



**UNIVERSIDAD DE NEGOCIOS ISEC
INCORPORADA A LA
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**

**PROPUESTA DE UN TALLER TEÓRICO VIVENCIAL PARA ORIENTAR A
PADRES DE FAMILIA DE UNA PERSONA CON ESQUIZOFRENIA**

**T É S I S
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA**

**P R E S E N T A
ALEJANDRO DE JESÚS LARA ESCALONA**

**DIRECTOR DE TESIS
MTRO. VÍCTOR MANUEL BECERRIL DOMÍNGUEZ**

COMITÉ SUGERIDO: LIC. BERNARDO LÓPEZ CARRILLO

MARZO, 2012



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

A DIOS:

POR PERMITIRME LLEGAR HASTA ESTE LUGAR

A LA UNIVERSIDAD DE NEGOCIOS ISEC:

POR HABERME FORMADO Y AYUDADO A CRECER A NIVEL CULTURAL

A MI MAMÁ:

POR HABERME IMPULSADO A CUMPLIR MIS OBJETIVOS A TRAVES DE SU FUERZA Y SU AMOR

A MI HERMANA LORE:

POR HABERME BRINDADO SU APOYO INCONDICIONAL

A MI MAESTRO VICTOR MANUEL BECERRIL DOMÍNGUEZ:

POR TRANSMITIRME Y ENSEÑARME QUE LA DEDICACIÓN Y LA TENACIDAD SON MAS QUE VALORES EN LA FORMACIÓN Y EL EJERCICIO PROFESIONAL

A EL DIRECTOR MILTÓN CARVALLAR GARRIDO:

POR APOTARME Y MOTIVARME A CONCLUIR ESTE PROYECTO TENIENDO LA PACIENCIA DE GUIERME POR EL CAMINO HACIA EL CONOCIMIENTO DEMOSTRANDOME QUE EXISTEN DIVERSAS VIAS PARA SEGUIR APRENDIENDO

A TODOS USTEDES, DESDE LO MÁS PROFUNDO DE MI CORAZÓN

INDICE	Pag.
INTRODUCCIÓN	3
CAPÍTULO I BREVE HISTORIA Y CONCEPTOS BASICOS ACERCA DE LA ESQUIZOFRENIA	
1.1.Historia	6
1.1.1.Época Antigua (año 7000 a. C. a el año 1100 a. C.)	6
1.1.2.Época Greco-Romana (año 1100 a. C. a siglo V d. C)	7
1.1.3.La Edad Media (Siglo V a VX)	10
1.1.4..El Renacimiento (años 1453-1600)	11
1.1.5.Siglo XVII al XIX	12
1.1.6.Siglo XX a nuestros días	15
1.2.Concepto de Esquizofrenia	18
1.3.Signos y síntomas de la Esquizofrenia	21
1.4.Subtipos de esquizofrenia y fases	29
1.5.Incidencia y prevalencia	32
1.6. Causas	35
1.7.Tratamiento para el paciente con Esquizofrenia	38

CAPÍTULO II	IMPORTANCIA DEL ROL FAMILIAR EN LA ESQUIZOFRENIA	
2.1.	Concepto de familia y su importancia en la Esquizofrenia	47
2.2.	El rol de la Madre	54
2.3.	El rol del Padre	55
2.4.	Familias Esquizofrenizantes	56
2.5.	Esquizofrenia y Familia	60
	FUNDAMENTACIÓN DE UNA PROPUESTA DE UN TALLER TEÓRICO VIVENCIAL PARA ORIENTAR A LOS PADRES DE FAMILIA DE UNA PERSONA CON ESQUIZOFRENIA	71
	CONCLUSIONES	86
	REFERENCIAS	92
	ANEXOS	95

INTRODUCCIÓN

En la actualidad, la esquizofrenia afecta al 1% de la población mundial en general (Tomás, J; Bielsa y Bassas, 2006), provocando preocupación e incluso terror en las personas que la padecen y en sus familiares. Un ejemplo de la gravedad de esta enfermedad es que se calcula que en dos salones con alrededor de 50 alumnos cada uno de cualquier secundaria pública en cualquier lugar del Mundo, un alumno por lo menos la padece.

Una situación que hace difícil el tratamiento de la enfermedad es que aún en nuestros días se desconoce qué es lo que la provoca y se complica llevar un tratamiento adecuado y breve; en consecuencia, los enfermos de esquizofrenia al estar sometidos a un tratamiento farmacológico y psicológico (considerados en la actualidad como los más efectivos y adecuados), tienen que esperar cierto tiempo, dependiendo de la asimilación a un tratamiento para estabilizarse.

Los padres, tutores o familiares del paciente deben ayudarlo a tomar el medicamento y entrenarlo para que ambos tengan una mejor calidad de vida, siguiendo las instrucciones de los profesionales que están tratando al paciente; una gran ayuda es una adecuada interacción, ya que así tendrán más posibilidades de enfrentar la enfermedad; es por este motivo que la propuesta en este documento va dirigida hacia los padres con al menos un hijo enfermo de esquizofrenia con el objetivo de que estos practiquen lo aprendido en la propuesta para beneficio del paciente.

A lo largo de esta Tesis, se hace hincapié en la historia de la esquizofrenia para que se pueda conocer el tratamiento que se les daba a las personas con esta enfermedad, con el objetivo de que comprendan cómo ha sido la evolución del trato en general y para que los padres no cometan el error de tratar a su enfermo como lo hacía la sociedad en épocas pasadas.

Los conceptos acerca de la esquizofrenia tienen el objetivo de informar las distintas definiciones y estadísticas que en la actualidad se han hecho de esta enfermedad mental.

También se propone cómo mantener unidas a las familias tomando en cuenta el rol paterno, materno y fraternal, y de ahí partir para que los padres se fortalezcan en su interacción familiar y logren una mejor estabilidad de su hijo enfermo de esquizofrenia.

Por último, en la propuesta se hace una definición y se explican algunas formas de como tratar la esquizofrenia.

Se espera que toda persona que consulte esta Tesis, pueda conocer mejor la enfermedad de la esquizofrenia, para que si tiene un paciente con este problema pueda estar mejor preparada en cuanto al saber el por qué de la enfermedad, cómo se da esta, cuál es su origen, conozca las estadísticas de signos y síntomas para valorar que consecuencias puede tener alguno en especial que se presente en un momento dado en el paciente y finalmente para conocer los principales tratamientos que se dan por parte de profesionales para que puedan tener la capacidad de elegir el que consideren más adecuado.

Toda esta información la analizarán y debatirán los padres de familia o en su caso los cuidadores de estos pacientes en el taller teórico vivencial en la tercera parte de la Tesis.

Muchos profesionales de las áreas de la salud consideran que la esquizofrenia es la más complicada enfermedad en lo que respecta a las enfermedades mentales, ya que en quien la padece se genera una dualidad, por ejemplo, por un lado el paciente trata de creer que lo que percibe no puede ser verdad, es incoherente lo que le pasa, pero él lo termina aceptando, termina vencido; por otro lado los sentidos empiezan a distorsionar la información que recibe de las personas y empieza a percibir que en verdad la gente le esta mandando mensajes con algún objetivo y no sabe por qué le esta sucediendo.

Por lo tanto, esta Tesis tiene el objetivo de permitir, con base al taller teórico vivencial que en las familias donde haya un enfermo o no de esquizofrenia, puedan estar bien informadas de lo que es la enfermedad y tratarla de la mejor manera para que estén concientes del rol que juega una familia antes y durante la enfermedad y tratamiento porque no es lo mismo ver la realidad como una

persona sin esquizofrenia la ve a percibir toda una gama de ilusiones, delirios y alucinaciones que los enfermos de esquizofrenia sienten de la realidad.

CAPÍTULO I

BREVE HISTORIA Y CONCEPTOS BÁSICOS ACERCA DE LA ESQUIZOFRENIA

1.1.HISTORIA

1.1.1.ÉPOCA ANTIGUA (AÑO 7000 A.C. A EL AÑO 1100 A.C.)

En la época antigua el hombre se empezaba a dar cuenta que su vida dependía de él, por este motivo se inspiró e inventó lo que le sirvió para subsistir. Por el año 1800 a. c. (citado en Calderón, 1996), el promedio de vida del hombre era de 30 años debido a que no sabía cómo asearse, desinfectar heridas, ni cómo curar ciertas enfermedades tanto corporales como mentales, de las cuales desconocía su origen y qué parte del cuerpo afectaban, en consecuencia, al no ser atendidas debidamente le provocaban la muerte.

En lo que a las enfermedades mentales se refiere, las personas, sobre todo las que estaban sanas pensaban que eran provocadas por violar un tabú (conducta de alterar la costumbre de una sociedad), o que eran posesiones demoníacas.

El Hombre desconocía el origen de fenómenos naturales como la lluvia, el fuego, la muerte, el sueño, el sol, la luna, un eclipse, un terremoto, la erupción de un volcán, etc; La única explicación que las personas encontraba para estos fenómenos fue que eran mensajes de un Dios, aunque también trataban de relacionarlos con la causa de las enfermedades mentales, por ejemplo, se sugestionaban por supersticiones de que estos fenómenos anunciaban la enfermedad mental, en el momento que ocurría alguno, aunque nunca justificaron estas ideas (Calderón, 1996).

Además se consideraba que la enfermedad mental era a causa de una posesión demoníaca; existiendo supersticiones y creencias mágicas sobre el origen de la enfermedad, por lo cual se consultaba a un Chamán (quien conocía de mitos y entendía los significados de la vida), quien se encargaba de

golpear al enfermo mental en la cabeza para sacarle al demonio que lo poseía (Morrison, 1998).

Se creía que el Chamán era vulnerable a los espíritus y por lo tanto, un medio de comunicación con el más allá; y que a través de sus ritos podía curar a los enfermos. Se pensaba que el Chamán era conocedor de hierbas medicinales, naciendo de esta idea la Herbolaria (Calderón, 1996).

Muchas personas confiaban y respetaban al Chamán, al grado de decir que en nuestros días aún se practica el Chamanismo por medio de un fenómeno mágico religioso o ritual.

La trepanación se convirtió en otra forma de tratamiento para curar enfermedades mentales y consistía en perforar el cráneo con la esperanza de que se salieran los demonios y sanara la persona afectada.

Debido a que los santuarios religiosos no contaban con lo necesario para curar, controlar o dejar estables a los enfermos mentales, la mejor opción era torturarlos para sacar al demonio que se creía tenían.

En general, en la época antigua el trato a los enfermos mentales fue bastante cruel ya que no se consideraba lo que el enfermo mencionaba que sentía, y la gente sana al no tener una explicación de el por qué se daba la enfermedad recurrió a atribuirla principalmente a que eran posesiones demoníacas y a que algunos fenómenos naturales la anunciaban, además de tratarla de forma inadecuada.

1.1.2.ÉPOCA GRECO-ROMANA (AÑO 1100 A.C. A SIGLO V D.C.)

Los griegos fueron los primeros en atribuir a las enfermedades psíquicas un origen natural, a diferencia de épocas anteriores donde se les atribuía un origen sobrenatural (Pérez, 1996).

Por consecuencia, en Grecia se llevaron a cabo los primeros tratamientos para los enfermos mentales empleando la inducción al sueño y el dialogo del enfermo; se creía además, que el estrés disminuía en personas que dormían, comían y hacían ejercicio (Calderón, 1996).

Galeno fue el primero en proponer la idea de las localizaciones cerebrales al considerar que la sensibilidad tiene un asiento en la parte anterior del cerebro (Postel y Quetel, 2000)

De acuerdo a Calderón (1996), las siguientes son ideas respecto a la enfermedad mental, de los más grandes pensadores de la época Greco-Romana; esto se observa en la tabla 1.

Pero, a pesar de los pensadores antes mencionados, los Romanos mostraron poco interés hacia el estudio del cuerpo y de la mente, ya que los médicos solo daban terapias relajantes para curar la enfermedad, pero descuidaban o no se preocupaban por el origen de las enfermedades mentales y casi no buscaron medicación herbolaria (Morrison, 1998).

De la época antigua a la época Greco-Romana hubo un avance en el tratamiento a enfermos mentales ya que se empezaba a tomar de una manera más en sentido humano el origen y tratamiento de la enfermedad mental, aunque aún se mantenían las ideas de que se daba esta por castigos divinos o por posesiones demoníacas

Tabla 1. Ideas respecto a la enfermedad mental.

Hipócrates (460-377) a. C.	Platón (427-347) a. C.
La locura tenía sus orígenes en el cerebro, ya que pensaba que en este se originan las emociones y las penas y al no estar sano, se crea la locura.	Se opuso a la idea de que a los enfermos mentales se les torturará y propuso que si cometían delitos fueran encarcelados mínimo cinco años y si se curaban en ese periodo saldrían y sus familiares serian los responsables de sus actos, pero si no se curaban en ese periodo serian ejecutados.
Asclepiades (124-40) a. C.	Celso (25 a. C a 50 d. C)
Distinguió la diferencia entre alucinaciones e ilusiones, ya que las alucinaciones son una percepción falsa en alguna de las cinco modalidades sensoriales ya que no existen los estímulos externos que se sienten y perciben; y las ilusiones son una distorsión sensorial de un estímulo real ya que el estímulo existe pero se percibe de forma distorsionada.	Este gran pensador griego se adelantó a la aparición de la psicología diciendo que para curar los trastornos mentales tenía que haber una relación médico-paciente en el tratamiento.

En esta tabla, se exponen las principales ideas de los pensadores que en dicha época tuvieron acerca de lo que consideraban sobre, los ahora conocidos como trastornos mentales.

1.1.3. LA EDAD MEDIA (SIGLOS V A XV)

La Edad Media también fue llamada la edad de la locura y se empezó a utilizar esta palabra para englobar a personas que no se sabía cómo tratar desde un punto de vista social (Serrano, 2009).

A estas personas se les empezó a dar un trato inadecuado, ya que no eran comprendidos y se burlaban de ellos; los odiaban, y todo esto hacia de la vida de los enfermos mentales un “calvario” (Postel y Quetel, 2000).

En esta época aún se creía que existían posesiones demoníacas que eran las que provocaban la enfermedad.

Los integrantes de la iglesia, preocupados por los enfermos, practicaban el exorcismo para expulsar los demonios del cuerpo del sujeto y consistía en poner en contacto el agua bendita y los santos oleos con el cuerpo del sujeto, también se realizaban oraciones, se daba la imposición de saliva del sacerdote y la toma de pócimas de distintos ingredientes y tipos.

Las personas sanas creían que entre más cruelmente se tratará a los poseídos (enfermos mentales), se les saldría el demonio, el cual poseía a la persona enferma ya que este se disgustaría por el maltrato que se le daba. Este tipo de maltratos eran en algunas ocasiones más crueles ya que incluso se llegaba a utilizar la tortura, el encadenamiento, inmersiones en agua helada o caliente, ayunos y algunos otros tipos de maltrato.

Algunas mujeres enfermas mentales fueron llamadas “brujas” y por tal fueron quemadas. La etiqueta de bruja fue utilizado como sinónimo de locura y era utilizada para denunciar personas y llevarlas hasta la hoguera (Serrano, 2009).

En el año 1247, en la Ciudad de Londres se creó el primer Hospital para enfermos mentales, llamado “El Bethcehen Royal Hospital”; fundado por el gobernador de Londres. En 1330 se convirtió en un hospital y después en un asilo para “lunáticos”; posteriormente adquirió muy mala fama por la brutalidad

de sus tratamientos, ya que encadenaban a los enfermos mentales en las paredes de celdas muy pequeñas y eran exhibidos al público como una forma de entretenimiento, además de cobrar cierta cantidad por este atractivo a los turistas (Morrison, 1998).

Fue en la Edad Media donde, a pesar del maltrato que daban a los enfermos mentales, se tuvo conciencia de que los enfermos mentales tenían que ser aislados para buscar alguna solución a su padecimiento, aunque también en cierto modo se buscó la seguridad de la gente sana aislando a los que padecían trastornos mentales.

1.1.4. EL RENACIMIENTO (AÑOS 1453-1600)

Los entonces médicos, realizaban cirugías fisiológicas, una muy conocida era la de extraer la llamada “piedra de la locura del cráneo”, ya que creían que afectaba la mentalidad, esta se realizaba poniendo un embudo en el cráneo del enfermo mental (Calderón, 1996).

Los maltratos hacia los enfermos mentales continuaban, aunque ciertos personajes interesados y preocupados por tratar y curar la que en aquella época era desconocida cómo enfermedad mental o tal vez en algunos casos esquizofrenia intentaron explicar en términos físicos el origen de estas. Tal fue el caso de Juan Luís Vives (1492-1540), quien tuvo las siguientes aproximaciones para tratar trastornos mentales:

Fue considerado el padre de la Psiquiatría, escribió el libro llamado “Un pobre consuelo” en el que sugiere como se debe tratar a los enfermos mentales en hospitales, partiendo de si su enfermedad era congénita o debido a una desgracia, esta idea creaba una suposición de si sería posible que se recuperarán; para Vives era vital el trato que se les diera a los enfermos, tanto medicinal como personal para curar a los pacientes, ya que se buscaba la cura, aunque en la actualidad se busca la cura, pero solo se puede dar la estabilidad en los pacientes; aunque también opinó que algunas personas enfermas sí

fueran encadenadas, esto con el fin de que no hicieran daño a las demás personas ni a ellos mismos. Además, fue en esta época donde se crearon los primeros centros públicos centrados sólo en enfermos mentales, donde ya no se torturaba a los enfermos mentales; esto sirvió como ejemplo para crear más centros y tratar de una mejor manera a estos enfermos. Los primeros en construir estos centros fueron los franceses (Calderón, 1996).

En El Renacimiento fue donde con base en el apoyo de quienes estaban interesados en quitar los malos diagnósticos y tratamientos que imponían a los pacientes mentales, se empezaron a crear centros especializados para tratarlos a lo largo del Mundo.

1.1.5. SIGLO XVII AL XIX

En el siglo XVII se dieron los siguientes tratos y avances a enfermos mentales:

En algunos países aún se les torturaba a los enfermos mentales, por ejemplo, se les dejaba sin alimentos y se les desangraba hasta que morían; pero en algunos otros lugares como por ejemplo en Europa se crearon los primeros manicomios que se empezaron a expandir a lo largo del Mundo. Por este motivo la locura perdió su carácter mítico y se consideró como una enfermedad, a la que se le llamó demencia.

Los centros para enfermos mentales, aunque comenzaron a expandirse no contaban con la atención debida ya que los integrantes encargados de curarlos no tenían una formación como se tiene en nuestros días con los profesionales de la salud, por tal, al no saber la causa de la enfermedad se les consideró incurables, aunque ya no eran tratados como poseídos o brujos; las desventajas en estos centros fueron la desatención, la alimentación deficiente y que no los dejaban salir.

Los llamados médicos, aunque no eran especialistas en las enfermedades mentales, mencionaron que como estas son a menudo incurables, el médico

tiene el derecho moral de negarse a tratarlas, declaraciones que no contribuyeron al progreso para tratar la enfermedad mental (Ackerknecht, 1962).

En el siglo XVIII, México se había adelantado a todos los países del continente Americano; así, junto con Williamsburg, en Virginia (1773), y Quito en Ecuador (1785), México llegó a ser uno de los tres países de todo el continente que, a finales de ese mismo siglo, contaban ya con hospitales psiquiátricos (Calderón, 2002).

En Florencia se dictó la llamada “Ley de los locos” en 1774, la cual establecía lineamientos específicos incluyendo la exploración mental que debía efectuarse en los casos de internamiento. Por otro lado el médico italiano Vicenzo Chiarugi (1759-1820), postuló que los enfermos mentales deberían de ser tratados como personas normales, es decir, sin ningún tipo de tortura, a excepción de la camisa de fuerza ya que esta se usaría para la seguridad del llamado en aquella época “loco”. El trato que se dio a los enfermos con trastornos mentales en algunos hospitales fue individualmente, es decir sin la familia del enfermo, en una especie de internamiento y teniendo un cuidado como si los enfermos fueran niños ya que se les consentía más de lo debido (Calderón, 1996).

Algunos autores opinan que, aunque no existen descripciones claras de esquizofrenia anteriores al siglo XIX, esto no implica que no existiera, sino que hubo razones de peso por las que no fue descrita satisfactoriamente, debido posiblemente al no reconocimiento de sus signos y síntomas (Hare, 2002)

En el siglo XIX ocurrió la llamada revolución psiquiátrica científica, donde se desarrollaron un poco más las ideas para tratar a enfermos mentales.

Un discípulo de Pinel llamado Esquirol (1772-1840), consideró que los asilos para enfermos mentales eran los lugares más adecuados para estas personas (Szasz, 2002).

El suizo Gottlieb Burckhardt (1837-1907) fue el fundador de la psicocirugía ya que consideró que la vida psíquica se encuentra en el cerebro; por medio de la escisión de zonas extensas de la corteza cerebral, trató a ciertos alienados considerados como incurables. En 1888 Gottlieb quitó parte del lóbulo temporal derecho de una paciente delirante que alucinaba, también quitó sustancia gris, la paciente no murió, pero quedó sin reacciones coherentes; cabe destacar que Gottlieb nunca tuvo formación quirúrgica particular y que estos tipos de intervenciones quirúrgicas no eran para tratar esquizofrenia o demencia precoz, sino sólo para tratar la psicosis única. (Garrabé, 1996).

A continuación se mencionan los tres tipos de enajenación mental que ubicó Kraepelin (1856-1926), que son la demencia precoz, la demencia paranoide y la catatonia (García, 2005):

En la Demencia precoz se presentan alucinaciones, desórdenes afectivos, menoscabo de la atención, negativismo, deterioro progresivo de la personalidad; mencionó que estos síntomas inician en la juventud y en los inicios de la edad adulta. Ya en 1899, Kraepelin, en su sexto tratado de psiquiatría concluyó que la demencia precoz tiene síntomas como las alucinaciones y delusiones (sensación de que los pensamientos son transmitidos, obtenidos y sacados de la mente del paciente); la Demencia paranoide es un trastorno caracterizado por un deterioro de las capacidades intelectuales del individuo, ya que esto provoca que vea a su entorno y a sí mismo de una manera fuera de lo normal; Y la catatonia es un cuadro psicomotor caracterizado por la pérdida de la iniciativa motora.

Bleuler (1857-1940), es considerado como quien atribuyó el término de esquizofrenia (mente dividida); no hay que olvidar que a este término, Kraepelin lo había llamado Demencia Precoz (Calderón, 1996).

Así también, Bleuler, frente a las formas descritas por Kraepelin, sitúa la esquizofrenia simple y la esquizofrenia latente. En la simple, la define por la presencia exclusiva de síntomas fundamentales, mientras que la latente sería

aquella en donde se verían en general todos los síntomas y combinaciones de síntomas que están presentes en la enfermedad (García, 2005).

Fue entre los siglos XVII al XIX donde ya se daban estudios que se acercaban más a lo que era el origen de las enfermedades mentales y entre ellas la esquizofrenia, se dio también un trato más adecuado que en épocas anteriores, el hombre empezó a tener conciencia de que el origen de la enfermedad mental era físico y por tal se empezaron a hacer las primeras investigaciones de indagación corporal, México se destacó por ser uno de los primeros países en contar con Hospitales Psiquiátricos, en otros países hacían exploraciones físicas antes de internar al paciente y cerca del siglo XX se clasificaron por primera vez los síntomas y signos que presenta la esquizofrenia.

Es decir, ya se tenían las bases para diagnosticar la esquizofrenia, ahora lo que se tenía que hacer era buscar una solución a esta enfermedad, algunas soluciones intentarán ser de utilidad en la tercera parte de esta Tesis, dentro del Taller Teórico Vivencial para apoyar a Familias con Esquizofrenia.

1.1.6. SIGLO XX A NUESTROS DIAS

En esta época, los avances de la medicina fueron, y han sido, mucho mayores que en otras épocas. Aunque una causa que retrasó el avance para curar las enfermedades mentales, fue que los estudios del sistema nervioso que hacían tanto a personas normales como a enfermos mentales no mostraban diferencia alguna (Calderón, 1996).

Se empezaron a desarrollar varias teorías e ideales que fueron las primeras en tratar la esquizofrenia en términos psicológicos por medio de la relación terapeuta-paciente, quedando demostrada la importancia de saber jugar un rol adecuado tanto los pacientes como su familia o las personas que los rodean. Además de que se atribuyó al origen de la esquizofrenia un periodo crítico en edades tempranas.

Algunas ideas de estas teorías son las siguientes:

El psicoanálisis nace al margen de la psiquiatría; con Sigmund Freud, quien bajó las necesidades económicas y de amor a la profesión, comenzó a dar terapia a los enfermos de los nervios que habían dejado de ser atendidos con tratamiento médico (Postel y Quetel, 2000).

Freud (1856-1939), considerado el padre del psicoanálisis dio a conocer su texto de “La interpretación de los sueños”, este le sirvió como base para desarrollar lo que actualmente se conoce como “la cura del habla”. Freud denominó psicoanálisis a su enfoque terapéutico, cuya finalidad era “explorar el inconsciente”. Freud también pensaba que las fuerzas internas y externas de la personalidad eran las responsables de la enfermedad mental, y fue la primera persona que explicó el comportamiento humano en una forma adecuada en términos psicológicos y demostró que era posible el cambio en la conducta si las circunstancias son apropiadas, es decir, si estaba en los alcances de un tratamiento que se pudiera dar (Morrison, 1998).

La primera terapéutica propuesta para la esquizofrenia fue el sueño provocado por hipnóticos (drogas psicotrópicas psicoactivas que provocan somnolencia y sueño) (Garrabé, 1996).

En 1962, Sullivan realiza una descripción de la esquizofrenia como el resultado de experiencias infantiles profundamente alteradas que impiden el desarrollo adecuado de la autoimagen y el consecuente fracaso en el afrontamiento de la ansiedad, ya que a lo largo de la vida se manifiestan continuamente mecanismos de disociación, distorsiones de la percepción de sí mismo y de los demás (García, 2005)

De la teoría Freudiana, se expandieron varias teorías psicológicas que buscaban el origen de las enfermedades mentales por distintos discípulos de Freud.

Ellos fueron:

Otto Rank, (citado en Cueli, 2004), quién amplió el alcance del psicoanálisis al campo de la psicosis. Sus diferencias con las teorías originales de Freud comenzaron cuando empezó a dar más importancia a la angustia del nacimiento en su libro “El trauma del nacimiento”.

Alfred Adler (1870-1937) de nacionalidad húngara, y nacionalizado austriaco en 1911. En sus teorías define los complejos de inferioridad y superioridad; el primero considera la percepción de desarraigo que un individuo obtiene a causa de haber padecido una infancia mala, plena de burlas, sufrimientos, rechazos, etc; el segundo, considera que es la consecuencia del proceso de transferencia que busca esconder la inferioridad percibida, con la pretensión de ser superior a los demás. En “El libro de la salud para los sastres” expresa la idea de que las condiciones sociales pueden ser causa de las enfermedades mentales (Postel y Quetel, 2000).

Carl Gustav Jung (1875-1961), trabajo con Freud, y se dio a conocer en 1906 por sus “Estudios sobre las asociaciones verbales”, que Bleuler le había encargado investigar en el marco de su teoría de la esquizofrenia. En 1880 publicó “La psicología de la Demencia Precoz”, una de las primeras aplicaciones de la psicología a un enfermo psicótico (Postel y Quetel, 2000).

En la década de 1960 se introdujeron los fármacos psicotrópicos y con ello llegó una alternativa menos restrictiva para la esquizofrenia, ya que los enfermos podían vivir fuera del hospital e incluso trabajar y hasta tener una vida casi normal.

En nuestros días existen tratamientos psiquiátricos que controlan o mantienen estable al paciente con esquizofrenia, ya que aún no se ha encontrado la cura.

Son muy importantes los tratamientos que transmiten la información acerca de la esquizofrenia como los tratamientos psiquiátricos ya que con la combinación de ambos se puede brindar una mejor calidad de vida al paciente.

1.2. CONCEPTO DE ESQUIZOFRENIA

El término esquizofrenia se deriva de la etimología latina, cuyo significado literal es “Mente escindida o dividida”; es una enfermedad mental que produce trastornos de la personalidad, delirios y alucinaciones, caracterizados por pensamientos distorsionados, sentimientos y comportamientos extraños. Esto provoca en el individuo problemas al pensar, sentir, actuar, planificar, hablar, percibir e interpretar, además de afectar algunas otras áreas de su funcionamiento (Aznar y Berlanga, 2005).

Para la American Psychiatric Association, (2001) la esquizofrenia es un trastorno heterogéneo que tiene diversos tipos de evolución y de resultados. A menudo es una enfermedad crónica e incapacitante, con unos efectos devastadores en muchos aspectos de la vida del paciente, y comporta un riesgo elevado de los suicidios (aproximadamente un 10%).

Para el Manual de Tratamiento y Diagnóstico de Enfermedades Psiquiátricas DSM-IV-TR (2002) la esquizofrenia es una alteración que persiste durante por lo menos seis meses y un mes de la fase activa, (por ejemplo, dos ó más de las siguientes ideas: delirios, alucinaciones, lenguaje desorganizado, comportamiento gravemente desorganizado e intensidad de la expresión emocional que difiere de la mayoría de las personas).

De acuerdo a Tobin (2006) esta enfermedad provoca el miedo a las personas que la padecen y a quienes no la conocen, ya que los primeros síntomas se presentan generalmente en el adolescente que muestra actitudes extrañas e imprevisibles que desconciertan, inquietan y asustan a la familia.

Este autor comenta que los años transcurren en la incomprensión total para la persona que la sufre, las heridas se acumulan y la resistencia se agota. Las ganas de luchar de la familia se debilitan en el aislamiento y la pena, a veces incluso en el miedo y el rencor. Ya no es posible la comunicación entre el “loco” y los suyos. Sólo reina la tristeza. Por tal, es de suma importancia que estas familias cuenten con una orientación más detallada de lo que es la enfermedad

de la esquizofrenia, información que se ve incluida en esta Tesis en el Taller Teórico Vivencial.

Una de las causas que hacen compleja es su difícil diagnóstico, ya que tiene diferentes formas de inicio que podrían ser confundidas con otro tipo de enfermedades al momento de dar un pronóstico o tratamiento. Esta problemática de confusión se da, ya que hay casos donde la enfermedad de la esquizofrenia se va dando crónicamente desde edades tempranas o en la adolescencia, sin que sean detectados los signos iniciales en la mayoría de las ocasiones (Chinchilla, 1996).

La esquizofrenia se revela en momentos dados de la vida, por un conjunto de síntomas y signos que se dan de forma espontánea, a estas características del desarrollo de la enfermedad se les ha dado el nombre de “brotos”.

El “brote” indica una recaída o un aumento significativo de la enfermedad. Los “brotos” son irreversibles y si no se atienden en breve, causarán desadaptación en el enfermo, pero si se detecta y atiende rápidamente, será más fácil de controlarlo o estabilizarlo.

Dado lo anterior, la esquizofrenia no sólo tiene un difícil diagnóstico, sino que además no se ha encontrado su origen, el por qué de sus signos y síntomas, su cronicidad, sus recaídas, estabilización de la enfermedad de manera rápida, etc.

Hasta ahora el mejor tratamiento es el psiquiátrico a base de medicamentos para estabilizar la enfermedad, sin embargo, existe una indisposición del paciente a tomarlos, ya que éstos le provocan efectos secundarios como por ejemplo sueño, cansancio, irritabilidad, depresión, etc; el paciente, además, suele mostrar una actitud agresiva con familiares, sociedad en general y hasta con ellos mismos.

Una idea acerca del origen de la esquizofrenia, es la que postula que se produce básicamente por la alteración en el cerebro de una serie de sustancias

químicas llamadas neurotransmisores que comunican unas neuronas con otras; al alterarse los neurotransmisores, la información llega alterada al cerebro y aparecen las ideas extrañas y sin lógica (Maña, 2005).

Al hablar de esquizofrenia nos estamos refiriendo a una psicosis de naturaleza orgánica y base somática todavía no conocida del todo, pero cada vez mas estudiada y sustentada por la heredobiología que observa las pruebas de herencia genética paterna, la neuroquímica, que es la rama de la neurociencia que se encarga del estudio de los neuroquímicos que son una molécula orgánica que participa en la actividad neuronal, y la psicofarmacología que se encarga de hacer estudios para encontrar los fármacos necesarios para las enfermedades afectivas (Chinchilla, 1996).

Una forma en la que se podría dar un ejemplo acerca de tal distorsión mental, y a veces corporal que padecen los esquizofrénicos, es que cuando soñamos, en nuestros sueños aparecen diversas situaciones raras que en el momento las percibimos como verdaderas, pero al despertar vemos lo que es la realidad y no le damos más atención al sueño que tuvimos, es así también la vida de la persona con esquizofrenia; desgraciadamente en la esquizofrenia sólo algunas personas lograrán diferenciar lo que eran sus distorsiones perceptuales.

En cuanto al tratamiento, si este se comienza rápidamente una vez detectado algún signo, síntoma o brote, existen más probabilidades de una mejor adaptación del paciente; aunque cabe destacar que esto es un poco difícil, ya que la esquizofrenia no tiene un cuadro ideal de tratamiento, además de que éste es variable en cada persona, debido a que aún se desconoce su etiología.

La esquizofrenia es una enfermedad que afecta casi a todos los sentidos y a gran parte de la cognición humana, provocando una incapacidad al paciente de realizar sus actividades cotidianas, es por esto que el hombre necesitó investigar los signos y síntomas que presenta cada paciente y que abordaremos en el punto siguiente, para poder delimitar a la enfermedad en cada caso.

1.3. SIGNOS Y SINTOMAS EN LA ESQUIZOFRENIA

Los signos son la percepción que las demás personas tienen del paciente, mientras que, los síntomas son lo que siente el paciente de la enfermedad.

Así, es precisamente por medio de los signos y síntomas que posee el enfermo y que evalúa un especialista, el medio más indicado para evaluar la esquizofrenia.

Se mencionan ahora algunos signos y síntomas que se muestran de forma conjunta durante la enfermedad provocando problemas de convivencia en el enfermo (Aznar y Berlanga, 2005), estos son:

- Inactividad, relacionada con dejar de hacer algunas o todas las actividades cotidianas y de rutina, por ejemplo, permanecer en su cuarto, en su cama, en casa casi todo el día, o ya no acudir a la escuela ni a fiestas familiares o de amistades.

- Aislamiento social, donde el paciente pierde toda iniciativa de convivir con las demás personas ya que se muestra apático, es decir, sin ganas de convivir, tener amistades, tener relaciones románticas o sexuales.

- Comportamiento inapropiado o inaceptable, ya que se aíslan, son agresivos en algunas ocasiones. Las normas sociales que existen regulan y establecen límites en las relaciones que cada persona tiene. Por ejemplo, un padre de familia no puede llevar la misma relación con su esposa y con su compañera de trabajo; Esto nos permite analizar que en el paciente con esquizofrenia no existen estas normas ya que él no puede llevar a cabo diferentes tipos de trato hacia diferentes personas debido a que su percepción hacia el mundo se encuentra distorsionada, por ejemplo, que el paciente interprete que una persona o una voz le indique que tenga relaciones sexuales con alguna persona.

- Alimentación y Dieta, en cuanto a la disminución y aumento de peso, estos se dan principalmente por depresión; otro factor podría ser el medicamento, ya que existen algunos que provocan aumentar de peso.

- Descuido de la higiene personal, aunque este punto no se presenta en todos los pacientes, pero en los casos que si se da, afecta los hábitos diarios de aseo, como por ejemplo, bañarse, afeitarse, lavarse los dientes, vestirse, etc.

- Alcohol y abuso de drogas, aquí se puede dar el caso de que el paciente que no puede controlar la enfermedad, se refugie en el alcohol o en las drogas; esto lo perjudicaría ya que si se encuentra en tratamiento con antipsicóticos, se da una interacción de éstos con el alcohol y puede producir efectos como la ira o el enfado, además de que seguirá progresando la enfermedad.

- Depresión, amenazas de suicidio, debido a que al darse la enfermedad en una etapa de la adolescencia o en la de principios de la adultez (que son etapas de proyecto de vida), se ven frustradas sus expectativas de vida y se sienten impotentes ante la enfermedad (la enfermedad se da más frecuentemente en una etapa que va de los 11 a los 26 años) ya que no ven que disminuyan sus síntomas y perjudica sus metas de vida.

Ahora bien, se presentan algunos signos que se observan en la esquizofrenia de manera general, y son que el enfermo actúa de forma especial, rara, agresiva, parecen demasiado centrados en sí mismos y casi nunca hacen las cosas que los demás esperan de ellos (Aznar y Berlanga, 2005).

A continuación se señalan los principales síntomas, sus orígenes y sus consecuencias:

- En el inicio se producen cambios muy importantes en el comportamiento del paciente, que pueden manifestarse de forma brusca o aparecer poco a poco, por ejemplo, portarse de forma agresiva con sus familiares y sociedad de

repente, o a través de los años ir poco a poco aislándose de los demás e ir teniendo crónicamente ideas extrañas.

- Casi no asiste a la escuela y cuando asiste no se muestra atento en clase, en general, deja de hacer sus tareas rutinarias. Esto se hace más agudo debido a que al dejar de hacer actividades, la persona va perdiendo los hábitos que ha adquirido y termina por abandonar sus rutinas y empieza a depender de otras personas para alcanzar sus necesidades.

- Alteración en el trabajo y distracción en sus actividades laborales debido a que baja su productividad, por consecuencia de la distorsión perceptual de la realidad.

- Alteración en las relaciones interpersonales ya que presenta alucinaciones y se aísla al sentirse amenazado.

- Alteraciones como por ejemplo, hablar solos.

- Actitudes o lenguaje extraño, ya que se observa en los enfermos, por un lado, actitudes como dejar de hablarle a las demás personas, vestir extravagantemente; y se llega a entender de una forma distorsionada o fuera de la realidad el lenguaje del enfermo.

- Planifica de forma rígida su tiempo para establecer dedicaciones y actividades, esta conducta es debido principalmente a que el estado en que se encuentran les permite mantener alguna esperanza de superar su enfermedad.

- Elabora rituales de lavado, de vestirse, de ejercicios físicos, etc. Esto por diferentes motivos como podrían ser supersticiones, porque una voz se los ordena o demás cosas que él enfermo vive en su realidad.

- Leen libros esotéricos buscando la solución a la enfermedad.

- Escriben un diario lleno de ideas obsoletas, con lógica totalmente incoherente ya que ahí plasman su distorsión de la realidad en un intento de entender la enfermedad.

- Nunca dirige al grupo, siempre espera a los demás porque se siente pobre de ideas e incomodo a ser guía de un grupo.

- No tiene citas con amigos (as), su mundo les hace perder la capacidad de relacionarse.

- Suelen presentar reacciones excesivas frente a situaciones dadas como por ejemplo ser agresivo en un pequeño malentendido, no bañarse durante días por un regaño de sus padres, etc.

- Frecuentes llantos o risas inmotivadas.

Solo excepcionalmente se diagnóstica esta enfermedad en la infancia o en la fase de madurez avanzada.

Los signos que se pueden observar en el paciente, para saber si ha tenido una recaída son:

- Mismas conductas que cuando inició la enfermedad.
- Perdida del sueño
- Se empieza a aislar nuevamente
- Descuida su higiene y casi toda su persona
- Se revelan ante los padres y escuchan música a todo volumen
- Usan lentes de sol, incluso de noche
- Se irrita fácilmente y es agresivo
- Consume alcohol y drogas.
- Niega su enfermedad
- Quiere aparentar alegría o se observa en él alegría inmotivada

Por los signos que se presentan, es difícil encontrar una solución o medicamento que pueda eliminarlos todos debido a que son diversos y se complica su tratamiento con un sólo medicamento.

Los síntomas, que son las sensaciones que las personas con esquizofrenia experimentan son tan reales que les es difícil distinguir su realidad y la realidad de los demás, por eso es muy difícil convencer al enfermo de que sus percepciones son irreales (Maña, 2005).

Para el DSM-IV-TR (2002), los principales síntomas de la esquizofrenia implican varias disfunciones cognoscitivas y emocionales que incluyen la percepción, el pensamiento inferencial, el lenguaje, la comunicación, la organización comportamental, la afectividad, la fluidez y productividad del pensamiento y el habla, la voluntad, la motivación y la atención.

Los síntomas se clasifican en síntomas positivos y negativos según el DSM-IV-TR (2002):

Además, como se verá a continuación en la tabla 2, se especifican los principales síntomas positivos y negativos de acuerdo con Aznar y Berlanga (2005).

Tabla 2. Síntomas positivos y negativos de la esquizofrenia

Síntomas positivos	Síntomas negativos
<ul style="list-style-type: none"> • Delirios • Comportamiento desorganizado • Alucinaciones • Lenguaje y pensamiento desorganizado 	<ul style="list-style-type: none"> • Abulia • Aislamiento social • Alogia • Insociabilidad • Apatía • Pobreza afectiva

En esta tabla, se especifican los principales síntomas positivos y negativos de acuerdo con Aznar y Berlanga (2005). Aunque el nombre de síntomas positivos parezca indicar que son síntomas que no afectan el comportamiento, en realidad si tienen que ver con distintos tipos de malestar que se dan en el enfermo de esquizofrenia, solo que se utiliza el término “síntomas positivos” para diferenciar los síntomas que la mayor parte del tiempo están presentes y que son menos peligrosos a los negativos, ya que estos son las reacciones secundarias de la enfermedad y pueden tener consecuencias graves como provocar un suicidio, es decir, los síntomas negativos afectan las emociones del enfermo, provocando también la insociabilidad y la difícil adaptación del enfermo.

Veamos a continuación más detalladamente las consecuencias y algunos ejemplos de los síntomas del último cuadro expuesto.

Con respecto a los síntomas positivos, se tienen:

- Delirios, las ideas delirantes se clasifican en dos, la primera se llama idea delirante extraña, donde son incomprensibles e improbables los pensamientos, un ejemplo podría ser la creencia de que un ser extraño ha robado los órganos internos de la persona enferma y los ha reemplazado por los de otra persona sin dejar ninguna herida o cicatriz; la segunda es la idea delirante no extraña y un ejemplo de esta es la falsa creencia de ser vigilado por la policía.

- Comportamiento desorganizado, puede manifestarse en varias formas, como por ejemplo, decir tonterías; además, el sujeto con este síntoma tendrá problemas al tratar de dirigirse hacia un fin, ya que la realización de actividades de la vida cotidiana como mantener la higiene o comer en un horario determinado serán difíciles de ejecutar por no tener una sincronía debido a la misma desorganización comportamental.

- Alucinaciones, que son una percepción falsa que no corresponde a ningún estímulo físico externo, sin embargo la persona percibe de forma real; además pueden ocurrir en cualquier modalidad sensorial como son las auditivas, visuales, olfativas, gustativas y táctiles.

- Lenguaje y pensamiento desorganizado, son una pérdida de las asociaciones lingüísticas y que expresan ideas no sincronizadas.

Y en cuanto a los síntomas negativos se refiere:

- Abulia, pobreza e incapacidad para iniciar y persistir en actividades dirigidas a un fin.

- Aislamiento social, ya que se encierra en su habitación durante varias horas o casi todo el día.

- Alogia, al presentarse sin fluidez en los pensamientos ni en la productividad del habla.

- Insociabilidad, ya que no busca algún tipo de relación con los demás, dicen y piensan de forma distorsionada la realidad.

- Apatía, se muestran sin interés por estar atento en la escuela o en otros lugares donde tenga que poner atención.

- Pobreza afectiva, expresividad emocional claramente disminuida.

Las alucinaciones no se perciben durante todo el día, algunos las sienten en la noche, en el día, en determinados horarios, pero nunca todo el día.

E. Bleuler (citado en Wyrsh, 1996) menciona que además de los síntomas ya vistos, se encuentran también los que son llamados síntomas primarios y secundarios y cada uno tiene las siguientes características:

- Síntomas primarios, síntomas somáticos, alteraciones del metabolismo, anomalías de temperatura, alteraciones del sistema vasomotor y cierto embotamiento.

- Síntomas secundarios, es el delirio en todas sus formas, alucinaciones, síntomas catátonicos, autismo, alteraciones de la afectividad y lo relacionado con la esquizofrenia.

La diferencia entre los síntomas primarios y secundarios es que los primarios son similares a los de otras enfermedades y los síntomas secundarios son propios de la esquizofrenia.

Los signos y síntomas que se dan durante la esquizofrenia o antes de ser diagnosticada deben de ser analizados cuidadosamente ya que el paciente podría tener un cuadro parecido al de la esquizofrenia, por ejemplo, un drogadicto diagnosticado como esquizofrénico. De ahí la importancia de conocer y diagnosticar síntomas y enfermedad respectivamente.

1.4. SUBTIPOS DE ESQUIZOFRENIA Y FASES

Existen diversos subtipos en los que se divide a la esquizofrenia ya que tienen diversas consecuencias, signos y síntomas en el paciente. Según el DSM-IV-TR (2002) son los siguientes:

F20.0x Tipo paranoide [295.30]

Existen ideas delirantes o alucinaciones auditivas. Los síntomas de los tipos desorganizado y catatónico no son frecuentes. Las ideas delirantes son de persecución, de grandeza o ambas. Los síntomas asociados incluyen ansiedad, ira, retraimiento y tendencia a discutir. El inicio tiende a ser más tardío que en otros tipos de esquizofrenia.

F20.1x Tipo desorganizado [295.10]

Presenta lenguaje y comportamiento desorganizado y la afectividad aplanada o inapropiada. Lenguaje que va acompañado de tonterías y risas que no tienen una clara conexión con el contenido del discurso. El comportamiento desorganizado contiene falta de orientación hacia un objetivo y puede acarrear una incapacidad para llevar a cabo actividades de la vida cotidiana. No se cumple el criterio para el tipo catatónico de esquizofrenia. Existen ideas delirantes y alucinaciones. Se asocian características como muecas, manierismos y otras rarezas del comportamiento.

F20.2x Tipo catatónico [295.20]

Incluye alteración psicomotora como inmovilidad, actividad motora excesiva, negativismo extremo (no obedece ordenes o mantiene una postura rígida en los intentos de ser movido), mutismo, peculiaridades del movimiento voluntario (adopción de posturas extrañas), ecolalia (repetición patológica, como lo haría un loro, aparentemente sin sentido, de una palabra o frase que acaba de decir otra persona) y ecopraxia (consiste en la imitación repetitiva de los movimientos de otra persona). Existe riesgo potencial de malnutrición, agotamiento y autolesiones.

F20.3x Tipo indiferenciado [295.90]

Presencia de síntomas positivos o negativos, pero no se cumplen los criterios para los tipos paranoide, desorganizado ó catatónico.

F20.5x Tipo residual [295.40]

Se utiliza al haber al menos un episodio de esquizofrenia, pero no es patente la existencia de síntomas positivos. Hay manifestaciones de síntomas negativos. Existen ideas delirantes o alucinaciones pero estas no son muy acusadas.

De acuerdo a Tomás, Bielsa, y Bassas (2006), se han distinguido diversas fases durante la enfermedad, como son:

- Fase prodrómica, donde se da la aparición de síntomas generales que dificultan conocer cual patología afecta al enfermo): es un periodo de deterioro de funciones y ocurre antes de darse por asentada o pronosticada la esquizofrenia. En esta fase predomina el aislamiento social, preocupaciones del enfermo hacia él ajenas, comportamientos inusuales, disforias (emoción desagradable o molesta), alteración en el sueño y el apetito, bajo rendimiento académico, descuido personal, etc. El abuso de sustancias toxicas se podría confundir con el diagnostico de esquizofrenia en fase prodrómica por su similitud de signos y síntomas.

- Fase aguda, esta fase presenta síntomas psicóticos positivos, comportamiento psicótico extraño y deterioro funcional. Dura de uno a seis meses ó mas dependiendo de la respuesta al tratamiento.

- Fase de recuperación, en esta fase es cuando la psicosis comienza a remitir (suspender), tiene síntomas psicóticos negativos, confusión, desorganización y disforia (malestar, lo opuesto a euforia), en ocasiones también puede tener una sintomatología positiva.

- Fase residual, donde se da la permanencia de algunos síntomas o residuos de la enfermedad): aquí se minimizan los síntomas psicóticos positivos, pero existen los síntomas psicóticos negativos, como por ejemplo, renuncia social, apatía, falta de motivación, aplanamiento afectivo y anhedonia (incapacidad para sentir placer y en consecuencia existe perdida de interés en casi todas las actividades).

- Fase de deterioro crónico, aunque en esta fase el tratamiento sea el adecuado, los pacientes permanecen crónicamente sintomáticos.

En todas las fases mencionadas están presentes delirios permanentes o transitorios de temática variada.

De acuerdo al tipo de esquizofrenia y a sus respectivas fases es como se ha podido brindar una mejor prevención y se ha manejado un mejor tratamiento ya que no cualquier subtipo de la enfermedad causa los mismos síntomas que repercuten en los signos.

1.5. INCIDENCIA Y PREVALENCIA

La incidencia se refiere al número de casos nuevos en un periodo determinado.

En las clases socioeconómicas no favorecidas, la incidencia es más alta; la posibilidad y el riesgo de aparición de esquizofrenia en un niño es mucho más

alta si tiene parientes esquizofrénicos. De hecho, si el niño tiene un sólo pariente con esquizofrenia, su probabilidad de aparición pasa del 1% al 13%. Si tiene dos parientes afectados su probabilidad es de 35 a 44% (Tomás, et al, 2006).

A continuación se presentan los resultados de incidencia sintomática, de un estudio elaborado por Tomás, et al (2006) los cuales muestran los síntomas que se presentaron en varios pacientes, por ejemplo:

- Falta de insight y empatía 97%
- Presencia de alucinaciones auditivas 74%
- Oyen voces 70%
- Presentan ideas referenciales 70%
- Delirio de referencia 67%
- Actitud de desconfianza 66%
- Afectividad baja y aplanada 66%
- Oyen voces que les hablan 64%
- Afectividad inadecuada 64%
- Delirio de persecución 64%
- Impresión de pensamiento 64%
- Descripciones obtusas 64%
- Pensamiento autístico 52%
- Pensamiento en eco 50%
- Sensación delirante de control 48%
- Oyen voces con frases completas 44%
- Presentan una socialización escasa 43%

Con respecto a la prevalencia, que son el número de casos en un momento dado, se sabe que la prevalencia general sería del 1% en la edad de 14 a 55 años y dos tercios de ellos necesitaran hospitalización alguna vez (Tomás et al, 2006).

Se menciona a continuación la prevalencia de la esquizofrenia que se da en una misma familia (Maña, 2005):

La probabilidad de que una persona con esquizofrenia tenga un hijo con la enfermedad es de un 12% (tanto en hombres como en mujeres), la probabilidad de que un hermano de un enfermo tenga un hijo con esquizofrenia es de un 8.5%, si se casan dos personas con esquizofrenia la probabilidad de que la enfermedad aparezca en un hijo es del 55%. y los familiares de segundo grado (por ejemplo, tíos, primos...) de un enfermo desarrollan la enfermedad en un 2.5%.

Respecto a la ideación suicida por parte del enfermo (Maña, 2005), se menciona que de cada 100 personas que padecen de esquizofrenia, 5 lo intentan y casi todos lo piensan en algún momento de la enfermedad. Estos resultados se dan por los siguientes síntomas, oír voces que ordenan el suicidio, o bien, pudiese ser una respuesta consciente y meditada ante su propia realidad.

Las investigaciones sobre suicidio en esquizofrenia han demostrado que es más frecuente éste cuando el enfermo tiene (Maña, 2005), por ejemplo:

- Conciencia de enfermedad
- Alto nivel educativo
- Alto número de recaídas con vuelta a la normalidad
- Un cambio en el curso de la enfermedad
- Muchas hospitalizaciones o depende de un hospital
- Intentos de suicidio antes de la enfermedad
- Depresión después de un brote
- Soledad

Para que los cuidadores tengan una idea de las consecuencias que puede tener el no tratar al paciente de una forma adecuada y trate de mejorar la relación familia-paciente se presentan las siguientes estadísticas.

Alrededor del 80% de los esquizofrénicos ingresan al menos una vez al hospital: del 10-15% más de 3 veces en los 5 primeros años siguientes al primer episodio (Chinchilla, 2000)

En otro estudio, teniendo en cuenta las hospitalizaciones de los pacientes se tienen datos que indican que el 80% reingresa una vez, el 60% más de una vez y sólo del 20 al 25% permanecen asintomáticos durante el seguimiento, habiendo grandes fluctuaciones entre los primeros 5 a 10 años (Chinchilla, 1996).

Loranger (1984, citado en Zipursky y Schulz, 2003) hizo un estudio para determinar si la edad de inicio de la esquizofrenia es menor en los hombres que en las mujeres; los resultados indican que mientras el 39% de los varones ha iniciado la esquizofrenia antes de los 19 años, el 23% de las mujeres inicia su periodo psicótico a esta edad.

Un 25% de los casos de esquizofrenia no vuelven a tener otra crisis y se recuperan a tal grado que no necesitaran tomar más medicamento y llevaran una vida normal. Un 50% se recuperará parcialmente siguiendo y tomando su medicamento y tendrá algunas limitaciones en su vida cotidiana debido a desajustes del control de la enfermedad, por ejemplo, sentirá algunas veces síntomas que le impedirán tener una vida plena ya que su realidad lo hará padecer algunas anormalidades perceptuales. El otro 25% tendrá mala evolución, necesidad de cuidados especiales y supervisión continuada (Aznar y Berlanga, 2005).

La prevalencia y la incidencia han ayudado a los estudios de la esquizofrenia en dos aspectos. Primero, estadísticamente muestran que personas con ciertas características tienden a tener la enfermedad y que síntomas se dan con mayor frecuencia... segundo, han ayudado al estudio de los orígenes ya que se han estudiado casos donde se cree que el origen es genético, los estudios han arrojado resultados de que gran parte de padres con esquizofrenia han tenido también hijos o descendencia con esta enfermedad, pero aún no se ha comprobado nada.

1.6. CAUSAS

Existen diferentes teorías, aún no comprobadas, del origen de la esquizofrenia.

Por ejemplo se cree que es de origen orgánico, como lo menciona Frazier y cols. (1996, citado en Zipursky y Schulz, 2003), quienes utilizaron una resonancia magnética como herramienta para estudiar a un grupo de adolescentes esquizofrénicos con el inicio de la enfermedad en la infancia y un grupo control; llegaron a la conclusión de que los pacientes con esquizofrenia presentaban una disminución del volumen cerebral y un aumento en los porcentajes de líquido cefalorraquídeo en las áreas corticales frontal y temporal, apoyando la teoría de que la enfermedad tiene un origen orgánico y anatómico. Otras teorías nos informan que es de origen genético, pero en estos enfoques han sido cuestionados ya que las causas de la esquizofrenia aún no están claras, ya que si el origen de la esquizofrenia fuera genético, en los casos de gemelos, que son genéticamente idénticos, deberían desarrollar la enfermedad ambos y no sólo uno, ya que se han encontrado gemelos en donde sólo uno desarrolla la enfermedad (Aznar y Berlanga, 2005). Otra de las posibles causas es tener una personalidad premorbida (predispuesta y con signos de actitud), que aparece en la infancia ya que el paciente cuando era niño mostraba mucha tranquilidad, actitud pasiva con la sociedad y tenía pocos amigos; en la adolescencia el paciente era introvertido, aislado y permanecía en cama continuamente (Tomás et al, 2006).

Por otro lado, las principales causas que originan las recaídas de la enfermedad después de ser tratado el paciente con neurolépticos son las llamadas causas de “los tres tercios” (Chinchilla, 2000):

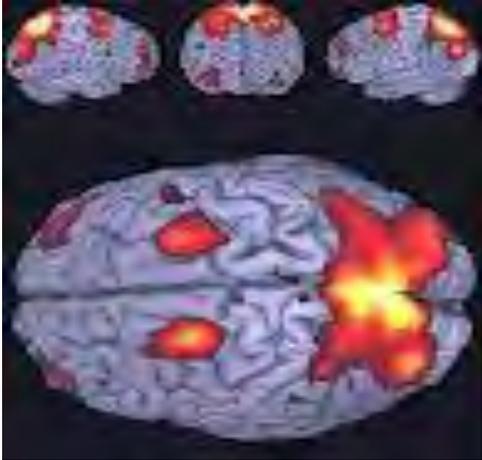
- 1) Tratamiento insuficiente
- 2) Tratamiento excesivamente breve
- 3) Incumplimiento terapéutico tanto del paciente como del cuidador de éste.

Puede ser que la enfermedad empiece ya que el cerebro es especialmente sensible a las situaciones tensas y estresantes; teniendo una reacción tensa la enfermedad aparece cuando se dan momentos clave de la vida, por ejemplo, al

irse de casa, en el servicio militar, después del parto, al entrar a la universidad, al probar determinadas drogas, etc. Estos factores influyen en el estrés cerebral, motivo por el cual, posiblemente el cerebro se descompensa o se satura y se produce la enfermedad (Maña, 2005).

La imagen 1, nos muestra un cerebro con deterioro causado por la esquizofrenia.

Imagen 1. Deterioro cerebral en esquizofrenia.



En esta imagen de un cerebro visto desde una resonancia magnética se puede apreciar en colores rojo y amarillo la parte atrofiada que es causada por la esquizofrenia. Tomada de Asociación Mundial de Psiquiatría, (2009).

Aún no es conocido el origen o lo que causa la esquizofrenia, hoy día se sigue estudiando lo orgánico, lo genético y la predisposición del enfermo, pero sin tener alguna hipótesis sustentada.

1.7. TRATAMIENTO PARA EL PACIENTE CON ESQUIZOFRENIA

Para la esquizofrenia, dos son los principales tratamientos:

1) Tratamientos farmacológicos: Fundamentalmente antipsicóticos o neurolepticos en pastillas, inyecciones o gotas; estos se utilizan en combinación con otros fármacos. En este tipo de tratamiento es muy difícil encontrar un medicamento adecuado para el paciente, ya que cada uno reacciona de diferente manera ante los efectos secundarios del medicamento y la adecuada dosis que le ayudará a mantenerse estable.

A continuación se presentan algunas respuestas del paciente hacia los medicamentos una vez tomados (Maña, 205):

Problemas musculares como rigidez, temblor, ataques de contracciones musculares o pareciese que los ojos se le van hacia atrás; dificultad para estar quieto en un sitio, en este punto el enfermo se encuentra intranquilo, no puede estar sentado mucho tiempo y si se sienta, mueve las piernas constantemente; hipotensión, disminución de la tensión arterial; Sequedad de la boca; estreñimiento; atontamiento, por exceso de sedación o sensación de mareo; visión borrosa; sensibilidad al sol; disminución de los reflejos; irregularidades o ausencia de menstruación; dificultades de erección o de eyaculación; discinesia tardía, que se presenta por movimientos involuntarios en la boca y labios, como si tuviera un tic; puede aparecer después de varios años de tomar el medicamento; aumento de peso.

Los neurolepticos de un mismo tipo no actúan de manera eficaz e igual en una persona adulta que en un adolescente, en muy pocos casos si son eficaces, pero mal tolerados, por ello los laboratorios farmacéuticos siguen tratando de

encontrar los medicamentos adecuados y que no tengan efectos secundarios en el paciente.

Las consecuencias de no tomar medicamentos son a las que se les adjudica la principal causa de recaídas.

2) Tratamientos psicológicos: intervenciones complementarias al tratamiento farmacológico y consisten en intervenciones psicológicas y sociales que se administran en función de las características y necesidades específicas de cada paciente (Aznar y Berlanga, 2005).

Los tratamientos psicoterapéuticos también tienen gran importancia (Chinchilla, 2000) ya que contribuyen a:

- Mejorar la adherencia terapéutica al tratamiento farmacológico.
- Mantenimiento de un estado emocional estable
- Mantener la sociabilidad
- Propiciar las actividades cotidianas y de necesidades básicas
- Aumento de la conciencia de enfermedad
- Apoyo a la familia del paciente
- Mantenimiento de relaciones familiares estables
- Promover en el paciente habilidades para lograr los objetivos terapéuticos
- Fomentar actividades que le permitan al paciente no depender de otros (cocinar, asearse, manejar, ir a la escuela, encontrar un trabajo, etc).

Las consecuencias de la insatisfacción del paciente y la familia al no cumplir con el plan terapéutico son:

- Aumento de recaídas
- Re-hospitalizaciones
- Aumento del estrés personal y de la expresividad emocional familiar
- Mayor inestabilidad social y laboral
- Aumento creciente del empobrecimiento de la calidad de vida
- Mayores riesgos para suicidio, abuso de tóxicos, conductas disruptivas o violentas, etc.
- Aumento de costes directos e indirectos

- A la larga empeoramiento del cuadro y mayor resistencia a los tratamientos.

Cabe destacar que el tratamiento más adecuado requiere tanto de consultar con un psiquiatra como con un psicólogo (Maña, 2005), existen diversos tratamientos psicológicos que pueden ayudar al enfermo, algunos de ellos se mencionan a continuación:

Psicoterapia Individual:

- En la Psicoterapia individual, se establece una relación de ayuda entre el enfermo y el terapeuta. El objetivo es que el enfermo se sienta comprendido y que hable de sus preocupaciones y dudas para crear conciencia de la enfermedad.

Terapia de conducta:

- Con respecto a la Terapia de conducta, su objetivo es cambiar algunas conductas del enfermo que le perjudican y sustituirlas por conductas más aceptadas. Esto se consigue por medio de “registros” donde el enfermo escribe cuántas veces hace la conducta que se desea eliminar y cuántas veces la que desea desarrollar. Por medio de premios se va consiguiendo que haga más veces la conducta que desea desarrollar.

La terapia de conducta trabaja sólo con una conducta a desarrollar cada vez y avanza muy despacio hacia el objetivo.

Terapia cognitivo-conductual

Intenta poner a prueba las creencias delirantes del enfermo y por el razonamiento lógico, puede terminar convenciendo al enfermo de que sus ideas son delirantes. Además, enseña al enfermo a controlar determinados síntomas por medio de técnicas de control mental. El paciente hace y piensa

cosas para que los síntomas de la enfermedad no interfieran con la vida cotidiana.

Terapia de grupo

Son individuos que, dirigidos por un profesional, discuten sobre temas de diversa índole, en general con carácter íntimo y personal. Aunque es difícil que el enfermo asista a estos grupos debido a su retraimiento, este grupo precisamente puede ser una buena opción para superar estas mismas adversidades y reintegrarse socialmente.

Los grupos en general, dan la oportunidad de que el enfermo salga adelante y se relacione con personas como él, haga amistades en el grupo y ayude a otros para que se sienta útil y mejore su autoestima.

Terapia integral

El tratamiento más eficaz y completo es el de combinar la medicación con intervenciones sociales y psicológicas, ya que esto llevará al paciente a tener una mejor calidad de vida.

La tabla 3 muestra cuales son las principales consecuencias del abandono de la medicación. (Aznar y Berlanga, 2005):

Tabla 3. Consecuencias del abandono del medicamento

Consecuencias	Datos de investigación
Mayor numero de recaídas	El 80% de las personas con esquizofrenia que no toman la medicación recaen durante el primer año
Mayor gravedad de la recaída	Aquellos que recaen sin tomar la medicación ingresan al hospital involuntariamente con más frecuencia y presentan un cuadro clínico más grave que los que si la toman.
Mayor duración de los ingresos hospitalario	Quienes ingresan al hospital después de una recaída y no habían tomado la medicación, necesitan más días de permanecer hospitalizados para recuperarse.
Peor evolución de la enfermedad	La recuperación es mayor y más completa cuanto antes se instaure o mantenga el tratamiento farmacológico.

La tabla muestra lo que puede suceder si los enfermos de esquizofrenia no llevan una continuidad en su tratamiento farmacológico.

Algunos problemas que conllevan a no tomar la medicación son:

- El costo de los medicamentos
- Reacciones secundarias
- No tomarlos en forma debido a que se le olvida al paciente
- Dejar de sentirse enfermo
- Mejoría de los síntomas

La tabla 4 ejemplifica lo que el tratamiento psicológico puede conseguir dando a conocer los alcances y limitaciones durante la enfermedad.

Tabla 4. Alcances de la psicoterapia

Alcance	Limitación
Su estado de regresión adaptativa	La desorganización conceptual
La sintomatología ansiosa-depresiva	La debilidad del yo
La apatía y el enlentecimiento global.	La actitud de tipo optimista o pesimista
La disfunción social	La productividad verbal
El consumo de medicación antipsicótica	La hostilidad
Disminuye el posible cambio de empleo	Los trastornos del comportamiento
Aumenta la capacidad laboral	La rehospitalización
Disminuye los días de hospitalización	Las relaciones afectivas significativas
Disminuye el pensamiento distorsionado	

La tabla anterior muestra la importancia del tratamiento psicológico ya que si este se lleva adecuadamente, el enfermo alcanzará una adaptación más adecuada socialmente, pero también nos muestra algunas limitaciones, llegando a la conclusión de que el tratamiento psicoterapéutico es de gran ayuda, pero también tanto psiquiatra como familiares del paciente tienen que esforzarse por ayudar al enfermo.

La persona con esquizofrenia que recae, aun tomando su medicamento, no tiene los mismos efectos que si recae por no tomar el medicamento, ya que si lo esta tomando la sintomatología seria menos intensa y tendría una buena respuesta al reajuste del tratamiento médico.

Los síntomas y signos que permiten tener una sospecha de recaída son el inicio de un cuadro de disforia, tensión, ansiedad y alteraciones del sueño y el apetito.

La American Psychiatric Association (2001), menciona que muchos pacientes con esquizofrenia requieren una asistencia global y continuada durante toda su vida, sin límite alguno durante la duración del tratamiento. Sin embargo, una atención biopsicosocial temprana y de alta calidad puede reducir al mínimo la morbilidad y permitir que la mitad o más de los pacientes vivan de una forma más normal en la sociedad.

Tanto el tratamiento psiquiátrico como el psicológico han demostrado que si se combinan son la mejor manera de estabilizar al paciente.

El tratamiento psiquiátrico es un poco más usado ya que ha habido mejores resultados. Aunque también ha habido cierto inconformismo por parte de pacientes y sus familiares o cuidadores ya que el tratamiento psiquiátrico se basa solo en prescripciones dejando un lado la calidez y entrenamiento a los pacientes, un entrenamiento que los psicólogos si brindan.

El tratamiento para los enfermos de esquizofrenia desde las primeras épocas de la humanidad hasta nuestros días ha ido evolucionando, ya que por ejemplo, en épocas anteriores a esta enfermedad se le consideraba incurable e incluso se tenían restricciones a los que la padecían porque la humanidad creía que se debía a posesiones demoníacas, conceptos que en la actualidad son descartados; la evolución ha sido muy lenta, pero en los últimos años se han encontrado algunas formas de controlar la enfermedad con tratamientos farmacológicos y psicológicos que siguen investigando y han encontrado los signos y síntomas característicos de la enfermedad para un adecuado

diagnostico y para obtener mejoras en sus tratamientos; así, tanto el tratamiento farmacológico como el psicológico y el que brindan los familiares y amigos siguen progresando para que los enfermos puedan tener una mejor calidad de vida ya que la esquizofrenia es muy difícil de tratar y para que el paciente pueda progresar debe de haber un adecuado equilibrio entre medicación, ayuda psicoterapéutica y algo que no deja de ser importante como lo es la ayuda de familiares y demás personas que rodean al enfermo ya que ellos serán la base del tratamiento en general porque al tratar directamente con el enfermo lo ayudarán a desarrollar sus potenciales para sobrellevar su enfermedad y así guiarlo por los mejores caminos de la vida para que cumpla sus propósitos y pueda vivir de la mejor forma.

CAPITULO II

IMPORTANCIA DEL ROL FAMILIAR EN LA ESQUIZOFRENIA

2.1. CONCEPTO DE FAMILIA Y SU IMPORTANCIA EN LA ESQUIZOFRENIA.

Es un número elevado de casos de enfermos de esquizofrenia, ya que esta representa al 1% (Tomás, Bielsa y Bassas, 2006) de la población mundial y aunque existen muchos casos la mayoría de las familias que enfrentan esta enfermedad no saben su origen, su evolución, ni como comportarse y necesitan adquirir diferentes técnicas para tratar a su familiar enfermo de esquizofrenia; por ello es que cobra vital importancia su tratamiento que se basa en la familia y las personas que rodean al enfermo, motivo por el cual para iniciar este capítulo se ira dando importancia desde las características más simples hasta las más complejas de cómo debe de ser la unión familiar para brindar el mejor de los apoyos a el enfermo de esquizofrenia.

El concepto de familia es importante ya que engloba cómo es este prototipo en la actualidad. Además de que orienta acerca de la labor de cada uno de sus componentes y los cambios que preparan a cada integrante para encarar nuevos procesos de la vida. Así, en este capítulo no solo se trata de dar a conocer la importancia del apoyo familiar a un enfermo de esquizofrenia, sino también de orientar a sus integrantes para que queden equipados y puedan predecir y resolver diversas amenazas de cambio o desacuerdo familiar para tratar de darle la mejor calidad de vida a su enfermo de esquizofrenia.

.Algunas disciplinas científicas han dado un concepto a la palabra y significado de la familia (Chong, Garza y Martínez, 2007), entre las cuales podemos mencionar que:

Para la Sociología, la familia es la célula de la sociedad, que esta conformada por creencias, valores, ideas, etc. Para la Antropología, la familia es un trasmisor de cultura, creencias y valores que se van adaptando a la cultura. La

Biología nos dice, que es la herencia genética existente entre los integrantes de un grupo (familia) en base a lazos sanguíneos.

Sin embargo, estas tres instancias aún no nos mencionan cómo debe de ser la interacción adecuada ni los diferentes tipos de familia.

Por ello, para los fines de esta investigación, será la definición de la Psicología la que se tomará en cuenta para contextualizarla en su relación a la esquizofrenia, es por ello que la Psicología define a la familia como la relación existente entre los integrantes de un grupo que puede tener lazos consanguíneos o no, y que se transmiten información, creencias, valores y estimas, apareciendo aquí algo muy importante que es la transmisión de información.

Aunque las ideas sobre el concepto de familia propuestas por algunos psicólogos no están estandarizadas ya que, aunque los mencionados aquí son correctos, no existe un concepto que pueda englobar todas las características de lo que es una familia porque cada psicólogo tiene su propia idea.

Las siguientes son algunas ideas debatidas entre psicólogos especialistas en la familia. (Chong, et al., 2007).

Para Klein y White (1996) las familias duran un periodo mayor que la mayoría de otros grupos sociales, no es un grupo en el que todos sus miembros formen parte de modo voluntario, ya que los hijos no deciden quienes serán sus Padres Biológicos; las familias tienden a ser intergeneracionales (varias generaciones), manteniendo relaciones biológicas, legales y afectivas entre sus miembros.

Para Burgués (1926) la familia es una unidad de personalidades en interacción.

Para Rodrigo y Palacios (1998) la familia es la unión de personas que comparten un proyecto vital de existencia en común y que trata de ser duradero; en el cual, se generan fuertes sentimientos de pertenencia así como

un compromiso personal entre sus miembros en el que se establecen intensas relaciones de intimidad, reciprocidad e independencia.

Para Broderick (1993) la familia es un ejemplo de sistema social abierto, continuo, que busca metas y se autorregula; las familias se diferencian de otros sistemas sociales por el criterio de pertenencia.

Para López y Escudero (2003) una familia es como un sistema en el que sus miembros establecen relaciones de intimidad, reciprocidad, dependencia, afecto y poder, condicionados por vínculos sanguíneos y legales con el condicionamiento implícito de larga duración. Se trata de un sistema que busca metas y trata de autorregularse, modelado por sus características estructurales (tamaño, composición, ciclo vital, etc.), biológicas de sus miembros y su posición sociocultural e histórica en la población.

Una característica que suele darse en la mayoría de las familias es la siguiente:

Los padres harán, a lo largo de sus vidas, hasta lo imposible para que sus hijos triunfen, ya que a ellos no les bastara con darles los mismos consejos que aprendieron de sus padres, debido a las diferentes tendencias económicas de la actualidad que complican la forma de cuidar o proteger a los hijos, ya que en las sociedades actuales, ambos padres tienen la necesidad de salir a trabajar para mantener a la familia, en algunos otros casos más complicados son también los hijos los que tienen la necesidad de tener que trabajar e incluso abandonar sus estudios para subsistir.

Por ello, se considera a los padres de familia y principalmente a los de un enfermo de esquizofrenia el principal soporte o los supervisores inmediatos para mantener estable al enfermo.

Aún con los problemas económicos a los que se enfrenta una Familia, no podemos dejar de mencionar que a través del tiempo, la familia permanece como la mejor manera de alimentar y de educar a los niños, además de

transmitir los valores y tradiciones de una generación a otra (Chong, et al., 2007).

Toda familia funciona y serán más fuertes los lazos que hay en ella, si todos sus integrantes se llevan de una buena manera; unida la familia mostrara mejores lazos de amor dentro y fuera de ella, para lograrlo se tiene que tener de una manera fundamental una comunicación adecuada.

Arzú (2002), opina que se podría decir que son quince las cualidades que describen a una adecuada interacción familiar; además de estas quince cualidades se describe el por qué de su importancia en el tratamiento de la esquizofrenia:

- 1) Comunicación y escucha; se considera que la comunicación nunca debe de perderse y esta se beneficiara de la escucha adecuada del enfermo de esquizofrenia ya que el enfermo le comunica su realidad a los demás y aunque este controlando la esquizofrenia con medicamentos, jamás va a poder salir adelante si no se le convence verbalmente de que sus sensaciones y percepciones son equivocadas; siendo allí donde se da la importancia del papel o rol que el psicólogo juega en el tratamiento de este tipo de enfermos.

- 2) Sus miembros se apoyan y reafirman entre ellos; siendo esta una importante ventaja para que haya voluntad y compromiso en el tratamiento de su enfermo

- 3) Enseña el respeto a los demás; esta cualidad se da en la gran mayoría de las veces por la adecuada educación de los padres hacia los hijos y tiene como función central la de no despreciar ni discriminar al enfermo.

- 4) Desarrolla el sentimiento de confianza; si en una familia los padres han sabido escuchar a sus hijos y viceversa, se generará un ambiente de confianza, unión y apoyo mutuo que si el enfermo lo siente podríamos decir que por lo menos en su hogar no sentirá durante la enfermedad ese ambiente hostil que siente cuando sale a la calle.

5) Tiene sentido del humor y del juego; esta es otra característica que mantiene unidas a las familias ya que el juego y en consecuencia el buen humor, repercuten en la confianza y proporcionan al enfermo la posibilidad de pasar por momentos de desahogo y sentimientos de tranquilidad dentro de su hogar.

6) Comparten la responsabilidad con sentido común; esto es una regla que debe de tener en cuenta cada uno de los familiares del enfermo ya que si tiene un enfermo de este tipo en su familia no es que se vaya a acabar el mundo, ni que vayan a quedar tachados por la sociedad de que tienen un “loco” en su casa; por el contrario, es una enfermedad común que se da como se mencionó en 1% de la población mundial; en este punto el terapeuta juega también un rol importante ya que la familia nuclear o extendida debe de asistir a las sesiones con el psicólogo para tener un mejor entrenamiento de sus responsabilidades y de su comportamiento ante el enfermo, además de ser orientados mejor acerca de la enfermedad.

7) Enseñan con sentido común lo que esta bien y lo que esta mal; siempre se deben de tener los pies en la tierra al interactuar con el enfermo ya que si este tiene un mal comportamiento no significa que se tiene que justificar por consecuencia de la enfermedad, al contrario, en estos casos es donde también la interacción verbal adecuada es importante para que el enfermo tenga conciencia de sus actos.

8) Poseen un fuerte sentido de la familia en el que abundan las tradiciones; si la familia del enfermo se respeta y esta unida en los momentos más difíciles como por ejemplo, comen juntos, celebran cumpleaños o demás festividades, solucionan sus problemas en grupo, etc; entonces habrá aún más posibilidades de que el enfermo este estable y hasta pueda continuar con sus estudios o en su trabajo y asista además a fiestas con sus amigos o familiares y pueda hacer un sinfín de actividades.

9) Equilibran la interacción entre los miembros de la familia; el respeto es importante pero no solo se debe explicar el por qué verbalmente, sino cada miembro debe darse a respetar según cómo quiera ser tratado y tratar él; esto

con el fin de que no se sobrepasen las líneas de respeto y pueda haber represalias entre la familia y en consecuencia una desadaptación del enfermo.

10) Tienen un sentido religioso equilibrado; este punto no es muy importante seguirlo al pie de la letra pero si es un valor familiar que ayuda para la unión de esta y proporciona al enfermo mayor integración; además no es necesario que el enfermo tenga que optar en un determinado momento en tener una religión o algún tipo de valor que no sea necesario, simplemente su tratamiento debe de centrarse en ayudarlo y no enseñándole a inculcar cosas que no sean necesarias.

11) Respetan la privacidad de los otros; aunque exista mucha confianza entre los familiares nunca se debe de abusar de esta hacia un integrante; lo mismo debe de suceder con el enfermo ya que se le debe de enseñara a respetar para ser respetado si es que no cuenta con ese valor.

12) Valoran el servicio a los demás; si los padres enseñan a sus hijos a agradecer, estos ayudarán al enfermo porque tendrán la sensaciones de que en algún momento este se los agradecerá o alguien más se los va a agradecer ya sea en su familia o cualquier otra persona; esto motivará más a los familiares a tratar mejor a el enfermo.

13) Fomentan las conversaciones y las comidas en familia; la comunicación verbal mezclada con actividades familiares ayudan a la unión familiar indispensable para sobrellevar e incluso rehabilitar al enfermo.

14) Comparten su tiempo libre; los padres deben de aconsejar a sus hijos de que ayudar al enfermo no les quita nada y si lo ayudan se fortalecerán más enfermo y familia.

15) Admiten y buscan ayuda ante los problemas; aunque este muy unida la familia se debe de buscar ayuda profesional para el enfermo, ya sea esta psiquiatrica, psicológica o combinación de ambas, incluso buscar ayuda en

grupos de superación como lo son esquizofrénicos anónimos o algunos otros tipos de ayuda social.

Además de lo anterior, los padres llevan a cabo las responsabilidades familiares, tales como:

- Educar
- Alimentar
- Transmitir tradiciones y valores compartidos de una generación a otra.
- Fomentar amor, decencia y moralidad.

Se han tenido algunos datos estadísticos que indican que las familias que no enseñan valores de cualquier tipo a sus hijos y entre los padres mismos, tienden al divorcio.

Se menciona a continuación algunas interacciones y roles que son importantes para el bienestar familiar (Chong et al, 2007):

1) Estructura familiar; la familia es un sistema y cada familia es diferente; esta compuesta por las personas que integran la familia como pueden ser el padre, la madre, hijos, primos, abuelos nietos, etc. En algunos casos se establecen algunos límites entre familias para diferenciarse de las demás; y se establecen reglas para cuidar el orden, afecto y progreso individual.

Las reglas son lo que le da orden a la estructura familiar y existen dos tipos de reglas que son:

a) Implícitas: son reglas que no es necesario decirlas verbalmente.

b) Explícitas: las reglas explícitas son las que se dicen.

2) Relaciones familiares; es una comunicación que tienen los familiares por medio de palabras, ideas y necesidades, emociones y sentimientos.

A través de la comunicación en familia se trasmite la herencia misma de valores, ideas, y el sentido de pertenencia.

3) Ciclo vital de la familia; son reglas y actitudes que los integrantes de la familia van desarrollando conforme pasa el tiempo.

Las familias de la actualidad son a veces influidas en cuanto a sus valores y creencias por la televisión y otros medios de la comunicación, que hace aproximadamente cinco décadas no existían, por ejemplo, las noticias amarillistas, la violencia entre familiares, la forma en que las telenovelas muestran distintos tipos de familias, ya sean desunidas, niños sin hogar, violencia intrafamiliar, etc.

Pero para que una familia logre superar las adversidades, no sólo son necesarias las relaciones que los integrantes mantengan, sino que también debe de haber un apoyo mutuo de parte de todos los integrantes de la familia.

Baeza, (1999) menciona que *“Una comunicación positiva, flexible, en un grupo familiar que confía en sus propios recursos, con una pareja conyugal fuerte y satisfecha con el matrimonio y la vida familiar potencian las fuerzas de orgullo y acuerdos familiares, que parecen servir de amortiguadores ante los sucesos estresantes de la vida”* .

2.2. EL ROL DE LA MADRE

Sanger y Nelly, (1987) mencionan algunas responsabilidades que la madre debe llevar a cabo para una adecuada interacción familiar:

A partir de los gustos e intereses que la madre brinda a sus hijos, es como desde edades muy tempranas ellos empiezan a juzgar la sensibilidad del medio materno que será encargado de llevar a sus hijos por los mejores caminos de la vida.

Hoy en día existen muchas madres de familia que trabajan y no pueden atender a sus enfermos como ellas quisieran siendo este un verdadero problema para el enfermo y más aún si solo este depende de la compañía de su madre; en estos casos es muy complicado que el enfermo este solo en casa ya que no tendría el suficiente apoyo para tomar su medicamento a la hora que le corresponde, desestresarse o tratar de olvidar la enfermedad platicando con alguien, sentirse protegido y tener seguridad tanto padres como enfermo de que vaya a pasar algo desafortunado como que el enfermo tenga un brote o intente un suicidio; lo que convendría hacer en este tipo de casos es ver el nivel de enfermedad para asistir con un psiquiatra o un psicólogo y de allí partir para ver que consecuencias tendría el dejar en casa solo al paciente y ayudarlo para que no suceda nada poniendo algunas actividades.

Una madre siempre debe de mostrar tranquilidad ante sus hijos para superar las adversidades de la vida; así, sus hijos caerán en la cuenta de que si en algún problema como lo es la esquizofrenia su madre lo toma a la ligera, entonces no es grave el problema ya que su madre no se preocupa, en este caso familia y enfermo comprenderán que no es un problema de cuidado y seguirán el curso de sus vidas.

En general, el papel principal no sólo de las madres, sino de ambos padres es educar a sus hijos para que sean en un futuro responsables, afectuosos y cumplan sus metas en la vida.

2.3. EL ROL DEL PADRE

Los padres de familia, generalmente encargados del aporte económico a la familia en décadas anteriores, en la actualidad, se les han unido las madres para poder sacar adelante a sus hijos. Esto debido a las necesidades básicas de alimentación, de educación, de salud, entre otras.

Los papás de familia cuando sus hijos llegan a la adolescencia sienten, cuando se trata de sus hijas, preocupación y confusión debido al cuidado y al peligro

que ellas están teniendo por la inseguridad social; si se trata de sus hijos en la adolescencia , los papás sienten desafío por parte de ellos, ya que suelen comportarse agresivos (Pruett, 2001).

Cuando el enfermo de esquizofrenia es del sexo femenino, el papá suele sentirse confundido por el comportamiento de su hija ya que al ser de otro sexo el papá desconoce el por qué de sus actitudes; esto no tiene por qué confundir al padre de familia ya que el debe de ver la forma de acercarse a su hija y platicar con ella de sus inquietudes creando además una atmósfera de confianza que incluso le ayudará a la enferma a tener otro soporte, que es el padre, para enfrentar su problema de esquizofrenia.

Para ellos, según la experiencia que hayan tenido en edades más tempranas, los llevará a brindar mejores soluciones de problemas que sus hijos tienen en la edad ya experimentada por el padre.

El trato que el papá debe de dar a lo largo de todas las generaciones de sus hijos, es la de tener más autoridad en su familia y ser más exigente en cuanto al desempeño en general de sus hijos.

El amor o calor paterno es en la mayoría de los casos más frío a comparación con el amor materno hacia los hijos, por consecuencia las mujeres se identifican mejor con su mamá que los varones con su papá.

2.4. FAMILIAS ESQUIZOFRENIZANTES

Rodríguez, (1991, citado en Valdivia 2007) menciona algunos rasgos predominantes de la familia que influyen para que se de una personalidad premorbida en un familiar diagnosticado con esquizofrenia:

-Vivir dentro de una organización patológica

-Fallas en los siguientes parámetros de estructura familiar: autonomía, autoridad, límites, alianzas, centralidad y Geografía.

Algunas familias con enfermos de esquizofrenia se caracterizan por ser caóticas y rígidas, dando paso a ser una entidad casi patológica. En este tipo de familias se ha encontrado la misma interacción y los mismos mecanismos para afrontar la ansiedad, así como desordenes en la comunicación.

Los integrantes de estas familias tienen relaciones insatisfactorias y penosas, inadaptación, existen discordancias internas, los padres suelen ser indispensables u odiados, tergiversan el sentido de la conducta de sus hijos, aceptan tendencias desviadas, niegan la significación de obvias anomalías.

En consecuencia, los niños que se desarrollan en estas familias no desarrollan las habilidades para una adaptación social eficaz. De ahí que no puedan fiarse de su comprensión, de su percepción, de sus sentimientos y debido a estas inadaptaciones de su infancia, desarrollan un miedo a la intimidad, muestran desconfianza, ambivalencia hacia todos sus contactos humanos. Con estas limitantes el pequeño desarrollara la actitud de vivir en un mundo autístico, separado de los demás.

Al intentar tener relaciones sociales, este tipo de niños encontrará relaciones ambiguas, frágiles e inestables debido a su situación parental que lo hace ver a la sociedad de una forma inadecuada debido a sus primeras relaciones significativas.

Autonomía:

Algunos ambientes familiares hostiles se deben principalmente a la autonomía, este tipo de familias presentan límites interpersonales difusos y relaciones intrusivas. Los integrantes de la familia muestran indiferencia hacia los demás miembros.

Wynne (citado en Valdivia, 2007), menciona que estas familias exhiben las siguientes características:

- No hay variación de roles, a pesar de que existen ciertas alteraciones y situaciones en la vida de los miembros.

- Existe preocupación en lo que son divergencias o independencias con respecto a la estructura de roles.

- Ausencia de espontaneidad, novedad, humor y entusiasmo en la participación de los miembros.

- Indiferencia de los miembros frente a la sociedad circundante; su única organización gira en torno a enérgicos lazos ambivalentes entre sus miembros.

- Por consecuencia, la relación ambivalente y de simbiosis es frecuente entre la madre y los suyos, ya que el padre es excluido.

Estos tipos de autonomía provocan en el paciente de esquizofrenia tanto el deseo como el temor a fundirse en unión simbiótica con otra gente, provocado por la confusión y el temor debido a la experiencia anterior de rechazo y sobreprotección asfixiante en su relación con la madre., que no lo deja tener una existencia y entidad propia, ser distinto y estar separado. En consecuencia teme al aislamiento, al abandono y a la pérdida de seguridad, además de no poder establecer contactos interpersonales.

Autoridad:

En términos de autoridad, en estas familias el poder se manifiesta de forma rígida, fija e inmutable. Rodríguez (citado en Valdivia, 2007) define a la autoridad como no definida en el contexto familiar debido a la baja de autoestima como consecuencia de la sensación de ansiedad e inseguridad. En estas familias existen temores, desilusiones y se desconfía de la gente; lo que ocasiona que la toma de decisiones se vuelva una batalla a gritos o silencios acerca de quién es el que tiene el derecho de ordenar.

Límites:

No existen límites en estas familias ya que hay una descalificación de las declaraciones de cada miembro ya que no se hace lo que cada miembro pide porque no existen normas; ningún miembro es responsable de estar influyendo en la conducta de los demás y admitir que cualquier otro miembro regule su conducta. Esto traerá consecuencias ya que los miembros tenderán a desacreditarse.

En estas familias existe desconfianza, devaluación, inconformidad, sobreprotección y rigidez debido a la incorrecta interacción.

Al tratar de imponer autoridad de forma errónea un miembro en estas familias, solo conseguirá desarrollar personas cohibidas, ignorantes y poco creativas que generan resentimientos imposibilitando la interacción.

Lidz (citado en Valdivia, 2007) señala que saber tener una comunicación adecuada es muy importante para evitar el autoengaño, el ocultar algo a los demás, además de que esto implica una negación conciente e inconciente que provoca confusión.

Alianza:

Se le llama alianza familiar a la relación abierta o encubierta entre dos o más miembros de una misma familia, siendo así la base para mantener en equilibrio a las familias. Esta alianza beneficia en algunas situaciones el desarrollo familiar, por ejemplo, al distanciarse padre e hijo, la madre puede tomar el rol de intermediaria y tratar de unirlos nuevamente.

Aunque, cabe destacar que una alianza en familias disfuncionales también puede tener consecuencias graves ya que por ejemplo, si padre y madre están distanciados y ambos buscan que su hijo pequeño este a favor de alguno, entonces en el niño se creará ansiedad ya que lo que él quiere es estar con ambos padres.

Centralidad:

Cuando no existe interacción entre los miembros familiares se crea una alteración en los procesos de comunicación y surgen malentendidos familiares; en consecuencia se han encontrado que muchas personas que padecen esquizofrenia han tenido pautas de identificación muy pobres con ambos progenitores, además de tener una interacción deficiente con los demás integrantes de la familia.

Geografía:

Este tipo de familias se caracteriza por la rigidez en las reglas, no hay confianza y la comunicación se encuentra alterada, con base a esto si se llega a presentar la enfermedad de esquizofrenia en estas familias, tanto la persona que la padece como los demás integrantes de la familia muy difícilmente podrán salir del conflicto; esto debido a la deficiente aceptación de roles.

Es por lo anterior que también otro factor que se cree que provoca la enfermedad de la esquizofrenia es la propia familia del enfermo.

Mucho se tiene que trabajar con las familias de enfermos de esquizofrenia, tanto en familias donde existe una buena interacción como en las que no; es en este momento donde entra en acción el psicólogo para ayudar tanto a familia como a enfermo a sobrellevar la enfermedad y mantener una buena interacción.

2.5. ESQUIZOFRENIA Y FAMILIA

Existen diferentes grupos y tipos de familia en todo el mundo; entre algunas diferencias están su posición socioeconómica, su cultura, su religión, el número de integrantes que la componen, etc.

En una familia que se encuentra con la noticia de que sus hijos se les ha diagnosticado Esquizofrenia, responderá de una diversidad de modos como los siguientes: aumenta el nivel de estrés, hay cierto miedo entre sus integrantes, no toman en cuenta el problema y llegan a creer que será pasajero, etc.

La esquizofrenia no sólo se traga a una persona en su espiral de angustia, la familia entera es prisionera durante largos años.

Las familias que están más unidas, que tienen o sienten afecto por sus hijos con Esquizofrenia, sentirán y se darán cuenta del rechazo de la sociedad o incluso el que sus propios hermanos le dan a entender al enfermo.

El comienzo de la esquizofrenia es bastante llamativo y produce desconcierto y alarma en los familiares del paciente, ya que de repente la enfermedad se da y de un día para otro, la familia empieza a ver en los pacientes actitudes que son muy raras, además de todos los signos que presenta un enfermo.

A continuación se mencionan las pautas recomendadas para padres de hijos con esquizofrenia en los primeros momentos de la enfermedad (Aznar y Berlanga, 2005):

- No buscar culpables. Desgraciadamente, las enfermedades afectan a todo el mundo y nadie busca enfermar.
- Mantener la esperanza. Aunque la esquizofrenia es una enfermedad grave, su evolución es muy variable de unas personas a otras y, al principio, es muy difícil predecir con certeza cuál será el resultado final en su familiar.
- No cambiar de profesionales. Seleccionar un equipo profesional que se encargue del tratamiento y procure colaborar con el enfermo y su familia, en la medida de sus posibilidades.

- Procurar generar las condiciones adecuadas en el hogar que faciliten la mejora y colaborar con las pautas dadas por el equipo profesional que lo trate.
- Reunirse con la familia y compartir las responsabilidades entre todos de acuerdo a lo que cada uno puede y quiere hacer. Procurar anticipar los problemas con que pueden tropezar y planificar las mejores opciones de respuesta en caso de que sucedan.
- No abandonar su propia vida. A pesar de las circunstancias, reservarse un tiempo para sus propias necesidades y gustos.
- Relacionarse con otras personas y, si es posible, compartir su malestar con alguna persona de su confianza.
- No dudar en pedir asesoramiento profesional a un psicólogo si se siente muy alterado emocionalmente y no consigue remediar ese malestar. No se trata de seguir una psicoterapia, sino de buscar consejo para sentirse mejor para poder contribuir óptimamente en la ayuda de su familiar.

Los padres y el enfermo con esquizofrenia sentirán las consecuencias de la enfermedad cuando el enfermo sienta que los compañeros de la escuela lo rechacen, le pongan apodosos o cuando definitivamente lo expulsen de la escuela o del trabajo, etc.

Una persona con esquizofrenia es diferente a las demás ya que vive otra realidad. Sufren con ellos sus padres y hermanos. En algunos casos la comunicación entre enfermo y los que lo rodean es casi imposible y por tal motivo, se crea una forma de vida difícil para ambas partes. Los padres no vuelven a tener la misma interacción con sus hijos y solo en algunos casos los hijos llegan a alcanzar sus proyectos de vida que se habían propuesto.

Es importante la comunicación familiar para que en ella exista una protección en la interacción y el desarrollo de la persona con esquizofrenia para que pueda alcanzar la mejor calidad de vida.

La unión familiar como apoyo para tratar la enfermedad de esquizofrenia es muy importante, ya que de la socialización familiar que exista en una familia de un paciente partirá el enfermo para relacionarse con el resto de la sociedad.

Los siguientes son algunos estados de ánimo que se presentan en una familia a lo largo del transcurso de la enfermedad. (Tobin, 2006):

- Tristeza: primero esta la tristeza de ver transcurrir los meses e incluso los años mientras el hijo se desintegra por dentro en lugar de convertirse en el hombre o la mujer que prometía ser.
- A la tristeza le sigue la resignación, verdadero peligro para la calidad de vida de las familias. Hay que luchar contra ella con todas las fuerzas, sobre todo en presencia de hermanos y hermanas ya que este esfuerzo también debe centrarse en el equilibrio de los demás hijos.
- La cólera: es un sentimiento que las familias conocen bien. Existe la cólera contra los poderes públicos, contra los psiquiatras, contra el enfermo y contra los mismos padres.
- La culpabilidad: afecta a padres y madres, sobre todo cuando no se atreven o no pueden hablar de ello, y se empiezan a preocupar y se hacen preguntas como por ejemplo, ¿Es porque no le di el pecho? ¿Me he ausentado con demasiada frecuencia? ¿Le he exigido demasiado en los estudios?, etc.

Con relación al último párrafo, el propio hijo esquizofrénico no es el último que alimenta el proceso al decir: “¡Eres tú quien me ha hecho enfermar!”

Lo anterior es debido a que en las familias donde se tienen esas ideas aún no han logrado identificar los signos y síntomas propios de la esquizofrenia para

dar un diagnóstico de esta enfermedad y empezar un tratamiento adecuado para así no tener errores de apreciación acerca de qué causo o esta causando la enfermedad del enfermo.

Zipursky y Schulz (2003) refieren que la mayoría de los padres que cuidan de un hijo con esquizofrenia necesitan los siguientes servicios:

a) Psicoeducación sobre la naturaleza de la enfermedad mental y los comportamientos y problemas normales en la adolescencia.

b) Consejos prácticos sobre lo que pueden esperar de la evolución de la enfermedad mental.

c) Disposición de tiempo para tener actividades de distracción para no aburrirse y hacer menos tediosa la convivencia con el enfermo.

d) Apoyo en el manejo de las crisis.

e) Posibilidad de acceder a programas y centros especializados, ya que los medios de apoyo son los más eficaces y con un mejor equilibrio costo-efectividad para suministrar consejos prácticos. Estos grupos, además, reducen el aislamiento social y permiten que los cuidadores puedan aprender de la experiencia de otros padres y cuidadores.

La American Psisychiatric Association, (2001) considera que en la fase aguda de la esquizofrenia deben realizarse entrevistas con los familiares u otros individuos que conozcan bien al paciente, de manera sistemática, a menos que el paciente se oponga a ello, en especial si se tiene en cuenta que muchos pacientes no son capaces de explicar de manera fiable su historia clínica en el momento de la primera entrevista. Dado que la conducta pasada es lo que mejor predice la conducta futura, las familias y los amigos son con frecuencia muy útiles para determinar el riesgo de que un paciente cause daño a si mismo o a otras personas y para evaluar la capacidad del individuo de cuidar de si mismo.

Además, los esfuerzos por hacer participar a los familiares en la planificación y aplicación del tratamiento constituyen a menudo un elemento esencial del tratamiento.

Es importante la fortaleza y el manejo de las emociones por parte de la familia del enfermo ya que no deben de avergonzarse ni aislarse de la sociedad ya que esto solo contribuiría al propio aislamiento y mala adaptación del enfermo de esquizofrenia.

Un hermano sano puede ser de mucha ayuda para él enfermo, ya que podría incluirlo en algún grupo de tipo musical, deportivo, de baile o simplemente con más amigos, vecinos o escolares.

Ahora se mencionan algunas pautas que a otras familias les han resultado útiles para cuidar de su pariente con esquizofrenia. (Aznar y Berlanga, 2005):

1) El cuidado de las personas con esquizofrenia:

Esta es una tarea ardua y compleja, con complicaciones adicionales a las que se presentan en otras enfermedades. Además de asumir dolorosamente que el familiar no va a poder proseguir con el proyecto vital que habían planeado, los cuidadores necesitan aprender a cuidar de alguien extremadamente sensible, que requiere vivir en un ambiente con pocas tensiones y una estimulación limitada, cuyas necesidades de cuidado varían en las distintas fases de la enfermedad.

2) El cuidado de la capacidad para ayudar:

En este punto, los familiares de la persona con esquizofrenia deben de:

a) Procurar hacer, con regularidad y de forma independiente de su familiar, actividades agradables y de ocio.

b) Procurar quedar con amigos y tener relaciones sociales diversas.

c) Contar con personas de confianza con las que puedan compartir sus preocupaciones y problemas.

d) Compartir las responsabilidades del cuidado del enfermo con otras personas.

e) Potenciar que el familiar enfermo haga por su cuenta el mayor número de actividades.

3) Cuidando de uno mismo:

Básicamente, el cuidador tiene que vigilar sus emociones negativas, como son la tristeza, el desánimo, el enfado, el miedo y la culpabilidad, ya que ante su familiar enfermo deben de tener cierta estabilidad emocional para no poner en juego el esfuerzo que se está haciendo en recuperar parte de la salud o estabilidad, además debe de cuidar el estrés al que está sometido y su propio estado físico y mental.

4) Afrontando las dificultades:

Cuatro de los problemas a los que generalmente se enfrentan los familiares de las personas con esquizofrenia son:

- Reticencias a que terceras personas se encargarán de él durante ese tiempo.

- Pérdida de todos, o casi todos los contactos sociales que mantenían antes de la enfermedad y/o reticencia a relacionarse con ellos.

- No tener nada agradable que hacer o con quien hacerlo.

- Miedo a que le pasará algo desagradable a su familiar o allegado afectado.

Además, como menciona Kuipers, E., Leff, J., y Lam, D. (2004), en un intento de tratar de que los padres no se sientan culpables, dan a conocer la evolución de la enfermedad y el rol que debe de tener la familia:

a) Las causas:

La familia no es la culpable de la enfermedad; la herencia desempeña un papel, pero también existen otras causas que aún no se han descubierto.

b) Los síntomas negativos:

Son causados por la enfermedad y no están bajo el control del paciente; se atenúan en uno o dos años.

c) Los síntomas positivos:

Las experiencias delirantes o alucinatorias son reales para el paciente y los familiares no deben tildarlas de pamplinas, cuentos o imaginación.

d) Tratamiento y manejo:

La enfermedad vuelve a los pacientes sensibles al estrés, por lo que debe reducirse éste todo lo posible para beneficiar tanto al paciente como a sus familiares.

Se puede concluir que aun en la actualidad, muchas personas y pacientes con esquizofrenia tienen que aprender del estigma (término de la Psicología que se refiere a qué pienso, qué siento y cómo reaccionaria hacia diversos temas o personas sin un análisis objetivo que pueda justificarlos) para darse cuenta de sus límites y campo de oportunidades que ayudaran a superar la enfermedad.

Finalmente, la familia juega un papel sumamente importante en la recuperación del esquizofrénico, teniendo muchas veces que aprender a reformular sus conceptos sobre el familiar enfermo, no viéndolo como una carga miserable,

sino como un miembro más de la familia, que por razones circunstanciales necesita de un cuidado especial. (Dergán, 2007).

Que el enfermo logre tener la mayor calidad de vida posible es un asunto en el que tienen que cooperar él, sus familiares o sus cuidadores.

Por lo anterior, los familiares, tienen la responsabilidad que su familiar con esquizofrenia viva de la mejor forma posible.

Los familiares del paciente con esquizofrenia juegan un papel y un rol muy importante en cuanto a favorecer la mejor calidad de vida tanto del paciente como de ellos mismos.

Algunas recomendaciones (Aznar y Berlanga, 2005) para poder tener un rol adecuado por parte de los familiares serían:

- 1) Tratarlo con normalidad, procurando utilizar cierta paciencia para que el enfermo pueda entender lo que se le dice, pero si él muestra signos de no entender y cierta incomodidad, se debe de finalizar la conversación e iniciarla en algún otro momento.
- 2) Si él habla poco, en el momento que hable se le debe de poner atención valorando lo que dice.
- 3) Pedirle clara y concisamente lo que espera de él, ya que si se le da muchas vueltas al tema, puede ser que se confunda y no lo pueda hacer.
- 4) Cambiar el tema de plática con él, si se empieza a poner nervioso o si se nota incomodo.
- 5) No tener expresiones negativas hacia el enfermo ni etiquetarlo con algún sobrenombre y tampoco ser desatentos con él.

- 6) No encolerizarse si el enfermo hace alguna cosa de forma inadecuada y mucho menos reprocharle su error.
- 7) Disminuir al mínimo las tensiones y disputas entre familia y enfermo o incluso sin el enfermo.
- 8) Evitar las actitudes derrotistas y desesperanzadoras en el apoyo del familiar con esquizofrenia, ya que en consecuencia este se aislara más y posiblemente se den recaídas.
- 9) Intentar instaurar y mantener un horario y un nivel de actividad regulares.
- 10) Propiciar que asuma responsabilidades personales y que pueda sentirse satisfecho por cumplir con ellas.
- 11) Tratarle como una persona capaz y responsable.
- 12) Animarle a realizar actividades sociales incompatibles con el abuso de alcohol y otras drogas.

Por tal motivo, se concluye que es importante que los familiares tengan conocimiento de la enfermedad, asistan a un taller donde puedan informarse acerca de lo que es la esquizofrenia, así como la cronicidad y etapas de la misma, los efectos secundarios de los medicamentos, qué hacer frente a una crisis o brote que pueda tener su familiar, aprender algunas técnicas para conseguir que el enfermo tome su medicamento, además de intercambiar ideas y opiniones con el objetivo de conocer que la enfermedad de la esquizofrenia en cuanto a sus límites es muy incómoda, pero no representa un peligro en cuestión del organismo.

Si los familiares asisten al taller, conocerán que no son ellos los culpables de la enfermedad de su familiar como comúnmente se piensa; estos puntos los motivarán a ayudar al enfermo a tener una mejor calidad de vida.

También los familiares deben de acudir con el paciente al tratamiento, ya que el especialista o psiquiatra les dará informes o como actuar en diversas situaciones, por ejemplo, estar al pendiente de si un medicamento le provoca efectos secundarios, observar al paciente si come, si cuida su higiene, si sale, si va a la escuela, si se aísla, etc. Y comunicar al psiquiatra en caso de algún signo o síntoma que sea alarmante para que el psiquiatra valore al enfermo.

En general, los familiares deben de dar la mejor calidad de vida al enfermo y estar al tanto de cualquier actitud que este muestre, para comunicarlo al psiquiatra.

En muchas ocasiones y grupos no se entiende el significado e interacción adecuada de la palabra familia provocando una mala interacción entre sus miembros, que no saben que la familia es el núcleo central que desde muy pequeños nos ha brindado diferentes tipos de apoyos y que es desde aquí la forma en que se van adquiriendo modelos de comportamiento que se utilizan ante la sociedad; por ello la importancia que se le da como apoyo en el tratamiento de la esquizofrenia ya que representa la base para que el enfermo pueda tener un pensamiento más claro acerca de que es lo que le rodea y no estar tan confundido en cuanto a esas ideas que son tan discordantes propias de la esquizofrenia. Con una adecuada unión familiar y un correcto trato por parte de los padres supervisando y no tomando el control absoluto de sus familiares, el enfermo saldrá más rápido adelante, además de incluso poder alcanzar una vida como la que tenía antes de diagnosticársele la enfermedad.

FUNDAMENTACIÓN DE LA PROPUESTA DE INTERVENCIÓN

La propuesta de intervención para familiares con un enfermo de esquizofrenia es una parte importante que experimentarán los padres de familia para ayudar a estabilizar la enfermedad con base en información acerca del tratamiento para esquizofrenia, desde épocas muy remotas hasta nuestros días, así como también conocerán sus conceptos, las teorías de su origen, distintos tipos de tratamiento, el modo de comportamiento y la interacción adecuada de tipo fraternal que deben de adoptar para brindar la mejor calidad de vida a su enfermo; y que no solo se entienda o no solo se tome esta propuesta como una regla particular de tratamiento, sino que también los padres de familia tengan la habilidad de, una vez obtenidos los conocimientos de esta propuesta, improvisar roles y tener tratamientos cada vez más adecuados para ayudar a su enfermo.

OBJETIVO

Brindar a los familiares de un enfermo de esquizofrenia con estrategias psicológicas para que puedan facilitar su proceso readaptativo como parte de su tratamiento.

JUSTIFICACIÓN

Según Tomás, Bielsa y Bassas, (2006), la enfermedad de la esquizofrenia afecta actualmente al 1% de la población mundial sin importar sexo, raza, nivel socioeconómico, ni alguna diferencia personal. Esta enfermedad se caracteriza por signos y síntomas tales como el aislamiento personal y familiar, un discurso incoherente y extravagante, la aparición de delirios y alucinaciones y el principio de un ambiente familiar hostil, ya que no se llega a comprender en su totalidad las implicaciones que esta enfermedad conlleva. Es por ello que este taller está centrado en proporcionar a padres de hijos con esquizofrenia,

información acerca de la enfermedad, las teorías que la explican y los tratamientos que se tienen en la actualidad.

Los beneficios esperados que se obtendrán durante éste proceso, y al concluir el taller, es que las personas con esquizofrenia y sus padres sean apoyadas por medio de la información proporcionada, y con ella, puedan manejar esta enfermedad para el propio beneficio, lo anterior en base a diversas técnicas psicológicas que facilitarán la interacción familiar.

Esta propuesta surge debido a la impresión personal al leer algunos libros que hablan de lo compleja que es esta enfermedad, y observar a personas que se encuentran en un estado mental completamente fuera de la realidad, además de que los signos que muestran en distintas fases de la enfermedad no les permiten, ni les permitirán tener una vida igual a la que llevaban antes de desarrollar la enfermedad. Esto ocasiona que el enfermo no cumpla con sus expectativas de vida y genera un futuro incierto.

OBJETIVO GENERAL:

Que los padres que asistan al taller puedan ayudar a sus hijos de diversas formas, obteniendo conocimiento de como ha ido evolucionando el tratamiento para la esquizofrenia y comparen la información más reciente acerca de la esquizofrenia y la más antigua para con base a ella, darse cuenta de la evolución y diversidad de tratamientos para no cometer el mismo error de tratamientos pasados, y así puedan sensibilizarse respecto al padecimiento de sus hijos y asumir un rol familiar de mayor acercamiento afectivo tratando de controlar la mayor cantidad de síntomas de su hijo.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Conocer los antecedentes y la situación actual de la esquizofrenia.
- Conocer las diferentes teorías acerca de la esquizofrenia.
- Conocer los tratamientos actuales de la esquizofrenia.
- Conocer la importancia de la familia en las distintas etapas y fases de la enfermedad.
 - Promover una adecuada calidad de vida en el paciente con esquizofrenia, a través de la relación familiar.

PARTICIPANTES:

Se propone que participen padres de pacientes que padezcan esquizofrenia con una edad mínima de 30 años y sin limite máximo de edad, sin importar genero o nivel socioeconómico, pero que radiquen en el Valle de México, que tengan por lo menos un hijo enfermo de esquizofrenia; el total de participantes es de diez parejas, sin importar su estado civil, ni si tienen conocimientos previos de la esquizofrenia.

MATERIAL:

Para llevar a cabo el taller, se usarán diversos materiales didácticos como tripticos con el contenido de cada sesión, cuadernos, bolígrafos y hojas en blanco tamaño carta.

ESCENARIO:

El taller se llevará a cabo en un salón de una escuela primaria que cuente con aulas y auditorio para las cinco sesiones que se llevarán a cabo buscando orientar a padres de familia con un hijo enfermo de esquizofrenia.

La iluminación debe de ser la adecuada para poder leer y escribir apreciando de buena forma; el aula debe de tener aire acondicionado para diferentes situaciones ambientales y climáticas; y será necesario un cañón, una laptop, sillas, mesas y un pizarrón.

MEDIDAS DE CONTROL DE VARIABLES EXTRAÑAS

Llamamos variables extrañas a todos aquellos factores que dentro de las sesiones puedan llegar a afectar la atención y concentración de los participantes amenazando que no consigan entender el tema visto en cualquier momento.

Para evitar estos contaminantes en el caso del cansancio o hambre se dará un breve receso en cada sesión para que los participantes tomen un poco de aire, se hidraten o consuman algo de alimento.

Otro contaminante podría ser la amenaza de que alguna(s) pareja(s) no se presente a la siguiente sesión; para tal efecto se hará una selección de participantes que estén comprometidos a estar presentes en las cinco

sesiones, cuidando además que los participantes no tengan alguna otra actividad o contratiempo durante el horario de las cinco sesiones.

CONTENIDO DE LAS SESIONES:

El taller está diseñado para un grupo de diez parejas con hijos con esquizofrenia, durante cinco sesiones de cuatro horas cada una. Las sesiones de trabajo constan de tres momentos principales, los cuales han sido incorporados como parte de la metodología basada en los principios de la enseñanza creativa que promueve y facilita el proceso de aprendizaje de los participantes, estos momentos son:

1. Presentación de los contenidos teóricos por parte del coordinador del taller.
2. Dinámicas y experiencias vivenciales donde se ponen en práctica los conocimientos adquiridos ajustándolos a las necesidades del grupo.
3. Puesta en común y conclusiones.

A continuación se presentan las cartas descriptivas con el contenido de las sesiones, que incluyen datos generales como nombre de la sesión, su objetivo, la duración, el escenario y el perfil docente; en lo que respecta a las columnas están integradas por procedimiento, tiempo, actividades, material de apoyo y evaluación, mientras que filas muestran cada fase o etapa de la sesión.

CARTAS DESCRIPTIVAS DEL TALLER

SESIÓN UNO: GENERALIDADES ACERCA DE LA ESQUIZOFRENIA.				CANTIDAD DE HORAS:
<ul style="list-style-type: none"> • OBJETIVO DE LA SESIÓN: Conocer los antecedentes y la situación actual de la esquizofrenia. 				4 horas.
				ESCENARIO: Aula.
<p>PERFIL DOCENTE: Psicólogo clínico con conocimientos acerca de las enfermedades mentales, con especialización en esquizofrenia; que cuente con habilidades de manejo de grupo y comunicación asertiva, además de empatía hacia los participantes del taller.</p>				
PROCEDIMIENTO	TIEMPO	ACTIVIDADES	MATERIAL DE APOYO	EVALUACIÓN
1. Presentación del coordinador del taller.	15 min.	El coordinador del taller se presentará y dará a conocer el objetivo del taller.		
2. Presentación de los participantes al taller.	30 min.	Cada uno de los participantes dará a conocer su nombre y la experiencia que han tenido con su hijo una vez que éste fue diagnosticado con esquizofrenia.		Valorar la información con la que cuentan los participantes.
3. Explicación teórica e histórica de la esquizofrenia.	60 min.	El coordinador dará a conocer la historia de las enfermedades mentales, las primeras clasificaciones de esquizofrenia y lo que ésta, representa para el enfermo. (Ver anexo A).	Sillas con paleta, tríptico informativo, cañón, cuaderno y bolígrafo.	

PROCEDIMIENTO	TIEMPO	ACTIVIDADES	MATERIAL DE APOYO	EVALUACIÓN
4. Situación actual de la esquizofrenia.	60 min.	El coordinador dará a conocer los conocimientos más actuales que se tienen acerca de la esquizofrenia. (Ver anexo B).	Sillas con paleta, tríptico informativo, cañón, cuaderno y bolígrafo.	
R E C E S O 10 MIN.				
5. Diferencias entre la esquizofrenia y otras enfermedades mentales.	30 min.	El coordinador dará a conocer las diferencias que existen entre la esquizofrenia y otras enfermedades mentales semejantes. (Ver anexo C).	Sillas con paleta, tríptico informativo, cañón, cuaderno y bolígrafo.	
6. Solución de dudas.	30 min.	El coordinador dará solución a las inquietudes que hayan tenido los participantes durante la sesión y antes de la misma.		
7. Lluvia de ideas .	5 min.	Se le pediría a cada participante su opinión acerca de esta primera sesión.		Se evalúan los comentarios, sugerencias y preguntas de cada participante.

SESIÓN DOS: DIFERENTES TEORIAS ACERCA DE LA ESQUIZOFRENIA**CANTIDAD DE HORAS:**

4 horas.

- **OBJETIVO DE LA SESIÓN:** Conocer las diferentes teorías acerca de la esquizofrenia.

ESCENARIO: Aula.

PERFIL DOCENTE: Psicólogo clínico con conocimientos acerca de las enfermedades mentales, con especialización en esquizofrenia; que cuente con habilidades de manejo de grupo y comunicación asertiva, además de empatía hacia los participantes del taller.

PROCEDIMIENTO	TIEMPO	ACTIVIDADES	MATERIAL DE APOYO	EVALUACIÓN
1. Cada participante dará a conocer su opinión acerca de la primera sesión.	40 min.	Cada participante dará a conocer su opinión acerca de la interacción con su hijo enfermo una vez que han conocido en la sesión uno: las generalidades de la enfermedad.		Valorar si ha mejorado la interacción entre padres y enfermo.
2. Solución de dudas a los participantes.	30 min.	Se les pedirá a los participantes que expongan sus dudas.		Valorar la información que se les dio a los participantes.

R E C E S O 20 MIN.

PROCEDIMIENTO	TIEMPO	ACTIVIDADES	MATERIAL DE APOYO	EVALUACIÓN
3. Explicación por parte del instructor acerca de las diferentes teorías de la esquizofrenia.	90 min.	El coordinador expondrá a los participantes las principales teorías existentes de la esquizofrenia. (Ver anexo D).	Sillas con paleta, tríptico informativo, cañón, cuaderno y bolígrafo.	
4. Retroalimentación entre los participantes.	60 min.	Se formarán equipos de dos familias cada uno y se les asignará una de las teorías explicadas, para que se de un debate entre equipos defendiendo la teoría asignada.	Sillas con paleta, tríptico informativo, cañón, cuaderno y bolígrafo.	Valorar el conocimiento obtenido en esta sesión con base al debate entre equipos.

SESIÓN TRES: TRATAMIENTO DE LA ESQUIZOFRENIA**CANTIDAD DE HORAS:**

4 horas.

- **OBJETIVO DE LA SESIÓN:** Conocer diferentes tratamientos para mantener estable al enfermo.

ESCENARIO: Aula.

PERFIL DOCENTE: Psicólogo clínico con conocimientos acerca de las enfermedades mentales, con especialización en esquizofrenia; que cuente con habilidades de manejo de grupo y comunicación asertiva, además de empatía hacia los participantes del taller.

PROCEDIMIENTO	TIEMPO	ACTIVIDADES	MATERIAL DE APOYO	EVALUACIÓN
1. Solución de dudas de la sesión anterior.	20 min.	Se dará la solución de dudas de la sesión anterior.		Evaluación del aprendizaje de los participantes y con base a esto, reforzar la información necesaria.
2. Explicación acerca de la importancia de la Psicología en el tratamiento de la esquizofrenia.	60 min.	El coordinador dará a conocer los beneficios de diferentes corrientes psicológicas en el tratamiento de la esquizofrenia. (Ver anexo E).	Sillas con paleta, tríptico informativo, cañón, cuaderno y bolígrafo.	
3. Explicación acerca de la importancia de la Psiquiatría en el tratamiento de la esquizofrenia.	40 min.	El coordinador explicará de manera general el rol de la Psiquiatría en el tratamiento y algunos efectos de los medicamentos. (Ver anexo F).	Sillas con paleta, tríptico informativo, cañón, cuaderno y bolígrafo.	

PROCEDIMIENTO	TIEMPO	ACTIVIDADES	MATERIAL DE APOYO	EVALUACIÓN
R E C E S O 20 MIN.				
4. Explicación de la importancia de la Psicología y la Psiquiatría al ser utilizadas al mismo tiempo.	50 min.	El coordinador explicará la mejor manera de combinar el tratamiento psicológico y psiquiátrico. (Ver anexo G).	Sillas con paleta, tríptico informativo, cañón, cuaderno y bolígrafo.	
5. Limitantes entre Psicología y Psiquiatría al utilizar ambas al mismo tiempo.	50 min.	El coordinador explicará por qué no se puede dar un tratamiento 100% completo utilizando sólo la Psicología o la Psiquiatría. (Ver anexo H).	Sillas con paleta, tríptico informativo, cañón, cuaderno y bolígrafo.	

SESIÓN CUATRO: FAMILIA Y ESQUIZOFRENIA**CANTIDAD DE HORAS:**

4 horas.

ESCENARIO: Aula.

• **OBJETIVO DE LA SESIÓN:** Que los participantes asuman un rol adecuado en el tratamiento de su hijo enfermo, para poder integrarlo socialmente y particularmente en las relaciones familiares.

PERFIL DOCENTE: Psicólogo clínico con conocimientos acerca de las enfermedades mentales, con especialización en esquizofrenia; que cuente con habilidades de manejo de grupo y comunicación asertiva, además de empatía hacia los participantes del taller.

PROCEDIMIENTO	TIEMPO	ACTIVIDADES	MATERIAL DE APOYO	EVALUACIÓN
1. Resolución de dudas de la sesión anterior.	25 min.	El coordinador escuchará y solucionará dudas a los participantes acerca de sesiones anteriores.		Se evaluarán dudas y se reforzaran los temas necesarios.
2. Conocer los beneficios del adecuado rol familiar en las diferentes fases de la enfermedad.	80 min.	El coordinador expondrá la importancia del apoyo familiar en distintas etapas de la esquizofrenia. (Ver anexo I).	Sillas con paleta, tríptico informativo, cañón, cuaderno y bolígrafo.	
3. Que los Padres de familia conozcan que hacer en las distintas fases de la esquizofrenia.	70 min.	El coordinador dará a conocer que deben hacer los participantes en cualquier etapa de la enfermedad. (Ver anexo J).	Sillas con paleta, tríptico informativo, cañón, cuaderno y bolígrafo.	

PROCEDIMIENTO	TIEMPO	ACTIVIDADES	MATERIAL DE APOYO	EVALUACIÓN
4. Solución de dudas a los participantes del rol que asumirán ante la esquizofrenia.	40 min.	El coordinador solucionará dudas de los participantes en alguna situación difícil que hayan experimentado con su enfermo.		
R E C E S O 25 MIN.				
5. Solución de dudas.	30 min.	El coordinador dará solución a las inquietudes que hayan tenido los participantes durante la sesión y antes de la misma.		
6. Lluvia de ideas.	5 min.	Se le pediría a cada participante su opinión acerca de esta sesión.		Se evalúan los comentarios, sugerencias y preguntas de cada participante.

SESIÓN CINCO: CALIDAD DE VIDA DE LOS PADRES A SU HIJO CON ESQUIZOFRENIA**CANTIDAD DE HORAS:**

5 horas 10 minutos.

• **OBJETIVO DE LA SESIÓN:** Que los padres de familia logren aplicar los conocimientos de este taller para brindar una mejor calidad de vida a sus hijos que padecen esquizofrenia.

ESCENARIO: Aula.

PERFIL DOCENTE: Psicólogo clínico con conocimientos acerca de las enfermedades mentales, con especialización en esquizofrenia; que cuente con habilidades de manejo de grupo y comunicación asertiva, además de empatía hacia los participantes del taller.

PROCEDIMIENTO	TIEMPO	ACTIVIDADES	MATERIAL DE APOYO	EVALUACIÓN
1. Solución de dudas de sesiones anteriores.	60 min.	El coordinador dará solución de dudas de sesiones anteriores a cada uno de los participantes.		Se evaluará que tanto han asimilado y puesto en practica la información de sesiones anteriores a los participantes.
2. Que los padres obtengan información de cómo dar calidad de vida a su enfermo con base a la información obtenida en sesiones anteriores.	100 min.	El coordinador expondrá como utilizar la información obtenida hasta esta sesión para aplicar técnicas que puedan superar las fases de la enfermedad. (Ver anexo K).	Sillas con paleta, tríptico informativo, cañón, cuaderno y bolígrafo.	
3. Los participantes darán solución a algunas problemáticas de la enfermedad que el coordinador les proporcionará en forma de cuestionario.	40 min.	El coordinador entregará una hoja con diferentes preguntas a cada participante para que las solucionen con base a los conocimientos obtenidos hasta el momento. (Ver anexo L).	Hoja de preguntas, sillas con paleta y bolígrafos.	

PROCEDIMIENTO	TIEMPO	ACTIVIDADES	MATERIAL DE APOYO	EVALUACIÓN
4. Revisión de las respuestas del cuestionario por parte del coordinador.	50 min.	El coordinador revisará las respuestas al cuestionario y dará una retroalimentación a las respuestas de cada participante.		Se evaluarán habilidades de acción de los participantes para enfrentar la esquizofrenia.
R E C E S O 20 MIN.				
5. Solución de dudas sobre el taller.	30 min.	Se solucionarán dudas finales de los participantes en cuanto al contenido de todo el taller.		
6. Agradecimiento de asistencia a los participantes.	10 min.	El coordinador agradecerá la presencia de los participantes durante todo este taller.		

CONCLUSIONES

Es de suma importancia tener una adecuada retroalimentación en cada una de las sesiones del taller propuesto ya que, aunque no se trata directamente con los enfermos de esquizofrenia, si se trata con padres de estos enfermos, quienes, aunque fungen como terceros, su rol en cuanto al tratamiento de su enfermo es el más importante para estabilizarlo. Además, el taller propone especial énfasis en la relación que se da entre padres-enfermo porque de allí es de donde se parte o se tiene la base para que los enfermos puedan interactuar con las demás personas siguiendo las posturas y actitudes que sus padres muestren hacia los demás como prototipos o modelos de comportamiento, siendo estos una referencia para que el enfermo mire el entorno de una manera más real y tenga una mejor adaptación.

La habilidad que puedan tener los padres para tratar a su enfermo es vital, y por ello la importancia de un diseño de taller que no solo pueda informar sobre la historia de la esquizofrenia, o las teorías que se tienen contempladas y que tratan de explicar el origen de esta, ni tampoco los conceptos generales de la enfermedad, sino lo que se trata es *“ayudar a los padres de familia para que conozcan y accedan a la gran diversidad de recursos propios de cada tipo de familia para que con esfuerzo y dedicación asuman el rol adecuado que mantenga a paciente y familia con la más alta calidad de vida que se pueda alcanzar”*

Por tal motivo, se tiene contemplado cierto alcance para cada una de las cinco sesiones en las que participaran los padres de familia, mismos que son también conocidos como los resultados esperados en las sesiones y que a continuación se especifican:

En la sesión uno los resultados esperados son que los participantes conozcan información acerca de cómo se ha tratado a la esquizofrenia desde épocas pasadas hasta nuestros días, con el objetivo de que no cometan el mismo error de tratamiento que se daba en épocas pasadas, además de informar y que conozcan y aprendan sobre técnicas de tratamiento actualizadas.

Para la sesión número dos el alcance a cubrir es que se conozcan los diversos estudios que se han realizado de la esquizofrenia con el propósito de que los participantes mediten acerca de que la esquizofrenia es una enfermedad que se adquiere sin que el enfermo la desee, por el contrario, aunque aún no está comprobado el origen, la enfermedad se puede dar en cualquier persona, independientemente de su raza, religión, estatus socioeconómico, ni ninguna otra característica que diferencie a una persona en especial.

En la tercera sesión, una vez que los participantes ya han conocido la historia, las generalidades y las principales teorías que tratan de explicar la esquizofrenia, se darán a conocer los tipos de tratamientos que en la actualidad ayudan a estabilizar al enfermo, para que los participantes puedan elegir uno o varios tratamientos que consideren más adecuados para estabilizar a su enfermo y ayudar a los padres a asimilar que también ellos juegan un rol muy importante durante la enfermedad.

Una cuarta sesión esta destinada a reconocer las ventajas y limitaciones en la utilización de los recursos propios de cada familia ya que de una interacción familiar adecuada se podrá partir para un tratamiento correcto, aprovechando lo mayormente posible los recursos de diversos tipos de familia.

En la última sesión se espera que los participantes tengan un conocimiento profundo de lo que es la esquizofrenia para que así, el enfermo tenga una mejor adaptación a nivel social, familiar y personal para que lleve una vida lo más normalmente posible y pueda disfrutar el vivir.

En la propuesta abordada en este documento, cabe mencionar que los padres de familia que participan en ella no deben conformarse o confiarse y pensar que aplicando sólo los conocimientos que de ella obtuvieron van a poder controlar o brindar una buena calidad de vida a su hijo que padece de esquizofrenia de forma fácil o rápida; es menester que estos padres de familia sepan primero que la esquizofrenia es una enfermedad donde el proceso de estabilización llevara largo tiempo y no se obtendrá continuidad en los progresos se lleve el tratamiento que se lleve con cualquier tipo de ayuda; los

padres tendrán que hacer un gran esfuerzo en el que si saben llevar un rol adecuado y una interacción tanto de ellos con él, y él con la sociedad y sus propios familiares, estarán dando un gran paso para controlar la enfermedad.

La esquizofrenia es de difícil diagnóstico debido a sus semejanzas con otras enfermedades, ya sean estas emocionales, fisiológicas o psicológicas. Así, las teorías que tratan de explicar el origen o causa de las esquizofrenias, en su gran mayoría sólo defienden sus propias teorías y no buscan otras alternativas, por ejemplo, que las esquizofrenias también se pueden deber a que el enfermo viva con una familia esquizofrenizante (ambiente e interacción deformadas entre los miembros de una familia que en consecuencia desarrolla en uno o varios hijos la enfermedad); o a una personalidad por parte del enfermo predispuesta a enfermar de esquizofrenia (por ejemplo, actitudes que el futuro esquizofrénico adopta desde edades tempranas, como encerrarse en su cuarto, no convivir con familiares y amigos, vestir de forma extravagante y demás actitudes extrañas); también podría ser que las esquizofrenias se dan debido a una combinación de desajustes corporales y mentales con emocionales.

Se considera a la esquizofrenia, como una enfermedad difícil de llevar tanto para el paciente como para sus propios familiares, existen algunas preguntas que no han sido respondidas en su totalidad, como por ejemplo ¿qué la origina? ¿dónde se encuentra el área corporal o mental que se ve afectada? ¿por qué se da? ¿a qué edad se da? ¿cómo prevenirla? Y muchas otras dudas que al no tener una respuesta clara provocan ansiedad, remordimiento, preocupación, desaliento, incertidumbre, etcétera, en los familiares del paciente y en el mismo paciente.

Aunque no todo es desconocimiento de la enfermedad, hay que mencionar que la psiquiatría es la que ha avanzado más en cuanto al tratamiento de la enfermedad con los diferentes tipos de medicamento que han desarrollado en la actualidad y en los que se espera, en un futuro no muy lejano puedan ser más efectivos para la estabilidad de quien padece de esquizofrenia; por otro

lado, la psicología también tiene su propio rol que es que el paciente pueda tener la mejor calidad de vida en todos los aspectos durante la enfermedad.

El resultado que se espera que se de, después de haber leído las secciones de esta investigación, es tener claro lo que han sido las diferentes enfermedades mentales, la clasificación de la esquizofrenia, así como sus conceptos básicos y como puede afectar o ayudar la interacción familiar en donde haya un esquizofrénico; además de conocer a donde y con que especialistas de la enfermedad acudir.

Una adecuada combinación de tratamiento psiquiátrico y psicológico es lo más recomendable para el tratamiento de las esquizofrenias.

En lo que se refiere al tratamiento psicológico tiene que existir una adecuada interacción y responsabilidad por parte del psicólogo debido a las altas repercusiones que tiene la información brindada por el psicólogo, tanto para padres o familiares como para enfermo, para conseguir una mejor estabilidad del enfermo. Es por ello que para el taller propuesto se han adoptado las siguientes normas cuyo objetivo es garantizar el bienestar de todos los individuos que traten con el enfermo en cualquier momento o fase de la enfermedad, y de las cuales el expositor es responsable:

Para este taller en lo que se trata de confidencialidad queda estrictamente prohibido el divulgar la información de los testimonios de los nombres de personas o de familias en las que se esta dando la enfermedad tanto por parte de los participantes como del expositor.

Por ello, el taller será llevado a cabo con profesionalismo y con el debido cuidado y respeto a la dignidad de las personas que participan, entendiéndose aquí el trato adecuado sin importar característica alguna de cada persona; también se tendrá un cuidado responsable en donde el expositor asume y tiene la obligación de supervisar que tanto participantes como hijos enfermos están teniendo un bienestar y que este bienestar garantiza una mejor adaptación social de la familia; el expositor también asume que toda la información y el

trato se dan de forma sincera y honesta para todos los participantes, basándose en un cuerpo de conocimientos validos y confiables, relacionados con investigación científica actualizada que haya formado al expositor quien es responsable de que el taller este diseñado y se lleve en forma adecuada, además de dar su máximo esfuerzo para que basado en sus conocimientos, el grupo progrese y no se de una información deteriorada, una forma de prevenir esto es evitando engaños y dando a conocer los posibles limites en la información en cada una de las sesiones y sus conclusiones.

También se tiene que crear una adecuada interacción con el auditorio o participantes porque un valor que tienen los seres humanos para poder convivir es la disposición para hacerlo, deduciendo así que de una disposición de cada participante para interactuar con los demás se obtendrán mejores experiencias de aprendizaje respecto a los casos y los conocimientos que tenga cada participante acerca de la enfermedad de la esquizofrenia.

Se presentará también información precisa y entendible de acuerdo a la capacidad que tengan los participantes para entenderla, porque la adecuada comunicación es la base para que el auditorio pueda entender, asimilar y sacar conclusiones de la información dada por el expositor.

De aquí se partirá para que los participantes, comuniquen lo que entendieron a sus compañeros y se de una correcta retroalimentación, donde una lluvia de ideas ayudará a los participantes a conocer otros puntos de vista y así ampliar su horizonte de conocimientos respecto a la enfermedad de esquizofrenia.

Entonces, al conocer diferentes puntos de vista, cada participante podrá comparar los recursos que tiene cada pareja de familia y ampliar los propios para enfrentar la enfermedad.

Asimismo, si se da una retroalimentación, se podrán sacar a la luz dudas y malos entendidos, los cuales los participantes podrían tener durante las sesiones.

Cabe mencionar que el expositor tiene también otras obligaciones de tipo ético como son el no explotar, es decir, cobrar alguna remuneración o tratar a los participantes para fines de conveniencia propios, ni discriminarlos por cualquier característica o situación que se presente durante las sesiones del taller.

El expositor tiene la obligación de aclarar antes de que inicie el taller los posibles riesgos, obligaciones y limitaciones que pudieran presentarse durante el taller, en donde cabría alertar sobre los posibles riesgos físicos que pudiera en este caso tener el enfermo tanto para sí como para familiares o externos, provocado por la misma distorsión perceptual que tienen estos enfermos debido a su enfermedad; la incomodidad de familia y enfermo respecto a las consecuencias de la enfermedad, así como las experiencias emocionales desagradables o algún efecto negativo consecuencia de la esquizofrenia.

Si en algún momento en específico alguna persona nota en algún familiar, compañero o amigo que presenta síntomas de esquizofrenia no se debe dudar en acudir con un especialista en psiquiatría y si después de valorada la enfermedad es tomada como verdadera, se debe de buscar entre las diferentes alternativas para controlar la enfermedad, las dos principales son el tratamiento psicológico y el tratamiento psiquiátrico.

Hoy en día tanto el tratamiento psiquiátrico como el psicológico han ido progresando para estabilizar a pacientes con esquizofrenia y se espera que en un futuro estos dos tratamientos sean todavía más eficaces, por un lado en el tratamiento psiquiátrico se espera que no sea necesaria la toma de varios medicamentos y, por otro lado, que las terapias psicológicas se puedan dar de forma más certera con base en nuevas teorías y pueda haber una buena respuesta del paciente ante esta enfermedad.

REFERENCIAS

Ackerknecht, E. H. (1962). **Breve historia de la psiquiatría**. Buenos Aires: Eudeba.

American Psychiatric Association. (2001). **Neurodesarrollo y esquizofrenia: aproximaciones actuales**. Barcelona: Ars Medica.

Arzú, M. (2002). **Amor y familia**. México: Trillas.

Aznar, E. y Berlanga. (2004). **Guía práctica para el manejo de la esquizofrenia**. Madrid: Pirámide.

Calderón, G. (2002). **Las enfermedades mentales en México: desde los mexicas hasta el final del milenio**. México: Trillas.

Calderón, G. (1995). **Esa agonía llamada locura: historia de la psiquiatría**. México: Edamex

Chinchilla, M. (2000). **Guía terapéutica de las esquizofrenias** . Barcelona: Masson.

Chinchilla, M (1996). **Las esquizofrenias**. Barcelona: Masson.

Chong, O. P., Garza y Martínez. (2006). **Taller de desarrollo humano II**. México: Trillas.

Dergán, J. (2006). **Neuropsicología de la esquizofrenia**. Bogotá: Ecoe Ediciones.

DSM-IV-TR, (2002). **Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales**. Barcelona: Masson.

García, M. (2005). **Esquizofrenia: ese desconocido mal**. Madrid: Pirámide.

Garrabé, J. (1996). **La noche oscura del ser: una historia de la esquizofrenia**. México: Fondo de cultura económica.

Hare, E. (1998). **El origen de las enfermedades mentales**. Madrid: Triacastela.

Kuipers, E., Leff y Lam. (2004). **Esquizofrenia: guía práctica de trabajo con las familias**. Barcelona: Paidós.

Maña, S. (2005). **La esquizofrenia en el hogar**. Alicante: Club Universitario.

Morrison, M. (1999). **Fundamentos de enfermería en salud mental**. Madrid: Mosby.

Pérez, A. (1989). **Enfermería Psiquiátrica**. México: Trillas.

Postel, J. y Quetel. (1987). **Nueva historia de la psiquiatría**. México: fondo de cultura económica.

Pruett, K. D. (2001). **El rol del padre**. Buenos Aires: Nexos Vergara.

Sanger, S. y Nelly. (1987). **La madre que trabaja**. México: Paidós.

Serrano, X. (2009). **La locura: mito o enfermedad**. Tomado de la página electrónica:

www.esternet.org/xavierserrano/locura.htm consultada el 24 de Marzo del 2009.

Szasz, T. (2002). **Esquizofrenia: el símbolo sagrado de la psiquiatría**. México: Coyoacán.

Tobin, C. (2004). **Las esquizofrenias**. Barcelona: Paidós.

Tomás, J., Bielsa y Bassas. (2005). **Esquizofrenia en la infancia y adolescencia**. Barcelona: Miguel Casas.

Valdivia, I. E. (2007). **Taller de comunicación para las familias de una persona con esquizofrenia**. Tesis de licenciatura inédita. Universidad Nacional Autónoma de México, México.

Wyrsh, J. (2001). **La persona del esquizofrénico**. Madrid: Triacastela.

Zipursky, R. B. y Charles. (2003). **Estadios iniciales de la esquizofrenia**. Barcelona. Ars Medica.

ANEXOS

ANEXO A

Historia de las enfermedades mentales:

Las enfermedades mentales, en su gran mayoría, han existido desde los tiempos más remotos que el ser humano de la actualidad ha podido corroborar. Además ha podido dividir la historia en épocas, en las cuales ha ido haciendo algunos análisis y reflexiones acerca de como se trataba a los enfermos mentales en cada época. Las principales épocas de la humanidad y el trato y el impacto que se tenía de los enfermos mentales se mencionan a continuación:

Época Antigua: Dominó en ella el pensamiento mágico-religioso, siendo éste la defensa más poderosa contra la enfermedad y la muerte. De tal forma, se cree que en esta época las enfermedades mentales eran a causa de una crisis provocada por violar un tabú, no asistir a determinados rituales ó que eran posesiones demoníacas.

Época Greco-Romana: los griegos fueron los primeros en estudiar a los enfermos mentales desde un punto de vista científico, separando el estudio de la mente del de creencias religiosas para curar la enfermedad mental. Los Romanos continuaron en el campo de la salud mental el enfoque Griego. Algunos de sus grandes pensadores son: Asclepiades, quien diferenció las alucinaciones de las ilusiones, Celso, quien enfatizaba la importancia de la relación médico-paciente; Sorano de Efeso, quien hizo una magnifica descripción del delirium.

La Edad Media: al no poder curar de alguna otra forma a los enfermos mentales, los sacerdotes eran quienes cuidaban y curaban de ellos, el modo que utilizaban era por medio de exorcismos demoníacos, ceremonias donde los enfermos eran castigados físicamente en un intento de que saliera de su cuerpo el demonio que los poseía.

El Renacimiento: En esta época se trató a la enfermedad mental en base a la observación y no con teorías o suposiciones no verídicas. Gracias a la observación se empezaron a clasificar diferentes conductas anormales y esto benefició para que se considerara que las enfermedades mentales se debían a algún tipo de alteración cerebral. A pesar de los avances en esta época, los enfermos mentales seguían siendo tratados inhumanamente.

Siglos XVIII a XIX: en este lapso de tiempo se dio el peor tratamiento que se había dado a los enfermos mentales, no porque hubo un retroceso de los conocimientos hacia la enfermedad mental, sino que no se encontraba la cura por parte de los médicos y demás personas que trataban de conocer el origen de la enfermedad. Los castigos a los enfermos consistían en desangrarlos, hacerlos morir de hambre, golpearlos, purgarlos, etcétera.

Siglo XX a nuestros días: por primera vez se puso énfasis en la prevención de la enfermedad, sin embargo, para los enfermos mentales las condiciones permanecieron intolerables hasta inicios de la segunda década del siglo XX.

Freud clasificó a la esquizofrenia en el grupo de las psicosis, considerando su origen por la disminución de la capacidad para desenvolverse adecuadamente en la sociedad.

Lo que representa la esquizofrenia en el enfermo es la pérdida de contacto con la realidad, el afectado puede presentar alucinaciones y vivencias de persecución; pierde la capacidad de razonar, se comporta impulsivamente y muestra escasa introspección; el pensamiento desorganizado conduce a problemas de comunicación y a dificultades en la relación con las personas que lo rodean; debido a la pérdida del contacto con la realidad puede desatender su higiene personal. La esquizofrenia puede requerir en etapas agudas hospitalización y un debido control.

ANEXO B

En la actualidad, se tienen los siguientes conocimientos acerca de la esquizofrenia:

- Es una enfermedad que afecta al 1% de la población mundial.
- Es el trastorno mental que más extrañeza provoca en la sociedad.
- Es el trastorno más cargado de misterio y de leyenda, y el mejor conocido por legos y expertos.
- Bleuler acuñó el término de esquizofrenia en 1911, que en su etimología latina quiere decir “mente dividida”.
- Este término, al contrario de otros nombres de enfermedades, no conlleva un mensaje lingüístico, ya que no nos informa de una etiología, de una anatomofisiología, de unos síntomas y de un pronóstico.
- No se tiene un criterio claro de lo que es la esquizofrenia, ni por la fenomenología, ni por la clínica.
- Es muy difícil que el paciente se logre mantener estable, pero es posible hacerlo.
- Es muy posible que la esquizofrenia no sea más que una fachada, aparentemente similar para nuestra vista, de especies patológicas muy diferentes.
- Es necesario un tratamiento Psiquiátrico, y si para la familia es accesible, también uno Psicológico.

- Algunos investigadores opinan que la esquizofrenia es hereditaria. Aunque se han hecho estudios en gemelos, hay casos donde uno padece la enfermedad y el otro no.
- Tiene síntomas característicos que implican un abanico de disfunciones cognitivas y emociones 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.
- Los síntomas característicos pueden conceptualizarse como pertenecientes a dos amplias categorías: los síntomas positivos y los negativos. Los síntomas positivos parecen reflejar un exceso o distorsión de las funciones normales, mientras que los síntomas negativos parecen reflejar una disminución o pérdida de las funciones normales. Los síntomas positivos incluyen distorsiones o exageraciones del pensamiento inferencial, la percepción, el lenguaje y la comunicación. Los síntomas negativos comprenden restricciones del ámbito y la intensidad de la expresión emocional.

ANEXO C

Las principales diferencias que existen entre la esquizofrenia y otras enfermedades mentales semejantes son:

- La esquizofrenia es una alteración que persiste durante por lo menos seis meses e incluye por lo menos un mes de la fase activa, por ejemplo dos ó más de los siguientes signos y síntomas: ideas extravagantes, alucinaciones, lenguaje desorganizado y comportamiento gravemente desorganizado.
- Las características esenciales de la esquizofrenia son una mezcla de signos y síntomas peculiares que han estado presentes una parte significativa de tiempo durante un periodo de un mes y con algunos signos del trastorno que han persistido durante al menos seis meses. Estos signos y síntomas están asociados a una marcada disfunción laboral o social.
- Los diferentes trastornos psicóticos que tienen un curso similar al de la esquizofrenia son:
 - a) El trastorno esquizofreniforme: se caracteriza por una presentación sintomática equivalente a la esquizofrenia, excepto por la duración, para este trastorno se requiere que exista un deterioro funcional.
 - b) El trastorno esquizoafectivo: es una alteración en la que se presentan simultáneamente un episodio afectivo y los síntomas de la fase activa de la esquizofrenia, y esta precedida o seguida por al menos dos semanas de ideas delirantes o alucinaciones sin síntomas importantes de alteración del estado de ánimo.
 - c) El trastorno delirante: se caracteriza por al menos un mes de ideas delirantes no extrañas sin otros síntomas de la fase activa de la esquizofrenia.

- d) El trastorno psicótico breve: es una alteración psicótica que dura más de un día y que remite antes de un mes.
- e) El trastorno psicótico compartido: es una alteración que se desarrolla en un sujeto que está influenciado por alguien que presenta una idea delirante de contenido similar.
- f) El trastorno psicótico debido a una enfermedad médica: se considera que los síntomas psicóticos son una consecuencia fisiológica directa de la enfermedad médica.
- g) El trastorno psicótico inducido por sustancias: se considera que los síntomas psicóticos son una consecuencia fisiológica directa de un abuso de droga, una medicación o la exposición a un tóxico.
- h) El trastorno psicótico no especificado: se incluye para clasificar las presentaciones psicóticas que no cumplen los criterios para ninguno de los trastornos psicóticos, o también por la sintomatología psicótica acerca de la que se dispone de una información insuficiente o contradictoria.

ANEXO D

Teorías de la etiología de la esquizofrenia

Aún en la actualidad no se ha comprobado cual es el verdadero origen de la esquizofrenia; aunque muchos personajes han intentado saber que es lo que la causa, en ningún caso se ha podido corroborar. Algunas teorías que han intentado descubrir esta enfermedad son:

Frazier (1996) utilizó una resonancia magnética como herramienta para estudiar a un grupo de adolescentes esquizofrénicos con el inicio de la enfermedad en la infancia, y un grupo control; los resultados encontrados fueron que los adolescentes con esquizofrenia tenían un tamaño cerebral más pequeño, un tálamo más pequeño y un aumento de tamaño ventricular estadísticamente significativo.

Friedman (1999) llegó a la conclusión de que los pacientes con esquizofrenia presentaban una disminución del volumen cerebral y un aumento en los porcentajes de líquido cefalorraquídeo en las áreas corticales frontal y temporal.

Varios autores han observado que algunas causas podrían deberse a que se tiene una personalidad premorbida (predispuesta y con signos de actitud), que aparece desde la infancia habiendo signos de tranquilidad excesiva, actitud pasiva con la sociedad y tenía pocos amigos; ya en la adolescencia era introvertido, aislado y permanecía en su cuarto o cama continuamente.

Otros especialistas opinan que la esquizofrenia tiene un origen orgánico, ya que el cerebro es especialmente sensible a las situaciones tensas y estresantes; además se cree y se estudia el por qué la enfermedad en la mayoría de los casos se da en momentos claves de la vida, por ejemplo, al irse de casa, en el servicio militar, después del parto, al entrar a la universidad, al probar determinadas drogas, y en estas situaciones donde se da un estrés

cerebral, motivo por el cual posiblemente el cerebro se descompensa y se da la enfermedad.

En estudios recientes que se han dado en el periodo de los últimos veinte años aproximadamente, se han llevado a cabo estudios comparativos y experimentales con el propósito de demostrar la hipótesis de que la esquizofrenia está definitivamente relacionada con el mal funcionamiento de los neurotransmisores en el cerebro.

El punto de partida de los últimos estudios mencionados, tienen mucho que ver con la observación directa de los efectos de las drogas antipsicóticas en la modificación de la dopamina en el cerebro. De allí la suposición de que por lo menos la dopamina funciona de manera anómala debido a la acción antagónica que la clorpromazina, el más popular de los antipsicóticos ejerce sobre esta sustancia química.

ANEXO E

La rehabilitación psicosocial cubre todos los aspectos que el enfermo debe desarrollar o recuperar para adaptarse a los diferentes roles que le toca vivir. No es suficiente con que un enfermo haya controlado sus síntomas con la medicación. Tampoco es suficiente con que la familia conozca y comprenda la enfermedad. Si el enfermo desea trabajar, debe de tener ciertas habilidades sociales como por ejemplo, debe poder ajustarse a un horario o de lo contrario fracasará aunque sepa hacer el trabajo correctamente; si desea tener amigos, deberá mantener un aspecto personal y una higiene y demás cuidados que no produzcan rechazo.

La rehabilitación en la esquizofrenia suele cubrir las siguientes áreas: cuidado del aspecto personal, cuidado de la salud física, cuidado de la salud mental, con desarrollo de la conciencia de enfermedad y responsabilidad sobre la medicación, desarrollo de habilidades sociales, entrenamiento en resolución de problemas, entrenamiento laboral y desarrollo de autonomía (manejo del dinero, transporte público, preparación de comidas sencillas, utilización de electrodomésticos, economía en el hogar, hobbies, etc.). Todo esto recupera habilidades perdidas, desarrolla nuevas habilidades y prepara para la autonomía y la integración socio-laboral.

Para cubrir estas áreas, se mencionan a continuación las diferentes y principales formas de tratamiento:

Psicoterapia individual:

Existen muchos enfoques de psicoterapia y prácticamente todos se han utilizado en la esquizofrenia. La psicoterapia individual establece una relación de ayuda entre el enfermo y el terapeuta. El enfermo puede sentirse comprendido y aceptado, hablar de sus preocupaciones y sus dudas y, si no le resulta estresante, puede ser útil para mejorar la autoestima que puede estar muy afectada a causa de la enfermedad y para crear conciencia de

enfermedad. Cuando la psicoterapia se limita a dar apoyo al enfermo, puede ser muy útil en aspectos de rehabilitación (terapia de conducta y el enfoque cognitivo-conductual).

Terapia de conducta:

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

La terapia de conducta trabaja con una única conducta cada vez y avanza muy despacio hacia el objetivo. Con esto, esta terapia considera que se consiguen adelantos más rápidos que insistiendo siempre en varias cosas a la vez.

Una variante de este tratamiento puede llevarse a cabo con esta terapia sin mayores consecuencias. Se trata de que la familia detecte aquellas conductas que el enfermo si hace bien, y las reconozca, las estimule o las premie.

Terapia Cognitivo-Conductual:

Esta terapia intenta poner a prueba las creencias delirantes del enfermo y por medio de su propio razonamiento lógico, puede terminar por convencerlo de que sus ideas son delirantes. Otra aplicación de estas técnicas consiste en enseñar a los enfermos a controlar determinados síntomas por medio de técnicas de control mental. El paciente “hace cosas” y “piensa cosas” para controlar los síntomas o para que estos no interfieran con la vida cotidiana. Esta técnica se ha encontrado útil para controlar algunas alucinaciones auditivas. Por ejemplo, el enfermo aprende a distinguir entre las voces que se producen en su cabeza y las que oye desde el exterior. En todo caso, esta terapia puede ayudar al enfermo a saber y aprender como reaccionar a la

alucinación de forma que no interfiera, o interfiera lo menos posible, en su relación con los demás.

Para llevar a cabo este tratamiento es necesario un equipo especializado que conozca a fondo el manejo de estas técnicas en la esquizofrenia.

Terapia de grupo:

Un grupo de terapia es la reunión de una serie de individuos dirigidos por un profesional, en donde se discute sobre temas de diversa índole, en general con carácter íntimo y personal. En ocasiones, es difícil conseguir que una persona que padece esquizofrenia, este dispuesta a participar en un grupo de terapia. Esto es así porque la misma enfermedad los vuelve con frecuencia retraídos y existe una huida de las relaciones sociales. A la vez, por esta misma razón, los grupos pueden ser beneficiosos para estas personas. Los grupos más utilizados en la esquizofrenia son:

- a) Grupos de educación en la enfermedad: donde se les enseña como es la enfermedad, cómo pueden detectar el principio de una recaída, para qué sirve la medicación, cómo deben tomársela, etc. Además, son el lugar ideal donde ellos pueden hablar de su experiencia con la enfermedad, entre personas que han tenido las mismas experiencias.
- b) Grupos de entrenamiento en habilidades sociales: donde se entrenan habilidades de comunicación para así relacionarse de una manera adecuada con los demás. Se enseñan formas de iniciar una conversación, maneras de plantear sus propios problemas y necesidades, cómo dirigirse a buscar un empleo o formas de establecer una relación con una persona del otro sexo.
- c) Grupos de entrenamiento en auto cuidados: lo que incluye el aspecto personal, el cuidado de la salud física, la higiene, la alimentación ó el mantenimiento de la forma física.

Los grupos, en general dan la oportunidad de que la persona con esquizofrenia salga de su aislamiento y se relacione con personas como ella, haga amistades

dentro del grupo y ayude a otros, con lo cuál también se siente útil y mejora su autoestima. Los grupos de terapia en esquizofrenia son fundamentalmente de carácter psicoeducativo y se enfocan a la rehabilitación.

Existen grupos de terapia de muchos enfoques: psicoanalíticos, conductistas, gestalt, psicodrama, terapia emocional... donde personas sin problemas psicóticos plantean problemas personales de diversa índole. En principio, no se recomienda que estos enfermos asistan a este tipo de grupos ya que no todos los asistentes presentan la misma problemática y se puede correr el riesgo de alterar más al enfermo que padece esquizofrenia debido a que los demás integrantes pueden no tener el debido respeto con sus demás compañeros.

ANEXO F

El rol psiquiátrico en la esquizofrenia es el de diagnosticar, intervenir medicinalmente y con base a la valoración continua del enfermo, ir reajustando la toma de medicamentos.

Hoy en día, existen muchos medicamentos en el mercado que son muy útiles para el tratamiento de la esquizofrenia. Los medicamentos que pueden utilizarse en la enfermedad son de cuatro tipos distintos:

a) Neurolépticos: se llaman también antipsicóticos porque son los que en realidad actúan sobre los síntomas psicóticos. Se dan para controlar los síntomas, para disminuir el número de recaídas o evitar que sucedan, además de que son tranquilizantes.

Como regla general controlan los síntomas, pero hay que darlos de forma continua para evitar que los síntomas no vuelvan a aparecer.

b) Antiparquinsonianos: se utilizan para evitar efectos secundarios de los neurolépticos, por ejemplo, intranquilidad, temblor o rigidez muscular incomoda que puede incluso llegar a dificultades para controlar los ojos, los movimientos de la nuca o la mandíbula, o que pueden en el peor de los casos padecer una convulsión. En general, puede decirse que cuanto más rigidez y temblor produce un antipsicótico, más dosis de antiparkinsoniano se necesita. No todas las personas reaccionan con la misma rigidez, hay personas que no necesitan tomarlos.

Aunque, los antiparkinsonianos tienen el inconveniente de que pueden agravar la sequedad de boca y la visión borrosa producida por algunos neurolépticos.

c) Antidepresivos: son de mucha ayuda para reanimar al paciente ya que a lo largo de la vida del enfermo, es posible que aparezca depresión. Esto puede ocurrir como un síntoma más de la esquizofrenia y como efecto secundario de

los neurolepticos o como una reaccion psicologica al verse enfermo y sin un futuro claro.

d) Tranquilizantes: son utilizados con el objetivo de que el enfermo no tenga crisis de angustia durante la enfermedad, debido a el mundo hostil que para ellos es una realidad y que es parte de la misma.

En resumen, cada psiquiatra debera tener mucho cuidado en la reduccion o si el enfermo necesita mas dosis de alguno de estos cuatro tipos de medicamentos.

ANEXO G

Importancia de combinar el tratamiento psiquiátrico y psicológico:

Cuando se trata de relacionarnos con una persona con esquizofrenia, es necesario plantearse una serie de objetivos. Por un lado controlar los síntomas psicóticos, evitar en la medida de lo posible que aparezcan síntomas de pérdida de capacidades y desarrollar las capacidades perdidas por medio de tratamientos psicológicos de rehabilitación. Por otra parte es necesario entrenar a la familia para que conozca la enfermedad, comprenda mejor lo que le ocurre al enfermo y sepa manejar los problemas que de ella se derivan. Finalmente, y no menos importante, es necesario que el enfermo lleve una vida “normalizada” en la medida de lo posible, que se sienta útil, socialmente activo y reinsertado a nivel laboral y social. Por lo tanto el enfoque ideal del tratamiento debe de ser global.

El tratamiento global descansa en cuatro pilares básicos como son la medicación, la rehabilitación, la familia y la integración, que a su vez se encuentran integrados en una sociedad determinada.

En general, los estudios que han intentado comparar los efectos de los diferentes tratamientos, demuestran que la mejor elección es un tratamiento combinado que incluya:

- a) Tratamiento médico en la comunidad: que incluye medicación (tanto para tratar los brotes como para evitar las recaídas) con controles ambulatorios regulares, atención en urgencias y hospitalización en unidades de algunos hospitales generales solo cuando el caso lo requiere.
- b) Educación en la enfermedad (a los familiares y al enfermo)
- c) Rehabilitación e integración social del enfermo
- d) Educación de la población y de los medios de comunicación para evitar el estigma y el rechazo social.

ANEXO H

Algunas importantes razones por las que tanto el tratamiento psiquiátrico, como el psicológico, dependen uno de otro son:

a) El tratamiento psiquiátrico depende del psicológico para tener éxito, ya que al tener la enfermedad, los neurolépticos no ayudan al paciente sobre la falta de motivación, la falta de energía, el retraimiento social, la pérdida de interés, la falta de expresión emocional, la atención o la concentración.

Además, los neurolépticos pueden tener efectos secundarios desagradables, que en ocasiones, hacen que la persona con esquizofrenia desee abandonar la medicación ó disminuir la dosis; es ahí cuando la terapia psicológica tiene que ayudar y hacer ver al paciente los beneficios que obtendrá al tomar sus medicamentos de forma adecuada para no tener recaídas y en consecuencia, sea más fácil el tratamiento de la enfermedad.

También se debe de dar apoyo psicológico que ayude al enfermo a superar con base al entrenamiento, lo complicado de poder llevar a cabo un seguimiento adecuado del tratamiento, además de ayudarlo a socializar, cuidar de su higiene y demás actividades que es importante retomar por parte del paciente, pero que no le ayuda o no le basta sólo con el tratamiento psiquiátrico.

b) El tratamiento psicológico depende un poco más del psiquiátrico, ya que la base para empezar un tratamiento de esquizofrenia depende en mayoría de el tratamiento médico, esta comprobado que los medicamentos tienen un efecto que ayuda al paciente en un periodo largo de tiempo a ir estabilizando la enfermedad.

Ambos tratamientos son muy efectivos en el manejo de la enfermedad y se puede decir que si se dan al mismo tiempo habrá resultados que no se pueden dar con algunos otros tipos de tratamiento o intento de sanar la enfermedad.

ANEXO I

La familia juega un rol muy importante en lo que se refiere a que el paciente pueda iniciar y darle seguimiento a un tratamiento.

Los familiares y otros individuos que intervienen activamente en la vida del paciente deben participar en un esfuerzo de tratamiento conjunto.

Los objetivos y estrategias del tratamiento varían según cual sea la fase y la gravedad de la enfermedad.

Durante la fase aguda de la exacerbación psicótica, el objetivo consiste en reducir los síntomas agudos y mejorar al mismo tiempo la función del rol. La participación y colaboración con el paciente de parte de los familiares y otros cuidadores naturales debe de iniciarse en esta fase, cuando su motivación para la participación en el tratamiento es alta, y debe de continuar durante toda la aplicación del tratamiento.

Los familiares deben de prestar especial atención a la presencia de ideas, intenciones o planes de suicidio o de alucinaciones de ordenes, y han de tomarse siempre precauciones cuando exista alguna duda respecto a la intención de suicidarse del paciente, puesto que las ideas suicidas son el mejor preedictor de un ulterior intento de suicidio en la esquizofrenia.

Dado que la conducta pasada es lo que mejor predice la conducta futura, las familias y los amigos son con frecuencia muy útiles para determinar el riesgo de que un paciente cause daño a sí mismo o a otras personas y para evaluar la capacidad del individuo de cuidar de si mismo.

De parte de la familia, durante la fase de estabilización, los objetivos del tratamiento consisten en reducir al mínimo el estrés sufrido por el paciente y aportarle un apoyo para que la probabilidad de recidiva sea mínima, para

potenciar la adaptación del paciente a la vida en la comunidad y para facilitar la reducción continuada de los síntomas y la consolidación de la remisión.

Los familiares deben ayudar a los pacientes a realizar una adaptación a la vida en la comunidad mediante el establecimiento de unos objetivos realistas sin una presión indebida para alcanzar un grado elevado de función laboral y/o social, puesto que unas expectativas excesivamente ambiciosas por parte de los familiares pueden causar estrés a los pacientes y pueden aumentar el riesgo de recidiva

ANEXO J

Algunas pautas para los familiares que son recomendables en los primeros momentos de la enfermedad son:

- a) No buscar culpables.
- b) Mantener la esperanza
- c) No cambiar con frecuencia de ayuda profesional
- d) Procurar generar las condiciones adecuadas en el hogar que faciliten la mejora y colaborar con las pautas dadas por el profesional que lo trate
- e) Reunirse con la familia y repartir las responsabilidades entre todos de acuerdo a lo que cada uno quiere y puede hacer.
- f) No abandonar la propia vida. A pesar de las circunstancias se debe de reservar algún tiempo para cada familiar.
- g) Mantener las mismas relaciones sociales
- h) No dudar en pedir asesoramiento profesional a un psicólogo si se encuentra el familiar muy alterado emocionalmente y no consigue moderar ese malestar.

Durante mucho tiempo, se ha creído que la pérdida de capacidades y de habilidades personales era una característica intrínseca de la enfermedad ante la que se podía hacer muy poco. Sin embargo, la investigación ha mostrado que es posible mejorar las habilidades de las personas incapacitadas por esquizofrenia crónica, aplicando intervenciones para la mejora del funcionamiento social que tenga en cuenta las dificultades específicas que se derivan de la enfermedad, (por ejemplo, síntomas que no responden a la medicación, problemas de atención y de memoria, etc.).

Con el entrenamiento en habilidades sociales se pretende enseñar formas más eficaces de comportamiento en las situaciones interpersonales y de la vida cotidiana en las que se tropieza con dificultades.

Algunas técnicas para desarrollar habilidades en el enfermo son:

- a) Se enseñan nuevas formas de comportarse en los aspectos y situaciones en los que tiene dificultades.
- b) Se enseñan las habilidades paso a paso
- c) Se le anima a que, poco a poco, vaya poniendo en práctica las nuevas habilidades de la vida cotidiana.
- d) Se valora de forma continua el funcionamiento social de la persona.

ANEXO K

Hasta esta sesión es importante haber tratado de utilizar de forma correcta la información dada por el coordinador para que el mismo pueda reconocer la experiencia que cada grupo familiar ha tenido con su hijo que padece esquizofrenia.

Si los grupos familiares empiezan a ver que lo que ofrecen a su enfermo esta saliendo mal, no deben de alterarse, ya que como se ha mencionado, podrían asistir con su psicólogo o psiquiatra para explicar el momento desagradable y este ayudará a que se de respuesta a lo que esta funcionando mal.

Hay que comportarse de la manera más natural posible ante el enfermo, pero teniendo reservado el debido cuidado y tratar siempre de que el paciente progrese.

Los familiares deben de cuidar de su enfermo, pero no es necesario que todo el día o gran parte de este la pasen con él; ya que por un lado afectaría al enfermo ya que se aburriría o se cansaría de tener una interacción continua; por otro lado esto mismo pasaría con el familiar cuidador en ese momento, además de que le podría causar en un momento dado una desesperación al tratar de afrontar alguna situación y dirigirse de manera errónea a el enfermo; por otro lado es importante que el familiar encargado del cuidado también tenga el suficiente tiempo para distraerse, teniendo cualquier variedad de tipos de actividades.

También es importante utilizar los avances que ha tenido el enfermo no sólo para que siga progresando, sino también para reinsertarlo en las relaciones sociales, en ver que tenga la higiene adecuada, que se mantenga activo físicamente, que asista a el trabajo o a la escuela dependiendo del caso, que haga por si solo lo que necesite y así empiece a tener una vida lo más normal posible.

Un aspecto esencial del proceso de rehabilitación se da con base al medicamento y es por ello que los familiares deben de tener en este punto, mucho cuidado de que el enfermo tome las dosis adecuadas; tal vez se le podría poner por ejemplo, una hoja con un horario y con los medicamentos que debe de tomar, para que el paciente vaya registrando cuando haya tomado el medicamento. Pero esto sólo es un ejemplo y se pueden intentar diferentes formas de cuidado en cuanto al aspecto de tomar adecuadamente los medicamentos.

Por ultimo, es importante mencionar que los familiares apoyen al enfermo, pero también no se descuiden de su vida cotidiana.

ANEXO L

A continuación, se presentan una serie de preguntas acerca de la información brindada durante el taller, le solicitamos contestar cada una de ellas.

Les recordamos que la información aquí proporcionada, servirá para el mejoramiento de futuros talleres, por lo que su confidencialidad esta asegurada.

1) ¿Qué impresión les dio este taller?

a) Buena b) Regular c) Mala.

2) Tras su participación en este taller, ¿considera que la información aquí brindada, puede serle de utilidad en la interacción con su hijo?

a) Si, porque:

b) No. porque:

3) ¿Qué tan informado se siente en este momento para enfrentar la enfermedad?

4) ¿Cómo reaccionarían usted ante una crisis de su hijo?

5) ¿Cómo reaccionaría ante un intento suicida de su hijo?

6) Mencione tres funciones de las que se encarga la Psiquiatría y tres de las que se encarga la Psicología en el tratamiento de la Esquizofrenia.

Psiquiatría	Psicología
1)	1)
2)	2)
3)	3)

7) Mencione por lo menos una causa, por la que los padres de familia no son responsables de que su hijo padezca Esquizofrenia:

8) Mencione cuál es la importancia de la familia de un paciente con esquizofrenia, para la estabilidad de esta enfermedad

9) Mencione la importancia de que un paciente con esquizofrenia, pueda llevar un tratamiento integral, tanto Psiquiátrico, como Psicológico.

10) Escriba alguna duda que tenga sobre la enfermedad en general

Gracias por su colaboración