

UNIVERSIDAD DE SONORA

**DIVISIÓN DE CIENCIAS BIOLÓGICAS Y DE LA SALUD
PROGRAMA DE MAESTRÍA EN CIENCIAS DE LA SALUD**

*“Conocimientos que Posee el Familiar Cuidador
Sobre Esquizofrenia Paranoide y su Influencia en el
Funcionamiento Psicosocial de Pacientes Egresados con Este
Diagnóstico del Hospital Psiquiátrico “Cruz del Norte” de
Hermosillo, Sonora en 2009”*

Tesis de Maestría para Obtener el Grado de:

MAESTRÍA EN CIENCIAS DE LA SALUD

Presenta:

René Ulises Domínguez Ballesteros

Hermosillo, Sonora

Febrero 2011

Universidad de Sonora

Repositorio Institucional UNISON



**"El saber de mis hijos
hará mi grandeza"**



Excepto si se señala otra cosa, la licencia del ítem se describe como openAccess

FORMA DE APROBACIÓN

Los miembros del Jurado Calificador designado para revisar el trabajo de tesis de **René Ulises Domínguez Ballesteros**, lo han encontrado satisfactorio y recomiendan que sea aceptado como requisito parcial para obtener el grado de Maestría en Ciencias de la Salud.

Director Académico

M.C. Víctor José Tovar Guzmán

Secretario

M.C. Beatriz Elena Beltrán Jiménez

Vocal

Dr. Manuel Alberto Santillana Macedo

Suplente

M.C. Rogelio Ortiz Acosta

AGRADECIMIENTOS

El presente trabajo de Tesis es el resultado del trabajo realizado en los días como estudiante, dentro del Programa de Maestría en Ciencias de la Salud de la División de Ciencias Biológicas y de la Salud en la Universidad de Sonora.

Gracias: es una palabra y un sentir que siempre estaré externando con todas las personas que depositaron su confianza y creyeron en mí, a mis Maestros no de aula, sino de vida. Dr. Rogelio Ortiz, que me dijo: “nada es hasta que es” y cuando por fin sucedió, en verdad fue algo hermoso, eso es aprender. Maestra Beatriz Beltrán (Betty), con su silencio me dijo, que: mi expresión de angustia en este ir y devenir era normal. A Manuel Santillana Maestro y amigo que me enseñó que la verdad es solo la mitad de lo que ves, a la Dra. Soledad Rodríguez que tuvo la amabilidad de colaborar de manera sustancial con esta investigación, a mi Director Macario López Favela, que me autorizó realizar el estudio en “Cruz del Norte” y hasta la fecha, me sigue autorizando ideas nobles para nuestro Hospital.

Maestro Víctor Tovar: En una tarde de verano en el aula de conocido centro para capacitación, en un momento crucial de mi vida, me arrojó en la encrucijada de esta maravillosa aventura con las siguientes palabras: oye Ulises va a iniciar la Maestría en Ciencias de la Salud, ¡deberías entrar! Con él inició y con él terminó este ciclo, pues en ese momento se convirtió en mi tutor de tesis y parte de ese magnífico equipo que muy amablemente me guió.

A la Lic. María Antonieta Figueroa (Maritoñys) y el Dr. Mario Villalobos, dos personas cruciales en la realización de este post-grado. Nunca olvidare aquellas palabras de Maritoñys: ¡Ulises metimos un golazo!, (esto del golazo es toda una historia), y las palabras del Dr. Villalobos cuando le dije: oiga jefe, y él me respondió: no soy tu jefe, soy tu amigo, y hasta la fecha así se ha comportado. A todas las personas mencionadas a un mundo más y a mi Señor Dios, les doy mis más sinceras **Gracias Siempre**.

DEDICATORIA

Es para ustedes. En aquella tarde de agosto los tenía frente a mí, cuando recibí aquella llamada, era de la Coordinación del Programa de Maestría en Ciencias de la Salud, me llamaron para comunicarme que me habían aceptado dentro del programa, fue tanta la alegría que sentimos en ese hermoso momento. Mi alegría era porque me habían aceptado y la alegría de ustedes era por ver mi cara de felicidad, nunca olvidaré sus caritas felices que me repetían: ¡Papá Papá entraste a la Maestría! No tenían ni idea que significaba, sin embargo sabían que era algo bastante bueno y bello, Eros Vladimyr, Ximena Nataly y después Andrea René es para ustedes que tal vez por su corta edad no lo alcancen a comprender, pero sé que se los hago sentir, los Amo, son el por qué de mi existir y el por qué estoy aquí.

También dedico este logro a Miriam mi compañera de camino y testigo de los días nublados y los días de sol, que siempre ha estado ahí organizándome y desorganizándome lo que de mil favores le he pedido. A mi Madre Mireya ejemplo de fortaleza y perseverancia, (la que me enseñó que la vida es hermosa y que en este camino, solo hay que caminar hacia adelante para atrás ni para agarrar vuelo), a mi hermano Christian, Yaremi y Miguel, mi familia y a la Abuela Lupita que donde quiera que este se que estará...

INDICE

	Página
LISTA DE TABLAS.....	viii
OBJETIVOS.....	ix
Objetivo General.....	ix
Objetivos Específicos.....	ix
RESUMEN.....	x
INTRODUCCIÓN.....	1
ANTECEDENTES.....	5
La Esquizofrenia a Través del Tiempo.....	5
Esquizofrenia.....	6
Subtipos de Esquizofrenia.....	8
Esquizofrenia Tipo Paranoide.....	8
Esquizofrenia Tipo Desorganizada.....	9
Esquizofrenia Tipo Catatónica.....	10
Esquizofrenia Tipo Indiferenciada.....	10
Esquizofrenia Tipo Residual.....	11
Hipótesis y Teorías Sobre la Esquizofrenia.....	11
Epidemiología y Costos de la Esquizofrenia.....	15
La Familia y la Esquizofrenia.....	19
Concepción de la Familia.....	27
Tipos de Familia.....	27
Familia nuclear.....	27
Familia extensa o conjunta.....	28
Familia ampliada.....	28
Familia y Reinserción Social en la Esquizofrenia.....	28
Funcionamiento Social y Esquizofrenia.....	40
Importancia del Funcionamiento Social en la Esquizofrenia.....	40

Emociones Expresadas.....	42
METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN.....	46
Pregunta de Investigación.....	46
Hipótesis.....	46
Hipótesis de Investigación.....	46
Hipótesis Nula.....	46
Hipótesis Alternativa.....	46
Encuadre Metodológico.....	46
Tipo de Estudio.....	46
Enfoque del Diseño.....	47
Palabras Clave.....	47
Universo y Población de Estudio.....	47
Criterios de Inclusión.....	47
Criterios de Exclusión.....	47
Criterios de Eliminación.....	47
Operacionalización de Variables.....	48
Funcionamiento Psicosocial.....	48
Conocimiento del Familiar.....	48
Edad.....	48
Sexo.....	49
Escolaridad.....	49
Lugar de Residencia.....	49
Ocupación.....	50
Estado Civil.....	50
Plan de Recopilación de Datos.....	50
Instrumentos de Medición.....	53
Escala de Funcionamiento Psicosocial (EFPS).....	53
Cuestionario de Esquizofrenia.....	54
Plan de Análisis.....	55

RESULTADOS.....	57
Resultados de las Variables Sociodemográficas de los Pacientes con Esquizofrenia Paranoide.....	57
Resultados de las Variables Sociodemográficas de los Familiares Cuidadores de Pacientes con Esquizofrenia Paranoide.....	57
Resultados de los Conocimientos que Poseen los Familiares Cuidadores Sobre Esquizofrenia Paranoide.....	59
Resultados del Funcionamiento Psicosocial Global, por Áreas y su Distribución de los datos de Pacientes con Esquizofrenia Paranoide.....	59
Resultados de “t” de student sobre los conocimientos que posee el familiar cuidador sobre esquizofrenia paranoide y el funcionamiento psicosocial de los pacientes con este trastorno.....	63
DISCUSIÓN.....	65
CONCLUSIONES.....	71
PROPUESTAS.....	72
BIBLIOGRAFÍA.....	73
ANEXOS.....	79

LISTA DE TABLAS

TABLA		Página
I	Variables sociodemográficas de pacientes con esquizofrenia paranoide.....	58
II	Variables sociodemográficas de los familiares cuidadores de pacientes con esquizofrenia paranoide.....	60
III	Conocimientos que poseen los familiares cuidadores sobre esquizofrenia paranoide.....	61
IV	Funcionamiento Psicosocial Global, por Áreas y su Distribución de los datos de Pacientes con Esquizofrenia Paranoide.....	62
V	Diferencia de medias del funcionamiento psicosocial, entre los familiares cuidadores que no poseen conocimientos y los que si poseen conocimientos sobre esquizofrenia paranoide..	64

OBJETIVOS

Objetivo General

Determinar si existe diferencia en el funcionamiento psicosocial de pacientes con esquizofrenia paranoide, entre familiares cuidadores que no poseen conocimientos y familiares que si poseen conocimientos sobre este diagnóstico en pacientes egresados del Hospital Psiquiátrico “Cruz del Norte” de Hermosillo, Sonora en 2009.

Objetivos Específicos

Estimar el funcionamiento psicosocial de pacientes con esquizofrenia paranoide egresados del Hospital Psiquiátrico “Cruz del Norte”.

Estimar los conocimientos sobre esquizofrenia paranoide que poseen los familiares cuidadores de pacientes egresados del Hospital Psiquiátrico “Cruz del Norte”.

RESUMEN

La familia es la primera línea de apoyo para el paciente con esquizofrenia, sin embargo los conocimientos acerca de este padecimiento en los familiares son uniformemente bajos, además la esquizofrenia se considera una de las enfermedades más discapacitantes, esto por aparecer entre 15 a 49 años de edad y afecta entre ,5 y 1,5% de la población mundial. En México, la esquizofrenia se encuentra en el cuarto lugar entre las 10 enfermedades neuropsiquiátricas más frecuentes. En Sonora, de mayo de 2007 a mayo de 2008, el número de pacientes con episodio psicótico atendidos en el Hospital Psiquiátrico "Cruz del Norte " fue de 2228 de los cuales 2111 egresaron con diagnóstico de esquizofrenia. Los hallazgos de esta investigación nos revelan que los familiares cuidadores no cuentan con conocimientos sobre esquizofrenia paranoide, en consecuencia los pacientes con este diagnóstico, tienden a sentirse indiferentes respecto a su funcionamiento psicosocial.

INTRODUCCIÓN

Las enfermedades psiquiátricas tienen una gran repercusión social sobre todo por el grado de incapacidad laboral que pueden generar, especialmente cuando no se hace un manejo adecuado de las mismas, para analizarlas resulta importante valorar a la familia, pues guarda una relación funcional sistemática con el organismo total de la sociedad de la cual forma parte, a cuya dinámica sirve y se debe (Orihuelas y cols, 1998).

La sociedad, como resultante natural de la interacción humana es, aparentemente, caprichosa, cambiante y en un alto grado tendiente a hacerse más compleja, como consecuencia posiblemente de un mayor refinamiento del pensar, el sentir y el actuar humano. El hombre con su capacidad creadora y recreadora va generando un sinfín de actividades: música, pintura, literatura, ciencia etc. Y así como crea, destruye, se muestra saludable y en ocasiones enferma, este enfermar modifica en forma notoria las actividades humanas todas; parte de este enfermar está dado por las enfermedades mentales y entre estas se encuentra la esquizofrenia que ocupa un lugar imperante (Torres 2002).

La presente investigación determinó que el conocimiento que posee el familiar cuidador sobre esquizofrenia paranoide influye en el funcionamiento psicosocial de pacientes con este diagnóstico.

La esquizofrenia, constituye uno de los problemas con más repercusión en la salud mental y se ha constituido en la base de estudios epidemiológicos en psiquiatría por los altos costos económicos y sociales que involucra para los pacientes y el estado, así como por la grave discapacidad que causa en los pacientes, y la poca posibilidad de inserción al medio (Cornejo y cols, 2006).

La esquizofrenia es un trastorno que se presenta con unos altos niveles de sufrimiento tanto en la persona que la padece, como en sus allegados.

Los datos epidemiológicos muestran que su incidencia es de 1/1000 habitantes, y su prevalencia está entre un 0.2% y un 2%, aunque estos datos pueden variar de unos estudios a otros en función del concepto de esquizofrenia y la metodología utilizada en dichos estudios (Perona, 2006). Así pues otras estimaciones consideran que afecta entre el 0,5 y el 1,5 % de la población mundial (Sotolongo, 2004 a).

Otras de las situaciones más alarmantes de esta enfermedad es el suicidio, que en sentido estricto, este evento tiene otros gradientes y no es propio de la esquizofrenia. Sin embargo la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha señalado: que el suicidio constituye un problema de salud pública muy importante pero en gran medida prevenible, que provoca casi la mitad de todas las muertes violentas y se traduce en casi 1.000.000 de víctimas al año, además de unos costos económicos valuados en miles de millones de dólares (Bastos, 2006). Se estima que 37 millones de personas que viven en países en vías de desarrollo sufren de esquizofrenia, y solo una cuarta parte de ellos reciben atención sanitaria (León, 2005).

En Suecia se realizó un estudio de cohorte longitudinal de 10 años que incluía 1190 pacientes con esquizofrenia dados de alta de un hospital, la mortalidad fue el doble de la tasa de la población general, siendo el suicidio la principal causa de muerte, mientras que en un estudio Danés de seguimiento de una cohorte de 9156 pacientes con esquizofrenia ingresados por primera vez en un hospital, hubo tasas aumentadas de suicidio en tres cohortes sucesivas de 5 años después de que los pacientes fueran dados de alta hubo un riesgo particularmente alto en el primer año (Donald, 2006).

En México el costo promedio del manejo de un caso de esquizofrenia en los servicios de atención médica asciende a 213,975 pesos y esta enfermedad fue una de las demandas más importantes con un 94% del total nacional por esquizofrenia (Arredondo, 2003).

En Sonora el Hospital Psiquiátrico “Cruz del Norte” registró de mayo de 2007 a mayo 2008 un total de 2228 pacientes atendidos por episodios psicóticos de los cuales 2111 egresaron con esquizofrenia, es decir 6 por día.

El objetivo de este estudio fue: Determinar si los conocimientos que posee el familiar cuidador sobre esquizofrenia paranoide influyen en el funcionamiento psicosocial de pacientes egresados con este diagnóstico del Hospital Psiquiátrico “Cruz del Norte” de Hermosillo, Sonora en 2009.

En este estudio participaron familiares cuidadores responsables del paciente con esquizofrenia paranoide, así como pacientes con este diagnóstico, que hayan egresado de Hospital “Cruz del Norte”, la investigación se llevó a cabo en el área de consulta externa y en los domicilios de los participantes, mediante un diseño metodológico transversal comparativo, con un enfoque cuantitativo donde se utilizó una muestra probabilística (50 pacientes y 50 familiares), donde las principales variables de estudio fueron: conocimientos del familiar cuidador sobre esquizofrenia paranoide y el funcionamiento psicosocial del paciente.

Esta investigación tiene nobles beneficios, pues los resultados están encaminados a colaborar con los programas educativos que les ofrecen a las familias y sus pacientes con esquizofrenia paranoide, en el Hospital “Cruz del Norte”. Además estos hallazgos pretenden invitar al equipo multidisciplinaria en salud mental, a nuevas propuestas para mejorar la calidad de vida del paciente y su familia.

El dilucidar como influyen los conocimientos del familiar cuidador sobre esquizofrenia paranoide en el funcionamiento psicosocial del paciente, puede contribuir a reducir el número de recaídas, así como promover la reinserción social de estos pacientes, ofreciendo conocimientos y aprendizajes suficientes a los familiares para un mejor manejo de su familiar enfermo, ya que una buena parte de la población que acude a los servicios de salud no tiene conocimientos sobre la esquizofrenia, esto hace más complicada la situación aumentando la carga objetiva y subjetiva del cuidador y de la familia, bajo la premisa de que toda conducta es aprendida, ubicamos al conocimiento como elemento primordial de cualquier conducta.

Para la realización de este trabajo se contó con el apoyo del departamento de enseñanza e investigación, de los Servicios de Salud Mental de Sonora y los directivos del Hospital Psiquiátrico “Cruz del Norte” donde se realizó.

ANTECEDENTES

La Esquizofrenia a Través del Tiempo

En la edad media se quemaba a las enfermas mentales creyendo que era brujería, en la época de la Ilustración se recluía forzosamente a los que se denominaban sin razón, las famosas casas de retiro iniciadas por Pinel y Tuckey con tratamiento ocupacional hasta las terapias de corte biológico como la electroconvulsiva o los comas insulínicos, no es hasta mediados del siglo pasado que aparecen los psicofármacos.

Sin embargo, con el uso generalizado de los psicofármacos, se comprobó que la mejoría de los pacientes era relativa, para alcanzar la independencia funcional de las personas con enfermedad mental no bastaba administrar un buen fármaco, sino que se demostró la necesidad de potenciar alternativas de rehabilitación psicosocial (Florit, 2006).

Así la comprensión de las enfermedades mentales, a través del tiempo fue evolucionando hasta llegar a los conceptos utilizados hoy en día, en esta tónica tenemos que en 1899 Kraepelin formulaba su concepto de enfermedad mental a la que denominó demencia precoz, empleó la expresión “trastorno básico”, no en sentido estricto, sino en sentido de “síntomas frecuentes característicos”, para Kraepelin la definición de esquizofrenia era concisa y restringida, con edad de inicio en la primera década o principios de la segunda (Rodríguez y cols, 2004).

Para 1911 Eugen Bleur reconociendo el término de demencia precoz acuñado por Kraepelin, Bleur consideró que el rasgo más característico de este trastorno era la disgregación de las funciones y por lo tanto consideraba más apropiado denominarla esquizofrenia (Rodríguez y cols, 2004).

Kurt Schneider en 1959 en su libro sobre psicopatología clínica, intenta superar la diversidad de conceptos definiendo a la esquizofrenia en términos puramente sintomatológicos, reconoce que la esquizofrenia es un trastorno de las asociaciones y sin discrepar abiertamente de Bleuler, considera que es difícil establecer un diagnóstico según sus criterios (Rodríguez y cols 2004).

En 1980 apareció el DSM-III, cuyos criterios diagnósticos para la esquizofrenia representan la convergencia y el compromiso entre los de Kraepelin, Bleuler y Schneider y las ediciones posteriores hasta el actual DSM-IV TR (Rodríguez y cols, 2004).

Esquizofrenia

Las características esenciales de la esquizofrenia son una mezcla de signos y síntomas peculiares (tanto positivos como negativos) que han estado presente una parte significativa de tiempo durante un periodo de 1 mes (o durante un tiempo más breve si ha habido tratamiento con éxito) y con algunos signos del trastorno que han persistido al menos 6 meses (DSM IV-TR.2004).

Estos signos y síntomas están asociados a una marcada disfunción social o laboral, la alteración no es explicable por un trastorno esquizoafectivo o un trastorno del estado de ánimo con síntomas psicóticos y no es debida a los efectos fisiológicos directos de alguna sustancia o a una enfermedad médica, en sujetos con diagnóstico previo de trastorno autista (u otro trastorno generalizado del desarrollo) el diagnóstico adicional de esquizofrenia solo es pertinente si hay ideas delirantes o claras alucinaciones presentes durante al menos un mes (DSM IV-TR, 2004).

Los síntomas característicos de la esquizofrenia implican un abanico de disfunciones cognoscitivas y emocionales que incluyen la percepción, el

pensamiento inferencial, el lenguaje y la comunicación, la organización comportamental, la afectividad, la fluidez y productividad del pensamiento y el habla, la capacidad hedónica, la voluntad, la motivación y la atención. Ningún síntoma aislado es patognomónico de la esquizofrenia; el diagnóstico implica el reconocimiento de una constelación de signos y síntomas asociados a un deterioro de la actividad laboral o social (DSM IV-TR.2004).

Los síntomas característicos pueden conceptualizarse como pertenecientes a dos amplias categorías: los positivos y negativos. Los síntomas positivos parecen reflejar un exceso o distorsión de las funciones normales, mientras que los síntomas negativos reflejan una pérdida o disminución de las funciones normales. Los síntomas positivos incluyen distorsiones o exageraciones del pensamiento inferencial (ideas delirantes), la percepción (alucinaciones), el lenguaje y la comunicación (lenguaje desorganizado) y la organización comportamental (gravemente desorganizado o catatónico) (DSM IV-TR, 2004).

Estos síntomas positivos incluyen dos dimensiones distintas, que a su vez, pueden estar relacionadas con mecanismos neurales subyacentes y correlaciones clínicas diferentes: la “dimensión psicótica” incluye ideas delirantes y alucinaciones, mientras que la “dimensión desorganizada” incluye el comportamiento y el lenguaje desorganizado. Los síntomas negativos comprenden descripciones del ámbito y la intensidad de la expresión emocional (aplanamiento afectivo), de la fluidez y la productividad del pensamiento y el lenguaje (alogia) y del inicio del comportamiento a un objetivo (abulia) (DSM IV-TR, 2004).

Las ideas delirantes son creencias erróneas que habitualmente implican una mala interpretación de las percepciones o las experiencias, su contenido puede incluir diversos temas (p.ej., de persecución de autorreferencia,

somática, religiosa o grandiosa). Las ideas delirantes de persecución son las más frecuentes; la persona piensa que está siendo molestada, seguida, engañada, espiada o ridiculizada, las ideas delirantes autorreferenciales también son corrientes, la persona cree que ciertos gestos, comentarios, pasajes de libros, periódicos, canciones u otros elementos del entorno están especialmente dirigidos a ella (DSM IV-TR, 2004).

Subtipos de Esquizofrenia

Esquizofrenia tipo paranoide. La característica principal del tipo paranoide de esquizofrenia consiste en la presencia de claras ideas delirantes o alucinaciones auditivas, en el contexto de una conservación relativa y de la afectividad, los síntomas característicos de los tipos desorganizado y catatónico (ej.: lenguaje desorganizado, afectividad aplanada o inapropiada, comportamiento catatónico o desorganizado) no son muy acusados (DSM IV-TR, 2004).

Fundamentalmente las ideas delirantes son de persecución, de grandeza o de ambas, pero también pueden presentarse ideas delirantes con otra temática (ej. celos, religiosidad, o somatización). Las ideas delirantes pueden ser múltiples pero pueden estar organizadas alrededor de un tema coherente, también es habitual que las alucinaciones estén relacionadas con el contenido de la temática delirante, síntomas asociados incluyen ansiedad, ira, retraimiento y tendencia a discutir (DSM IV-TR, 2004).

El sujeto puede presentar un aire de superioridad y condescendencia y también pomposidad, atildamiento, falta de naturalidad o vehemencia extrema en las interacciones interpersonales, los temas persecutorios pueden predisponer al sujeto al comportamiento suicida, y la combinación de las ideas delirantes de persecución y de grandeza con las reacciones de ira puede

predisponerle a la violencia. El inicio tiende a ser más tardío que en otros tipos de esquizofrenia y las características distintivas pueden ser más estables en el tiempo (DSM IV-TR, 2004).

Habitualmente estos sujetos muestran un deterioro mínimo o nulo en las pruebas neuropsicológicas y en los test cognoscitivos. Algunos datos sugieren que el pronóstico para el tipo paranoide puede ser considerablemente mejor que para otros tipos de esquizofrenia, especialmente en lo que respecta a la actividad laboral y a la capacidad para llevar una vida independiente (DSM IV, 2004).

Esquizofrenia tipo desorganizada. Las características principales del tipo desorganizado son el lenguaje desorganizado, el comportamiento desorganizado y la afectividad aplanada o inapropiada. El lenguaje desorganizado puede ir acompañado de tonterías y risas que no tienen una clara conexión con el discurso. La desorganización comportamental, puede resultar una grave disrupción de la capacidad para llevar a cabo actividades de la vida cotidiana (p.ej. ducharse, vestirse). No se cumplen los criterios para el tipo catatónico de esquizofrenia y, si hay ideas delirantes y alucinaciones, son fragmentadas y no están organizadas en torno a un tema coherente (DSM IV-TR, 2004).

Las características asociadas incluyen muecas, manierismos y otras rarezas del comportamiento, el deterioro del rendimiento puede apreciarse por medio de diversas pruebas neuropsicológicas y test cognoscitivos. Habitualmente este subtipo está asociado a una personalidad premórbida, empobrecida, a un inicio temprano e insidioso y a un curso continuo sin remisiones significativas. Históricamente, y en otros sistemas clasificatorios este tipo se denomina hebefrénico (DSM IV, 2004).

Esquizofrenia tipo catatónica. Las características principales del tipo catatónico de esquizofrenia son una marcada alteración psicomotora que puede incluir inmovilidad, actividad motora excesiva, negativismo extremo, mutismo, peculiaridades del movimiento voluntario, ecolalia o ecopraxia, la inmovilidad puede manifestarse por catalepsia (flexibilidad cética) o estupor.

Aparentemente, la actividad excesiva carece de propósito y no está influida por estímulos externos, puede haber un negativismo extremo que se manifiesta por el mantenimiento de una postura rígida en contra de cualquier intento de ser movido ó por las resistencias a todas las ordenes que se den, las peculiaridades del movimiento voluntario se manifiestan por la adopción voluntaria de posturas raras inapropiadas, o por realizar muecas llamativas (DSM IV-TR, 2004).

La ecolalia es la repetición patológica como lo haría un loro ó aparentemente sin sentido de una palabra o frase que acaba de decir otra persona, la ecopraxia consiste en la imitación repetitiva de los movimientos de otra persona, otras características serían las estereotipias, manierismos y la obediencia automática o la imitación burlona durante el estupor o la agitación catatónica grave, el sujeto puede requerir una cuidadosa supervisión para evitar que se cause daño a sí mismo o a otras personas, hay riesgo potencial de malnutrición, agotamiento, hiperpirexia o autolesiones (DSM IV, 2004).

Esquizofrenia tipo indiferenciada. Las características del tipo indiferenciado de esquizofrenia son la presencia de síntomas que cumplen con los criterios para esquizofrenia (síntomas negativos y positivos en un periodo de por lo menos 1 mes), pero que no cumplen con los criterios para los tipos paranoide, desorganizado o catatónico (DSM IV, 2004).

Esquizofrenia tipo residual. El tipo residual de esquizofrenia debe utilizarse cuando ha habido al menos un episodio de esquizofrenia, pero en el cuadro actual no es patente la existencia de síntomas psicóticos positivos (p.ej. ideas delirantes, alucinaciones, comportamiento o lenguaje desorganizado). Hay manifestaciones continuas como lo indican la presencia de síntomas negativos (p.ej. afectividad aplanada pobreza del lenguaje o abulia) o dos o más síntomas positivos atenuados (p. ej. comportamiento excéntrico, lenguaje levemente desorganizado o creencias raras). Si existen ideas delirantes o alucinaciones, no son muy acusadas y no se acompañan de una carga afectiva fuerte, el tipo residual puede ser limitado en el tiempo y representa una transición entre un episodio florido y la remisión completa, no obstante también puede persistir durante muchos años con o sin exacerbaciones agudas (DSM IV, 2004).

Hipótesis y Teorías Sobre la Esquizofrenia

La primera hipótesis bioquímica de la esquizofrenia indicaba que esta alteración psiquiátrica cursaba con un exceso de actividad dopaminérgica, posteriormente reforzada por el conocimiento de la bioquímica de las drogas alucinógenas. Numerosos estudios posteriores han añadido algunos elementos adicionales a esta hipótesis. Uno de ellos es suponer que la esquizofrenia está relacionada con un incremento de receptores D2 de la dopamina (Gómez, 2007).

Otras hipótesis más recientes apoyan una hiperactividad dopaminérgica selectiva en determinadas áreas cerebrales. Con el hallazgo de que el LSD era capaz no sólo de afectar a los receptores dopaminérgicos, sino que también interactúa con los sistemas serotoninérgicos, se estimuló la búsqueda de vías alternativas a las dopaminérgicas en la etiología de la esquizofrenia. Tras el descubrimiento de la clorpromazina, se sintetizaron e introdujeron en el

tratamiento una gran cantidad de agentes neurolépticos de diferentes familias químicas. Estos son los denominados antipsicóticos clásicos o típicos, de los que son prototipo la propia clorpromazina y el haloperidol, descubierto en 1958. Los antipsicóticos constituyen un grupo de medicamentos de naturaleza química muy heterogénea, pero con mecanismo de acción común. Durante años se ha pensado que el bloqueo de los receptores dopaminérgicos D2 era el mecanismo común y único capaz de explicar la acción antipsicótica y los efectos secundarios de tipo extrapiramidal. Sin embargo, hay hechos que no encajan en la hipótesis dopaminérgica de la esquizofrenia (Gómez, 2007).

Otros estudios que apoyan un modelo genético de la esquizofrenia, aunque es necesario mencionar que existe una escasez de estudios en relación al tema, sin embargo, la detección de una conexión entre la historia familiar de enfermedad mental grave y déficit frente a no déficit en la esquizofrenia, fue el motivo para realizar un estudio exploratorio donde se buscó la asociación entre la historia familiar, frente al déficit y no déficit de la esquizofrenia y el estatus socioeconómico (ESE) de la familia de origen, los pacientes (N = 437) en un hospital psiquiátrico de los Estados Unidos se busco presencia bifurcada en pobres y no pobres (Jones y col, 2008).

La historia familiar de datos se utilizaron para clasificar a los pacientes en subgrupos caracterizados por una enfermedad mental grave dentro de su familia inmediata, dentro de la familia ampliada, o ninguna evidencia de enfermedad mental, la prueba estadística que se realizó la familia de origen, se asoció significativamente con el subtipo de esquizofrenia, independientemente de la historia familiar, sexo y raza, específicamente, la pobreza plantea el riesgo de déficit de la esquizofrenia, en la historia familiar de enfermedad mental no mostraron asociación significativas, y no interacción estadística con la pobreza, en la predicción de riesgo de déficit de la esquizofrenia (Jones y col, 2008).

Por otro lado y partiendo del contexto psicosocial, existen las teorías emanadas de los trabajos de R. W. Lidz y Lidz, Bateson, Jackson, Haley y Weakland y Singer y Wynney, donde atribuyeron la enfermedad a los padres de los pacientes, esta teoría que se introdujeron en los años 1950 y 1960, influyeron toda una generación de investigadores clínicos y condujeron al desarrollo de métodos terapéuticos que excluían a los familiares del seguimiento, aspecto que resultaba culpabilizante para la familia (Sánchez, 2001).

De los autores mencionados en el párrafo anterior, se hace alusión a Bateson G, y su teoría del Doble Vínculo que se basa en la teoría de las comunicaciones a la que Rusell llamó de los tipos lógicos, el uso de los distintos modos comunicacionales en la comunicación del humor, la metáfora, la fantasía etc. Ello puede ocurrir dentro de la persona, el sujeto puede ocultarse a sí mismo su propia hostilidad real, bajo las galas del juego metafórico, o puede producirse como falsificación inconsciente de la falsificación que el sujeto tiene de las señales falsificadoras de modo emitidas por otras persona. Puede confundir la timidez con el menosprecio (Bateson y cols, 1956).

Las personas con esquizofrenia confunden lo literal y lo metafórico en sus propias verbalizaciones cuando se sienten atrapados en un doble vínculo. Esto es otra manera de decir que si un individuo no sabe qué clase de mensaje es un mensaje, puede defenderse mediante procedimientos que han sido descritos como paranoides, hebefrénicos o catatónicos (Bateson y cols, 1956).

De acuerdo a la hipótesis de Bateson, el término “función del yo” (tal como se emplea este término cuando se describe a una persona con esquizofrenia como alguien que tiene “debilitada la función del yo”) es precisamente el proceso de discriminar modos comunicacionales, sea dentro de la persona o

entre la persona y otros. La persona con esquizofrenia manifiesta debilidad en tres áreas de dicha función: a) Tiene dificultad para asignar el modo comunicacional correcto a los mensajes que recibe de otras personas. b) Tiene dificultad en asignar el modo comunicacional correcto a aquellos mensajes que él mismo profiere o emite de manera no verbal. c) Tiene dificultad de asignar el modo comunicacional correcto a sus propios pensamientos, sensaciones y perceptos (Bateson y cols, 1956).

Con respecto a esta teoría Bateson comenta sobre la posibilidad teórica de la existencia de situaciones de doble vínculo entre el paciente con esquizofrenia y su situación familiar, por lo que hipotéticamente se piensa que la situación de la familia lleve a una persona a desarrollar esquizofrenia, es decir familia esquizofregenezante (Bateson y cols, 1956).

Somos producto de un proceso comunicacional, modificado y condicionado de distintas maneras por el impacto del ambiente, para Bateson gran parte de la sintomatología de la esquizofrenia es, en cierto sentido, aprendida o determinada por la experiencia, pero el organismo solo puede aprender lo que le enseñan las circunstancias de su vivir y las experiencias de intercambiar mensajes con quien lo rodean. No aprender al azar, si no sólo ser semejante o desemejante de los que los rodean (Bateson y cols, 1956).

La antipsiquiatría incurrió de forma diferente en diversas culturas, de manera que en unas fue un aspecto teórico sin mayor trascendencia, mientras que en otras convulsionó el manejo psiquiátrico, lo importante de este movimiento fue que logró incorporar una mayor conciencia social sobre las enfermedades mentales, el aspecto social de las mismas y el cuestionamiento de las recaídas (Sánchez, 2001).

Otras referencias hablan sobre los factores ambientales, que incluyen entre otros la exposición de la madre al virus de la influenza en el segundo trimestre del embarazo coloca a los individuos en mayor riesgo de sufrir esquizofrenia que los individuos no expuestos, en otros estudios pudieron encontrar una asociación significativa del estrés, malestar y consumo de tabaco durante el embarazo, con la presencia de síntomas psicóticos en los hijos adolescentes (APAL, 2007).

Epidemiología y Costos de la Esquizofrenia

La prevención, atención y rehabilitación de las personas afectadas por trastornos mentales constituyen un problema sanitario creciente en América Latina y el Caribe. Las bases epidemiológicas de una llamada a la acción se han hecho patentes durante el último decenio, en efecto, en 1990 se estimó que las afecciones psiquiátricas y neurológicas explicaban 8,8% de los años de vida ajustados por discapacidad observados en América Latina y el Caribe, en 2002, esa carga había ascendido a más del doble, 22,2%, según datos obtenidos del proyecto carga mundial de morbilidad de la OMS (Kohn y cols, 2005).

El excedente de discapacidad aportado por las enfermedades mentales obedece, en parte, a que aparecen a una edad más temprana que otras enfermedades crónicas. En América Latina y el Caribe esta carga, que es cada vez mayor, podría obedecer a la transición epidemiológica, y donde se presta mayor atención a ciertos trastornos emergentes, tales como la violencia y el sida; y a un cambio en la estructura poblacional que lleva a que un mayor número de personas alcancen la edad que las coloca en riesgo de sufrir los trastornos mentales propios de la adultez. La población entre los 15 y 49 años de edad, corre el mayor riesgo de sufrir los trastornos mentales que aparecen en la edad adulta, esta situación aumentará hasta el 22% (Kohn y cols, 2005).

Otros hallazgos recientes muestran que el rango de edad de aparición de la enfermedad es de 21 a 44 años iniciando con síntomas psicóticos debido a factores genéticos. Los sujetos fueron: 717 miembros de las familias con más de un miembro afectado con esquizofrenia de mexicanos y centroamericanos (Hare E. y cols, 2009).

La esquizofrenia, al atacar a uno de los miembros del grupo, produce potencialmente una perturbación del sistema económico que puede desencadenar una crisis o hasta la descomposición familiar, teóricamente, el nivel de perturbación sistémica puede variar significativamente en - consideración a qué miembro es el afectado (padre, hijo, género, rol productivo, etc.). Pero también en relación al tamaño de la economía (cuanto más pequeño, más vulnerable), a las capacidades y mecanismos de adaptación del sistema económico (más vulnerable cuanto más rígido o caótico), y a los valores y pautas de interacción entre sus miembros. Por otro lado, es importante considerar que la economía familiar es determinante para el tratamiento y rehabilitación de la esquizofrenia, con lo cual se estaría cerrando un círculo vicioso entre esquizofrenia y pobreza, fundamental en la comprensión del problema y en las intervenciones profesionales o terapéuticas (Castillo H, 2003).

En Lima, Perú, se realizó una investigación y se encontró que el gasto promedio mensual por paciente es de 170 Nuevos Soles (590.83 m/n), suma que representa la cuarta parte del presupuesto familiar mensual. El 74 % de estos gastos se destina a medicamentos el 80 % de los tratamientos se basa, en el uso de antipsicóticos “tradicionales”, de bajo costo y con efectos colaterales que interfieren en la calidad de vida de los pacientes, para solventar los gastos de tratamiento, el 67 % de las familias postergan la satisfacción de alguna necesidad básica, y cerca del 50 % se han visto obligadas a vender

parte de sus bienes o a contraer préstamos para tal fin. Por otro lado, las familias perciben los beneficios del tratamiento, especialmente en la conducta y desempeño intrafamiliar del paciente, pero muy poco en el campo laboral y social (Castillo H, 2003).

La esquizofrenia definida como enfermedad altamente discapacitante representa una carga social y económica de dimensiones respetables, se considera que afecta entre el 0,5 y el 1,5 % de la población mundial, presenta cifras internacionales como que entre el 10 y el 15 % de los esquizofrénicos mueren por suicidio, el 50 % de ellos intentan, al menos, una vez en la vida suicidarse. El análisis de la esquizofrenia como problema de salud en algunos lugares del mundo permite conocer lo importante de la valoración económica en el abordaje de esta enfermedad; por ejemplo, en Estados Unidos de Norteamérica se reporta como esquizofrénicos el 1 % de sus habitantes, los cuales ocupan anualmente el 25% de camas hospitalarias, se reportó también que durante la década de los 80 y 90 los gastos del tratamiento de los pacientes esquizofrénicos, abarcaron el 2 % del producto interno bruto de ese país (Sotolongo, 2004 b).

El Reino Unido de la Gran Bretaña, con una incidencia anual de 10 000 nuevos pacientes cada año, reporta que el costo total directo del tratamiento de cada paciente con esquizofrenia llega a 25,352 pesos por año y en el año 1990 su oficina de economía y salud señaló que el costo del tratamiento de la esquizofrenia sumado a los costos dedicados al paciente y la pérdida de productividad llegó a la cifra de 40,564 millones de pesos; es de destacar que estas cifras no consideran los costos que representan la mortalidad prematura ni la disminución de la calidad de vida, tanto para los pacientes como para sus familiares. Canadá reporta por pacientes esquizofrénicos de largo internamiento, desempleados y afectaciones por pérdida de invalidísimo y

productividad, cifras que ascienden también a 40,564 millones de pesos, que incluye la relación resultante morbilidad-mortalidad (Baca y cols, 2006).

La esquizofrenia, caracterizada clínicamente por trastornos del contenido del pensamiento, sensoperceptuales, de la afectividad y la expresión desorganizada de la conducta, acompañados de la ruptura con la realidad, tiene en el consenso internacional en los criterios de su evolución las estadísticas de recaída siguientes: del 1,5 al 3 % de los pacientes recaen al mes, el 50 % al año y el 85 % en los 5 años (Sotolongo, 2004 b).

Aunque la esquizofrenia tiene un gran impacto en la atención sanitaria, social y familiar, hay poca información epidemiológica sobre los pacientes con esquizofrenia, su diagnóstico y tratamiento. En España en un estudio de 1937 pacientes con esquizofrenia se encontró que el 83% se atiende en sectores públicos y el 17% en privados, de estos un 96% reciben tratamiento antipsicótico, los síntomas negativos se hicieron más presentes (83%) que los síntomas positivos (63%) los pacientes con esquizofrenia que asisten a centros psiquiátricos son principalmente hombres que no trabajan y viven en su entorno familiar (Baca y cols, 2006).

En México los trastornos neuropsiquiátricos ocupan el quinto lugar como carga de enfermedad al considerar indicadores de muerte prematura y días vividos con discapacidad, cuatro de las diez enfermedades más discapacitantes son neuropsiquiátricas (esquizofrenia, depresión, alcoholismo, Trastorno obsesivo compulsivo), se espera que el número de enfermos se incremente debido a problemas tales como pobreza, la violencia, el aumento en el abuso de drogas y el envejecimiento de la población entre otros factores (Medina y cols, 2003).

En México se ha reportado una prevalencia de 0.7 a 2% de esquizofrenia, Valencia Collazo, realizó un cálculo aproximado en 2000, tomando en cuenta la información disponible del Consejo Nacional de Población para 1998 y considerando a la población en riesgo de 15 a 65 años de este modo estimó que en ese año había en México de 619,550 a 1239,101 (1-2%, respectivamente) personas con esquizofrenia (Villamil y cols, 2005).

Los servicios de salud mental del estado de Sonora nos muestran registros de 2228 pacientes atendidos con episodio psicótico en el hospital psiquiátrico “Cruz del Norte”, de mayo de 2007 a mayo de 2008, de los cuales 2111 egresaron con diagnóstico de esquizofrenia, es decir 6 egresos por día.

La Familia y la Esquizofrenia

El interés en el estudio de la relación familia y esquizofrenia no es reciente, desde hace más de cuatro décadas se estudiaba la participación familiar en la etiología de la enfermedad. En esa época a la familia no se le consideraba relevante en el tratamiento de la enfermedad. Es hasta la década de los años 80 que los modelos de estudio y tratamiento de la esquizofrenia han cambiado permitiendo pasar de enfoques reduccionistas como por ejemplo los biológicos, psicológicos, familiares, etc., a otros modelos que integran una serie de factores de estudio y de carácter terapéutico, en donde las intervenciones terapéuticas se integren en programas coordinados, planteados a mediano y largo plazo y que consideren a la familia como unidad básica de salud incorporada a dichos programas se han desarrollado cuatro modelos básicos en Inglaterra y en Estados Unidos, para probar la eficacia del tratamiento (Valencia y cols, 2003).

Todos ellos tienen metas en común: apoyo a la familia, énfasis en el tratamiento farmacológico, información acerca de la enfermedad, manejo de síntomas positivos y negativos, prevención de recaídas a través del conocimiento de los síntomas prodrómicos, intervención en crisis, adaptación

de las expectativas familiares hacia el paciente. Diversos estudios han demostrado la importancia de brindar tratamiento a los familiares porque reducen la carga familiar (Valencia y cols, 2003).

El modelo sistémico va unido a la evolución de la terapia familiar. En la década de 1950 y 1960 algunos terapeutas formados en la orientación psicoanalítica comenzaron a incluir a la familia en el tratamiento. Su propósito no era modificar el funcionamiento de la familia, sino aumentar la comprensión del paciente para su mejor tratamiento. A partir de los estudios de Gregory Bateson sobre la comunicación entre la persona con esquizofrenia y su familia, genera su teoría sobre el doble vínculo, que explica la esquizofrenia como un intento límite para adaptarse a un sistema familiar con estilos de comunicación incongruentes o paradójicos (Ruiz, 2010).

Otro concepto central de las terapias familiares sistémicas es el de la familia como sistema, este concepto deriva de la teoría general de sistemas de Bertalanffy, arguye a que la conducta de un miembro de la familia no se puede entender separada del resto de sus miembros. Esto lleva a considerar que la familia es más que la mera unión de sus componentes (Ruiz, 2010).

Ser cuidador familiar de una persona con dependencia es una experiencia que transforma la vida y requiere conocimiento, valor y paciencia para ejercer su tarea de manera hábil; pudiendo incrementarse si recibe la orientación adecuada. El temor por el desconocimiento de la enfermedad y demandas físicas, falta de pericia para manejar las diferentes necesidades y reacciones emocionales del paciente y de la familia, pueden hacer aún más difícil su tarea. En la actualidad la familia es quien proporciona, en mayor medida, los cuidados que requieren las personas dependientes, y es principalmente el cuidador informal el que ayuda a cubrir las necesidades que el usuario no puede

satisfacer por sí mismo, viviendo con frecuencia situaciones a las que se enfrentan como un problema. Es allí donde radica la importancia del nivel de conocimiento que posean (Burgos y cols, 2008).

Ante esta enfermedad mental así como en la mayoría de las ocasiones la familia frecuentemente está en primera línea del cuidado, proporcionando alojamiento, apoyo emocional y financiero, asegurando el tratamiento necesario para sus familiares con enfermedad mental, sin embargo, con frecuencia proporcionan este cuidado con poca o ninguna información acerca de la etiología de la enfermedad mental y su tratamiento, y sin ningún entrenamiento en afrontamiento y resolución de problemas, en consecuencia, las familias a menudo se sienten sin preparación y sin apoyo en sus esfuerzos para ayudar a sus familiares con enfermedad mental. Los estudios sugieren que la mayoría de los familiares cuidadores son mujeres, en comparación con los hombres, las mujeres tienen mayor contacto con sus familiares enfermos y están más implicadas en las actividades cotidianas de su familiar, ofrecen una asistencia más directa en las tareas diarias, ayudando a sus familiares en la preparación de comida, lavado de ropa, tareas de la casa, transporte, higiene personal, y manejo del dinero (Pickett Schenk, 2003).

Las mujeres también proporcionan un mayor apoyo emocional que los hombres. Una revisión de 26 estudios recientes de programas educativos y de apoyo para familiares de adultos con enfermedad mental mostró que entre el 51% y el 96% de los participantes eran mujeres y que entre el 57% y el 90% de sus familiares enfermos eran varones. La mayor parte de los participantes en programas de educación y apoyo familiar son mujeres que cuidan de sus familiares varones enfermos (Pickett Schenk, 2003).

Hallazgos publicados en la Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, muestran que el 80% de los pacientes están solteros. El 10% casados y el resto divorciados o separados. El 20% tienen hijos. Su cuidador principal, en los pacientes que residen fuera de la Unidad de Rehabilitación es la madre (37%), seguido de la hermana (20%).

Dada la edad media del paciente, la madre forma parte de la tercera edad. El 87% de éstas residen en la provincia, lo que incrementa notablemente la dificultad de los cuidados (Martínez A. y cols, 2000).

Un aspecto relevante alude a la carga en el familiar cuidador, esta se ha relacionado con características del paciente, la intensidad de los síntomas, el grado de discapacidad asociado a la enfermedad, la edad, el sexo, la duración de la enfermedad, el número de hospitalizaciones, los vínculos afectivos entre el paciente y el familiar cuidador, las características personales del propio cuidador, así como la dinámica familiar.

Los hallazgos publicados en la revista arriba mencionada, revelan que la edad media del familiar cuidador es de 55 años, el 30% son mayores de 65 años y el 48% son progenitores; Los cuidadores dedican una media de 11 horas a la semana al cuidado del paciente, sin embargo lamentablemente un 40% de los familiares cuidadores no reciben ayuda de otros miembros de la familia, haciendo más difícil el manejo del paciente (Martínez A. y cols, 2000).

En la actualidad las condiciones operativas demuestran que el sistema de seguridad social no ofrece suficiente cobertura en salud mental en relación a los psicofármacos y al presupuesto para hospitalizaciones; hay gran limitación de las estancias psiquiátricas; la poca disponibilidad presupuestal para prestar servicios de salud mental de las empresas prestadoras de salud dificulta la

expresión y reconocimientos de las necesidades reales de atención en salud mental (Torres y cols, 2003).

Todo lo anterior ha obligado al aumento de los cuidadores informales que hoy por hoy son básicamente los familiares del enfermo mental quienes se deben de encargar del cuidado en el hogar, cada vez más enfermos mentales regresan a sus familias para ser cuidados por estar convirtiéndose así en agentes primarios del cuidado del enfermo, deben cuidarlo las 24 horas todos los días del año sin tener los medios y la experiencia de los trabajadores que lo hacían en el centro asistencial (Torres y cols, 2003).

Este hecho sumado a factores como la estigmatización de los enfermos mentales, la ignorancia sobre los problemas de salud mental y la dificultad para hacer conciencia de estos, junto con el desarrollo lento de la enfermedad y la cronicidad con el deterioro de la personalidad y del comportamiento del enfermo han llevado a muchas familias a sufrir un estrés intenso que a su vez ha perjudicado al mismo enfermo. Los familiares que tienen que asumir el rol de cuidadores de su familiar enfermo enfrentando difíciles y complejas situaciones sin tener las herramientas para hacerlo, si bien se ha estudiado y admitido la difícil situación del enfermo mental no ha sido así en lo que concierne al traumático panorama de la familia, éste se desconoce casi totalmente, lo poco que se conoce está dado por los testimonios de los familiares en las instituciones de salud mental que están en permanente contacto con esas situaciones (Torres y cols, 2003).

Hallazgos de una investigación hecha en Colombia se encontró que son muy escasos y puntuales los programas de apoyo de estas familias y los dirigidos a los familiares cuidadores de enfermos crónicos en general, con respecto a investigaciones formales sobre la situación de estas familias o sobre

organizaciones que atienden sus quejas inquietudes y necesidades (Torres y cols, 2003).

La experiencia de algunos países Europeos, Norteamericanos y Latinoamericanos en donde los familiares cuidadores de enfermos mentales se han organizado con la ayuda de profesionales de la salud, para evaluar la situación, expresar sus necesidades, apoyarse y hacer campañas demuestra que la conciencia y el conocimiento de las situaciones que viven ha sido el primer paso para llegar a conformar grupos y obtener apoyos entre ellos mismos y las entidades públicas y privadas (Torres y cols, 2003).

En estas experiencias se han desarrollados procesos investigativos que no solamente han retroalimentado a los grupos, sino que han permitido profundizar en el conocimiento de los familiares, sus experiencias, expectativas, temores, problemas y como participar con ellos y ayudarlos en el manejo de las situaciones (Torres y cols, 2003).

La estigmatización, por su parte, se asocia a un proceso social o a una experiencia personal caracterizada por la exclusión, el rechazo, la acusación o la desvalorización, que resultan en un juicio social adverso sobre una persona o un grupo. En este contexto otro concepto nos plantea que: “Estigma es un poderoso medio de control social aplicado por medio de la marginalización, exclusión y ejercicio de poder sobre individuos que presentan ciertas características” (Acuña, 2005).

La causal más fuerte de rechazo a la atención psiquiátrica es la creencia de que los trastornos mentales no tienen tratamiento efectivo. Se une a esto el temor y la vergüenza asociado al estereotipo, tanto a nivel laboral, como en términos de la participación en diversos ámbitos de la sociedad. Estos temores

resultan en gran medida de las evaluaciones que realizan los propios individuos en términos de la reacción adversa que prevén tanto desde lo social como lo económico (Acuña, 2005).

En el primer caso, un estudio realizado en Costa Rica en 2004 revela el impacto de la estigmatización por trastornos psiquiátricos en aspectos asociados al ámbito social y laboral: distanciamiento o rechazo social, grandes dificultades para encontrar trabajo, ser aceptados o aceptadas como pareja, participar en deportes y ser atropellados en sus derechos tanto en el ambiente cotidiano como en oficinas públicas y aún centros de salud (Acuña, 2005).

Un estudio chileno trata el tema con mayor detalle y concluye que el estigma representó una importante barrera de acceso al tratamiento. Es uno de los pocos estudios que caracteriza el problema. Un tercio de las personas objeto de la muestra que incluyó 2,987 participantes con un nivel de respuesta del 90.3 por ciento, reveló que la estigmatización constituyó una barrera importante en el uso de los servicios de salud. La causal más importante fue el temor de que otros pudieran conocer sobre su consulta a un servicio de atención psiquiátrica. El nivel socioeconómico y de educación de los participantes que respondieron jugó un papel importante, quedando en evidencia que el temor la estigmatización incrementaba en proporción inversa a los mismos (Acuña, 2005).

El estigma y la discriminación son los principales enemigos del aumento de las provisiones de cuidados y ayuda a las personas con esquizofrenia. Los programas de salud mental normalmente reciben baja prioridad y tienen poca esperanza de un soporte apropiado, lo que demuestra la actitud de las autoridades y de los que tienen poder de decidir hacia la enfermedad. Se deberían realizar más inversiones en programas que favorecieran cambios de

actitudes hacia las enfermedades mentales, pues todos los esfuerzos de rehabilitación y reinserción se ven perjudicados si no se cambia el imaginario social respecto a las personas con esquizofrenia (Runte, 2005).

Las personas con largos periodos de internación, cuando vuelven a la comunidad, son vistas como inoportunas y, a menudo, se hacen intentos formales e informales para excluirla de la comunidad, Otros sentimientos comúnmente revelados por investigaciones previas son el desagrado y el miedo. La actitud negativa de la población influye no solo en la aceptación de los enfermos mentales en la comunidad, y también sobre los síntomas y el comportamiento de los propios individuos para consigo mismo y para con los demás. Por tanto, la estigmatización puede poner barreras significativas a la recuperación de la esquizofrenia y total integración en la comunidad. (Runte, 2005).

Un factor más que favorece el difícil manejo del familiar cuidador, la reinserción social y las recaídas, es la adherencia al tratamiento antipsicótico, resultados arrojados por la Duke University Medical Center, de Carolina del Norte, menciona que la baja adhesión a la terapia antipsicótica es una razón común para la rehospitalización de los pacientes con esquizofrenia, y por lo tanto, contribuye a los altos costos del tratamiento (Masand P. y Narasimhan M, 2006).

Los eventos adversos, y la falta de visión, comorbilidad, el abuso de sustancias, la poca participación de la familia, son algunos de los factores de riesgo para la adhesión, los pacientes con una actitud negativa hacia el tratamiento, que puede ser el resultado de eventos adversos, también son más propensos a la no adherencia. Una de las estrategias para mejorar la adherencia incluyen la optimización de la terapia antipsicótica, reducir al mínimo

los efectos adversos, el fomento de la participación del paciente en los programas psicoeducativos con la participación de los miembros de la familia en el proceso de tratamiento (Masand P. y Narasimhan M, 2006).

Concepción de la Familia

En la sociedad, existen grandes diferencias en la concepción de la familia que los distintos grupos sociales sustentan, desde los enfoques más tradicionales a los modernos. Cuando se habla de familia se hace referencia a un conjunto de personas que se reconocen como miembros de una categoría especial, la de los parientes., a este grupo se pertenece estrictamente (legal) por vínculos de sangre, de matrimonio o de adopción.

El parentesco es entonces la primera dimensión analítica de la familia, dimensión que esta acotada por otras dos: la convivencia, y la solidaridad o ayuda mutua, la convivencia se refiere a la unión de los miembros de la familia en un hogar común, formando un grupo doméstico que comparte la vivienda, la alimentación y los gastos. La solidaridad se refiere a las redes de reciprocidad que se dan entre los miembros de la familia y que funcionan aunque no vivan en el mismo techo o estén distantes físicamente. De las tres dimensiones señaladas, el parentesco es el que más esencialmente constituye a la familia, ya que las otras dos dimensiones, desvinculadas del parentesco no lo hacen (Onorato E. y Osnaya U, 2004).

Tipos de Familia

Familia nuclear. Conformada por dos generaciones, padres e hijos; unidos por lazos de consanguinidad conviven bajo el mismo techo y por lo tanto desarrollan sentimientos más profundos de afecto, intimidad e identificación, es dinámica en su composición, evolucionando con los vaivenes de su ciclo vital y

con los cambios socioculturales que la determinan (Onorato E. y Osnaya U, 2004).

Familia extensa o conjunta. Está integrada por una pareja con o sin hijos y por otros miembros como sus parientes consanguíneos ascendentes, descendientes y/o colaterales; recoge varias generaciones que comparten habitación y funciones, en la perspectiva sistémica también se le denomina familia trigeracional (Onorato E. y Osnaya U, 2004).

Familia ampliada. Modalidad de la anterior, en tanto permite la presencia de miembros no consanguíneos o convivientes afines, tales como vecinos, colegas, paisanos, compadres, ahijados, comparten la vivienda y eventualmente otras funciones en forma temporal o definitiva; están ubicadas en el campo y barrios periféricos de las ciudades, caracterizándose por estrechos lazos de solidaridad y apoyo mutuo (Onorato E. y Osnaya U, 2004).

Familia y Reinserción Social en la Esquizofrenia

Desde la perspectiva de la teoría general de sistemas, la familia es considerada como un sistema dinámico viviente que está sometido a un continuo establecimiento de reglas y de búsqueda de acuerdo a ellas. Los periodos de crisis son etapas de desestabilización del equilibrio, periodos de cambio. La familia es morfostática cuando tiende a mantener rígidamente su equilibrio y su estructura, porque tiene muchas dificultades para adaptarse a situaciones nuevas. En el extremo de este tipo de familias estarían las de transacción psicótica. La familia como sistema juega un papel importante no sólo en el proceso generador de la enfermedad sino en el proceso de su rehabilitación, a medida en la que cumpla con sus funciones básicas (González, 2007).

En la esquizofrenia el estudio de la familia es esencial debido a que: provoca un impacto en todos los miembros de la familia, los familiares experimentan estrés grave debido a la convivencia con el paciente, en consecuencia surgen conflictos familiares conyugales entre padres, depresión, conductas inadecuadas entre hermanos y síntomas físicos en toda la familia. La familia está agobiada por la exigencia de tener un paciente con diagnóstico de esquizofrenia, por lo que representa la carga objetiva y la carga subjetiva, siendo la primera el grado de involucramiento directo en términos de supervisión y asistencia de actividades diarias del paciente, mientras que la subjetiva se evalúa por las reacciones emocionales y la pérdida del control de la vida familiar, la sensación de cansancio por el cuidado del enfermo, sentimiento de que el enfermo afecta su relación con los otros en forma negativa y la preocupación por el paciente cuando no estén con él (Onorato E. y Osnaya U, 2004).

Las familias que tienen un familiar con esquizofrenia se enfrentan a las creencias y actitudes negativas de la estigmatización y rechazo, las cuales pueden ser un obstáculo para la adecuada atención y reinserción a la familia y su sociedad (Onorato E. y Osnaya U, 2004).

Los pacientes con un diagnóstico de esquizofrenia suelen presentar una multitud de necesidades en todas las esferas de su vida, como por ejemplo, su funcionamiento psicosocial y su participación en la comunidad, lo que ha obligado a modificar los marcos de intervención más tradicionales, estudios demuestran la efectividad de los tratamientos psicosociales y vocacionales en la mejora de la calidad de vida de los pacientes frente al grupo de tratamiento farmacológico exclusivamente, por lo tanto, todo ello debe contemplarse desde el foco de la rehabilitación psicosocial (Florit, 2006).

Para la familia el pariente enfermo es un integrante que trastorna la dinámica familiar, que mueve los afectos en forma polarizada: por un lado puede obtener una sobreprotección que lo hace sumamente dependiente y lo incapacita más, y por otro, obtiene el rechazo total de la familia, de tal manera que lo quieren depositar permanentemente en la institución. Cuando existe un miembro en la familia con este trastorno se observa una alteración importante dentro de ella. Las características clínicas de esta enfermedad generan un gran número de situaciones negativas como dificultad en las relaciones familiares, empobrecimiento en la calidad de vida, aislamiento social que interfiere en el funcionamiento laboral, escolar y en el propio hogar, lo que aumenta el nivel de estrés ya existente, convirtiéndose en un factor adicional de angustia, tanto para el paciente como para su familia, llegando a ser considerado como precipitante de recaídas, de exacerbación de síntomas y de rehospitalizaciones. Es evidente que los integrantes de la familia requieren ayuda y apoyo para sobrellevar el manejo de estos pacientes tanto en la casa como en el hospital (Cortés y cols, 2001).

El trabajo como elemento estructurador de la vida para personas con discapacidad, les permite contar con cierto grado de autonomía, recibir y administrar dinero, desarrollar habilidades prácticas y de integración con otras personas, el individuo con problemas psiquiátricos como la esquizofrenia, puede aprender y mejorar su funcionamiento. Investigaciones como las de Díaz y Chacón en 2006 mostraron que es esencial evitar la inactividad, pues el aislamiento familiar o institucional, así como el embotamiento personal, conservan y agravan los síntomas patológicos (Díaz, 2006).

El trabajo se convierte en un elemento de doble valor para el sujeto: por una parte, el valor intrínseco del desempeño de una actividad y sus beneficios; por otra, el valor de elemento terapéutico, ya que el trabajo va a incidir directamente

sobre su estado actual, mejora su funcionamiento, aumenta la valoración de sí mismo, normaliza sus conductas, lo hace sentirse útil, activo, estimulado por una tarea y enriquecido gracias a la relación con las demás personas (Díaz, 2006).

Si bien la mayoría de la gente que padece esquizofrenia puede tener logros en el área laboral, los estudios muestran que éstos aumentan cuando el sujeto vive inserto en la comunidad y tiene una historia breve de hospitalizaciones psiquiátricas. Las personas con un mejor pronóstico de rehabilitación laboral son aquellos para quienes la competencia laboral es percibida como un logro personal, que tienen una historia previa de competencia laboral o que poseen buenos hábitos pre ocupacionales (Díaz, 2006).

Las personas con más habilidades sociales presentan un mayor número de miembros en su red social y tienden a mantener contactos más frecuentes con ellos. Cabría pensar que en alguna medida, las habilidades sociales inciden en una ampliación de la red de apoyo social, generando a su vez más oportunidades de desempeño de las habilidades y de obtención de reinserción social, aspecto este esencial para garantizar una mejora en el funcionamiento (Jiménez y cols, 2007).

La Habilidad Social juega un papel importante en la obtención de apoyo social fuera del entorno familiar, tratándose por tanto de un apoyo “logrado”. El apoyo familiar en cambio, correspondería más bien a un tipo de apoyo incondicional propio de las redes “adscritas” como es el caso de la familia. Aunque la familia provea estos apoyos de forma incondicional, formando parte sin duda, de las funciones de cuidado y lealtad que aporta habitualmente a sus miembros, los déficits en Habilidades Sociales de los pacientes podrían traducirse, no en una reducción del apoyo, pero sí en un incremento de la

carga familiar, aspecto muy importante en especial si se tiene en cuenta que, en el caso de los trastornos mentales crónicos, el apoyo familiar casi es el único disponible durante años. No obstante otras variables como nivel de funcionamiento social, género, psicopatología, estigma podrían estar incidiendo de modo importante en el logro y mantenimiento del apoyo social. Como resultado de la necesidad de la reinserción social de los pacientes con esquizofrenia, existe en la actualidad la tendencia al cierre de Hospitales Psiquiátricos como los analizados por Harding en Vermont y Maine, con un seguimiento de más de tres décadas, esto permiten comprobar la adaptación a la vida comunitaria de los antiguos residentes y sus progresos personales y sociales, en estrecha correlación con la existencia de programas de rehabilitación psicosocial y sistemas de apoyo en la comunidad (Laviana, 2006).

Del mismo modo, la evidencia empírica sobre distintos sistemas comunitarios de atención (Tratamientos asertivos en la comunidad, hospitalizaciones domiciliarias, programas de rehabilitación psicosocial, redes de apoyo social, empleo con apoyo), muestra su efectividad y eficiencia en distintas condiciones locales. De manera menos radical, pero no menos efectiva, distintos países de cultura anglosajona, como el Reino Unido (que ha cerrado el 70% de sus viejas instituciones), Australia, Nueva Zelanda o Canadá, han venido desarrollando procesos de cambio en la organización y funcionamiento de sus sistemas de atención en salud mental. Basados en la desinstitutionalización y cierre de los Hospitales Psiquiátricos y la construcción de alternativas comunitarias, la extensión de dichos procesos y la evaluación rigurosa de algunos de ellos muestran también que el cambio es posible, satisfactorio para usuarios, familiares y profesionales, y tiene costos razonables. Del mismo modo, los países nórdicos (Suecia, Noruega, Finlandia) han ido reduciendo de modo significativo sus camas en Hospitales

Psiquiátricos, y desarrollando distintos tipos de servicios comunitarios tanto sanitarios como sociales. Y lo mismo está sucediendo, en menor medida en muchos otros países, bajo la orientación de organismos internacionales como la Organización Mundial de la Salud (Laviana, 2006).

Sin embargo y de manera lamentable la respuesta en algunas sociedades ante este problema de carácter público, se encuentra mediada por su idiosincrasia y estigma asociado a la esquizofrenia. Jorge Chuaqui en una investigación hecha en Chile en el 2005 encontró que el 68% o más de los pacientes están en condición de trabajar si se les dieran la oportunidad y que la gran mayoría de los empresarios piensa que no podrían desempeñarse adecuadamente, los ven como potencialmente peligrosos o violentos, inestables, poco confiables, etc., opiniones que, para pacientes compensados, no son compartidas por familiares y vecinos (Chuaqui, 2005).

Debido a lo antes mencionado es importante analizar el problema del estigma asociado a la enfermedad, como un factor importante de los pacientes, lo que influye en su calidad de vida en general, pero el estigma puede darse no sólo en el plano laboral, sino a nivel familiar, se han realizado diversos estudios respecto a la situación y relación con la familia de pacientes con esquizofrenia. La familia pasa por diversas etapas negativas desde el inicio de la enfermedad, hasta que llega a aceptarla de manera madura y esperar sólo cambios razonables en el paciente (Chuaqui, 2005).

La esquizofrenia causa un serio problema no sólo al paciente, sino también a la familia, por lo que esta frecuentemente se ve aliviada cuando el paciente es hospitalizado, lo que en ciertos casos lleva a que la familia deje abandonado al paciente en el asilo, la falta de manejo adecuado de la familia respecto a la enfermedad, influida por la formación de imágenes negativas de la familia

respecto al paciente puede llevar a situaciones como las descritas (Chuaqui, 2005).

El ambiente familiar influye en la evolución de la esquizofrenia, pero es muy difícil intervenir sobre una situación de la que no se sabe su participación exacta, añadiendo las dificultades que plantea el identificar a los pacientes o grupos de riesgos. Además las circunstancias socio-familiares también tienen una influencia directa sobre las recidivas (Chinchillas, 2000).

La atención a la población con esquizofrenia constituye uno de los principales problemas sociales y sanitarios que tiene planteados la actual sociedad, la organización de una completa y adecuada atención comunitaria integral a esta población es un objetivo fundamental para los sistemas sanitarios de salud mental y de servicios sociales (Álvarez, 2002).

La gran variedad de ideas teórico-terapéuticas se refieren a la etiología multifactorial, criterios de vulnerabilidad, variabilidad de los cursos, heterogeneidad de los sustratos patológicos subyacentes al síndrome, tipos de pacientes, función o funciones primariamente alteradas, por tanto se requiere un enfoque terapéutico en varias dimensiones (Álvarez, 2002).

Esta gran variedad de ideas se agrupan fundamentalmente en dos procedimientos terapéuticos, a saber, aquellos que operan sobre las estructuras celulares y subcelulares que se suponen afectadas y aquellos otros que operan sobre la totalidad del ser humano. En el primer caso hablamos de las terapias biológicas, en el segundo, de las terapias psicosociales, la atención psicosocial a los pacientes esquizofrénicos tiene una importancia fundamental, ya que es evidente que el síntoma predominante en estos pacientes crónicos es el deterioro en el rendimiento social, la mayoría de ellos tiene que aprender o

reaprender habilidades sociales y personales para poder sobrevivir en la comunidad (Álvarez, 2002).

Los neurolépticos no pueden enseñar al paciente a desarrollar recursos vitales y defensivos ni pueden mejorar la calidad de vida de una persona, excepto indirectamente mediante su efecto sobre la desorganización cognitiva y la supresión de los síntomas positivos (Álvarez, 2002).

Al realizar cualquier tipo de aproximación psicosocial a la esquizofrenia es absolutamente indispensable considerar el concepto de “vulnerabilidad al estrés”. Desde finales de los años setenta, autores como Brown o Birley ya señalaban el hecho de que individuos especialmente vulnerables sometidos a acontecimientos vitales, laborales o familiares estresantes eran más sensibles a la exacerbación de la sintomatología psicótica (Álvarez, 2002).

Desde el punto de vista psicosocial, la esquizofrenia produce sobre el paciente una considerable serie de desventajas e inconvenientes, los más evidentes derivan del deterioro primario originado por el propio síndrome psicótico y sus síntomas positivos (delirios, alucinaciones, experiencias subjetivas anormales, pensamiento y lenguaje incoherente, lentitud psicomotriz, problemas de expresión verbal y corporal y conductas anómalas) (Álvarez, 2002).

Pero no hay que olvidar las desventajas sociales entre las que se encuentran la falta de información adecuada, la pobreza de habilidades sociales, la carencia de ayudas sociales, el estigma y la falta de comprensión por parte de la sociedad en general y el escaso interés por parte de las autoridades gubernamentales en este tipo de pacientes y sus familias (Álvarez, 2002).

Finalmente desde el punto de vista del propio paciente la falta de autoconfianza, la mínima autoestima, la inseguridad, el temor, la falta de motivación para utilizar las facultades intactas y la frecuente comorbilidad con otros cuadros psiquiátricos contribuyen a ensombrecer aún más el panorama para estos enfermos y su entorno familiar, es desde esta perspectiva desde la que las intervenciones psicosociales adquieren toda su importancia (Álvarez, 2002).

Li ning y cols. en 2003, realizaron una investigación a cerca de las causas de rehospitalización de pacientes esquizofrénicos crónicos donde mostró que existe un escaso nivel de conocimientos sobre esquizofrenia en familiares que han convivido un promedio de 20 años con un enfermo de esquizofrenia, atendido en un sistema que proporciona, en diversas instancias y repetidamente, servicios de orientación y capacitación para familiares (Li ning y cols, 2003).

De este grupo de familiares encuestados, que fue utilizado en esta investigación, solo recuerdan el biperideno entre los fármacos usados por el paciente, y no son capaces de reconocer los pródromos de una recaída, además un número importante de familiares (cuidadores) viven solos con el paciente, sin apoyo de otros miembros de la familia, quienes no contribuyen económica, práctica ni emocionalmente en el sostén del enfermo (Li ning y cols, 2003).

Este abandono social del familiar que sirve de soporte, está relacionado con los altos niveles de desconocimiento sobre la enfermedad, que genera falsas expectativas que se frustran y con el alto grado de estigmatización del paciente mental en general (Li ning y cols, 2003).

Finalmente el hallazgo más claro de la investigación, es la miseria material, moral y emocional de los familiares cuidadores y de los pacientes con esquizofrenia: a la mala evolución del cuadro clínico se suma la ignorancia sobre la enfermedad y las escasas alternativas para enfrentarla, la estigmatización y el abandono no sólo por parte de la comunidad sino también de los otros familiares, esta situación da lugar a que los recursos emocionales de los familiares se desgasten, configurando una situación de desmoralización y un alto nivel de malestar psicológico entre los familiares de pacientes psicóticos, probablemente relacionado al rechazo al enfermo y a la falta de conocimientos, por tanto, una mejor atención a las emociones y la educación de las familias con un enfermo esquizofrénico podría redundar en una mayor permanencia del paciente en el seno de su familia (Li ning y cols, 2003).

Un estudio realizado en Hong Kong, exploró la perspectiva de los beneficios y las dificultades experimentadas por los participantes en un grupo de apoyo mutuo para cuidadores familiares de pacientes con esquizofrenia, treinta familiares cuidadores y 10 pacientes que habían participado en un período de 12 sesiones (Chien W. y cols, 2006).

Los hallazgos que encontraron fueron sobre temas principales que surgieron a partir de los datos: cambios personales positivos atribuidos a la participación de los grupos, que incluían una mayor identidad propia y la aceptación de la función de cuidadores, un mayor conocimiento de la enfermedad, y la adopción de nuevas habilidades (Chien W. y cols, 2006).

Estudios hechos en Polonia muestran que la rehospitalización de pacientes con esquizofrenia está condicionada no sólo por factores médicos relacionados con la enfermedad en sí, sino también por factores demográficos y los factores sociales (Talarowska y cols, 2008).

El papel decisivo en la rehospitalización de pacientes con esquizofrenia tiene una pequeña disponibilidad de alternativas de atención psiquiátrica en los pacientes el lugar de residencia, así como la falta de regularidad en la continuación del tratamiento después de salir del hospital, la situación familiar del paciente, la relación con la familia, los amigos, el nivel de aceptación y la comprensión de su enfermedad disminuye del riesgo de rehospitalización. El mayor riesgo de rehospitalización se encuentra entre personas de la clase más baja (Talarowska y cols, 2008).

La investigación científica ha encontrado que la esquizofrenia es una enfermedad incurable que genera deterioro progresivo en el paciente y que afecta a la familia debido a que es multifactorial, en el proceso de la enfermedad intervienen aspectos biológicos, psicológicos y sociales, los cuales deben ser considerados como elementos importantes del “modelo biopsicosocial” que se utiliza para abordar este trastorno (Valencia y cols, 2003).

En el tratamiento integral actual, se ha considerado que se debe de tomar por lo menos cuatro aspectos fundamentales:

- 1- El tratamiento farmacológico.
- 2- El tratamiento psicosocial.
- 3- La terapia familiar.
- 4- El manejo del paciente en la comunidad.

La esquizofrenia es una enfermedad mental compleja que no solamente se caracteriza por la presencia de la sintomatología psicótica, sino también porque ocasiona incapacidades severas. De todas las enfermedades que aquejan a la humanidad la esquizofrenia ocupa el séptimo lugar en cuanto a que incapacita a las personas que la padecen. Las incapacidades denominadas psicosociales,

tienen que ver con las dificultades que presentan los pacientes y que afectan diversas áreas de su funcionamiento psicosocial, la incapacidad para mantener un trabajo remunerado (área ocupacional) y en consecuencia no tener ingresos (área económica) y por lo tanto depender económicamente de la familia, la dificultad para establecer relaciones sociales (área social), generalmente su red de apoyo social es muy reducida, existiendo una tendencia al aislamiento social; el aplanamiento afectivo puede llevar a no contar con vínculos afectivos en relaciones de pareja y su componente sexual (área sexual y de pareja), así como el impacto de la enfermedad en la familia (área familiar)(Valencia y cols, 2003).

La detección de relaciones familiares conflictivas entre el enfermo y su familia, que cuando existe un ambiente de emoción expresada alta en la familia, pueden derivar en recaídas en un 90% o la presencia de un trastorno psiquiátrico en el familiar, que llega hasta un 58.5%, a todo esto se pueden añadir otros factores como: La no aceptación del paciente de su enfermedad, el rechazo y discriminación que podría sufrir por su padecimiento, la carga emocional ocasionada , las implicaciones sociales del diagnóstico, el costo económico, el incumplimiento con el uso de los antipsicóticos, que pueden generar rehospitalizaciones, lo cual complica el panorama. Tomando en cuenta estos aspectos, es que surgen los tratamientos intervenciones o terapias psicosociales, como se le llaman indistintamente, que precisamente sirven para abordar la problemática psicosocial de estos pacientes (Valencia y cols, 2003).

En un estudio realizado por Marcelo Valencia utilizando un diseño cuasi experimental implementó un programa de tratamiento psicosocial llevado a cabo durante un año con el objeto de que los pacientes adquirieran habilidades psicosociales respecto a actividades ocupacionales, relaciones sociales, manejo de dinero, relaciones de pareja y su componente sexual, así como el

manejo de relaciones familiares, las cuales les permitieran un mejor desempeño de roles y en consecuencia un funcionamiento satisfactorio en la comunidad, utilizando la escala de funcionamiento psicosocial (EFPS) (Valencia, 1999).

Funcionamiento Social y Esquizofrenia

La funcionalidad en la esquizofrenia es la capacidad de adaptación del paciente a las necesidades personales, familiares, sociales y laborales que tiene un miembro adulto productivo y no enfermo. Se entiende por funcionamiento o ajuste social, la capacidad que tiene una persona para cuidar de sí mismo y desempeñar una serie de papeles socialmente definidos en una determinada cultura, por extensión la participación e integración en actividades sociales recreativas se consideran también como dimensiones del funcionamiento social. El concepto de funcionamiento social es complejo, ya que engloba un substrato de funcionamiento cognitivo básico (memoria, atención, concentración y procesamiento) una serie de habilidades instrumentales necesarias para la vida cotidiana (higiene, apariencia, tareas domésticas, manejo del dinero, etc.) y un repertorio de interacciones sociales que exigen el desempeño de un determinado papel (esposo, amigo, vecino, trabajador, compañero, etc.) (GEOPTE, 2002).

Importancia del Funcionamiento Social en la Esquizofrenia

El funcionamiento social resulta crucial en la esquizofrenia por tres motivos:

- 1) El déficit de funcionamiento social ha sido reconocido como una de las características de la esquizofrenia desde las primeras concepciones de la enfermedad de Kraepelin y Bleuler.
- 2) El déficit del funcionamiento social ha sido utilizado como uno de los criterios diagnósticos de esquizofrenia por los sistemas de clasificación y diagnósticos de las enfermedades mentales DSM IV ICD 10.

3) El funcionamiento social ha demostrado ser un potente predictor de resultado (GEOPTE, 2002).

Se ha acumulado suficiente evidencia durante la pasada década que demuestra que el funcionamiento premórbido y el ajuste social tras los primeros brotes resulta ser uno de los mejores predictores de resultados a largo plazo, tanto para variables clínicas como no clínicas. El funcionamiento social es uno de los principales objetivos de los tratamientos psicosociales y de los programas de rehabilitación en la esquizofrenia. La funcionalidad está gravemente afectada en esta enfermedad, como consecuencia de sus manifestaciones intrínsecas que disminuye la capacidad que tiene el paciente con esquizofrenia para adaptarse a su medio. La funcionalidad depende en un grado diferente de los distintos síntomas así los síntomas positivos afectan la funcionalidad, pero solo en episodios agudos de la enfermedad, en los cuales dichos síntomas están muy cargados emocionalmente haciendo que la atención del paciente se centre en los mismos (GEOPTE, 2002).

Por desgracia con frecuencia el clínico cae en el mismo error del paciente y centra toda su atención en estos síntomas olvidando otros que son más importantes para el pronóstico del paciente. La funcionalidad depende a medio o largo plazo, en mayor medida de las capacidades cognitivas del paciente, y de la presencia de los denominados síntomas negativos. La presencia de deterioro cognitivo o de síntomas o afectivo incide negativamente en la funcionalidad, la presencia de síntomas positivos residuales a cuya presencia el paciente no da un significado esencial, no influye apenas en la funcionalidad, ni impide la reintegración del paciente (GEOPTE, 2002).

Los síntomas negativos “primarios” junto con las alteraciones cognitivas, son a nuestro juicio la clave para comprender esta enfermedad a nivel

fisiopatológico, pues probablemente están más cerca de las causas de la misma, e incluso en el origen de otros síntomas, como los síntomas positivos, que pueda que no sean más que reacciones estereotipadas de un cerebro con las carencias justas como para no poder afrontar situaciones ambientales complejas. Lo que hace que la esquizofrenia sea considerada una enfermedad crónica y de mal pronóstico es que tras la remisión, incluso completa de los síntomas positivos, el paciente no vuelve a la situación de partida, si no que en una importante proporción de casos se convierte (o acentúa sus rasgos previos en este sentido) en individuo con escasas o ninguna relaciones sociales, incapaz de conseguir integrarse o mantener una ocupación laboral siquiera precaria. Las consecuencias de los síntomas negativos que hemos descrito contribuyen al reforzamiento de los mismos, pues el paciente aislado, marginado, desconectado del flujo vital de sus congéneres progresivamente estará más desmotivado, más falto de iniciativa, será menos capaz de iniciar o mantener relaciones sociales, de integrarse laboralmente, entrando así en un círculo viciosos sin salida (GEOPTÉ, 2002).

Emociones Expresadas

Las emociones expresadas no fueron precisamente las principales variables de interés, sin embargo, la bibliografía de este fenómeno nos ayuda a comprender el comportamiento de nuestras variables de estudio como el funcionamiento psicosocial del paciente con esquizofrenia paranoide y el conocimiento del familiar cuidador sobre este padecimiento.

Las personas con esquizofrenia tienen mayor probabilidad de presentar una recurrencia dentro de grupos familiares cuando hay niveles altos de Emoción Expresada (hostilidad, crítica o participación excesiva) en la familia, comparado con las familias que tienden a ser menos expresivas de sus emociones. Se dispone de varias intervenciones psicosociales que incluyen la educación, el

apoyo y el tratamiento para reducir la Emoción Expresada (E.E) dentro de las familias (Aproa F, 2006).

Los pacientes con esquizofrenia provenientes de familias que expresan altos niveles de censura, hostilidad o implicación excesiva, tienen recurrencias más frecuentes que los pacientes con problemas similares provenientes de familias que tienden a expresar las emociones en menor medida. En la actualidad, se usa una variedad de intervenciones psicosociales para las familias, diseñadas con el fin de reducir estos niveles de E.E. (Aproa F, 2006).

En general todas las intervenciones familiares de tipo psicoeducativo tienen como objetivo reducir el impacto del estrés generado por el cuidado de los pacientes y facilitar un mejor funcionalismo social. En general los enfoques han sido de dos tipos, trabajar con el cuidador o trabajar con toda la familia (Jáuregui, 2005).

En las intervenciones sobre la familia se han observado efectos clínicos beneficiosos por ejemplo aplicando técnicas de control de estrés, se logra así un mejor cumplimiento terapéutico por parte de los pacientes. Con estas estrategias familiares también se ha conseguido reducir la psicopatología residual de muchos casos y mejoras en la recuperación social. Un objetivo importante de las estrategias familiares es mejorar el funcionalismo familiar y reducir la sobrecarga, especialmente de las personas más directamente involucradas en los cuidados del paciente. Así por ejemplo, en el abordaje de grupo familiar múltiple de Buchkremer, se logra un incremento en las actitudes cálidas hacia los pacientes y una reducción de la hostilidad hacia los mismos. En la mayor parte de los casos, hay un ahorro en el costo económico de los servicios debido a la integración de la terapia familiar en el sistema asistencial (Jáuregui, 2005).

La crítica y la hostilidad pueden ser más elevadas cuando se piensa que el enfermo es responsable de no controlar los síntomas, y esta explicación aparece con mayor frecuencia cuando se habla de la enfermedad mental. Si los familiares culpan al enfermo crónico por falta de control de los síntomas, necesariamente estos van a percibir mayor crítica, no solo en la esquizofrenia si no también en estudios sobre depresión se ha observado que las E.E. altas se asocian a la atribución de que el paciente es responsable de los síntomas de su enfermedad. Los niveles altos de crítica en pacientes con trastornos mentales también pueden ser explicados por la pérdida de la autonomía en el desempeño social del enfermo y la tendencia de los familiares a corregir las situaciones problemáticas a través de la crítica y la coerción. Las E.E. altas se asocian con el deseo de los familiares de controlar o cambiar los comportamientos del enfermo, lo cual está en relación con el nivel de ansiedad y temor que tengan los familiares: mientras más ansiosos mayor crítica y hostilidad (Agudelo M. y cols, 2007).

Las EE se han considerado un factor importante en el curso de la esquizofrenia y en la evaluación pronóstica de los trastornos del estado del ánimo, de los trastornos de la conducta alimentaria y de la enfermedad física, no obstante, para llegar a ser un verdadero indicador pronóstico el concepto de EE requiere el acercamiento a la cultura en donde se aplica (Rueda G, 2007).

Por lo antes mencionado y ante la necesidad de actuar de manera estratégica es loable iniciar actividades a nivel local, donde la enseñanza sea utilizada como herramienta en la población y sensibilizar a los individuos acerca del impacto de las enfermedades mentales en especial la esquizofrenia, y que solo con conocimiento de causa y trabajo colectivo se puede contrarrestar los efectos de estas enfermedades en la sociedad dentro del contexto de la transición demográfica y epidemiológica.

Es necesario dejar implícito que el apoyo hacia la personas con enfermedad mental, sea esta esquizofrenia en cualquiera de sus tipos o bien otro trastorno mental, no solo es tarea de las instituciones de salud y de las acertadas políticas en pro de esta es una responsabilidad compartida. Es evidente que las instituciones responden a la problemática que afecta a la salud mental, pues existen profesionales firmemente convencidos que aún queda bastante quehacer con herramientas como la investigación, la participación social, la enseñanza y el común social para los pacientes enfermos.

MÉTODOLÓGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

Pregunta de Investigación

¿El conocimiento que posee el familiar cuidador sobre esquizofrenia paranoide, influye en el funcionamiento psicosocial de pacientes con este diagnóstico egresados del Hospital Psiquiátrico “Cruz del Norte”?

Hipótesis

Hipótesis de Investigación

El conocimiento que posee el familiar cuidador sobre esquizofrenia paranoide, influye en el funcionamiento psicosocial de pacientes con este diagnóstico egresados del Hospital “Cruz del Norte”.

Hipótesis Nula

El funcionamiento psicosocial de pacientes con esquizofrenia paranoide es mayor o igual en aquellos familiares que no poseen conocimientos sobre este diagnóstico de pacientes egresados del Hospital Psiquiátrico “Cruz del Norte”.

Hipótesis Alterna

El funcionamiento psicosocial de pacientes con esquizofrenia paranoide es menor en aquellos familiares que no poseen conocimientos sobre este diagnóstico de pacientes egresados del Hospital Psiquiátrico “Cruz del Norte”.

Encuadre Metodológico

Tipo de Estudio

Transversal Comparativo.

Enfoque del Diseño

Cuantitativo.

Palabras Claves

Funcionamiento psicosocial de pacientes con esquizofrenia paranoide y Conocimientos del familiar cuidador sobre esquizofrenia paranoide.

Universo y Población de Estudio

Criterios de Inclusión

Se estudiaron a los familiares que confirmaron ser los cuidadores responsables de pacientes con diagnóstico de esquizofrenia paranoide, así como al pacientes que hayan egresado con este diagnóstico, del Hospital Psiquiátrico Cruz del Norte de Hermosillo Sonora, y que además tanto familiar cuidador como paciente mantengan una relación familiar directa.

Criterios de Exclusión

Se excluyó a familiares cuidadores que comentaron haber asistido a cursos referentes a la esquizofrenia en el último mes, además se excluyó a los pacientes que presentaron algún tipo de comorbilidad diagnóstica (esquizofrenia+epilepsia) o que mostraron síntomas psicóticos al momento de la aplicación del instrumento.

Criterios de Eliminación

Se eliminaron las unidades de estudio (familiares y pacientes) que no estuvieron de acuerdo en participar en el estudio, que no respondieron de forma satisfactoria a las interrogantes del instrumento o que sintieron incómodas durante la entrevista.

Operacionalización de Variables

A continuación se describen las definiciones de las variables empleadas en el presente proyecto de investigación.

Funcionamiento Psicosocial

Dimensión conceptual: Se entiende por funcionamiento o ajuste social la capacidad que tiene una persona para cuidar de sí mismo y desempeñar una serie de papeles socialmente definidos en una determinada cultura.

Definición operacional: Se entiende por funcionamiento o ajuste social la capacidad que tiene un paciente con esquizofrenia paranoide para cuidar de sí mismo desempeñar y, mantener una ocupación, ingreso económico, relaciones interpersonales con la familia, la sociedad y el aspecto de pareja sexual.

Escala: Ordinal.

Indicador: 1=muy satisfecho; 2=satisfecho; 3=neutral-indiferente; 4=insatisfecho; 5=muy insatisfecho.

Conocimiento del Familiar

Dimensión conceptual: Entendimiento inteligencia cada una de las facultades sensoriales del hombre en la medida que están activas.

Definición operacional: Se entenderá como conocimiento del familiar, aquel que muestre un nivel de conocimiento sobre esquizofrenia mayor o igual al 0.75 al momento de la medición realizada mediante un cuestionario.

Escala: Ordinal.

Indicador: Cuestionario de esquizofrenia si conoce ≥ 0.75 , no conoce <0.75 .

Edad

Dimensión conceptual: Número de años vividos por una persona desde el momento de su nacimiento.

Definición operacional: Número de años vividos por el familiar cuidador y el paciente con esquizofrenia desde el momento de su nacimiento, hasta el día de la entrevista.

Escala: Continua.

Indicador: Cuantos años tiene usted.

Sexo

Dimensión conceptual: Condición orgánica que muestra una persona.

Definición operacional: condición orgánica que muestra el familiar cuidador y el paciente con esquizofrenia al momento de la entrevista.

Escala: Nominal.

Indicador: Masculino, Femenino.

Escolaridad

Dimensión conceptual: Conjunto de cursos que posee una persona.

Definición operacional: Conjunto de cursos que posee el familiar cuidador y el paciente con esquizofrenia, hasta el momento de la entrevista.

Escala: Ordinal.

Indicador: ¿Cual es su escolaridad? Primaria, Secundaria, Preparatoria Licenciatura.

Lugar de Residencia

Dimensión conceptual: Acción de residir, lugar donde se vive.

Definición operacional: Acción de residir, lugar donde vive el familiar cuidador y el paciente con esquizofrenia.

Escala: Nominal.

Indicador: Hermosillo, Foráneo.

Ocupación

Dimensión conceptual: Trabajo, empleo u oficio.

Definición operacional: Trabajo, empleo u oficio que refiere el familiar cuidador y el paciente con esquizofrenia al momento de la entrevista.

Escala: Nominal.

Indicador: Empleo formal empleo informal hogar.

Estado Civil

Dimensión conceptual: Relaciones o intereses privados en orden al estado de las personas.

Definición operacional: Relaciones o intereses privados en orden al estado del familiar cuidador y el paciente con esquizofrenia.

Escala: Nominal.

Indicador: Casado, soltero, divorciado, unión libre.

Plan de Recopilación de Datos

Para la recopilación de los datos se presentó el proyecto de investigación a los decisores del Hospital Psiquiátrico “Cruz del Norte”, donde se les hizo de su conocimiento por escrito y mediante una presentación del protocolo de investigación, así como los pormenores de las implicaciones bioéticas del estudio, que por las características del mismo era necesario dejar implícito y explícito cual sería el proceder durante la recopilación de la información. Una vez que autorizaron por escrito se realizaron las siguientes acciones de la fase de campo en su primera etapa.

Se acondicionó un cubículo en el área de consulta externa del hospital psiquiátrico donde se realizó la recopilación de datos, este fue utilizado para el paciente y el familiar cuidador, tratando de mantener un ambiente tranquilo y

ameno para el paciente con esquizofrenia paranoide, ya que estos pacientes suelen exacerbarse ante cualquier situación ambiental (ruido, voces, comentarios etc.)

Se les invitaba al paciente y familiar a participar en un estudio, si accedían pasaban al cubículo, una vez dentro, se le mostraba, explicaba e informaba de las condiciones de la carta de consentimiento bajo información, durante la explicación, se les hizo hincapié en los párrafos que expresan la libre decisión de abandonar el lugar de la entrevista, así como la entrevista misma, en el momento que el paciente o el familiar así lo decidiera y se les brindo información de el proceso que se daría a la información recabada, así como la confidencialidad de la misma.

Una vez que el paciente y familiar expresaban mediante la firma o huella (esta última para participantes sin estudios) su consentimiento bajo información en el estudio, se le explicaba de manera clara y precisa en qué consistía la entrevista, (Escala de Funcionamiento Psicosocial), Se les mostró el formato y se le explicó el contenido de este, el cual está conformado por un total de 35 reactivos y un sistema de clasificación que incluye 5-niveles: 1-muy satisfecho, 2-satisfecho, 3-neutral e indiferente, 4-insatisfecho y 5-muy insatisfecho, donde el último reactivo es una escala global que el mismo haría acerca de su funcionamiento psicosocial.

Es necesario mencionar que esta escala es un instrumento que sirve como guía para el investigador, esto con el objetivo de recopilar la información de tipo subjetiva, pues en algunos momento la escala antes mencionada tuvo que ser modificada mediante sinónimos con el fin de facilitarle al participante el entendimiento de las preguntas y vigilando siempre de manera imparcial y rigurosa el no sesgar los resultados, reiterando que durante la entrevista se le

respondería las dudas posibles ó que si algún tipo de pregunta les causaba incomodidad, al grado que sintieran que se les estuviese ofendiendo, el paciente tendría la libertad y el derecho de retirarse sin que esto tuviera repercusiones en la atención, pues todo este proceso fue con bases en los códigos éticos de investigación vigentes

Dentro del cubículo se contó con la participación de un profesional de enfermería psiquiátrica (además del investigador responsable) que fungió como apoyo en la recopilación de los datos y para los casos de que se presentaran de pacientes psicóticos, que ameritara la atención del equipo médico y tratamiento antipsicótico.

Una vez terminada la entrevista, antes de pasarlos a la sala de espera en consulta externa, se les brindó información, sobre a quién se debe dirigir en caso de que desearan conocer los resultados de este estudio, ó bien si existiera alguna duda que apareciera después de haber participado en la entrevista.

Al familiar se le aplicó un cuestionario para medir los conocimientos sobre esquizofrenia paranoide (Cuestionario sobre Esquizofrenia) el cual contiene 22 items 9 dicotómicas, 5 abiertas, y 8 taxativas, esto se realizó con los mismos detalles antes descrito, una vez finalizada la aplicación de los instrumentos, se les brindó una tarjeta con los teléfonos del investigador responsable así como de la institución donde se llevó a cabo el estudio, esto para dudas posteriores. Una vez con la información recabada se inició la elaboración de la base de datos para su análisis estadístico.

Instrumentos de Medición

Escala de Funcionamiento Psicosocial (EFPS)

La Escala de funcionamiento psicosocial, diseñada por Valencia, (1989) en el departamento de investigaciones en servicios de salud del IMP (Instituto Mexicano de Psiquiatría), incluye datos sociodemográficos, condiciones de vivienda y composición familiar, permite evaluar el funcionamiento psicosocial comunitario del paciente en cinco áreas: ocupacional, social, económica, sexual y familiar, a través de un continuo satisfacción-insatisfacción (1=muy satisfecho; 2=satisfecho; 3=neutral-indiferente; 4=insatisfecho; 5=muy insatisfecho), este instrumento presenta un alto grado de validez y confiabilidad para su uso en México (Valencia y cols, 1994).

La EFPS, se diseñó para evaluar, el desempeño de roles del individuo en su relación con otros y en un ambiente determinado. La escala presenta un alto grado de validez y confiabilidad (mayor a 0.83 en todas las áreas, $p=0.01$) para su uso en México (Villamil y cols, 2005). Esta escala está compuesta de 5 áreas arriba mencionadas, cada una de estas áreas cuenta con 7 reactivos en forma de preguntas abiertas, que el investigador usa como guía para que el paciente pueda responder, ¿cuál es su sentir? con respecto a lo que se le pregunta. Una vez emitido la puntuación de cada reactivo se obtiene un total de la suma de cada reactivo y se divide entre 7 (el número de reactivos), de esta manera se obtiene el promedio por área. El mismo proceso se aplica para el resto de las áreas. Una vez que se obtiene el promedio por área (ocupacional, social, económica, sexual y familiar), se hace la sumatoria de los promedios del nivel por áreas, lo que nos da como resultado otro promedio, que para fines prácticos es el nivel de funcionamiento psicosocial global.

Cuestionario de Esquizofrenia

El Cuestionario sobre Esquizofrenia elaborado por Sotillo y cols. (1991), modificado por Rojas (2005), es un cuestionario que busca determinar si el sujeto conoce los factores que causan la esquizofrenia, característica más resaltantes y el tratamiento habitual de la esquizofrenia y si puede identificar signos de psicosis y evitar recaídas, asimismo, determinar los recursos de afronte frente al paciente mediante preguntas de selección múltiple y abiertas se requiere un puntaje de 0.75 para “aprobar” (Li ning J, 2003).

Es elemental mencionar que esta cuestionario sobre esquizofrenia tiene como objetivo medir el aspecto cognitivo del familiar sobre la esquizofrenia, no está validado para objetivos de percepción ni conductuales, es decir no evalúa competencias ni manejos en el cuidado del paciente con esquizofrenia, esto quiere decir que solo nos dice cuanto sabe el familiar sobre esquizofrenia, y no como lo hace y que sensaciones o emociones siente al realizarlo. Las razones para la selección de estos instrumentos son las siguientes: Existen otras escalas que miden el funcionamiento psicosocial de pacientes con esquizofrenia, sin embargo como arriba se menciona, esta escala cuenta con un alto grado de validez y confiabilidad ha sido diseñada para hacer mediciones en población mexicana, además es sencilla de aplicar, de fácil entendimiento para el participante y su redacción es en idioma español. El cuestionario sobre esquizofrenia tiene como objetivo medir los conocimientos que sobre esquizofrenia, este cuestionario cuenta con un alto grado de validez interna, es un fragmento de un constructo que es utilizado en la clínica de esquizofrenia a cargo del Dr. Sotillo Zevallos, José Jaime César, en el Hospital de Psiquiatría Honorio Delgado -Hideyo Noguchi” de Lima Perú, este instrumento fue solicitado vía telefónica, explicándonos de manera breve y concisa la correcta aplicación del instrumento.

Plan de Análisis

El presente trabajo de investigación tuvo como objetivo general: determinar si el conocimiento que posee el familiar cuidador sobre esquizofrenia paranoide, influye en el funcionamiento psicosocial de pacientes con este diagnóstico egresados del Hospital “Cruz del Norte”.

Hipotéticamente pensamos que el funcionamiento psicosocial de pacientes con esquizofrenia paranoide es diferente, entre familiares cuidadores que no poseen conocimientos y familiares cuidadores que si poseen conocimientos sobre este diagnóstico, bajo esta premisa se dividió el grupo de familiares cuidadores en dos, un grupo que no posee conocimientos y otro que si posee conocimientos sobre esquizofrenia paranoide, se obtuvo la media de cada grupo y se analizó la diferencia de estas dos medias, obteniendo como resultado una diferencia significativa, es decir no azarosa,

En términos estadísticos, se utilizó estadística inferencial (prueba de “t”) para diferencia de medias dependientes, dado que esta prueba nos responde si la media del funcionamiento psicosocial es menor a cero (<0) entre familiares cuidadores que no poseen conocimiento y familiares que si poseen conocimientos sobre esquizofrenia paranoide, se rechaza la hipótesis nula (H_0). Además se utilizó estadística descriptiva con medidas de tendencia central como media (μ), medidas de frecuencia relativa (%). Se utilizó un muestreo probabilístico, donde la muestra necesaria fue de 45 familiares cuidadores y 45 pacientes con esquizofrenia paranoide con un error estándar de 3%, sin embargo se alcanzó a tomar una muestra de 50 familiares y 50 pacientes con esquizofrenia.

El tamaño de muestra estuvo determinado por una serie de factores propios de la investigación, que a su vez estos factores fueron algunos limitantes de la

misma. Por ser un estudio de tipo transversal se seleccionó un periodo de recopilación de datos, este fue de 4 meses pues las actividades programadas no permitieron captar un mayor número de muestras para el estudio dado que así fueron los hallazgos.

Todo lo antes mencionado se realizó mediante un diseño metodológico transversal analítico y para la organización y elaboración del análisis de los datos se utilizó el paquete estadístico stata 10.0, donde resultados que se encontraron fueron estadísticamente significativos, estos se muestran a continuación.

RESULTADOS

Resultados de las Variables Sociodemográficas de los Pacientes con Esquizofrenia Paranoide

Las variables sociodemográficas de pacientes con esquizofrenia paranoide fueron los siguientes: El 62% son del sexo masculino y el 38% femenino, la edad promedio es 31 años para los hombres, 19 años para mujeres.

El estado civil nos arrojó un 4% casados, mujeres 0%, el 62% son solteros y el 22% solteras, 8% masculinos divorciados, 0% divorciadas, en unión libre 2% para ambos sexos.

Ocupación, el 36% de hombres son desempleados y un 22% mujeres, el empleo formal el sexo masculino mostró 18% y 0% femenino, empleo informal 22% hombres, 2% mujeres.

En la escolaridad, primaria con un 22% para los hombres y 6% para mujeres, secundaria 36% masculino, 8% femenino, preparatoria 10% masculino, 4% femenino, licenciatura 8% masculino, 6% femenino.

Por último el lugar de residencia nos revela que el 58% de hombres y el 20% de las mujeres son de Hermosillo, y los foráneos son el 18% para los hombres y 4% mujeres (Tabla I).

Resultados de las Variables Sociodemográficas de los Familiares Cuidadores de Pacientes con Esquizofrenia Paranoide

Las Variables sociodemográficas de los familiares cuidadores de pacientes con esquizofrenia paranoide: El 20% son del sexo masculino y el 80% femenino, la edad promedio es 59 años para hombres y 51 años para mujeres.

Tabla I. Variables sociodemográficas de pacientes con esquizofrenia paranoide.

Variables			Masculino		Femenino		Total
	Mas	Fem	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa	
Edad	$\bar{X}=31$	$\bar{X}=19$	38	62	12	38	50
Sexo	Total		38	76	12	24	100%
Estado Civil	Casado		2	4	0	0	4
	Soltero		31	62	11	22	84
	Divorciado		4	8	0	0	8
	Unión Libre		1	2	1	2	4
	Total		38	76	12	24	100%
Ocupación	Desempleado		18	36	11	22	58
	Empleado Formal		9	18	0	0	18
	Empleado Informal		11	22	1	2	24
	Total		38	76	12	24	100%
Escolaridad	Primaries		11	22	3	6	14
	Secundaria		18	36	4	8	22
	Preparatoria		5	10	2	4	7
	Licenciatura		4	8	3	6	7
	Total		38	76	12	24	100%
Lugar de Residencia	Hermosillo		29	58	10	20	78
	Foráneos		9	18	2	4	22
	Total		38	76	12	24	100%

El estado civil, el 12% de los cuidadores son casados y 14% son casadas, solteros 2% hombres y 14% mujeres, viudos 2% hombres y 10% mujeres, divorciados 2% hombres y 14% mujeres, en unión libre 2% hombres y 6% mujeres.

La ocupación mostró que el 6% de los hombres son desempleados y mujeres el 68%, un 4% de los hombres cuentan con un empleo formal y las mujeres un 12%, con empleo informal el 10% corresponde a masculino, 0% femenino.

Escolaridad, primaria 12% para el sexo masculino y 38% para el sexo femenino, con secundaria el 4% masculino y el 18% femenino, preparatoria 2% masculino y 12% femenino, licenciatura 2% masculino y 10% femenino.

El lugar de residencia el 58% de los hombres y el 20% de las mujeres son de Hermosillo, mientras que el 18% de los hombres y el 4% de las mujeres son foráneos (Tabla II).

Resultados de los Conocimientos que Poseen los Familiares Cuidadores Sobre Esquizofrenia Paranoide

En los resultados obtenidos del cuestionario de esquizofrenia, podemos observar que el 72% de los familiares cuidadores no poseen conocimientos sobre esquizofrenia paranoide y un 28% si lo poseen (Tabla III).

Resultados del Funcionamiento Psicosocial Global, por Áreas y su Distribución de los Datos de Pacientes con Esquizofrenia Paranoide

El promedio global del funcionamiento psicosocial de pacientes con esquizofrenia paranoide es de 2.7 y el promedio obtenido por cada área es el siguiente: en el área ocupacional el promedio es de 2.6 el área social mostró un 3.1, el área económica 3.2, en el área sexual 2.4 de y por último el área familiar con 3.1 de promedio (Tabla IV).

Tabla II. Variables sociodemográficas de los familiares cuidadores de pacientes con esquizofrenia paranoide.

Variables		Masculino		Femenino		Total
	Mas	Fem	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa
Edad	$\bar{X} = 59$	$\bar{X} = 51$				
Sexo			10	20	40	80
Estado Civil	Casado		6	12	18	36
	Soltero		1	2	7	14
	Viudo		1	2	5	10
	Divorciado		1	2	7	14
	Unión Libre		1	2	3	6
	Total			10	20	40
Ocupación	Desempleado		3	6	34	68
	Empleado Formal		2	4	6	12
	Empleado Informal		5	10	0	0
	Total			10	20	40
Escolaridad	Primaries		6	12	19	38
	Secundaria		2	4	9	18
	Preparatoria		1	2	7	14
	Licenciatura		1	2	5	10
	Total			20	20	40
Lugar de Residencia	Hermosillo		29	58%	10	20%
	Foráneos		9	18%	2	4%
	Total			38	76%	12

Tabla III. Conocimientos que poseen los familiares cuidadores sobre esquizofrenia paranoide.

Escala de Conocimientos	Participantes	Frecuencia Relativa %
No poseen conocimientos	36	72%
Si poseen conocimientos	14	28%

Tabla IV. Funcionamiento Psicosocial Global, por Áreas y su Distribución de los datos de Pacientes con Esquizofrenia Paranoide.

Áreas del Funcionamiento Psicosocial	N	Promedio Global
	50	2.7
	Promedio por Áreas	
Ocupacional		2.6
Social		3.1
Económica		3.2
Sexual		2.4
Familiar		3.1

Resultados de “t” de Student Sobre los Conocimientos que Posee el Familiar Cuidador Sobre Esquizofrenia Paranoide y el Funcionamiento Psicosocial de los Pacientes con Este Trastorno

Diferencia de medias del funcionamiento psicosocial, entre los familiares cuidadores que no poseen conocimientos y los que si poseen conocimientos sobre esquizofrenia paranoide. Los que no poseen conocimientos: 36 observaciones, con una media de 2.69, con un intervalo de confianza al 95% (2.51 – 2.87). Para los que si poseen conocimientos: 14 observaciones, media de 3.02, con un intervalo de confianza al 95% (2.60 – 3.44), diferencia de medias menor a cero (-.3299206) con $t = -1.78$ y una $P < 0.0404$ (Tabla V).

Tabla V. Diferencia de medias del funcionamiento psicosocial, entre los familiares cuidadores que no poseen conocimientos y los que si poseen conocimientos sobre esquizofrenia paranoide.

Grupo	Observaciones	Media Funcionamiento psicosocial	Intervalo Confianza 95%
No poseen conocimientos	36	2.69	2.51 - 2.87
Si poseen conocimientos	14	3.02	2.60 - 3.44
Diferencias	50	-.3299206	2.61-2.96
		Ho: media(1) Ha: diferente <0 t = -1.78 P < t = 0.0404	

DISCUSIÓN

De acuerdo con los resultados obtenidos en esta investigación, el 72 % de los familiares cuidadores no conocen sobre esquizofrenia paranoide, solo un 28% conoce sobre este padecimiento, en consecuencia los familiares cuidadores no cuentan con los elementos necesarios para el manejo en casa de su familiar con esquizofrenia. Los estudios que a continuación se citan muestran congruencia con los hallazgos de nuestra investigación, donde nos revelan que los conocimientos que poseen los familiares cuidadores sobre la esquizofrenia paranoide son escasos. Burgos y cols, realizaron una investigación en 2008 donde comentan que: ser cuidador familiar de una persona con esquizofrenia, requiere conocimientos para ejercer su tarea de manera hábil, el temor por el desconocimiento de la enfermedad, demandas físicas, la falta de pericia para manejar las diferentes necesidades y reacciones emocionales del paciente y de la familia, pueden hacer aún más difícil su tarea. En la actualidad la familia es quien proporciona en mayor medida, los cuidados que requieren las personas dependientes, es allí donde radica la importancia del nivel de conocimiento que posean.

Pickett Schenk en 2003, indica que la familia frecuentemente esta en primera línea del cuidado, proporcionando alojamiento, apoyo emocional y financiero, asegurando el tratamiento necesario para sus familiar con enfermedad mental, sin embargo, con frecuencia proporcionan este cuidado con poca o ninguna información acerca de la etiología de la enfermedad mental y su tratamiento, y sin ningún entrenamiento en afrontamiento y resolución de problemas, en consecuencia, las familias a menudo se sienten sin preparación y sin apoyo en sus esfuerzos para ayudar a sus familiares con enfermedad mental.

Torres y cols, en 2003, mencionan que los familiares que asumen el rol de cuidadores de su familiar enfermo, enfrentan situaciones difíciles y complejas sin tener las herramientas para hacerlo, de esta problemática existe poca información, se cuenta solo los testimonios de los familiares en las instituciones de salud mental a las que tienen un permanente contacto.

En una investigación realizada por Li ning y cols, 2003, sobre las causas de rehospitalización de pacientes esquizofrénicos crónicos, mostró que existe un escaso nivel de conocimientos sobre esquizofrenia en familiares que han convivido un promedio de 20 años con un enfermo de esquizofrenia. De este grupo de familiares encuestados, solo recuerdan el biperideno entre los fármacos usados por el paciente, y no son capaces de reconocer los pródromos de una recaída, además un número importante de familiares cuidadores viven solos con el paciente, sin apoyo de otros miembros de la familia, quienes no contribuyen económica, práctica ni emocionalmente en el sostén del enfermo.

Este abandono social del familiar que sirve de soporte, ha de estar relacionado con los altos niveles de desconocimiento sobre la enfermedad, que genera falsas expectativas que se frustran y con el alto grado de estigmatización del paciente mental en general. La mala evolución del cuadro clínico se suma la ignorancia sobre la enfermedad, la estigmatización y el abandono no sólo por parte de la comunidad sino también de los otros familiares, esta situación da lugar a que los recursos emocionales de los familiares se desgasten, configurando una situación de desmoralización y un alto nivel de malestar psicológico entre los familiares de pacientes psicóticos, probablemente relacionado al rechazo al enfermo y a la falta de conocimientos.

Con respecto a los resultados obtenidos sobre el funcionamiento psicosocial global de pacientes con esquizofrenia, en nuestro estudio muestran

una tendencia hacia la indiferencia (2.7) con respecto a su funcionamiento psicosocial, es decir, el paciente se siente indiferente ante la necesidad contar con un empleo, poseer ingresos económicos, compartir una relación afectiva de pareja o bien el relacionarse con su familia (valencia y cols, 1999).

Los promedios de las distintas áreas que integran el funcionamiento psicosocial encontrados en nuestro estudio nos indican lo siguiente: relativo al área ocupacional referido como la necesidad del paciente para mantener un trabajo remunerado, muestra tendencia hacia la indiferencia (2.6). En el área social, relacionado con las capacidades con las que cuenta el paciente para establecer relaciones sociales, con una pobre red de apoyo social, se observa en nuestro estudio que los pacientes se muestran indiferentes ante este componente (3.1). En el área económica, referente a contar con algún tipo de ingreso económico se observa indiferencia ante la situación de contar o no contar con liquidez económica (3.1). Con relación al área sexual y de pareja, en donde puede existir un aplanamiento afectivo que puede llevar a no contar con vínculos afectivos en relaciones de pareja y su componente sexual se muestran satisfechos (2.4), pese a que en esta investigación, un porcentaje alto de pacientes no cuentan con relaciones de pareja. Con respecto al impacto de la enfermedad en el área familiar, se observa que los pacientes manifiestan neutralidad o indiferencia (3.1) ante sus relaciones familiares.

Durante las entrevistas con pacientes con esquizofrenia paranoide, la verbalización respecto a la convivencia familiar se observó con tónicos de desinterés e indiferencia, ante esta situación a priori comentada en las citas de G. Bateson, vale bien aventurarnos a pensar: ¿Los efectos de la presencia de un doble vinculo, influyen de mayor manera, que la situación del familiar cuidador respecto a conocer o no conocer sobre la esquizofrenia paranoide?,

pese a que solo es un supuesto no se puede aseverar que este fenómeno no está presente, dado que es una corriente aún plausible y sujeta a falsearse.

Al respecto Bateson nos muestra la dinámica grupal de la familia y cuál es la dinámica familiar, entendiendo dinámica no precisamente desde el punto de vista físico o matemático, sino de la compleja red y constelación familiar donde la comunicación puede ser modificada por otra comunicación. Somos producto de un proceso comunicacional, modificado y condicionado de distintas maneras por el impacto del medio ambiente. La familia en general, esas familias en las cuales los progenitores mantienen una adaptación al mundo que los rodea sin ser reconocidos como groseramente aberrantes, en tanto que uno o más de los miembros de su prole difieren conspicuamente de la población normal en cuanto a la frecuencia y naturaleza evidente de sus respuestas (Bateson y cols, 1956).

Algunos de los resultados aquí observados son muy afines a los encontrados en otras investigaciones con características similares, como los arrojados por Díaz y cols, en 1999 y 2005, así como por Valencia M, en 1994, 1999 y 2003, donde evidentemente se observa al paciente con una actitud indiferente o neutral ante los diferentes roles de su funcionamiento psicosocial.

Referente a los conocimientos que poseen los familiares cuidadores sobre esquizofrenia paranoide y su influencia en el funcionamiento psicosocial de los pacientes con el padecimiento, nos encontramos que los conocimientos influyen de manera importante para un mejor manejo del familiar enfermo, dado que a menor conocimiento del familiar cuidador, el paciente con esquizofrenia muestra mayor tendencia a la indiferencia en relación a su funcionamiento psicosocial, bajo esta premisa se utilizó prueba de hipótesis "t" de student, pues precisamente, la diferencia de las medias de los familiares cuidadores que

conocen y los que no conocen sobre esquizofrenia paranoide, es estadísticamente significativa para demostrar que existe influencia del conocimiento del familiar cuidador sobre el funcionamiento psicosocial.

El conocimiento del familiar cuidador es necesario para el manejo de su familiar paciente, a menudo el familiar enfrenta situaciones de difícil manejo consecuencia de su desconocimiento. Al respecto otros autores hacen alusión al esta problemática. Nuevamente G. Bateson arguye sobre la posibilidad teórica de la existencia de situaciones de doble vínculo entre el paciente con esquizofrenia y su situación familiar, por lo que hipotéticamente se piensa que la situación de la familia lleve a una persona a desarrollar esquizofrenia, es decir familia esquizofregenzante (Bateson y cols, 1956).

El ambiente familiar influye en la evolución de la esquizofrenia, pero es muy difícil intervenir sobre una situación de la que no se sabe su participación exacta, añadiendo las dificultades que plantea el identificar a los pacientes o grupos de riesgos. Además las circunstancias socio-familiares también tienen una influencia directa sobre las recidivas (Chinchillas, 2000).

Estudios realizados por Cortés y cols en 2001 explican que: Las características clínicas de esta enfermedad generan un gran número de situaciones negativas como dificultad en las relaciones familiares, convirtiéndose en un factor adicional de angustia, tanto para el paciente como para su familia, llegando a ser considerado como precipitante de recaídas, de exacerbación de síntomas y de rehospitalizaciones. Es evidente que los integrantes de la familia requieren ayuda y apoyo para sobrellevar el manejo de estos pacientes tanto en la casa como en el hospital.

Otra Investigación (Vallina y cols, 2001), indica que: la desinstitucionalización de los pacientes durante las dos últimas décadas favoreció la incorporación de sus familiares como un importante recurso terapéutico; sobre todo tras investigaciones que habían destacado la influencia de ciertas características del contexto familiar en la evolución de la esquizofrenia. Consecuencia de ello fue también el impulso experimentado por asociaciones familiares de auto-ayuda, cuyo objetivo era reducir los sentimientos de culpabilidad, aumentar el conocimiento de la enfermedad y desarrollar procedimientos educativos para el manejo del paciente.

Jorge Chuaqui en 2005 revela resultados semejantes a los que encontramos en nuestra investigación y las publicaciones anteriormente citadas. La esquizofrenia causa un serio problema no sólo al paciente, sino también a la familia, por lo que esta frecuentemente se ve aliviada cuando el paciente es hospitalizado, lo que en ciertos casos lleva a que la familia deje abandonado al paciente, la falta de manejo adecuado de la familia respecto a la enfermedad, influida por la formación de imágenes negativas de la familia respecto al paciente puede llevar a situaciones como las anteriormente descritas.

A todo lo antes analizado otros autores como: (Muela J y cols. en 2001. Onorato E. y cols. en 2004, Chien W y cols. en 2006, Talarowska y cols. en 2008), muestran congruencia con respecto a los resultados obtenidos en esta investigación y comparten opiniones similares acerca del contexto que abraza al conocimiento que posee el familiar cuidador y como este pobre conocimiento influye en el funcionamiento psicosocial del paciente con esquizofrenia paranoide.

CONCLUSIONES

De acuerdo con los resultados obtenidos en la presente investigación, se concluye lo siguiente:

1. Se observa que los familiares cuidadores del paciente esquizofrénico no cuentan con los conocimientos suficientes sobre esquizofrenia paranoide.
2. Se revela que los pacientes con esquizofrenia paranoide tienden a sentirse indiferentes con respecto a su funcionamiento psicosocial.
3. En relación área ocupacional del Funcionamiento Psicosocial, que comprende el trabajo en casa o actividades de la vida cotidiana, los pacientes con esquizofrenia paranoide muestran una tendencia a sentirse indiferentes.
4. Respecto a la convivencia con vecinos y familiares cercanos de su red social, los pacientes con esquizofrenia paranoide presentan indiferencia o neutralidad ante esta situación.
5. Los pacientes con esquizofrenia paranoide manifiestan indiferencia respecto al no contar con ingreso económico o con alguna remuneración monetaria.
6. En el área sexual, entendiéndose ésta como la relación afectiva con la pareja, los pacientes con esquizofrenia paranoide muestran satisfacción.
7. Referente al área familiar, los pacientes con esquizofrenia paranoide, revelan indiferencia ante la relación con sus hermanos, padres, etc.
8. Por último, los conocimientos que posee el familiar cuidador sobre esquizofrenia paranoide influye en el funcionamiento psicosocial de pacientes con este diagnóstico, es decir a menor conocimiento del familiar sobre esquizofrenia paranoide menor funcionamiento psicosocial del paciente con este diagnóstico.

PROPUESTAS

1. Se sugiere que la institución continúe con la capacitación y reeducación dirigida hacia los familiares cuidadores de pacientes con esquizofrenia, con el fin de aumentar los conocimientos sobre el padecimiento y mejorar el manejo del familiar enfermo.
2. Se propone para otras investigaciones, considerar y evaluar las recaídas o reingresos de los pacientes esquizofrénicos, así como el tiempo con la enfermedad, esto con el fin de contar con datos susceptibles a ser analizados e interpretados.
3. Emplear instrumentos de medición con escalas de tipo Likert, para evaluar los conocimientos del familiar cuidador sobre esquizofrenia.

BIBLIOGRAFÍA

- Acuña C, Bolis M.2005, La estigmatización y el acceso a la atención de salud en América Latina: Amenazas y perspectivas. 29avo. Congreso de la Academia Internacional de Derecho y Salud Mental. París, Francia, de julio 4-8.
- Agudelo M. Builes M. García J. Gutiérrez R. Ortiz C. López L. García M. Geney E. Percepción de la crítica familiar en pacientes ambulatorios con diabetes mellitas, trastorno bipolar I y sujetos sanos.2007. Revista Colombiana de Psiquiatría. 02 (36): 213-223.
- Álvarez G.2002, Intervenciones psicosociales en el tratamiento de la esquizofrenia. Anales de Psiquiatría.8 (1):18-26.
- APAL, 2004. Esquizofrenia y economía familiar en un hospital psiquiátrico, Asociación Psiquiátrica de América Latina, Lima, Perú.
- APAL.2007, Guía de la Asociación Psiquiátrica de América Latina para el Tratamiento de las Personas con Esquizofrenia, 1ra ed., Asociación Psiquiátrica de América Latina: 17-18.
- Arredondo A. y cols. 2003. Evaluación Económica de la Demanda de la Atención Médica para la Salud Mental en México Esquizofrenia y Depresión 1996-2000. Revista de Investigación Clínica.55 (1):43-50.
- Baca E, Leal C, Varela C, Riesgo Y, Roca M, 2006. Diagnostic process and management of schizophrenia in Spain: the ACEE Project. Actas Españolas Psiquiatría. 34(4):224-30.
- Bateson G, Jackson D, Haley Weakland J. 1956. Hacia una teoría de la esquizofrenia, Behavioral Science, 1(4): 232-263.
- Belloso J, García B, De Prado E.2007. Intervención psicoeducativa en un centro de rehabilitación psicosocial. Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría 20(73):23-40.

- Bastos H. Tratamiento en la Emergencia del Paciente Suicida, 2006, Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica.12. (1): 5-15.
- Burgos P. Figueroa V. Fuentes M. Quijada I. Espinoza E. 2008.Caracterización y nivel de conocimientos del cuidador informal de usuarios con dependencia severa adscritos al centro de salud violeta parra-chillan.Theoria.17 (2): 7-14.
- Cortés M, Rascón M.2001. Factores psicosociales relacionados con la rehospitalización de pacientes con psicosis orgánica. Salud Pública de México.43 (6):529-536.
- Cornejo F, Dragotto M, Ramos G, Klein R, Vernimmen P, Marcelo R.2006.Tratamiento farmacológico en pacientes con esquizofrenia. Revista Argentina de Neuropsiquiatría.13 (3): 20-29.
- Chien W, Norman I, Thompson D. 2006. Perceived benefits and difficulties experienced in a mutual support group for family carers of people with schizophrenia. Qual Health Res. 16 (7):962-81.
- Chinchillas A, 2000. Guía Terapéutica de las Esquizofrenias. Ed.1, p-272 Barcelona.
- Chuaqui J.2005. El estigma en la esquizofrenia. Ciencias Sociales Online.2 (1):45-66.
- DSM IV-.2004.ed1.Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Asociación Americana de Psiquiatría.
- Díaz D, Chacón S.2006, Proceso de inserción laboral de personas con esquizofrenia análisis desde una institución de apoyo, Revista de Psicología. 001, (15), 27-55.
- Díaz R, Rascón M, Valencia M, Unikel C, Murow E, Rascón D, Leños C, Ortega H.1999. Programa de rehabilitación integral del paciente esquizofrénico del instituto mexicano de psiquiatría. Seguimiento a dos años. Rev. Salud Mental. (1) 1-108.

- Díaz R, Ortega H, Leños C, Rodríguez M, Rascón M, Valencia M, Gutiérrez L, Mares E, 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*. 006(28):9-19.
- Donald E. Addington M. 2006. Seguridad en Esquizofrenia Reducir el Riesgo de Suicidio e Intento de Suicidio. *Revista de Toxicomanía*, 49, pag.17-18.
- Florit A. 2006. La Rehabilitación Psicosocial de pacientes con Esquizofrenia Crónica. *Apuntes de Psicología*. 24 (1-3):223-244.
- GEOPE (Grupo Español para la Optimización del Tratamiento en la Esquizofrenia). 2002. La funcionalidad como objetivo en el tratamiento de la esquizofrenia. *Actas Esp Psiquiatr*, 30 (5):312-325.
- Gómez A. 2007. Esquizofrenia, manejo farmacológico. *OFFARM*. 6(26) 86-94.
- González J. 2007. La familia como sistema. *Revista Papeña Med Fam*. 4(6):111-114.
- Hare E de Glahn DC, Dassori A, Raventos H, Nicolini H, Ontiveros A, Medina R, Mendoza R, Jerez A, Muñoz R, Almasy L, Escamilla MA. 2009. Heritability of age of onset of psychosis in schizophrenia, *Am J Med Genet B Neuropsychiatr Genet*. 24(3):7.
- Jáuregui I. 2005. Autoayuda y participación de la familia en el tratamiento de los trastornos de la conducta alimentaria. *Hospital Infante Luisa*. Sevilla 2(1)158-198.
- Jiménez R, Vázquez A, Vázquez R. 2007. Habilidades sociales y apoyo social en esquizofrenia, *International Journal of Psychology and Psychological Terapy*. 7(1): 61-71.
- Jones B, Gallagher B, Pisa A, Mc Fall J, 2008, Social class family history and type of schizophrenia, *Psychiatric Res*. 30:159 (1-2):127-32.
- Kohn R, Levav I, Caldas de Almeida JM, Vicente B, Andrade L, Caraveo-Anduaga JJ, Saxena S, Sarraceno B, 2005. Los trastornos mentales en

- América Latina y el Caribe: asunto prioritario para la salud pública. *Revista Panamericana de Salud Pública*.18.(4/5):229–40.
- Laviana M.2006, La atención a los transtornos mentales graves desde los servicios públicos. *Apuntes de Psicología*. 1-3 (24), 345-373.
- Lafuente S, Francisco J, Criado I, CovarrubiasC.2007.Desinstitucionalización y calidad de vida en pacientes esquizofrénicos. El caso de Segovia. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq*.100 (27):319-33.
- León C, 2005. Estigma y enfermedad mental: un punto de vista histórico social. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental Emilio Valdizan*. 6 (1).33-42
- Li ning J. Rondón M. Mina R. Ballon R. 2003. Causas de rehospitalización de pacientes esquizofrénicos crónicos. *Revista de Neuropsiquiatría* 66:13-26.
- Martínez A, Nadal S, Beperet M, Mendióroz P, y grupo Psicost.2000. Sobrecarga de los cuidadores familiares de pacientes con esquizofrenia: factores determinantes. *ANALES Sis San Navarra*, 23 (1): 101-110.
- Masand P, Narasimhan M, 2006, Improving adherence to antipsychotic pharmacotherapy, *Curr Clin Pharmacol*, 1(1):47-56.
- Medina M, Borges G, Lara C, Benjet C, Blanco J, Bautista C, Villatoro J, Rojas E, Zambrano J, Casanova L, Aguilar S. 2003. Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios resultados de la encuesta nacional de epidemiología psiquiátrica en México. *Salud Mental, Instituto de Psiquiatría Ramón de la Fuente*.26 (4):1-16
- Muela J, Godoy J.2001. Programas actuales de intervención familiar en esquizofrenia, *Psicothema*, 13(1):1-6.
- Onorato E. Osnaya U, 2004.Dinámica Familiar del Paciente con Diagnostico de Esquizofrenia. Universidad Nacional Autónoma de México.
- Orihuelas J, Orihuelas M, Machado H, Gómez M.1998.Salud Mental en Pacientes Adultos. *Revista Cubana de Medicina General Integral*. Vol. 14, 1998.

- Pickett-Schenk, S, 2003, Family education and support: just for women only? *Psychiatric Rehabilitation Journal*.27 (2):131-9.
- Perona S.2006. La intervención en esquizofrenia: avances desde la investigación y la práctica clínica. *Apuntes de Psicología*. 1-3(24): 5-10.
- Pharoah F, Mari J, Rathbone J, Wong W. 2007 Intervención familiar para la esquizofrenia, *Biblioteca Cochrane Plus*, 27(4):22-45.
- Robles R, Medina R, Flores S, Páes F.2007. Evaluación de habilidades sociales, para el trabajo en pacientes con esquizofrenia: validez y confiabilidad del autoreporte y la técnica de juego de roles. *Salud Mental* 30(005):27-32.
- Rodríguez F, Hernández C, Rodríguez A, Tost L.2004, Epidemiología de la esquizofrenia: dificultades de los estudios, *Psiquis*. 25(5):203-218.
- Runte A.2005. Estigma y esquizofrenia: que piensan las personas afectadas y sus cuidadores. *Facultad de Medicina, Universidad de Granada*.
- Rueda G, Correal S, Camacho P. 2007 Consistencia Interna y validación del constructo de la escala de involucramiento emocional y crítica familiar. *Rev Colomb Psiquiatr*, 36(3).
- Ruiz J, Cano J. 2010. Las psicoterapias introducción a las orientaciones psicoterapéuticas para profesionales sanitarios PENDIENTE.
- Talarowska M, Bogusz, Florkowski A, Zboralski K, Cieślak K, Gałeczki P.2008, Causes and consequences of frequent hospitalization among schizophrenic patients. *Pol Merkur Lekarski*, 24 (140): 101-5.
- Sotolongo Y. Esquizofrenia, historia, impacto socioeconómico y atención primaria de salud.2004.*Revista Cubana de Medicina Militar* v.33 n.2.
- Sánchez S.2001.La emoción expresada familiar en una muestra costarricense de pacientes esquizofrénicos. *Universidad Autónoma de Barcelona*.
- Torres A.2002, Locura, esquizofrenia y sociedad. Reflexiones. *Revista Neurología, Neurocirugía y Psiquiatría*. 35(3):162-168.

- Torres A y cols, 2003, Características Personales y Factores Estresantes que Experimentan los Familiares Cuidadores de Enfermos Mentales, presentado: XVI Coloquio Nacional de Investigación en Enfermería. Colombia, M, Septiembre, 17-19.
- Valencia M, Zaldívar G, Rivera E. 1994, Dieciocho meses de seguimiento en pacientes con esquizofrenia. Salud Pública Mex. 36(6) 662-669.
- Valencia M. 1999, Tratamiento psicosocial en pacientes esquizofrénicos del Instituto Mexicano de Psiquiatría. Rev. Mex de Salud Mental. 22(2):31-40.
- Valencia M, Rascón M, Quiroga H, 2003. Aportaciones de la Investigación respecto al tratamiento psicosocial y familiar de pacientes con esquizofrenia. Salud Mental. 26 (005):1-18.
- Vallina O, Lemos S, 2001. Tratamientos psicológicos eficaces para la esquizofrenia, Psicothema, 3 (13): 345-364.
- Villamil V, Valencia M, Díaz L, Medina M, Juárez, F. 2005. Funcionamiento psicosocial de pacientes esquizofrénicos de acuerdo con su consumo de Alcohol, Salud Mental 28(4):40-48.

ANEXO 1

ESCALA DE FUNCIONAMIENTO PSICOSOCIAL

INDICACIONES PARA CALIFICAR LA ESCALA DE FUNCIONAMIENTO PSICOSOCIAL

Total por área Se refiere a la sumatoria de la calificación de Todos los reactivos (7) de cada área.

Nivel (x) por área Se obtiene dividiendo la sumatoria de todos los reactivos de cada área (Total por área) por el número de reactivos de cada área (7).

Σ **Total por área**

7 (Número de reactivos por área)

Suma de la Media (x) de todas la Áreas Se obtiene sumando el nivel por área.

Nivel de Funcionamiento Se obtiene dividiendo la suma de la media (x) De todas las áreas por 5 (numero de áreas).

Σ **Media (x) de todas las áreas**

5 (Número Total de áreas)

No Aplicable: Se deberán considerar las respuestas “no Aplicables” para calificar cada área Tomando en cuenta, solo el total de reactivos aplicados con calificación de 1 a 5.

BIBLIOGRAFÍA

Valencia M, Rojas E, González C, Ramos L, Villatoro J. Evaluación del Funcionamiento Social de Pacientes de un Centro de Salud. Salud Pública Mex 31:674-687,1989.

GUÍA PARA CALIFICACIÓN

Califique cada una de las áreas de acuerdo a la siguiente escala, colocando la puntuación en la hoja de calificaciones que se muestra más adelante.

A.- Área ocupacional

1- Horas de trabajo.

-¿Cuántas horas del día trabaja usted?

-¿Le parecen muchas horas de trabajo? ¿Pocas? ¿Regular?

- ¿Cómo se siente en relación a esto?

2- Desempeño en el trabajo.

- ¿Cómo se desempeña usted en el trabajo?

-¿Cómo se siente en relación a su desempeño?

3- Relaciones interpersonales.

- ¿Cómo son sus relaciones interpersonales con el jefe, con sus compañeros de trabajo? ¿Cómo se siente en relación a esto?

4- Comunicación en el trabajo.

¿Cómo es su comunicación en el trabajo con el jefe(s) y sus compañeros?

(Para el tipo de trabajo que usted realiza) -¿Es necesario comunicarse con sus compañeros? ¿Con la gente? ¿Cómo se siente con respecto a su nivel de comunicación?

5-Problemas en el trabajo.

¿Tiene usted algunos problemas en el trabajo? ¿Qué tipo de problemas? ¿Con qué frecuencia? ¿Cómo se siente en relación a esto?

6- Condiciones de trabajo.

¿Cómo son las condiciones de trabajo? Por ejemplo: ambiente físico, incentivos, motivación, etc.

7- Nivel de satisfacción global hacia el trabajo.

-En relación a todo lo que usted ha dicho de su ocupación, ¿Cómo se siente hacia su trabajo en general?

B- Área social

1- Contacto social con los vecinos.

¿Visitita usted a sus vecinos? ¿Recibe visitas de ellos?

¿Invita usted a los vecinos a su casa? ¿Lo invitan a usted? ¿Con que frecuencia?, por ejemplo: Una vez a la semana, cada 15 días, una vez al mes.

¿No hace nada de esto? ¿Cómo se siente en relación a esto?

2- Interés en contacto social.

-¿Está usted interesado en relacionarse con la gente? ¿En llevarse bien?

¿En platicar? ¿Siente usted que tiene necesidad de mayor contacto social?

¿Cómo se siente en relación a esto?

3-Nivel de comunicación.

¿Cómo diría usted que es su nivel de comunicación con la gente? ¿Con sus vecinos? ¿Con sus amigos? etc., ¿Bueno? ¿Malo? ¿No se comunica? ¿Cómo se siente e n relación a esto?

4- Aislamiento social.

¿Se aísla usted de la gente? ¿Se siente solo con frecuencia? ¿No se aísla?

¿Cómo se siente en relación a esto?

5-Problemas o dificultades sociales.

¿Tiene usted problemas de tipo social? ¿Qué tipo de problemas? ¿Con que frecuencia? ¿Cómo se siente en relación a esto?

6-Preocupación por problemas o dificultades sociales.

¿Tienes preocupaciones por estos problemas? ¿De qué tipo?

¿No tiene preocupaciones? ¿Cómo se siente en relación a esto?

7- Nivel de satisfacción hacia roles sociales

-En relación a todo lo que ha mencionado sobre sus actividades sociales con amigos, vecinos, con la gente en general, ¿Cómo se siente usted que desempeña sus actividades sociales? ¿Cómo se siente en relación a esto?

C. Área económica.

1-Disponibilidad de dinero.

¿Piensa usted que el dinero que tiene le alcanza para vivir?

¿Cubre esto sus necesidades básicas como: alimentos, ropa, etc.? ¿Es el dinero suficiente? ¿No le alcanza? ¿Cómo se siente en relación a esto?

2- Problemas económicos.

¿Tiene usted problemas de tipo económico? ¿Qué tipo de problemas? ¿Cómo se siente en relación a esto?

3-Preocupación por problemas económicos.

¿Está usted preocupado por los problemas económicos? ¿Se preocupa mucho? ¿No se preocupa? ¿Cómo se siente en relación a esto?

4- Manejo del dinero.

¿Cómo maneja su dinero? ¿Tiene facilidad para distribuir el dinero para el gasto, para pagar deudas, etc.? ¿Cómo se siente en relación a esto?

5-Seguridad económica.

¿Se siente usted seguro económicamente? ¿Se siente usted seguro de salir adelante económicamente? ¿Cómo se siente en relación a esto?

6-Contacto social.

¿Siente usted que por la falta de dinero no puede hacer otras actividades? Por ejemplo: ir al cine, eventos deportivos, etc.? ¿Siente usted que por falta de dinero no puede salir con los amigos, familiares, etc.?

¿Cómo se siente en relación a esto?

7-Nivel de satisfacción económica.

En relación a lo platicado sobre estos aspectos, ¿Qué tan satisfecho se encuentra usted en lo general?

D. Área sexual

1-Nivel de comunicación.

¿Existe comunicación entre usted y su pareja sobre aspectos sexuales?
¿Platican de vez en cuando? ¿Cómo se comunican? ¿Cómo se siente usted en relación a esto?

2- Desempeño de actividad sexual.

¿Cómo se desempeña usted en su rol sexual? Por ejemplo: conocimiento, actitudes, conducta, ¿Cómo se siente en relación a esto?

3- Nivel de interés.

¿Tiene usted interés en las actividades sexuales? ¿Cómo se siente en relación a esto?

4-Seguridad en conservar a la pareja.

¿Tiene usted seguridad en conservar a su pareja?
¿Cómo se siente en relación a esto?

5-Problemas de tipo sexual.

¿Tiene usted problemas de tipo sexual? ¿Qué tipo de problema? ¿Con que frecuencia? ¿Cómo se siente en relación a esto?

6-Preocupación por problemas sexuales.

¿Tiene preocupaciones por problemas de tipo sexual? ¿De qué tipo?
¿Cómo se siente en relación a esto?

7-Nivel de satisfacción.

En relación a todo lo que usted ha dicho, como se siente en relación a su vida sexual y a los roles que usted desempeña.

E. Área familiar

1-Comunicación en la familia.

¿Platica usted con su familia? ¿Con que frecuencia? Cuando platica ¿Cómo se siente? ¿No hace nada de esto? ¿Cómo se siente en relación a esto?

2- Rechazo familiar.

¿Siente rechazo de su familia? ¿Hacia algún miembro en especial? ¿A qué se debe este rechazo? ¿Cómo se siente en relación a esto?

3- Pertenencia familiar.

¿Siente usted que pertenece a su familia? ¿Se considera miembro del grupo familiar? ¿Siente que no pertenece usted a su familia? ¿Cómo se siente en relación a esto?

4-Problemas o dificultades con la familia.

¿Tiene usted problemas o dificultades con la familia? ¿Qué tipo de problemas? ¿Con que frecuencia? ¿Cómo se siente en relación a esto?

5- Preocupación por problemas o dificultades familiares.

¿Tiene preocupaciones por estos problemas? ¿De qué tipo? ¿No tiene preocupaciones? ¿Cómo se siente en relación a esto?

6-Nivel de satisfacción global familiar.

En relación a todo lo que ha dicho acerca de las actividades con su familia, ¿Cómo siente usted que se desempeña en todas las actividades familiares? ¿Cómo se siente en relación a esto?

7-Nivel de satisfacción de la familia hacia el paciente.

En relación a lo que su familia hace por usted, por ejemplo: ¿Se interesa en tener buenas relaciones y comunicación con usted? ¿Le da apoyo? ¿Seguridad? ¿Se preocupa y se interesa por usted o por lo contrario no hace nada de esto y más bien le crea problemas? ¿Lo rechaza? ¿Demuestra agresión? Etc. ¿Cómo se siente en relación a lo que su familia hace o siente por usted?

ESCALA DE FUNCIONAMIENTO PSICOSOCIAL FOLIO
HOJA DE CALIFICACIÓN

Nombre _____ Ocupación _____ Sexo _____
 Domicilio _____ Edo. Civil _____ Edad _____
 Escolaridad _____ Evaluador _____ Fecha _____

ÁREAS DE FUNCIONAMIENTO PSICOSOCIAL

Califique utilizando la siguiente escala.

- 1-Muy satisfecho
- 2-Satisfecho
- 3-Neutral- Indiferente
- 4-Insatisfecho
- 5-Muy Insatisfecho
- 9-No aplicable

ÁREA	Reactivos por área	Total	Nivel por área
A. Ocupacional	_____	_____	_____
	1 2 3 4 5 6 7		
B. Social	_____	_____	_____
	1 2 3 4 5 6 7		
C. Económica	_____	_____	_____
	1 2 3 4 5 6 7		
D. Sexual	_____	_____	_____
	1 2 3 4 5 6 7		
E. Familiar	_____	_____	_____
	1 2 3 4 5 6 7		

Suma de la media (x) de todas las áreas _____

Nivel de funcionamiento psicosocial global _____

ANEXO 2

CUESTIONARIO SOBRE ESQUIZOFRENIA

Nombre:(sus iniciales) _____ Edad _____ Sexo _____

Domicilio _____ Ocupación _____

Escolaridad _____ Estado Civil _____

Las preguntas que contiene este cuestionario, tienen como objetivo medir los conocimientos que usted posee sobre esquizofrenia, por lo que deberá marcar con una **X** la respuesta que usted considere sea la correcta.

FOLIO

1-La enfermedad mental es una «desgracia» o afección misteriosa.

FALSO VERDADERO NO SE

2-Sólo existe un tipo de enfermedad mental y en forma grave.

FALSO VERDADERO NO SE

3-La enfermedad mental es una enfermedad como cualquier otra que necesita tratamiento oportuno.

FALSO VERDADERO NO SE

4-Generalmente, la enfermedad mental se desarrolla lentamente y puede ser reconocida en sus comienzos.

FALSO VERDADERO NO SE

5-Algunas enfermedades mentales sólo necesitan tratamiento ambulatorio, y otras, hospitalización en períodos de crisis.

FALSO VERDADERO NO SE

6-Los hospitales psiquiátricos son lugares destinados a la hospitalización permanente de los enfermos mentales.

FALSO VERDADERO NO SE

7-La persona con esquizofrenia presenta períodos de recuperación y recaídas.

FALSO VERDADERO NO SE

8-La esquizofrenia puede presentarse de forma diferente de una persona a otra

FALSO VERDADERO NO SE

9-La esquizofrenia se inicia generalmente en la adolescencia o juventud.

FALSO VERDADERO NO SE

Escriba en las líneas lo que se le pide, según crea usted sea la respuesta indicada.

10-Los medicamentos que le indicaron, le "causaron mal" alguna vez? De qué manera?

11. Qué hizo usted cuando le "causo mal" la medicina? (solo contestar si existe respuesta a la pregunta No.10)

Por favor, encierre en un círculo el inciso que crea usted corresponde a la respuesta correcta.

12. Si hay algo que le molesta de la conducta de su paciente, usted:

- a)-Procura no criticarlo ni molestarlo.
- b)-Se calma para dirigirse a él.
- c)-Lo castiga por hacer cosas que no aprueba.
- d)-Discute con él.
- e)-Se preocupa todo el tiempo sintiéndose a veces triste.
- f)-Anima a su paciente a seguir adelante aún en lo poco que pueda lograr.
- g)-Otros (especifique).

13-Si su paciente se siente mejor y manifiesta que no necesita continuar con el tratamiento, usted:

- a)-Acepta la idea del paciente.
- b)-Lo motiva para que continúe con el tratamiento.
- c)-Le dice que espere hasta consultar al médico.

14-Muchas veces se observa que el paciente con esquizofrenia se aísla, no quiere hablar, no se interesa por su aseo, ni en su arreglo personal, pasa acostado todo el día, usted piensa que es:

- a)-Ocioso.
- b)-Inútil.
- c)- Enfermo.
- d)-Es así su carácter.

15-La esquizofrenia es causada por:

- a)-Herencia
 - b)-Contagio
 - c)- Tensión o problemas
 - d)-Mucho estudio
 - e)- Daño o brujería
 - f)-No haber tenido relaciones sexuales
 - g)-Se le subió la sangre a la cabeza
 - h)- Falta de alimentación
 - i)-Traumas durante la niñez
 - j)-Caídas o golpes en la cabeza
 - k) -Masturbación
 - l) -No sabe
 - m)-Otros como (especifique)
-

2. Para la recuperación de un paciente con esquizofrenia se requiere básicamente:

- a)-Brujería o exorcismo
- b)-Hierbas o remedios caseros
- c)-Tratamiento médico, "pastillas" y apoyo de la familia
- d)-Hospitalizarlo permanentemente.

3.- Para la recuperación de un paciente con esquizofrenia se requiere básicamente:

- a)-Hospitalizarlo el mayor tiempo posible.
- b)-Darle los medicamentos indicados por el psiquiatra
- e)-Darle hierbas
- d)-Que descanse permanentemente
- e)-Que trabaje
- f)-Se case
- g)-Apoyo familiar permanentemente.

Favor de contestar con base a lo que usted haya observado y crea lo correcto.

4.-Mencione los comportamientos que usted ha observado en su paciente y que lo caracterizan como enfermo.

Por favor, encierre en un círculo el inciso que crea usted corresponde a la respuesta correcta.

5.-Las recaídas en el paciente pueden presentarse:

- a)-Por problemas en la casa
- b)-Problemas en el trabajo
- c)- Situaciones que el paciente considera difíciles de enfrentar
- d)-Incumplimiento en el control médico

e)-Incumplimiento en darle las medicinas

f)-A veces sin motivo

6.-Los medicamentos usados para la esquizofrenia:

a)-Curan

b)-Mejoran o alivian

c)-Evitan el empeoramiento de los síntomas

d)-Evitan las recaídas

Por favor, escriba la respuesta sobre lo que se le pide.

7.-Mencione usted los medicamentos que su paciente toma actualmente para el tratamiento de la enfermedad:_____

8.-Mencione usted los medicamentos que su paciente ha tomado anteriormente para el tratamiento de la enfermedad:_____

ANEXO 3

CONSENTIMIENTO INFORMADO Y AUTORIZACIÓN DEL COMITE DE ÉTICA E INVESTIGACIÓN DE HOSPITAL PSIQUIÁTRICO “CRUZ DEL NORTE”

HOSPITAL PSIQUIÁTRICO CRUZ DEL NORTE COMITE DE ETICA EN INVESTIGACIÓN

FORMATO DE PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

No. de proyecto: ___

Fecha: 15 de noviembre de 2008.

Institución: Hospital Psiquiátrico Cruz del Norte Hermosillo, Sonora.

Área: Hospitalaria.

TITULO Conocimientos que posee el familiar cuidador sobre esquizofrenia paranoide y su influencia en el funcionamiento psicosocial de pacientes egresados con este diagnóstico del Hospital Psiquiátrico “Cruz del Norte” de Hermosillo, Sonora en 2009.

La familia es la primer línea de apoyo para el paciente con esquizofrenia, Los conocimientos acerca de este padecimiento en los familiares son uniformemente bajos, además la esquizofrenia se considera una de las enfermedades más discapacitantes, esto por aparecer entre 15 a 49 años de edad y afecta entre ,5 y 1,5% de la población mundial. En México, la esquizofrenia se encuentra en el cuarto lugar entre las 10 enfermedades neuropsiquiátricas más frecuentes. En Sonora, de mayo de 2007 a mayo de 2008, el número de pacientes con episodio psicótico atendidos en el Hospital Psiquiátrico “Cruz del Norte” fue de 2228 de los cuales 2111 egresaron con diagnóstico de esquizofrenia. Actualmente, se atiende un promedio de 6

pacientes al mes, de los cuales el 50% de ellos permanecen hospitalizados. Existen altos costos en la atención al paciente hospitalizado, una breve permanencia del paciente con esquizofrenia en el vínculo familiar y se muestra una pobre reinserción social, por lo que se cuestiona lo siguiente.

¿Existe diferencia en el funcionamiento psicosocial de pacientes con esquizofrenia paranoide, entre familiares cuidadores que no poseen conocimientos y familiares cuidadores que si poseen conocimientos sobre este diagnóstico de pacientes egresados del Hospital Psiquiátrico “Cruz del Norte”?

Esto se realizará utilizando un cuestionario para medir los conocimientos del el familiar y la Escala de Funcionamiento Psicosocial (EFPS) para el paciente. El muestreo será probabilístico y se utilizará un estudio transversal comparativo, se estudiarán a los familiares cuidadores de pacientes con esquizofrenia paranoide que acepten participar en el estudio, así como al paciente con diagnóstico de esquizofrenia paranoide. El análisis de los datos se hará mediante “t” de student. Cabe mencionar que los resultados de esta investigación brindarán nobles beneficios a la institución así como al paciente y su familia, pues los resultados serán de gran ayuda para elaborar estrategias encaminadas a la familia y sociedad.

CUALQUIER CAMBIO AL PROYECTO DE INVESTIGACION DEBERA SER NOTIFICADO AL COMITÉ DE BIOETICA.

INVESTIGADOR RESPONSABLE: L.E.O. René Ulises Domínguez Ballesteros

CO. INVESTIGADOR: MC. Víctor José Tovar Guzmán.

1.- Nivel de riesgo del protocolo (Seleccionar una sola opción):

a) Investigación sin riesgo SI NO

Estudios que emplean técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos y revisión de expedientes clínicos y otros, en los que no se le identifique ni se traten aspectos sensitivos de su conducta.

b) Investigación con riesgo mínimo SI NO

Estudios prospectivos que emplean el registro de datos a través de procedimientos comunes en exámenes físicos o psicológicos de diagnóstico o tratamiento rutinarios, entre los que se consideran: pesar al sujeto, pruebas de agudeza auditiva, electrocardiograma, termografía, colección de excretas y secreciones externas, obtención de placenta durante el parto, colección de líquido amniótico al romperse las membranas, obtención de saliva, dientes deciduales y dientes permanentes extraídos por indicación terapéutica, placa dental y cálculos removidos por procedimientos profilácticos no invasores, corte de pelo y uñas sin causar desfiguración, extracción de sangre por punción venosa en adultos en buen estado de salud, con frecuencia máxima de dos veces a la semana y volumen máximo de 450 ml, en dos meses, excepto durante el embarazo, ejercicio moderado en voluntarios sanos, pruebas psicológicas a individuos o en grupos en los que no se manipulará la conducta del sujeto, investigación con medicamentos de uso común, amplio margen terapéutico, autorizados para sus venta, empleando las indicaciones,

dosis y vías de administración establecidas y que no sean medicamentos de investigación no registrados por la SSA.

En caso afirmativo describa específicamente el procedimiento que implique el riesgo mínimo y su justificación **de cómo lo afrontará**:

El riesgo mínimo se encuentra implícito al momento de la entrevista pues el paciente con esquizofrenia podría mostrar datos de ansiedad y desesperación por las preguntas que se le realizarán. Sin embargo, se le explicará previamente y con detalle que puede abandonar la entrevista en el momento que sienta incomodidad de cualquier tipo o crea que se le está violando su individualidad. De la misma manera si presentase datos agresividad como: voz altisonante, expresiones faciales o corporales amenazante. Para estos posibles eventos, se espera contar con un equipo de enfermeros que actuaran de apoyo y se canalizará con su médico tratante para su debido tratamiento.

c) Investigación con riesgo mayor que el mínimo: SI NO

Las probabilidades de afectar al sujeto son significativas, entre las que se consideran: estudios radiológicos y con microondas, ensayos con los medicamentos y su uso con modalidades, indicadores o vías de administración diferentes de los establecidos, ensayos con nuevos dispositivos, estudios que incluyen procedimientos quirúrgicos, extracción de sangre mayor al 2% del volumen circulante en neonatos, amniocentesis y otras técnicas invasoras o procedimientos mayores, los que emplean métodos aleatorios de asignación a esquemas terapéuticos y los que tengan control con placebos, entre otros.

En caso afirmativo describa específicamente el procedimiento que implique el riesgo mayor que el mínimo y su justificación **de cómo lo afrontará**:

No aplica

2.- Se incluye formato de consentimiento informado.

SI No

Deberá incluirse en todos los protocolos excepto en el caso de investigaciones que involucran solamente la revisión de expedientes. En este caso, podrá dispensarse al investigador del consentimiento informado de los individuos sin embargo requiere el consentimiento de las autoridades correspondientes. En el caso de investigaciones sin riesgo o con riesgo mínimo, el consentimiento informado se puede obtener verbalmente (sin firma o la firma de dos testigos o huella digital) si hay una justificación adecuada.

Se pide anexar el texto que se comunicará verbalmente

En caso afirmativo:

Justificar:

La explicación verbal será la explicación detallada y completa del estudio al paciente y al familiar responsable, enumerando la justificación, los objetivos, los procedimientos que se usaran para la aplicación de las entrevistas.

Se explicaran todos los procedimientos a seguir, así como los beneficios, la garantía de aceptar o suspender su consentimiento si así lo desea, además de responder a todas las preguntas que surgieran en el transcurso del mismo, manteniendo la confidencialidad y el anonimato del sujeto. De corresponder, se referirá a la atención médica o suspender del estudio en caso de alguna complicación o en caso que deseé abandonar el mismo, todo lo anterior se encuentra argumentado con base en los códigos de bioética vigentes.

El formato de consentimiento informado incluye los siguientes aspectos:

Marcar los que procedan, dependiendo del tipo de investigación y solo para el caso de proyectos con riesgo mayor que el mínimo, deberá cumplir con todos los puntos.

- La justificación y los objetivos de la investigación.
- Los procedimientos que vayan a usarse y su propósito, incluyendo la identificación de los procedimientos experimentales.
- Las molestias o los riesgos esperados.
- Los beneficios que puedan obtenerse.

Los procedimientos alternativos que pudieran ser ventajosos al sujeto

- La garantía de recibir respuesta a cualquier pregunta y aclaración a cualquier duda acerca de los procedimientos, riesgos, beneficios y otros asuntos relacionados con la investigación y el tratamiento del sujeto.
- La libertad de retirar su consentimiento en cualquier momento y dejar de participar en el estudio, sin que por ello se creen prejuicios para continuar su cuidado y tratamiento.
- La seguridad que no se identificará al sujeto y que se mantendrá la confidencialidad de la información relacionada con su privacidad.

- El compromiso de proporcionarle información actualizada obtenida durante el estudio, aunque ésta pudiera afectar la voluntad del sujeto para continuar participando.
- La disponibilidad de tratamiento médico y la indemnización a que legalmente tendrá derecho, por parte de la institución de atención a la salud, en el caso de daños que la ameriten, directamente causadas por la investigación, y que si existen gastos adicionales, éstos serán absorbidos por el presupuesto de la investigación. **(Solo marcar esta opción si está incluida en el consentimiento informado).**
- Indicará los nombres y direcciones de dos testigos y la relación que éstos tengan con el sujeto de investigación. Deberá ser firmado por dos testigos y por el sujeto de investigación o su representante legal, en su caso. Si el sujeto de investigación no supiere firmar, imprimirá su huella digital y a su nombre firmará otra persona que él designe. (en caso de investigación con riesgo mayor).
- El nombre y el teléfono a la que el sujeto de investigación podrá dirigirse en caso de duda.
- Se referirá para atención médica apropiada (si corresponde).

3.- El proyecto comprende investigación en comunidades.

SI

NO

En caso afirmativo:

El beneficio esperado para la comunidad es razonable y los estudios efectuados en pequeña escala no han producido resultados concluyentes.

El investigador principal planea obtener la aprobación de las autoridades de salud y otras autoridades civiles de la comunidad a estudiar, además de obtener la carta de consentimiento informado de los individuos que se incluyan en el estudio, dándoles a conocer la información incluida en la carta de consentimiento.

4.- El proyecto comprende investigación en menores de edad o incapaces.

SI

NO

En caso afirmativo:

El investigador se ha asegurado previamente de que se han hecho estudios semejantes en personas de mayor edad y en animales inmaduros, excepto cuando se trate de estudiar condiciones que son propias de la etapa neonatal o padecimientos específicos de ciertas edades.

Se obtendrá el escrito de consentimiento informado de quienes ejerzan la patria potestad o la representación legal del menor o incapaz de que se trate. Cuando la incapacidad mental y estado psicológico del menor o incapaz lo permitan, el investigador planea obtener además, su aceptación para ser sujeto de investigación, después de explicar lo que se pretende hacer.

5. El proyecto comprende investigación en mujeres de edad fértil, embarazadas, durante el trabajo de parto, puerperio, lactancia y recién nacidos.

SI

NO

Solo para el caso de proyectos con riesgo mayor que el mínimo.

En caso afirmativo:

En embarazadas el investigador se ha asegurado que existen investigaciones realizadas en mujeres no embarazadas que demuestren su seguridad, a excepción de estudios específicos que requieran de dicha condición.

Existe beneficio terapéutico; (Las investigaciones sin beneficio terapéutico en mujeres embarazadas sobre el embarazo, no deberán presentar un riesgo mayor al mínimo para la mujer, el embrión o el feto)

Se ha certificado que las mujeres no están embarazadas, previamente a su aceptación como sujetos de investigación y se procura disminuir en lo posible las posibilidades de embarazo durante el desarrollo de la investigación.

Si el estudio se realiza en mujeres embarazadas, durante el trabajo de parto, puerperio y lactancia; se planea obtener la carta de consentimiento informado de la mujer y de su cónyuge o concubinario, previa información de los riesgos posibles para el embrión, feto, recién nacido en su caso. El consentimiento del cónyuge o concubinario sólo podrá dispensarse en caso de incapacidad o imposibilidad fehaciente o manifiesta para proporcionarlo; porque el concubinario no se haga cargo de la mujer, o bien, cuando exista riesgo inminente para la salud o la vida de la mujer.

6.- El proyecto comprende investigación en grupos subordinados:

SI

NO

Estudiantes, trabajadores de laboratorios y hospitales, empleados, miembros de las fuerzas armadas, internos en reclusorios o centro de readaptación social y otros grupos especiales de la población, en los que el consentimiento informado pueda ser influenciado por alguna autoridad.

En caso afirmativo

- En el Comité de ética participa uno o más miembros de la población en estudio, capaz de representar los valores morales, culturales y sociales del grupo en cuestión (Para cumplir con este requisito será suficiente entregar una carta de uno de los representantes involucrados, al Comité de Bioética).

- Se han establecido los procedimientos para vigilar:
Que la participación, el rechazo de los sujetos a intervenir o retiro de su consentimiento durante el estudio, no afecte su situación escolar, laboral, militar o la relacionada con el proceso judicial al que estuvieran sujetos y las condiciones de cumplimiento de sentencia, en su caso;

- Que los resultados de la investigación no sean utilizados en perjuicio de los individuos participantes, y que la institución de atención a la salud y los patrocinadores se responsabilicen del tratamiento médico de los daños ocasionados y, en su caso, de la indemnización que legalmente corresponda por las consecuencias dañosas de la investigación.

7.- Resuma la experiencia en el campo del investigador principal y co-investigadores en este tipo de investigación:

Investigador Responsable.

L.E.O. René Ulises Domínguez Ballesteros.

Orientador metodológico de los residentes de medicina del Hospital General de Mazatlán Sinaloa, Coordinador de investigación y enseñanza en enfermería en el Hospital Integral de Angostura , en Angostura Sinaloa, Actualmente curso el segundo semestre en el programa de maestría en ciencias de la salud en la Universidad de Sonora en Hermosillo Sonora.

Director de Tesis.

Dr. Víctor José Tovar Guzmán:

Médico Cirujano (UNAM) Maestría en Salud Pública y Epidemiología (INSP, UNAM) Líneas de investigación tabaquismo, cáncer y tuberculosis, 30 artículos publicados en revistas nacionales e internacionales, catedrático de metodología de la investigación y bioestadística básica, actualmente coordinador estatal de

8.-Describa las posibles contribuciones y beneficios de este estudio para los participantes y la sociedad:

En el presente estudio la familia y el paciente con esquizofrenia paranoide juegan un papel importante, pues la información que de ellos se genere será de trascendente utilidad por una parte en la aportación del conocimiento a la ciencia y por otro lado nos brindara una clara visión de la situación sobre los conocimientos de los familiares cuidadores ante sus pacientes con esquizofrenia paranoide y de esta manera caminos elaborar estrategias y líneas de acción en beneficio del paciente, la familia y la comunidad, De tal forma que los costos para el hospital , familia, y la carga social así como el riesgo de complicaciones disminuya. Esto en un sentido donde la información que nos arroje esta investigación sea indicador para la correcta toma de decisiones.

9.- Describa el proceso mediante el cual se va a obtener el consentimiento de participación en el estudio (copia de consentimiento, o del texto que se expondrá para recabar la información, ya sea con autoridades o en poblaciones en las que se llena cuestionario, Ej. grupos escolares):

Utilizando este conducto me permito invitar a usted familiar cuidador, a participar en un estudio que tiene como finalidad conocer cuál es el conocimiento que usted posee, acerca de la esquizofrenia paranoide, de tal manera que su colaboración será solo el responder una serie de preguntas que no la comprometen en su integridad biológica, social o espiritual, pues los datos que aquí se recaben quedaran registrados exclusivamente para el estudio y solamente se mostraran números como resultados, a los que usted tendrá derecho a conocer si usted así lo desea, es decir, no aparecerá su nombre, dirección , u otra característica particular que crea usted pueda revelar su identidad, cabe aclarar que durante el proceso donde usted me brinde sus datos estará en pleno derecho de preguntar cualquier duda por más mínima que esta sea, así mismo usted cuenta con el derecho de suspender el proceso de recopilación de datos en el momento que crea o sienta que se le está violando su individualidad, además, tenga la confianza y es mi responsabilidad brindarle la atención médica tanto para su familiar paciente como para usted si así lo requiere al momento de la entrevista, también tengo a bien informarle que si no acepta participar en este estudio usted no debe tener preocupación alguna pues no habrá repercusión hacia usted ni en la atención médica a su familiar paciente dentro de estas instalaciones.

Por lo contrario si usted acepta participar, estará colaborando de manera importante con la ciencia y al progreso del estudio de la relación familia y el paciente con esquizofrenia paranoide, y así los resultados podrán brindar herramientas para trabajos posteriores con otras personas con la finalidad de

ayudar a las familias que tienen un familiar con esquizofrenia y a los pacientes en la búsqueda de una reinserción social, si usted está dispuesta (o), a participar en este estudio, sírvase firmar en las líneas indicadas. Gracias.

Nombre y Firma-----

10.- ¿Qué medidas se piensan seguir para mantener la confidencialidad de la información?

Los datos obtenidos durante el estudio son completamente confidenciales. No se evidenciará el nombre de ninguno de los pacientes ni del familiar, sino que se les asignará un código numérico para su identificación. Su nombre no aparecerá en ningún reporte o publicación. Una vez recabada la información se procederá a la captura de esta en una base de datos exclusiva de la investigación y del investigador mismo, el cual es responsable de cualquier fuga que en esta se presente.

Si requiere información adicional o cualquier duda al respecto del estudio, puede comunicarse con el Lic. en Enfermería. René Ulises Domínguez Ballesteros en del Hospital Psiquiátrico "Cruz del Norte" a los teléfonos (cel.) 044- 662- 1-71-06-34 o (Hospital) 2-16-42-00

DICTAMEN:

APROBADO

EN PROCESO

RECHAZADO

Observaciones: _____

**NOMBRES Y FIRMAS DE LOS MIEMBROS DEL COMITÉ DE BIOETICA
DEL HOSPITAL PSIQUIÁTRICO “CRUZ DEL NORTE”.**

Dr. Macario López Favela
Presidente

Dr. José González Terrazas
Secretario

Psic. Aracely P. Dórame Durazo
Secretaria de Acuerdos y Actas

Dr. Jorge Alejandro Ballesteros Lugo
Vocal

C. Dora Ma. Álvarez Velásquez
Vocal

Dra. Ma. Juana Hernandez González
Vocal

CP. Claudia Gálvez López
Vocal

CP. Enf. Jesús David Vega Torres
Vocal

Enf. Guadalupe Enríquez González
Vocal

Fecha: _____

CARTA DE CONSENTIMIENTO

Nombre del paciente: _____

Código para el estudio: _____

Nombre del responsable legal: _____

Se le invita a participar en un estudio de investigación del Hospital Psiquiátrico “Cruz del Norte”. Esto requiere de su consentimiento voluntario. Lea con cuidado la siguiente información, todas sus preguntas serán contestadas, no dude en preguntar.

Programa que se realizará:

El objetivo es: Determinar si los conocimientos que posee el familiar sobre esquizofrenia paranoide influyen en el funcionamiento psicosocial de pacientes egresados con dicho diagnóstico del Hospital Psiquiátrico Cruz del Norte, esto se realizará aplicando un cuestionario al familiar cuidador, que nos permita medir los conocimientos acerca de los conocimientos sobre esquizofrenia paranoide, y al paciente se le aplicara la EFPS (Escala de Funcionamiento Psicosocial), que nos permitirá medir la funcionalidad de paciente con esquizofrenia paranoide.

Plan del programa:

Si usted acepta participar en este estudio, será entrevistado por el investigador responsable, el cual le hará contestar un cuestionario donde usted pueda aportar la cantidad de conocimientos que usted posee sobre esquizofrenia paranoide, es importante aclarar que este cuestionario no es con el fin de evidenciar lo mucho o poco que usted conoce sobre esquizofrenia paranoide sino con el objeto de generar una calificación que en su momento el resultado no tendrá ninguna repercusión negativa par a usted o su familiar paciente,

básicamente son una serie de preguntas, por lo que no implica más que la recopilación de datos con fines estadísticos.

Consignas a seguir:

- a) Se pedirá la cooperación del paciente y de su responsable legal para realizar las entrevistas.
- b) Las entrevistas serán sin costo económico alguno.
- c) En caso de cambiar de opinión o decidir, por cualquier motivo, no colaborar en el estudio, puede retirarse de él en cualquier momento en que nos lo informe.

Ventajas:

- a) Las valoraciones que se realizarán a lo largo del estudio permitirán conocer mejor las particularidades de su enfermedad, lo que puede
- b) influir de manera favorable en el abordaje de su padecimiento.
- c) El paciente de manera indirecta, ayudará a la comunidad de pacientes al contribuir en el conocimiento sobre la naturaleza de la esquizofrenia y el trastorno esquizoafectivo.

Confidencialidad:

Los datos obtenidos durante el estudio son completamente confidenciales. No se utilizará el nombre de ninguno de los pacientes ni del familiar, sino que se les asignará un código numérico para su identificación. Su nombre no aparecerá en ningún reporte o publicación.

Si requiere información adicional o cualquier duda al respecto del estudio, puede comunicarse con el Lic. en Enfermería. René Ulises Domínguez Ballesteros en del Hospital Psiquiátrico “ Cruz del Norte” de Hermosillo Sonora, ubicado en Av. Colosio final y C. Quintero Arce enfrente del Seminario Mayor, en Hermosillo Sonora.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

He leído la carta de consentimiento informado y entiendo de qué se trata el estudio. He hablado directamente con el responsable del estudio y ha contestado todas mis preguntas en términos que he podido entender. Puedo hacer cualquier pregunta en cualquier momento de la investigación.

ACEPTO VOLUNTARIAMENTE PARTICIPAR EN ESTE ESTUDIO.

Entiendo que puedo suspender mi participación en el estudio en cualquier momento sin que esto tenga consecuencias en mi relación con la institución. Mi identidad no será revelada en ninguna referencia del estudio o sus resultados. Además, recibí una copia de la carta de consentimiento.

Si tengo dudas o requiero información adicional respecto al estudio, puedo comunicarme con el LEO. René Ulises Domínguez Ballesteros. Al cel. 044 6621 710634, al 2164200 en oficinas del Hospital Psiquiátrico “Cruz del Norte”.

Firma del Paciente

Fecha

Nombre del Paciente

Firma del Familiar o Responsable
Legal

Fecha

Nombre del Familiar o Responsable
Legal

Firma del Testigo

Fecha

Nombre del Testigo

Firma del Investigador

Fecha

Nombre del Investigador