



UNIVERSIDAD DE SONORA

DIVISIÓN DE CIENCIAS SOCIALES

PROGRAMA DE MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA

LA INFLUENCIA DE LA FAMILIA EN EL PACIENTE ESQUIZOFRÉNICO

TESIS

Que para obtener el Grado de:

MAESTRO EN PSICOLOGÍA

Presenta:

Claudia Beatriz Varela Cabral

Hermosillo, Sonora, diciembre de 1999

Universidad de Sonora

Repositorio Institucional UNISON



"El saber de mis hijos
hará mi grandeza"



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



**UNIVERSIDAD DE SONORA
DIVISIÓN DE CIENCIAS SOCIALES
Programa de Maestría en Psicología**

**LA INFLUENCIA DE LA FAMILIA EN EL
PACIENTE ESQUIZOFRÉNICO**

Tesis

que para obtener el grado de

Maestro en Psicología

Presenta

Claudia Beatriz Varela Cabral

Hermosillo, Sonora. Diciembre de 1999.

Hermosillo, Sonora a 16 de Noviembre de 1999

M.C. FRANCISCO OBREGON SALIDO
COORDINADOR DE LA MAESTRIA DE PSICOLOGIA

Presente:

Las abajo suscritas, dictaminadoras del trabajo de Tesis Titulado "La influencia de la familia en el paciente esquizofrénico" realizado por la alumna CLAUDIA VARELA CABRAL, después de revisar el escrito, manifestamos nuestro acuerdo sobre el mismo, por lo que no tenemos inconveniente en extender la presente aprobación para que sea sometido a los trámites conducentes al examen de grado correspondiente.

Sin más por el momento, quedamos a su disposición, en espera de la fecha que se sirva designar para el mencionado examen.

ATENTAMENTE

DRA. MARTHA FRIAS A.
ASESORA DIRECTORA

Handwritten signature of Martha Frias A. in cursive, written over a horizontal line.

M.C. MARTHA MONTIEL C.
DICTAMINADORA ASESORA

Handwritten signature of Martha Montiel C. in cursive, written over a horizontal line.

M.C. SONIA ECHEVERRIA
DICTAMINADORA ASESORA

Handwritten signature of Sonia Echeverria in cursive, written over a horizontal line.

c.c.p. Interesada

AGRADECIMIENTOS :

A Dios, por darme la fe, la fortaleza y los medios para creer y perseverar en ese proyecto.

A Oscar, por brindarme la hermosa oportunidad de poder compartir cada sueño con él. Por contagiarme el genuino interés de ayudar a las personas con discapacidad mental. Por ser mi maestro y mi ejemplo, además de ser quien le da sentido a lo que soy y lo que hago. Por su paciencia, su asesoría, su aliento, por creer en mi desde siempre, por darme la oportunidad y apoyarme en mi superación profesional, pero sobretodo por el inmenso amor que me brinda y que hace surgir en mi.

A mis padres por su apoyo y su ejemplo, por inculcarme siempre el interés por el estudio, y sobre todo por su amor y su confianza. A mi madre, por entre tantas cosas, regalarme sus tardes con paciencia y esmero ayudándome a cumplir mis tareas escolares. A mi padre por su apoyo y por creer en mi.

Al Maestro Francisco Obregón coordinador y maestro de este proyecto, por su apoyo y por darnos la oportunidad de ser parte de éste.

A mis maestros. De manera muy especial a Martha Frías, por ser además de una excelente maestra y asesora, una gran amiga. A Victor Corral por su calidad humana, por todo su apoyo y por brindarme su amistad. A Martha Montiel, Juan Irigoyen, Daniel González y Angel Vera, por la paciencia y dedicación con la que nos imparten sus enseñanzas, cada uno con su estilo muy particular y con su experiencia.

A mis asesoras Martha Frías, Martha Montiel y Sonia Echeverría, gracias por sus consejos, su orientación, su tiempo y su disposición para hacer realidad este ejemplar.

A mis compañeros, Francisco, Antonio, Marcela, Irasema, Miriam, Lizeth, Irma, César, Patricia y Saúl, gracias por compartir trabajos, sesiones de estudio, alegrías, triunfos, fracasos, desvelos, presiones y tristezas, pero principalmente por brindarme su amistad y hacer más amenos hasta los momentos de mayor tensión.

A todas las personas que colaboraron en la elaboración del proyecto, especialmente a Irasema Castell y sus alumnos, Martha Frías y Victor Corral, a la Dra. Dora Alvarez, a Doña Laura, a Dora Esthela Laborín, a Alfonso Guillén, y a las familias de los pacientes que generosamente participaron en el estudio.

A mis amigos, de quienes tuve siempre apoyo y palabras de aliento. Por su comprensión y paciencia, por adecuar sus horarios para no dejar de frecuentarnos a pesar de mis tiempos. Amanda Apodaca y Carolina Valdéz, gracias por su amistad y por estar ahí siempre.

ÍNDICE

RESUMEN	3
I. Introducción	3
II. Planteamiento del problema	3
2.1. Objetivo General de la Investigación.....	3
2.1.2. Objetivos Particulares.....	3
III. Preguntas de Investigación	4
VI. Justificación de la Investigación	4
V. Antecedentes	6
5.1. Estudios de Familia en relación con la Esquizofrenia	6
5.1.2. Funcionamiento Familiar.....	7
5.2. Estudios de Creencias y Actitudes hacia la Enfermedad Mental.....	8
5.3. Estudios sobre Conocimientos acerca de la Esquizofrenia.....	11
5.4. Estudios sobre Competencias para el Manejo del Paciente Esquizofrénico.....	12
5.5. Reincidencia Hospitalaria.....	14
VI. Perspectiva Teórica	15
6.1. Definición de Variables.....	16
6.1.1. Funcionamiento Familiar.....	19
6.1.1.1. Comunicación.....	19
6.1.1.2. Apoyo.....	19
6.1.1.3. Modos de Control de Conducta.....	19
6.1.1.4. Psicopatología Familiar.....	19
6.1.1.4.1. Violencia.....	20
6.1.1.4.2. Consumo.....	20
6.1.2. Creencias.....	20
6.1.3. Conocimientos.....	20
6.1.4. Competencias.....	20
6.1.5. Rehospitalizaciones.....	21
VII. Método	21
7.1. Diseño de Investigación.....	22
7.2. Formulación de Hipótesis.....	22
7.3. Sujetos.....	22
7.4. Instrumentos.....	22
7.5. Procedimiento.....	23
7.5.1. Recolección de los Datos.....	23
7.5.2. Análisis de los Datos.....	24
7.5.2.1. Descripción del Modelo Especificado.....	25
VIII. Resultados	25
8.1. Datos Univariados.....	27
8.2. Frecuencias.....	28
8.3. Diferencias entre Grupos.....	47
8.4. Modelo de Ecuaciones Estructurales.....	47
8.4.1. Bondad de Ajuste.....	49
8.5. Confiabilidad y Validez.....	50
IX. Discusión	25
Referencias	62
Anexos	73

ÍNDICE DE CUADROS Y FIGURAS

Cuadro 1. Consistencia Interna de la Escala de Funcionamiento Familiar	26
Cuadro 2. Consistencia Interna de la Escala de Creencias.....	26
Cuadro 3. Consistencia Interna de Conocimientos.....	27
Cuadro 4. Consistencia Interna de Competencias.....	27
Cuadro 5. Datos del Paciente.....	28
Cuadro 6. Datos del Familiar.....	29
Cuadro 7. Datos Socioeconómicos.....	30
Cuadro 8. Funcionamiento Familiar.....	31
Cuadro 9. Apoyo Familiar.....	32
Cuadro 10. Modos de Control de Conducta.....	32
Cuadro 11. Violencia Familiar.....	33
Cuadro 12. Problemas de Conducta y Patología.....	34
Cuadro 13. Consumo de Alcohol.....	35
Cuadro 14. Consumo de Drogas.....	35
Cuadro 15. Creencias Positivas con respecto al Enfermo Mental.....	37
Cuadro 16. Creencias Negativas con respecto al Enfermo Mental.....	38
Cuadro 17. Conocimientos respecto a la Esquizofrenia. Diagnóstico.....	39
Cuadro 18. Conocimientos. Sintomatología.....	39
Cuadro 19. Conocimientos. Etiología.....	40
Cuadro 20. Conocimientos. Medicamento y Tratamiento.....	42
Cuadro 21. Conocimientos .Curso y Pronóstico.....	43
Cuadro 22. Conocimientos. Manejo.....	44
Cuadro 23. Competencias del Familiar en el Manejo del Enfermo. Alimentación.....	44
Cuadro 24. Competencias. Autocuidado.....	45
Cuadro 25. Competencias. Actividades.....	46
Cuadro 26. Competencias. Conductas Problema.....	46
Cuadro 27. Valores de las Relaciones Causales Directas e Indirectas del Modelo....	52
Figura 1. Modelo de Ecuaciones Estructurales	72

RESUMEN

Tomando como marco teórico general el Modelo Ecológico de Desarrollo (Bronfenbrenner, 1979) se resalta el papel del microsistema entendido como el ambiente familiar, en el desarrollo del individuo con esquizofrenia. En este sentido, se analiza la influencia que algunas variables familiares pueden tener sobre la rehospitalización del paciente esquizofrénico. Las variables estudiadas son el funcionamiento familiar, las creencias acerca del enfermo mental, los conocimientos con respecto de la esquizofrenia y las competencias para el manejo del paciente. A través de un modelo de ecuaciones estructurales se observan relaciones causales directas e indirectas sobre la reincidencia hospitalaria del paciente. Se resaltan la psicopatología familiar y las competencias de los familiares como variables que determinan directamente la evolución del paciente. Se discute la importancia del manejo integral y la necesidad del trabajo directo con la familia en el tratamiento de este trastorno, considerando a la intervención familiar psicoeducativa una alternativa para facilitar la rehabilitación. La muestra se conforma de cien familiares de pacientes con diagnóstico de esquizofrenia que acuden a consulta externa del Hospital Cruz del Norte en la Ciudad de Hermosillo, Sonora.

I. Introducción

Dentro de las enfermedades mentales, la esquizofrenia es de los padecimientos más severos, debido al fuerte deterioro emocional, cognitivo, psicológico y social que provoca. Se puede describir en el sentido emocional, como la dificultad para comprender y expresar sentimientos, labilidad emocional, es decir cambios repentinos de estado de ánimo; a nivel cognitivo, aparentemente el individuo suele desconectarse de la realidad, los síntomas (positivos) tales como alucinaciones visuales y auditivas, así como una serie de ideas irracionales suelen perturbarlo y fomentar percepciones inadecuadas de la realidad, lo cual limita la oportunidad de la enseñanza escolarizada, y en la mayoría de los casos la posibilidad de disfrute de la vida misma. A nivel psicológico, cabe mencionar la dificultad para el desempeño de actividades diarias, así como la tendencia al deterioro físico y emocional debido a que en ocasiones se perciben estos impedimentos como un fracaso personal (Jackson, 1960). Dentro del ámbito social, por un lado se dificulta el desempeñar actividades laborales y su remuneración, asimismo se observa la incapacidad para establecer relaciones interpersonales adecuadas, y por último el estigma social de esta enfermedad, que se traduce generalmente en un marcado rechazo social hacia estas personas.

La familia desempeña un papel muy importante en la evolución de la enfermedad de cualquiera de sus miembros, en el sentido de proporcionarle apoyo, cuidados, afecto y la ayuda para seguir las recomendaciones médicas (Hyde y Goldman, 1993). En el caso de la esquizofrenia el familiar es clave para una intervención adecuada del paciente que pueda rehabilitarlo o prevenir su deterioro. Dado que una persona con esquizofrenia se encuentra inhabilitada para realizar muchas actividades básicas, es el familiar quien proporcionará el apoyo y los cuidados necesarios. Asimismo, serán los familiares quienes interactúen con el paciente y quienes pudieran favorecer su involucramiento de manera efectiva e independiente en sus actividades cotidianas, así como en el seguimiento de instrucciones y actividades de cuidado encaminadas a su rehabilitación.

Así, el funcionamiento familiar, las creencias y los conocimientos que sus miembros tengan acerca del problema, influirán en las acciones que se lleven a cabo, y que pudieran resultar en la rehabilitación del enfermo, o en un marcado deterioro de éste. Es por ello, que en este trabajo se pretende investigar los aspectos que pueden ser claves en el trabajo con estas familias, para la rehabilitación del paciente esquizofrénico. Consecuentemente, el objetivo de esta

investigación es analizar las variables familiares y su influencia sobre los reingresos hospitalarios de la persona que padece esquizofrenia.

II. Planteamiento del Problema.

Se pretende investigar el impacto que algunas variables familiares, tales como el funcionamiento familiar, actividades de cuidado, conocimientos acerca de la enfermedad y creencias respecto al enfermo mental, tienen con respecto a las rehospitalizaciones de los pacientes esquizofrénicos. Esto podría resaltar algunas de las competencias a desarrollar en los familiares de estos pacientes, de manera que el manejo del paciente dentro del hogar sea una opción viable que contribuya a su rehabilitación y le permita una mayor calidad de vida.

2.1. Objetivo general de la investigación

El objetivo de este estudio consiste en la influencia que la familia puede tener en el curso de la enfermedad de una persona que padece de esquizofrenia. Así, se pretende investigar aspectos familiares que pudieran relacionarse con el número de reingresos hospitalarios de los pacientes esquizofrénicos.

2.1.2. Objetivos particulares.

- a) Determinar si el funcionamiento familiar, las actividades de cuidado, el conocimiento que los familiares tienen respecto a la esquizofrenia, y las creencias de los familiares con respecto al enfermo mental influyen en las rehospitalizaciones de personas que padecen de esquizofrenia.
- b) Evaluar si el funcionamiento familiar influye en el número de reingresos hospitalarios de los pacientes esquizofrénicos.
- c) Analizar si las creencias sobre la enfermedad mental determinan el tipo de conocimientos que los familiares adquieren con relación a la esquizofrenia.
- d) Determinar si los conocimientos influyen en el tipo de competencias de cuidado que desarrollan los familiares para con el paciente.
- e) Analizar el impacto de las competencias de cuidado de los familiares sobre el número de rehospitalizaciones del paciente.

III. Preguntas de Investigación

- a) ¿Cuál es la relación que existe entre el funcionamiento familiar y las rehospitalizaciones de una persona que padece de esquizofrenia?
- b) ¿Influyen las creencias con respecto a la enfermedad mental de los familiares como disposiciones de éstos para adquirir cierto tipo de conocimientos acerca de la esquizofrenia?
- c) ¿Existe una relación entre los conocimientos que tienen los familiares acerca de la esquizofrenia y las competencias de cuidado que desempeñan para con el paciente esquizofrénico?
- d) ¿Las competencias de cuidados con las que cuenta el familiar con respecto al paciente esquizofrénico impactan en el número de rehospitalizaciones de éste?

IV. Justificación de la Investigación

La esquizofrenia es una de las enfermedades mentales que más discapacidad causa en quienes la padecen, a nivel social, laboral y emocional. Existe una gran cantidad de información que documenta como algunos aspectos de la familia influyen en la evolución del esquizofrénico. Así, las variables relacionadas con el funcionamiento y ambiente familiar influyen notablemente en el enfermo en cuanto a recaídas y evolución de la enfermedad (Rascón, Díaz, López y Reyes, 1997; Malca, Lebell, Marder, Mintz, Mintz, Tompson, Wirshing, Johnston-cronk, & McKenzie, 1993; Vaughn y Leff, 1976; Long, 1989; Dixon y Lehman, 1995). Los aspectos que más se han valorado en la familia son las actitudes críticas y hostiles (emoción expresada, Brown, Monck, Carstairs & Wing, 1962, 1972) (Vaughn y Leff, 1976) y el tipo de comunicación que utilizan (Bateson, 1950), comprobando en ambos casos, que éstos influyen aumentando o disminuyendo los índices de recaídas (exacerbación de síntomas del paciente y en algunos casos reingreso hospitalario) de los pacientes.

Es por ello que surge la inquietud de estudiar en un ámbito que no es novedoso, aspectos, que se han investigado de manera aislada. Al mismo tiempo, se incluye una variable dependiente a la cual no se le ha dado mucha importancia, la rehospitalización como indicador de que ya sea por exacerbación de la enfermedad (recaída), por dificultades del manejo del familiar en el hogar, o problemas de adaptación del paciente al hogar y comunidad, el paciente nuevamente requiere el servicio hospitalario. Asimismo, las creencias con respecto de la

enfermedad mental han sido investigadas en diversas culturas y poblaciones de profesionales de la salud, encontrándose marcadas diferencias; sin embargo, al parecer no existen reportes respecto de lo que sucede con los familiares de los pacientes. Y por último, es bien conocido el hecho de que los conocimientos que posea el familiar con respecto de la enfermedad, así como de su manejo, pueden ser potencialmente efectivos para la rehabilitación del paciente (Barrowclough, Tarrier, Watts, Vaughn., Bamrah & Freeman, 1987). En este caso, se pretende trabajar con aspectos del funcionamiento familiar, cuidados, creencias y conocimientos respecto de la enfermedad mental y observar cómo influyen en las rehospitalizaciones que tiene el paciente esquizofrénico.

Esta investigación pretende analizar los factores que pueden prevenir la reincidencia del paciente, no en términos de variables biológica, genéticas, médicas o individuales, sino en función de variables relacionadas con la interacción familiar. Por tanto, la variable de rehospitalización resulta una variable dependiente interesante, debido a que es un indicador de la evolución del padecimiento, no sólo en términos de aumento o disminución de síntomas, sino como una medida indirecta de la dificultad de adaptación del paciente y la familia a la situación y al manejo de problemas cotidianos. En este mismo sentido, resulta relevante conocer cómo funciona la dinámica familiar en cuanto a sus actividades, qué creen y esperan los familiares de alguien que padece un trastorno mental y por tanto, qué conocimientos tienen o están dispuestos a adquirir con respecto al padecimiento y finalmente qué capacidades o competencias han desarrollado para manejar al paciente dentro del hogar. Estas variables han mostrado ser relevantes en el estudio de familias de pacientes esquizofrénicos, sin embargo no se han evaluado en conjunto a pesar de que pudieran estar relacionadas como lo plantea esta investigación (hipótesis).

Con el resultado de esta investigación se puede beneficiar a las personas que trabajan con estos pacientes y con sus familiares, proporcionándoles mayor información, la cual puede proveer bases para un mejor entrenamiento de estas familias en el manejo del paciente. Y a través de éste, los pacientes esquizofrénicos pueden beneficiarse al fortalecer un tratamiento adecuado dentro del hogar, logrando una mejor calidad de vida. Además de esto, se puede influir en la optimización de los recursos de instituciones de salud mental, al aprovecharlos para personas que ameriten la hospitalización y de esta manera poder brindar una atención más efectiva y eficaz.

V. Antecedentes

5. 1. Estudios de Familia en relación con la Esquizofrenia

El estudio de la familia y su influencia en la esquizofrenia ha sido abordado desde diversas perspectivas. Los primeros trabajos se dan a partir de 1950 con Gregory Bateson y su teoría de Doble Mensaje, en donde se observa que los pacientes esquizofrénicos están sometidos a una comunicación familiar que contiene mensajes persistentes y contradictorios. El doble mensaje consiste en una comunicación a muchos niveles en que una demanda manifiesta en un nivel es anulada o contradicha en otro nivel. En estas investigaciones se explica la aparente incapacidad del esquizofrénico para distinguir lo literal de lo metafórico, a través del tipo de interacción verbal fomentada por los familiares de estos pacientes. A partir de estos resultados surge la importancia de investigar la comunicación entre los miembros de la familia de los pacientes esquizofrénicos, ya que se establece que ésta es irracional, confusa, e impertinente (Bayer, 1996).

Otro de los primeros intentos de estudiar la influencia de la familia en las recaídas de los pacientes esquizofrénicos, se da en los años setenta, en Gran Bretaña. Así es como George Brown (1972) introduce el constructo de Emoción Expresada, que refiere a las actitudes de los familiares hacia el paciente, como comentarios críticos, hostilidad y sobreinvolucramiento emocional. Este interés surge a partir de la observación de que los pacientes esquizofrénicos después de una larga estancia hospitalaria, aquellos que regresaban a sus hogares tendían más a recaer que aquellos que regresaban a casas de medio camino u otro tipo de viviendas. Brown, Birley & Wing (1972) buscaban evaluar la calidad de la relación entre un paciente esquizofrénico y el familiar con el que vive y encontraron que es posible predecir la recaída del paciente a partir de un índice de emoción expresada. Una gran cantidad de estudios sobre esta línea, han proporcionado evidencia acerca de una mayor probabilidad de recaída en pacientes esquizofrénicos que viven con familiares con un alto índice de Emoción Expresada. Este constructo se refiere a los comentarios críticos de los familiares (más de 6 ó 7 comentarios) con respecto del paciente, la hostilidad mostrada hacia éste y un marcado sobreinvolucramiento emocional. Algunos de los estudios que se han dado en este sentido son los de Brown, Monck, Carstairs & Wing (1962) Brown, Birley & Wing (1972); Vaughn y Leff, (1976); Vaughn, Synder, Freeman, Jones, Falloon & Liberman (1982); Leff y Vaughn, (1981), MacMillan, Gold, & Crow (1986), Leff, Kuipers, Berkowitz, Eberlein-vries & Strugen (1982), Leff, Kuipers,

Berkowitz & Sturgeon (1985), Leff, Berkowitz, Shavit, Strachan, Glass & Vaughn (1989, 1990), Linszen, Digemans, Scholte, & Lenior (1994), Bressi (1993), Chambon y Cardine (1993), Montero (1992), Madianos y Economou (1994), Jun-ichiro & Iwao (1994).

Aunque los índices de emoción expresada no serán valorados en este trabajo, estos estudios pueden mostrarse como antecedentes de la importancia que juega la familia en las recaídas del paciente. Asimismo, resaltan la necesidad de realizar investigaciones para encontrar maneras más adecuadas de trabajar con las familias de estos pacientes de forma que no solo se les ayude a las familias a adaptarse y funcionar adecuadamente con lo que implica tener en casa a una persona mentalmente enferma, sino también de manera que desarrollen cierto tipo de competencias y habilidades que les permitan contribuir a la rehabilitación del paciente.

5. 1. 2. Funcionamiento Familiar

Muchos aspectos de la familia han sido evaluados y contrastados con recaídas de los pacientes esquizofrénicos, sin embargo, existen pocos estudios que se enfoquen al funcionamiento familiar en este tipo de pacientes. Uno de los estudios que más se aproxima a esto es el de Miller, Kabacoff, Keitner, Epstein y Bishop (1986), en donde se evaluó la disfunción familiar (Escala de Funcionamiento Familiar McMaster, FAD) en pacientes psiquiátricos. Se reporta que estas familias presentaron más deterioro en su funcionamiento en comparación con familias no clínicas. Sin embargo, las familias de esquizofrénicos y de pacientes bipolares fueron las que presentaron significativamente menos disturbios que el resto de las familias psiquiátricas. En el caso de los esquizofrénicos, reportaron más disfunción que las familias control, en la dimensión de responsividad afectiva, asimismo otras de las áreas más afectadas fueron las de comunicación, involucramiento afectivo, roles, control de conducta, y funcionamiento general. Existe evidencia de que los pacientes esquizofrénicos son más sensibles a las dificultades y requieren de un adecuado funcionamiento familiar para evitar las recaídas (Rascón y cols. 1997; Long, 1989; Miller y cols. 1986). Rascón, Díaz, López y Reyes (1997) observaron que las familias de esquizofrénicos con facilidad tienden a desintegrarse cuando no reciben orientación, surgiendo conflictos entre padres y hermanos con el paciente.

Respecto al funcionamiento familiar relacionado con el número de rehospitalizaciones, Long (1989) describe un estudio realizado en un hospital psiquiátrico con pacientes y sus familiares. En esta investigación se encontró una menor probabilidad de rehospitalización en

quienes de una lista de chequeo eligieron oraciones tales como: "Nosotros decimos a los otros nuestros problemas personales" y "Decimos cualquier cosa que queremos a los otros", pero no seleccionaban opciones como "Mantenemos nuestros sentimientos para nosotros mismos". Esto se relaciona con aspectos familiares de comunicación, afectos y apoyo.

La evaluación del funcionamiento familiar, los conocimientos sobre la enfermedad y las competencias de manejo que tienen los familiares de esquizofrénicos contrastados contra reingresos hospitalarios (Long, 1989; Leff, Kuipers, Berkowitz, Eberlein-Vries y Sturgeon, 1982; MacMillan, Gold & Crow, 1986), tienen relevancia, debido a que la reincidencia, al mismo tiempo puede ser indicador de un inadecuado funcionamiento del paciente dentro del hogar, que además del aumento de síntomas, puede deberse a la desadaptación del paciente al hogar, o a la falta de competencias del familiar en el manejo del paciente. Es por ello, que en el presente estudio se analizarán las rehospitalizaciones contra las variables familiares que pueden influirlas potencialmente.

5. 2. Estudios de creencias y actitudes hacia la enfermedad mental

Las creencias y actitudes acerca de la enfermedad mental han sido estudiadas a través de diversas culturas y en diferentes poblaciones (estudiantes, profesionales de salud mental, y diferentes razas). El estudio en este sentido, se ha dado principalmente debido a las implicaciones que tienen para los servicios de atención y rehabilitación para estas personas, orientando las medidas necesarias para la prevención y tratamiento comunitario. Algunos autores como Nunnally (1961) señalan que las actitudes negativas hacia el enfermo mental surgen debido a una falta de información o conocimiento acerca de la enfermedad mental.

De manera general, se puede decir que en Occidente la percepción comunitaria hacia la enfermedad mental ha cambiado. Anterior a 1960 se observaba pesimismo, negación, intolerancia, temor a la enfermedad mental y desconfianza hacia los especialistas. De este periodo en adelante, se reporta un cambio de actitud en cuanto a la aceptación del enfermo e identificación de la enfermedad como cualquier otra (Natera, Casco, González y Newell, 1985). Por otro lado, a pesar de que se observa menor restricción social a los enfermos mentales, mayor tolerancia hacia ellos, y mejor aceptación hacia los servicios de salud mental, se observan inconsistencias. Mientras que en cuanto a reconocer los derechos que tienen estas personas y otros aspectos de este tipo, la población en general en diversas culturas se muestra más abierta; en

lo que toca al establecimiento de relaciones cercanas y estrechas, como de tipo laboral, social o amoroso se observa aún bastante recelo y rechazo (García, 1996).

Shokoohi-yeta y Retish (1991) comparan estudiantes chinos y norteamericanos en E.E.U. encuentran en los últimos puntajes más bajos en cuanto a autoritarismo y restricción social, y puntajes altos en benevolencia. En Atenas (1987) Madianos, Madianou, Vláchonikol y Stefanis, observaron en ciertos grupos rechazo y temor hacia la enfermedad mental, así como el incremento de opiniones de discriminación con la edad y de la restricción social conforme aumentaba el nivel educativo, y el decremento, en personas que habían visitado ciudades grandes y con altos niveles educativos. Asimismo, en Israel, Rahav, Struening, y Andrews (1984) encuentran opiniones inconsistentes, observan un marcado liberalismo, tolerancia y orientación humana en el tratamiento, derechos civiles y aceptación de los enfermos dentro de la sociedad, y al mismo tiempo, miedo, desconfianza y rechazo en cuanto a cercanía, intimidad, e involucramiento con ellos. Por otro lado, en Gran Bretaña, (1993) Brockington, Hall, Levings, y Murphy encuentran como predictores de una actitud tolerante hacia la enfermedad, a la cercanía con una familia con un enfermo mental, el nivel ocupacional, y la residencia en el lugar donde se encuentra un hospital psiquiátrico.

También se han realizado algunos estudios en comunidades mexicano-americanas, tales como el de Karno (1974), en donde se comparan creencias entre anglo-americanos y mexicano-americanos viviendo en E.E.U, dentro de la ciudad de Los Angeles. No se encontraron muchas diferencias entre los dos grupos; sólo en los Mexicano-americanos que pedían entrevista en español, ya que tendían a creencias tradicionales mexicanas, con el trato familiar, vinculación con valores religiosos, autoritarismo y patriarcado, así como moralidad conservadora en cuanto al comportamiento de las personas mentalmente enfermas. Algunos años más tarde, (1985) Parra evalúa la tolerancia social hacia la enfermedad dentro de una comunidad mexicano-americana, encontrando como variables determinantes a la edad, sexo y educación, en donde a mayor educación y menor edad mayor tolerancia hacia la enfermedad mental. En el mismo año, Natera, Casco, González y Newell (1985) dentro de la ciudad de México, comparan dos comunidades de alto y bajo nivel socioeconómico, observando en el caso de la primera mayor dificultad para integrar al enfermo a actividades, mientras que en la segunda menos conocimientos; sin embargo, en ambas, la actitud dependía de la agresividad y peligro que representaba la conducta del enfermo para la comunidad.

Más recientemente García (1996) realiza un análisis de algunos estudios en México, concluyendo que se ha elevado el nivel de información, sin embargo aun se observa ignorancia en la naturaleza de la enfermedad, etiología y tratamiento. Asimismo evalúa las creencias respecto al enfermo mental (800 sujetos) dentro de la Ciudad de México, observa que la mitad de la muestra considerará inteligentes a los pacientes, un porcentaje menor los ve como retrasados mentales y tontos; hay acuerdo en la necesidad de atención y divergencia en cuanto a si ellos pueden contribuir a su curación y su culpabilidad respecto a la enfermedad. Se observan áreas de ignorancia y creencias negativas, como el concebir a la enfermedad mental como sinónimo de locura, y percibir a estas personas siempre como peligrosas.

Los estudios en cuanto a creencias se han enfocado más a población general y se han analizado principalmente con el fin de detectar el efecto que éstas puedan tener en cuanto al impacto de los servicios comunitarios de salud mental. Sin embargo, existe poca información respecto a lo que sucede en las familias de quienes padecen de esquizofrenia. La evaluación de creencias en la familia respecto a la enfermedad mental resulta muy importante, en el sentido de que éstas pueden funcionar como eventos disposicionales para adquirir y manejar cierto tipo de información respecto a la esquizofrenia y están relacionadas con las expectativas que tienen con respecto al paciente. Al respecto Barrowclough, Tarrier, Watts, Vaughn, Bamrah & Freeman (1987) señalan que el familiar cuando acude a las sesiones de información, ya trae consigo un modelo particular formado de opiniones acerca de causas y consecuencias de la enfermedad, con una visión individual de la condición del paciente, que afecta la manera en la que toman la información alternativa (profesional), que puede ser con rechazo o aceptación. Asimismo, mientras más tiempo tiene el paciente enfermo, el familiar tuvo más tiempo de haber formulado su propio modelo de la enfermedad, y aún más, si está menos influido por la opinión profesional.

El análisis de las creencias respecto a la enfermedad mental en los familiares de quienes padecen esquizofrenia, como disposiciones que pueden influir en la adquisición de ciertos conocimientos respecto a este problema, facilita la detección de aquellas personas que estarán más abiertas a recibir información profesional que vaya en beneficio de su paciente, y aquellas personas que tendrán dificultades para aceptar este tipo de información.

5. 3. Estudios sobre Conocimientos acerca de la Esquizofrenia

Existen ciertos estudios respecto a los conocimientos que tienen los familiares acerca de la esquizofrenia y su influencia sobre la evolución de la enfermedad, como recaídas o rehospitalizaciones. En algunas investigaciones enfocadas a estudiar la Emoción Expresada en relación con los conocimientos, se ha encontrado que el familiar de alta Emoción Expresada (crítico y hostil hacia el paciente) tiene menores conocimientos que el familiar de baja Emoción Expresada (Brown, Birley & Wing, 1972). Así, surge la hipótesis de que a partir del conocimiento que el familiar tenga sobre la esquizofrenia es posible disminuir recaídas en el paciente y mejorar la manera en la cual el familiar interactúa con el paciente. Algunos estudios fallan en probar esta hipótesis, sin embargo otros la apoyan (Leff; Kuipers, Berkowitz, Eberlein-vries & Sturgen, 1982). Para Barrowclough y cols. (1987) la falla en estos resultados se debe a que lo importante no es la información por sí misma, sino el significado que ésta pueda tener, traducida en conductas que ayuden a la recuperación del paciente, es decir, el valor funcional que la información potencialmente tiene. A partir de esto, desarrollan un instrumento de evaluación de conocimientos acerca de la esquizofrenia en los familiares (KASI, Knowledge About Schizophrenia Interview), con la finalidad de categorizar las respuestas dependiendo del potencial que tienen de traducirse en acciones en pro de la rehabilitación del paciente.

Otros estudios relacionados con los conocimientos de las familiares, son aquellos en donde se probaron intervenciones educativas o de información para familiares como efectivas en la disminución de recaídas del paciente esquizofrénico. Tarrier, Barrowclough, Porceddu y Fitzpatrick (1994) trabajaron sesiones educativas con los familiares de los pacientes esquizofrénicos y posteriormente hicieron un seguimiento de 5 y 8 años. Observaron la disminución de recaídas en el grupo experimental (educación) al finalizar la intervención y posteriormente al seguimiento (5 y 8 años). Randolph, Eth, Glynn, Paz, Leong, Shaner, Strachan, Van Vort, Escobar & Liberman (1994) probaron la efectividad de intervenciones familiares conductuales de tipo educativo llevadas a cabo en el hogar, en contra del cuidado únicamente al paciente esquizofrénico en una clínica de salud mental; en el caso de los primeros se observó que sólo el 14% de éstos recayeron, contra el 50% de quienes recibieron el tratamiento tradicional.

Smith & Birchwood (1987) probaron la efectividad de una intervención de información y educación para familiares de pacientes esquizofrénicos, en cuanto a la reducción de síntomas de estrés de los familiares, miedo hacia el paciente, así como mejorar las creencias del familiar en

cuanto a su rol en el tratamiento, hacia un sentido más optimista. Estos efectos se mantuvieron después de los 6 meses, y las percepciones del familiar sobre el costo o carga se encontraron significativamente reducidas. Así, Falloon & Pederson (1985) prueban cambios en el funcionamiento de los miembros de la familia a través de una intervención conductual comunitaria de información y educación respecto a la esquizofrenia, contra una intervención orientada al paciente y apoyo familiar. Las familias que recibieron el primer tratamiento, tuvieron menos problemas en sus actividades, redujeron sus problemas de salud física y mental, y percibieron menos costo o carga familiar. Resultados similares reportan los estudios de Tarrier, Barrowclough, Vaughn, Bamran, Porceddu, Watts, & Freeman (1988, 1989) Tarrier & Barrowclough, (1992), Falloon & Pederson (1982), Falloon, Boyd & McGill (1984), Hogarty, Anderson & Reiss (1991), Leff y Vaughn (1981), Leff, Kuipers, Berkowitz, Eberlein-vries & Sturgen (1982,1985), Leff, Berkowitz, Shavit, Strachan, Glass & Vaughn (1989, 1990) y Kottgen, Sonnichsen, Mollenhauser & Jurth (1984).

Estos estudios han demostrado la importancia de los conocimientos, no únicamente como adquisición de información, sino como la capacidad de ésta de ser potencialmente efectiva para desempeñar habilidades y competencias de cuidado, en los familiares de los pacientes y sus efectos sobre las recaídas de éstos. También se ha mostrado que las relaciones familiares pueden estar influidas por el tipo de información que se tiene con respecto del trastorno (Brown, Birley & Wing, 1972).

En la presente investigación se evaluarán los conocimientos acerca de la esquizofrenia en los familiares de los pacientes, y se evaluará si estos conocimientos realmente se traducen en acciones efectivas como competencias para el manejo del paciente dentro del hogar. A partir de la información revisada, se espera que los conocimientos tengan una fuerte influencia sobre el tipo de competencias que el familiar desarrolla en cuanto al manejo del paciente.

5. 4. Estudios sobre Competencias para el Manejo del Paciente Esquizofrénico.

Existe poca información acerca de investigaciones respecto a las competencias de los familiares en el cuidado de sus pacientes esquizofrénicos. Sin embargo, diversos autores a través de la experiencia clínica han detectado los problemas más comunes que enfrentan las familias de estos pacientes, sus respuestas más frecuentes a éstos, y la manera más adecuada de afrontarlos. Así, el familiar tiene que desarrollar una variedad de competencias no sólo para enfrentarse

diariamente a la situación de convivir con el paciente esquizofrénico, sino para poder actuar de manera que se beneficie al paciente dentro del proceso rehabilitatorio (Long 1989).

Long (1989), Freese (1993), así como Hyde y Goldman (1993), resaltan las principales competencias y habilidades que el familiar tiene que desarrollar para el cuidado del paciente esquizofrénico. En primer lugar, el familiar tiene que aceptar la enfermedad, buscar atención profesional y entrenarse e informarse en aspectos básicos de la esquizofrenia. Respecto a los problemas del pensamiento (delirios y alucinaciones), se recomienda enfrentar a los pacientes a pocos estímulos a la vez, así como ayudarlos a afrontar las ideas que le producen temor o coraje, sin argumentar sobre ellas y evitar los tópicos de religión, sexo y política. En cuanto a los problemas de comunicación y socialización, el familiar debe entrenarse en una forma adecuada de comunicarse con su paciente, realizando los requerimientos y críticas amablemente, de manera clara, consistente y específica. Al respecto de las recaídas y conductas violentas del paciente, se requiere el entrenamiento del familiar en la detección de síntomas de recaídas, tales como agitación, delirios, insomnio, pérdida de apetito, síntomas físicos e ideas paranoicas, así como en la búsqueda de ayudas adecuadas en los posibles intentos de violencia del paciente, con el fin de evitar ejercer la amenaza e intimidación hacia el paciente.

Con respecto a las actividades diarias, estos autores resaltan la necesidad de establecer una rutina y disciplina, a través de reglas de conducta, fomentar actividades de autocuidado, así como la toma de medicamentos y reforzar aquellas conductas adecuadas, además decrementar aquellas inadecuadas por medio de técnicas motivacionales. Asimismo recomiendan ayudar a que el paciente se dedique a alguna actividad remunerada que no le cause demasiado estrés y lo haga sentir útil. Ellos indican que los familiares deben de comprender que la apatía y flojera son síntomas de la enfermedad, así como entender la necesidad que ellos tienen de estar solos en ocasiones y darles el espacio para hacerlo. Además, tener expectativas realistas y establecer metas que se vayan incrementando gradualmente para darle libertad y responsabilidad al paciente (Long, 1989; Freese, 1993; Hyde y Goldman, 1993).

A continuación, se describen los aspectos que frecuentemente interfieren con la rehabilitación del paciente y deben ser evitados: Sobreproteger al paciente, permitir que éste consuma drogas y alcohol u otros medicamentos que pueden exacerbar su condición, centrar la dinámica familiar en las necesidades del paciente y evitar que el paciente realice actividades cotidianas y laborales (Hyde y Goldman, 1993).

Con base en la revisión de estos estudios es necesario reconocer el papel de las competencias de cuidado que el familiar desarrolle, que pueden dirigirse a la rehabilitación del paciente o al deterioro del mismo. Es por ello que en esta investigación se analizarán las competencias del familiar, en el sentido de cómo éstas pueden verse influidas por los conocimientos como información de la enfermedad, y al mismo tiempo como éstas pueden afectar el número de rehospitalizaciones del paciente, indicador importante de la evolución de su enfermedad.

5. 5. Reincidencia Hospitalaria

Una variable dependiente que se ha valorado ampliamente como indicador de la evolución de la esquizofrenia ha sido la recaída, dejando de lado el indicador de rehospitalizaciones. Sin embargo algunos estudios reportan la importancia del fenómeno de "reincidencia hospitalaria" como un problema para el paciente esquizofrénico, así como para las instituciones que prestan estos servicios.

Algunos autores han investigado los principales predictores de múltiples readmisiones, la mayoría de éstos destacan a la falta de adherencia al medicamento y a la terapia (Haywood, Kravitz, Grossman, Cavanaugh, Davis & Lewis, 1995; Carpenter, Mulligan, Bader & Meinzer, 1985, Lyons, O' Mahoney, Miller, Neme, Kabat y Miller, 1997; Goodpastor y Hane, 1991), así como el abuso de sustancias (Haywood y cols., 1995; Carpenter y cols., 1985; Harris, Bergman y Bachrach, 1986) y previas hospitalizaciones (Carpenter y cols., 1985; Colenda y Hammer, 1989; Appley, Desai, Luchins, Gibbons y Hecker, 1993; Polk-Walker, Chan, Meltzer, Goldap y Williams, 1993).

Otros estudios han analizado las variables sociodemográficas predictoras de readmisiones. El sexo parece estar asociado con mayores rehospitalizaciones, la mayoría de los estudios concuerdan en que los hombres tienen mayor riesgo de reingresos (Haywood y cols. 1995, Carpenter y cols., 1985, Appley y cols. 1993), asimismo se ha encontrado que a menor edad de primer ingreso, mayor reincidencia (Carpenter y cols. 1985, Goodpastor y Hane, 1991).

Los estudios en general confirman que la severidad y la cronicidad de la enfermedad se encuentran asociadas a la rehospitalización, así como el hecho de que en la esquizofrenia se reportan los mayores índices de readmisión (Colenda y Hammer, 1989; Lambert, Sherwood, Fitzpatrick, 1983; Geller, 1986; Harris y cols. 1986). Asimismo, se han explorado las principales causas por las cuales los pacientes son referidos nuevamente al servicio hospitalario. Carpenter &

cols. (1985), y Geller (1986) destacan a los incidentes violentos, disruptivos, de autodaño o suicidas y la incapacidad de cuidado por sí mismos; Harris y cols. (1985), observaron la falta de apoyo social, síntomas psicóticos, enfermedad médica, abuso de alcohol y drogas, y la combinación de ausencia de apoyo social y enfermedad médica.

Algunos estudios describen la influencia de la familia en el problema también conocido como "puerta giratoria". Así, Polk-Walker y cols. (1993) señalan que las variables sociodemográficas de los pacientes con problemas de reincidencia reflejan una falta de apoyo familiar, además del nivel funcional de la enfermedad. Se ha encontrado también que el ambiente familiar positivo predice pocos días de hospitalización (Lambert y cols. 1983, Geller, 1986, Spiegel & Wissler, 1986). Cañivé, Sanz-Fuentenebro, Vázquez, Qualls, Fuentenebro y Tuason (1995), encontraron que las percepciones de los pacientes del control familiar y la orientación intelectual-cultural predecían la rehospitalización; mientras que las percepciones de los pacientes y de las madres respecto al control y conflicto familiar, así como el énfasis religioso familiar percibido por los padres, predecían las recaídas psicóticas de los pacientes; y la cohesión familiar percibida por los padres predecía los síntomas negativos del paciente. Estos autores señalan que las variables familiares en conjunto con las admisiones anteriores, la edad de inicio de la enfermedad y el uso de medicamentos predicen la evolución del paciente.

Los estudios anteriores muestran la influencia de diversos factores de índole individual, médica, institucional y familiar sobre los reingresos hospitalarios de los pacientes psiquiátricos, y al mismo tiempo, se reconoce a la reincidencia como indicador importante de la evolución del paciente. Es por ello, que se subraya la necesidad de extender la información que existe en cuanto al impacto de la familia sobre esta variable. Así, podríamos encontrar las competencias a trabajar en los familiares, de manera que sea posible prevenir en el paciente estas rehospitalizaciones, fomentando su adaptación y manejo adecuados dentro del hogar.

VI. PERSPECTIVA TEÓRICA.

Una perspectiva teórica pertinente para entender el impacto de variables familiares sobre la evolución del paciente esquizofrénico, es el modelo ecológico de desarrollo planteado por Bronfenbrenner (1979).

Este modelo concibe al desarrollo como un cambio perdurable en el modo en el que la persona percibe el ambiente y se relaciona con él. Se enfatiza la interacción del organismo con el

ambiente, como determinante para el desarrollo. Refiriéndose al ambiente ecológico como un conjunto de estructuras seriadas, cada una de las cuales cabe dentro de la siguiente.

Se hace referencia a tres niveles principales de interacción con el ambiente. El primer nivel, el más interno, se caracteriza como el entorno inmediato de la persona, al cual se le denomina microsistema. El segundo nivel, se refiere a las relaciones que existen entre los entornos, mesosistema. En el tercer nivel se describen entornos en los que la persona no actúa directamente, pero en donde los hechos que suceden en este o estos entornos influyen en el desarrollo de la persona, exosistema. A su vez, las interacciones en estos tres niveles del ambiente están determinadas por la cultura o subcultura particular, el sistema que incluye estas correspondencias se refiere como macrosistema.

Uno de los aspectos más relevantes de este modelo es la importancia que le otorga al ambiente, no en términos de su contenido objetivo, sino en función de la manera en la que éste es percibido. Asimismo, éste se analiza como un conjunto de sistemas. En el nivel más interno del esquema ecológico, se estudian desde unidades básicas como la díada (sistema de interacción de dos personas), hasta estructuras interpersonales más extensas.

Esta concepción del desarrollo destaca más que los procesos tradicionales psicológicos, su contenido, es decir aquello que se percibe, se desea, se teme, se piensa o se adquiere como conocimiento, y el modo en que la naturaleza de este material psicológico cambia según la exposición de la persona al ambiente y su interacción con él. Se comprende en términos generales al desarrollo como una concepción cambiante que tiene una persona del ambiente ecológico, y su relación con él, así como su capacidad creciente para descubrir, mantener o modificar sus propiedades. Así, el desarrollo humano es producto de la interacción del organismo con su ambiente y la conducta surge en función de este intercambio.

El desarrollo supone un cambio en las características de la persona que no es efímero, ni depende de la situación, implica una reorganización que tiene cierta continuidad tanto en el tiempo como en el espacio. El cambio en el desarrollo tiene lugar en los campos de la percepción y de la acción. Cada uno de estos campos tiene una estructura que es isomórfica con los cuatro niveles del ambiente ecológico.

La investigación realizada para este trabajo se enfoca en el microsistema, como el entorno inmediato del sujeto. Este sistema es descrito como un patrón de actividades, roles y relaciones

que la persona en desarrollo experimenta en un entorno determinado, con características físicas y materiales particulares, que tienen importancia a partir de cómo sean percibidas.

Se resaltan tres aspectos básicos del microsistema. El primero, se refiere al conjunto de actividades progresivas, tareas u operaciones en las que participa la persona o ve participar a los demás. El segundo, se refiere a las interconexiones que se perciben entre las personas que participan en el ambiente, las relaciones entre las distintas partes entre sí, como miembros de un grupo que realizan actividades comunes, complementarias o relativamente independientes. Por último dentro del microsistema se contempla la importancia del rol de la persona, como un conjunto de conductas y expectativas que se asocian con una posición en la sociedad.

Aunque este modelo ha sido elaborado principalmente para comprender el desarrollo infantil. El concepto de desarrollo, puede ser entendido en términos de la evolución psicológica que puede tener un individuo a lo largo de su vida, que es concebido como un continuo, no una etapa con inicio y final determinados. En este sentido tanto Freedman (1980) como Williams (1987) resaltan el papel de las interacciones familiares en el desarrollo y adaptación del individuo. Freedman (1980) señala que la interacción dinámica desarrollada en la familia, junto con una serie de elementos estructurales que la condicionan son los portadores de un clima que contribuye al desarrollo personal de sus miembros. Asimismo, Williams (1987) concibe al clima social familiar como el ambiente de interacción que coadyuva al desarrollo y adaptación personal de sus miembros o, por el contrario, los perjudica.

Este trabajo resalta la influencia del entorno familiar en la evolución de un trastorno como lo es la esquizofrenia. Las relaciones que tiene el enfermo en el entorno inmediato (microsistema), es decir, dentro del sistema familiar, son determinantes en su desarrollo personal y en este sentido en la evolución de su padecimiento. A través de estas interacciones es posible que el paciente se involucre de manera efectiva e independiente en actividades cotidianas, que siga instrucciones médicas y lleve a cabo actividades de cuidado que faciliten su rehabilitación.

El desarrollo implica una reorganización que tiene cierta continuidad tanto en el tiempo como en el espacio, en los campos de la percepción y la acción. Esto describe a la readaptación o reacomodo necesario tanto en el caso del paciente como de la familia, cuando se presenta la enfermedad. Con mayor razón cuando estamos refiriéndonos a un padecimiento que por sí mismo influye directamente en la percepción y acción de quien lo padece. De esta manera, se pretende resaltar las variables de este entorno inmediato que facilitarán esta reorganización, y por tanto

que puedan prevenir la necesidad continua de manejo hospitalario del enfermo (un adecuado funcionamiento familiar, creencias positivas en cuanto al enfermo mental, conocimientos con respecto al trastorno y competencias de manejo del paciente).

Considerando los tres aspectos principales del microsistema (actividades, interconexiones y roles), se valora el funcionamiento familiar percibido por el familiar, el cual describe las actividades en las que participan el enfermo y sus familiares y las interconexiones entre los miembros de la familia (afecto y apoyo). El funcionamiento de la dinámica familiar determina el grado de adaptación del paciente al hogar, así como del familiar a la situación.

Asimismo, al analizar las creencias que tiene el familiar con respecto al enfermo mental, se observan las expectativas en términos de las conductas que se esperan por parte del paciente. De esta manera indirecta se muestra el rol que le asignan al paciente dentro del hogar (como miembro de la familia, hijo o hermano con capacidad de acción, o el rol de incapacitado o impedido para hacer o llevar a cabo actividades). A pesar de que las creencias del familiar en cuanto al enfermo mental reflejan la influencia del macrosistema, debido a que son determinadas de manera significativa por la cultura o subcultura particular en la que se desenvuelven, influyen en las interacciones del entorno familiar inmediato (microsistema). Se consideran variables disposicionales para la adquisición de conocimientos relacionados con el padecimiento, mismos que a su vez determinan directamente las acciones que se llevan a cabo para manejar al paciente dentro del hogar.

De esta manera se analiza el entorno familiar como el microsistema, en donde las interacciones que se dan en éste influyen directamente en el desarrollo de quien padece esquizofrenia. En términos de adaptarse y funcionar adecuadamente dentro del hogar, o de requerir constantemente el manejo hospitalario. Así el funcionamiento familiar, las creencias que tiene el familiar con respecto al enfermo, los conocimientos respecto al padecimiento y las acciones de manejo del paciente son observadas en el nivel más directo de interacción, y éstas variables determinan el desarrollo del paciente como individuo independiente y miembro de ese sistema familiar. Asimismo, influyen en la capacidad de éste para ajustarse a este ambiente y convivir adecuadamente aún con las limitaciones inherentes a su padecimiento.

En este sentido, se fundamenta la necesidad de realizar trabajo terapéutico con impacto no sólo a un nivel individual, sino también en cuanto al entorno familiar para lograr el ajuste necesario que permita el máximo nivel de rehabilitación del enfermo.

6.1. Definición de variables.

6.1.1. Funcionamiento Familiar

Consiste en la capacidad del sistema familiar para enfrentar y superar cada una de las etapas del ciclo vital y las crisis por las que atraviesa (Espejel y cols. 1997). **Familia.-** sistema que opera a través de pautas transaccionales que se repiten, dando lugar a patrones que permiten ver el funcionamiento interno en función del medio en que se desenvuelve. **Dinámica Familiar.-** es el conjunto de pautas transaccionales que establece de qué manera, cuándo y con quién se relaciona cada miembro de la familia en un momento dado y de acuerdo al ciclo vital por el que está atravesando dicha familia (Espejel y cols., 1997).

6.1.1.1. Comunicación

Se refiere al intercambio de información y el conjunto de mensajes verbales y no verbales a través de los que se relaciona cada miembro de la familia con los demás. Evalúa la forma de relación verbal o no verbal que se da dentro de una familia. (Espejel y cols. 1997). Se puede dividir en interrelación que se refiere a la comunicación entre los miembros para relacionarse con los demás, y toma de decisiones, que consiste en la participación de los miembros en las decisiones de la familia.

6.1.1.2. Apoyo

Se refiere a las acciones o manifestaciones de solidaridad y cooperación entre los miembros de la familia (Espejel y cols. 1997).

6.1.1.3. Modos de control de conducta

Describe los estándares para la conducta, en base a patrones que adopta la familia para manejar la conducta y mantener modelos de lo adecuado e inadecuado. Evalúa cómo se manejan los límites y modos de control de conducta, considerando como más funcionales a familias con límites bien establecidos y respetados (Espejel y cols. 1997). Se puede dividir en control que se refiere a las maneras utilizadas para establecer los límites familiares, y supervisión que se refieren a las formas en que se monitorean y transmiten los comportamientos adecuados (escolares, autocuidado, y transmisión de valores).

6.1.1.4. Psicopatología familiar

Consiste en la no resolución de conflictos debido a la rigidez de patrones de interacción (Espejel y cols, 1997).

6.1.1.4.1. Violencia.

Consiste en el daño físico, mental, o trato negligente que se proporciona de un miembro de la familia hacia otro. Violencia verbal se determina por acciones tales como críticas, gritos o insultos. Violencia física dar cachetadas o nalgadas, tirar o aventar con algo, empujarse y jalarse. Violencia severa determinada por acciones tales como pegar con un cinto o cuerda y pegar durante algunos minutos (Straus, 1979).

6.1.1.4.2. Consumo.

Se refiere a los patrones de uso y abuso de alcohol y drogas entre los miembros de la familia.

- A) Drogas.- se refiere a la prevalencia (nunca, consumo en el último año, en el último mes, en la última semana) de consumo de sustancias psicoactivas (alucinógenos, anfetaminas, marihuana, cocaína, inhalantes, opiáceos, sedantes o hipnóticos).
- B) Alcohol.- patrones de uso y abuso de alcohol durante fines de semana y entre semana, considerando cantidad y frecuencia de consumo. (Reich & Herjanic, 1989).

6.1.2. Creencias

Factores disposicionales como propensiones o tendencias para emitir comportamiento, que como promotoras de lo convencional, permiten al individuo abstraerse de ciertas dimensiones estimulativas (Obregón, 1997). Como tales, las creencias respecto al enfermo mental son disposiciones para recibir y aceptar cierto tipo de conocimientos y no otros (referentes a la esquizofrenia). Se evalúan a través del número de creencias positivas hacia el enfermo mental, y número de creencias negativas.

6.1.3. Conocimientos

Información respecto a la enfermedad y su manejo que tiene cierto valor funcional en términos de la potencialidad para traducirse en comportamientos que se encaminen a la rehabilitación del paciente (Barrowclough, Tarrier, Watts, Vaughn, Bamrah & Freeman, 1987). Se evalúan como la información que tiene el familiar sobre la enfermedad, etiología, tratamiento, y manejo en el caso de la esquizofrenia, y el efecto potencial que ésta tiene de traducirse en acciones encaminadas a la rehabilitación del paciente.

6.1.4. Competencias

Capacidades que resultan en comportamientos efectivos, en correspondencia con requerimientos ambientales (Corral, 1997). Consisten básicamente en características tales como

destrezas que llevan a logros, produciendo resultados adaptativos en ambientes significativos (Sunberg, Snowden y Reynolds, 1978). En el caso de las competencias de manejo del paciente se refiere a capacidades para enfrentar y solucionar las necesidades del manejo del paciente, de manera que se favorezca su rehabilitación.

6.1.5. Rehospitalizaciones

Reingresos hospitalarios posteriores al primer ingreso del paciente al servicio de hospitalización y su alta. En este caso se tomarán como el número de ingresos hospitalarios, posteriores al primer ingreso y alta del paciente dentro del hospital.

VII. Método

7.1. Diseño de investigación

Diseño no experimental, transversal de tipo correlacional, con análisis retrospectivo. Se describe como no experimental en el sentido en que no intenta la manipulación de variables independientes controlándolas, con el fin de observar sus efectos. Es transversal, ya que se realizará a través de una sola medición, en donde se pretende correlacionar las variables familiares con los índices rehospitararios de los pacientes, de manera retrospectiva, al analizar en expedientes clínicos tanto la variable dependiente (reingresos hospitalarios) como otros datos de evolución de la enfermedad (tiempo de diagnóstico, etc.). Se pretenden correlacionar las variables de funcionamiento familiar con los reingresos hospitalarios del paciente, asimismo las creencias de los familiares acerca de la enfermedad mental con los conocimientos respecto a la esquizofrenia, y estos conocimientos con las competencias de cuidado del paciente, y éstas con el número de rehospitarizaciones del paciente.

7.2. Formulación de Hipótesis

-Se espera encontrar una relación negativa entre funcionamiento familiar y reingresos hospitalarios, es decir, mientras mejor funcionamiento familiar sea observado, menores índices de rehospitarizaciones se encontrarán, existiendo menor necesidad de cuidado hospitalario para el paciente.

-En cuanto a las creencias, se espera encontrar que a mayor número de creencias positivas del familiar con respecto a la enfermedad mental, mayores serán los conocimientos acerca de la enfermedad y su manejo, y al mismo tiempo se observarán mayores competencias de cuidado del paciente. Por otro lado, se espera que a mayor número de creencias negativas del familiar con

respecto de la enfermedad mental, el número de conocimientos que tenga el familiar con respecto a la esquizofrenia, será menor, así como las competencias de cuidado del paciente.

-En este mismo sentido, mientras mayor información tenga el familiar con respecto a la esquizofrenia, se observarán mayores competencias de cuidado. Y mientras el familiar posea más competencias efectivas de cuidado del paciente, las rehospitalizaciones de éste serán menores.

-El tiempo con la enfermedad o cronicidad tendrá una relación positiva con las rehospitalizaciones.

7.3. Sujetos

La muestra se eligió de forma no aleatoria e intencional, dentro del Hospital Psiquiátrico "Cruz del Norte" de la ciudad de Hermosillo, en donde por medio de expedientes clínicos se seleccionaron aquellos pacientes con diagnóstico de esquizofrenia. El 80% de estos pacientes pertenecían al género masculino, y la media de edad de éstos fue de 33 años. El tiempo promedio con la enfermedad fue de 12.21 años, con una media de 4.09 hospitalizaciones.

La muestra se integró con 100 familiares de pacientes (con diagnóstico de esquizofrenia) que se encontraban asistiendo al servicio de consulta externa del programa clínica de esquizofrenia, dentro del Hospital "Cruz del Norte". El promedio de edad del familiar es de 52 años. La escolaridad promedio de éste corresponde a primaria incompleta, y la ocupación al hogar.

Tras solicitar el consentimiento de los familiares para participar en el estudio, se procedió a la entrevista en la sala de espera de esa institución.

7.4. Instrumentos

Los instrumentos utilizados fueron: una versión abreviada de la escala para la evaluación del funcionamiento familiar (Espejel , 1997 Instituto de la Familia, A.C, basada en FAD Family Assesment Device, del modelo McMaster, Miller, Kabacoff, Keitner, Epstein & Bishop, 1986, Kabacoff, Miller, Bishop, Epstein & Keitner, 1990). Esta escala ha sido utilizada en algunas investigaciones, dentro de las cuales se ha evaluado a familias clínicas y no clínicas, así como en su versión original a familias de pacientes psiquiátricos en general. Se reporta una confiabilidad de .91 (alfa de Cronbach) para esta escala, la cual ha sido validada en población mexicana. Las variables de violencia y consumo de sustancias, las cuales han sido reportadas como relevantes para determinar las recaídas de los pacientes esquizofrénicos, fueron evaluadas dentro de la

misma escala de funcionamiento familiar utilizando los parámetros de la Escala de Tácticas de Conflicto (Conflict Tactics Scales, Straus, 1979 con una consistencia Alfa de Cronbach .74) para el caso de violencia y la escala de consumo de Reich & Herjanic, (1989) para los patrones de consumo de alcohol y drogas.

En la evaluación de creencias respecto al enfermo mental, se utilizó la versión abreviada de la "Encuesta acerca de la enfermedad mental" (García, 1996), que fue aplicada a los familiares. Esta encuesta que consta de una escala tipo likert, ha sido validada para una población comunitaria en Hermosillo. Para los fines de este estudio se tomará únicamente la sección que se refiere a creencias respecto al enfermo mental, para la cual se reporta como escala una consistencia de .66 (Alfa de Cronbach).

La versión abreviada del instrumento Entrevista de Conocimientos acerca de la esquizofrenia, (KASI Knowledge About Schizophrenia Interview; Barrouclough, Tarrier, Watts, Vaughn., Bamrah & Freeman, 1987) se utilizó para evaluar los conocimientos de los familiares respecto a esta enfermedad. Este instrumento está elaborado especialmente para aplicarse a familiares de pacientes esquizofrénicos, y tiene la ventaja de evaluar el valor funcional que tiene la información, en el sentido de poder traducirse en comportamientos que ayuden a la rehabilitación del paciente.

Asimismo, se elaboró un instrumento para medir las competencias de los familiares, en términos de interacciones de cuidado con el paciente. Este fue elaborado de manera que se plantean al familiar problemas específicos y el familiar elige entre varias opciones la manera en la cual ha dado o daría (en caso de no haberse presentado) solución a cada uno de ellos, así como las razones para ello. Las respuestas de este instrumento se califican de acuerdo a una escala que va desde lo más competente a lo más incompetente con base a la revisión de los estudios de competencias familiares para el manejo del paciente esquizofrénico (Freese, 1993; Hyde & Goldman, 1993; Long, 1989).

7.5. Procedimiento

7.5.1. Recolección de los datos

Tras realizar un piloteo de los instrumentos de evaluación con 30 familiares de pacientes psiquiátricos (diferentes diagnósticos depresión, ansiedad, esquizofrenia, trastorno obsesivo-compulsivo) dentro de los servicios de consulta externa de psiquiatría, en el Hospital General del

Estado (Hermosillo, Sonora), se modificó el instrumento para obtener una versión final con validez y confiabilidad. Posteriormente, los datos fueron recolectados por medio de entrevistas directas (versión final de los instrumentos) con los familiares de los pacientes en el área de sala de espera del Hospital "Cruz del Norte". La entrevista fue administrada por psicólogos clínicos y estudiantes de psicología, quienes recibieron previo entrenamiento para la aplicación. La duración aproximada de esta entrevista fue de una hora.

7. 5.2. Análisis de los datos

Se realizaron análisis univariados a los datos, con el fin de obtener estadísticas descriptivas de las variables como medias, desviaciones, kurtosis, y rango. Se obtuvieron frecuencias de todas las variables. Se llevó a cabo un análisis factorial exploratorio y pruebas de confiabilidad como consistencia interna (alfa de Cronbach), y estabilidad de los indicadores de cada escala como en el caso del factor de funcionamiento familiar (compuesto por comunicación, afectos, modos de control de conducta y conducta disruptiva), en donde los índices de comunicación, conformado de interrelación y toma de decisiones; así como afectos, de apoyo y afecto; y por último modos de control de conducta, de control y supervisión fueron analizados. Lo mismo para el caso de creencias positivas y negativas y los ítems que integran a cada uno de estos factores, así como conocimientos (diagnóstico, sintomatología, etiología, medicamentos y tratamiento, curso y pronóstico y manejo) y los ítems que conforman a cada una de éstos índices.

Con el fin de probar el modelo teórico propuesto se utilizó un modelo de ecuaciones estructurales, el cual consiste en la especificación y estimación de covarianzas entre múltiples variables, que pueden ser variables manifiestas o latentes. Las covariaciones se contrastan contra las relaciones observadas a partir de una matriz de covarianzas que se obtienen de los datos de las variables. Se pretende encontrar una adecuada bondad de ajuste entre las relaciones teóricas y las covarianzas manifiestas para poder sostener el modelo teórico propuesto (Bentler, 1993).

Un modelo de ecuaciones estructurales se forma por medio de la integración de un modelo de medición y un modelo estructural. El modelo de medición está integrado por la relación que existe entre un constructo y sus variables observadas, mientras que el modelo estructural describe relaciones entre constructos y otros constructos o relaciones entre variables observadas y otras variables observadas (Corral, 1998).

7.5.2 1. Descripción del Modelo Especificado.

El modelo de medición en el modelo de ecuaciones estructurales probado en este estudio se describe de la siguiente manera: Consumo y violencia son los indicadores de la variable latente de psicopatología familiar. El constructo de creencias positivas y sus variables observadas (los enfermos mentales son inteligentes, existen muchas maneras de ayudarlos, son normales y pueden ser útiles a la sociedad) conforman otro modelo de medición. Las creencias negativas como variable latente con sus variables observadas (los enfermos mentales son violentos, son peligrosos, terminan cometiendo delitos y casi siempre son retrasados mentales) integran un tercer modelo de medición. En el constructo de conocimientos se observa un cuarto modelo de medición, ya que éste está conformado a través sus variables observadas (diagnóstico, síntomas y afecta). El quinto modelo de medición, se encuentra en el factor de competencias de cuidado y sus indicadores (alimentación, autocuidado y actividad). Por lo tanto en el modelo estructural especificado se observan cinco modelos de medición (ver figura 1).

El modelo estructural se conforma por relaciones entre las variables latentes y una variable observada (rehospitalizaciones). Se describe a través de las relaciones entre la psicopatología familiar y las rehospitalizaciones, en donde se encontró una relación positiva en el sentido de que a mayor psicopatología familiar, mayor número de reingresos hospitalarios del paciente. Así como entre creencias negativas y competencias de cuidado, en donde a mayores creencias negativas del familiar con respecto del enfermo mental tiende a adquirir mayores competencias para el manejo del paciente dentro del hogar. Entre conocimientos, y competencias de cuidado se observa una relación positiva en donde se encontró que los familiares con mayores conocimientos mostraron mayores competencias de cuidado del paciente esquizofrénico. Finalmente, se encontró una relación negativa entre competencias de cuidado y rehospitalizaciones, en donde a mayores competencias de cuidado del familiar para el manejo del paciente, menos ingresos hospitalarios tiene éste último (ver figura 1).

VIII Resultados

Debido a que el número de variables sobrepasa el número de sujetos (162 variables y 100 sujetos) se conformaron índices, agrupando las variables en compuestos (sumas de variables relacionadas). La pertinencia de estos índices se determinó a partir del análisis factorial exploratorio y de la prueba de consistencia interna por medio del alfa de Cronbach. Así, en la

evaluación de funcionamiento familiar se construyeron los índices de comunicación (formado por interrelación y toma de decisiones; alfa .54), apoyo (formado por las variables de apoyo y afecto; alfa .40), control (formado por las variables de control y supervisión; alfa .76). También se estructuraron los índices de conducta problema (integrado por problemas de conducta y patología; alfa .28), violencia (formado por variables de maltrato o violencia familiar; alfa .77) y consumo (formado de las variables de consumo de alcohol y drogas, y sus frecuencias; alfa .85). Sin embargo, las pruebas de consistencia interna determinaron la eliminación del índice de conducta problema por no alcanzar un valor adecuado (alfa .28).

Cuadro 1. Consistencia Interna de la Escala Funcionamiento Familiar

Índice	Alfa de Cronbach
Comunicación	.54
Apoyo	.40
Control	.76
Violencia	.77
Consumo	.85

En el caso de creencias se consideraron las creencias positivas y negativas y se realizó también con ellas una prueba de consistencia interna (alfa de Cronbach). Se eliminaron algunas creencias tanto positivas como negativas, que influían en el valor final del alfa, el cual fue para creencias positivas de .62 y para creencias negativas de .64).

Cuadro 2. Consistencia Interna de Creencias

Índice	Alfa de Cronbach
Creencias Positivas	.62
Creencias Negativas	.64

Para los conocimientos, se elaboraron los índices de diagnóstico (variables que refieren al conocimiento del diagnóstico; alfa .67), síntomas (variables relacionadas con la identificación de síntomas principales; alfa .51), etiología (variables que señalan la percepción de causas asociadas a la enfermedad; alfa .34), medicamentos (variables de conocimientos en relación con la toma de medicamentos; alfa .33) y tratamiento (variables relacionadas con el conocimiento de

tratamientos; alfa .52), curso y pronóstico (variables relacionadas con la percepción de la evolución de la enfermedad a futuro; alfa .02) afecta (variables relacionadas con el conocimiento de factores que pueden afectar al paciente esquizofrénico; alfa .39) y manejo (conocimiento de aspectos de manejo del paciente; alfa .05). Por su falta de consistencia interna se eliminaron los índices de medicamentos, manejo, etiología, y curso y pronóstico.

Cuadro 3. Consistencia Interna de Conocimientos

Índice	Alfa de Cronbach
Diagnóstico	.67
Síntomas	.51
Tratamiento	.52
Afecta	.39

Por último, en cuanto a las competencias de manejo del paciente, se formaron 4 índices, el primero relacionado con competencias respecto a la alimentación (alfa .56), el segundo relacionado con autocuidado (alfa .60), el tercero con actividades (alfa .46) y el último con conductas problema (alfa .01). Después de analizar la consistencia interna, se eliminó el último índice.

Cuadro 4. Consistencia Interna de Competencias

Índice	Alfa de Cronbach
Alimentación	.56
Autocuidado	.60
Actividades	.46

8.1. Datos Univariados

Al analizar los datos univariados y frecuencias, se observa lo siguiente:

El promedio de inicio de enfermedad del paciente fue de 21 años, del tiempo con la enfermedad de 12 años, y del número de hospitalizaciones fue de 4.

8.2. Frecuencias

Dentro del grupo etario de 26 a 35 se distribuye la mayor proporción de los pacientes (40%). El 66% de los pacientes iniciaron con el trastorno entre los 16 y los 25 años de edad. Y el 24% de éstos, tiene un periodo de 11 a 18 años con el trastorno (Ver cuadro 5).

Cuadro 5. Datos del Paciente

Edad	#	%
15 a 25	26	26%
26 a 35	40	40%
36 a 45	25	25%
46 a 65	5	5%
67 en adelante	4	4%
Edad Inicio del Trastorno	#	%
De los 10 a los 15 años	17	17%
De los 16 a los 25 años	66	66%
De los 26 a los 35 años	12	12%
De los 36 a los 45 años	4	4%
De los 46 a 65 años	1	1%
Tiempo con el Trastorno	#	%
0 años	3	3%
De 1 a 5 años	28	28%
De 6 a 10 años	22	22%
De 11 a 18 años	24	24%
De 19 años en adelante	23	23%

Con respecto de los familiares, resalta el papel de la madre como la principal cuidadora del enfermo (58%). Asimismo, el rol femenino sobresa le por encima del masculino, en este aspecto (77%). La ocupación más frecuente es la de ama de casa (59%), y posteriormente la de peón u obrero no especializado (26%). El (88%) de los familiares vivían con el paciente. El nivel de escolaridad más frecuente en estos familiares fue el de primaria incompleta (43%) (Ver cuadro 6).

Cuadro 6. Datos del Familiar

Género	#	%
Femenino	77	77%
Masculino	23	23%
Parentesco	#	%
Madre	58	58%
Ocupación	#	%
Desempleado	4	4%
Hogar	59	59%
Peón u Obrero no Especial	26	26%
Peón u Obrero Especializado	4	4%
Empleado Administrativo	7	7%
Vive con el Paciente	#	%
Si	88	88%
No	12	12%
Escolaridad	#	%
Ninguna	5	5%
Primaria Incompleta	43	43%
Primaria Completa	29	29%
Secundaria Incompleta	6	6%
Secundaria Completa	5	5%
Preparatoria Incompleta	1	1%
Preparatoria Completa	1	1%
Carrera Téc. Incompleta	2	2%
Carrera Téc. Completa	5	5%
Carrera Prof. Incompleta	0	0%
Carrera Prof. Completa	5	5%

Sobre las condiciones socioeconómicas, se observa que la media de ingreso familiar es de \$2 096.00 al mes, y la media de ingreso mensual por persona fue de \$ 526. 00. En la mayoría de los hogares la vivienda era propia (87%). Y el 30% de estos hogares se encuentran integrados por cuatro miembros (Cuadro 7).

Cuadro 7. Datos Socioeconómicos

La vivienda es	#	%
Propia	87	87%
Rentada	6	6%
Prestada	6	6%
Otro	1	1%
Número de Miembros	#	%
Un solo miembro	1	1%
Dos personas	12	12%
Tres personas	23	23%
Cuatro personas	30	30%
Cinco personas	11	11%
Seis personas	10	10%
Siete personas	6	6%
De 8 a 10 personas	6	6%
		MEDIA
		2096
Ingreso Familiar Mensual		
Ingreso per Cápita		526.45

Con respecto a los datos relacionados con el funcionamiento familiar, en general puede describirse que la dinámica de estos hogares se percibe como adecuada (se fomenta la comunicación y expresión de opiniones entre los miembros, existe disposición para escuchar en al menos un miembro de la familia, ambos padres intervienen en la toma de decisiones, existe comunicación de acuerdos dentro de la familia y al menos ambos padres participan en la búsqueda de solución de problemas, se reporta apoyo de los padres en los problemas de los hijos y apoyo entre padres y entre hijos, salidas alternadas entre los miembros y demostraciones de afecto entre ellos). Esto según Espejel, y cols, (1997) es lo que refiere como la capacidad del sistema familiar para enfrentar y superar cada una de las etapas del ciclo vital.

En el área de comunicación (interrelación y toma de decisiones) se tiende a platicar, expresar opiniones y tomar decisiones entre todos los miembros de la familia. Tienden a ser ambos padres los que participan en la solución de problemas Y en cuanto a la disposición para escuchar y la comunicación de acuerdos se elige a un solo miembro (Cuadro 8).

**Cuadro 8. Funcionamiento Familiar
Comunicación (Interrelación y Toma de decisiones)**

Comunicación entre miembros	#	%
Todos	72	72%
Expresión de opiniones	#	%
Todos	43	43%
Disposición para escuchar	#	%
Un miembro	68	68%
Participación en toma decisiones	#	%
Todos o padres	73	73%
Comunicación de acuerdos	#	%
A un solo miembro	53	53%
Solución de Problemas	#	%
Ambos padres	46	46%

En lo referente al apoyo familiar, se observa la intervención de ambos padres en los problemas de los hijos, apoyo emocional dentro del mismo subsistema familiar (padre a madre, o hijos a hijos), la protección por parte de todos los miembros o de los padres a los hijos. En afecto se observa en general que tienden a salir juntos y a demostrarse afecto entre todos. Los enojos más frecuentes entre los miembros de estas familias parecen presentarse entre los padres o entre los hijos (37%).(Ver cuadro 9).

**Cuadro 9. Apoyo Familiar (Apoyo y Afecto)
Funcionamiento Familiar**

Intervienen Prob Hijos	#	%
Ambos Padres	38	38%
Apoyo Emocional	#	%
Padres o Hijos entre sí	42	42%
Protección	#	%
Todos o padres a hijos	62	62%
Salidas entre miembros	#	%
Alternancia de salida juntos	52	52%
Demostraciones de Afecto	#	%
Todos entre padres e hijos	41	41
Enojos entre Miembros	#	%
Entre padres o entre hijos	32	32

En el área de castigo, se observa que en la mayoría de los casos es un solo padre el que castiga (47%), y el castigo más utilizado es el de tipo verbal (55%). En el 34% de estas familias no se utiliza ningún tipo de castigo (Cuadro 10).

**Cuadro 10. Modos de Control de Conducta
Funcionamiento Familiar**

Quién castiga	#	%
Un solo padre	47	47%
Cómo castiga	#	%
No se castiga	33	33%
Físico	2	55%
Verbal	55	2%
Instrumental (Quitar premios o privilegios)	10	10%
Frecuencia de Castigo	#	%
Nunca	34	34%
Casi Nunca	7	7%
Algunas Veces	9	9%
Casi Siempre	27	27%
Siempre	23	23%

A pesar de que se observan frecuencias altas de indicadores de funcionamiento familiar en estos hogares, también se observan al mismo tiempo ciertos indicadores de psicopatología familiar en algunos casos. En cuanto al maltrato o violencia familiar, como se puede observar en el cuadro 11, parecen caracterizarse patrones muy similares en las familias, en donde este fenómeno se da principalmente entre los hijos (entre hermanos) y con una frecuencia aproximada de 3 a 5 veces en el último año (Cuadro 11).

Cuadro 11. Violencia. Funcionamiento Familiar

Crítica	#	%
Entre hijos	20	20%
Frecuencia Crítica	#	%
De 3 a 5 veces	17	17%
Gritar o Insultar	#	%
Entre los hijos	20	20%
Frecuencia de Gritar o Insultar	#	%
De 3 a 5 veces	16	16%
Abuso Físico	#	%
Entre Hijos	14	14%
Frecuencia de Abuso Físico	#	%
De 3 a 5 veces	10	10%
Abuso Severo	#	%
Padres e hijos	5	5%
Frecuencia de Abuso Severo	#	%
De 3 a 5 veces	5	5%

Los problemas de conducta se reportan con mayor frecuencia provocados por el paciente (10%), así como los problemas con la autoridad (12%). Se reportan problemas emocionales (depresión y ansiedad) de manera más frecuente en el paciente (25%); posteriormente en los hijos (16%) y por último en la madre (13%). Se reporta aislamiento por parte del paciente en el 24% de estas familias, así como de los demás hijos en el 20% de las familias. (Cuadro 12).

Cuadro 12. Problemas de Conducta y Patología

Problemas de Conducta	#	%
Nadie	77	77%
Paciente	10	10%
Hijo	9	9%
Madre	2	2%
Padre	2	2%
Problemas con la Autoridad	#	%
Nadie	79	79%
Paciente	12	12%
Hijos	9	9%
Problema Emocional	#	%
Nadie	36	36%
Paciente	25	25%
Hijos	16	16%
Madre	13	13%
Padre	4	4%
Padres e hijos	6	6%
Aislamiento	#	%
Nadie	52	52%
Paciente	24	24%
Hijos	20	20%
Madre	1	1%
Padre	3	3%

El consumo de alcohol, tanto entre semana como en fines de semana es más frecuente por parte de los hijos (entre semana 13%, fines de semana 41%). La cantidad de alcohol que se consume es mayor a siete latas de cerveza en estas familias (38% en fines de semana y 13% entre semana). (Cuadro 13).

Cuadro 13. Consumo de Alcohol

Consumo de Alcohol	Entre Semana %	Fines de Semana %
Nadie	81%	40%
Paciente	1%	5%
Hijos	13%	41%
Padres	1%	10%
Padres e Hijos	4%	4%
Frecuencia de Consumo	Entre Semana %	Fines de Semana %
Nunca	82%	40%
Ocasiones Especiales	8%	4%
De vez en cuando	0%	30%
Casi todos los días o fines	6%	9%
Todos los días o fines	4%	17%
Cantidad de Consumo	Entre Semana %	Fines de Semana %
No bebe	82%	40%
Uno o dos botes o bebidas	0%	5%
Tres	5%	7%
De 4 a 6 botes o bebidas	0%	10%
De 7 en adelante	13%	38%

El consumo de drogas es también más frecuente entre los hijos (16%), aunque el 9% de los pacientes también lo hacen. Se reporta consumo en la última semana en el 13% de estas familias (Cuadro 14).

Cuadro 14. Consumo de Drogas.

Consumo de Droga	#	%
Nadie	74	74%
Paciente	9	9%
Hijos	16	16%
Padre	1	1%
Prevalencia de Consumo	#	%
Nunca Ultimo año	74	74%
Ultimo año	11	11%
Ultimo mes	2	2%
Ultima semana	13	13%

En cuanto a las creencias con respecto al enfermo mental, se observan frecuencias altas tanto para las creencias positivas como para las negativas en estas familias. En las creencias positivas se acumulan los porcentajes más altos en acuerdo, 75% de estos familiares, reporta estar de acuerdo (23% totalmente de acuerdo, 52% de acuerdo) en que el enfermo mental es inteligente, 74% (16% totalmente de acuerdo, 58% de acuerdo) en que cualquier persona puede llegar a ser un enfermo mental, 95% (36% totalmente de acuerdo, 59% de acuerdo) en que hay muchas maneras de ayudarlos, 65% (14% totalmente de acuerdo, 51% de acuerdo) en que pueden llevar una vida normal, 64% (14% totalmente de acuerdo, 50% de acuerdo) en que son útiles a la sociedad, 45% (8% totalmente de acuerdo, 37% de acuerdo) que deben estar en libertad. El 96% de estos familiares señala estar de acuerdo (49% totalmente de acuerdo, 47% de acuerdo) en que los enfermos mentales merecen el apoyo de la sociedad (ver cuadro 15).

Cuadro 15. Creencias Positivas con Respecto al Enfermo Mental

Son inteligentes	#	%
Totalmente de acuerdo	23	23%
De acuerdo	52	52%
Cualquiera puede llegar a serlo	#	%
Totalmente de acuerdo	16	16%
De acuerdo	58	58%
Hay muchas maneras de ayudar	#	%
Totalmente de acuerdo	36	36%
De acuerdo	59	59%
Pueden llevar vida normal	#	%
Totalmente de acuerdo	14	14%
De acuerdo	51	51%
Pueden ser útiles a la sociedad	#	%
Totalmente de acuerdo	14	14%
De acuerdo	50	50%
Merecen el apoyo de la Sociedad	#	%
Totalmente de acuerdo	49%	49%
De acuerdo	47%	47%
Deben estar en libertad	#	%
Totalmente de acuerdo	8	8%
De acuerdo	37	37%

Sin embargo, en cuanto a creencias negativas, también los porcentajes se acumulan principalmente en acuerdo. El 82% de los familiares está de acuerdo (19% totalmente de acuerdo, 63% de acuerdo) en que los enfermos mentales son violentos, el 88% (28%, totalmente de acuerdo, 60% de acuerdo) con que son nerviosos, el 74% (15% totalmente de acuerdo, 59% de acuerdo) que son peligrosos, el 72% (17% totalmente de acuerdo, 55% de acuerdo) con que terminan cometiendo delitos, el 76% (17% totalmente de acuerdo, 59% de acuerdo) en que son raros, y el 56% (17% totalmente de acuerdo, 36% de acuerdo) en que los enfermos mentales no pueden valerse por sí mismos. Solamente se acumulan en desacuerdo las frecuencias en la creencia respecto a que los enfermos mentales casi siempre son retrasados mentales, en el 50% de estos familiares (42% en desacuerdo, 8% totalmente en desacuerdo) (Cuadro 16).

Cuadro 16. Creencias Negativas con Respecto al Enfermo Mental

Son violentos	#	%
Totalmente de acuerdo	19	19%
De acuerdo	63	63%
Son muy nerviosos	#	%
Totalmente de acuerdo	28	28%
De acuerdo	60	60%
Son peligrosos	#	%
Totalmente de acuerdo	15	15%
De acuerdo	59	59%
No pueden valerse por sí mismos	#	%
Totalmente de acuerdo	17	17%
De acuerdo	39	39%
Terminan cometiendo delitos	#	%
Totalmente de acuerdo	17	17%
De acuerdo	55	55%
Casi siempre son retrasados	#	%
Totalmente de acuerdo	6	6%
De acuerdo	36	36%
No sabe	8	8%
En desacuerdo	42	42%
Totalmente en desacuerdo	8	8%

En la evaluación de conocimientos con respecto de la esquizofrenia, se observa que en cuanto al diagnóstico, el 68% de los familiares conocen correctamente el nombre del diagnóstico. Sin embargo, el 46% de los familiares identifica a la esquizofrenia como tener una condición nerviosa sencilla, que está siendo exagerada lo cual es incorrecto. El 67%, la identifica correctamente como una enfermedad mental severa. El 64% de los familiares reconocen adecuadamente que no se trata de un problema de salud pasajero. Sin embargo, el 46% piensa que se trata de problemas relacionados con dificultades para el aprendizaje, lo cual es incorrecto. (En la identificación de la esquizofrenia, el familiar podía elegir varias opciones de respuestas simultáneamente) (Cuadro 17).

Cuadro 17. Conocimientos Respecto a la Esquizofrenia

Diagnóstico

Diagnóstico	Conoce el dx	#	%
Si		68	68%
Identifica a la Esquizofrenia como		#	%
Una condición nerviosa exagerándose		46	46%
Enfermedad mental severa		67	67%
Problema de salud pasajero		27	27%
Problema relacionado con dificultades para el aprendizaje		46	46%

En la identificación de síntomas de la esquizofrenia, se observa de manera general que los familiares son capaces de reconocer los principales síntomas de la esquizofrenia, sin embargo no saben distinguirlos de los síntomas de otros trastornos psiquiátricos. Así, el 75% identifica a las alucinaciones como uno de los principales síntomas, el 60% reconoce a los problemas de comunicación, así como a los delirios (70%), y problemas del pensamiento (60%), los cuales se consideran los síntomas principales y característicos de la esquizofrenia. Sin embargo, el 78% de los familiares señala como principal síntoma a la dificultad para conciliar el sueño, el 49% señala a la pérdida de apetito, el 62% al hacer cosas repetitivas, y el 69% a la tristeza, los cuales son síntomas principales de otros diagnósticos psiquiátricos (Cuadro 18).

Cuadro 18. Conocimientos Respecto a la Esquizofrenia

Sintomatología

Conoce los síntomas comunes	#	%
Si	68	68%
Identifica síntomas más comunes	#	%
Dificultades para dormir	78	78%
Alucinaciones	75	75%
Problemas de Comunicación	60	60%
Pérdida de apetito	51	51%
Delirios	70	70%
Hacer cosas repetitivas	62	62%
Problemas en pensamiento	60	60%
Tristeza	69	69%

En lo referente a la etiología o causalidad atribuida, el 30% de los familiares señala a un factor que pudiera ser un probable desencadenador (ej: consumo de alcohol y drogas, problemas familiares) de la enfermedad, como causa principal de la esquizofrenia. En la sección en donde el familiar podía seleccionar varias opciones como las causas de la esquizofrenia, se observó que el 52% señala correctamente que la esquizofrenia es causada o provocada por una enfermedad biológica que afecta al cerebro, el 45% señala a los problemas familiares (probables desencadenadores) como la causa, el 46% a la crianza (poco probable), sólo el 16% a alguna infección durante el embarazo (correcto), el 36% a la pobreza (poco probable), el 42% al abuso de drogas (probable desencadenador), el 54% a la herencia (correcto), y 23% a la brujería (incorrecto) (Para cada una de estos factores las opciones de respuesta eran si, no y no sé, en el cuadro 19 se presentan las frecuencias correspondientes a la opción si). Dentro de estos, el factor de consumo de drogas se seleccionó como el principal causante de la esquizofrenia por el 25% de estas familias (Cuadro 19).

**Cuadro 19. Conocimientos Respecto a la Esquizofrenia
Etiología**

¿Cuál piensa que es la causa?	#	%
Probable desencadenador	30	30%
¿Cuáles de estos aspectos podrían haberlo originado?	#	%
Enf biológica que afecta cerebro	52	52%
Problemas familiares	45	45%
Crianza	46	46%
Infección durante embarazo	16	16%
Pobreza	36	36%
Abuso de drogas	42	42%
Herencia	54	54%
Brujería	23	23%
Causa Principal (de las anteriores)	#	%
Abuso de drogas	24	24%

En el conocimiento de la toma de medicamentos, el 87% de los familiares conocen el nombre del medicamento que toma el paciente, y el 92% sabe cuándo debe ser tomado.

Asimismo, el 60% piensa que el medicamento será tomado por más de dos años (lo cual es correcto, ya que en el caso de la esquizofrenia, se toma medicamento de por vida), y el 88% señala que debe de tomarse como el médico lo prescribe. Sin embargo, el 60% de los familiares no conocen el efecto secundario de los medicamentos que toma el paciente. El 83% no conoce ningún otro tratamiento además del medicamentoso, que pueda ayudar a su enfermo con la esquizofrenia. En la identificación de tratamientos adecuados para el manejo de la esquizofrenia, en general los familiares eligen aquellos tratamientos que son pertinentes para este fin; el 79% habilidades sociales, 79% terapia de juego, 82% habilidades de comunicación, 82% habilidades de autocuidado. El 85% señala también terapia familiar y el 52% terapia de pareja. Sin embargo, el 70% señala a la educación especial (educación escolarizada para personas con problemas de aprendizaje) como un tratamiento adecuado para la esquizofrenia, lo cual es incorrecto. (Cuadro 20).

**Cuadro 20 . Conocimientos Respecto a la Esquizofrenia
Medicamentos y Tratamiento**

¿Conoce el nombre del medicamento?	#	%
Si	87	87%
Sabe frecuencia de toma y dosis	#	%
Si	92	92%
Por cuánto tiempo deberá tomarlo	#	%
Mas de 2 años	60	60%
Cómo piensa que debe tomarse	#	%
Cuando el Dr. Lo indique	88	88%
Conoce el efecto del medicamento	#	%
Si	23	23%
Conoce otro tratamiento	#	%
No	83	83%
Identificar tratamientos adecuados	#	%
Entrenamiento en Habilidades Sociales	79	79%
Terapia de Juego	79	79%
Terapia Electroconvulsiva	12	12%
Entrenamiento Habs de Comunicación	82	82%
Terapia Familiar	85	85%
Terapia de Pareja	52	52%
Entrenamiento en Autocuidado	82%	82%
Educación Especial	70%	70%

En cuanto al pronóstico, el 71% de los familiares reconoce de manera adecuada que el paciente puede volver a tener problemas de nuevo. Al identificar los factores que pueden afectar al paciente, se observan en general buenos conocimientos. Señalan correctamente dentro de una variedad de opciones no excluyentes, que no tener actividad (79%), la exposición a situaciones estresantes (75%), no tomar el medicamento (92%), ser molestado por la familia dentro del hogar (87%) puede afectar la condición del paciente. Asimismo, el 72% considera que el trabajar o realizar actividades diarias no afecta al enfermo. Sin embargo, señalan incorrectamente que, comer en exceso afecta a la esquizofrenia (60%), y que el aislarse en ocasiones o estar en su cuarto haciendo algo (61%) afecta al paciente. (Cuadro 21).

**Cuadro 21. Conocimientos Respecto a la Esquizofrenia
Curso y Pronóstico
Afecta**

¿El paciente podría tener prob de nuevo?	#	%
Si	71	71%
Identificar aspectos que podrían afectar a su padecimiento	#	%
No tener actividad	79	79%
Comer en exceso	60	60%
Situaciones estresantes	75	75%
Realizar ejercicio físico	17	17%
No tomar el medicamento	92	92%
Trabajar o realizar actividades diarias	23	23%
Ser molestado por la familia dentro del hogar	87	87%
En ocasiones estar en su cuarto haciendo algo	61	61%

Respecto a conocimientos de manejo, es decir qué cosas puede hacer el familiar para ayudar al paciente, también se observan conocimientos adecuados. De manera correcta, el 96% de los familiares señala que fomentar la toma de medicamentos, el 96% que ayudar a que el paciente tenga un empleo e ingresos propios, el 84% que fomentar el autocuidado, y el 96% que fomentar que el enfermo haga las cosas por sí mismo, puede ayudarles a su rehabilitación. Sin embargo, el 79% de los familiares señalan que el cuidar de ellos lavándoles y cocinándoles, y el 82% que no dejarlos solos nunca, ayuda a su recuperación, lo cual es incorrecto y poco recomendable (Freese, 1993; Hyde & Goldman, 1993; Long, 1989) (Cuadro 22).

**Cuadro 22. Conocimientos Respecto a la Esquizofrenia
Manejo**

Identificar aspectos que podría ayudar al pac	#	%
Fomentar la toma de medicamentos	96	96%
Criticar sus comportamientos y errores	46	46%
Cuidar de él, lavándole , cocinándole, etc.	79	79%
Ayudándole a tener un empleo e ingresos propios	84	84%
No dejándolo solo nunca	82	82%
Fomentando que lleve a cabo actividades de autocuidado	89	89%
Fomentar gradualmente vuelva hacer las cosas por sí mismo	96	96%
No asignándole responsabilidades o tareas	42	42%

Con relación a las competencias, en el área de alimentación se observan competencias adecuadas de manejo del paciente: tienden a utilizar la estrategia más competente cuando el paciente no desea comer, el paciente come de una manera desagradable, y el paciente se ensucia la ropa con sus alimentos. En cuanto a la dificultad del paciente para alimentarse los familiares reportan que llevan a cabo una acción adecuada. (Cada pregunta tiene cuatro situaciones a elegir que van desde lo más competente hasta lo más incompetente, en el cuadro 23 se muestran las frecuencias más elevadas).

**Cuadro 23. Competencias del Familiar en el Manejo del Enfermo
Alimentación**

Dificultad para alimentarse	#	%
Proporcionan instrucciones sobre como alimentarse (Adecuado)	38	38%
No desea comer	#	%
Le explican la necesidad de alimentarse y utilizan alguna recompensa (competente)	63	63%
Come de manera desagradable en la mesa	#	%
Le hace saber lo desagradable que se ve y le castiga (Competente)	64	64%
Se ensucia la ropa con sus alimentos	#	%
Le piden que se limpie su ropa y coma con más cuidado (Competente)	63	63%

En el área de autocuidado, en general los familiares emplean acciones competentes o adecuadas: si el paciente no desea bañarse, si se le dificulta vestirse, si se pone ropa muy maltratada, y si luce despeinado, la mayoría de los familiares (frecuencia más alta) reportan que tienden a utilizar la estrategia más competente. Así, utilizan una estrategia adecuada cuando al paciente se le dificulta lavarse los dientes (Cuadro 24).

**Cuadro 24. Competencias del Familiar en el Manejo del Enfermo
Autocuidado**

No desea bañarse	#	%
Explican la importancia de hacerlo y dejan que él lo haga (Competente)	60	60%
Se le dificulta vestirse	#	%
Señalan cómo abotonarse y las opciones de ropa a escoger (competente)	30	30%
Se pone ropa sucia o muy maltratada	#	%
Le explican lo mal que se ve y le ayudan a elegir otra ropa (Competente)	63	63%
Se le dificulta lavarse los dientes	#	%
Le dicen como lavarse los dientes (Adecuada)	32	32%

Respecto a las actividades, la mayoría de los familiares tienden a desempeñarse competentemente : ante la negación del paciente a la toma de medicamentos, el no querer asistir a la consulta, y la necesidad del familiar de asistir a una cena o compromiso importante cuando el paciente no desea que éste se vaya. Asimismo, la mayoría de los familiares describe utilizar una estrategia no competente, pero adecuada para el manejo de las situaciones tales como que el paciente lleve varias horas sin ninguna actividad, y que quiera asistir a alguna reunión de amigos. Sin embargo, ante el problema de que los familiares y el paciente deseen ver programas de T.V. diferentes, poco más de la mitad de los familiares utilizan una estrategia incompetente de manejo, dando preferencia al paciente y el 29% de estas familias utiliza una estrategia inadecuada si el paciente desea ganar su propio dinero (Cuadro 25).

**Cuadro 25. Competencias del Familiar en el Manejo del Enfermo
Actividades**

Se niega a tomar sus medicamentos	#	%
Le recuerdan las consecuencias de no hacerlo (Competente)	49	49%
Se niega a asistir a su cita con el médico	#	%
Le plantean los beneficios de asistir (competente)	56	56%
Desea ganar su propio dinero	#	%
Le dan dinero para que no trabaje (Inadecuado)	29	29%
Desea asistir a una reunión de amigos	#	%
Lo dejan que asista (adecuado)	70	70%
Lleva varias horas sin hacer ninguna actividad	#	%
Le piden que haga algo (adecuado)	36	36
El familiar tiene una cena muy importante fuera de casa y el paciente no desea que se vaya	#	%
Le explica las razones por las que tiene que irse y se va (Competente)	48	48%
Los demás fam desean ver un programa de t.v. diferente al del paciente	#	%
Dejan que el paciente vea lo que quiera (Incompetente)	55	55%

Por último en lo referente al manejo de conductas problema, poco más de la mitad de los familiares utilizan una estrategia competente en el caso de que el paciente muestre síntomas de recaída. Se reporta que tienden a utilizar una estrategia adecuada (más no competente) para controlar la conducta del paciente, cuando el paciente molesta a otros. Sin embargo, en el caso de que el paciente se torne violento, se reporta el empleo de estrategias inadecuadas. (En el cuadro 26 se muestran las frecuencias más elevadas).

**Cuadro 26. Competencias del Familiar en el Manejo del Enfermo
Conductas Problema**

El paciente se agita, deja de dormir, comer e ideas daño	#	%
Lo llevan a consulta con el médico (Competente)	57	57%
El paciente molesta y dice groserías a otras personas	#	%
Lo regañan por su comportamiento (Adecuada)	69	69%
El paciente empieza a gritar a aventar cosas (Violento)	#	%
Lo regaña y le pide que se calme (Inadecuado)	46	46%

8.3. Diferencias entre grupos

Se analizaron las frecuencias de hospitalizaciones por género, edad, edad de inicio de la enfermedad y tiempo con el trastorno. A través de chi-cuadrada se buscaron diferencias entre grupos. En género, no se encontraron diferencias significativas con relación al número de hospitalizaciones (frecuencias de 1 a 5 hospitalizaciones 15 mujeres, 52 hombres; de 6 a 12 hospitalizaciones, 3 mujeres y 15 hombres; de 13 a 18 hospitalizaciones 0 mujeres y 5 hombres, $P=.65$).

En cuanto a la edad actual del paciente y el número de ingresos hospitalarios, parece existir una diferencia significativa ($P=.028$), en donde el grupo de edad de 26 a 35 años tiende a haber sido hospitalizado de 1 a 5 veces, mientras que 4 pacientes del grupo de edad de 36 a 45 reportan de 13 a 18 hospitalizaciones (4%).

Se encontraron diferencias significativas entre diferentes edades de inicio del trastorno y el número de hospitalizaciones del paciente ($P=.002$). Se observan mayores reingresos en el grupo de inicio de la enfermedad de 16 a 25 años. Se sabe que la a menor edad de inicio el pronóstico de evolución es peor (Kaplan, Sadock y Grebb, 1991)

El tiempo que tiene el paciente con el trastorno también parece estar relacionado con los reingresos, se observó que está relación es significativa ($P=0.002$). Al parecer, los enfermos crónicos (con más de 5 años con la enfermedad parecen tener más internamientos).

8.4. Modelo de Ecuaciones Estructurales

Se realiza un modelo de ecuaciones estructurales a través del método ML (máxima probabilidad) para poner a prueba los modelos de medición y el modelo estructural, referidos antes. Este método es más sensible a muestras menores de 250 sujetos (Bentler, 1993) como es el caso de esta investigación.

El modelo estructural señala una relación entre las variables latentes. En este caso se encontró una relación directa y positiva entre la psicopatología familiar y las rehospitalizaciones del paciente. En donde mientras más disfunción exista en el hogar, mayor será el número de veces que el paciente regresa al manejo hospitalario. La hipótesis original buscaba una relación directa y negativa entre funcionamiento familiar y reingresos (A mejor funcionamiento familiar, menos reingresos del paciente al hospital), sin embargo esta relación se muestra a través del impacto de la disfunción familiar sobre la variable blanco.

La variable dependiente de número de reingresos hospitalarios también estuvo directamente influida por la variable de tiempo que se relaciona con la cronicidad del padecimiento. Se muestra una relación directa y positiva en donde a mayor tiempo con la enfermedad mayores índices de rehospitalización.

La variable latente de creencias positivas sobre el enfermo mental, no mostró ninguna relación causal directa, ni indirecta con otras variables latentes del modelo. La relación con los conocimientos no fue significativa. Esto es contrario a lo que se planteaba inicialmente. Se esperaba que esta variable latente se iba relacionar directa y positivamente con los conocimientos del familiar con respecto a la esquizofrenia. Los familiares que tuvieran creencias positivas con respecto al enfermo mental, se esperaba que tuvieran más conocimientos con respecto de la esquizofrenia. Esta relación no se mostró.

Sin embargo, se observó que las competencias del familiar para el manejo del paciente, se encuentran influidas por las creencias negativas sobre el enfermo mental. Esta relación es directa, positiva y significativa, lo cual señala que los familiares que tienen creencias negativas con respecto al enfermo mental, tiendan a adquirir más habilidades y competencias para un manejo adecuado del paciente. Así, las creencias negativas tienen una relación indirecta con las rehospitalizaciones del paciente, que es mediada por las competencias.

Las competencias de manejo del paciente, también parecen estar influidas por los conocimientos del familiar con respecto a la esquizofrenia. Se observa una relación directa, positiva y significativa, en donde los conocimientos del familiar en cuanto a la esquizofrenia parecen predecir el desarrollo de competencias para el manejo del paciente. Se manifiesta una relación indirecta de los conocimientos con los reingresos del paciente, mediada también por las competencias.

La variable de rehospitalizaciones está directamente influida por las competencias de manejo del paciente que desarrolla el familiar. Se observa una relación negativa, en donde a mayores competencias del familiar, menor número de reingresos del enfermo. En resumen, se observa una influencia directa de la disfunción familiar, el tiempo del paciente con la enfermedad y las competencias del familiar sobre esta variable. Así como una influencia indirecta de las creencias negativas y los conocimientos respecto al trastorno (Figura 1).

8.4.1. Bondad de Ajuste

Se observa que los residuales o errores son pequeños ($<.30$) y se encuentran distribuidos normalmente. El modelo tiene bondad de ajuste, lo cual se analiza a través de la probabilidad asociada a chi-cuadrada (.07) que es mayor a .05. Esto significa que el modelo restringido (planteado) no difiere significativamente del modelo de relaciones de todas las variables (saturado). Los indicadores de bondad de ajuste práctica IBBANN (.87) e IAC (.90) muestran valores iguales o cercanos a .90 lo cual es indicador de la bondad de ajuste del modelo y por tanto se puede aceptar como un modelo lógico, válido y parsimonioso.

Finalmente el porcentaje de varianza de la variable de rehospitalizaciones explicada por el modelo es del 31%. Esto significa que este modelo de aspectos familiares predice en un 30% las rehospitalizaciones de estos pacientes (Fórmula para calcular el porcentaje de varianza explicada $R^2 = 1 - e^2$, $R^2 = 1 - (.83 \times .83) = .31$).

Se prueba la significatividad de las siguientes relaciones: la variable de rehospitalización (v5), es influida de manera negativa por el factor V (competencias). Al mismo tiempo se predice de manera positiva por la variable de tiempo con la enfermedad (v4), y también de manera positiva por la disfunción familiar (factor VI). Esto se observa por medio de un valor asociado a T mayor a 1.96.

La variable de violencia integra de manera adecuada y significativa el factor VI (disfunción familiar), debido a que tiene un valor asociado a T mayor a 1.96 (2.67), y un peso factorial de .35. Similarmente, la variable de consumo de sustancias (v11) muestra integrarse adecuadamente al factor VI (disfunción familiar), con un peso factorial de .34 y un valor asociado a T de 2.67.

Las variables relacionadas con sí el enfermo mental es inteligente (.39), sí existen muchas maneras de ayudarlo (.29), sí puede llevar una vida normal (.79) y puede ser útil a la sociedad (.68), conforman de manera significativa el factor II de creencias positivas sobre el enfermo mental. El factor de creencias negativas fue conformado significativamente por las variables de creencias de que los enfermos mentales son violentos (.46), peligrosos (.52), terminan cometiendo delitos (.53) y casi siempre son retrasados mentales (.61).

Las variables de diagnóstico (.75), síntomas (.40) y afecta (.45) corresponden significativamente ($T = >1.96$) al factor de conocimientos sobre la esquizofrenia.

El factor de competencias se integra significativamente por alimentación (.40), autocuidado (.50) y actividad (.83).

No se encontraron covarianzas entre estos factores (Figura 1).

8.5. Confiabilidad y Validez.

La validez de constructo se analiza a través de la validez convergente, en donde mediciones diferentes del mismo fenómeno tienen correspondencia. De esta manera, mediciones independientes de los datos producen correlaciones significativas y altas entre sí. Esto indica que diferentes formas de medición o registro, captan la misma dimensión. En este caso casi todos los pesos lambda de las variables son altos (mayores a .20), todos son significativos ($T > 1.96$) en cuanto a la correspondencia de las variables con sus factores, por lo cual se puede decir que hay validez convergente.

También se evalúa la validez de constructo a través de la validez divergente. La cual se refiere a que los factores o constructos que miden aspectos diferentes o dimensiones diferentes deben ser presumiblemente diferentes entre sí. Así, las covarianzas y/o las relaciones entre los factores deben tener valores menores a los pesos factoriales, que son las relaciones entre cada una de las variables observadas y su factor o variable latente (Coñral, 1998). En general se observa validez divergente. En el caso del factor de disfunción familiar los pesos factoriales de las variables que conforman a este factor son iguales o ligeramente mayores (consumo .34, violencia .35) al valor de la relación de este constructo con la variable de rehospitalización (.34).

En el factor de creencias negativas con respecto al enfermo mental, únicamente el peso factorial de la variable de sí los enfermos mentales casi siempre son retrasados mentales (.61), es mayor a la relación del constructo con las competencias (.57).

En cuanto a los conocimientos sobre la esquizofrenia, todos los pesos factoriales de las variables que conforman a este factor (diagnóstico .71, síntomas .40 y afecta .45) son mayores a la relación de este factor con el de competencias (.38).

Finalmente se observa validez divergente en el factor de competencias, al analizar el valor de los pesos factoriales de las variables que conforman a este factor (alimentación .40, autocuidado .50, actividad .84), en contraste con la relación de este constructo con la variable de rehospitalizaciones (-.21), y con la variable latente de conocimientos (.38).

Se puede decir que únicamente en el caso del factor de creencias negativas y competencias de manejo del paciente no se hace evidente la validez divergente, debido a que la relación causal entre éste y las competencias es mayor (.57) a casi todos los pesos factoriales de las variables que conforman a estos factores, con excepción de la creencia de que los enfermos mentales casi siempre son retrasados mentales (.61) y las competencias de actividad (.84).

En cuanto a la confiabilidad, que se refiere a la consistencia interna de las variables que conforman a cada factor. Se espera que los pesos factoriales entre las variables de cada factor sean similares. En disfunción familiar las variables de violencia y consumo tienen pesos muy similares (.35, .34). En creencias positivas no se observa lo mismo. Sin embargo, este factor no señala ninguna influencia directa ni indirecta sobre otras variables. Su función en este modelo es únicamente la de resaltar el contraste del peso de las creencias negativas sobre las competencias.

En creencias negativas se observan pesos muy similares (.46, .52, .53 y .61). En conocimientos, únicamente el peso de la variable de diagnóstico varía aproximadamente 30 valores con relación a los demás pesos factoriales (.40, .45).

Finalmente en competencias, la variable de actividad (.84) muestra una discrepancia entre 34 y 44 valores con relación a los pesos factoriales de las otras variables que conforman a este factor (.40, .50). (Ver figura 1 y cuadro 27).

Cuadro 27. Valores de las relaciones causales directas e indirectas del modelo.

Factor	Peso Lambda	Peso Factorial
Factor II Creencias Positivas		
Son inteligentes		.39
Hay muchas maneras de ayudarles		.29
Son normales		.79
Son útiles a la sociedad		.68
Factor III Creencias Negativas	.57 hacia la variable latente de Competencias de Cuidado	Peso Factorial
Son violentos		.46
Son peligrosos		.52
Son delincuentes		.53
Son retrasados mentales		.61
Factor IV Conocimientos	.38 hacia la variable latente de competencias de cuidado	Peso Factorial
Diagnóstico		.71
Síntomas		.40
Afecta		.45
Factor V Competencias	-.21 hacia la variable blanco de rehospitalizaciones	Peso Factorial
Alimentación		.40
Autocuidado		.50
Actividades		.84
Factor VI Disfunción Fam	.34 hacia la variable blanco de rehospitalizaciones	Peso Factorial
Violencia		.35
Consumo de sustancias		.34
Variable 4 Tiempo con el trastorno	.50 hacia la variable blanco de rehospitalizaciones	

IX Discusión

Los resultados de esta investigación, si bien no pueden ser generalizados a todos los familiares de pacientes esquizofrénicos debido al tamaño de la muestra, muestran una tendencia y caracterización de esta población.

Los datos sociodemográficos de esta muestra, de alguna manera identifican las características de los familiares a cargo del paciente, su nivel educativo, sus ingresos económicos y las características de su vivienda. Esto señala a qué tipo de población se deben dirigir los programas de atención a familias, qué lenguaje es el adecuado para estas personas, qué limitaciones tienen para acudir a los servicios y dar seguimiento al tratamiento, así cómo involucrarlos en la rehabilitación. En promedio sabemos que se trata de personas de alrededor de cincuenta y dos años, con un nivel educativo de primaria incompleta y dedicadas principalmente al hogar, o a empleos poco remunerados. Esta información puede ser de gran utilidad para aquellas personas que trabajan con familiares de este tipo de pacientes, así como a las instituciones que prestan estos servicios.

En cuanto al funcionamiento familiar, se puede decir que estas familias muestran frecuencias que refieren a dinámicas familiares adecuadas (según el criterio de funcionamiento familiar de Espejel, 1997) a pesar de las dificultades que pueden surgir cuando se tiene a un miembro con este tipo de padecimientos. Esto en general se relaciona con la participación de los miembros en la comunicación, toma de decisiones, apoyo, afecto, modos de control de conducta, y supervisión.

Sin embargo, se reporta que en la mayoría de las familias, un solo miembro de la familia es quien tiene disposición para escuchar y se reporta que los acuerdos son comunicados a un solo miembro de la familia. Esta es una característica que se observa con frecuencia en estas familias, el papel de cuidador y de responsable de la familia y del paciente se ejerce por un solo miembro, lo cual es poco deseable. Se recomienda que las labores de cuidado del enfermo sean distribuidas equitativamente entre todos, con el fin de evitar el desgaste y el agotamiento de las personas, así como sus recursos y alternativas para el manejo del paciente (Long, 1989; Freese, 1993; Hyde y Goldman, 1993).

En cuanto a la psicopatología familiar que se refiere a los aspectos negativos del funcionamiento familiar, se observan ciertos puntos interesantes. Algunos indicadores de violencia familiar como la crítica, gritarse e insultarse, y el abuso físico parecen estar presentes

principalmente entre los hermanos, mientras que en cuanto al abuso severo se involucran los padres y los hijos entre sí. La frecuencia en que se presentan este tipo de episodios es de tres a cinco veces en el último año. Aunque, es una frecuencia moderada, es posible que esto indique que la dinámica familiar principalmente se ve alterada entre los hermanos. Esto concuerda con lo que señalan Rascón, Díaz, López y Reyes (1997) al encontrar que en las familias de esquizofrénicos los conflictos entre hermanos y con el paciente, no se hacen esperar, principalmente cuando no reciben la orientación adecuada. Al parecer en esta muestra el subsistema familiar de los hijos parece ser el más alterado ante la interacción con el enfermo.

Como se podría esperar los problemas de conducta (reportes de maestro, dado de baja en algún trabajo o pleitos en lugares públicos), con la autoridad (detenido por policía, expulsado por maestro o corrido por algún jefe), y de tipo emocional (depresión o ansiedad), se dan principalmente con el paciente. Sin embargo, también otros hijos y la madre suelen presentar problemas emocionales. Similarmente el aislamiento es más frecuente en los pacientes, aunque entre los otros hijos también se reporta. Esto se relaciona con los resultados encontrados por Rascón, Díaz, López y Reyes (1997) en una muestra de 50 familiares de pacientes esquizofrénicos de la ciudad de México, quienes perciben principalmente una fuerte carga emocional asociada al trastorno del paciente (72%). Se reporta irritabilidad, angustia, problemas para dormir, sentimientos de culpa, enojo, frustración y resentimiento, así como en el 8% de estos familiares se señala algún trastorno emocional diagnosticado.

Respecto al consumo de sustancias, el alcohol es frecuentemente consumido por los hijos y en cantidades mayores a siete bebidas (botes o vasos). El uso de drogas similarmente, se presenta con mayor frecuencia por los hijos, y posteriormente por el paciente, se reporta incidencia (consumo en la última semana) en algunos de estos hogares. Esto es importante, debido a que en estas familias la comorbilidad o la presencia de trastornos en otros miembros de la familia es algo frecuente (Rascón y col., 1997). El alcoholismo y drogadicción son problemas comunes de estos hogares. Por otro lado, entre los factores principales que desencadenan y afectan la esquizofrenia se encuentra el consumo de sustancias, que debe ser evitado totalmente en estos enfermos (Hyde y Goldman, 1993).

En general se observa funcionalidad familiar (Espejel, 1997) en estas familias, similar a lo que encuentran (Miller, Kabacoff, Keitner, Epstein & Bishop, 1986), quienes evaluaron funcionamiento familiar entre pacientes psiquiátricos, encontrando entre las familias de

esquizofrénicos y bipolares menor disfunción en comparación con familias con otros diagnósticos. Sin embargo, este aspecto es de suma importancia, ya que existe evidencia de que estos pacientes son más sensibles a las dificultades y requieren de un adecuado funcionamiento familiar para evitar las recaídas (Rascón, Díaz, López y Reyes, 1997; Long, 1989; Miller y cols. 1986).

Considerando la importancia que tiene el sistema inmediato (microsistema) al sujeto en cuanto a las interacciones (principalmente en cuanto a actividades e interconexiones entre los miembros) que se dan en éste, la hipótesis inicial plantea una relación directa del funcionamiento familiar hacia las rehospitalizaciones del paciente. Esta relación mostró su influencia de manera directa a través del aspecto negativo del funcionamiento, es decir la psicopatología familiar. Este aspecto mostró estar directamente relacionado con los reingresos hospitalarios, en donde los pacientes que provienen de hogares con más psicopatología familiar (consumo de sustancias y violencia) tienen mayor probabilidad de ser reingresados a la atención hospitalaria.

Existe alguna información con respecto a la familia y su influencia en las recaídas y rehospitalizaciones del paciente esquizofrénico. En algunos estudios que evaluaban la calidad de la relación entre el paciente y el familiar a través del constructo de "Emoción Expresada" se encontraron que los índices elevados de Emoción Expresada (comentarios críticos y hostiles hacia el paciente) predecían significativamente recaídas y rehospitalizaciones del paciente (Brown, Birley & Wing, , 1972). Aunque este estudio no valoró este aspecto, las variables relacionadas con violencia en la familia que forman parte del factor de psicopatología (críticas, gritos o insultos, cachetadas o nalgadas, aventarse, empujarse o jalarse, golpes con cinto o cuerda, golpes durante algunos minutos) pueden ser en alguna manera semejantes como indicadores de la calidad de la relación familiar y por tanto predicen también las rehospitalizaciones.

También hay una serie de estudios que encuentran que el manejo familiar (principalmente de tipo psicoeducativo en donde se proporciona información y entrenamiento) disminuye las rehospitalizaciones y recaídas de los pacientes (Leff & Vaughn, 1981; Kottgen, Sonnichsen, Mollenhauser & Jurth., 1984; Hogarty, Anderson & Reiss, 1991).

Sobre el funcionamiento familiar Long (1989) señala cómo los pacientes tienen menor probabilidad de rehospitalización si perciben una comunicación adecuada dentro de sus familias. Sin embargo, concretamente en este aspecto no existe suficiente información de cómo se ha

evaluado el funcionamiento familiar y cómo se da esta influencia.

La información obtenida a través del análisis de esta muestra señala que el funcionamiento familiar en este tipo de hogares es muy importante. La psicopatología familiar se señala como un predictor importante de las rehospitalizaciones del paciente. Con base en la información revisada, en este estudio las rehospitalizaciones pueden ser tomadas como indicadores de tres situaciones: recaída del paciente (exacerbación de síntomas), falta de habilidades del familiar para el manejo del paciente dentro del hogar y la dificultad de adaptación tanto del paciente como del familiar a relacionarse adecuadamente en el hogar. Aquí se señala una relación directa entre psicopatología familiar y reincidencia, que puede deberse a que esta psicopatología familiar como evento desencadenador o estresor (problemas familiares dentro del Modelo de Lader, 1995) propicie la recaída o brote psicótico del paciente, o que en los hogares disfuncionales se acreciente la dificultad de adaptación tanto del paciente como de los familiares a la convivencia mutua (Rascón y col. 1997; Long, 1989).

Un aspecto importante que puede influir en cuanto al énfasis sobre los aspectos negativos del funcionamiento familiar en su influencia sobre la reincidencia, y el no encontrar influencia de los aspectos generales (comunicación, apoyo, modos de control de conducta) puede deberse a limitaciones del instrumento: El instrumento de funcionamiento familiar (Espejel y cols., 1997) ha sido reportado como un instrumento que tiene mucha utilidad en la práctica clínica para analizar familias clínicas y no clínicas (con algún trastorno específico o con alguna disfunción en su dinámica familiar), sin embargo, no ha sido ampliamente difundido como instrumento de investigación. Al mismo tiempo, cabe señalar que las escalas de consumo y violencia que conforman el factor de psicopatología familiar, se valoraron dentro de este mismo instrumento, sin embargo fueron modificadas con el fin de obtener información más precisa con base a la Escala de Straus (1979) respecto a violencia familiar y la Escala de Consumo de Alcohol y Drogas, dentro de la Entrevista Diagnóstica de Niños y Adolescentes (Reich & Herjanic, 1989). Esto pudo influir, de manera que los datos que fueron obtenidos posiblemente con mayor precisión mostraron influencia directa con la variable dependiente.

Se muestra que el funcionamiento familiar resulta un aspecto de suma importancia en estas familias para evitar el problema denominado de “puerta giratoria” o reincidencia del paciente.

En el aspecto de creencias, los resultados no respaldaron lo hipotetizado inicialmente. Al

parecer las creencias con respecto al enfermo mental, parecen funcionar como factores disposicionales para adquirir cierto tipo de competencias para el manejo del paciente. Sin embargo, son las creencias negativas las que facilitan en el familiar la búsqueda y adquisición de competencias y habilidades para el manejo del paciente.

Inicialmente se planteaba que las creencias funcionarían como factores disposicionales para la adquisición de cierto tipo de conocimientos con respecto a la esquizofrenia. Esto relacionado al planteamiento de Barrowclough, Tarrier, Watts, Vaughn, Bamrah & Freeman (1987), que señalan que las creencias que tiene el familiar influyen en el momento de recibir información, de manera que aceptan cierto tipo de información y rechazan información en contra de sus creencias. Esto mismo señala Bechtel (1997) en el ámbito de la psicología ambiental, como las personas a pesar de que se les proporcionan conocimientos, en muchos casos, asimilan sólo los conocimientos que concuerden con las creencias que han desarrollado con anterioridad.

Se esperaba que las creencias positivas predispusieran a los sujetos a adquirir conocimientos con respecto a la esquizofrenia, mientras que las creencias negativas influyeran interfiriendo en la adquisición de éstos. Sin embargo, no se encontró una relación entre las creencias y los conocimientos en esta muestra. Las creencias positivas no tuvieron impacto alguno sobre ninguna variable, mientras que se evidencia el contraste del impacto de las creencias negativas sobre la adquisición de competencias del familiar para el manejo del paciente. Si bien las creencias no funcionaron como eventos disposicionales para la adquisición de conocimientos respecto a la enfermedad, si lo fueron para un aspecto muy relacionado con los conocimientos que son las competencias y habilidades de manejo del paciente, que se refieren más al saber hacer, por qué hacer, y poseer alternativas de comportamiento efectivo para el manejo y control del paciente dentro del hogar. Además, debido a que las competencias fueron evaluadas a través de autorreporte verbal tienen cierta semejanza con los conocimientos (aunque se relacionan más con los aspectos prácticos de manejo del trastorno). Esto puede deberse también a la manera en que fueron evaluadas las competencias y pudiera ser que sean equivalentes a conocimientos.

Dentro del modelo ecológico de desarrollo (Bronfenbrenner, 1979), se pueden considerar a las creencias como una manera indirecta de valorar el rol que le asignan al paciente dentro del hogar en las relaciones del microsistema, y esto pudiera determinar el tipo de acciones que se llevan a cabo en la interacción con éste (competencias) dentro de este mismo sistema ecológico.

Al parecer se da un mecanismo de acción por evitación o a través de reforzamiento

negativo, en donde quienes creen que sus enfermos son violentos, peligrosos, delincuentes y retrasados mentales, tienden más a la búsqueda y adquisición de habilidades y competencias para manejarlos adecuadamente dentro del hogar, que quienes los perciben como inteligentes, normales, que hay muchas maneras de ayudarlos y que pueden ser útiles a la sociedad. Esto puede deberse al temor de recibir algún daño, o con el fin de poder evitar cualquier catástrofe o problema serio, es decir evitar la amenaza que representa el enfermo para ellos.

Algunos autores en otro tipo de comportamientos, han encontrado que las personas tienden más actuar efectivamente o buscar información adecuada bajo el mecanismo de evitación, por el temor de lo que pueda sucederles. Bechtel (1997) encuentra esto con relación a los conocimientos de cuidado del ambiente, en donde las personas buscan información y tratan de llevar a cabo acciones con el fin de evitar o prevenir amenazas a la salud y bienestar, más que por el interés de proteger al ambiente. Al parecer en el caso de las familias de esquizofrénicos, también se busca el desarrollo de habilidades y competencias, principalmente por temor a recibir algún daño y con la idea de poder prevenir cualquier amenaza.

Con respecto a los conocimientos, las áreas más deficientes en esta muestra se observan en la identificación de la esquizofrenia, el conocimiento de tratamientos o terapias y la distinción de síntomas principales. Cabe señalar que es importante analizar con cautela los resultados de la identificación de síntomas de la esquizofrenia, debido a que aunque los síntomas principales son los denominados como positivos (alucinaciones, delirios, problemas de comunicación, etc.) en algunos pacientes predominan los síntomas negativos (pérdida de apetito, insomnio, aislamiento, tristeza, etc.) aunque no son los más comunes. Sin embargo, tal vez la identificación de éstos por los familiares pueda deberse a que son los que más llaman su atención, preocupan o perciben que afectan más a sus pacientes.

En el área de manejo, se observa la idea de los familiares, de que algunos aspectos indicadores de sobreprotección son adecuados para la recuperación del paciente, cuando esto es inconveniente para la rehabilitación de éste (Long, 1989; Freese, 1993; Hyde y Goldman, 1993).

Los conocimientos han sido variables, que de alguna forma se han estudiado bastante en las familias de estos pacientes. Existe evidencia para señalar que la adquisición de conocimientos con relación a la esquizofrenia influye en las rehospitalizaciones del paciente. Esta se relaciona con los estudios en donde a través del manejo psicoeducativo de los familiares, se logra disminuir el índice de recaídas y reingresos del paciente (Leff & Vaughn, 1981; Kottgen,

Sonnichsen, Mollenhauser & Jurth., 1984; Hogarty, Anderson & Reiss, 1991). Sin embargo, el punto clave de este aspecto es tocado principalmente por Barrowclough y cols (1987), quienes se refieren a estos conocimientos y su capacidad potencial de convertirse en acciones encaminadas a la rehabilitación del paciente. Es por ello, que se plantea una relación entre conocimientos y competencias, la cual mostró ser adecuada y significativa. Los conocimientos del familiar con respecto a la esquizofrenia predicen el desarrollo de competencias para el manejo del paciente. Así, esta variable influye indirectamente en los reingresos mediada por las competencias. Para fines de este estudio los resultados confirman la importancia de los conocimientos para la adquisición y desarrollo de competencias en los familiares de esquizofrénicos. Esto se relaciona con la posibilidad de manejar adecuadamente al paciente dentro del hogar. Se observa el impacto indirecto de los conocimientos sobre la evolución del paciente, mediada a través de las competencias.

Los conocimientos que obtiene el familiar (mesosistema) en interacción con otros sistemas diferentes al familiar (consultorio médico, grupos de autoayuda, libros, conferencias, pláticas, etc.), influyen de manera directa en las acciones que lleva a cabo con el paciente, de manera que puede facilitar o interferir con su rehabilitación (permitirle su adaptación al hogar o requerir constantemente en manejo hospitalario).

En la evaluación de competencias, se trató de ubicar a los sujetos en situaciones reales y prácticas y obtener la respuesta de éstos con base a lo que generalmente hacen, o a lo que harían en caso de presentarse la situación (si nunca se había presentado), sin embargo esto tiene algunas limitaciones evidentes. Una evaluación posterior a través de grabar por medio de una cámara de video las acciones de cuidado que emprende el familiar para con el paciente en situaciones problemáticas cotidianas (como las planteadas en el instrumento) o la observación y registro a través de una lista de chequeo de las competencias que se llevan a cabo con el paciente en una visita domiciliaria, pueden ser métodos adecuados para contrastar esta información con las observaciones reales de la conducta.

Sin embargo, aún con las limitaciones que pueda tener la evaluación (reporte verbal) de competencias en estos familiares, se señala como un factor que influye directamente sobre el número de rehospitalizaciones de quien padece esquizofrenia. Esto, fundamenta la importancia de las sesiones de psicoeducación para familiares, enfocadas en la práctica y desarrollo de

competencias como acciones variadas y efectivas para solucionar los problemas diarios que se pueden presentar en el manejo del paciente dentro del hogar.

Las competencias como acciones llevadas a cabo directamente en el ambiente familiar (microsistema) constituyen uno de los elementos importantes de este sistema ecológico, las actividades que se llevan a cabo con el paciente, y de esta manera determinan de manera directa el desarrollo del paciente, previniendo el reingreso.

Finalmente, este modelo propuesto prueba tener bondad de ajuste y por tanto ser una explicación adecuada, coherente y parsimoniosa para la variable de rehospitalización de pacientes esquizofrénicos, su poder explicativo o el porcentaje de varianza explicada es del 31%. Es importante comprender que se está tratando con un fenómeno que es multicausal y multideterminado y sólo se están abarcando algunos aspectos relevantes del área psicológica. Muchos otros (psicológicos, biológicos, y sociales) no fueron contemplados, tales como: la evaluación de adherencia terapéutica, modalidad de esquizofrenia, tipo de tratamiento medicamentoso, tipo de terapias a las que han sido sometidos, capacidad de adaptación del paciente, apoyo social y comunitario, etc. Algunas otras variables que se reportan de interés tales como el género, edad de inicio, aunque fueron consideradas, no mostraron gran influencia a excepción de la variable de tiempo con la enfermedad que predice significativamente las rehospitalizaciones.

La finalidad de este modelo es comprender principalmente la influencia de los aspectos relacionados con el sistema familiar (microsistema) que pueden influir en la evolución del paciente, por lo cual se enfoca a estas variables.

Por otro lado, es importante señalar que se propone un modelo que puede ser complejo en el sentido que se proponen diversas relaciones entre gran cantidad de variables. Cabe señalar que el número total de variables observadas fue 162, por lo cual hubo necesidad de realizar los análisis por medio de índices (agrupaciones de variables). Esto en una muestra que no es tan extensa puede tener ciertas limitaciones.

Sin embargo, actualmente no existe un modelo de la influencia de la familia en la evolución de la esquizofrenia que considere estas variables en conjunto. Aunque algunas de las variables analizadas se han evaluado de manera aislada, este trabajo parece proporcionar información de cómo se relacionan estas variables y cómo se puede trabajar con los familiares de

pacientes esquizofrénicos, con el fin de lograr su rehabilitación. Esto es sólo es un pequeño avance en esta área, del cual pueden y deben surgir otras propuestas.

Este modelo proporciona información a quienes trabajan con familias de esquizofrénicos de las áreas de información que deben ser reforzadas, de qué tipo de competencias deben ser desarrolladas en los familiares para propiciar un manejo adecuado dentro del hogar. Asimismo, proporciona información de cuáles son los problemas más frecuentes que enfrentan estas familias, y las estrategias adecuadas para el manejo de éstas. Finalmente, se posibilita detectar a aquellas familias que por su dinámica familiar, por sus creencias o por su falta de conocimientos y competencias puedan ser consideradas de riesgo para la evolución del paciente. Esto señala la dirección que los programas de tratamiento para los familiares, enfocados en la psicoeducación y desarrollo de habilidades y competencias para la solución de problemas cotidianos con el paciente.

Asimismo, se refuerza la importancia del manejo integral del esquizofrénico, en donde se debe proporcionar una atención individual, familiar y de ser posible comunitaria. Abarcando todos los entornos o sistemas ecológicos dentro de los cuales de forma directa o indirecta interactúa el paciente. Sobre la base de estos resultados se propone la implementación de programas de manejo familiar en los hospitales psiquiátricos. Estos programas deben incluir el manejo psicoeducativo (desarrollo de conocimientos y habilidades) para todos los familiares de pacientes esquizofrénicos, terapia familiar en las familias disfuncionales, y el entrenamiento al familiar en técnicas psicológicas alternativas (solución de problemas, relajación, habilidades sociales, etc.) para el manejo de relaciones adecuadas dentro del hogar. Esto adicional al tratamiento medicamentoso y terapéutico individual del paciente. A través de este estudio se reconoce nuevamente que por medio del trabajo con el familiar, es posible facilitar la rehabilitación del paciente, manejando adecuadamente al paciente dentro del hogar. De esta manera, es posible evitar el problema de la reincidencia del paciente y mejorar su calidad de vida.

Este tipo de programas pueden ser de gran efectividad a través del uso de instrumentos adecuados de evaluación, así como a través del apoyo del personal interdisciplinario (médico, psicólogo, psiquiatra, trabajo social y enfermero) para el manejo de las sesiones para orientar, entrenar y resolver dudas de los familiares.

REFERENCIAS:

- Akbarian, S. & Bunney, W.E. (1993). Altered distribution of nicotinamide-adenine dinucleotide phosphatase cells in frontal lobe of schizophrenics implies disturbances of cortical development. Archives of General Psychiatry, 50, 169-177.
- Appleby, L., Desai, P., Luchins, D., Gibbons, R. & Hecker, D. (1993). Length of stay and recidivism in schizophrenia: a study of public psychiatric hospital patients. American Journal of Psychiatry, 150, 72-76.
- Arnold, S.E., Hyman, B.T., Van Hoesen, G.W. & Damasio, A.R. (1991). Some cytoarchitectural abnormalities of the entorhinal cortex in schizophrenia. Archives of General Psychiatry, 48, 625-632.
- Arora, R. & Meltzer, H. (1991). Serotonin 2 receptor binding in the frontal cortex of schizophrenic patients. Journal of Neural Transmission 85 (1), 19-29.
- Asociación Americana de Psiquiatría. (1995). DSM-IV. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos mentales. España. Ed. Massons.
- Ayllon, T. & Azrin, A. (1979). Economía de Fichas. un sistema motivacional para la terapia y la rehabilitación. México. Ed. Trillas.
- Atthowe, J. & Krasner, M. (1968). Preliminary report on the application of contingent reinforcement procedures (token economy) on a chronic psychiatric ward. Journal of Abnormal Psychology, 3 (73), 175-180.
- Bateson, G., Jackson, D.D; Haley, J.; & Weakland, J. (1950). Toward a theory of schizophrenia. Behavioral Science, 1, 251-264.
- Barr, C., Mednick, S. & Munk-Jorgensen, P. (1990). Exposure to influenza epidemics during gestation and adult schizophrenia. Archives of General Psychiatry, 47, 869-874.
- Barrowclough, C., Tarrier, N., Watts, S., Vaughn, C., Bamrah, J.S. & Freeman, H.L. (1987). Assessing the Functional Value of Relatives' Knowledge about Schizophrenia: A preliminary Report. British Journal of Psychiatry, 151, 1-8.
- Bayer, Darryl L. (1996). Interactions in families with young adults with a psychiatric diagnosis. The American Journal of Family therapy, 24, (1), 21-30.
- Bechtel, R. (1997). Environment and Behavior: an introduction. Thousand Oaks. Sage Publications.
- Beckman, H. & Jakob, H. (1991). Prenatal disturbances of nerve cell migration in the entorhinal region: a common vulnerability factor in functional psychosis? Journal of Neural Transmission, 84 (1-2), 155-164.

Benassini, Oscar (1997). Esquizofrenia. Programa de Actualización Continua en Psiquiatría. Asociación Mexicana de Psiquiatría . México. Ed. Intersistemas.

Benson, K., Faull, K. & Zarcone, V.(1991). Evidence for the role of serotonin in the regulation of slow wave sleep in schizophrenia. Sleep, 14 (2), 133-139.

Bentler, Peter M. (1993) EQS Structural Equations Program Manual: University of California, Los Angeles. BMDP Statical Software.

Berger, M. (1977). Cómo trabajar con pacientes : guía para tratar a las personas llamamos enfermos mentales. México. Ed. Concepto.

Birchwood, M. C. (1983) Family coping behaviour and the course of schizophrenia: A 2 year following study. Master Thesis. University of Birmingham.

Brekke, John s. 81993). Psychosocial functioning and subjective experience in schizophrenia. Schizophrenia bulletin, 19 (3), 356-360.

Brenner, L. (1992). Treatment of cognitive dysfunctions and behavioral deficits in schizophrenia. Schizophrenia bulletin, 18(1), 420-425.

Bressi, C. (1993). Research on family expresse emotion and schizophrenia: Convergent and discordant theoretical and clinical aspects. New Trends in Experimental and Clinical Psychiatry, 9 (4), 149-167.

Brockington, I., Hall, P., Levings, J. & Murphy, Ch. (1993). The community's tolerance of the mentally ill. British Journal of Psychiatry, 162, 93-108.

Bronfenbrenner, Urie. (1979). La Ecología del Desarrollo Humano. Barcelona Ed. Paidos.

Brown, G.W., Monck, E.M.; Carstairs, G.M.; & Wing, J.K. (1962). Influence of family life on the course of schizophrenic illness. British Journal of Preventive and Social Medicine 16, 55-68.

Brown, G.W., Birley J.L.T. & Wing, J.K. (1972). Influence of family life on the course of schizophrenic disorder, a replication. British Journal of Preventive and Psychiatry, 121, 241-258.

Buchsbaum, M.S., DeLisi, L.E. & Holcomb, H.H. (1984). Anteroposterior gradients in cerebral glucose use in schizophrenia and affective disorders. Archives of General Psychiatry, 41, 1159-1166.

Cancrini, L. & Malagoli, M. (1976). Psiquiatría y relaciones sociales. México. Ed. Nueva Imagen.

Cañivé, J.M., Sanz-Fuentenebro, J., Vázquez, C., Qualls, C., Fuentenebro, F. & Tuason, V.B. (1995) family environment predictors of outcome in schizophrenic in Spain: a nine month follow-up study. Acta Psychiatrica Scandinavica, 92, 371-377.

Carpenter, M.D., Mulligan, J.C., Bader, I.A. & Meinzer, A.E. (1985). Multiple admissions to an urban psychiatric center: a comparative study. Hospital and Community Psychiatry, 36 (12), 1305-1308.

Chambon, O., & Cardine, M. (1993). Emotionnalite exprimee Familiale et schizophrenie: approche comportementale et interactions familiales. (Family expressed emotion and schizophrenia: Behavioral approach and family interactions). Therapie-familiale, 4 (4), 379-393.

Chazaud, Jaques (1978). Introducción a la terapia institucional. España .Ed. Paidos.

Cleghorn, J., Zipursky, R., & List, S. (1991). Structural and functional brain imaging in schizophrenia. Journal of Psychiatry & Neuroscience, 16 (29), 53-74.

Colenda, Ch. & Hammer, R. (1989). First admission young adult patients to a state hospital: relative risk for rapid readmission. Psychiatric Quarterly, 60, (3), 227- 236.

Corral, Victor (1997). Disposiciones psicológicas: un análisis de las propensiones, capacidades y tendencias del comportamiento. México: Universidad de Sonora.

Corral, Victor (1998). Ecuaciones Estructurales e investigación psicológica. Revista Sonorense de Psicología, 12, 3-15.

Csernansky, J, Murphy, G. & Faustman, W. (1991). Limbic/mesolimbic connections and the pathogenesis of schizophrenia. Biological Psychiatry, 64 (5), 383-400.

Daniel, D. G., Kim, e., Kostianovsky, D . & Goldberg, T.E. (1991). Computed tomography measurement of brain density in schizophrenia. Biological Psychiatry 29(8), 745-756.

Davison, G. & Neale, M. (1983). Psicología de la conducta anormal: enfoque clínico experimental. México. Ed. Limusa.

Derek, Jehu (1967). Learning social and social work. Londres. Ed. Routledge & Kegan Paul-London.

Dixon, S. & Lehman, L. (1995). Psychological interventions for schizophrenia. Schizophrenia Bulletin, 21, (4), 621-630.

Eagles, J.M. (1991). The relationship between schizophrenia and immigration: Are there alternatives to psychosocial hypotheses?. British Journal of Psychiatry, 159, 783-789 .

Espejel, Emma (1997). Manual para la escala de funcionamiento familias. México: Universidad Autónoma de Tlaxcala.

Falloon, I. R. H., Boyd, C., & McGill, C. (1984). Family care of schizophrenia. New York: Guilford.

Falloon, R. & Pederson, J. (1982). A family management in the prevention of exacerbation of schizophrenia: a controlled study. New England Journal of Medicine, 306, 1437-1440.

Falloon, I.R.H.; & Pederson, J. (1985). Family management in the prevention of morbidity for schizophrenia: the adjustment. British Journal of Psychiatry, 147, 156-163.

Fernández, B.R. & Carrobes, J.A. (1981). Evaluación Conductual: metodología y aplicaciones. Madrid. 4 ed. Ed. Pirámide.

Fitcher, Manfred (1976). Improving social interaction in a chronic psychotic using discriminated avoidance: experimental analysis and generalization. Journal of Applied Behavior Analysis 9 (4), 24-36.

Freedman, G. (1980). Family and Environment: an Ecosystem Perspective. Minneapolis. Burgess Publishing Co.

Freese, Frederick, J. (1993). Coping with schizophrenia. Innovations & Research, 2, (3), 61-73.

García, Silverman S. (1996). Creencias sobre el enfermo mental. La Psicología Social en México. VI, 212-218.

Geller, Jeffrey (1986). In again, out again: preliminary evaluation of a state hospital's worst recidivists. Hospital and Community Psychiatry, 37(4), 386-390.

Goodpastor, W.A. & Hane, B.K. (1991). Factors associated with multiple readmissions to an urban public psychiatric hospital. Hospital and community Psychiatry, 42(1), 85-87.

Grace, A.A. (1991) Phasic versus tonic dopamine release and the modulation of dopamine system responsivity: a hypothesis for the etiology of schizophrenia. Neuroscience, 41 (1), 1-24.

Greist, J., Jefferson, G. & Spitzer, L. (1986). Personality, social skills and psychopathology: an individual differences approach. New York. Plenum Press.

Gunther, W., Petsch, R., Moser, E., Streck, P., Heller, H., Kurtz, G. & Hippus, H. (1991). Brain dysfunction during motor activation and corpus callosum alterations in schizophrenia measured by cerebral blood flow and magnetic resonance imaging. Biological Psychiatry, 29 (6), 535-555.

Harris, M., Bergman, H. & Bachrach, L. (1986). Psychiatric and nonpsychiatric indicators for rehospitalization in a Chronic patient population. Hospital and Community Psychiatry, 37 (6), 630-631.

Hashimoto, T., Nishino, N., Nakai, H., & Tanaka, C. (1991). Increase in serotonin 5-HT_{1A} receptors in prefrontal and temporal cortices of brains from patients with chronic schizophrenia. Life science, 48 (20), 1919-1930.

Haywood, Th., Kravitz, H., Grossman, L., Cavanaugh, J., Davis, J. & Lewis, D. (1995). Predicting the "revolving door" phenomenon among patients with schizophrenic, schizoaffective, and affective disorders. American Journal of Psychiatry, 152, 856-861.

Heckers, G., Heinsen, H., Heinsen, Y., & Beckmann, H. (1990). Cortex, white matter, and basal ganglia in schizophrenia: a volumetric postmortem study. Biological Psychiatry, 29, 556-566.

Hogg, Lorna I. (1990). Assessing people who are cronically mentally ill: new methods for new settings. Psychosocial Rehabilitation Journal, 13, (3), 341-354.

Hogarty, G.E., Anderson, C.M. & Reiss, D.J. (1991). Family psychoeducation, social skills training, and maintenance chemotherapy in the aftercare treatment of schizophrenia: II. Two-year effects of a controlled study on relapse and family interventions for schizophrenia. British Journal of Psychiatry, 152, 432-438.

Hyde, A.P. & Goldman, Ch. R. (1993). Common family issues that interfere with the treatment and rehabilitation of people with schizophrenia. Psychosocial Rehabilitation Journal, 16 (4), 63-74.

Iadora; M.J., Ofri, D. & Kleinman, J.E. (1991). Enkephalin, dynorphin and substance p in psotmortem substantia nigra form normals and schizophrenic patientes. Life Sciences, 48 (20), 1919-1930.

Jackob, H. & Beckman, H. (1986). Prenatal developmental disturbaances in the limbic allocortex of schizophrenics. Journal of Neural Transmission, 65, 303-326.

Jackson, D. (1960). Etiología de la esquizofrenia. Buenos Aires: Ed. Amorrortu.

Jun-ichiro, I. & Iwao, O. (1994). Expressed emotion and relapse in the schizophrenic patient: a replication study in Japan. Seishn-Igaku-clinical-Psychiatry, 36 (10), 1023-1031.

Kabacoff, R.I., Miller, I.W., Bishop, D.S., Epstein, N.B. & Keitner, G.I. (1990). A psychometric study of the McMaster Family Assesment Device in Psychiatric, Medical, and nonclinical Samples. Journal of Family Psychology, 3(4), 431-439.

Kaplan, H., Sadock, B., & Grebb, J. (1991). Kaplan & Sadock's synopsis of psychiatry: Behavioral Sciences. New York . Ed. Williams & Wilkins. Seventh Edition.

Karno, Marvin (1974). Some folk beliefs about mental illness. A reconsideration. International Journal of Social Psychiatry, 20, (3), 292-296.

Kendell, R. & Kemp, I. (1989). Maternal influenza in the etiology of schizophrenia. Archives of General Psychiatry, 46, 878-882.

Kottgen , C.; Sonnichsen, I.; Mollenhauser, K.; & Jurth, R. (1984). Group therapy with families of schizophrenia patients: III. Results of the Hamburg Camberwell family intervention study. International Journal of Family Psychiatry, 5, 84-94.

Lader, M. (1995). Treatment models. European Psychiatry, 10, (1), 33-36.

Lambert, E.W., Sherwood, V., Fitzpatrick, L.J. (1983). Predicting recidivism among first admissions at Tennessee's state psychiatric hospitals. Hospital and Community Psychiatry, 34, 951-953.

Leff, J. & Vaughn, C. (1981). The role of maintenance therapy and relatives' Expressed Emotion in Relapse of Schizophrenia: a two year and follow-up. British Journal of Psychiatry, 139, 102-104.

Leff, J., Kuipers, L., Berkowitz, R., Eberlein-vries, R. & Sturgen, D. (1982). A controlled Trial of Social intervention in the families of schizophrenic patients. British Journal of Psychiatry, 141, 121-134.

Leff, J., Berkowitz, R., Shavit, N.; Strachan, A.; Glass, I.; & Vaughn (1989). A trial of family-therapy v. a relatives' group for schizophrenia. British Journal of Psychiatry, 154, 58-66.

Leff, J., Berkowitz, N.; Shavit, N.; Strachan, A., Glass, I.; & Vaughn (1990). A trial of family therapy versus relatives' group for schizophrenia. British Journal of Psychiatry, 157, 571-577.

Leff, J., Kuipers, L., Berkowitz, R. & Sturgeon, D. (1985). A controlled trial of social intervention in the families of schizophrenic patients: two year follow-up. British Journal of Psychiatry: 145, 594-600.

Linszen, D.H., Dingemans, P.M., Scholte, W.F. & Lenior, M.E. (1994). Expressed emotion en patientgebonden kenmerken als risicofactoren voor psychoserecidief bij schizofrene stoornissen. (Expressed emotion and patients attributes as risk factors for psychotic relapse in schizophrenic disorders). Tijdschrift-voor Psychiatrie, 36 (7), 495-508.

Long, P. (1989). Families in the treatment of schizophrenia. The Harvard Medical School Mental Health Letter. Internet Mental Health (www.mentalhealth.com)

Lyons, J., O'Mahoney, M., Miller, Sh., Neme, J., Kabat, J. & Miller, F. (1997). Predicting readmission to the psychiatric hospital in a managed care environment: implications for quality indicators. American Journal of Psychiatry, 154, 337-340.

MacMillan, J.F., Gold, A. & Crow, J.J. (1986). The northwick park study of first episodes of schizophrenia, IV: expressed emotion and relapse. British Journal of Psychiatry, 148, 133-143.

Madianos, M.G. & Economou, D. (1994). Schizophrenia and family rituals: measuring family rituals among schizophrenic and normals. European Psychiatry, 9 (1), 45-51.

Madianos, M. G., Madianou, D., Vlachonikoi, J. & Stefanis, C.N. (1987). Attitudes toward mental illness in the Athenas area: implications for community mental health intervention. Acta Psychiatrica Scandinavica, 75, 158-165.

Malca, B.L., Lebell, M.B., Marder, S.R., Mintz, J., Mintz, L., Tompson, M., Wirshing, W., Johnston-cronk, K. & McKenzie, J. (1993). Patients' perceptions of family emotional climate and outcome in schizophrenia. British Journal of Psychiatry, 162, 751-754.

Mallackh, R., Kirch, D., Shelton, R., Fran, K., Pezeshkpour, G., Kanhouwva, S., Wyatt, R.J. & Kleinman, J. E. (1991). The nucleus basalis of meynert, senile plaques and intellectual impariment in schizophrenia. Journal of Neuropsychiatry & Clinical Neurosciences, 3 (4), 383-396.

Mednick, S., Machon, R., Huttunen, M. & Bonett, D. (1988). Adult schizophrenia following prenatal exposure to an influenza epidemic. Archives of General Psychiatry, 45, 189-192.

Milkowitz, D.J., Goldstein, M.J., Falloon, I.R. & Doane, J.A. (1984). Interactional correlates of expressed emotion in the families of schizophrenics. British Journal of Psychiatry, 144, 482-487.

Miller, Y., Kabacoff, R., Keitner, G., Epstein, N. & Bishop, D. (1986). Family functioning in the families of psychiatric patients. Comprehensive Psychiatric, 27, (4) 302-312.

Moises , H. , Gelernter, J., Giuffra, L., Zarconoe, V., Wetterberg, L., Civelli, O., Kidd, K.K., Cavalli-Sforza, L.L., Grandy, D. & Kennedy, J.L. (1991). No linkage between D2 dopamine receptor gene region and schizophrenia. Archives of General Psychiatry 48 (7), 643-647.

Montero, I., Gómez, M., Ruíz, I. & Puche, E. (1992). The influence of family expressed emotion on the course of schizpohrenia in a sample of spanish patients. A two-yaer follow up study. British Journal of Psychiatry, 161, 217-222.

Muck-Seler, D., Jakovljevic, M. & Deanovi, Z. (1991). Platelet serotonin in subtypes of schizophrenia and unipolar depression. Psychiatry Research, 38 (2), 105-113.

Murray, R.M., Jones, P. & O'Callaghan, E. (1991). Fetal brain development and later schizophrenia. European Archives of Psychiatry & Clinical Neuroscience, 156, 155-163.

Nakai, T., Kitamura, N., Hashimoto, T, Nishino, Y, Mita, N. & Tanaka, T. (1991). Decreased histamine H1 receptors in the frontal cortex of brains from patients with chronic schizophrenia. Biological Psychiatry, 30 (4), 349-356.

Natera, Casco, González & Newwell (1985). Percepción de la enfermedad mental a través de historietas. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana, 4, 327-338.

Nunnally, J. (1961). Popular conceptions of mental health: their development and change. New York: Holt, Rinehart and Winston.

Nelson, Gary & Cone, John (1979). Multiple-baseline analysis of a token economy for psychiatric inpatients. Journal of Applied Behavior Analysis, 12 (2), 124-232.

- Oboils, J. & Oboils, J.I. (1989). Esquizofrenia. España. Ed. Martínez Roca.
- Obregón, Francisco (1997). Cultura y psicología: las creencias como un factor disposicional del comportamiento. En Corral, Victor (Ed) , Disposiciones psicológicas: un análisis de las propensiones, capacidades y tendencias del comportamiento. México: Universidad de Sonora.
- Organización Mundial de la Salud. OMS (1992). CIE 10 .Décima Revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades Mentales y del Comportamiento: descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico. España. Ed. Meditor.
- Palacios, J., Chinaglia, G., Rigo, M., Ulrich, J., & Probst, A. (1991). Neurotension receptor binding levels in basal ganglia are not altered in Huntingon's chorea or schizophrenia. Synapse, 7 (2), 114-122.
- Parra, Fernando (1985). Social tolerance of the mentally in the Mexican American community. International Journal of Social Psychiatry. 34, (4), 38-45.
- Polk-Walker, G.C., Chan, W., Meltzer, A., Goldap, G & Williams, B. (1993). Psychiatric recidivism prediction factors. Western Journal of Nursing Research, 15(2), 163-176.
- Rahav, M., Struening, E. & Andrews, H. (1984). Opinions on Mental illness in Israel. Social Science Medicine, 19, (11), 1151-1158.
- Randolph, E., Eth, S., Glyn, Sh., Paz, G., Leong, G., Shaner, A., Strachan, A., Van vort, W., Escobar, J. & Liberman, R. (1994). Behavioural family management in schizophrenia. Outcome of a clinic-based intervention. British Journal of Psychiatry, 164, 501-506.
- Rascón, M.L., Díaz, R., López, J. & Reyes, C. (1997). La necesidad de atención en los familiares responsables del cuidado de pacientes esquizofrénicos. Memoria del Cuarto Encuentro Nacional de Investigadores sobre Familia. México: Universidad Autónoma de Tlaxcala.
- Reich, W. & Herjanic, B. (1989). The Diagnostic Interview of Children and Adolescents (DICA). Unpublished manuscript. Department of Psychiatry. Washington University, St. Louis, MO.
- Roberts, G. (1990). Schizophrenia: a neuropathological perspective. British Journal of Psychiatry, 158, 8-17.
- Sarason, G.I. (1986). Psicología Anormal: los problemas de la conducta desadaptada. México. Ed. Trillas.
- Sham, P., O'Callghan, E., Takei, N., Murray, G., Hare, H. & Murray, R. (1992). Schizophrenia following prenatal exposure to influenza epidemics between 1939 and 1960. British Journal of Psychiatry, 160, 461-466.

Sheibel, A.B. & Kovelman, J.A. (1981). Disorientation of the Hippocampal pyramidal cell and its processes in the schizophrenic patient. Biological Psychiatry, 16, 101-102.

Shokoohi-Yekta & Retish, P. (1991). Attitudes of Chinese and American male students toward mental illness. The International Journal of Social Psychiatry, 37(3), 192-200.

Sidman, L.T., Talbot, N.L., Kailnowski, A.G., Mccarley, R.W., Faraone, S.V., Kremen, W., Pepple, J. & Tsuang, M. (1991). Neuropsychological probes of fronto-limbic system dysfunction in schizophrenia. Olfactory identification and Wisconsin card sorting performance. Schizophrenia Research 6, 55-65.

Smith, J.V. & Birchwood, M.J. (1987). Specific and Non-specific effects of educational intervention with families living with a schizophrenic relative. British Journal of Psychiatry, 150, 645-652.

Spiegel, D. & Wissler, T. (1986). Family environment as a predictor of psychiatric rehospitalization. American Journal of Psychiatry, 43, 56-60.

Strachan, A.M., Leff, J.P., Goldstein, M.J., Doane, J.A. & Burt, C. (1986). Emotional attitudes and direct communication in the families of schizophrenics: a cross-national replication. British Journal of Psychiatry, 14, 279-287.

Straus, M.A. (1979). Measuring intrafamily conflict and violence: The Conflict Tactics Scales. Journal of Marriage and the Family, 41, 75-88.

Sue, Wagner, J., Margullis & Lew. (1976). Conceptions of mental illness among Asian and Caucasian-American students. Psychological Reports 38, 703-708.

Sundberg, N.D., Snowden, L.R., & Reynolds, W.M. (1978). Toward assessment of personal competence and incompetence in life situations. Annual Review of Psychology, 29, 179-221.

Tarrier, N., Barrowclough, C., Vaughn, C. E., Bamran, J.S., Porceddu, K., Watts, S. & Freeman, H.L. (1988). The community management of schizophrenia: a controlled trial of a behavioural intervention with families to reduce relapse. British Journal of Psychiatry, 153, 532-542.

Tarrier, N., Barrowclough, Ch., Vaughn, Ch., Bamrah, J., Porceddu, K., Watts, S. & Freeman, H. (1989) Community management of schizophrenia: a two year follow up of a behavioural intervention with families. British Journal of Psychiatry, 154, 625-628.

Tarrier, N. & Barrowclough, Ch. (1992). Families of schizophrenic patients: cognitive-behavioural intervention. Londres: Chapman & Hall.

Tarrier, N., Barrowclough, Ch., Porceddu, K. & Fitzpatrick, E. (1994) The Salford family intervention project: relapse rates of schizophrenia at five and eight years. British Journal of Psychiatry, 165, 829-832.

Torrey, E.F. (1991). Viral-anatomical explanations of schizophrenia. Schizophrenia Bulletin, 17, (1), 15-18.

Van Kammen, D., & Kelley, M. (1991). Dopamine and norepinephrine activity in schizophrenia. An integrative perspective. Schizophrenia Research, 4 (2), 173-191.

Vaughn, C.E. & Leff, J.P. (1976). The influence of family and social factors on the course of psychiatric illness. British Journal of Psychiatry, 129, 125-137.

Vaughn, C.E., Snyder, K., Freeman, W., Jones, S., Falloon, I. & Liberman, R. (1982). Family factors in schizophrenic relapse: a replication. Schizophrenia Bulletin, 8(2), 425-426.

Vaughn, C.E., Snyder, K., Freeman, W., Jones, S., Falloon, I. & Liberman, R. (1992). A controlled trial of relatives' counselling to reduce schizophrenic relapse. Social Psychiatry and Epidemiology 147, 16-21.

Webb, L., Mangrobang, C., Conning, R. & Orrel, L. (1993). A social therapy for long-term mentally ill inpatients: a pilot study. Behavioural psychotherapy. Journal of the British Association for Behavioural Psychotherapy, 21 (1), 114-124.

Weinberger, D.R., Berman, K.F. & Zec, R.F. (1986) Physiological dysfunction of dorsolateral prefrontal cortex in schizophrenia, I: regional cerebral blood flow evidence. Archives of General Psychiatry, 43, 114-124.

Weisman, Regeser, Karno y Jenkins (1993). An attributional analysis of expressed emotion in Mexican-American families with schizophrenia. Journal of Abnormal Psychology, 102,(4), 601-606.

Whittaker, O.J. (1968). Psicología. México. Ed. Nueva editorial Interamericana.

Williams, N. (1987). Estudio acerca del clima familiar en una muestra de familia con hijos-estudiantes universitarios. Universidad Simón Bolívar, Caracas.

Wing, J.K. (1994). Aspectos sociales de la esquizofrenia. Triángulo, 35 (2), 39-45.

Yates, Aubrey J. (1984). Terapia del comportamiento. México. Ed. Trillas.

Young, Wayne (1982). Multimodal handbook for a mental hospital. New York. Ed. Springer Publishing Company.

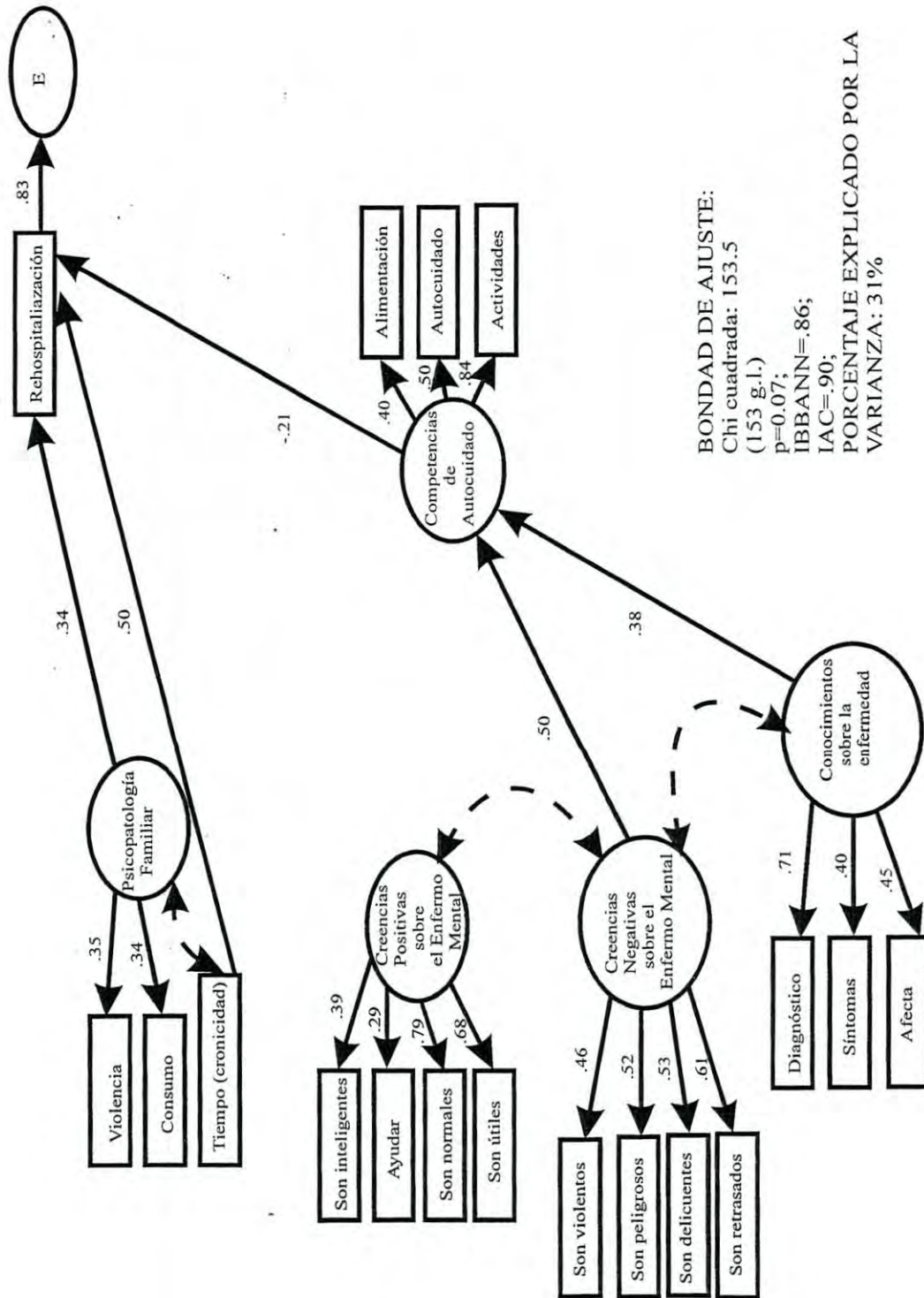


Figura 1. Influencia directa e indirecta de factores familiares sobre la rehospitalización de pacientes esquizofrénicos. Los coeficientes causales señaladas por líneas continuas son significativas a α0.05. Explicación del modelo a 31% de la varianza. Chi cuadrada 153.5 (153 g.l.) p=0.07; IBBANN=.86; IAC=.90;

ANEXOS

Apéndice

I. Esquizofrenia

La Décima Revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades Mentales y del Comportamiento de la Organización Mundial de la Salud (1992) define a la esquizofrenia como: "Un conjunto de trastornos que se caracterizan por distorsiones fundamentales y típicas de la percepción, del pensamiento y de las emociones". Identifica ciertos fenómenos psicopatológicos para el diagnóstico de la esquizofrenia: eco, robo, inserción del pensamiento o difusión del mismo; ideas delirantes de ser controlado, de influencia o de pasividad referidas al cuerpo; voces alucinatorias que comentan la propias actividades, ideas delirantes persistentes de otro tipo que no son adecuadas a la cultura del individuo; alucinaciones persistentes de cualquier modalidad; interpolaciones o bloqueos en el curso del pensamiento; manifestaciones catatónicas, tales como excitación, o posturas; síntomas negativos, tales como apatía, empobrecimiento del lenguaje, bloqueo o incongruencia de la respuesta emocional y un cambio consistente y significativo de la cualidad general de algunos aspectos de la conducta personal.

En 1997, Benassini con base al análisis de una serie de estudios se define a la esquizofrenia como: "una enfermedad mental generalmente crónica, progresiva y que provoca deterioro en los procesos de adaptación psicológica individual, familiar, laboral y social, con alguna tendencia hereditaria, para la que se han documentado anormalidades en el desarrollo del cerebro y de los procesos cognoscitivos, y que se caracteriza por un cortejo sintomático variado, que incluye síntomas positivos como alucinaciones, delirios y desorganización conceptual, y síntomas negativos como el embotamiento afectivo, apatía, desmotivación, incapacidad progresiva para socializar y la improductividad" (p. 8).

1.1. Características de la Esquizofrenia.

Las características principales de la esquizofrenia son una mezcla de signos y síntomas particulares (tanto positivos como negativos) que han estado presentes una parte significativa de tiempo durante un período de un mes y con algunos signos del trastorno que ha persistido durante al menos seis meses. Estos signos o síntomas están relacionados con una disfunción social o laboral. Para realizar un diagnóstico diferencial, la alteración no debe ser explicable por un trastorno esquizoafectivo o un trastorno del estado de ánimo con síntomas psicóticos y no es debida a los efectos fisiológicos directos de alguna sustancia o a una enfermedad médica como

hipertensión, diabetes, insuficiencia renal, hipertiroidismo, o cualquier otra (Asociación Americana de Psiquiatría, DSMIV, 1995; Kaplan, Sadock y Grebb, 1991).

1. 2. Síntomas.

Los síntomas que caracterizan a la esquizofrenia implican una variedad de disfunciones cognoscitivas y emocionales que incluyen la percepción, el pensamiento inferencial, el lenguaje y la comunicación; la organización comportamental, la afectividad, la fluidez y productividad de pensamiento y el habla, la capacidad hedónica, la voluntad, la motivación y la atención.

Los síntomas pueden ser positivos o negativos. Los síntomas positivos reflejan un exceso o distorsión de las funciones normales, mientras los síntomas negativos reflejan una disminución o pérdida de las funciones normales. Los síntomas positivos consisten en: distorsiones o exageraciones del pensamiento inferencial (ideas delirantes), la percepción (alucinaciones), el lenguaje y la comunicación (lenguaje desorganizado), y la organización comportamental (comportamiento gravemente desorganizado o catatónico). Estos síntomas incluyen dos dimensiones; que pueden estar relacionadas con mecanismos neurales subyacentes y correlaciones clínicas diferentes: la "dimensión psicótica" que incluye las ideas delirantes y alucinaciones, y la "dimensión de desorganización" que incluye el comportamiento y el lenguaje desorganizados. Los síntomas negativos comprenden restricciones del ámbito y la intensidad de la expresión emocional (aplanamiento afectivo), de la fluidez y la productividad del pensamiento y el lenguaje (alogia), y del inicio del comportamiento dirigido a un objeto (abulia).

Las ideas delirantes son creencias erróneas que con frecuencia implican una mala interpretación de las percepciones o las experiencias. Las alucinaciones pueden ocurrir en cualquier modalidad sensorial, pero las alucinaciones auditivas son las más frecuentes y características de la esquizofrenia. El pensamiento desorganizado ha sido considerado por algunos autores (Bleuler, citado en Sarason, 1986) como la característica simple más importante de la esquizofrenia. El lenguaje desorganizado puede caracterizarse por saltar de un tema a otro, las respuestas pueden tener una relación oblicua o no tener ninguna relación con las preguntas y, el lenguaje puede estar tan gravemente desorganizado que es incomprensible y se parece a la afasia receptiva.

El comportamiento gravemente desorganizado puede manifestarse de diversas maneras, desde conductas infantiles hasta agitación impredecible. Los comportamientos motores

catatónicos incluyen una importante disminución de la reactividad al entorno que algunas veces, alcanza un grado extremo de falta de atención, postura rígida y resistencia a ser movido.

Los síntomas negativos pueden ser desde: aplanamiento afectivo, alogia y abulia. El aplanamiento afectivo es especialmente frecuente y esta caracterizado por la inmovilidad y falta de respuesta en la expresión facial del sujeto, contacto visual pobre y reducción del lenguaje corporal. La alogia se manifiesta por las repeticiones breves, lacónicas y vacías. El sujeto con alogia parece tener una disminución de los pensamientos que se refleja en un desempeño de la fluidez y la productividad del habla. La abulia esta caracterizada por una incapacidad para iniciar, y persistir en actividades dirigidas a un fin. La persona puede permanecer sentada durante largo tiempo y mostrar poco interés en participar en actividades.

La esquizofrenia implica una disfunción en una o más de las principales áreas de actividad. El funcionamiento es claramente inferior al que se habría antes del inicio de los síntomas. Si la alteración empieza en la infancia o la adolescencia, más que un deterioro de la actividad puede existir un fracaso en la consecución de lo que podría esperarse para en el sujeto (Jackson, 1960).

1. 3. Criterios para el Diagnóstico de Esquizofrenia (DSM IV, 1995)

A. Síntomas característicos. Dos (o más) de los siguientes, cada uno de ellos presente durante una parte significativa de un período de 1 mes (o menos si ha sido tratado con éxito):

1. Ideas delirantes
2. Alucinaciones
3. Lenguaje desorganizado
4. Comportamiento catatónico o gravemente desorganizado
5. síntomas negativos (aplanamiento afectivo, alogia o abulia).

B. Disfunción social/laboral: Durante una parte significativa del tiempo desde el inicio de la alteración, una o más áreas importantes de actividad, como son el trabajo y las relaciones interpersonales o el cuidado de uno mismo, están claramente por debajo, las relaciones interpersonales o el cuidado de uno mismo están por debajo del nivel previo al inicio del trastorno.

C. Duración: Persisten signos y síntomas continuos de la alteración durante al menos 6 meses. Este período de seis meses debe incluir al menos un mes de síntomas que cumplan el Criterio A (o menos si se ha tratado con éxito) y puede incluir los períodos prodórmicos o

residuales, los signos de la alteración pueden manifestarse sólo por síntomas negativos o por dos o más síntomas de la lista del Criterio A, presentes de forma atenuada.

D. Exclusión de los trastornos esquizoafectivo y del estado de ánimo: El trastorno esquizoafectivo y el trastorno del estado de ánimo con síntomas psicóticos se han descartado debido a: que no ha habido ningún episodio depresivo mayor, maníaco o mixto concurrente con los síntomas de la fase activa; o si los episodios de alteración anímica han aparecido durante los síntomas de la fase activa, su duración total ha sido breve en relación con la duración de los períodos activo y residual.

E. Exclusión de consumo de sustancias y de su enfermedad médica: El trastorno no es debido a los efectos fisiológicos directos de alguna sustancia o de una enfermedad médica.

F. Relación con un trastorno generalizado del desarrollo: Si hay una historia de trastorno autista o de otro trastorno generalizado del desarrollo, el diagnóstico adicional de esquizofrenia sólo se realizará si las ideas delirantes o las alucinaciones también se mantienen durante al menos 1 mes (o menos si se han tratado con éxito).

El inicio del primer episodio psicótico de la esquizofrenia es aproximadamente a los 25 años en la población masculina y a los 30 años en la población femenina, aunque puede ser desde los 15 a los 35 años en general (DSMIV, 1995). El inicio puede ser brusco o insidioso.

La esquizofrenia se ha descrito en todas las culturas y los grupos socioeconómicos estudiados. En las naciones industrializadas se han observado números mayores de pacientes esquizofrénicos, así como en los grupos socioeconómicos de bajo nivel. También algunos estudios han reportado una alta prevalencia de esquizofrenia entre inmigrantes, mientras que otros señalan que los aspectos de diferencias culturales pueden influir en el diagnóstico inadecuado entre poblaciones de inmigrantes (Eagles, 1991; Benassini, 1997;). Sin embargo el cambio cultural, se ha señalado como un posible estresor relacionado con el desencadenamiento de la esquizofrenia (Wing, 1994).

1. 4. Tipos de esquizofrenia:

a) *Tipo paranoide.*- su característica consiste en la presencia de claras ideas delirantes o alucinaciones auditivas, en el contexto de una conversación relativa de la capacidad cognoscitiva y de la afectividad. Los síntomas característicos de los tipos desorganizado o catatónico no son frecuentes. Las ideas delirantes son de persecución, de grandeza o ambas, pero también puede

presentarse ideas delirantes con otra temática.

b) *Tipo desorganizado*.- las características principales del tipo desorganizado de esquizofrenia son el lenguaje desorganizado, el comportamiento desorganizado y la afectividad aplanada o inapropiada. El lenguaje desorganizado puede ir acompañado de tonterías y risas que no tienen clara conexión con el contenido del discurso. La desorganización comportamental puede acarrear una grave disrupción de la capacidad para llevar a cabo actividades de la vida cotidiana.

c) *Tipo catatónico*.- la característica principal del tipo catatónico de esquizofrenia es una marcada alteración que se observa a través de inmovilidad, actividad motora excesiva, negativismo extremo, mutismo, peculiaridades del movimiento voluntario, ecolalia o ecopraxia.

d) *Tipo indiferenciado*.- la característica esencial del tipo indiferenciado de esquizofrenia es la presencia de síntomas que cumplen con el criterio (A) de esquizofrenia, pero no cumplen con los criterios paranoide, desorganizado o catatónico.

e) *Tipo Residual*.- el tipo residual se utiliza cuando ha habido al menos un episodio de esquizofrenia, pero en el cuadro clínico actual no es patente la existencia de síntomas psicóticos positivos (ideas delirantes, alucinaciones, comportamiento o lenguaje desorganizados). Hay manifestaciones continuas de la alteración como lo indica la presencia de síntomas negativos de dos o más síntomas positivos atenuados.

II. Etiología.

La causa de la esquizofrenia, a pesar de mucha investigación, como tal no puede indicarse con certeza, diversas teorías intentan explicar el fenómeno, con base en evidencias obtenidas en investigaciones (Obiols & Obiols, 1989; Whittaker, 1968; Kaplan, Sadock y Grebb, 1991). Cabe señalar que tanto en medicina, psicología, así como en la ciencia en general los planteamientos causalistas han quedado atrás, dando pie a perspectivas más amplias donde se considera la multifactorialidad. Así, en el caso de la esquizofrenia resulta más adecuado hablar de factores que confluyen en la producción de este trastorno. Esta serie de factores de diversos tipos interactúan en la producción de la enfermedad. En general, se refieren a aspectos genéticos, de estructura y organización cerebral, neuroquímicos, de desarrollo psicológico, de interacción psicológica, así como socioculturales.

2. 1. Sustrato Biológico.-

A pesar de que la causa de la esquizofrenia, como tal no se pudo determinar, ciertos indicadores fundamentan la base biológica de este trastorno. Varias investigaciones (Buchsbbaum, DeLisi & Holcomb, 1984; Akbarian & Bunney, 199; Jakob & Beckman, 1986; Arnold, Hyman, Van Hoesen & Damasio, 1991), han mostrado una actividad inadecuada de funcionamiento en ciertas áreas del cerebro, incluyendo al sistema límbico (Csernansky, Murphy & Faustman, 1991; Sidman, Talbot, Kalinowski, Faraone, Kremen, Pepple & Tsuang, 1991), la corteza frontal (Nakai, Kitamura, Hashimoto, Nishino, Mita & Tanaka, 1991.; Arnold, Hyman, Van Hoesen & Damasio, 1991) y el ganglio basal (Palacios, Chinaglia, Rigo, Ulrich & Probst, 1991; Heckers, Heinsen, Heinsen & Beckman, 1990). Estas tres áreas, están interconectadas, así que la disfunción en un área puede provocar patología primaria en otra área. Dos tipos de investigaciones han implicado al sistema límbico como un sitio potencial para la patología primaria en al menos alguna porción. Estos estudios son la imagen del cerebro de personas vivas (Buchsbbaum y cols. 1984, Cleghorn, Zipursky & List, 1991; Gunther, Petsch, Steinberg, Moser, Streck, Heller, Kurtz & Hippus, 1991; Daniel, Kim, Kostianovsky & Goldberg., 1991) y la examinación neuropatológica del tejido cerebral posterior a la muerte (Akbarian y cols., 1993). Se han encontrado estructuras cerebrales anormales en estas personas, con suficiente evidencia para decir que éstas se dan cuando el feto se encuentra en desarrollo, existiendo un acomodo anómalo de ellas (Murray, Jones, O'Callaghan, 1991; Roberts, 1990). El tiempo en el que la lesión neuropatológica aparece en el cerebro y la interacción de la lesión con el ambiente y los estresores sociales continúan siendo áreas de investigación (Lader, 1995; Weinberg, Berman, & Zec, 1986; Eagles, 1991). Al parecer estas lesiones, más bien se refieren a anomalías en las estructuras originadas en la etapa de desarrollo del cerebro en el neonato. Las infecciones virales durante el embarazo parecen estar correlacionadas con estos hallazgos (Mednick, Machon, Huttunen & Bonett, 1988; Kendell & Kemp, 1989; Barr, Mednick, & Munck-Jorgensen, 1990; Sham, O'Callaghan, Takei, Murray, Hane & Murray, 1992).

Las principales áreas del cerebro implicadas en la esquizofrenia son las estructuras límbicas, los lóbulos frontales, y el ganglio basal. El tálamo, el encéfalo y mescencéfalo son las principales localizaciones para el ascenso de las neuronas aminérgicas.

Hipótesis de la Dopamina.- esta teoría sitúa a la esquizofrenia como el resultado de un

exceso de actividad dopaminérgica. Surge de dos observaciones: a excepción de la clozapina, la eficacia y potencialidad de los antipsicóticos esta correlacionada con su habilidad para interactuar como antagonistas del receptor de tipo dopamina (D2)., y por otro lado, las sustancias que incrementan la actividad dopaminérgicas, más notablemente las anfetaminas, son psicotomiméticas (Grace, 1991; Moises, Gelernter, Giuffra, Zarconoe, Wetterberger, Civelli, Kidd, Cavalli-Sforza, Grandy, & Kennedy, 1991; Van Kammen & Kelley, 1991).

Otros neurotransmisores.- aunque la dopamina es el neurotransmisor que ha recibido la mayor atención en la investigación de la esquizofrenia, también se debe poner atención a otros neurotransmisores. Debido a que la esquizofrenia parece ser un trastorno heterogéneo, es posible que las anormalidades en diversos neurotransmisores lleven al mismo síndrome comportamental (Arora & Meltzer, 1991; Hashimoto, Nishino, Nakai & Tanaka, 1991; Iadarola, Ofri & Kleinman, 1991; Benson, Faull, & Zarcone, 1991; Muck-Seler, Jakovljevic & Deanovic, 1991).

Respecto al Ganglio Basal, muchos pacientes esquizofrénicos tienen trastornos en el movimiento, que aún en la ausencia de medicamentos se provoca un trastorno de este tipo. Estos trastornos pueden incluir estereotipos, movimientos gesticulares, etc. El ganglio basal está involucrado en el control del movimiento. Por otro lado, en todos los trastornos neurológicos que pueden tener síntomas psicóticos como síntomas asociados, los trastornos del movimiento que envuelven los ganglios basales son de los más comúnmente asociados con psicosis en los pacientes afectados (Mallakh, Kirch, Shelton, Fran, Pezeshkpour, Kanhouwa, Wyatt & Kleinman, 1991; Palacios y cols, 1991).

2. 2. Modelo Neurobiológico.

Con el fin de clarificar algunos aspectos del apartado anterior referidos como sustrato biológico, se hará referencia de manera particular a lo que podemos llamar el modelo neurobiológico de la esquizofrenia. Es importante comprender los mecanismos neurobiológicos de la conducta.

Empezaremos diciendo que el cerebro se comienza a formar a partir del tubo neuronal de un embrión. De este tubo neuronal deben migrar neuronas primitivas, los neuroblastos, hasta el lugar en que se encontrará el cerebro. Estos neuroblastos al migrar se organizan en protuberancias que se llaman "vesículas cerebrales" (Beckmann & Jakob, 1991). De la más distante de ellas, el telencéfalo, se forma la corteza cerebral, que es la estructura de mayor

complejidad estructural y funcional del sistema nervioso, especialmente la del lóbulo frontal. La corteza cerebral se origina en seis capas de neuronas, que se van delimitando conforme migran los neuroblastos y se superponen unos sobre otros hasta formar estas capas, desde lo más profundo hasta lo más superficial. Esto ocurre principalmente entre los 40 y 120 días de vida intrauterina (4 meses) (Mednick y cols., 1991; Murray, Jones y O'Callaghan, 1991).

El cerebro en formación es de manera especial sensible a los agresores del ambiente que pueden condicionar problemas de neurodesarrollo, esto es, alteraciones en la estructura celular neuronal. Se da de manera particular en el caso de los virus (Torrey, 1991). Múltiples estudios han documentado la relación epidemiológica entre brotes de una enfermedad viral conocida como "Influenza" (similar a la gripe) y los incrementos en la incidencia, es decir la aparición de nuevos casos de esquizofrenia (Sham y col. 1960, Mednick y col. 1988; Kendell y Kemp 1989, Barr, Mednick, Munk-Jorgensen, 1990; O'Callaghan, 1992;). Esto es debido a que el virus de la influenza es neurotrópico, o tiene afinidad por el tejido nervioso, y puede condicionar lo que llaman "sufrimiento neuroblástico" en el cerebro en formación, si la madre se infecta antes del cuarto mes.

Los neuroblastos que se hallan en esta situación de sufrimiento, que puede ser debido a alguna infección viral como la influenza, o debido a otros factores, tienen problemas para migrar, y no llegan a acomodarse de manera adecuada en las capas de corteza cerebral que les corresponden. Existen técnicas de detección de enzimas indicadoras de sufrimiento neuroblástico en cerebros de esquizofrénicos, que han demostrado que se presentó éste en la etapa de neurodesarrollo (Mednick y cols., 1988; Jakob & Beckman, 1986). Al no llegar a migrar, los neuroblastos se ubican fuera de su destino, y se ha detectado en cerebros de esquizofrénicos que las neuronas adultas producto de la maduración de estos neuroblastos, se hallan fuera de posición, en concentraciones menores en las capas de sustancia gris, y en concentraciones mayores en la sustancia blanca inmediatamente inferior a la gris, en la que no debieran encontrarse (Iadarola, Ofri y Kleinman, 1991; Mednick y cols., 1988; Sheibel & Kovelman, 1984; Jakob y cols., 1986). Eso ocurre en el lóbulo frontal y en el giro parahipocámpico (lóbulo temporal) (Weinberger, Berman & Zec, 1986; Akbarian y cols., 1993).

Así, las neuronas quedan fuera de posición, el bebé nace y crece, y el defecto, como no es severo, no desorganiza gravemente el comportamiento, ni afecta de manera evidente la

adaptación. Sin embargo es con el inicio de la adultez que se caracteriza socialmente por un entorno que demanda iniciativa, planeación, decisión, vocación, a diferencia del desarrollo anterior, bajo la supervisión y decisión de padres o tutores, que suele manifestarse. El cerebro con problemas de malformación como los anteriormente descritos, tiende a funcionar por debajo de lo normal, en el sentido de planear, decidir, resolver, motivarse, y el sujeto puede desarrollar una mezcla de perplejidad, apatía, falta de motivación, desempeño conductual inadecuado y problemas en la socialización y expresión de afectos (Sidman y cols., 1991; Mallakh y cols., 1991). Esto explica el inicio de la enfermedad dentro de la etapa adulta.

Esta condición puede ser detectada por el cerebro, que advierte que su corteza frontal y temporal no cumple su función adaptativa, de manera que estructuras subcorticales encargadas en condiciones normales de estimular a la corteza, comienzan a sobreactivarla o sobrestimularla, intentando compensar el déficit. Como producto de esta sobrestimulación anormal, aparecen alucinaciones y delirios. Estas estructuras subcorticales estimuladoras son vías neuronales que tienen su origen en el tallo cerebral y el hipotálamo y mandan axones a la corteza. Estas vías trabajan con dopamina y serotonina como neurotransmisores. Se observa una excesiva cantidad de dopamina y serotonina en la corteza cerebral de esquizofrénicos que están teniendo síntomas positivos (Grace, 1991, Hashimoto y cols. 1999; Muck-Seley cols., 1991). Los medicamentos que bloquean a estos transmisores pueden controlar los síntomas positivos. Sin embargo, los problemas de estructuración cerebral anómala nunca pueden ser corregidos, por lo que los déficits conductuales tenderán a presentarse de manera permanente. Esto no niega la posibilidad de lograr a través de intervenciones psicológicas consistentes, la regulación y modificación en buena medida, de estos déficits conductuales.

2. 3. Teorías Genéticas.

Diversos estudios han encontrado un componente genético para la herencia de la esquizofrenia. Desde los estudios clásicos de 1930, se encontró que una persona podría tener esquizofrenia si otros miembros de la familia también tenían y la probabilidad de la persona de tener esquizofrenia esta correlacionada con la cercanía de la parentela (Levinson & Mowry 1991; McGue & Gottesman, 1991; Pulver, Brown & Woilyniec, 1991; Ritsner, Karas & Drgalenko, 1991;). Los resultados de investigaciones sugieren que la influencia genética sobrepasa la influencia ambiental (Erlenmeyer, Hilldoff, Rock, Roberts, Bassett, Squires-Wheeler, Cornblatt,

Endicott, Pape, & Gottesman ,1997; Keefe y cols. 1991 , Kaplan y Sadoc & Grebb, 1991).

2. 4. Factores Psicosociales

Los factores individuales, familiares y sociales pueden afectar al paciente con esquizofrenia. La esquizofrenia es similar a otras enfermedades, en el sentido que su curso se ve afectado por el estrés psicosocial. Por lo tanto, deben considerarse los factores psicosociales que afectan a la esquizofrenia, y analizar las situaciones estresantes como posibles desencadenantes de esta enfermedad (Kaplan; Sadock y Grebb, 1991).

Lader (1995) dentro de su modelo general de esquizofrenia reconoce el importante papel de estresores ambientales tempranos (infecciones y traumatismos cerebrales), así como aquellos en etapas tardías (eventos vitales, privación social, abuso de drogas, soporte social, dinámica familiar, intolerancia social, etc.) en el desencadenamiento de la enfermedad. Así mismo Wing, (1994) señala como principales factores sociales que influyen en la evolución de la esquizofrenia (especialmente en los aspectos deteriorantes de la enfermedad tales como delirios y alucinaciones, pensamiento y lenguaje incoherentes, problemas de expresión no verbal, lentitud psicomotriz y comportamiento anormal); a las desventajas sociales tales como: la carencia de formación, pobreza de habilidades sociales y culturales, la falta de apoyo social, el trato inadecuado, el estigma y rechazo social, y el poco interés gubernamental en este problema. Así mismo este autor señala que en Inglaterra los principales factores asociados con un riesgo incrementado de esquizofrenia son: la carga familiar excesiva, la emigración, haber nacido en Inglaterra de padres hindúes, trasladarse a zonas socialmente aisladas, el descenso en la escala ocupacional, las anomalías perinatales y los problemas premórbidos de personalidad.

2. 5. Teoría del Aprendizaje.

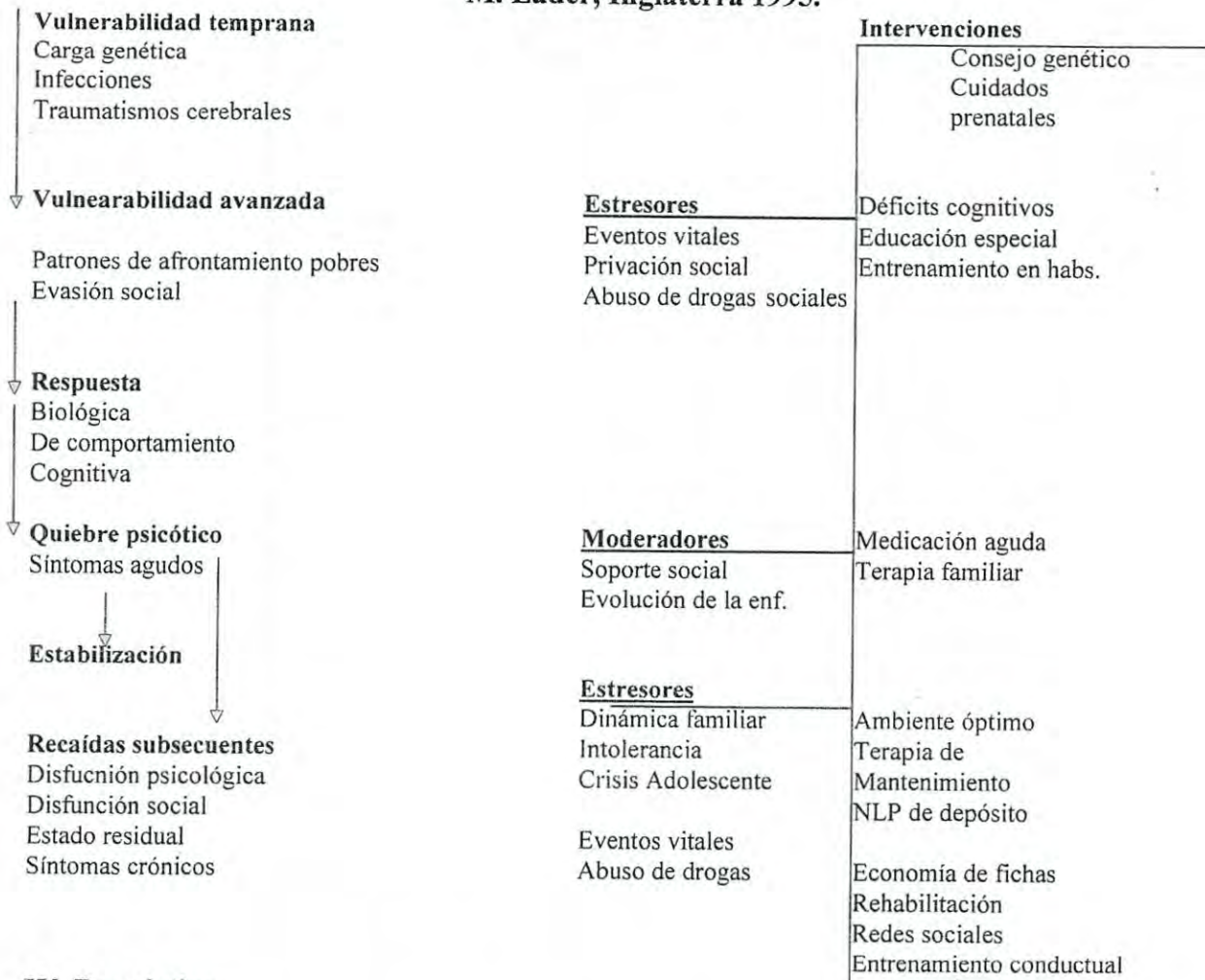
De acuerdo a la teoría del aprendizaje, los niños que más tarde desarrollan esquizofrenia, aprenden reacciones y modos de pensamiento irracionales por medio de la imitación de los padres quienes pueden tener sus propios problemas emocionales significativos (Fernández y Carrobes, 1981).

III. Modelo General de la Esquizofrenia (Lader, 1995)

El modelo de Lader (1995) plantea que hay aspectos que influyen en la vulnerabilidad temprana o tardía, así mismo estresores tempranos y tardíos que desencadenan este tipo de

Modelo General de la Esquizofrenia

M. Lader, Inglaterra 1995.



IV. Pronóstico.

En cuanto al pronóstico de este trastorno Kaplan, Sadocks y Grebb (1991) señalan ciertas características que ayudan a evaluar este aspecto:

Buen Pronóstico

- Inicio tardío
- Factores precipitantes obvios
- Inicio agudo
- Buena historia premórbida social, sexual y de trabajo.
- Síntomas de trastornos afectivos
- Ser casados

Mal pronóstico

- Inicio temprano
- No factores precipitantes
- Inicio incidioso
- Deficiente historia premórbida social, sexual y de trabajo.
- Aislamiento o conducta autística
- Ser solteros

patología. Como factores de vulnerabilidad temprana señala a la carga genética (herencia), infecciones durante el embarazo, así como traumatismos cerebrales, en donde las intervenciones para la prevención a un primer nivel pueden consistir en consejo genético y cuidados prenatales básicamente. Los factores que influyen en la vulnerabilidad avanzada de la enfermedad consisten en los déficits cognitivos, pocos o limitados patrones de afrontamiento, así como el aislamiento social. Los estresores que pueden desencadenar la enfermedad en esta etapa son los eventos vitales (muerte de un familiar, etc.), el aislamiento o privación social, así como el consumo de drogas y sustancias. Aquí las propuestas de intervención consisten en educación especial, así como en el entrenamiento en habilidades sociales. A partir de esta vulnerabilidad más avanzada, existe una respuesta del individuo de tipo biológico, comportamental y cognitivo, es decir dependiendo de su repertorio cognitivo, patrones de afrontamiento y socialización, responderá de una manera u otra presentando el quiebre psicótico, que es donde se presentan los síntomas agudos (generalmente síntomas positivos), aquí los estresores de posible influencia identificados son el apoyo o soporte social y la evolución misma de la enfermedad. En esta etapa se propone el tratamiento medicamentoso agudo y la terapia familiar. A través de estas y otras intervenciones es posible la estabilización del paciente, o su estabilización y posteriormente recaídas que se identifican a través de una disfunción psicológica (comportamental, pérdida de habilidades y deterioro comportamental), disfunción social (pérdida de la capacidad de interacción con los demás), estado residual (crónico, identificado generalmente por deterioro en diversas áreas) y síntomas crónicos (generalmente síntomas negativos: aislamiento, pérdida de interés, etc.). Los estresores que influyen en esta etapa son básicamente la dinámica familiar, así como la intolerancia social. Se proponen intervenciones para lograr un ambiente óptimo, así como terapia medicamentosa de mantenimiento de neurolépticos de depósito. También influyen los eventos vitales (como pérdida de un familiar querido, movilidad, divorcio, etc.), así como el abuso de drogas. Otro tipo de intervenciones que se proponen son la utilización del manejo de contingencias por medio de una economía de fichas, la rehabilitación (básicamente con los propósitos de la reintegración familiar y inserción social), búsqueda de redes de apoyo social, así como el entrenamiento conductual (puede ser en actividades de autocuidado, habilidades de comunicación, habilidades sociales, etc.).

-Historia familia de trastornos afectivos.

-Buenos sistemas de apoyo

-Síntomas positivos

-Historia familiar de esquizofrenia.

-Pobres sistemas de apoyo.

-Síntomas negativos

-Signos y síntomas neurológicos.

-Historia perinatal de trauma.

-No remisiones en 3 años

-Muchas recaídas

V. Tratamientos

Los principales tratamientos que se han utilizado para el abordaje individual de este trastorno son:

5. 1. Hospitalización.

Las indicaciones para la hospitalización son para los propósitos diagnósticos, la estabilización de los medicamentos, la seguridad del paciente debido a sus ideas delirantes y al comportamiento desorganizado o inapropiado, incluyendo la incapacidad de hacerse cargo de sus necesidades básicas tales como comida, vestido e higiene. Una meta principal de la hospitalización debe ser un enlace entre el paciente y los sistemas de apoyo de la comunidad. La hospitalización decrementa la ansiedad de los pacientes y ayuda a estructurar sus actividades diarias. El tratamiento hospitalario debe dar una orientación práctica de actividades de la vida diaria, para mejorar la calidad de vida, empleo y relaciones sociales.(Berger, 1977; Chazaud, 1978; Cancrini & Malagoli, 1976; Greist, Jeferson & Spitzer, 1986; Davison & Neale, 1983; Derek, 1967).

5. 2. Medicamentos.

Antipsicóticos.- referidos frecuentemente como “neurolépticos” o “tranquilizantes mayores”, incluyen: dopamina, risperidona y clozapina.

El remoxipridona es un receptor antagonista de la dopamina. La risperidona es una droga antipsicótica que tiene actividad significativa en el receptor de serotonina tipo dos y el receptor de la dopamina tipo dos.

La Clozapina es una droga antipsicótica efectiva. Su mecanismo de acción no es aún muy conocido, sin embargo, es conocido como débil antagonista del receptor D, pero parece ser un potente antagonista del receptor D4 y tiene una actividad antagónica sobre los receptores serotoninérgicos.

5. 3. Tratamientos Psicosociales:

Terapia conductual.- este tipo de tratamiento envuelve tanto las habilidades como los déficits del paciente. Las técnicas conductuales como la economía de fichas y el entrenamiento en habilidades sociales para incrementar las habilidades sociales, de autocuidado, prácticas y de comunicación interpersonal resultan tener muy buenos resultados. Las conductas adaptativas son reforzadas por medio de fichas que pueden ser cambiadas por objetos deseados o privilegio (Ayllon & Azrin, 1979; Atthowe & Krasner, 1968; Nelson y Cone, 1979; Kaplan, Sadock y Grebb, 1991; Brenner, 1992; Brekke, 1993; Fitcher, 1976).

El entrenamiento conductual en habilidades con frecuencia se refiere a terapia de habilidades sociales, la terapia puede dirigirse al apoyo y utilidad del paciente, junto con su tratamiento farmacológico (Yates, 1982; Young., 1982, Webb, Mangrobang, Conning & Orrel , 1993). Muchos de los síntomas de la esquizofrenia envuelven las relaciones con otros, incluyendo poco contacto visual, reflejadas en las respuestas, expresiones faciales inadecuadas, falta de espontaneidad, falta de percepción de emociones en otras personas (Webb y cols. 1993).

VI. Evaluación.

Para un adecuado tratamiento es necesario realizar una evaluación cuidadosa. La evaluación de la esquizofrenia frecuentemente se hace a través del diagnóstico, por medio de un examen mental y la observación del paciente durante la entrevista, es de fundamental importancia no perder de vista la evaluación de los repertorios de conducta de los pacientes. Un análisis de este tipo resulta imprescindible, ya que la calidad de la recuperación de un paciente está más asociada a tales repertorios que a la sintomatología presentada (Strauss y Carpenter, 1978; citado en Fernández y Carroble, 1981). El nivel de funcionamiento en las distintas áreas, tras un episodio, puede predecirse mejor partiendo del funcionamiento premórbido en las áreas correspondientes, independientemente de los síntomas que presenta.

Una evaluación completa de las habilidades de estos pacientes implica analizar los repertorios del paciente en las siguientes áreas: habilidades sociales, habilidades de la vida cotidiana, habilidades ocupacionales, evaluación de aspectos cognitivos, evaluación de aspectos fisiológicos, evaluación de los resultados y generalización de la terapia, evaluación del ambiente, evaluación del ambiente familiar, evaluación del ambiente terapéutico.

El análisis de este tipo de habilidades puede proporcionar una predicción del ajuste post-

hospitalario del paciente. El nivel de adaptación de un sujeto, cuando se recupera de un episodio psicótico, esta en función de las habilidades que haya desarrollado previamente en las diversas áreas (social, ocupacional, etc.).

Algunas de las clasificaciones relevantes en la evaluación son las siguientes dimensiones

- 1) agudo/crónico
- 2) paranoide/no paranoide
- 3) ajuste premórbido

Un paciente que por primera vez presenta un episodio de esquizofrenia se le considera agudo, y si el trastorno dura bastante tiempo se le considera crónico. Algunos de los criterios para considerar al paciente como crónico son; más de dos hospitalizaciones (Davison y Neale 1983), duración superior a los dos años (Hogg 1990), superar los seis años (Fernández y Carroble, 1981), clínicamente la definición más aceptable de trastorno crónico excede los dos años.

La sintomatología es mayor de tipo negativo (ausencia de conductas esperadas, aplanamiento afectivo, pobreza de lenguaje, aislamiento o apatía), en el caso de los trastornos crónicos. En el caso de los trastornos agudos, se observa un exceso de conductas delirantes, alucinaciones y trastornos del pensamiento y lenguaje.

Paranoide y no paranoide, consiste en dos trastornos distintos más que variaciones sintomáticas de un trastorno común (Fernández y Carroble, 1981). En el caso paranoide se presenta delirios de control, referencia de persecución, grandeza y expresión de hostilidad. En el caso no paranoide, se presenta respuesta emocional incongruente, trastorno de la postura, desorientación temporal, desorganización cognitiva y alucinaciones.

El ajuste premórbido consiste en el ajuste sociosexual de una persona anterior a la aparición de sus síntomas. Se relaciona con la consecución del individuo, del desarrollo en las distintas habilidades anteriores al inicio del trastorno. Esta dimensión esta muy relacionada con el pronóstico de la enfermedad.

Dentro de la evaluación es necesario conocer las situaciones bajo las cuales se presentan las conductas adaptadas, así como las desadaptadas, para saber en que situaciones tienen mayor probabilidad de ocurrir, al igual que las consecuencias de ellas. De esta manera es factible modificar las condiciones para maximizar las conductas adaptadas y minimizar o eliminar aquellas desadaptadas. Las intervenciones que se han realizado respecto a la modificación de

conducta con estos pacientes han reportado resultados muy positivos, principalmente en el trabajo de habilidades de autocuidado, conducta social y conducta laboral. Los antecedentes ambientales, que consisten en la evaluación de las situaciones problemáticas que suelen enfrentar los pacientes (físicas, familiares, académicas, sociales, etc); así como los antecedentes internos que consisten en autoinstrucciones, estrategias de solución de problemas y patrones de respuestas fisiológicas forman una parte importante de este análisis.

Para la evaluación de déficits o excesos conductuales se hace una revisión de las conductas motoras, cognitivas y fisiológicas dentro del ambiente familiar y el terapéutico. Se evalúan las relaciones sociales (capacidad para iniciar y mantener una conversación, solucionar problemas interpersonales, comportarse de acuerdo con las exigencias del ambiente). Las habilidades de la vida cotidiana como conductas de higiene personal y las necesarias para llevar una vida independiente o utilizar los recursos sociales, habilidades para realizar un trabajo y poseer un rol ocupacional) y para aumentar la asistencia y colaboración del paciente en diversas actividades. Se evalúan conductas básicas como: contacto ocular, aproximación física o tono de voz, conductas interpersonales complejas como de higiene personal, de toma de medicamentos, de control del estrés, actitud hacia los servicios de salud, conductas relacionadas con la alimentación y nutrición (planificación y preparación de comida, ir de compras, conductas de seguridad y hábitos alimenticios; empleo de tiempo de ocio, utilización del transporte público, identificación de intereses y habilidades ocupacionales).

de Identificación _____

DATOS DE IDENTIFICAIÓN

Nombre del Paciente: _____ No. Exp. _____

Edad: _____ Género F M Dx: _____

Realizado por el Dr: _____

Inicio del Trastorno: _____ Tiempo con el trastorno: _____

Número Hospitalizaciones _____ en un período de _____ Médico
: _____

Medicamento actual: _____ Medicamentos anteriores: _____

Instituciones en dónde ha sido atendido: _____

Nombre del Familiar: _____ Parentesco: _____

Edad: _____ Género F M Ocupación: _____

Vive con el paciente Si No.

Domicilio: _____

Teléfono: _____

Observaciones: _____

CUESTIONARIO DE FUNCIONAMIENTO
FAMILIAR

Familia: _____
 Tiempo de Unión: _____ Edad del primer hijo(a) _____
 Ingreso Familiar: _____ Ingreso per capita: _____

Posición	Sexo	Edad	Escolaridad	Ocupación	Aportación Económica
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____

Descripción de la vivienda

Número de cuartos _____ ¿Duermen en cuartos separados los niños de los adultos?

Si _____ No _____ ¿Quiénes?

Número de recámaras _____ Material de la vivienda _____

Radio _____ TV _____ Teléfono _____

La vivienda es : propia _____ rentada _____ prestada _____ otro _____

Observaciones: _____

FAMILIOGRAMA:

B. Afecto. 1. ¿Quiénes de ustedes salen juntos con cierta frecuencia?

	Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro fam
Padre	_____	_____	_____	_____	_____
Madre	_____	_____	_____	_____	_____
Hijos	_____	_____	_____	_____	_____
Hijas	_____	_____	_____	_____	_____
Otro familiar	_____	_____	_____	_____	_____

2. ¿Quiénes en la familia se demuestran su afecto (abrazan, acarician, se dan palmadas en las espaldas o tienen contacto físico) espontáneamente?

	Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro fam
Padre	_____	_____	_____	_____	_____
Madre	_____	_____	_____	_____	_____
Hijos	_____	_____	_____	_____	_____
Hijas	_____	_____	_____	_____	_____
Otro familiar	_____	_____	_____	_____	_____

3. Cuando se llegan a enojar en esta familia, ¿quiénes son los que lo hacen y con quiénes?

	Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro fam
Padre	_____	_____	_____	_____	_____
Madre	_____	_____	_____	_____	_____
Hijos	_____	_____	_____	_____	_____
Hijas	_____	_____	_____	_____	_____
Otro familiar	_____	_____	_____	_____	_____

III. Modos de control de conducta.

A. Control de conducta.

1. Cuando alguien comete una falta, ¿quién y cómo castiga?

1.1. ¿Con qué frecuencia?

	a. Siempre	b. Casi Siempre	c. Algunas veces	d. Casi Nunca	e. Nunca
		Verbalmente (con regaños)	Corporalmente (Nalgadas)	Instrumentalmente (Quitando premios o privilegios como permisos, ver T.V..)	

Padre	_____	_____	_____	_____	_____
Madre	_____	_____	_____	_____	_____
Hijos	_____	_____	_____	_____	_____

2. Si acostumbran hacer promesas sobre premios y castigos

2.1. ¿Quiénes las cumplen?

Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro fam
_____	_____	_____	_____	_____

B. Supervisión.

1. ¿Quién supervisa el comportamiento escolar de los hijos (tareas, trabajos)?

	Todos los días (7 d. a la semana)	5 días a la semana (5 d. a la semana)	3 días a la semana	1 vez a la semana	Nunca
Padre	_____	_____	_____	_____	_____
Madre	_____	_____	_____	_____	_____
Hijos	_____	_____	_____	_____	_____
Otro fam	_____	_____	_____	_____	_____

2. ¿Quién se responsabiliza de los hábitos higiénicos (peinado, baño, vestido, lavado dental, etc.)?

	Todos los días (7 d. a la semana)	5 días a la semana	3 días a la semana	1 vez a la semana	Nunca
Padre	_____	_____	_____	_____	_____
Madre	_____	_____	_____	_____	_____
Hijos	_____	_____	_____	_____	_____
Hijas	_____	_____	_____	_____	_____
Otro fam	_____	_____	_____	_____	_____

3. Para transmitir los valores más importantes en esta familia (responsabilidad, sinceridad, honradez, etc.), ¿quién(es) se ha(n) responsabilizado de que estén presentes y sean transmitidos?

3.1. ¿Con qué frecuencia?

Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro fam	Otro no fam	Todos	Nadie
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____

4. ¿Quién(es) en esta familia estimula(n) las habilidades y aptitudes (leer, escribir, tocar algún instrumento, etc.)?

Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro fam	Otro no fam	Todos	Nadie
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____

IV. Conducta disruptiva.

A. Problemas de conducta.

1. ¿Se han llegado a ... en esta familia? ¿Quién con quién?

a. criticar

f. pegar con un cintillo o cuerda

b. gritado o insultado

g. pegar durante algunos minutos

c. cacheteado o dado nalgadas.

d. tirado o aventado con algo

e. empujarse y jalarse

	Padre	Madre	Hijos	0=Nunca	4=6-10 veces
Padre	_____	_____	_____	1=Una vez	5=11-12 veces
Madre	_____	_____	_____	2=2 veces	6=más de 20 veces
Hijos	_____	_____	_____	3=3-5 veces	
Paciente	_____	_____	_____		

2. En el último año, ¿Quién ha tenido problemas de comportamiento en la escuela, el trabajo o con los demás (reportes del maestro, dado de baja en algún trabajo, pleitos en lugares públicos)?

	Tipo de problema	¿Dónde?	¿Con quién?	¿Cuántas veces?
Padre	_____	_____	_____	_____
Madre	_____	_____	_____	_____
Hijos	_____	_____	_____	_____
Paciente	_____	_____	_____	_____
Motivo:	_____			

3. En el último año, ¿ha habido problemas con la autoridad en esta familia (policía, jefes, maestros, etc.) (detenido por policía, expulsado por algún maestro o corrido por algún jefe)? ¿Quién los ha tenido?

	Tipo de problema	¿Dónde?	¿Con quién?	¿Cuántas veces?
Padre	_____	_____	_____	_____
Madre	_____	_____	_____	_____
Hijos	_____	_____	_____	_____
Paciente	_____	_____	_____	_____
Motivo:	_____			

B. Psicopatología. 1. ¿En esta familia hay alguien que se embriague con alcohol ?

Frecuencia:

A= Nunca

B= Únicamente en ocasiones especiales

C= De vez en cuando.

D= Casi todos los fines de semana /días entre semana.

E= Todos los fines de semana/días entre semana.

F= Solo con comidas

Cantidad:

A. No bebe

B. 1 ó 2 vasos de vino, 1 ó 2 botes de cerveza , 1 ó 2 bebidas preparadas.

C. 3 vasos de vino, 3 botes de cerveza. 3 bebidas preparadas.

D. 4-6 " " " " " "

E. Bebidas en cantidad mayor a 6

vasos.

1.1. En los fines de semana.

¿Con qué frecuencia?

¿Cuánto bebe?

Padre _____

Madre _____

Hijos _____

Paciente _____

Tipo de sustancia: _____

1.2. Entre semana

¿Con qué frecuencia?

¿Cuánto bebe?

Padre _____

Madre _____

Hijos _____

Paciente _____

Tipo de sustancia: _____

2. ¿En esta familia hay alguien que tome algún tipo de estimulantes o drogas? Si ___ NO

Frecuencia:

A= Nunca

D= Último año

B= Última semana

C= Último mes

¿Con qué frecuencia?

Tipo de Sustancia

Padre _____

Madre _____

Hijos _____

Paciente _____

3. ¿Quién ha presentado algún problema emocional (depresión, depresión bipolar, ansiedad diagnosticada o detectada por un médico, psicólogo o psiquiatra)?

Tipo de prob.

¿Cuántas veces?

Tratamiento

Hospitalización

Padre _____

Madre _____

Hijos _____

Paciente _____

4. ¿Quién en la familia se aísla (se aleja de los demás y permanece solo en periodos de tiempo prolongados)?

Siempre

Casi Siempre

Algunas veces

Casi Nunca

Nunca

Padre _____

Madre _____

Hijos _____

Paciente _____

ENCUESTA DE CREENCIAS RESPECTO AL ENFERMO MENTAL

Encierre en un círculo : TA= si esta totalmente de acuerdo con la afirmación anterior, A= Si está de acuerdo, NS= Si no sabe, D= en desacuerdo o TD= totalmente en desacuerdo, respectivamente.

1. Los enfermos mentales son personas muy inteligentes		TA	A	NS	D	TD
2. Los enfermos mentales son violentos.	TA	A	NS	D	TD	
3. Cualquiera puede llegar a ser un enfermo mental.	TA	A	NS	D	TD	
4. Los enfermos mentales son muy nerviosos.	TA	A	NS	D	TD	
5. Hay muchas maneras de ayudar a un enfermo mental.	TA	A	NS	D	TD	
6. Los enfermos mentales son peligrosos	TA	A	NS	D	TD	
7. Los enfermos mentales pueden llevar una vida normal.	TA	A	NS	D	TD	
8. Los enfermos mentales no pueden valerse por sí mismos	TA	A	NS	D	TD	
9. Los enfermos mentales pueden ser útiles a la sociedad.	TA	A	NS	D	TD	
10. Los enfermos mentales terminan cometiendo delitos.	TA	A	NS	D	TD	
11. Los enfermos mentales merecen el apoyo de la sociedad.	TA	A	NS	D	TD	
12. Los enfermos mentales casi siempre son retrasados mentales.	TA	A	NS	D	TD	
13. Los enfermos mentales deben estar en libertad.	TA	A	NS	D	TD	
14. Los enfermos mentales son muy raros	TA	A	NS	D	TD	

(Escala de Creencias sobre el Enfermo Mental de Sarah García Silverman, Instituto Mexicano de Psiquiatría, 1996).

ENTREVISTA DE CONOCIMIENTOS ACERCA DE LA ESQUIZOFRENIA.

Quisiera hacerle algunas preguntas acerca de la admisión de _____ al hospital, de su visita al médico, y de lo que sabe acerca de las razones por las que esta siendo tratado (a). Estas preguntas nos van a servir para proporcionarle información a Usted y a sus familiares acerca de la condición de su paciente. Queremos saber lo que Usted piensa o sabe al respecto.

Sección 1: Diagnóstico.

1.1. ¿Le han platicado los doctores(as), enfermeros(as) o cualquier otra persona, acerca del tipo de problema por el que _____ está siendo tratado? (la pregunta es necesaria para identificar la fuente) _____

Fuente: _____

1.2. (Si no le dio un diagnóstico): ¿Conoce el nombre del problema o el diagnóstico? SI NO
 ¿Cuál es el problema o diagnóstico? _____

1.3. (Si no supo contestar a 1.1, y 1.2): ¿Cuál es el problema por el que _____ está siendo tratado? _____

1.4. (Si da algún diagnóstico): ¿Qué entiende por (inserte el nombre del problema dado) _____?
 ¿Piensa Usted que esto es.....

	SI	NO	NO SABE
a) Tener una condición nerviosa sencilla, que está siendo exagerada.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Tener una enfermedad mental severa que puede afectar todos los aspectos de la vida de una persona	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Tener un problema de salud pasajero	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Tener un problema relacionado con dificultades para aprender.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sección 2: Sintomatología.

2.1. Dígame los síntomas o problemas por los que _____ se ha visto afectado. ¿Piensa Usted que se tratan de su forma natural de ser, o que son parte de (inserte el nombre del problema dado) _____?

	Forma de ser	Enfermedad	No sabe
a) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2.2. ¿Piensa Usted que (él/ella) _____ puede ayudar a controlar (repita los síntomas listados en 2.1.) ?

	SI	NO	NO SABE
a) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2.3. ¿Piensa Usted que los síntomas más comunes son: ?

	SI	NO	NO SABE
a) Dificultades para conciliar el sueño.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Alucinaciones-oir , ver y oler cosas que otros no pueden oír ver y oler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Problemas para comunicarse (lenguaje desorganizado)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Pérdida de apetito	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Delirios-creencias totalmente falsas que otros no comparten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Hacer cosas repetitivas como lavarse exageradamente las manos, buscar demasiado orden y ser muy meticuroso .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) Disturbios o problemas en el pensamiento tales como pensar que las ideas o pensamientos fueron colocados en la cabeza o son transmitidos por otras personas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) Tristeza, deseos de llorar y deseos de morir.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sección 3: Etiología .

3.1. ¿Cuál piensa que es la causa de _____ (inserte el nombre del trastorno mencionado por la persona)? _____

3.2. ¿Piensa Usted que alguna de las siguientes causas podrían haberla originado?

	SI	NO	NO SABE
a) Una enfermedad biológica que afecta la manera en la que funciona el cerebro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Problemas familiares	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) La manera en la cual uno es criado (Ejemplo: tener una infancia triste o desdichada)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- | | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| d) Problemas o infecciones durante el embarazo. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e) Pobreza . | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f) Abuso de drogas. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g) Es heredado (puede ser transmitido de una generación a otra. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| h) Brujería, magia o "mal de ojo" | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

3.3. De todas las causas mencionadas, ¿Cuál piensa Usted que es la causa principal?

Sección 4: Medicamentos y tratamiento.

4.1. ¿El doctor o psiquiatra prescribió algunas pastillas o inyecciones para _____ ?

	SI	NO	NO SABE
MEDICAMENTO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4.2. ¿Cuál es el nombre de las pastillas o inyecciones? _____

4.3. ¿Qué tan seguido deberá tomar estas pastillas o inyecciones? _____

4.4. ¿Por cuánto tiempo _____ tomará estas pastillas?

Pocas semanas pocos meses 1 año 2 años más de 2 años

4.5. ¿Cómo piensa Usted que estas pastillas /inyecciones podrían ser tomadas ? (Elija una opción).

- a) Cuando él/ella piense que las necesita
- b) Hasta que él/ella se sienta mejor
- c) Cuando Usted (u otros amigos o familiares) crean que él las necesita
- d) Cuando el doctor lo indica (prescribe)
- e) No deberían tomarse

4.7. ¿Conoce algún efecto secundario, consecuencia o afección que pudiera ocurrir como resultado de tomar las pastillas o inyecciones? _____

4.8. ¿Conoce algún otro tipo de tratamiento que pudiera ayudar a _____ ?

4.9. De los siguientes tratamientos ; ¿Cuál piensa Usted que podría ayudar a _____ con (nombre del problema) _____ ...?

	SI	NO	NO SABE
a) Entrenamiento en habilidades para relacionarse con los demás (habs. Sociales)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Terapias de juego.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Terapia de choques o electroconvulsiva	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Entrenamiento en habilidades para comunicarse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Terapia Familiar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- f) Terapia de pareja
- g) Entrenamiento en actividades de autocuidado (aspecto físico, etc.)
- h) Clases de educación especial (escolar para personas con problemas de aprendizaje)

Sección 5: Curso y pronóstico.

5.1. ¿Piensa Usted que _____ podría tener problemas de nuevo?

SI o POSIBLEMENTE NO NO SABE

5.2. ¿Cuál de los siguientes podría afectar (nombre de la enfermedad) _____ o empeorarla, o que los problemas de (nombre del paciente) _____ regresaran ?

	SI	NO	NO SABE
a) No tener nada de actividad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Comer en exceso.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Situaciones estresantes (ej: cambiarse de casa, divorciarse, etc)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Realizar ejercicio físico.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) No tomar las pastillas o inyecciones.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Trabajar o realizar actividades diarias.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) Ser molestado o presionado por la familia dentro del hogar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) En ocasiones estar solo (en su cuarto, o haciendo algo)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5.3. Suponga que (**nombre del paciente**) _____, se ve y se siente completamente mejor y decide dejar de tomar las pastillas o inyecciones . ¿Qué cree que pasaría? (Elija una de las opciones).

- a) El o ella estaría mejor sin ellos
- b) No habría diferencias para él
- c) El podría ponerse peor después de un tiempo.

Sección 6: Manejo.

6.1. ¿Piensa Usted que cualquiera de las siguientes podría ayudar a _____ con su enfermedad?

	SI	NO	NO SABE
a) Fomentar que él /ella tome sus pastillas/inyecciones.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Señalar y criticar sus comportamientos y errores.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Cuidar de él lavándole, cocinándole, etc.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| d) Ayudándole a tener un empleo e ingresos propios. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e) Pasando el mayor tiempo posible con él. No dejarlo sólo nunca. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f) Fomentando que lleve a cabo actividades de autocuidado (baño, vestido, peinado, lavado dental, etc) . | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g) Fomentar a que él, gradualmente vuelva a hacer las cosas por él mismo. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| h) No asignándole responsabilidades o tareas. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

6.2. (Preguntar sólo si el familiar ha mencionado una estrategia de manejo potencialmente deteriorante para el paciente, en esta sección o en cualquier parte de la entrevista) :Usted mencionó que _____ . ¿Me podría decir más acerca de esta? ¿Cómo podría llevar a cabo esto?

EVALUACIÓN DE COMPETENCIAS PARA FAMILIARES DE PACIENTES ESQUIZOFRÉNCIOS

Instrucciones: Por favor, trate de imaginar las siguientes situaciones que se presentan a continuación y elija la respuesta que más se parece a lo que Usted hace o haría en cada caso, asimismo dé las razones por las cuales actuaría así. Recuerde que no existen respuestas correctas o incorrectas, nos interesa saber únicamente lo que Usted hace en cada ocasión.

A) Alimentación

1. En el caso de que el paciente tenga dificultades para alimentarse (ej: que le cueste trabajo el uso de tenedor, cuchara y cuchillo, o sentarse a la mesa), Usted...
 - a. Le da instrucciones sobre como realizar las cosas.
 - b. Personalmente le hace las cosas como sentarlo, guiarle la mano para el manejo adecuado de utensilios, o le limpia la boca con una servilleta.
 - c. Por medio de instrucciones trata de que se alimente solo, pero le ayuda físicamente (acercarle la silla, colocarle el tenedor en la mano)
 - d. Se molesta porque no sabe comportarse de manera adecuada y lo regaña.¿Por qué hace Ud. esto? _____
2. Si un día el paciente no desea comer, Usted...
 - a. Lo hace que coma a la fuerza, pues debe de alimentarse (como dándole el alimento en la boca).
 - b. Se enoja con él y lo regaña porque debe de alimentarse.
 - c. Le explica la necesidad de alimentarse, usa alguna recompensa a cambio (dulce o regalo)
 - d. Lo deja que se quede sin comer, con tal de no discutir con él.¿Por qué hace Ud. esto? _____
3. Cuando el paciente empieza a comer de manera desagradable en la mesa (masticar con la boca abierta, escupir la comida o comer con las manos) , Usted...
 - a. Lo hace que se levante de la mesa y coma en otra parte donde no moleste a los demás.
 - b. Lo regaña por ser tan sucio y desagradable.
 - c. Le hace saber lo desagradable que se ve, y lo castiga (quitando premios) si no lo deja de hacer.
 - d. Lo deja que coma así.¿Por qué hace Ud. esto? _____
4. Si el paciente no desea comer en la mesa con los demás y prefiere hacerlo solo en su cuarto, Usted..
 - a. De ninguna manera le permite que coma en otra parte, debe comer con los demás.
 - b. Le insiste varias veces que se quede y coma en la mesa, hasta que termina aceptando que vaya a comer a donde quiera.
 - c. Lo regaña y le pide que permanezca en la mesa con los demás.
 - d. Lo deja que se lleve sus alimentos y vaya a su cuarto (tal vez quiera estar solo).¿Por qué hace Ud. esto? _____

5. Cuando el paciente se ensucia la ropa con los alimentos, Usted...

- a. Le limpia la ropa con una servilleta.
- b. Le pide que se limpie la ropa.
- c. Lo regaña por ser una persona sucia.
- d. Le pide que se limpie su ropa y coma con más cuidado.

¿Por qué hace Ud. esto? _____

B) Autocuidado

6. Si el paciente no desea bañarse, o vestirse Usted...

- a. Lo baña o lo viste.
- b. Deja que haga lo que él desee
- c. Le explica la importancia de hacerlo, y deja que él lo haga por sí mismo.
- d. Lo lleva de la mano a bañarse, o vestirse.

¿Por qué hace Ud. esto? _____

7. Cuando al paciente se le dificulta vestirse (debido a que le cuesta trabajo abotonarse, o elegir que va a usar), Usted...

- a. Lo deja que se ponga lo que quiera o se abotone él solo la ropa.
- b. Le dice que ropa puede ponerse.
- c. Señala como abotonarse y las opciones de ropa a escoger.
- d. Le escoge la ropa o lo viste.

¿Por qué hace Ud. esto? _____

8. Si al paciente se le dificulta lavarse los dientes, Usted...

- a. Le permite que no se lave los dientes.
- b. Le dice como lavarse los dientes.
- c. Le explica como lavarse los dientes haciéndolo Usted también .
- d. Le lava los dientes.

¿Por qué hace Ud. esto? _____

9. En el caso de que el paciente se ponga una ropa sucia o muy maltratada que lo haga verse mal, Usted...

- a. Le quita la ropa y le pone otra.
- b. Lo deja que lo haga, pues son sus gustos.
- c. Le explica lo mal que se ve y le ayuda a elegir otra ropa.
- d. Lo regaña por ser una persona sucia.

¿Por qué hace Ud. esto? _____

10. En el caso de que el (la) paciente luzca despeinado (a), Usted...

- a. Se ríe de su aspecto pues se ve chistoso.
- b. La (lo) deja que esté así, pues no va a ir a ninguna parte
- c. La (lo) peina, pues se ve mal.
- d. Le enseña lo mal que se ve, y le pide que se peine.

¿Por qué hace Ud. esto? _____

C) Actividades

11. Si el paciente se niega a tomar sus medicamentos, Usted...

- a. Lo deja que haga lo que quiera para que no se enoje
- b. Le pide que se los tome
- c. Lo obliga a tomárselos o se los da a la fuerza
- d. Le recuerda las consecuencias de no hacerlo.

¿Por qué hace Ud. esto? _____

12. Si el paciente se niega a asistir a su cita con el médico, Usted...

- a. Se enoja con él.
- b. Lo deja que no asista para que no se enoje.
- c. Plantea los beneficios de asistir, y cambia la cita de no convencerlo.
- d. Lo lleva a la fuerza.

¿Por qué hace Ud. esto? _____

13. Si el paciente desea ganar su propio dinero, Usted...

- a. Le pide que busque un trabajo.
- b. Lo pone a ayudarlo a Ud. o su esposo y le paga
- c. Le ayuda a conseguir un empleo
- d. Usted le da dinero para evitar que trabaje

¿Por qué hace Ud. esto? _____

14. Si el paciente desea asistir a alguna reunión de ex-alumnos o de algún club de amigos, Usted...

- a. No le permite ir , pues cree que no es correcto
- b. Lo lleva y lo acompaña a la reunión
- c. Lo lleva a la reunión, y le permite que se regrese solo.
- d. Lo deja que asista.

¿Por qué hace Ud. esto? _____

15. Qué hace Usted en el caso de que observa al paciente que lleva varias horas sin actividad (acostado en la cama, viendo hacia un mismo lugar, o parado en un mismo lugar)

- a. Le pide que haga algo.
- b. Lo regaña por ser una persona tan floja.
- c. Lo involucra en alguna actividad .
- d. Lo deja que haga lo que deseé.

¿Por qué hace Ud. esto? _____