



UNILA
Universidad Latina

UNIVERSIDAD LATINA S.C

3344-85

CARGA DEL CUIDADOR EN CUIDADORES
PRIMARIOS DE PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA

T E S I N A

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A :

ROSALBA SOTO GUTIÉRREZ

ASESOR: DRA. EVA GONZÁLEZ

CIUDAD DE MÉXICO, MARZO 2019.



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.

“Arriesgar, probar, experimentar y fracasar, son parte del
crecimiento y de la evolución humana y del universo, en
cada paso, encontraras el yo escondido, el que pide
desesperadamente que no te detengas, que sigas adelante
porque ahí encontraras la semilla del heroísmo”

Anónimo.

“Siempre parece imposible hasta que se hace”

Nelson Mandela.

AGRADECIMIENTOS

Por fin se llegó este día, en el que tengo que agradecer a cada una de las personas que estuvieron conmigo en este el largo andar, para llegar a este momento tan esperado; “EL EXAMEN PROFESIONAL”.

Dani y Vale, ustedes fueron una parte muy importante para querer superarme y entrar a la universidad, quiero agradecerles, todo el apoyo, por comprender que tenía que estudiar y tener que sacrificar mi tiempo a su lado, gracias Vale por esperarme noche a noche a que llegara de la universidad.

¡Las Amo!

A mis padres, por ser el pilar que me sostiene, que aunque no fue en el momento que ustedes hubiesen deseado que terminara mi carrera, pero lo hice a mi tiempo, gracias padres por creer que lo podía lograr, gracias mamá por estar atrás de esa puerta esperando que yo entrara... LOS AMO

Eve, mi amiga...mi BODY gracias por que en los peores momentos ahí estuviste apoyándome, con unas copias, con un abrazo, alentándome a terminar la tesina cuando ya no podía, gracias por estos años de amistad, ¡TE QUIERO!

Mis hermanas, sobrinos y cuñados, por haberme acompañado en dos días muy importantes de mi carrera, mi fotografía y mi graduación.

¡LOS QUIERO!

Israel Pérez, por escucharme en cada momento que ya no podía avanzar, en donde me dijiste una y otra vez que no es fácil una tesis y menos un examen profesional, pero que lo lograría, gracias por esos consejos y esos ejemplos de vida que me ha enseñado muchas cosas.

A mis profesores Ixel Alonso Orozco Y Edgar Avalos Soto que se tomaron su tiempo en revisar mi tesina y gracias por sus consejos.

Y claro que no podías faltar tú, Dra. Eva González, mi querida asesora, gracias por tu tiempo y dedicación que tuviste conmigo, gracias por jalarme para no rendirme y terminar con este proyecto, gracias por tus palabras, aunque a veces duras pero con mucha razón.

¡Te voy a extrañar!

Gracias infinitas a cada una de estas personas, porque sin ustedes no estaría en donde estoy ahora.

Índice	
Resumen	i
Introducción.....	ii
Planteamiento de problema y Justificación	viii
Objetivos.....	ix
General.....	ix
Específicos.....	ix
Esquizofrenia	1
Definición	1
Etiología	2
Prevalencia.....	5
Características.....	7
Criterios diagnósticos DSM 5 y CIE 10.....	7
Tratamiento.....	11
Cuidador primario informal.....	21
Definición	21
Características.....	23

Carga del cuidador primario	24
Salud del cuidador primario informal.....	33
Carga del cuidador en cuidadores primarios informales de pacientes con esquizofrenia	38
Conclusiones.....	49
Referencias	52

Resumen

La esquizofrenia es un trastorno psiquiátrico que perjudica de forma significativa el funcionamiento general de quien lo padece, afecta la percepción, pensamiento, afectividad y conducta, deteriora la interacción social y familiar y diversas funciones a nivel neurológico. Se considera uno de los trastornos mentales más incapacitantes, cuyos síntomas principales son la alteración del juicio, alucinaciones, ideas delirantes y trastornos cognitivos. Estos pacientes requieren atención constante para el apoyo en tareas de la vida cotidiana y el apego a su tratamiento médico, tarea que comúnmente es asumida por un cuidador primario informal, quien es una persona en el entorno del paciente que asume el cuidado, toma decisiones médicas y de otras áreas por el paciente y cubre necesidades básicas de este. El cuidador primario informal no cuenta con una formación profesional como cuidador y no recibe una retribución económica por sus servicios.

Se ha documentado que los cuidadores primarios experimentan deterioro en su salud física y mental. La carga del cuidador refiere a la sensación de soportar una obligación o carga pesada, originada por el grado de atención y dedicación que requiere un paciente, la mayor carga subjetiva se debe a las conductas del paciente especialmente la sintomatología negativa-, así como la preocupación por su seguridad, tratamiento y futuro. La carga incluye actitudes y reacciones emocionales ante la experiencia de cuidar.

Por ello, el objetivo del presente trabajo de investigación documental consistió en describir los efectos de la carga del cuidador en cuidadores primarios informales de pacientes con esquizofrenia, para tal fin, se realizó una revisión sistemática de la literatura en bases de datos como Redalyc, Scielo, PubMed, en páginas electrónicas de organismos oficiales como la Secretaría de Salud, la Organización Mundial de la Salud, entre otras, además de libros de consulta de medicina, psicología y otros afines a la temática.

Introducción

La palabra esquizofrenia viene del griego Schizo: “división” o “escisión” y phrenos: “mente”. El término esquizofrenia fue introducido por el psiquiatra suizo Bleuer en 1911, pero este trastorno ya fue identificado por el psiquiatra alemán Krapelin en 1866 bajo el nombre de “demencia precoz”, queriendo significar que las personas afectadas, necesariamente sufren graves deterioros cognitivos y comportamentales; también conocida como “mente partida”, distorsión de pensamientos y sentimientos.

De acuerdo con el Instituto Nacional de Salud Mental (INSM) (s. f.) la esquizofrenia es una enfermedad mental que afecta cada vez a más personas, es una enfermedad crónica que ocasiona deterioro significativo en las relaciones interpersonales (área social, familiar y laboral), debido a la relevancia de su sintomatología asociada: alteración del juicio, alucinaciones, ideas delirantes, trastornos (memoria cognitiva, atención).

La incidencia de enfermedades mentales va en aumento, lo que constituye un problema para los servicios de salud en todo el mundo, por ello, actualmente se busca el fin de la psiquiatría institucionalizada, con lo cual la figura del cuidador del enfermo mental ha recaído principalmente en la familia o en su entorno, por lo que las familias han tenido que adquirir los conocimientos necesarios para el cuidado de sus familiares enfermos (Bellsolá, 2014).

Es muy importante la labor familiar para el cuidado del paciente, el peso y la importancia del cuidador, sin embargo, ser cuidador primario genera situaciones de soledad y falta de apoyo en el cuidado, en muchas ocasiones es solo una persona la que afronta esta labor. El cuidador primario suele tener relación directa con el paciente, no cuenta con horarios ni remuneración económica, la mayoría de ellos no tiene una preparación al respecto (Giraldo

& Franco 2006; Torres et al. 2006). Convirtiéndose así la actividad de cuidar en algo difícil que requiere de aprendizaje y un desarrollo de habilidades, permitiendo así desempeñar muy bien su rol (Austrich, 2006).

Pérez (2006) menciona que el cuidar es una tarea con un alto grado de responsabilidad y exigencia, lo cual lo lleva a una fuente de estrés y malestar emocional, en cuanto a alteraciones físicas el cuidador esta propenso a padecer dolores musculares, dolores de cabeza, fatiga crónica, problemas de digestión y alteraciones del sueño.

En cuanto en alteraciones sociales (Ruiz & Nava, 2012) mencionan que las exigencias del rol generan que los cuidadores vean reducido su tiempo de ocio y la relación con sus familiares.

En cuanto a las alteraciones psicológicas, se debe señalar que, aunque ser cuidador de una persona puede traer consecuencias positivas resultando una experiencia gratificante, también pueden ser negativas, entre las cuales se encuentran sentimientos de tristeza, desilusión, enfado, ansiedad, irritabilidad, hasta incluso sentimientos de culpa (Ruiz & Nava, 2012).

Como ya se señaló, quien toma el papel de cuidador por lo regular no tiene la formación, ni recibe remuneración alguna, la ayuda que proporcionara al paciente es constante e intensa ocasionando sobrepasar la propia capacidad física y mental, generando una sobrecarga, la cual se traduce en varios síntomas emocionales y físicos, con serias repercusiones para la salud.

Por ello, el objetivo del presente trabajo de investigación documental consistió en describir los efectos de la carga del cuidador en cuidadores primarios informales de pacientes con esquizofrenia. El manuscrito se organizó de la siguiente forma:

En el capítulo 1 se hace un resumen del trastorno de la esquizofrenia como una de las primeras causas de discapacidad en México, siendo un padecimiento mental que afecta mayormente a hombres (OMS, 2013).

Son millones de habitantes en el mundo que la padecen, es un trastorno que perjudica significativamente el funcionamiento de quien lo padece, afectando la percepción, la conducta, la interacción social y familiar.

Se dice que son diversos los factores que pueden provocar la enfermedad (Genéticos, biológicos, ambientales, y psicosociales); en la actualidad sería correcto decir que “la esquizofrenia es una enfermedad cerebral de origen genético y ambiental” (Stefan & Murray, 2002).

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2016), menciona que la prevalencia de la esquizofrenia a lo largo de la vida es variable, la enfermedad tiene una distribución uniforme en todo el mundo, no existen características significativas en cuanto a la presentación por sexo, aunque la edad inicio es alrededor de los 26 años, en la actualidad ya son más adolescentes quienes padecen la enfermedad y es significativamente más alta en las mujeres.

Warner y Girolamo, (s. f.) en una revisión utilizando los criterios del CEIE-10 o del DSM reportaron una incidencia anual, mundial y corregida por edad de 10 a 40 casos nuevos por cada 100,000 habitantes.

Una de sus características según el DSM 5 y el CIE 10, es una alteración persistente durante 6 meses incluyendo por lo menos un mes de síntomas; el criterio de exclusión más frecuentes es que el trastorno no es atribuible a una enfermedad orgánica cerebral.

El inicio de la esquizofrenia ya sea en la adolescencia o en la adultez temprana, tiene como consecuencia que la mayoría de los pacientes no logren desarrollarse personal y profesionalmente, los síntomas afectan múltiples procesos psicológicos en forma de alucinaciones y delirios, afectando también sus funciones mentales superiores [memoria, atención y juicio] (INSM, s. f.).

La esquizofrenia requiere tratamiento de por vida, aun si los síntomas desaparecen; el tratamiento con fármacos y terapia psicosocial puede ayudar al control de la enfermedad.

El capítulo 2 aborda todo el proceso que tiene que pasar el cuidador primario y la sobre carga emocional que estas personas pueden llegar a tener, la medida de desinstitucionalizar a los pacientes psiquiátricos, ha ocasionado que el cuidador primario y la familia tengan una sobre carga emocional, ya que todo el peso recae en ellos.

Caraveo et al., (2010) define al cuidador primario informal (FCPI) como la persona que se hace cargo de cuidar, dar atención, y asistir al enfermo son personas que no reciben capacitación ni remuneración por brindar los cuidados del paciente y cumplen este papel sin someterse a normas de horario la ayuda es constante e intensa que a veces sobrepasa la capacidad física y mental del cuidador.

La OMS (1999) define al cuidador primario como la persona en el entorno de un paciente que asume por su propia voluntad el cuidado del paciente.

“Los cuidadores tienen dificultades para equilibrar el trabajo, la familia, su propia salud física y mental emocional y esto se agrava en combinación con la falta de recursos personales, financieros y emocionales” (Mera, Benítez et al, 2017).

Navarro (2004) menciona que existen 2 tipos de cuidadores, los formales y los informales, siendo los formales aquellos profesionales que tienen como función el cuidado de una persona, no tienen relación familiar con él y perciben una remuneración y los informales son aquellas personas que tienen un grado elevado de compromiso y ya que quien funge como cuidador informal son los familiares.

La sobre carga del cuidador también se define como el impacto que genera el trastorno en la calidad de vida de quienes asumen el rol del cuidado.

Zarit, (1996) define la carga como un estado resultante de la acción de cuidar, un estado que amenaza la salud física y mental del cuidador.

La carga de los cuidadores se ha considerado también en términos de carga subjetiva y objetiva, algunas investigaciones la definen de distintas maneras, la carga objetiva se define como la alteración por el cuidado y la enfermedad del paciente, generada por las labores de supervisión y estimulación del paciente, está constituida principalmente por los problemas emocionales, económicos y el clima de convivencia en el hogar; la carga subjetiva se define a la sensación de soportar una obligación y la pesada tarea que requiere cuidar a un paciente, la mayor carga subjetiva está constituida también por las conductas del paciente especialmente por la sintomatología negativa.

La salud del cuidador primario se ve sumamente deteriorada, estudios han demostrado un alto porcentaje de diversos síntomas de ansiedad y depresión, falta de concentración, ganas de llorar, tristeza, nerviosismo y tensión.

El capítulo 3 aborda estudios sobre la carga en cuidadores primarios informales con pacientes con esquizofrenia.

El malestar psicológico a causa del cuidado de un familiar y sus efectos sobre la salud del cuidador primario ha sido objeto de diversos estudios. Existen diferentes tipos de estudios que describen los diferentes perfiles de los cuidadores, ellos son las primeras personas que están en contacto con los pacientes, los factores en los niveles de sobrecarga son muchos, algunos de los factores pueden ser la edad, el sexo, el nivel socioeconómico, el estado civil, el nivel educacional, el estatus laboral, el grado de parentesco, las horas que hay que cuidar, el ser esposo o padre.

Los estudios presentados en este capítulo demuestran que existen diferentes causas que hace que la carga del cuidador sea alta, o simplemente no exista, es por esto por lo que cada uno de los autores dependiendo el resultado del nivel de carga recomiendan algunas alternativas para aligerar todos los procesos emocionales que el cuidador puede presentar.

Planteamiento de problema y Justificación

La esquizofrenia afecta a más de 21 millones de personas en todo el mundo, es un padecimiento altamente discapacitante que altera el bienestar físico y mental, lo que obliga al paciente a depender de otros para tareas de cuidado y adherencia al tratamiento, entre otras.

La convivencia diaria y el cuidado del paciente, en todos los ámbitos de la vida, tanto social, de salud, emocional, físico y financiero, afectan de manera importante el bienestar de quien funge como cuidador.

El cuidador primario informal se responsabiliza de la persona enferma, dedica parte importante de su tiempo al cuidado del paciente y disminuye su propio tiempo de descanso, tiende a la sobreprotección, enfrenta riesgos asociados a estrés y agotamiento. Se ha reportado una alta prevalencia de enfermedades físicas y mentales en cuidadores primarios.

El trabajo del cuidador primario es de vital importancia para la sociedad, dado que permite reducir costos al sistema sanitario por la atención directa que proporcionan, -aunque esto suele derivar en un aumento del gasto familiar y en la disminución de los ingresos familiares ya que muchas veces el fungir como cuidador implica dejar de trabajar- como por su papel en el mantenimiento y cohesión de la familia. Por ello, se requiere de investigaciones enfocadas a este sector de la población, que contribuyan a conocer y entender la problemática a la que se enfrentan, y que sirvan como base para investigaciones aplicadas.

Objetivos

General

Describir los efectos de la carga del cuidador en cuidadores primarios informales de pacientes con esquizofrenia.

Específicos

Realizar una revisión extensa de la literatura referente a cuidadores primarios informales.

Describir los aspectos epidemiológicos de la esquizofrenia.

Describir las principales características de la carga del cuidador primario.

Describir los aspectos epidemiológicos de la carga del cuidador primario informal.

Describir los efectos sobre la salud física y mental de cuidadores primarios informales de pacientes con esquizofrenia.

Esquizofrenia

La esquizofrenia se ha identificado como una de las primeras causas de discapacidad en instituciones de salud en México, es un padecimiento mental que afecta con mayor frecuencia a hombres y millones de personas la padecen en el mundo. La edad de inicio es entre los 18 y 30 años, la cual se considera una de las etapas más productivas para el ser humano en todas las áreas de la vida, por las características de este padecimiento afecta de forma importante el funcionamiento y calidad de vida del paciente. En el presente capítulo se abordarán los aspectos más relevantes de la esquizofrenia, a fin de brindar una perspectiva amplia y clara del padecimiento para su mejor comprensión.

Definición

La esquizofrenia es trastorno psiquiátrico que perjudica significativamente el funcionamiento de quien lo padece, afecta la percepción, el pensamiento la afectividad y la conducta, deteriora la interacción social y familiar y diversas funciones a nivel neurológico (Machado & Morales, 2013).

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud [OMS] (2013), la esquizofrenia es uno de los trastornos mentales más incapacitantes, cuyos síntomas principales son la alteración del juicio, alucinaciones ideas delirantes, trastornos cognitivos (memoria ejecutiva, atención).

El Consejo de Salubridad General (CSG, 2013), describe que la esquizofrenia es el término utilizado para escribir la condición compleja y confusa de una de las enfermedades mentales más incapacitantes, ya que afecta la capacidad de pensar de una persona, controlar sus emociones, así como la incapacidad de relacionarse con los demás; se caracteriza por

múltiples procesos Psicológicos: alteración de la percepción alucinaciones auditivas, visuales, táctiles.

La esquizofrenia se caracteriza por un deterioro y cognoscitivo que afecta la memoria, la concentración y la capacidad de abstracción, además de la presencia de síntomas psicóticos como problemas, afectivos y sociales de la vida diaria de las personas que padecen la enfermedad, afecta los diversos roles personales y sociales (CSG, 2013).

Quintero y López en 2011 mencionan que la esquizofrenia es un trastorno del cuerpo y de la mente que se presenta de manera crónica y lleva consigo un cambio cualitativo en el desarrollo adecuado implicando una variedad de disfunciones emocionales, cognitivas y comportamentales, este trastorno se presenta con signos y síntomas (Montaño, 2013).

Etiología

Se han señalado diversos factores (genéticos, biológicos, ambientales y psicosociales) como causantes o precipitantes de la enfermedad, pero ninguna teoría ha obtenido una aceptación plena en la actualidad, hoy en día para explicar la causa de estos trastornos es preciso utilizar modelos etiopatogénicos multifactoriales.

La esquizofrenia es una enfermedad muy compleja desde el ámbito clínico, hasta el de la investigación, Krapelin clasifico la, “psicosis no orgánicas” en dos grupos demencia precoz y psicosis maniaco- depresiva, han sido numeroso los avances, se ha dejado atrás aproximaciones sociogénicas inverosímiles e infundadas como de la madre “esquizófrenogena”, en la actualidad sería correcto decir que “La esquizofrenia es una enfermedad cerebral de origen genético y ambiental” (Stefan & Murray, 2002).

En los últimos años se ha desarrollado una nueva hipótesis que ha ido cobrando aceptación: el modelo de neurodesarrollo, el cual indica que la causante de la enfermedad es una alteración en el desarrollo cerebral, pero esta alteración podría ser secundaria tanto a factores genéticos como ambientales. (“Internacional Journal” n.f).

El riesgo para desarrollar la enfermedad está asociado al grado de parentesco carga biológica compartida con los familiares de primer grado que tienen un paciente con la enfermedad, presentan un mayor riesgo que la población en general de sufrir un trastorno del espectro esquizofrénico, también es mayor el riesgo en los gemelos monozigóticos que para los dizigóticos., para hijos biológicos de personas con esquizofrenia es mayor el riesgo que de la población en general, se ha observado mayor presencia del trastorno en gemelos discordantes, independientemente de que el padre fuera el afectado.

Hipótesis Genética.

Se ha confirmado que existe una mayor prevalencia de la enfermedad entre familiares de pacientes con esquizofrenia, siendo un riesgo directamente proporcional al número de genes que se comparten con el enfermo. Estudios con gemelos han demostrado una tasa elevada de concordancia para los gemelos monocigotos (45%) y significativamente baja para los heterocigotos (15 %), el hecho de tener un progenitor esquizofrénico aumenta el riesgo de padecer no solo la esquizofrenia sino también un trastorno esquizotípico de la personalidad ya que se detecta una mayor probabilidad de esta patología entre familiares de primer grado (Borra, Herrán, Herrera, & Vásquez, 2002).

Hipótesis Neurobiológicas

Existen diferentes pruebas que indican que los síntomas de la esquizofrenia están relacionados con anomalías neuroquímicas, o estructurales cerebrales. La hipótesis más aceptada sobre la fisiopatología de la enfermedad es la dopaminérgica, la cual indica que la enfermedad se debe al exceso de dopamina y a una elevada sensibilidad a este neurotransmisor (Matthysse, 1974). Esta formulación se derivó del descubrimiento de que los antipsicóticos efectivos en la esquizofrenia eran antagonistas en los receptores dopaminérgicos (Carson, 1963). Y tras observar que los agentes liberadores de la dopamina podían producir síntomas psicóticos (Rotrosen et al., 1979).

Los síntomas de la esquizofrenia se deben principalmente a una hiperactividad del sistema dopaminérgico por alteración en los subsistemas mesolímbico y mesocortical (Thompson et al., 2004).

Hipótesis basada en factores medioambientales.

Los factores medioambientales en la génesis de la esquizofrenia se deduce de aspectos como la falta de concordancia al 100% en gemelos monocigotos, el incremento de complicaciones perinatales en estos enfermos, las teorías infecciosas han surgido de la asociación entre la estacionalidad del nacimiento y la incidencia de la esquizofrenia, la fecha de nacimiento de los enfermos con esquizofrenia tienden a agruparse en los meses de invierno, este es un factor a sufrir un daño perinatal debido a la existencia de infecciones víricas, existe evidencia de una etiología por virus lentos en el hallazgo de alteraciones neuropatológicas compatibles con infecciones previas (Borra & Vásquez, 2002).

Teorías psicológicas y sociales

Los pacientes con enfermedad mental presentan un estado anómalo que se ha relacionado con el aislamiento social, también se describen alteraciones en las relaciones familiares y en la comunicación, por otro lado, los acontecimientos vitales estresantes pueden ser un factor en el inicio de la enfermedad.

Modelo Monogenético

De acuerdo con Risch y Baron (s. f.), todos los tipos de esquizofrenia comparten el mismo gen con distinto grado de penetrancia, pero el hecho que solo alrededor del 35% de la descendencia de pacientes con la enfermedad desarrollen la patología desacredita este modelo.

Este modelo consiste en varias patologías asociada a un locy mayor que se transmite por herencia dominante o a un cromosoma X, aunque hasta este momento no hay datos a favor de este modelo.

Como se ha visto en la etiología de la esquizofrenia implica factores genéticos el 60% de los pacientes esquizofrénicos carecen de historia del trastorno (Gottesman & Erlenmeyer, 2001). Considerando el grado de concordancia para la esquizofrenia en gemelos monozigóticos en aproximadamente el 50%, y del 15% en gemelos dizigóticos. Se puede concluir diciendo que para que se manifieste la expresión clínica de la enfermedad no es suficiente el riesgo genético (Gottesman, 1991).

Prevalencia

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2016) la prevalencia de la esquizofrenia a lo largo de la vida es variable, los resultados de la mayor parte de los estudios establecen

globalmente, en promedio un caso por cada 100 habitantes. La enfermedad tiene una distribución uniforme en todo el mundo no hay características significativas en cuanto a la presentación por sexo. La edad de inicio es alrededor de los 26 años, aunque en los últimos años cada vez hay más adolescentes que presentan la enfermedad.

La esquizofrenia se encuentra en valores comprendidos entre 4 y 7/1000 dependiendo del tipo de estimación empleada reportando una mayor prevalencia en poblaciones emigrantes. La prevalencia de la esquizofrenia se mantiene en forma relativa y uniforme a nivel mundial. En México, Caraveo et al. (s. f.) Encontraron de acuerdo a los criterios de clasificación internacional de las Enfermedades (CIE-10), que los trastornos, de 10 a 40 casos nuevos por cada 100,000 habitantes.

Warner y Girolamo en una extensa revisión utilizando los criterios de la CIE-10 O del DSM-IV reportan una incidencia anual, mundial y corregida por edad, de 10 a 40 casos nuevos por cada cien mil habitantes.

Se conoce muy poco sobre la prevalencia en la comunidad latina, en la prevalencia de enfermedades mentales la población latina difiere un poco de la población no latina, existe poca información que aborde a esta comunidad.

La prevalencia de la enfermedad en México es igual a la del resto del mundo, el índice es de 0.7 a 1.3 por ciento, La Secretaria de Salud por parte del servicio de salud mental, calcula que por lo menos hay medio millón de afectados en el país y el 50 por ciento no recibe tratamiento adecuado (UNAM, 2013).

Características

Criterios diagnósticos DSM 5 y CIE 10

Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE -10).

Para hacer un diagnóstico de enfermedad mental se utiliza la clasificación Internacional de la Enfermedades en su décima revisión de los Trastornos Mentales y del Comportamiento.

La CIE-10 plantea que no hay síntomas patognomónicos, pero sí que ciertos fenómenos Psicopatológicos que suelen presentarse entre sí tienen una significación especial para el diagnóstico de esquizofrenia.

G1 La esquizofrenia es una alteración persistente durante por lo menos seis meses incluye por lo menos un mes de síntomas de la fase afectiva ejemplo: uno de los siguientes ideas delirantes, alucinaciones, lenguaje desorganizado, al menos dos de las siguientes: Alucinaciones persistentes de cualquier modalidad, Neologismos, interceptación o bloqueo en el curso del pensamiento, conductas catatónicas, tal como excitación, posturas características, síntomas “negativos”, tales como apatía marcada, empobrecimiento del lenguaje.

G2 El criterio de exclusión más frecuente, el trastorno no es atribuible a una enfermedad orgánica cerebral, o a intoxicación, dependencia o abstinencia relacionada con alcohol u otras drogas (CIE-10).

De acuerdo con el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, quinta edición (DSM-5) la esquizofrenia consiste en una alteración que persiste por lo menos 6 meses e incluye por lo menos un mes de la fase activa, por lo menos dos o más de los siguientes: ideas delirantes, alucinaciones, lenguaje desorganizado, comportamiento

gravemente desorganizado o catatónico y síntomas negativos)., para diagnosticar la esquizofrenia, al menos durante seis meses, estos pacientes han presentado dos o más de estos cinco tipos de síntomas psicóticos. Se debe descartar como causas de los síntomas psicóticos trastornos relevantes del estado del ánimo, por consumo de sustancias, y afecciones médicas generales (DSM-5).

El inicio de la esquizofrenia ya sea en la adolescencia o en la adultez temprana, tiene como consecuencia que en una gran proporción de estos pacientes no logren desarrollarse personal o profesionalmente, a vivir independientes o tener una vida productiva, aunque un adecuado diagnóstico y tratamiento puede lograr un mejor pronóstico funcional, que como resultado permitirá que entre un 38% y 44% de las personas con la enfermedad alcancen a reducir los síntomas y entre un 4% y 10% una recuperación completa (Mera,et.al., 2017).

Los síntomas afectan múltiples procesos psicológicos, como sus percepciones anormales de su entorno en forma de alucinaciones, verificación de la realidad a través de juicios aberrantes las cuales resultan creencias extraordinarias y delirantes (delirios), procesos de pensamiento, sentimientos, afecto plano, afecto inapropiado, conducta desorganizada, la cognición (atención y concentración). Estas personas también padecen problemas cognoscitivos que afectan a la memoria y sus funciones ejecutivas por lo cual presentan un comportamiento desorganizado, también existe disfunción en la construcción de su lenguaje (algunos pacientes no pueden articular bien, hasta llegan a babear) su expresión emocional es muy restringida (es a lo que le llaman el aplanamiento, les da lo mismo una buena noticia que una mala), y una disolución de la personalidad estas características asocian al paciente en un grado de deterioro.

Las personas que padecen esta enfermedad mental se ven afectados en sus funciones mentales superiores (memoria, atención y juicio) presentan muchos cambios en su persona. A estos cambios se les llaman signos positivos y negativos, los signos positivos se van a caracterizar por las alucinaciones, delirios y trastornos del pensamiento, lenguaje, de la motricidad; y se clasifican de la siguiente manera:

Síntomas positivos mentales: (psicóticos)

Alucinaciones: Son engaños de los sentidos, percepciones interiores que se producen sin un estímulo extremo, surgen únicamente de sus vivencias interiores y no está presentada en el mundo externo, pueden ser auditivas, táctiles, visuales, gustativas y olfativas.

Delirio: El alcance de la realidad está restringido. El paciente ve el delirio como única realidad válida, en esta etapa es muy común que las personas tengan intentos de suicidio, tipos: persecución, de culpa, de grandeza, religiosos, somático de referencia.

Trastornos de pensamiento: en esta etapa la manera de hablar puede darnos indicios significativos sobre el pensamiento trastornado, relatan a menudo que sus pensamientos, que estos le han sido sustraídos, que son impuestos o dirigidos por extraños poderes, estos síntomas anteriores pueden ir acompañados de: Síntomas positivos en el ámbito de sentimientos, síntomas positivos vegetativos, síntomas positivos de la motricidad.

Signos Negativos:

Pobreza afectiva: Empobrecimiento de la expresión de emociones y pensamiento, la cara parece helada de manera mecánica, escasos ademanes expresivos, no usa las manos para expresarse, permanece inmóvil y sentado, escaso contacto visual, permanece con la mirada extraviada, su afecto expresado es inapropiado, sonrío cuando se le hablan de temas serios.

Alogia: Empobrecimiento del pensamiento y la cognición, lenguaje vago repetitivo y estereotipado, interrupción del lenguaje antes de que un pensamiento haya sido completado, respuestas breves, raramente hay información adicional.

Abulia- Apatía: Se manifiesta como falta de energía de impulso, es la falta de interés a diferencia de la falta de energía en la depresión, en la esquizofrenia se manifiesta en problemas con el aseo y la higiene, falta de persistencia en el trabajo, escuela o cualquier otra cosa, propensión al agotamiento físico y mental.

Anhedonia- insociabilidad: La anhedonia es la dificultad para experimentar el interés o el placer por las cosas que antes le gustaba hacer, lo que antes le era placentero ahora no lo es, tiene pocos o ningún hobby, muestran un decremento en el interés sexual.

Problemas cognitivos de la atención: Tienen problemas en la concentración y atención, lo logran hacer esporádicamente, se distraen en medio de una actividad o conversación, se manifiesta en situaciones sociales, se les va la mirada, no siguen un argumento de una conversación; acaban bruscamente una discusión o tarea aparente.

Los síntomas negativos son menos alarmantes pero importantes, se identifican por su apatía, pereza, mal comportamiento, falta de energía de placer, insociabilidad falta de aseo, cada uno de estos cambios afectan cada uno de los ámbitos en los que se desenvuelve una persona, ya sean familiar, social y laboral, la vida de una persona con esquizofrenia es muy difícil, existen diferentes tipos de esquizofrenia, por mencionar algunas esta la esquizofrenia paranoide, la residual, la indiferenciada y esquizo-afectivo (Cidoncha, 2013).

La esquizofrenia puede ser una enfermedad devastadora no solo para el que la sufre, sino también para los familiares, por eso es importante que las familias o las personas que estén

en contacto con este tipo de patología conozcan acerca de la enfermedad para comprender y ayudar mejor a sus enfermos.

Tratamiento

La esquizofrenia requiere tratamiento de por vida, incluso si los síntomas desaparecen. El tratamiento con medicamentos y terapia psicosocial puede contribuir al control de la enfermedad. En algunos casos, puede ser necesario el internamiento.

Generalmente el tratamiento es coordinado por el psiquiatra especializado en esquizofrenia, dado que el tratamiento farmacológico es el componente principal. El tratamiento debe ser multidisciplinario, puede incluir un psicólogo, un asistente social, personal de enfermería psiquiátrica y un encargado del caso para coordinar la atención. El abordaje de equipo completo puede estar disponible en clínicas psiquiátricas especializadas en el tratamiento de la esquizofrenia.

Psiquiátrico

El tratamiento de la esquizofrenia se basa fundamentalmente en fármacos llamados antipsicóticos, estos fármacos controlan los síntomas positivos; estos fármacos llamados al principio neurolepticos (nl) por sus efectos catalépticos y más moderadamente hay un cierto consenso en llamada antipsicóticos (“Hospital Clínico San Carlos,” n.f).

Como la esquizofrenia es una descompensación de dopamina en el cerebro produciéndola en exceso, es ahí donde actúan los antipsicóticos bloqueando el efecto excesivo de la dopamina logrando que haya un equilibrio en metabolismo cerebral, desafortunadamente quedan efectos secundarios llamados efectos extrapiramidales, son reacciones asociadas con los efectos de los antipsicóticos, estos efectos puede aparecer en más del 60 por ciento

de los pacientes, incluyen distonias, acatisias, y efectos parkinsonianos, estos efectos están relacionados con la parte motora, es el bloqueo de la parte dopaminérgica. Esto no es muy favorable para los pacientes con esquizofrenia (Corell et. al., 2009).

La rehabilitación psiquiátrica incluye un abordaje integral al proporcionar los elementos que protegen contra el estrés y la vulnerabilidad, como el tratamiento farmacológico, y un número adecuado de estrategias psicosociales. Incluso llegan a comprender diversas modalidades de psicoterapia, terapias ocupacionales y recreativas, así como la posibilidad de obtención de empleo, también lograr la posibilidad de que el paciente logre una calidad de vida aceptable, en la que requiera el menor nivel de cuidados familiares y profesionales.

El tratamiento en la esquizofrenia ha evolucionado del uso exclusivo de antipsicóticos hasta la identificación e incorporación de determinados catalizadores como parte de la rehabilitación. Actualmente, los programas de rehabilitación para pacientes con esquizofrenia deben ser con un modelo interdisciplinario e integral que incluye el tratamiento médico-psiquiátrico, la atención a la familia y diferentes modalidades de intervención psicosociales, como apoyo psicoterapéutico individual o grupal, psicoeducación, terapia ocupacional.

Es fundamental en una nueva perspectiva de rehabilitación, lo constituye el tratamiento farmacológico adecuado, ya se ha demostrado la conveniencia de sustituir los fármacos tradicionales por atípicos o de nueva generación en el tratamiento de la esquizofrenia, que ayuda no solo en los síntomas psiquiátricos también en la calidad de vida del paciente. Lamentablemente este tratamiento no puede ser generalizado en países en vías de desarrollo, donde los altos costos de estos fármacos pueden constituir un obstáculo para el

apego al tratamiento, por lo que los fármacos tradicionales son la mejor opción para algunos.

Debido a la complejidad de la esquizofrenia y a la variedad individual de los síntomas no hay una medicación que produzca los mismos resultados en todos los pacientes, la medicación para una persona no puede ser la mejor para otra.

El Consejo de Salubridad General [CSG] (2016) menciona que el tratamiento de la esquizofrenia puede dividirse, según los estadios o las fases del trastorno, la fase prepsicótica, o prodrómica, primer episodio psicótico, esquizofrenia persistente o recurrente (se incluye la prevención y el tratamiento de las recaídas).

En la Tabla 1 se muestra las recomendaciones de Intervención en los primeros episodios psicóticos.

Tabla 1

Recomendaciones de intervención en el primer episodio psicótico

Intervenciones Farmacológicas		
Primer Episodio Psicótico No afectivo	Primer Episodio Psicótico Esquizoafectivo	Intervenciones Psicosociales
<p>De 24 a 48 h en observación (no usar Ap, usar BZD para tratar la ansiedad y alteraciones del sueño), comenzar con dosis bajas de atípico en 7 días aumentar hasta la dosis objetiva (risperidona 2mg, olanzapina 10 mg,quetiapina 300mg, amisuprida 400 mg) y mantener las tres siguientes semanas. Si no hay respuesta aumentar la dosis lentamente las siguientes 4 semanas (8 semanas en total) a 4 mg, 20mg y 800 mg respectivamente.</p> <p>Si hay respuesta, continúe el tratamiento por 12 meses, y si remite el cuadro reduzca gradualmente a lo largo de algunos meses, con vigilancia estrecha.</p> <p>Si hay secundarios (e.g aumento de peso), considerar cambiar un agente típico. Si no hay respuesta determinar la razón de la pobre adherencia, dialogar analizar, analizar las razones, optimizar la dosis, intentar enlace terapéutico.</p> <p>Si no hay respuesta, hay pobre adherencia o riesgo persistente de suicidio es</p>	<p>De 24 a 48 h en observación (no usar AP, usar BZD para tratarla si es ansiedad o alteraciones del sueño.</p> <p>Si es de típico maniático, iniciar con un estabilizador del ánimo junto con un AP atípico a dosis bajas (agregar BZD si se requiere sedación.</p> <p>Si no hay respuesta, cambiar a otro atípico.</p> <p>Si es de tipo depresivo iniciar con una dosis baja de atípico y con ISRS.</p> <p>Si hay respuesta, mantener por 12 meses y discontinuar gradualmente.</p> <p>Si es de tipo ciclotímico o hay historial familiar de bipolaridad agregar un estabilizador del ánimo.</p> <p>Si no hay respuesta cambiar a otro atípico.</p> <p>Si no hay respuesta al ISRS, cambiar a un ISRS</p> <p>Si persiste sin responder, intentar antidepresivos tricíclicos, si no después</p>	<p>Período presicótico: Vinculación con el centro de salud mental TCC. Manejo de estrés, Rehabilitación vocacional, intervención familiar, iniciar el ISRS si está indicado por comorbidad.</p> <p>Primer episodio psicótico en fase aguda: TCC psicoeducación y apoyo emocional para pacientes y familiares/ cuidadores informales al paciente y a los cuidadores (especialmente cuando en la admisiones se involucren eventos traumáticos). Tratar las comorbilidades (usos de sustancias, trastornos de ansiedad y de ánimo, trauma).</p> <p>Programa de tratamiento individualizado para revertir el deterioro social, reiniciar labor vocacional, reducir estresores ambientales, analizar terapéutica y aceptación del tratamiento de estilo de</p>

<p>recomendable usar la clozapina, informando al paciente y familiares del riesgo.</p> <p>Si no están de acuerdo, otro ensayo con atípicos puede justificarse. Un inyectable atípico, risperidona de larga duración ya está disponible. Esto puede considerarlo el paciente como alternativa a la clozapina para combatir la pobre adherencia.</p> <p>Si no hay respuesta o pobre adherencia con recaídas frecuentes, intentar con un típico de depósito a dosis baja por 3-6 meses, actualmente solo que así lo prefiera el paciente, esta es la última opción del tratamiento debido a la baja tolerabilidad, mayor restricción y estigma asociado.</p> <p>Estas recomendaciones pueden variar en el futuro con la disponibilidad de inyectables de AP atípicos.</p>	<p>considerar un TEC.</p>	<p>vida y ambiente social.</p>
--	---------------------------	--------------------------------

Adaptado de: Consejo de Salubridad General, (2016). Diagnóstico y Tratamiento de la Esquizofrenia en el primer Y Segundo Nivel de Atención.

Algunos autores comentan que la adherencia es la situación en la que el comportamiento de una persona se corresponde con las recomendaciones acordadas con el profesional sanitario. Se menciona que existen algunas características a la falta de apego al tratamiento como son: el rechazo social, el género, el estatus socioeconómico, la percepción de peligrosidad, el curso de su enfermedad y la duración.

Hay datos respecto al tratamiento psiquiátrico que demuestran que una vez comenzado el tratamiento se suele tener poco apego al tratamiento. Thieda et al. (s. f.) Demostraron que en estudios de esquizofrenia las tasas de falta de adherencia terapéutica en situaciones controlada eran alrededor de 11 a 33% y aumentaba hasta 37 a 57% en situaciones no controladas.

Knapp et al. (s. f.) Realizaron un estudio con pacientes que eran tratados con medicación antipsicótica de los que aproximadamente 60% tenía un diagnóstico de esquizofrenia, ellos observaron la tasa de falta de adherencia al tratamiento fue de 20%.

Un metaanálisis realizado por Cramer y Rosenheck (s. f.) demostró que las tasas de adherencia a los antipsicóticos (60%) y a los antidepresivos (68%) no eran significativamente distintas de otras medicaciones no psiquiátricas (58 a 78%).

Loffer et al. (s. f.) Realizaron estudio de las razones subjetivas de la adherencia y la estabilidad a lo largo del tiempo, coincidían que la falta de adherencia se debía a la negación a la necesidad de la medicación y falta de conciencia de la enfermedad, otro factor fue el alto nivel de expresión en la familia.

La tasa de la pobre adherencia al tratamiento ha permanecido por lo menos 40 años, no ha ayudado mucho la introducción de nuevos medicamentos con mejores perfiles de seguridad.

En estudios realizados a individuos con esquizofrenia encontró una asociación entre el estigma percibido y la negación a la enfermedad con el no apego, comentaba que a mayor estigmatización es menor la adherencia al tratamiento (Sirey, s. f.).

Otros estudios han demostrado que el predictor más importante ante la recaída de la enfermedad es la suspensión del tratamiento, es por eso que algunos autores coinciden en mantener una adecuada medicación de antipsicóticos e incluir la intervención familiar y la psicoeducación para favorecer una mejor adherencia y de esta manera contribuir a la disminución del estigma.

La falta de adherencia tiene graves consecuencias, una de ellas agravando los síntomas, la probabilidad de recaídas y la hospitalización, Velligan (s.f) menciona que entre los pacientes que toman o no sus medicamentos esta entre un 44% y 20 %.

La esquizofrenia es tratada comúnmente con fármacos antipsicóticos, es necesaria en ocasiones la hospitalización durante la fase aguda, el tratamiento tiene como objetivo reducir los síntomas durante la fase aguda previniendo recaídas (HFB, 2013).

La rehabilitación en la esquizofrenia debe de ser indicada desde que inicia la enfermedad, de ser posible simultáneamente con el tratamiento farmacológico, ya que los pacientes presenta distintos déficit en áreas que requieren de nuevo ser rehabilitadas o mejoradas, como es el caso de los déficit cognitivos de autocuidado o sociales, en algunas ocasiones estas limitaciones se presentan en la fase prodrómica , antes de la primera hospitalización,

es necesario que la rehabilitación comience antes y mantenerse de por vida ya que la persistencia de estos déficit puede ser vitalicia (Díaz et al., 2005).

Psicológico

A lo largo del tiempo el tratamiento psicológico de la esquizofrenia ha seguido un curso irregular partiendo de orígenes pesimistas, dominados por la visión organicista de la psiquiatría representada por (Kraepelin, s. f.).

Después de la desinstitucionalización de los pacientes son importantes las intervenciones psicoeducativas en los familiares, esto con el fin de reducir sentimientos de culpabilidad, aumentar el conocimiento de la enfermedad y desarrollar más estrategias para el cuidado del paciente.

El entrenamiento de las habilidades sociales, son un elemento de gran ayuda para lograr el adecuado desempeño y la conservación de la participación en la sociedad que una persona tiene que cubrir a lo largo de su vida (Vallina & Lemos, 2006).

Las habilidades sociales pueden ser aprendidas o enseñadas, son específicas a cada situación, facilitan la competencia social pero no la aseguran.

Así como el tratamiento psicofarmacológico tiene un aporte muy importante para contrarrestar los síntomas o signos positivos, también es necesario un apoyo terapéutico para la mejoría de la enfermedad. Se debe de dar una rehabilitación social, ya que el padecer un trastorno psiquiátrico no tiene que ser un obstáculo para que una persona pueda desarrollar sus roles sociales, tener una ocupación, tener relaciones interpersonales, se tratara de integrar al paciente a la sociedad, ya que se han aislado totalmente, reforzar sus

habilidades sociales, desenvolvimiento personal, tratar que el paciente se desenvuelva en su ambiente comunitario, poder realizar cualquier tipo de trámites, ayudarlos a tener recursos para buscar trabajo.

Lo comentado por la Guía Práctica Clínica (GPC, 2013) la terapia cognitivo-conductual (TCC), pueden ser una terapia útil para el manejo de los trastornos depresivos, ansiosos y usos de sustancias, así como para mejorar el apego al tratamiento.

Es muy importante que el paciente con esquizofrenia participe en programas de rehabilitación ya que tienen más posibilidades de lograr reincorporarse a la vida social, como alcanzar una mejor calidad de vida, que aquellos pacientes que no participan en ellos (Díaz, Martínez. et.al., 2005). Los programas de rehabilitación pueden ayudar a las personas con la enfermedad a desarrollar capacidades necesarias para poder realizar actividades de la vida diaria como son: manejo de dinero, preparación de comidas, cuidados personales, etc). También la psicoterapia individual puede ayudar a diferenciar al paciente lo real de lo irreal, la terapia de grupo ayuda a las personas con esquizofrenia aprendan formas de cómo comportarse y a relacionarse con otras personas, estos grupos ayudan también a los familiares a saber que existen otras personas con la misma problemática.

Los grupos psicoeducativos son de gran ayuda, ya que los familiares tienen un papel importante en el cuidado del paciente, es muy importante que los familiares entiendan que es la enfermedad y el tipo de tratamiento para proveer el apoyo necesario una vez el paciente es dado de alta del hospital. Los familiares deben estar atentos a las recaídas y buscar ayuda médica inmediatamente para disminuir la severidad de la recaída y prevenir hospitalizaciones.

De los elementos recabados, se observa que la esquizofrenia es una enfermedad que por sus síntomas se puede determinar el grado de complejidad que enfrentamos y de los que diversos autores y de los mencionados en mi exposición han expuesto en sus estudios: alucinaciones, ideas delirantes, trastornos cognitivos, afecta la percepción, el pensamiento, la conducta y la afectividad, mostrando problemas en la interacción social.

Aun conociendo los síntomas de la misma, no se ha podido establecer lo que lo provoca; aspectos genéticos o de conducta social sin considerar niveles socioeconómicos. Propongo el trabajo conjunto en lograr identificar a través de estudios profundos en diferentes sociedades para establecer algún patrón de conducta que nos pueda llevar a limitar las causas, esto con la ayuda del sector público y sector privado; establecer limitaciones geográficas, influencia social; iglesia, credos, grupos armados, control de la distribución de riqueza, carencias, alteraciones genéticas o precedentes de enfermedades comunes.

Así también y como se indica en este capítulo, la continuidad y observación estricta en el tratamiento es vital en la reincorporación o aceptación social, se señaló que estudios demuestran que una vez comenzado el tratamiento se suele tener poco apego al tratamiento y que las tasas de falta de adherencia terapéutica en situaciones controlada eran alrededor de 11 a 33% y aumentaba hasta 37 a 57% en situaciones no controladas. Esta falta de adherencia no es privativo de estudio por existir factores secundarios que se vuelven primarios para el adecuado seguimiento en el tratamiento, y me refiero al rol de los cuidadores primarios en el éxito de los pacientes en su sanación y aceptación, esta última la refiere Loffer, indicando que en estudio de las razones subjetivas de la falta de adherencia y la estabilidad a lo largo del tiempo, se debía a la negación a la necesidad de la medicación y falta de conciencia de la enfermedad, otro factor fue el alto nivel de expresión en la familia.

Cuidador primario informal

Definición

Caraveo et al., (2010) definen al Familiar cuidador primario Informal (FCPI) como la persona que se hace cargo de cuidar, dar atención y asistir al enfermo, se le llama informal porque no recibe capacitación ni una remuneración para brindar los cuidados a su paciente.

El cuidador primario no tiene una formación, ni remuneración económica y cumple este papel sin someterse a normas de horario, pasan gran parte del día con la persona a la que cuidan, la ayuda que suministra es constante e intensa, a veces la atención sobre pasa la propia capacidad física y mental del cuidador, convirtiéndose en un evento muy estresante, crónico generando un síndrome de sobrecarga.

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 1999) define al cuidador primario como “la persona en el entorno de un paciente que asume por su propia voluntad el cuidado del paciente, esta persona está dispuesta a tomar decisiones para el paciente y cubrir las necesidades básicas del mismo, ya sea de manera directa o indirecta.

Estudios realizados en otros países, Sally Wai Chan-chi en su publicación “Global Perspective of Burden of Family Caregivers for persons with Schizophrenia” afirma que “los cuidadores tienen dificultades para equilibrar el trabajo, la familia y la prestación de cuidados, su propia salud física y emocional es a menudo ignorada y se agrava en combinación con la falta de recursos personales, financieros y emocionales” (Mera et al., 2017).

Venegas (2006) el cuidador principal es la persona familiar o más cercana que brinda apoyo tanto físico o emocional a otra persona de manera permanente y comprometida.

Vallerend (2007) el concepto de cuidador se utilizaba para referirse a miembros de la familia que atendían a sus familiares en su casa y que el paciente lo identifico como el cuidador principal.

Reyes (2001) menciona que el cuidador es aquella persona que asiste a otra afectada de cualquier tipo de discapacidad, dicha discapacidad logra desarrollarse en sus actividades vitales o de sus relaciones sociales.

Izquierdo (2009) es aquel el cuidador principal familiar reconocido como primordial, que brinda asistencia básica al paciente en su condición de enfermedad crónica, es el apoyo continuo y quien asume las principales decisiones de su cuidado.

A pesar de los avances tecnológicos, científicos y las estrategias que pudieran desarrollar en el sector salud, en promoción al cuidado de la salud, el cuidado informal seguirá siendo el más fundamental en cuestión de las enfermedades mentales, que ocupan cada vez un lugar más importante en los países desarrollados (Carreto, 2006, Romero et al., 2009).

Ser cuidador significa compromiso, dedicación, compromiso, conocimiento, experiencia, afecto, vigilancia, preocupación y ayuda.

Un cuidador tiene ciertas características socioculturales y biológicas como el ser mujer (esposa, hija, hermana o nuera), puede ser vínculo afectivo o por una estrecha relación con la persona enferma.

A pesar del desarrollo de los servicios por parte del estado, el cuidado de un enfermo sigue siendo la forma dominante de cuidado en todo el mundo, se considera que la familia es un gran sistema emocional.

Según Escudero (2007) el sistema formal no considera a la familia como un sistema complementario, más bien lo contempla como un recurso que llega donde no hace el sistema formal, y realizando tareas que los profesionales les proponen.

Según Gutiérrez (2005) la carga familiar como la prestación de cuidados no es repartida equitativamente entre los miembros de la familia, siempre va a existir un familiar denominado cuidador principal. Esta es la persona que pasa más horas del día cuidando y atendiendo al enfermo, esta figura por lo general recae en la mujeres, son quienes generalmente además de sus labores domésticas se responsabilizan de la prestación de cuidados al familiar enfermo.

Esto es para ellas un obstáculo a su integración al sistema productivo, al ser esto un trabajo intenso en tiempo y conciliación entre la vida familiar y la vida laboral.

Características

Navarro (2004) mencionó que existen dos tipos de cuidadores primarios los formales y los informales.

Cuidadores formales.

Son aquellos profesionales cuya función es el cuidado de una persona, no tienen una relación familiar con esta, estos cuidadores son capacitados para desarrollar su función, reciben honorarios y tienen pactado un margen de horario para el trabajo efectuado, tienen un grado de compromiso un poco elevado en función del grado de profesionalidad, estas personas se encuentran enmarcadas dentro de lo que se denomina el sistema formal de cuidado.

Cuidadores informales.

Estas personas no disponen de capacitación, ni honorarios ni tienen un horario establecido ellos tienen un grado elevado de compromiso ya que quien funge como cuidador informal son los familiares. Flórez, Adeva y García los enmarcan dentro de lo que se llama el sistema informal del cuidado.

Existe en la familia un familiar denominado cuidador principal es la persona que se encarga por más horas atendiendo y cuidando al paciente (Fernández, 2011).

Esta figura de cuidado principal tiende a caer más en las mujeres ya que ellas son las que se acostumbra a caer las labores domésticas y el cuidado de la familia, lo que hace que sea menos fácil el poderse ella integrar en el sistema productivo al ser esta una tarea que demanda mucho tiempo y esfuerzo.

Carga del cuidador primario

Definición

La “carga del cuidador” es un constructo muy complejo que va más allá de una simple definición que al final podría definirse en relación al impacto y consecuencia de cada uno de los cuidadores.

La sobre carga también se define, como el impacto que genera el trastorno en la calidad de vida de quienes son los que asumen el rol del cuidador, es considerado como un constructo multicausal, generado por la combinación de las características clínicas y la duración del trastorno del paciente, las características propias de la personalidad de los familiares, de sus responsabilidades en el hogar, la forma del apoyo social que puedan tener, y lo más importante el costo económico que conlleva el trastorno.

Existen variables que influyen en la percepción de la sobrecarga del familiar, a la experiencia de los familiares en su rol de cuidador, hay también que añadir el estigma social, cultural y factores relacionados en el proceso que incrementan el nivel de sobre carga (“Instituto Nacional de Salud Mental” 2011).

El cuidar a alguien es una situación que a lo largo de la vida muchas personas llegan a experimentar, la experiencia del cuidado siempre será única y diferente ya que son muchos los aspectos que difiere en cada situación.

Zarit (1987) (citado por Martin et al, 1996) define la sobre carga como un estado resultante de la acción de cuidar, un estado que amenaza la salud física y mental del cuidador.

Dillehay y Sandys (1990) estos autores han sido muy citados en diversos trabajos acerca de la “carga del cuidado” en pacientes con esquizofrenia; ellos definen la carga como un estado psicológico que sigue de la combinación del trabajo físico, emocional, la presión social y la restricción económica que surge a raíz del cuidado de los pacientes.

Características

La carga de los cuidadores se ha considerado en términos de carga objetiva y subjetiva, aunque algunas investigaciones se definen de diferentes maneras:

Carga objetiva:

Se define como la alteración en potencia de la vida del cuidador causada por el cuidado y la enfermedad del paciente, originada en labores de supervisión y estimulación al paciente, está constituida principalmente por sus propios problemas emocionales, los problemas económicos y el clima de convivencia en el hogar, que podrían verse aliviadas por acciones terapéuticas en el Centro de Salud Mental. Son las consecuencias de las actividades propias

del hogar, en la economía, en la salud y las actividades que cotidianamente realizaba el cuidador.

También la carga objetiva se conoce como el grado de perturbaciones o cambios en diversos aspectos del ámbito doméstico y de la vida de los cuidadores, (cambios en la vida).

Carga subjetiva:

Otero (s. f.) Hace referencia a la sensación de soportar una obligación y pesada originadas de la tarea que requiere un paciente, la mayor carga subjetiva está constituida por Las conductas del paciente especialmente por la sintomatología negativa (apatía, anhedonia, abulia), también se relaciona con la preocupación de la seguridad, tratamiento y el futuro del paciente.

Es la intensidad con la que los cuidadores perciben, a nivel psicológico y según sus reacciones la carga que para ellos genera dicho cuidado.

La carga subjetiva se define también se define como las actitudes y reacciones emocionales ante la experiencia de cuidar (emociones).

Existen diversos factores asociados a la sobrecarga, existen varios grupos, uno corresponde a los factores sociales y culturales, como ejemplo la disponibilidad de redes de soporte social, las políticas públicas de salud, las políticas de empleo, la estructura de servicios de la salud mental y las costumbres culturales.

La sobrecarga puede estar relacionada a ciertas características de los pacientes, como la duración de la enfermedad, el grado de discapacidad, la intensidad de los síntomas y el número de hospitalizaciones (Martínez et al., 2000; Rosenfard, Bellack & Aziz 2006; Seidman et al., 2004).

Las cualidades de los cuidadores pueden influir en su nivel de sobrecarga percibido, por ejemplo, el grado de instrucción, el parentesco que tengan con el paciente, así como algunas características personales (Barker et al., 2011; Chadda et al., 2007; Hanzawan et al., 2009), (Rosenfarb et al., 2006; Shu- Yin et al., 2008; Ukpong, 2006; Wing et al., 2008).

Con relación a los aspectos sociales, el personal médico y de salud que atienden a los pacientes, juegan un papel muy importante en el nivel de sobrecarga de los cuidadores, ya que son la fuente de información más cercana a la familia.

Shu- Ying et al., (2008) encontraron que la interacción de los cuidadores y el personal de salud mejora su funcionamiento social, por lo tanto, ayuda con la sobre carga en el cuidador, ya que puede influir significativamente en la energía, intereses, modos de comunicación, retraimiento social y aseo personal del paciente.

A nivel cultura, se halló ciertas diferencias, se observó que hay un menor nivel de sobrecarga en aquellos cuidadores que atribuyen la enfermedad a cuestiones místicas, religiosas, sobre las cuales el paciente no tenía ningún control, se cree que las personas creyentes utilizan la religión para sentir fortaleza y dar sentido a sus problemas (Fokman & Moskowitz, 2007).

Se encontraron estudios acerca de las variables que se asocian con la carga del cuidador, son diferentes factores lo que se asocian para relacionar la carga en los cuidadores:

La edad: Existen estudios donde se ha encontrado una relación entre la carga y la edad del cuidador, el cuidador joven muestra niveles elevados de carga esto es debido a los grandes cambios que presenta en su vida especialmente en los inicios de la enfermedad (Weeb et al,

Kung (2003) los cuidadores de avanzada edad presentan niveles de carga menores esto se explica de acuerdo a lo que dice Martínez et al., (2000) ya que tienen un mayor grado de tolerancia y resignación que lograron desarrollar, otros autores como Magliano piensa que la habilidad de afrontar la enfermedad mejora con el tiempo.

Sexo: La mayoría de los cuidadores son las mujeres quienes se acostumbran a ejercer el cuidado del familiar enfermo. Hombres y mujeres pueden experimentar de forma distinta la carga del cuidado, estas diferencias socialmente pueden demostrarse ya que se relaciona al rol de hombre mujer.

Dos estudios en los que se demuestra nuevamente en que la variable cultural puede tener una influencia importante a la hora de valorar esta variable. Uno está realizado en un pueblo de Chile donde se encontró cierta asociación entre unos mayores niveles de carga con aquellos cuidadores que eran mujeres (Gutiérrez et al., 2005). Otro estudio y el único donde se encontró que la gran mayoría de los cuidadores son hombres, este trabajo se realizó en Kuwait en donde, debido a lo estrictamente cultural en donde las mujeres tienen el rol de quedarse en casa incluso están limitadas a llevar a sus familiares enfermos al hospital, los cuidadores tienden a ser los hombres (Zahid & Ohaeri, 2010).

Estado civil: En estudios revisados se encontró que no hay relación significativa respecto al estatus civil y la carga del cuidador.

Nivel educacional: Resultados encontrados en diferentes estudios parecen coincidir y demostrar como bajos niveles educacionales tienen una correlación negativa con la carga del cuidador (Zahid et al., 2007). Algunos autores mencionan que el grado educacional puede actuar como un “Buffer” en contra de la carga del cuidador, ya que con un elevado

nivel educacional implica un salario mejor y así disminuir los problemas económicos que están en relación con el cuidado del familiar enfermo, otros estudios sugieren que a mayor nivel educacional acostumbra a relacionarse con un mayor conocimiento de la enfermedad, de los recursos sociales existentes para sus familiares (Gutiérrez, 2007). Y a manejarse mediante estrategias de afrontamiento.

Estatus económico: Los ingresos percibidos de cada cuidador, puede influir en la “carga del cuidador” hay estudios en países en vías de desarrollo, donde los recursos asistenciales como extrahospitalarios son inferiores, sostienen un bajo nivel económico esto genera una mayor carga. Destacan estudios realizados en Nigeria (Oheari, 2001) y en la India (Thara, 2003). La familia tiene que movilizarse y buscar más recursos económicos y sociales derivados de los gastos económicos que generar el cuidado con alguien con esquizofrenia. Generando que a la propia “carga del cuidado” se le suma la preocupación de obtener más recursos y mejorar la situación financiera.

Estatus laboral: Estudios mencionan, que el poder trabajar estaría en relación de poseer un mejor salario y por lo tanto mayor sustento económico que ayudaría a sustentar los costos económicos que conllevan la esquizofrenia (Foldemo & Gullberg; 2005; Grandón, & Lemos, 2008) mediante un estudio encontraron relación entre la carga práctica y psicológica, quienes estaban desempleados presentaban niveles mayores de carga.

En estudios también se menciona que el hecho de trabajar fuera del hogar podía tener un efecto positivo en la salud general en los miembros de la familia, reduciendo así la percepción de la sobrecarga. Según Gutiérrez et al., mencionan que las personas que trabajan fuera de casa presentan menor carga debido a la desconexión que ofrece estar cuidando al paciente con esquizofrenia.

Respecto a los familiares que no trabajan (Jubilados, personas que están retiradas para cuidar a su familiar) presentan niveles mayores de carga por estar en contacto directo con el familiar enfermo y tener menores recursos económicos.

Grado de parentesco: Caqueo y Gutiérrez (2006) observaron como la mayor “carga” se encuentra más en los padres que en los hijos, cónyuge; hermanos u otros.

En Kuwait se realizó un trabajo, que obtuvo como resultado de una amplia muestra de cuidadores, que las esposas y los hijos de los cuidadores presentan una mayor presentan una mayor carga del cuidador.

Tiempo de cuidado: La mayoría de los estudios coinciden en relacionar la “carga del cuidador” con la cantidad del tiempo dedicado al cuidado, a mayor contacto con el enfermo se relaciona una mayor “carga del cuidado” (Zahadid & Oheari 2010; Li et al., 2007; Magaña et al., 2007; Carqueo & Gutiérrez, 2009).

Cuando se emplea mayor parte del tiempo al cuidado del enfermo, se pierde tiempo para sí mismo y la capacidad para realizar actividades propias de la vida cotidiana [relación familiar, ocio y trabajo] (Juvang et al., 2007).

Estrategias de afrontamiento: Estas estrategias se clasifican en “adaptativas” versus “no adaptativas” otras se clasificaron en “centradas en el problema” versus “orientadas a la emoción” las estrategias centradas en el problema solucionan el problema, lo planifican y lo ponen en acción, se han considerado como adaptativas, y las orientadas a la emoción, son las tienen ventilación emocional y negación, se consideran como no adaptativas (Stanton, & Dan, 2000; Gerson et al., 2011).

Cuando los recursos para afrontar los problemas son limitados, los cuidadores experimentarían niveles de carga muy elevados.

Gerson et al., (2011) explicaba que por lo general los familiares emplean ambos tipos de estrategias de una manera más o menos prevalente. Esto es a que la mayoría de los trabajos que han estudiado las estrategias de afrontamiento de familiares de pacientes con esquizofrenia son transversales y a lo largo de la enfermedad las estrategias cambian y esto es debido al curso y la duración de la enfermedad.

En un estudio se encontró como en fase inicial de la psicosis o en pacientes que se califican con enfermedad mental de alto riesgo (EMAR), las estrategias mayormente empleadas son las “centradas en el problema”, el soporte social, la educación y el uso de la religión, las estrategias evitativas quedaron muy abajo en el estudio y en las familias con pacientes con enfermedad mental crónica, donde los cuidadores presentaban fatiga y carga, se utilizaban estrategias tipo negación o desentendimiento del familiar enfermo.

Existen otros factores que pueden generar un elevado grado de carga en el cuidador, los cuales son:

La edad del paciente: Carqueo y Gutiérrez (2006); Gutiérrez et al., (2005) obtuvieron resultados similares donde explican la relación que hay entre “carga” y edad joven en el paciente, decían que esto puede deberse a que en los inicios de la enfermedad se acostumbra a encontrar niveles altos de carga ya que los pacientes jóvenes suelen tener más dificultades en autocuidado sobre todo en los inicios de la enfermedad.

Tipo de esquizofrenia: pacientes con esquizofrenia desorganizada e indiferenciada parece ser los que más estrés generan a los cuidadores, ya que esta es una de las sintomatologías más desconcertantes e imprescindibles.

Curso y duración de la enfermedad: hay estudios que señalan que la carga de las familias es mayor en los estadios iniciales de la enfermedad, en el primer episodio las familias presentan niveles elevados de sufrimiento (Jones, 2009), independiente si viven o no con la persona enferma.

Otros factores asociados a la sobrecarga, están relacionados en otros grupos como los factores sociales y culturales, un ejemplo las redes de soporte social, las políticas públicas de salud, las políticas de empleo, la estructura de los servicios de salud mental y las costumbres culturales; la sobrecarga también puede estar asociada a ciertas características de los pacientes como son: duración de la enfermedad, el grado de discapacidad, la intensidad de los síntomas y el número de hospitalizaciones (Barker et al., 2011).

Se ha considerado llevar a cabo estudios que nos permita entender como todas estas variables influyen en la sobrecarga y que tipo de herramientas necesitan los cuidadores para lograr adaptarse a dicha situación.

A nivel social se ha visto como el personal médico y de salud juega un papel muy importante en el nivel de la sobrecarga de los cuidadores ya que son la fuente de información más cercana a la familia. Shu et al., (2008) encontraron satisfacción en los pacientes y la interacción entre ellos y el personal de salud mejora el funcionamiento social, al mismo tiempo ayuda a aliviar la sobrecarga en el cuidador.

A nivel cultural se encontró ciertas diferencias con lo que respecta a la cosmovisión de los diferentes grupos, en otros países de diferentes grupos culturales, se observó que existe un menor nivel de sobrecarga en aquellos cuidadores que atribuyen la enfermedad a razones místicas o religiosas, se cree también que las personas creyentes utilizan su religión para sentir fortaleza y dar sentido a los problemas que desafían las creencias básicas (Folkman & Moskowitz, 2007).

Salud del cuidador primario informal

La OMS define como calidad de vida “la percepción del individuo de su posición en la vida en el contexto de la cultura y sistemas de valores en los que se vive y en la relación con sus objetivos, expectativas, valores e intereses”.

Ponce, manifiesta que un cuidador se ve sometido a un estrés por la limitación física, psicológica o cognitiva, para realizar la labor, alteración en la ejecución habitual, la percepción de la falta de respaldo social y de apoyo, falta de actividad, alteración del trabajo.

Espinosa et al. (s. f.) manifestaron, que el bienestar físico de los cuidadores presenta alteraciones a nivel físico y psicológico, debido a que tienen menor descanso, mayor desgaste físico, estrés emocional (aun mayor que el del mismo enfermo o sus familiares), ansiedad, presión, sentimientos de culpa, todo esto se engloba como síndrome de agotamiento del cuidador.

La literatura muestra que en el cuidador se puede generar carga de estrés, ya que tienen otras responsabilidades como trabajar, ocuparse del hogar, el cuidado de la familia y de ellos mismos, así como también podría presentarse posibles complicaciones en la

enfermedad, esto obliga a que el cuidador manifieste algunas molestias, como dolor, insomnio, falta de apetito y fatiga.

En general las sociedades y las instituciones presentan atención sólo al paciente, olvidándose del cuidador y sus problemas, sin ser reconocido el enorme esfuerzo e importante papel, es necesario que los profesionales de la salud pudieran valorar la actitud del cuidador, que pudiera ofrecerse el apoyo y aparecen problemas y proporcionarle periodos de descanso.

La medida de desinstitucionalizar a los pacientes psiquiátricos, ha ocasionado que el cuidador primario y la familia tengan una sobre carga emocional, ya que ahora todo el peso del cuidado recae en ellos.

La desinstitucionalización implica que la carga y cuidado del paciente que antes asumían las instituciones hospitalarias, ahora lo asuman las familias lo cual provoca en ellos efectos económicos, sociales y de salud.

El desinstitucionalizar al paciente surgió del movimiento revolucionario llamado anti-psiquiátrico, el cual fue reconocido en la década de los 60's y 70's, este movimiento ayudo mucho para que el paciente no fuera medicado, más bien se quería que la esquizofrenia fuera tratada como una enfermedad cualquiera y no ponerle una etiqueta.

Se ha creado un mito sobre estos pacientes, como el del paciente mental peligroso, la antipsiquiatría, asociada con políticas de izquierda reclamaban la desinstitucionalización de la practica psiquiátrica, y no hacer de los enfermos mentales una categoría aparte, a los que se encierran, con esas ideas de las camisas de fuerza, encierros, electroshocks, lobotomías y embrutecimientos químicos.

Es acaso la locura una enfermedad o solo una conducta diferente así lo mencionaba Thomas Szasz, uno de los primeros de los primeros en denunciar la opresión (Vásquez, 2011).

La salud del cuidador y la familia puede alterarse y aparecer síntomas de tensión (irritabilidad, insatisfacción o depresión).

La sobre carga y la mala salud que va adquiriendo el cuidador principal, podría tener un efecto sobre el apoyo efectivamente proporcionado al paciente sea por agotamiento físico o psíquico del cuidador.

La sobrecarga que recae en el cuidador puede repercutir en forma negativa sobre su salud, son más frecuentes los problemas mentales (principalmente ansiedad y depresión), pero también afecta la salud física, el aislamiento social, la falta de tiempo libre, la calidad de vida o el deterioro de la situación económica, todo esto se convierte en un evento estresante, y es lo que algunos autores llamarían síndrome del cuidador.

Estudios han demostrado un alto porcentaje de diversos síntomas de ansiedad y depresión, falta de concentración, ganas de llorar, tristeza, nerviosismo, tensión (Espinoza, 1996).

La importancia en el papel que desempeña el cuidador primario, denota varias vertientes que a raíz de mi investigación deben contemplarse: primera.- las primeras alertas de que el paciente con posibilidad de padecer alguno de los estados de esquizofrenia son detectados por el cuidador primario o natural, éstos, visualizaran la evolución desde un inicio de esta enfermedad; características y comportamientos. En esta etapa ellos ignorarán con lo que pudieran enfrentarse por lo que la oportunidad en el diagnóstico inicial no filtrará aspectos

sociales de resistencia en el reconocimiento o aceptación de la enfermedad, en esta primera etapa no será detectable con la oportunidad debida y segundo.- En este proceso inicia un periodo de carga muy profundo debido a que posiblemente se muestra cierta incredulidad por el impacto social y económico que esto representaría. En mi exposición hago mención acerca de la personalidad de cada cuidador, las responsabilidades en el hogar y aun sin conocer la forma de apoyo social. He observado a través de este estudio que la etapa inicial puede ser determinante en el descubrimiento del padecimiento en el desgaste emocional, cuidado y aceptación.

Descubierta la enfermedad es el inicio de la alteración a los modos de vida, aspectos emocionales, problemas económicos y alteración en el clima de la convivencia familiar. No es una causa más importante o determinante que otra, es un ciclo de consecuencias y enfrentamientos que principalmente la mujer es lo que enfrenta estas situaciones, como responsable del ambiente familiar enfrenta situaciones de desprecio, cansancio y abandono; incomprensión de los miembros de la familia y cansancio social en la tendencia clara de querer atender por igual a la comunidad familiar. Propongo diseñar un esquema social participativo del sector salud, empresa privada y comunidad familiar, es tan malo que una sola persona o entidad pueda asumir este rol en el cuidado de los pacientes esquizofrénicos, asumo que es problema social con responsabilidades de todos los sectores a participar. No es viable la carga Institucional exclusivamente debido a que no existiría evolución e investigación en el cuidado de la enfermedad, paralelamente en la vigilancia del cuidador y de la información que pudiera aportar. Es una cuestión educativa, que caerá en primera instancia en el cuidador que es quien debe asumir su rol con conciencia social, sin pretender hacer lo que no está a su alcance, esta pretensión elude responsabilidades de otros

miembros de la familia, permitirse aceptar que necesita ayuda y que no precisamente debe estar el 100% de tiempo asumiendo el papel de cuidador, para esto y con la finalidad de evitar algún problema económico, es el papel del sector gobierno en la implantación de políticas sociales de apoyo incondicionado una vez que su paciente se encuentra como diagnosticado. Ayudar al cuidador en aceptar y planear objetivos a corto y largo plazo con ayuda de un profesional, aceptando que la enfermedad no puede ser curable más si puede ser aceptada en el paciente y el núcleo social del cuidador. Las estadísticas indican que las personas adultas asumen más su responsabilidad como cuidador sin más afectación de personas en edad relativamente joven, y es debido a que la persona adulta ya ha experimentado un proceso de vida, cumplidos objetivos y con expectativa muy alta de labores altruistas. No así la persona joven quien principalmente se verá afectada por el tiempo de dedicación. Siendo que el cuidador no puede estar de tiempo completo y el paciente debe enfrentar adaptarse al ambiente social y tomando como base lo investigado en este trabajo, es concluyente que el abandono al cuidador por la sociedad es claro y posiblemente inevitable, sólo las participaciones sociales ayudaran al cuidador y paciente en la aceptación en la evolución es esta enfermedad, siendo claros, el cuidado en el seguimiento podrá arrojar nuevos datos e información útil a los especialistas e investigadores para el cuidado de esta enfermedad.

Carga del cuidador en cuidadores primarios informales de pacientes con esquizofrenia

El malestar psicológico al cuidado de un familiar y los efectos sobre la salud del cuidador ha sido objeto de diversos estudios, algunos muestran el malestar psicológico derivado del rol del cuidador, también es una influencia negativa para su propia salud física y mental en consecuencia en el resultado para el paciente.

Existen diferentes tipos de estudios para describir los diferentes perfiles de los cuidadores principales, ya que los cuidadores primarios informales son las primeras personas que están en contacto con los pacientes, los factores en los niveles de la sobrecarga en los cuidadores son mucho, en algunos puede ser la edad, el sexo, el nivel socioeconómico, el estado civil, el nivel educacional, el estatus laboral, el grado de parentesco, las horas que hay que cuidar, el ser el esposo o padre el cuidador, ser cuidador no es cosa fácil, el desgaste físico y mental es muy elevado.

Varas & Gutiérrez (2012) realizaron en Bolivia un estudio de evaluación de la sobrecarga de los Cuidadores Familiares de pacientes con Esquizofrenia, en un Hospital de Psiquiatría, su objetivo fue analizar el concepto y conocer las características del cuidador informal, fue un estudio tipo cuantitativo, descriptivo y de corte transversal, se aplicó a 40 cuidadores familiares, como batería se utilizó la entrevista de carga familiar objetiva y subjetiva (ECFOS), alguna de las conclusiones fueron:

“Se debe realizar intervención con los familiares cuidadores, se debe de incorporar a los programas de psicoeducación familiar debido a que han demostrado su utilidad para prevenir recaídas y reducir tensión en las familias”.

Martínez, Nadal y Mendióroz (2010) En España, llevaron a cabo un estudio en un hospital Virgen del Camino Pamplona un estudio titulado sobrecarga de los cuidadores familiares de pacientes con esquizofrenia, tuvo por objetivo determinar qué factores son determinantes en la sobrecarga de los cuidadores, el estudio fue de tipo transversal analítico, la muestra fue de 67 cuidadores de pacientes con esquizofrenia, algunas de las conclusiones fueron:

“Que la carga asociada al cuidado de un paciente esquizofrénico en casa es considerable y que está asociada con los síntomas propios de la enfermedad y con el grado de discapacidad derivada de la misma como, por ejemplo: los pacientes con más días de recaídas, y más días de hospitalización, generan mayor carga global subjetiva”.

Algora, (2008) en España realizó un estudio llamado: El cuidador del enfermo esquizofrénico sobrecarga y estado de salud, el objetivo del estudio fue analizar la relación de la carga percibida por el cuidador y la salud del mismo, es un estudio de tipo observacional, transversal, la metodología por la que se trataron los datos obtenidos es analítica de tipo cuantitativo, la muestra fue conformada por 30 familiares de pacientes con esquizofrenia, la mayoría de los cuidadores fueron mujeres, los instrumentos utilizados fueron La escala de sobre carga del cuidador de Zarit y el cuestionario de salud (s.f) 36, algunas de las conclusiones fueron:

“ Que existe una tendencia hacia una mayor sobrecarga de la madre cuidadora de un hijo esquizofrénico en relación al padre, que los padres cuidadores de mayor edad presentaran una menor sobrecarga que los de menor edad y que a mayor nivel de sobrecarga percibida por el cuidador, peor estado de salud en las áreas de salud general, vitalidad, funcionamiento social, rol emocional y salud mental, se observó una tendencia hacia peor estado de Salud Mental para cuidadores de enfermos de sexo masculino”

Leal, Sales, Ibáñez y Giner, (2008) en España, llevaron a cabo un estudio llamado: Valoración de la sobrecarga en cuidadores informales de pacientes con esquizofrenia antes y después de un programa de psicoeducación, que tuvo como objetivo analizar la que influencia tiene un programa psicoeducativo sobre el síndrome de sobre carga del cuidador, fue de tipo analítico, algunas de sus conclusiones fueron:

“Que es importante la labor educativa con los familiares y los pacientes con patología mental, al documentar una disminución significativa de la sobrecarga en el grupo sometido a apoyo educativo. Los resultados fueron de un 100% (n= 30) con “sobrecarga” (>47 puntos) previo al programa psicoeducativo y post programa los resultados fueron de 13.3% (n=26) con “no sobrecarga” (< 47 puntos) y 86.7% (n= 26) con “sobrecarga”, el intervalo de confianza fue de 9.46.”

Grandón y Lemos (2008) en Chile, realizaron un estudio llamado: Los cuidadores principales de los pacientes con esquizofrenia: Las Variables de carga y predicción, tuvieron por objetivo examinar los niveles de carga experimentada por los cuidadores primarios de pacientes ambulatorios, el estudio fue descriptivo- transversal, la muestra fue de 106 pacientes diagnosticados con esquizofrenia atendidos en consulta externa, la batería que se utilizó fue entrevista de carga familiar objetiva y subjetiva (ECFOS), algunas de sus conclusiones fueron:

“Que las características clínicas (mayor frecuencia de las recaídas, síntomas positivos) disminución de los intereses sociales y menos apoyo afectivo predicen mayor nivel de carga”

Alvarado (2013) en Lima Perú, se realizó un estudio llamado: Nivel de agotamiento que presentan los cuidadores familiares de adulto mayor frágil en el centro de atención del adulto mayor frágil en Tayta Wasi” este estudio tuvo como objetivo determinar el nivel de agotamiento que presentan los cuidadores familiares del adulto mayor, es un estudio de enfoque cuantitativo de tipo descriptivo, corte transversal y diseño no experimental, la muestra fue conformada por 48 cuidadores, la batería utilizada fue la escala de Zarit, algunas de sus conclusiones fueron:

“Los cuidadores presentan una sobre carga leve, por lo que la Hipótesis planteada es aceptable”

Li (2013) en Chiclayo, realizó un estudio titulado: Nivel de sobrecarga del cuidador del paciente con esquizofrenia y factores asociados, el estudio fue realizado en el hospital regional docente Las Mercedes, el estudio tuvo por objetivo describir el nivel de sobrecarga y los factores asociados, fue de tipo cuantitativo, corte transversal, descriptivo con análisis exploratorio, la muestra fue de 50 familiares que tienen a su cargo pacientes esquizofrénicos, la batería utilizada fue la escala de sobrecarga del cuidador de Zarit, algunas de sus conclusiones fueron:

“Existe una gran proporción de sobrecarga en los familiares sobre todo a predominio leve. Al identificarse grupos específicos vulnerables a tener este problema nos permitirá desarrollar intervenciones enfocadas a estos grupos para mejorar la calidad de vida de estas personas y por lo tanto la salud de los pacientes a su cargo”

León (2012) realizó en Lima un estudio titulado Factores asociados a mayores niveles de carga familiar en cuidadores principales de pacientes con esquizofrenia, tuvo por objetivo

determinar los factores implicados a mayores niveles de carga familiar, fue de tipo cuantitativo de corte transversal, descriptivo; la muestra estuvo conformada por 50 cuidadores de pacientes con esquizofrenia en actual atención ambulatoria del hospital Víctor Larco Herrera, se aplicó , a los cuidadores una ficha sociodemográfica y la entrevista de carga familiar objetiva y subjetiva (ECFOS-II) Validada; los pacientes fueron evaluados con la positive and Negative Syndrome Scale (PANSS); la WHO/ Disability Assessment Schedule (OMS/DAS) y la Global Assessment Functioning (GAF), sus hallazgos fueron:

“La carga familiar del cuidador se asocia con mayor gasto económico en el cuidado del paciente, reingresos en el último año, la intensidad de síntomas propios de la enfermedad y el grado de discapacidad derivado de la misma”

Chacón (2009) en lima realizó un estudio titulado: “ Nivel de carga familiar” de los familiares cuidadores de pacientes esquizofrénicos que asisten a consulta externa en hospital Víctor Larco Herrera”, el objeto del estudio fue determinar el nivel de carga familiar que presentan los familiares cuidadores, se trata de un estudio tipo cuantitativo, de nivel aplicativo y corte transversal, la muestra la conformaron 73 familiares cuidadores, la batería utilizada fue la escala derivada de la escala de Desempeño Psicosocial, una de sus conclusiones fueron:

“la sobrecarga que experimentan los familiares cuidadores es, mayoritariamente, de nivel moderado con tendencia a severo: La carga familiar objetiva es de nivel moderado con cercanía muy próxima a leve, mientras que la carga familiar subjetiva en su mayoría es de nivel moderado, con porcentajes muy cercanos entre el leve y el severo.

En un estudio descriptivo transversal realizado con el objetivo de describir el perfil de los cuidadores informales de personas con enfermedades crónicas y la relación en la calidad de vida, se seleccionó una muestra no probabilística intencional. La recolección de información se hizo con una batería diseñada para tal fin que valora el perfil social, educativo de salud y desempeño del rol del cuidador, para la medición de la calidad de vida se utilizó un instrumento de Ferrell. Los resultados mostraron que la mayoría de los cuidadores son mujeres con edad promedio de 40 años, esposas o hijas, con niveles educativos bajos, económicamente dependientes, quienes nunca recibieron capacitación para ser cuidadoras informales, los cuidadores son cuidadores únicos quienes ofrecen el cuidado permanente. El cuidador informal muestra en general respuesta adaptativa positiva a su rol pero demanda una gran inversión de tiempo y esfuerzo por lo que se le recomienda acompañamiento para mantener su calidad de vida y la mejor condición del enfermo en su entorno domiciliario (Pinzón et al., 2012).

El siguiente estudio tuvo como objetivo caracterizar al cuidador familiar de la persona diagnosticada con esquizofrenia con previo ingreso en tercer nivel de hospitalización, a fin de contextualizarlo disciplinalmente, el marco de las políticas vigentes de salud pública fue un estudio de alcance descriptivo, diseño de método mixto y estrategia secuencial explicitaría, con una secuencia cuantitativa- cualitativa. La muestra fue seleccionada a conveniencia, conformada por 16 cuidadores familiares a quienes se les realizó la encuesta de caracterización sociodemográfica, ocupacional y la prueba de Zarit.

Como resultado nos arrojó que la mayoría de los cuidadores son madres (50%), que ha limitado en ocasiones su desarrollo integral para desarrollar su rol de cuidador, existe relación en cuanto a la edad de los cuidadores familiares (40 – 60 años, variable más

frecuente con un 56,25%) y la presencia del cansancio con el que estos cursan (37.5% de la población presenta carga intensa, el 37,5% ausencia de sobrecarga y el 25% de la población sobre carga ligera). Los relatos demuestran mayor vulnerabilidad en el cuidador.

Una de sus conclusiones fue: El análisis de los resultados en el contexto de la salud pública vigente, corrobora la necesidad del abordaje de la dimensión de la salud mental y convivencia social con enfoque poblacional, permitiendo comprender mejor la vulnerabilidad del cuidador de personas diagnosticadas con esquizofrenia.

Estudio: Sobre Carga y experiencia de Cuidadores familiares de personas diagnosticadas con esquizofrenia, una mirada desde la enfermería, estudio realizado en Colombia.

Tiene como objetivo caracterizar al cuidador familiar del paciente esquizofrénico con previo ingreso a hospitalización, a fin de contextualizarlo disciplinariamente, en el marco de las políticas en la salud pública, este estudio descriptivo, diseño de método mixto y estrategia secuencial explicitaría, con secuencia cualitativa- cuantitativa. La muestra se seleccionó a conveniencia, se conformó por 16 cuidadores familiares a quienes se le realizaron encuestas con características sociodemográficas, ocupacional y el test de Zarit, el resultado de este estudio arrojó que la mayoría de las personas que cuidan al enfermo son las madres (50%), que han limitado en ocasiones su desarrollo integral, por desarrollar su rol de cuidador, existe relación en cuanto a la edad de los cuidadores (40-60 años, variable más frecuente con un 56,25%) y la presencia de cansancio (37.5% de la población presenta sobre carga intensa, el 37.5% ausencia de sobrecarga y el 25% de la población sobrecarga ligera), también se presenta mayor vulnerabilidad en los cuidadores, el presente estudio como conclusión tuvo que el análisis de los resultados del contexto de la salud pública, corrobora la necesidad del abordaje de la dimensión de la salud mental y convivencia social

con enfoque poblacional, permitiendo comprender mejor la vulnerabilidad del cuidador y de las personas diagnosticadas con esquizofrenia

Estudio

El siguiente estudio lleva por nombre Perfil del cuidador: Sobre carga y apoyo familiar e Institucional del cuidador primario en el primer nivel de atención, el objetivo: es conocer las características del cuidador primario con base en el perfil demográfico busca conocer las características del cuidador primario, Material y métodos: se realizó un estudio prospectivo, transversal, descriptivo y observacional, se aplicaron dos cuestionarios: el perfil del cuidador y la escala de sobrecarga en el cuidador, el estudio se efectuó en la clínica Familiar del Dr. Ignacio Chávez (ISSSTE), Resultados: se registraron 60 pacientes con promedio de los 50 años (rango de 38). Doce (20%) tuvieron sobre carga leve y 7 significativas cuando el paciente refirió sentir insomnio ($p = 0.01$), poca tolerancia, ($p = 0.04$), y tener expectativas de planes de vida ($p = 0.04$). La relación entre redes de apoyo familiar e Institucional y carga del cuidador mostraron diferencias estadísticas significativas con respecto al trato del enfermo al cuidador ($p = 0.02$). Conclusiones: el perfil del cuidador primario corresponde, principalmente a mujeres, personas casadas, amas de casa, e hijas. Difiere de otros estudios reportados (Tabla 2).

Este estudio tiene el objeto de describir el perfil de los cuidadores y la relación con la calidad de vida, se desarrolló un estudio descriptivo, tipo cualitativo, observacional, transversal, los participantes ($n= 180$) fueron seleccionados por método no probabilístico, la recolección de información se hizo con un instrumento que valorara el perfil, social, educativo, de salud y de desempeño del rol del cuidador, la calidad de vida se midió a partir de la aplicación del instrumento de calidad de vida de Ferrell.

Tabla 2
Perfil demográfico del cuidador primario

Variable	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Parentesco			
Hijo/hija	41	68.3	68.3
otros	19	31.7	100
Edad			
Hasta 44 años	6	10	10
45 a 54	27	45	55
55 en adelante	27	45	100
Sexo			
Masculino	7	11.7	11.7
Femenino	53	88.3	100
Estado Civil			
Casado	44	73.3	73.3
Soltero	13	21.7	95
Divorciado	3	5	100
Ocupación			
Hogar	35	58.3	58.3
Empleado	22	36.7	95
Pensionado/ Jubilado	3	5	100
Escolaridad			
Primaria	9	15	14
Secundaria	17	28.3	43.3
Técnico/ Preparatoria/ Profesional	34	56.7	100
Persona que requiere cuidados			
Padre	13	21.7	21.7
Madre	30	50	71.7
Otros	17	28.3	100
Tiempo de cuidados (años)			
1 a 5 años	18	30	30
6 a 10 años	34	56.7	86.7
11 a 15 años	5	8.3	95
16 o más años	3	5	100

Revista de Especialidades Médico Quirúrgicas Estudio, (2008).

Los resultados muestran que la mayoría de los cuidadores son mujeres el 79% con edad de 42 años, algunas son esposas o hijas de los pacientes con niveles educativos bajos (entre primaria o bachillerato incompleto), económicamente dependientes, el 86% reporta que no ha recibido capacitación para ser cuidadores primarios; el cuidador informal muestra en general respuesta adaptativa positiva a su rol pero demanda gran inversión de tiempo y esfuerzo por lo que se recomienda un acompañamiento para mantener la calidad de vida del cuidador.

Estudio

Magaña et al., (s. f.) llevaron a cabo un estudio basado en el modelo del proceso de Estrés del cuidador de Pearlin, para examinar la relación entre los estresores del cuidado y el malestar psicológico del cuidador principal del enfermo mental, así como el papel mediador potencial de las apreciaciones del cuidador (carga, estigma) en la relación entre los estresores y el malestar psicológico, Los resultados consistentes con el Modelo del Proceso de Estrés de Pearlin, revelaron que la carga subjetiva del cuidador actúa como mediador en relación a los síntomas positivos del paciente (estresor) y los síntomas del malestar psíquicos relacionados con depresión que presentaban los cuidadores familiares. A la vista de estas conclusiones, afirman que las intervenciones dirigidas a cómo el cuidador vive y siente los síntomas del paciente, también aliviarán la ansiedad psicológica.

Los diversos estudios realizados, descritos en este capítulo resumen que las personas más expuestas son las mujeres quienes asumirían el papel de cuidador primario en un 88%, de mayor frecuencia en las edades de 45 a 55 años, y como menos propensos a experimentar

alguna carga que pudiera ser igual a la que experimenta la mujer, corresponde a personas adultas. Es alarmante la estadística debido a que sin duda la mujer encargada de la administración del hogar es la destinada ser el cuidador primario representando 58.3% de la muestra y ninguna siendo profesional. Quizá el profesional asumiría el rol de proveedor de recursos para que otra persona ajena al núcleo familiar sea contratada a realizar las actividades como cuidador primario, función que de mi percepción es altamente benéfica en conservar la armonía en las interrelaciones familiares. No obstante esto, aún diversos exponentes Varas & Gutiérrez, Martínez, Nadal y Mendióroz y Alvarado (2013) en Lima Perú, coinciden en sus conclusiones que debe asumirse la carga de todos los familiares relacionados con el paciente, infieren que un paciente esquizofrénico en casa es considerablemente de cuidado expuesto a recaídas o por la misma enfermedad sujetos a cuidados y vigilancia de todo el núcleo familiar. Es de poner atención en lo que cada estudio en común a expuesto indicando que la mujer por su naturaleza o responsabilidad natural asumida estará más expuesta en el cuidado de su familia que padezca esta enfermedad.

Conclusiones

La presente investigación indica que existen varios factores que contribuyen a detonar la esquizofrenia, la cual es una enfermedad compleja que no solo afecta al paciente, sino también a las personas que lo rodean. Ser cuidador primario informal conlleva un desgaste físico y emocional significativo, dado que, la carga de la enfermedad en muchas ocasiones provoca el distanciamiento e incluso disolución de los núcleos familiares: es frecuente que al asumir el rol de cuidador, otros miembros de la familia tomen distancia y dejen el cuidado del paciente a una sola persona, quien termina agotada y limitada en sus posibilidades laborales y de crecimiento personal durante el tiempo que se hace cargo del paciente y más.

El papel del cuidador primario informal resulta fundamental para el paciente, la familia y la sociedad. El cuidado del paciente con esquizofrenia representa una enorme responsabilidad pues, quien asume este rol además de realizar tareas cotidianas de cuidado diversas, comúnmente debe enfrentar la resistencia e incluso negativa del paciente a ser ayudado.

Diversos estudios indican que el desarrollo de la enfermedad es más notorio en la etapa de adolescencia, confundida con el comportamiento natural de los jóvenes de esta edad; descubierta la enfermedad en esta etapa, el rol de la madre es el más afectado, debido al ambiente o legado social de comportamiento donde el hombre es el que provee y la mujer es la encargada del ambiente familiar. La carga de la falta de cuidado además del padecimiento de la enfermedad, la recibirá en forma recriminatoria alegando descuidos en la etapa de la infancia. Mientras el tiempo transcurra y la mamá o mujer, que por sí misma enfrente la enfermedad, no encontrarán suficiente apoyo de los miembros de la familia hasta que la enfermedad sea más conocida y que los mismos miembros adquieran una

conciencia del padecimiento. Viene la segunda parte, aunque existiera cierta conciencia, el grado de molestia que puede tener el cuidador por desempeñar ese rol en ocasiones es muy alto. Sacrificio de tiempo, ignorancia, justificaciones económicas, justificaciones sociales, sin duda, existen varios motivos que familiares o amigos, expondrán para evitar invertir algún tiempo en el cuidado del paciente esquizofrénico. En el mediano plazo con las condiciones que actualmente vive el país, se observa la continuidad de la carga en el cuidado hacia la mujer, los datos estadísticos con los que se cuenta actualmente seguirán mostrando que el rol de la mujer es determinante para el cuidado y control de este padecimiento. La esquizofrenia es una enfermedad que limita mucho a la persona que la padece, llevar un buen seguimiento al tratamiento ayudará al paciente a progresar y aceptar esta enfermedad. Sin duda la parte emocional es muy determinante para este progreso, emociones y sentimientos que son percibidos dentro del núcleo familiar, el condicionamiento y rechazo de algunos miembros de la familia, limitarán el progreso del paciente y prolongarán el agotamiento del cuidador principal. La pretensión de este trabajo representa una contribución a la literatura de investigación sobre cuidadores primarios, el cual puede servir como base para futuras investigaciones teorías y empíricas, de igual forma para estudiantes de nivel licenciatura de psicología y áreas afines interesados en el tema.

Esta investigación se planteó inicialmente como un trabajo empírico con el que se pretendía realizar una evaluación en la población meta, vinculando los resultados de carga del cuidador a factores sociodemográficos, a fin de detectar factores de riesgo en población mexicana, sin embargo, debido a factores ajenos al control del investigador fue necesario desistir del proyecto original.

La conciencia futura radica en varios aspectos importantes que fueron percibidos en el desarrollo del trabajo. Sin duda el papel de la mujer es determinante en el cuidado, aún existen limitaciones en la difusión de elementos de detección de la esquizofrenia, entre los cuales se encuentra el que los familiares confundan los signos de la enfermedad con comportamientos naturales de determinadas etapas del desarrollo como la adolescencia; que aún es frecuente que se atribuya la enfermedad a temas religiosos o castigos divinos y en tales casos, los familiares se limitan a sólo la aceptación y no enfrentar o iniciar algún tratamiento. El papel secundario del Gobierno Federal es muy importante en la difusión y cuidado de este padecimiento, proponiendo campañas de cuidado de observación de los comportamientos de los hijos o de todos los familiares, difundir la ampliación de responsabilidades de los padres, y no ser limitativos o discriminatorios en las responsabilidades del núcleo familiar, asignar especialistas en plan nacional de cuidado de enfermedades del cuadro básico, sin duda, la difusión de los comportamientos psicológicos hoy en día, aún continúan siendo asociados a personas con locura mental. Siendo lo contrario, y basándonos en las estadísticas mencionadas en este trabajo, no existen dentro de los cuadros clínicos básicos, ayuda psicológica a temprana edad.

Referencias

- Achury, D., Castaño Riaño, H., Gómez Rubiano, L., Guevara Rodríguez, N. (2011). Calidad de vida de los cuidadores de pacientes con enfermedades crónicas con parcial dependencia. *Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo*, 13 (1), 27-46.
- Alfaro, R. O., Morales. T., Vázquez, P. F., Sánchez. S., Ramos, R. B., Guevara,L. U. (2008). Sobrecarga, ansiedad y depresión en cuidadores primarios de pacientes con dolor crónico y terminales. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 46 (5), 485-494.
- Alvarado, D., (2013). Nivel de agotamiento que presentan los cuidadores familiares del adulto mayor frágil. Tesis para optar título profesional de Enfermería, Universidad Nacional Mayor de San Marcos.
- Bausela H., E. (2009). Neuropsicología y Esquizofrenia. *Revista Chilena de Neuropsicología*, 4 (1), 1-5.
- Bellsolá, (2014). El cuidador del paciente psiquiátrico: evaluación de la sobrecarga, URL <http://www.parcdesalutmar.cat/mar/accetitcomunicaciooralinf.pdf>
- Burgos, P., & Figueroa, V., & Fuentes, M., & Quijada, I., & Espinoza, E. (2008). Caracterización y nivel de conocimiento del cuidador informal de usuarios con dependencia severa adscritos al Centro de Salud Violeta Parra - Chillán. *Theoria*, 17 (2), 7-14.

- Cardona, D., & Segura, Á., & Berbesí, D., & Ordoñez, J., & Agudelo, A. (2011). Características demográficas y sociales del cuidador en adultos mayores. *Investigaciones Andina*, 13 (22), 178-193.
- Carqueo, A., Gutiérrez, J., Ferrer & Darrigrande, P. (2011). Sobre carga en cuidadores aymaras de pacientes con esquizofrenia. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 5 (3), 191-196.
- Cidoncha, E. M. (2013). Esquizofrenia. *Guia psicológica de profesionales en Iberoamerica*.
- CIE – 10 (2003). Clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento.
- Consejo de Salubridad General, (2016). Diagnóstico y Tratamiento de la Esquizofrenia en el primer Y Segundo Nivel de Atención.
- Cruz, J. (s.f). Cuidador: Concepto Operativo Preludio Teorico 2. *Enfermería Universitaria*, 8 (1), 49-54.
- Cruz, J., Ostiguin, R. (2011). Cuidador: ¿Concepto Operativo o Preludio Teórico? *Revista Enfermería Universitaria*, 8, 49-53.
- Díaz, L. & Ortega, H., & Leños, C. & Rodríguez, M., & Rascón, M. & Valencia, M., & Gutiérrez, M. & Mares, M., & Sánchez, A. (2005). La rehabilitación integral del paciente esquizofrénico en México: el modelo del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente, Grupo III. *Salud Mental*, 28 (6), 9-19.
- Díaz, M. (2013). Afrontando la esquizofrenia. *Guía para pacientes y familiares*, 1-70

- Dillehay, R., & Sandys, M. (1990). Caregivers for Alzheimer's patients: What We Are Learning from Research. *International Journal of Aging and Human Development*, 30(4), 263-285.
- DSM V (2013). Manual Diagnóstico Y estadístico de los trastornos mentales de México.
- Escudero, (2007). El sistema formal de cuidados. *Revista Rol enfermería*, 29 (10), 6- 671.
- Etovic, D. C., Mendoza & P. S., Sáenz, C. K. (2015). Habilidad del cuidado y nivel de sobrecarga en cuidadores informales de personas dependientes. *Enfermería Global*, 38. No tiene pag
- Expósito, Y. (2008). La calidad de vida en los cuidadores primarios de pacientes con cáncer. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 7 (3)
- Fernández, P. (2016). Estudio de la eficacia de un programa de intervención psicosocial en la prevención o reducción de la sobrecarga del cuidador del paciente con trastorno de esquizofrenia o trastorno esquizoafectivo. Tesis de grado para optar al grado de Doctor, Facultad de Psicología, Universidad de Complutense de Madrid.
- Flores, M. (2016). Validación de la Entrevista de Carga de Zarit en una muestra de Cuidadores Primarios Informales de Pacientes con diagnóstico psiquiátrico. Tesis de Licenciatura, Universidad Latina S. C.
- Flores, S., Medina, R., Robles, R & Páez, F. (2012). Estigma y apego al tratamiento psiquiátrico en los trastornos mentales severos y persistentes. *Revista Latinoamericana de Psiquiatría*, 11 (3), 82-89.

- Gajardo, F & Navarrete, N. (2012). La Esquizofrenia en la intimidad del Hogar . Memoria para optar al título profesional de Psicólogo (a), Facultad de Educación departamento de ciencias sociales, Universidad de Bio-Bio.
- García, M. (2012). Evaluación neuropsicológica en la enfermedad mental: implicaciones para la provisión de apoyos. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 1 (2), 173-182.
- Gayán, M. J. (S/f). El cuidador del enfermo Esquizofrénico: Sobrecarga y Estado de Salud, URL <http://www.aeesme.org/wp-content/uploads/2014/06/1-El-cuidador-del-enfermo-esquizofrenicosobrecarga-y-estado-de-salud..Pdf>
- General, C. D. (s.f.). *Diagnostico y Tratamiento de la Esquizofrenia*.
- General, C. S. (2013). Diagnostico y Tratamiento de la Esquizofrenia en primer nivel y Segundo nivel de atencion. *Gobierno Federal*.
- González, J. (1988). Evaluación Histórica de la Psiquiatría. *Psiquis*, 19 (5), 183-200.
- Gottesman, I., & Erlenmeyer, I. (2001). Family and twin strategies as a head star in defining prodromes an endophenotypes for hypothetical early interventions in schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 93- 102.
- Heimann, C. (2015). Antipsicóticos en esquizofrenia. Revisión de guías internacionales actuales. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 35 (125), 79-91.
- Hidalgo, L. (2013). Sobrecarga y afrontamiento en familiares cuidadores de personas con esquizofrenia. Tesis de Licenciatura, Facultad de Letras y Ciencias Humanas Especialidad de Psicología, Pontificia Universidad Católica de Perú.

- Instituto Nacional de Salud Mental. (2011). La Esquizofrenia. 15-3515.
- Izquierdo, D., Manjarrés, J., Nieves, K., Pacheco, W., & Pérez, B. (2016). Nivel de sobrecarga y características del cuidado en cuidadores de personas con trastorno mentales, Cartagena. Tesis de Licenciatura, Facultad de Enfermería, Universidad de Cartagena.
- Jiménez, C.L. (2011). Esquizofrenia y trastorno en el uso de sustancias: prevalencia y características sociodemográficas en la población Latina. *Actas Esp Psiquiatr*, 39 (2), 123-130.
- Lara, G., González, A., & Blanco, L. (2008). Perfil del cuidador: sobrecarga y apoyo familiar e institucional del cuidador primario en el primer nivel de atención. *Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas*, 13 (4), 159-166.
- León, F., (2012). Factores asociados a mayores niveles de carga familiar en cuidadores principales en actual atención ambulatoria del hospital Víctor Larco Herrera. Tesis para optar título profesional de Médico Cirujano, Universidad Nacional Mayor de San Marcos.
- Li, M., Alipázaga-Pérez, P., Osada, J., & León-Jiménez, F. (2015). Nivel de sobrecarga emocional en familiares cuidadores de personas con esquizofrenia en un hospital público de Lambayeque-Perú. *Revista de Neuro-Psiquiatría*, 78 (4), 232-239.
- Machado-Alba, J., & Morales-Plaza, C. (2013). Patrones de prescripción de antipsicóticos en pacientes afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud de Colombia. *Biomédica*, 33 (3), 418-428.

- Magaña, S., & Ramírez, J. (2007). Cuidadores: Psychological distress among latino family caregivers of adults with schizophrenia: The roles of burden and stigma. *Psychiat Serv*, 58 (3), 84- 378.
- Maria, J. C. (2010). Trastornos Emocionales, físicos y psiquiátricos en los familiares de paciente con esquizofrenia en México. *Revista de Investigación Clínica*, 509-5015.
- Mera, G., Cardona, M., Benítez, J., Delgado, G., & Urbrano, W., Villalba, J. (2017). Sobrecarga y experiencia de cuidadores familiares de personas diagnosticadas con esquizofrenia una mirada desde la enfermería, 22, 69-83.
- Montaño, T. N. (2013). Esquizofrenia y tratamiento Psicológicos: una Revisión Teórica. *Revista Vanguardia Psicológica Clínica Teórica y Practica*, 22.
- Muñoz, F., & Ruiz Cala, S. (2007). Terapia cognitivo-conductual en la esquizofrenia. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, XXXVI (1), 98-110.
- Muñoz, F., & Ruiz, S. (2007). Terapia cognitivo-conductual en la esquizofrenia. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, XXXVI (1), 98-110.
- Navarro, (2004). Perfil de los cuidadores informales y ámbito de actuación y del trabajo social. *Trabajo Social Hoy*, 63-83.
- Obiols, J., & Vicens, J. (2003). Etiología y signos de riesgo en la esquizofrenia. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 3 (2), 235-250.
- Pérez, M. (2012). Esquizofrenia y cultura moderna: razones de la locura. *Psicothema*, 24 (1), 1-9.

- Pinzón, R. M., & Aponte, G. L., & Galvis, L. C. (2012). Perfil de los cuidadores informales de personas con enfermedades crónicas y calidad de vida, Villavicencio, Meta, 2011. *Orinoquia*, 16 (2), 107-117.
- Rascón, M. L., Caraveo & Marcelo, V. (2010). Trastornos emocionales, físicos y psiquiátricos en los familiares de pacientes con esquizofrenia en México. *Revista de investigación Clínica*, 62 (6), 509-515.
- Ribé, J. (2014). El cuidador principal del paciente con esquizofrenia. Tesis Doctoral, Facultad de Psicología, Ciències de l'Educació i del l'Esport Blanquerna, Universitat Ramon Llull.
- Risch, N., (1996). The future of genetic studies of complex human diseases. *Science*, 1516-1517.
- Rivera, H., Dávila Mendoza, R., & González Pedraza Avilés, A. (2011). Calidad de vida de los cuidadores primarios de pacientes geriátricos de la Clínica de Medicina Familiar Dr. Ignacio Chávez, ISSSTE. *Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas*, 16 (1), 27-32.
- Rodríguez, P. (2010). Un Acercamiento a la Esquizofrenia y a la Psicosis. *Clínica y Salud*, 21 (3), 201-203.
- Rotrosen, J., (1979). Neuroendocrine effects of apomorphine: Characterization of response patterns and application to schizophrenia research. *British Journal of Psychiatry*, 444-456.
- Ruiz-Ríos, A., & Nava-Galán, M. (2012). Cuidadores: Responsabilidades-Obligaciones. *Enfermería Neurol*, 11 (3), 163- 169.

- Sainz, J., De la Vega, D., & Sánchez, P. (2010). Bases Neurológicas de la Esquizofrenia. *Clínica y Salud*, 21 (3), 235-254.
- San Miguel, M., De la Vila, M., & Díaz, M. (1995). Incidencia de efectos extrapiramidales en pacientes con esquizofrenia tratados con haloperidol solo o asociado a biperideno. *Farm Hosp*, 19 (4), 225-228.
- Ulloa, R., Sauer, T., & Apiquian, R. (2011). Evaluación y tratamiento de la esquizofrenia en niños y adolescentes: una revisión actualizada. *Salud Mental*, 34 (5), 429-433.
- Universidad Nacional Autónoma de México. (2013). Prevalencia de la enfermedad en México.
- Varas, D., (2012). Evaluación de la sobrecarga de los cuidadores familiares de pacientes con esquizofrenia del hospital de Psiquiatría “Dr. José María Alvarado”. *Revista Médica de la Paz*, 1726- 8958.
- Vásquez Rocca, A. (2011). Antipsiquiatría. deconstrucción del concepto de enfermedad mental y crítica de la 'razón psiquiátrica'. *Nómadas. Critical Journal of Social*
- Venegas, (2006). Habilidad del cuidador y funcionalidad de la persona cuidada. *Acuichan*, 6 (1), 47- 137.
- Villamar, R. (2014). Presencia del “síndrome del cuidador” en cuidadores con pacientes con esquizofrenia ingresados Al Instituto de Neurociencias de la JBG. Tesis de grado para optar al grado académico de psicólogo (a) clínica, Facultad de Ciencias Psicológicas, Universidad de Guayaquil.

Villano, S. B. (2016). Calidad de Vida y Sobrecarga en el cuidador primario de pacientes con secuela de enfermedad Cerebro Vascular Isquémico Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas. Tesis de Licenciatura, Escuela de Enfermería Padre Luis Tezza.