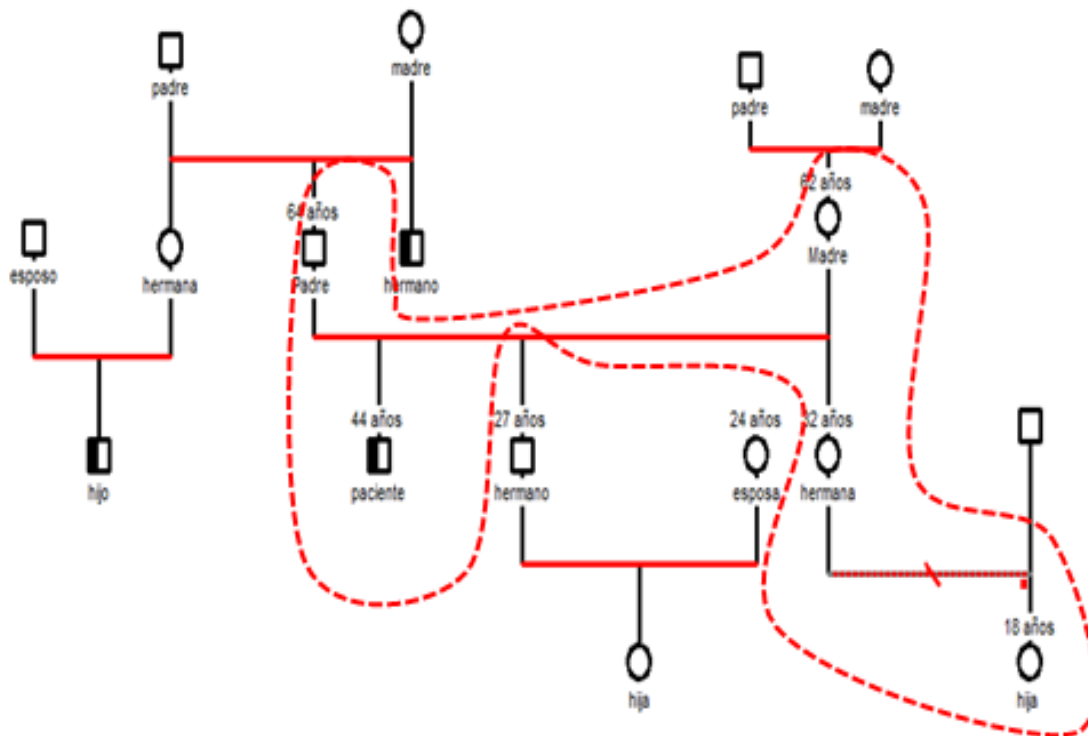
Eje IV: Problemas relativos al ambiente social

Eje V: EEAG=30-31

4.1.5 Genograma familiar

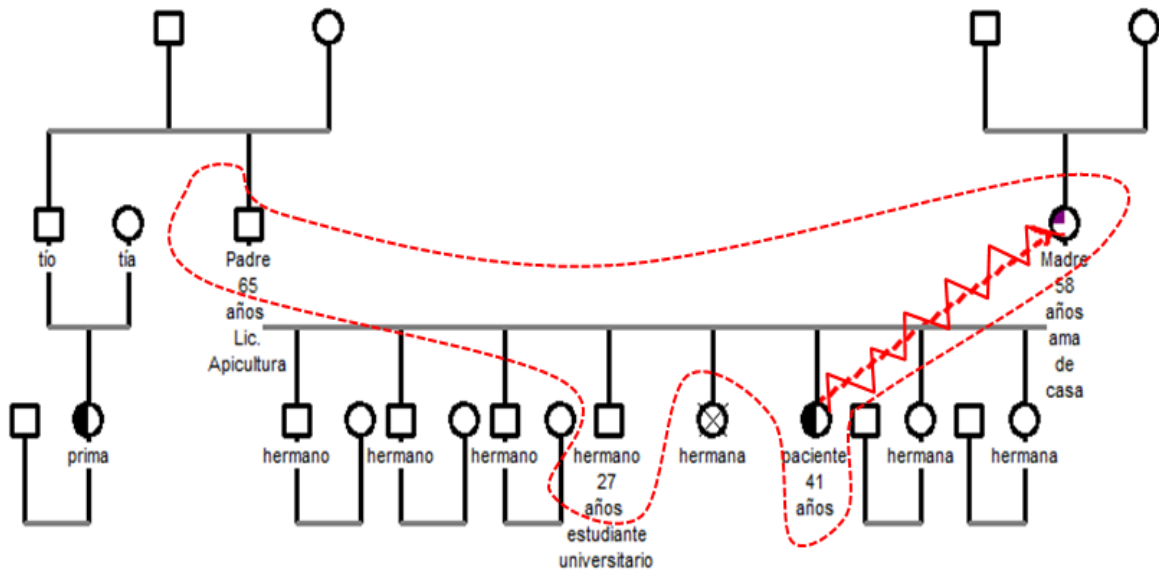
El genograma familiar fue elaborado mediante la información obtenida de las entrevistas realizadas a los familiares de los pacientes, acerca de las relaciones de cada integrante, las enfermedades o eventos más significativos.

- **Genograma del paciente 1**



A través de este esquema genealógico se pueden integrar la información de la dinámica familiar del paciente. Como se muestra, las figuras primarias están casados, la relación entre ellos es cordial, al igual que en las relaciones de matrimonio que se presentan en la descendencia, a excepción de la hermana del paciente que está separada, es madre soltera. Las personas que están en constante contacto o viven juntos es el paciente con sus padres, su hermana y su sobrina, el resto de los integrantes están independizados. Como también se puede percibir, dentro de esa familia aparte del P.I existen otros integrantes con esquizofrenia, el tío del paciente (hermano del papá del P.I) y también el primo del P.I (sobrino del papá del paciente).

- **Genograma del paciente 2**



Mediante este genograma se puede percibir la relación afectiva que hay entre los integrantes de la familia de la paciente, solo se hizo el señalamiento de las relaciones afectivas de más importancia en este caso, como se muestra, la relación que la paciente tiene con su madre es una relación muy conflictiva, esto a las constantes agresiones que esta tiene hacia su madre en particular, y no hacia algún otro integrante de su familia con los que está en constante convivencia como son su padre y hermano.

Dentro de esta familia también hay otro integrante con esquizofrenia, en este caso es la sobrina del papá de la paciente. Por lo que se comprueba que es solo por parte de su familia paterna en la que se ha manifestado esta enfermedad mental y las dos son mujeres, hay que mencionar que la paciente no desea tener familia y su prima si ha realizado su vida en pareja y ha tenido descendencia.

4.2 Categorización

-La eficacia del tratamiento psicofarmacológico

Para la integración de la información obtenida de las entrevistas que se realizaron a las doctoras de salud mental, se rescatan los siguientes datos: El hecho de que el total de población en salud mental es de 265 pacientes en cada núcleo de Salud mental y el 10% de este corresponde a pacientes con esquizofrenia, el tipo de esquizofrenia que prevalece en estas áreas es de tipo paranoide, para el control de esta enfermedad mental utilizan los antipsicóticos mismos que se utilizan de acuerdo a la sintomatología, o el tipo de esquizofrenia que tenga el paciente, así como también el nivel de control que haya en esta enfermedad.

Los factores que influyen en la evolución positiva o negativa de los pacientes con esquizofrenia son: La edad de inicio de la enfermedad debido a que si la esquizofrenia se presentó a partir de los 20 años el pronóstico es desfavorable, también mencionan que depende mucho de la red de apoyo familiar, el nivel sociocultural, el tipo de fármaco que se esté suministrando, como el adecuado control de la proporción de este.

El tipo de ayuda que se le brinda a los pacientes con esquizofrenia en el centro de salud Dr. Horacio Camargo Rivera consta de una terapia breve de tipo informativa y educativa que generalmente va dirigida a los familiares de estos pacientes, con la finalidad que conozcan el padecimiento a grandes rasgos para tratarlos de sensibilizar sobre la necesidad de una red familiar de apoyo y la supervisión estricta en el tratamiento para que haya una evolución favorable, pero no se brinda la atención psicológica como tal.

Ambos médicos están de acuerdo en que la familia es un factor de suma importancia en la evolución de este tipo de pacientes, pero también los mismos familiares se ven afectados también por la enfermedad, esto se puede percibir cuando acuden a sus citas médicas y se percatan de las reacciones de la familia ante esa situación, coinciden que las reacciones son de preocupación, desesperación e inseguridad ante las constantes agresiones que tiene el paciente hacia ellos, pero ante eso se ve el apoyo que hay con el paciente especialmente de las madres de familia, debido a que son constantes en las visitas médicas de su familiar.

El instrumento de evaluación en el área de salud mental es la historia clínica de la evolución de este tipo de pacientes, mediante esta historia clínica pueden verificar si el paciente va mejorando en su tratamiento o si requiere una modificación en su tratamiento.

-La importancia del papel de la familia en la evolución del paciente

Las entrevistas fueron realizadas a los familiares de 2 pacientes, P (paciente 1) y A (paciente 2), ambos tienen esquizofrenia de tipo paranoide pero hay que mencionar que su sintomatología inicial y desarrollo de la enfermedad fue diferente; en A la paciente 2, la enfermedad inició en la infancia, con alteraciones auditivas y agresividad, P el paciente 1 inició a los 22 años de edad con recurrentes molestias en la cabeza por la comezón que sentía, incapacidad para conciliar el sueño y posteriormente alteraciones auditivas. (A) desde su infancia mantuvo esa conducta de agresión y por lo tanto no se fue notorio el hecho de dejar de hacer sus actividades, y (P) antes de eso tenía una vida normal, realizaba actividades de campo y posterior a la enfermedad solo ayuda en actividades sencillas de su casa.

En los dos pacientes existen antecedentes de esquizofrenia y la causa de la enfermedad sus familiares se lo atribuyen a razones diferentes como a la pelea o burla de sus compañeros en el caso de P y en el caso de A, por la pobreza en la que antes estaban inmersos al no poder proporcionarle lo que necesitaba.

En ambas familias al inicio se les confundió con un mal diagnóstico de la enfermedad de los pacientes, recurrieron a varios especialistas y les brindaron el mismo apoyo en el centro de salud de Huejutla. Los dos pacientes han recibido ayuda de sus familiares en particular de sus mamás quienes son las únicas que los llevan a sus citas médicas y están al pendiente del suministro de los fármacos así como la evolución de este.

Las dos familias están de acuerdo que es muy importante brindarles el fármaco, ya que están conscientes de la importancia del suministro adecuado, como también su apoyo como familia es esencial para que los pacientes no tengan recaídas en su tratamiento.

En los dos casos únicamente sus mamás son las que han recibido una vaga orientación acerca de la enfermedad de su familiar y por ello en cada familia hay un integrante que más le afecta esta enfermedad aparte de los pacientes. Por otra parte es evidente que A manifiesta más agresividad que P a pesar de que ambos están controlados por lo que mencionaron sus familiares.

- Examen mental y evaluación Multiaxial

En la exploración del examen mental que se realizó a los pacientes se perciben aspectos diferentes en ambos, esto a la actitud que se mostró durante su cita

médica de manera individual. Al estar los dos pacientes controlados actualmente, se puede percibir mayor entendimiento en el lenguaje de la paciente A, el lenguaje de P es incoherente, A tiene la habilidad del razonamiento, en cuanto al carácter, en P se ve tranquilidad y seriedad, y en A es muy evidente y constante su temperamento, al ser agresiva y elevar el tono de voz, ambos pacientes están ubicados en sus tres esferas, pero es más notorio en la paciente, esto porque sabe con precisión la fecha en la que se encuentra, el lugar y quien es.

Ambos están diagnosticados con esquizofrenia de tipo paranoide, tienen problemas en la interacción social pero de manera diferente, P por temor evita el contacto con personas fuera de su entorno familiar, con anterioridad salía y agredía a la gente pero actualmente ya no lo hace. Y A tiene contacto con la sociedad y trata de involucrarse pero en su hogar evita ese contacto, en particular con su mamá por la agresión constante que tiene la paciente hacia ella y el temor a que le haga algo su mamá. Dentro de la escala se asignó puntaje diferente a pesar que la paciente tiene mayor interacción con la sociedad es más probable en causar un daño a terceras personas incluso a sí misma, en cambio P a pesar de las alteraciones que puede llegar a tener, no es considerado como un factor amenazante para terceras personas.

- Genogramas familiares

Por los datos registrados en ambos Genograma, se percibe que en las dos familias hay integrantes con esquizofrenia aparte de los pacientes, pero con P hay dos integrantes más con esa enfermedad por parte de la familia de su padre, en cambio con A, hay un integrante con ese padecimiento y también es por parte de la familia paterna.

La familia de P es poca y no existe conflictos emocionales o personales entre ellos o hacia el paciente. La familia de A es numerosa y existe más distanciamiento, como también conflictos emocionales en particular de la paciente hacia los demás integrantes especialmente con su madre, misma que padece de la diabetes y hay un deceso de una hermana de A.

4.3 Triangulación

Al realizar las entrevistas familiares para la recolección de información de los pacientes así como de sus respectivas familias se puede percibir el impacto que la enfermedad mental ha tenido en su persona como en cada uno de los integrantes de su familia, y sobre todo como estos influyen en el comportamiento del paciente, como lo menciona:

Marom, (2005), acerca de la comunicación y menciona que: En estudios sobre las modalidades de comunicación y comportamiento dentro de las familias con un integrante esquizofrénico, los investigadores tratan de documentar las pautas desviadas de comunicación y las formas inapropiadas en que los padres interactúan con sus hijos. Se considera que estas perturbaciones en las relaciones familiares conducen al desarrollo de una respuesta emocional defectuosa y a distorsiones cognitivas fundamentales para los síntomas psicológicos de la esquizofrenia. P.326.

Claro se pudo percibir en las familias entrevistadas, especialmente en la (Fam. 2) con la paciente A, que tiene comportamiento agresivo constantemente,

esto por la relación poco favorable que tiene con su madre, a los que mencionaba la señora en la entrevista, existe un temor, rechazo y odio de la paciente hacia ella y por ello la conducta inapropiada de esta genere un desequilibrio emocional tanto en la paciente como en los integrantes de la familia que están en constante interacción.

Se cita a continuación una parte del dialogo obtenido durante la entrevista que se le realizó a la madre de la paciente A.

-¿Después de la enfermedad de su hija, ha habido un cambio, que se hayan separado?

-No, si mis hijos se separaron fue porque se casaron, pero de ahí no hubo desintegración, porque como nos han dicho las doctoras que debemos aceptar a un enfermo, tal y como son, ósea como a resignarse. Ellos lo tomaron normal. A mí sí me afectó, siempre me ha afectado, porque como siempre he estado ahí, todo el odio o resentimiento, cuando ella agrede es directamente a mí.

“Agarra los cuchillos, los afila y por cierto yo he alzado los cuchillos pero a veces es necesario sacar uno, porque tengo que ocuparlo en la cocina, ella garra el cuchillo, lo afila y dice que me va a matar, que me va a meter el cuchillo, me va picar la carne, me va hacer picadillo y se lo va a echar a las gallinas y pues me han dicho a mí que pues no le haga caso, darle el avión, porque sabemos que ella no está bien y si yo lo estoy, pues creo que hasta ya me está contagiando, porque al estar oyendo eso día a día pues si le afecta a uno bastante y a mi hijo también porque el escucha, y mi hijo si le contesta a veces, le dice ya deja a mi mamá en paz, ya cállate por favor, entonces ella le contesta “y tú también, ahorita te voy agarrar hijo de no sé qué..”

A través de este dialogo se puede percibir la interacción que tiene la paciente A con su familia, la relación afectiva que hay entre ellos, en especial con su madre.

De los instrumentos aplicados se rescata la importancia o lo esencial que es la familia en la evolución del tratamiento del paciente, como lo mencionaron las expertas en salud mental del Centro de salud Dr. Horacio Camargo, de Huejutla Hgo, es necesario que haya una supervisión adecuada del tratamiento tanto

farmacológico, como las reacciones de este y para ello se requiere la ayuda y colaboración constante de la familia en conjunto.

A continuación se presenta parte del dialogo de las entrevistas aplicadas a las expertas en salud mental del centro de salud Dr. Horacio Camargo Rivera.

¿A que le atribuye la evolución favorable o la alteración del comportamiento en este tipo de pacientes?

-Yo creo que depende del tratamiento farmacológico, el encontrar una dosis, el encontrar la terapéutica mínima indispensable que logre el control del padecimiento sin llegar al extremo de producir tantos efectos secundarios que es una de las quizás cuestiones más difíciles en el tratamiento o en el apego en el tratamiento, la presencia de los efectos secundarios que hace a que frecuentemente el paciente abandone el tratamiento la otra parte es la conciencia de la enfermedad por parte de la familia que nos apoya trayéndolo a la consulta, dándole el tratamiento, supervisando los efectos secundarios, supervisando la evolución, identificando signos de alarma y obviamente el tratar de integrarlo de manera paulatina tanto a nivel familiar como a nivel social y de esta manera favorecer lo que es la rehabilitación psicosocial y entonces pues la familia es algo sumamente indispensable.

También hay que mencionar el hecho de señalar si hay antecedentes familiares con esta misma enfermedad mental como en este caso que es la esquizofrenia, y como se puede percibir en los Genogramas familiares de cada paciente, en ambos existen familiares con este mismo trastorno como lo señala el autor:

Hirvonen (2005), menciona que: Las pautas familiares de los individuos que padecen esquizofrenia ofrecen evidencias convincentes en favor de una explicación biológica. Cuanto más cercano sea un pariente a un individuo con esquizofrenia, mayor es la probabilidad de concordancia. P.324

Lo mencionado se refleja en las familias de ambos pacientes con esquizofrenia, porque tanto en una como en la otra familia esta enfermedad se presenta en la generación anterior de los pacientes y corresponden a la familia

paterna de estos. Se cita a continuación la evidencia de la entrevista donde mencionan las familias de los pacientes lo mencionado con anterioridad.

Fam. 1: -¿Alguien más que haya manifestado eso?

-pues un sobrino de mi señor, también

Fam. 2: ¿Dentro de su familia, su hija es la única que presenta esa enfermedad, o hay alguien más que la padezca?

-No, bueno la doctora también le hizo esa terapia, bueno le hizo esas preguntas que si había alguien de la familia que presentara esa enfermedad, así como usted me está preguntando, me pregunto de abuelos, bisabuelos y no, esa enfermedad yo le pregunte a la doctora porque venía esa enfermedad, porque se daba y ella me dijo que eso es hereditario; porque mi esposo tenía una sobrina así y dijo que eso es hereditario entre familia.

Dentro del último instrumento aplicado como lo fue la evaluación multiaxial se arrojan los mismos resultados, ambos pacientes tienen problemas respecto a su enfermedad con la interacción social, especialmente con su red familiar de apoyo. Es por eso que la relación en su núcleo familiar es determinante en el control favorable o negativo de los pacientes con esquizofrenia.

Al hacer una conclusión final de la información obtenida por los tres instrumentos de evaluación aplicados se puede determinar que el tratamiento médico (farmacológico) va de la mano con el papel de la familia dentro de este proceso, lo esencial que esta red de apoyo es para el avance positivo o favorable que el paciente con esquizofrenia vaya teniendo. Como lo mencionan las expertas en salud mental a las que se les hizo la entrevista, de nada sirve que el paciente tenga un buen tratamiento farmacológico sino cuenta con el apoyo de su familia que se encargue del suministro del medicamento. Pero también depende mucho de la edad en la que desarrollo la enfermedad y el control que se ha llevado.

Capítulo V:
Discusión y sugerencias de Intervención

5.1 Conclusión

La esquizofrenia, una enfermedad mental que en la actualidad está presente y se caracteriza por un deterioro cognitivo, debido a la presencia de alucinaciones auditivas, visuales, y olfativas, donde el sujeto se encuentra totalmente fuera de la realidad, debido a estas alteraciones el sujeto es incapaz de mantener una sana relación con el resto de la sociedad inclusive de su familia.

Esta enfermedad se presenta en el centro de salud en el que se realizó la investigación y en el cual se pudieron obtener los siguientes resultados, al llevar a cabo las entrevistas a las doctoras expertas en salud mental y a las respectivas familias se puede dar respuesta a la pregunta de investigación en cuanto a la eficacia del tratamiento médico y a la vez el papel de la familia en este proceso, los resultados de las entrevistas fueron los mismos, esto porque tanto las expertas como las familias mencionan que son una red de apoyo esencial para el paciente con esquizofrenia, debido a que este no cuenta con el nivel cognoscitivo apropiado para hacerse responsable de sí mismo independientemente de la edad, requiere que uno de sus familiares le proporcione el medicamento en tiempo y forma, así como también son los encargados de apoyarlo en su enfermedad y tratan de integrarlo en el nivel familiar y social.

5.2 Sugerencias

A través de la información obtenida en este trabajo de investigación acerca de la eficacia del tratamiento farmacológico y la importancia que la familia tiene para la evolución positiva o negativa del paciente con esquizofrenia, se pueden hacer las siguientes sugerencias o propuestas de intervención para el control de esta enfermedad mental.

- **Área de la salud:**

Al área de la salud, aparte de brindar la ayuda farmacológica se sugiere proporcionar apoyo psicológico de manera individual a las familias donde a través de las citas médicas que el paciente tenga, se le pueda brindar esa orientación a los integrantes de su familia, de esta manera estos podrán expresar las situaciones que más le están afectando o cuales son las reacciones que el paciente tiene y como lo han afrontado, esto ayudara a la familia a liberar sus emociones o sentimientos que se generan por la situación en la que están inmersos, posterior a esto se podrá hacer sugerencias a los familiares de cómo manejar los cambios de comportamiento que el paciente pueda tener con ellos, así como también unas técnicas que podrán implementar para poder apoyar a su familiar enfermo.

Otra alternativa favorable sería formar grupos de apoyo donde los familiares podrán compartir las experiencias que han tenido a partir de la presencia de esta enfermedad , mismas experiencias las compartirán con otras familias que estén en la misma situación, esto con la finalidad de concientizar acerca de la enfermedad que presenta el paciente y lo que genera, de igual manera que se puedan percatar que hay otras personas que tienen las mismas dificultades por esta enfermedad mental y posterior a eso podrán opinar y dar alternativas a los demás participantes

- **Área social:**

Por el comportamiento que las personas con esquizofrenia tienen de agresividad, se les dificulta mantener una relación adecuada con el resto de las personas, es por eso que la sociedad evita tener contacto directo o más cercano con este tipo de personas. Es por eso que se sugiere que los familiares de los pacientes con esta

enfermedad busquen brindar sugerencias de intervención a las personas de su misma localidad con la ayuda de profesionales como enfermeras, psicólogos o médicos que brinden la información necesaria en donde den a conocer en que consiste la enfermedad, esto para crear conciencia de la manera que pueden ayudar como sociedad al enfermo y que tengan conocimiento de cuáles son los factores que posiblemente estén alterando el comportamiento de la persona con esquizofrenia

- **Área familiar:**

Esta área es de las más importantes para la evolución favorable del paciente ya que son los que están en constante convivencia con el enfermo y son los encargados de controlar su comportamiento, el manejo del medicamento, y están al pendiente de las reacciones que pueda tener por los fármacos que se le estén suministrando.

Es por eso que se sugiere a las familias de los pacientes que aparte del medicamento que le están brindando a su familiar, dentro de su núcleo lo integren en actividades cotidianas que pueda llevar a cabo sin dificultad, incluirlo en dinámicas que no sean estresantes para el paciente, ocuparlo en cosas que le guste hacer.

Otra sugerencia que se hace es que como familia busquen ayuda profesional para ellos mismos, esto porque es necesario que tengan conocimiento de todo lo que corresponde a la enfermedad de la esquizofrenia, las alteraciones o conductas que el paciente emite sin tener conciencia de ello, cosas que le pueden afectar a cada uno de los integrantes. A través de esta orientación que reciban por parte de un profesional, podrán tener un mayor control de la evolución del enfermo, de esta

manera se les facilitara el hecho de tener conciencia más profunda acerca de esta enfermedad mental y una aceptación de la misma.

Anexos

Entrevista a Médicos de Salud mental

- 1 ¿Cuál es el total de la población que acude al área de salud mental?
- 2 ¿Del total de la población, cuántos son los pacientes con esquizofrenia?
- 3 ¿Cuál es el trastorno que más prevalece en el área de salud mental?
- 4 ¿Cuáles son los tipos de esquizofrenia que más prevalecen en el centro de salud?
- 5 ¿Cuándo el paciente con esquizofrenia acude a su cita médica, que integrante de la familia lo acompaña constantemente?
- 6 ¿Cuál es la reacción de la familia ante la presencia de esta enfermedad en el paciente?
- 7 ¿Los pacientes son constantes en sus citas médicas?
- 8 ¿Cuándo el paciente con esquizofrenia no acude a su cita programada, algún otro integrante de la familia acude al centro de salud por el medicamento?
- 9 ¿A qué cree que se deba el hecho de que no acudan a su cita médica los pacientes con esquizofrenia?
- 10 ¿De qué manera considera que la familia del paciente influya en la evolución de la enfermedad?

11 ¿Qué suceso dentro de la familia cree que sea elemental para que el paciente esquizofrénico tenga una reacción negativa en su evolución?

12 ¿Cuál es la reacción del familiar que acompaña al paciente a la cita médica, cuando este tiene una crisis repentina en el consultorio?

13 ¿Cómo es el trato de la familia hacia el paciente con esquizofrenia durante sus citas médicas?

14 ¿Qué factores considera que son relevantes en el descontrol del comportamiento del paciente con esquizofrenia?

15 ¿Cuál es el instrumento que utilizan en salud mental para medir la evolución del paciente?

16 ¿Cómo se puede percatar de la evolución del paciente o la eficacia del medicamento sobre este?

Anexo A: EJE I. Trastornos clínicos

Otros trastornos que pueden ser objeto de atención clínica

Trastornos de inicio en la infancia, la niñez o la adolescencia (se excluye el retraso mental, que se diagnostica en el Eje II)
Delirium, demencia, trastornos amnésicos y otros trastornos cognoscitivos
Trastornos mentales debidos a una enfermedad médica
Trastornos relacionados con sustancias
Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos
Trastornos del estado de ánimo
Trastornos de ansiedad
Trastornos somatomorfos
Trastornos facticios
Trastornos disociativos
Trastornos sexuales y de la identidad sexual
Trastornos de la conducta alimentaria
Trastornos del sueño
Trastornos del control de los impulsos no clasificados en otros apartados
Trastornos adaptativos
Otros problemas que pueden ser objeto de atención clínica

Anexo B: EJE II. Trastornos de la personalidad

Retraso mental

Trastorno paranoide de la personalidad
Trastorno esquizoide de la personalidad
Trastorno esquizotípico de la personalidad
Trastorno antisocial de la personalidad
Trastorno histriónico de la personalidad
Trastorno narcisista de la personalidad
Trastorno de la personalidad por evitación
Trastorno de la personalidad por dependencia
Trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad
Trastorno de la personalidad no especificado
Retraso mental

Anexo C: EJE III

Enfermedades médicas (con códigos CIE 10)

Algunas enfermedades infecciosas y parasitarias (A00-B99)
Neoplasias (C00-D48)
Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos y algunas enfermedades inmunitarias (D50-D89)
Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas (E00-E90)
Enfermedades del sistema nervioso (G00-G99)
Enfermedades del ojo y sus anejos (H00-H59)
Enfermedades del oído y de la apófisis mastoides (H60-H95)
Enfermedades del sistema circulatorio (I00-I99)
Enfermedades del sistema respiratorio (J00-J99)
Enfermedades del aparato digestivo (K00-K93)
Enfermedades de la piel y del tejido celular subcutáneo (L00-L99)
Enfermedades del sistema musculo esquelético y del tejido conectivo (M00-M99)
Enfermedades del sistema genitourinario (N00-N99)
Embarazo, parto y puerperio (O00-O99)
Patología perinatal (P00-P96)
Malformaciones, deformaciones y anomalías cromosómicas congénitas (Q00-Q99)
Síntomas, signos y hallazgos clínicos y de laboratorio no clasificados en otros apartados
Heridas, envenenamientos y otros procesos de causa externa (S00-T98)
Morbilidad y mortalidad de causa externa (V01-Y98)
Factores que influyen sobre el estado de salud y el contacto con los centros sanitarios (Z00-Z99)

Anexo D: EJE IV

Problemas psicosociales y ambientales

Problemas relativos al grupo primario de apoyo
Problemas relativos al ambiente social
Problemas relativos a la enseñanza
Problemas laborales
Problemas de vivienda
Problemas económicos
Problemas de acceso a los servicios de asistencia sanitaria
Problemas relativos a la interacción con el sistema legal o con el crimen
Otros problemas psicosociales o ambientales

Anexo E: EJE V

Evaluación de la actividad global (EEAG).

ESCALA DE EVALUACIÓN DE LA ACTIVIDAD GLOBAL (EEAG)*	
100... ...91	Actividad satisfactoria en una amplia gama de actividades, nunca parece superado/a por los problemas de la vida, es valorado/a por los demás a causa de sus abundantes cualidades positivas. Sin síntomas.
90... ...81	Síntomas ausentes o mínimos (por ej., ligera ansiedad antes de un examen), buena actividad en todas las áreas, interesado/a e implicado/a en una amplia gama de actividades, socialmente eficaz, generalmente satisfecho/a de su vida, sin más preocupaciones o problemas que los cotidianos (por ej., una discusión ocasional con miembros de la familia).
80... ...71	Si existen síntomas, son transitorios y constituyen reacciones esperables ante agentes estresantes psicosociales (por ej., dificultades para concentrarse tras una discusión familiar); solo existe una ligera alteración de la actividad social, laboral o escolar (por ej., descenso temporal del rendimiento escolar).
70... ...61	Algunos síntomas leves (por ej., humor depresivo e insomnio ligero) o alguna dificultad en la actividad social, laboral o escolar (por ej., hacer novillos ocasionalmente o robar algo en casa), pero en general funciona bastante bien, tiene algunas relaciones interpersonales significativas.
60... ...51	Síntomas moderados (por ej., afecto aplanado y lenguaje circunstancial, crisis de angustia ocasionales) o dificultades moderadas en la actividad social, laboral o escolar (por ej., pocos amigos, conflictos con compañeros de trabajo o escuela).
50... ...41	Síntomas graves (por ej., ideación suicida, rituales obsesivos graves, robos en tiendas) o cualquier alteración grave de la actividad social, laboral o escolar (por ej., sin amigos, incapaz de mantenerse en un empleo).
40... ...31	Una alteración de la verificación de la realidad o de la comunicación (por ej., el lenguaje es a veces ilógico, oscuro o irrelevante) o alteración importante en varias áreas como el trabajo escolar, las relaciones familiares, el juicio, el pensamiento o el estado de ánimo (por ej., un hombre depresivo evita a sus amigos, abandona la familia y es incapaz de trabajar; un niño golpea frecuentemente a niños más pequeños, es desafiante en casa y deja de acudir a la escuela).
30... ...21	La conducta está considerablemente influida por ideas delirantes o alucinaciones o existe una alteración grave de la comunicación o el juicio (por ej., a veces es incoherente, actúa de manera claramente inapropiada, preocupación suicida) o incapacidad para funcionar en casi todas las áreas (por ej., permanece en la cama todo el día; sin trabajo, vivienda o amigos).
20... ...11	Algún peligro de causar lesiones a otros o a sí mismo (por ej., intentos de suicidio sin una expectativa manifiesta de muerte; frecuentemente violento; excitación maníaca) u ocasionalmente deja de mantener la higiene personal mínima (por ej., con manchas de excrementos) o alteración importante de la comunicación (por ej., muy incoherente o mudo).
10... ...1	Peligro persistente de lesionar gravemente a otros o a sí mismo (por ej., violencia recurrente) o incapacidad persistente para mantener la higiene personal mínima o acto suicida grave con expectativa manifiesta de muerte.
0	Información inadecuada

Glosario

-Salud mental: Estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad.

-Diagnostico: Procedimiento ordenado, sistemático, para conocer, para establecer de manera clara una circunstancia, a partir de observaciones y datos concretos. El diagnóstico conlleva siempre una evaluación, con valoración de acciones en relación con objetivos.

-Trastorno: Trastorno es una palabra que etimológicamente se compone del latín “trans” que significa al otro lado, y “tornare”, cuya significación es girar, de lo que se deduce que el significado de trastorno es un giro en sentido contrario o anormal, invirtiendo su orden natural.

-Fármacos: Sustancia que produce efectos medibles o sensibles en los organismos vivos y que se absorbe, puede transformarse, almacenarse o eliminarse.

-Tratamiento: Suele usarse como sinónimo de terapia. Puede tratarse de un conjunto de medios de cualquier clase: quirúrgicos, fisiológicos, farmacológicos, etc. Su objetivo es paliar o curar los síntomas detectados a través de un diagnóstico.

-Enfermedad mental: Es aquella que se produce a raíz de una alteración que repercute sobre los procedimientos afectivos y cognitivos del desarrollo, la cual se traduce en dificultades para razonar, alteraciones del comportamiento, impedimentos para comprender la realidad y para adaptarse a diversas situaciones.

-Genograma familiar: Se define el genograma o árbol familiar como la representación gráfica de la familia a lo largo del tiempo o como lo definen los autores antes mencionados el "instrumento para incorporar categorías de información familiar al proceso de resolución de problemas".

Referencias Bibliográficas

- Espina. A (1991). *Revista de Psicoterapia II*.
- Carlos S., M^a Pilar Martínez Artiaga Ana Barcelona Labordeta (Profesora Educación Especial) Residencia Profesor Rey Ardid (Zaragoza) <http://www.intercanvis.es/pdf/07/07-05.pdf>
- Bercherie, P. (1980). *Los fundamentos de la clínica. Historia y estructura del saber psiquiátrico*. Buenos Aires: Manantial.
- Bleuler, E. (1911). *“Demencia Precoz. El grupo de las esquizofrenias”* Buenos Aires: Lumen-Hormé, 1993.
- Garrabé, J (1992) *“La noche oscura del ser. Una historia de la esquizofrenia”*. México: Fondo de Cultura Económica, 1996.
- Apiquian R. 2013 *“Salud mental”* - vol.36, n°.1, Rodrigo Córdoba, Ana Fresán.
- Thomas S. Szasz. *“El mito de la enfermedad mental”*. Buenos Aires
- Gaietà Permanyer-Miralda (2013, febrero): *“Revista de psiquiatría y salud mental”*
- De la fuente R. *“salud mental en México”*
- Cameron N. *“desarrollo y psicopatología de la personalidad: un enfoque dinámico*.
- Telma R. *“Psicología, psicopatología, psicoterapia”*
- Marcel E. *“los enfermos mentales y su tratamiento”*
- Enrique G. *“Psicopatología clínica y tratamiento analítico”*
- Richard P. y Susan K. *Psicología de la anormalidad “perspectivas clínicas en los trastornos psicológicos”*
- Gualberto. B., Vicente E. y Carlos S. *“Manual de evaluación en psicología clínica y de la salud”*.
- Gregory B. *“Pasos hacia una ecología de la mente”*

- Moruno p. y Talavera M. *“Terapia ocupacional en salud mental”* 2005
- Richard J., Philip G y Zimbardo *“Psicología y vida”* 2005
- Fernando L. *“Comprender la enfermedad mental”*
- Gesteira P, y Alejandro *“Diseño y desarrollo de un programa de farmacogenética en antipsicóticos enfocado al tratamiento de la esquizofrenia”* 2005
- Michel S, Vallejo C y Peralta F y J pastor *“Tratado de Psicofarmacología: Bases y aplicación clínica”* 2009
- Piola J.C *“Guía práctica para el monitoreo de fármacos y drogas de abuso”* 2003
- Touriño R, Domínguez E y Fernández J, *“Guía de intervención familiar en la esquizofrenia”* 2004
- Vázquez M. Luisa *“Introducción a las técnicas cualitativas de investigación aplicadas en salud”* 2006
- Ramos A, *“Diario de una enfermedad mental (Esquizofrenia)”* 2013
- Maña S, *“La esquizofrenia en el hogar: Guía práctica para familiares y amigos”* 2008
- Santa Lázaro, *“Aprendiendo la práctica del trabajo social”* 2007
- Garcelán, *“Terapia cognitivo conductual de la esquizofrenia”*. Madrid, España: Minerva ediciones, 2003.
- McGoldrck M, *“Genogramas en la evaluación familiar”*
- Francisco C, *“Categorización Y Triangulación Como Procesos De Validación Del Conocimiento En Investigación Cualitativa”* 2005.
- Okuda B, *“Métodos en investigación cualitativa: triangulación”* 2005.
- Soria R. *“Tratamiento sistémico en problemas familiares”* Revista electrónica de Psicología Iztacala Vol.13 No.3 Septiembre de 2010.