

11291
8
25



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO**

**Facultad de Medicina
Departamento de Psiquiatría y Salud Mental**

**"INFLUENCIA DE LAS CARACTERISTICAS PSICOSOCIALES
Y LAS CONDUCTAS DE AFRONTAMIENTO FAMILIAR EN
EL APEGO AL TRATAMIENTO DE LOS PACIENTES CON
TRASTORNOS PSIQUIATRICOS"**

T E S I S

Para obtener el Grado de Especialidad en

PSIQUIATRIA

p r e s e n t a

DR. HORACIO SANTIAGO LOPEZ FLORES

México, D. F. Febrero de 1993

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

INDICE

Marco teorico	1
Delimitación del problema	12
Intrumentos de medición	15
Justificación	17
Objetivos	18
Hipotesis	18
Población estudiada	19
Criterios de inclusión	19
Criterios de exclusión	20
Diseño experimental	20
Recursos y métodos.....	21
Resultados	22
Datos generales de las familias.....	24
Análisis estadístico	25
Discusión	28
Bibliografía	31
ANEXOS.	

MARCO TEORICO

A lo largo de la historia, la enfermedad mental se ha -- visto influida por factores socio-culturales y económicos -- que modifican la etiología ,evolución y respuesta terapéutica .Se ha considerado que la salud mental tiene que ver con la conducta humana en su más amplia variedad, estando estrechamente vinculada al desarrollo pleno del individuo ,de -- la familia y de los pueblos .Se han considerado como indicadores de la salud en general ;la tasa de natalidad ,la expectativa de vida ,la mortalidad infantil,el bajo nivel de ingresos ,la falta de recursos sanitarios y la escasa disponibilidad de los servicios de salud , en los últimos años -- sin embargo estos conceptos que atañen a las sociedades-- desde un punto de vista salud física también influyen de--- manera importante en su sanidad mental ,de ésta forma la -- Psiquiatría moderna ha hecho programas encaminados a prevenir ,rehabilitar y tratar a los trastornos mentales par--- tiendo del conocimiento de todas las acciones que inciden sobre los factores psico-sociales y culturales que afectan a la salud y el desarrollo mental en general.

Ya mucho se ha escrito sobre las actitudes que las personas tienen acerca de la enfermedad mental y las cuales están fuertemente influidas por los patrones culturales de -- grupos determinados ,cada individuo organiza sus percepciones y actitudes hacia la enfermedad como parte de una repre-

--sentación mental de sus percepciones internas y externas que se almacenan expresadas por medio de imágenes de personas ,objetos o ideas y que se enriquecen a medida que aumentan tales percepciones , el carácter social de la representación radicaré en la interpretación que haga de ésta el individuo , tal conocimiento incluye el conocimiento de los otros y de sí mismo y de las relaciones entre uno mismo--- y los demás .Moscovici (1986) opina que , de la manera de -- cómo se represente un individuo el funcionamiento de una nación , la familia ,la sociedad ,la salud y la enfermedad ,-- dependerá su funcionamiento como ciudadano dentro de la -- conducta social ,es así pues que ,la representación que se-- tenga de la salud y de la enfermedad es el resultante de-- de la concepción que tenga la sociedad uniendo la oposición individuo-salud y sociedad-enfermedad, la concepción de lo-- que representa la salud y la enfermedad mental se desarro-- lla a partir de lo que el individuo desde su niñez va cap-- tando del mundo social internalizando aspectos políticos -- económicos ,familiares y de salud entre otras cosas y tam-- bién factores como la observación del propio enfermo mental la transmisión cultural y los mensajes de los medios de co-- municación.

A partir de la década de los setenta ,se ven fortifica-- dos los estudios sobre la percepción y las actitudes hacia la salud mental con un enfoque psico-social ,encontrándose que la cultura y el ambiente en que está inmerso el hombre

--marca diferencias en sus actitudes y representaciones acerca de ello , se ha visto en poblaciones Universitarias que el nivel económico ,la presencia de algún miembro enfermo en las familias ,la facilidad de captación de mensajes en los medios de comunicación y las creencias religiosas influyen importantemente en la aceptación de la enfermedad. En los últimos años se ha centrado la importancia del afrontamiento individual, familiar y social como un factor determinante en la prevalencia y tratamiento de estos padecimientos.

Las personas con padecimientos mentales crónicos se ven expuestas a una serie de contrariedades en su desenvolvimiento por la vida ,debido al compromiso que en sus facultades sociales y familiares condicionan estos padecimientos la tendencia a las recaídas ,la necesidad de un tratamiento médico continuo ,la asistencia a instituciones hospitalarias y en ocasiones el curso progresivo y limitado del padecimiento los hacen sumamente dependientes de su familia- (Gudeman ,1984).

Las familias que tienen enfermos mentales tienden al aislamiento a la soledad ,la conducta del paciente psicótico -- puede ser en extremo disruptiva lo cual facilita el miedo la ansiedad y el resentimiento ,debido a que la familia no entiende ni conoce los síntomas y signos del padecimiento no saben tampoco la manera de responder a ellos ,además la-

erogación financiera que representa tener un enfermo mental en casa ,en su mayoría de veces improductivo ,hacen que se convierta en un verdadero problema su convivencia con ellos de ésto se desprende en gran parte la actitud negativa y la alta expresividad emocional dentro de estos sistemas lo --- cual empobrece en la mayoría de veces el pronóstico de los pacientes ,asi mismo la funcionalidad de los sistemas familiares , la concepción que se tenga acerca de la salud y la enfermedad ,lacapacidad de resolución de sus conflictos ,el nivel de involucramiento afectivo, la capacidad de expresividad emocional y la facilidad para el manejo del estrés y los recursos de afrontamiento (Coping) determinan una buena aceptación de los medicamentos ,la disminución de recaídas y la buena reinserción social del paciente .

Un amplio espectro de ciencias y disciplinas médicas y -- sociales se han encargado precisamente de examinar las características del afrontamiento familiar ,social e individual-- el papel del estrés ante la exposición del padecimiento y -- sus repercusiones a los diferentes niveles ya citados, encontr'andose evidencias positivas entre la asociación de exposición al estrés que significa el ser o tener un enfermo -- mental en la familia , con la aparición de síntomas físicos-- o psicológicos , tal situación es regulada por una serie de factores moderadores y predisponentes que analizaremos más-- adelante. Ya que el proceso mórbido determina como respuesta

- estrés en el individuo y la familia, es conveniente citar conceptos básicos acerca del concepto de estrés y afrontamiento.

En 1966 Lazarus sugiere que el estrés sea tratado como un concepto organizador utilizado para entender un amplio grupo de fenómenos de gran importancia en la adaptación humana y animal, por lo tanto no puede considerarse al estrés como una variable sino como una rúbrica de distintas variables y procesos a pesar de que éste concepto ha sido considerado durante años, solo recientemente se ha conceptualizado de forma sistemática y ha sido objeto de amplias investigaciones en términos generales el estrés se ha definido casi siempre como un estímulo o una respuesta, las condiciones en que se considera como un estímulo se centran en los acontecimientos del entorno tales como los desastres naturales, problemas laborales, enfermedades o condiciones nuevas sobre el organismo. Las que consideran al estrés como respuesta son las que han prevalecido en Medicina y Biología y hacen referencia al estado de estrés. Ambas definiciones son igualmente limitadas en cuanto a utilidad, dado que un estímulo se considera estresante solo en términos de la respuesta ante el estrés que genera, tal vez la manera más adecuada de considerar al estrés es la que se refiere a la relación entre el individuo y su entorno en la cual se tienen en cuenta las características del sujeto por un lado y las características del medio por el otro, así pues las variables ambien-

--tales están estrechamente relacionadas con la salud y la enfermedad . Leiderman y Shapiro (1964), explican que hay un eslabón entre eventos estresantes y aparición de morbilidad-física y psicológica.

Los esfuerzos por comprender el impacto del apoyo social en los procesos de enfermedad sobre todo en enfermedades psiquiátricas requieren de una aproximación que se funde en el análisis de la interrelación de factores individuales--comunitarios y ambientales ,desde las primeras aportaciones de Adolph Meyer , se enfatiza acerca de las influencias ambientales y los recursos sociales de los individuos en la etiología de los trastornos físicos y psicológicos ,con investigaciones posteriores se han llegado a comprobar que --hay una relación consistente entre los eventos estresantes de la vida y la aparición de trastornos psicológicos (Kessler 1982, Pearlin 1981). Es importante señalar que el apoyo social es parte de un proceso transaccional que influye en --los resultados individuales y que a su vez es influenciado por las características personales del receptor y por condiciones medio-ambientales entre las que se encuentra el contexto ecológico de la familia ,variable importante a considerar en el desarrollo de redes sociales en el individuo.

Es en ésta forma en que autores como Heller y Swindle--en 1983 enfatizaron el papel del individuo como agente activo en el desarrollo y uso de una red social y argumentan que la participación en organizaciones sociales proporciona

--a la gente la oportunidad de acumular recursos de apoyo -- social, pero sin embargo, la disponibilidad de los apoyos sociales puede estar restringida por las características sociales y personales de los receptores , por otro lado la percepción de acceso a los recursos sociales es más importante que su uso para proteger a los individuos de los efectos psicológicos dañinos de los estresantes (Cohen, Boberman 1983).-- Caplan en 1974 argumenta que el apoyo social puede proporcionar soporte emocional , ser guía informativa y asistencial en tiempos de necesidad psicológica. Se ha llegado a demostrar contundentemente por autores como Lowenthal, Brown-- Havens, French, Williams, y Tilden que el apoyo social puede-- disminuir el estrés psicológico , además la comprensión de la naturaleza de la psicopatología ha sido ampliada por argumentos teóricos que señalan un vínculo entre el funcionamiento psicológico y las fuentes naturales de apoyo social en la vida de las personas (Smith, Hoops 1966, Antonovsky 1979) así pues dentro de los factores más estudiados hasta la fecha sobre la resistencia al estrés , están los recursos de redes sociales o apoyo social y las respuestas de afrontamiento (Coping).

Por afrontamiento consideramos los intentos individuales o grupales para enfrentar los eventos de la vida, considerados como una serie compleja de procesos dirigidos a la moderación del impacto sobre el funcionamiento físico social y emocional . Autores como Billings y Moos (1981) define estas-

--respuestas de afrontamiento como los intentos que hace el individuo para utilizar recursos personales y sociales que los ayuden a manejar reacciones de estrés y realizar acciones específicas para modificar los aspectos problemáticos del medio ambiente . el afrontamiento tiene dos funciones principales;

- a.-las enfocadas a la emoción (regulación del estrés)
- b.-las enfocadas al manejo del problema.

La función protectora del afrontamiento puede ser ejercida de tres diferentes maneras:

- 1.-Eliminando o modificando las condiciones que dan origen a los problemas .
- 2.-Controlando perceptualmente el significado de la experiencia de una manera que neutralize su carácter problemático.
- 3.-Manteniendo las consecuencias emocionales de los problemas dentro de los límites manejables .

Es importante señalar que las respuestas de afrontamiento pueden tener diferentes recursos los cuales incluyen aspectos físicos ,sociales,psicológicos y materiales los cuales son evaluados respecto a las demandas de la situación, ejemplos de estos son; físicos (salud y energía),sociales(redes sociales y sistemas de apoyo),psicológicos (habilidad para resolver problemas de autoestima); materiales(dinero,herramientas y equipo).

Es importante considerar que la enfermedad mental no solo afecta al individuo sino a todos los miembros del sistema familiar ,cuando el curso de la enfermedad es breve la familia solo puede pasar por un periodo de adaptación del que en ca-

--so de tener recursos suficientes supera rápidamente en cambio cuando el curso es prolongado la crisis se hace persistente con periodos alteranantes de esperanza y desesperación y afectándose los aspectos emocionales, pérdida de tiempo ,dinero ,recursos materiales o la misma unidad de la familia, los principales estudios sobre el impacto y la influencia familiar se han llevado a cabo en familias de pacientes esquizofrénicos y alcohólicos ,en 1976 Vaughan demostró que el mal pronóstico de la enfermedad esquizofrénica es debido a la presencia de familiares cercanos con conflictos ,altos niveles de expresividad emocional ,poca capacidad de resolución de conflictos ,mal ajuste previo familiar asi como deficiente nivel socio-cultural. Desde un punto de vista cognitivo ,la enfermedad mental es una fuente generadora constante de estrés en la familia, interviniendo en este proceso factores mediadores ,predisponentes y grado de varianza en la expresividad del estrés.

Es interesante el papel que los agentes favorecedores -- o predisponentes del estrés tienen en la aceptación de la enfermedad psicológica ,existen muchos estudios que documentan la asociación positiva entre el proceso del estrés y la aparición de la enfermedad; autores como Dohrenwed(1973)--- Liem (1978) ,Myers(1974) Kessler y Kohn(1979) han explicado conceptos como el de "frágilidad constitucional" y "selección social" para referirse a familias de bajo nivel social y po-

---bres recursos económicos tiene una menor resistencia-- ante el estrés que la vida diaria y la aparición de enfermedad les representa ,asi mismo Moos (1982),Brown(1978),Eaton- (1978) reportan que un bajo nivel de funcionamiento facilita una mala respuesta al estrés y predispone a la aparición de de psicopatología familiar .Dentro de los factores moderadores de estrés y enfermedad han sido objeto de estudio los-- conceptos ya revisados con anterioridad ;el afrontamiento-- (coping) y los recursos sociales , ambos son considerados -- como factores que pueden neutralizar o amplificar los efectos del estrés ante la familia, Cassell(1976), Cobb(1976),John-- son(1979) Sarason (1979),Liem(1978),Pearlin(1978).Una de las- principales facetas del afrontamiento es brindar los recursos psicológicos necesarios a la familia para favorecer sus acti- tudes hacia el mundo ,mejore su autoestima ,su sentimiento de unidad en sí misma ayudándo de ésta forma al individuo o a la familia a contender ante las situaciones que les proporcionen estrés.

Cuándo ninguno de los mecanismos moderadores funciona y la familia por su nivel socio-económico y su pobre red de recur- sos sociales se ve expuesta a constantes situaciones de estrés puede sobrevenir la patología (Antonovsky) bajo la forma de - síntomas físicos o psicológicos o bien buscar recursos al- ternos como la ingesta de alcohol ,drogas o medicamentos co mo una manera de reducir la fuente de angustia (moos1981).La necesidad de que una familia tenga los recursos suficientes- desde un punto de vista psicológico-social y de afrontamiento

--es vital para el funcionamiento del enfermo mental ya --
dependiendo del impacto que el anuncio de ser portadores--
de un padecimiento mental en el sistema, será la respuesta--
expresada en conductas de debilidad ,desesperanza,preocupa
ción ,fatalismo y evitación que no les permiten manejar la-
conflictiva adecuadamente (Gregr 1988.) creandoles un ambien
te de inseguridad expresado en la pobre evolución de los-
pacientes ,poca respuesta a psicofármacos convencionales,--
remisiones y solicitudes de reinternamientos ,etc. esto --
conjuntamente con el mal manejo de la emotividad familiar-
y los pobres recursos psicosociales son factores que en ---
nuestra población han sido poco estudiados y que deben ser-
prioritarios introducirlos en los programas de orientación
y tratamiento a las familias para un mejor manejo de las en-
fermedades mentales .

Todo el cuerpo de literatura internacional menciona que-
los factores culturales ,el nivel social ,los mitos en el pen
samiento de las familias ,etc. son factores que favorecen y--
mantienen la patología psiquiátrica , si se entiende a par--
tir de ésto la multifactoriedad de estos problemas queda evi
denciado que su prevención y manejo no es a partir solamen
te desde un punto de vista biológico sino reparando en aspek
tos ambientales , estilo de vida familiar ,para dar paso a --
programas preventivos que promuevan el entendimiento del tras-
torno mental considerádo a la familia como el principal pro-
motor de la recuperación en la salud.

DELIMITACION DEL PROBLEMA

El Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Alvarez" institución que recibe a pacientes psiquiátricos en fase aguda, uno de los centros de mayor captación psiquiátrica de América Latina, recibe en los últimos años un promedio de 4000 pacientes por año de los cuales siguiendo estadísticas realizadas por el departamento de Trabajo social, hubo 61,027 ingresos en un lapso de 22 años comprendidos de 1969 a 1991, tales ingresos una vez registrados en el servicio de Admisión son designados a los diferentes pisos de hospitalización para seguir un manejo y posteriormente ser dados de alta según su evolución o bien por motivos diversos tales como; traslados a otras instituciones, fugas, defunciones o bien altas por solicitud familiar. En el último lustro la cantidad de pacientes que egresaron por este último motivo ha experimentado un aumento significativo rebasando aún cifras encontradas en la década de los sesenta consideradas como las más altas, en total a través de esos 22 años han sido 3845 casos en que por solicitud de la familia egresan del hospital los pacientes sin completar sus tratamientos representando un 6.3% del total de ingresos al hospital, tan solo en 1991 se reportaron 261 casos de pacientes dados de alta en forma voluntaria siendo esto contrario a las características de la época en el que la difusión de la enfermedad mental por los medios masivos de comunicación, el abatimiento del analfabetismo y la introducción de los programas de educación para la salud en el primer nivel de atención primaria a la comunidad no modifican

--la negación ante la enfermedad mental por la población-- general y la poca capacidad de afrontamiento para resolver la conflictiva que les representa tener un paciente con estas enfermedades hacen que se vuelva urgente el fomentar -- programas educacionales así como la identificación de factores que determinen y condicionen las deficiencias en la actitud hacia el enfermo mental. Uno de los principales problemas que se presentan para llegar a esto sin embargo, es la carencia de instrumentos adecuados de medición que puedan ser aplicados a las familias y pacientes, ya que las formas tradicionales de tratamiento como la Psicoterapia y los programas de orientación son procesos que disminuyen significativamente la negación de la enfermedad mental, son instrumentos complicados y costosos que solo pueden ser manejados por instituciones con suficiente subsidio amparándose de tal manera a solo una pequeña parte de la población con problemas psiquiátricos.

Tal vez sea necesario aclarar que la conflictiva que se desprende de estos casos problema no solo se deba a su malpronóstico que según reportes ya descritos en la literatura tienen estos pacientes con un consecuente deterioro de sus capacidades, sino también las repercusiones que a nivel familiar e incluso institucional acarrearán. La mayoría de pacientes reacuden a diversas instituciones por el mal manejo de la familia significando de esa forma una fuerte derrama económica dada la improductividad del paciente y el alto costo día-cama que se llevan a cabo en sus largos internamientos-

--asi como la refractariedad a los manejos farmacológicos--
convencionales ,desgraciadamente éste tipo de consideracio-
nes son escasas en nuestro país y excepto algunos estudios
realizados por Natera ,De la Fuente,Casco y otros investiga-
dores no se ha insistido en el terreno de la actitud de la
familia ante la enfermedad mental asi como en las caracterís-
ticas sociales y psicológicas de las familias de pacientes-
con trastornos psiquiátricos. Siendo la familia el eje princi-
pal del cual giran los pacientes psiquiátricos es indispen-
sable que los trabajadores de la salud mental conozcan las
características que condicionan un mal apego a los trata-
mientos asi como la pobre aceptación ante la enfermedad misma
con el fin de establecer medidas adecuadas y encaminadas a-
la corrección de los mismos.

INSTRUMENTOS DE MEDICIONESCALA DE SALUD Y VIDA COTIDIANA (FORMA A)

Rudolph Moos 1984.

La forma HDL de salud física y vida cotidiana es un procedimiento estructurado que puede administrarse tanto en forma de entrevista como cuestionario, fué elaborado por Moos y colaboradores en 1984, ha sido traducida al español, adaptada al mismo, mediante un proyecto de investigación financiado por el Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología, pilotado y utilizado en más de 5 estudios nacionales por la facultad de Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México y el Instituto Mexicano de Psiquiatría en diferentes poblaciones adultas. Este instrumento de medición incluye preguntas en las que se detectan factores socio-demográficos y además un conjunto de indicadores que sondan el funcionamiento social y de salud física de las familias, los eventos estresantes y sus resistencias, así como las respuestas de afrontamiento y sus recursos sociales. La forma tiene dos versiones, la versión inicial para adultos (forma A) que se desarrolló a partir de un estudio longitudinal en el tratamiento de consulta externa de pacientes alcohólicos y sus familias la cual ha sido utilizada por autor y colaboradores en estudios acerca del estrés y afrontamiento entre grupos de matrimonios y además en grupos de pacientes con problemas médicos como infarto al miocardio o artritis. La forma revisada para adultos (forma B) se desarrolló a partir de la forma A y se

--ha utilizado para el estudio longitudinal del tratamiento en consulta externa de pacientes deprimidos y sus familias ,también para evaluar el estrés y las formas de afrontamiento de grupos de hombres y mujeres de una comunidad -- que tenían las mismas condiciones socio-demográficas que los pacientes deprimidos bajo tratamiento.

La escala cuenta con varios índices ; el índice 1 que recoge datos personales tales como religión edad,estado civil del informante . El índice 2 sobre la salud física y el consumo del alcohol o drogas, el índice 3 acerca de eventos ocurridos en los últimos doce meses, el 4 pregunta sobre características familiares y amigos (redes sociales) y el 5 datos sobre el ambiente familiar , todos estos índices brindan información sobre aspectos diversos agrupados en tres áreas la personal,la social y la salud , detectándose así mismo niveles de salud física ,recursos y funcionamiento social así-- como capacidad de afrontamiento ante estresantes de la vida.

Cada evaluación es concentrada en una forma especial donde se obtiene el puntaje y de acuerdo a una serie de escalas se obtiene un perfil en cada caso. Además de la aplicación de este instrumento se complementaron algunos datos sociales y familiares con un estudio social modificado y el cual fué diseñado especialmente para el estudio.

JUSTIFICACION

La Psiquiatría actual interesada en el cuidado integral-- del enfermo mental ,ha intensificado en las últimas décadas-- las medidas tendientes a modificar la etiología y pronóstico de los trastornos mentales , buscándo instrumentos desde un-- punto de vista biológico a la par que determinantes ambien-- tales que predispongan o favorezcan el mantenimiento de las-- enfermedades ,es por ello que en nuestro país se vuelve in-- dispensable el desarrollo de la investigación socio-médica-- que permita establcer diferencias transculturales con las -- que mediante programas y estudios realizados en el extranjero se intente modificar las medidas tendientes en la lucha por - controlar los padecimientos mentales.

En nuestro medio son pocos los estudios que se han prac-- ticado para evaluar el apego a los tratamientos farmacológi-- cos y psicoterapéuticos de pacientes psiquiátricos y sus fa-- milias ,esto se dificulta por la escasa investigación epide-- miologica y la carencia de instrumentos adecuados a nuestra-- población para tal fin ;es por ello que el presente estudio-- pretende mediante la aplicación de un cuestionario obtener y considerar las características socio-demográficas de peque-- ños grupos evaluándo sus respuestas de afrontamiento con res-- pecto a la enfermedad mental ,encontr'andose diferencias signi-- ficativas entre ambos grupos estudiados por lo cual se plan--

--tean sugerencias que puedan influir en los programa de ---
orientación y educación a la población general y de riesgo-
o en defecto considerar los factores institucionales que in-
fluyan en éste aspecto.

OBJETIVOS

La presente investigación pretendió:

- 1.-Comparar las características psico-sociales y capacidad de afrontamiento entre dos grupos de familias con pacientes psiquiatricos.
- 2.-Buscar las diferencias entre los perfiles socio-demográficos y de respuesta en ambos grupos de familias.
- 3.-Identificar deferencias de variables en la capacidad de-- respuesta ante la enfermedad mental en los dos grupos.
- 4.-Establecer diferencias significativas que permitan imple- mentar medidas tendientes a la modificación de las actitu-- des de las familias ante la enfermedad mental.
- 5.-Implementar variables institucionales que influyan en el proceso de apego en el tratamiento de pacientes psiquiátri-- cos por parte de sus familias.

HIPOTESIS

Las diferencias psico-sociales y los pobres recursos de-
afrontamiento influyen en las familias como factores negati-
vos en sus procesos de adaptación y seguimiento al tratamien-
to de la enfermedad mental.

POBLACION ESTUDIADA

Se estudiaron 20 familias de pacientes psiquiatricos las cuales cubrieron los trámites de ingreso al hospital psiquiátrico "Fray Bernardino Alvarez", de ellas 10 se seleccionaron cuando decidían dar de alta voluntaria a sus pacientes en la primera semana de internamiento y diez más que siguieran con normalidad sus internamientos desde ingreso hasta egreso por indicación médica , todas las familias eran captadas en el momento de realizar el proceso de alta por el Departamento de trabajo social e inmediatamente les era explicado el propósito de la entrevista ,contando con su consentimiento eran -- incluidas en el estudio.

criterios de inclusion :

- 1.-se incluían familias de pacientes que cumplieran tramites de ingreso y egreso éste último ya fuera en forma voluntaria o por indicación médica .
- 2.-Se incluían como informantes a familiares que tuvieran más de 18 años de edad , que convivieran íntimamente con el paciente (en la misma casa) y que fueran quienes directamente solicitaran el alta voluntaria del paciente .
- 3.-Que se tratara del primer internamiento del paciente en la muestra problema no siendo éste punto indispensable en las familias con buen apego en las que pudo tratarse de otra ocasión.
- 4.- familias nucleares o extensas que vivieran bajo el mismo techo.

critérios de exclusión

- 1.- se excluyeron del estudio familias en las que el solicitante del alta voluntaria fuera menor de edad o paciente psiquiátrico detectado .
- 2.-Familias que en el momento de la evaluación estuvieron sometidas a un proceso de ajuste ,motivo distinto a la enfermedad mental de su paciente (muerte de algún familiar en el último mes ,desastre natural,accidente,etc.)
- 3.-Familias en las que la causa de alta voluntaria sedebiera a enfermedad física grave del paciente .

DISEÑO EXPERIMENTAL

La investigación fué de tipo; prospectiva,transversal -- descriptiva y observacional.

Constó de una fase de recolección de datos mediante aplicación de instrumento ya descrito(HDL) a las familias seleccionadas siguiendo el siguiente proceso:

- 1.-El departamento de trabajo social en sus actividades de -- ingreso y alta de pacientes captaba a las familias problema y control dando aviso al investigador encargado para practicar entrevista y evaluación correspondientes.
- 2.-Se entrevistaba al familiar responsable previa información de los motivos del estudio ,se aplicaba el instrumento y el estudio social modificado en un tiempo promedio de 50 minutos.
- 3.-Cada cuestionario era llenado en su totalidad y vaciada la-

--información en hojas de concetración correspondientes para despues sumar puntajes y obtener perfiles de cada familia.

RECURSOS Y METODOS

El 'Área física necesaria fué parte de las instalaciones - del servicio de Consulta externa del Hospital Psiquiátrico--- "Fray Bernardino Alvarez" , fueron necesarios diversos implemen- tos de oficina , formas del cuestionario Estrés y vida coti-- diana , formas de estudio social modificado , intervenian dos= personas en la captación y evaluación de pacientes; una traba- jadora social , un investigador que entrevistaba y aplicaba el- instrumento .

En el presente estudio no fueron utilizados procesos inva- sivos ,pruebas farmacológicas ni el material concentrado pue- de ser utilizado en interpretaciones psicológicas o de otro -- tipo.

Las familias no recibían ningun tipo de remuneración por-- su participación.

RESULTADOS

S evaluaron un total de 32 integrantes de familias de los cuales fueron eliminados del estudio 12 por no cumplir con los criterios de inclusión establecidos en el diseño experimental, de tal forma que quedaron 20 familias incluidas en dos grupos:

GRUPO PROBLEMA; 10 familias que decidieron dar de alta voluntaria a sus pacientes en la primera semana de internamiento tratándose de la primera ocasión que era internado y debiendo tener el informante más de 18 años de edad, convivir en la misma casa con el paciente y estar de acuerdo en participar en la investigación.

GRUPO CONTROL; 10 familias que acudieran al hospital para dar de alta en forma rutinaria a su paciente después de haber cumplido su tratamiento hospitalario tratándose de una persona adulta el informante y que conviviera con el paciente además estando de acuerdo en participar en la investigación.

Se encuestaron un total de 11 personas del sexo femenino y 9 personas del sexo masculino cuyas edades fluctuaban entre los 24-48 años para el grupo problema (rango de 29 años) y entre los 20-54 años para el grupo control (rango de 35 años) Dentro de las variables socio-demográficas se consideró a la religión que practicaban encontrando que del total, 17 profesan la religión católica, 1 persona es protestante--

--y dos afirmaron no tener ninguna religión .Así mismo fué evaluada la productividad encontrándose que 14 personas se dedicaban a la realización de diversos trabajos de medio tiempo-- y tiempo completo siendo el principal proveedor de recursos-- para sus familias , las 6 restantes eran amas de casa dedicadas a las labores domésticas .La escolaridad varió desde 2 personas analfabetas hasta tres profesionistas ,el resto tenía una escolaridad mínima de secundaria.

En lo que respecta a las características de la vivienda en el grupo problema se encontró que 4 personas habitaban con sus familias en casas rentadas y 6 eran propietarias a diferencia -- del grupo control en el que solo una de las familias rentaba-- el lugar para vivir. Del total de la muestra 13 personas provenían del medio rural persistiendo en sus comunidades 5 y el -- resto vive actualmente en zonas urbanas o sub-urbanas generalmente en áreas populares o unidades habitacionales, solo una de las familias control afirmó vivir en zona residencial.El promedio de habitantes por casa varió en ambos grupos siendo de--- 6.6 habitantes en el grupo problema (4-13 habitantes) ,contra-- 4.9 en el grupo control (2-7 habitantes). Así mismo el número de habitaciones disponibles por vivienda era menor para el grupo-- problema (3.2 habitaciones promedio) que en el grupo control-- (5.8 habitaciones por familia) , todas las casas de las familias control estaban provistas de jardín o patio a diferencia del grupo problema en el que la mitad de la muestra no contaba con tal.

DATOS GENERALES DE LAS FAMILIAS

El tipo de familia que predominó en la muestra comparativa fué nuclear ,hecho que no fué constante en la muestra problema en que se encontraron 5 casos de familias extensas de éste mismo subgrupo ,tres sistemas estaban desintegrados y uno reconstruido ,la comunicación que se lleva a cabo entre los integrantes del sistema también diferiría en los dos grupos siéndo más frecuente encontrar comunicación indirecta en los casos problema (8) que en los casos control(3).

La autoridad está básicamente centrada en el padre en ambos grupos ,las relaciones entre el sub-sistema conyugal--no varió significativamente encontrándose dos parejas disfuncionales en ambos no así en los subsistemas filiales en el que si hubo 5 casos de disfunción en las familias problema--contra solo 2 casos de las familias control.

Por 'ultimo se interrogó en el grupo problema la causa--directa del alta voluntaria encontrándose los siguientes datos; 5 personas refirieron que preferian tener a su paciente fuera ,que no estaban convencidas con el diagnóstico y las--medidas hospitalarias dadas ,de ellos 2 opinaron que buscarian otras opiniones médicas para el cuidado de su paciente--y las otras 3 que preferian ignorar el problema. De las otras personas 3 afirmaron que el motivo de alta por solicitud de--

--la familia era el desear cambiar de institución (IMSS) por ser éste servicio cubierto por sus respectivos trabajos y-- una persona opinó que los motivos eran económicos y que no podían cubrir los gastos que el internamiento les ocasionara ,un último dijo no estar de acuerdo con el servicio hospitalario específicamente en el aspecto médico .

ANALISIS ESTADISTICO

Se obtuvieron promedios de los puntajes de 26 ítems de la escala Salud y vida cotidiana (HDL) ,se utilizó Prueba de rangos y pares señalados de Wilcoxon sacando los puntajes totales y comparando las dos muestras encontrándose diferencias significativas en el puntaje total de las dos muestras con un valor de $Z=2,95025$ ($p < 0.002$) teniendo significancia estadística ,dado que éste análisis evalúa globalmente las variables en ambos grupos ,se hicieron comparaciones -- dividiendo en 4 grupos las diferentes variables con el fin de detectar variables específicas con significancia estadística.

GRUPO : SALUD FAMILIAR ; en éste grupo se comprendieron los siguientes ítems; condiciones médicas (CM),síntomas físicos-(SF), Uso de medicamentos (UM),humor depresivo(HD) y síntomas por fumar(Sfu) encontrando solo una ligera tendencia hacia la significancia estadística entre los dos grupos con un -- valor de $Z=1.61808$ ($p < 0.054$) llamando la atención que las familias control presentan mayor tendencia al humor depresivo

--y aparece con más frecuencia sintomatología física y uso de medicamentos.

GRUPO II AMBIENTE FAMILIAR; en éste grupo de variables se -- evalúan; Autoconfianza(Au),Solicitud de ayuda profesio-
nal(P), ayuda no profesional(NoP),eventos negativos(EN),e--
ventos de salida(ES) y eventos positivos(EP) , no se obser-
varon diferencias notables entre ambos grupos ,la compara--
ción entre los 6 valores de las dos muestras fué de ----
 $Z=936181$ ($p < 0.46$) sin significancia estadística.

GRUPO III AFRONTAMIENTO (COPING) Y RECURSOS SOCIALES:las va-
riables de evaluación fueron para éste grupo ;Afrontamiento
cognitivo activo (ACG),afrentamiento conductual activo(ACD)
afrentamiento de evitación (AE),Análisis lógico(AL), búsque
da de información(BI) ,Resolución de problemas(RP),Regula--
ción: afectiva(RA) ,descarga emocional(DE),relaciones estre-
chas(RE),actividades con amigos(Aa),actividades con familia
res(Af) y redes sociales, se observó en éste grupo que las-
familias problema difieren significativamente en comparación
con las control obteniéndose diferencias notables entre los-
dos grupos en el afrontamiento conductual observándose que-
las familias problema adoptan actitudes de retracción y e--
vitación ante sus problemas, tienen menor capacidad de ana-
lisis lógico ,no buscan información antela conflictiva fami-
liar sino que adoptan indiferencia y negación .la resolu--
ción de problemas está disminuida optádo por medidas alter

--nas o negarse a creer lo que les sucede , no realizan planes ni adoptan medidas encaminadas a la resolución del problema ,la regulación afectiva es menor encontrando que con-- frecuencia recurren a la toma de licor, tabaco o comida con el fin de calmar la ansiedad .Las redes sociales en éste tipo de familias son pobres ,siendo su número de amistades-- muy limitado y tener poca distracción ya sea acompañado de-- los amigos o las familias , hay escasos de pasatiempos y se-- reconcentran en sus trabajos y las obligaciones de casa evi-- tando el contacto con la gente ,no cuentan con ayuda en los-- momentos difíciles y no recurren a ningún tipo de organiza-- ción para la resolución de sus problemas , en el analisis -- comparativo de las dos muestras se encontraron valores de-- $Z = 5.35587$ ($P < 0.003$) con alta significancia estadística.

GRUPO IV AMBIENTE FAMILIAR: en 'éste grupo se evaluaron 3 -- items ;tareas familiares conjuntas(TF),argumentos familiares (FAM) y ambiente negativo(AN), se encontraron algunas diferen-- cias de puntajes que demuestran que en las familias problema-- las tareas quedan a cargo de un solo componente del sistema-- generalmente la madre o el padre y que el resto del grupo no-- participa,son familias que no discuten nise alientan entre sí y cuyas condiciones del hogar son más precarias contándo con un menor número de habitaciones y siendo el orden ,el confort la iluminación deficientes a diferencia de la muestra control se procedió a hacer las comparaciones por caso para detectar-- diferencias encontrando un valor de $Z=0.107327$ ($p < 0.54$) sin significancia estadística.

DISCUSION

El objetivo principal del estudio fué el detectar diferencias psico-sociales y de recursos de afrontamiento en dos grupos de familias que tuvieran entre sus integrantes pacientes psiquiátricos detectados , con el fin de demostrar la influencia que tales factores tienen en los procesos de aceptación de enfermedad mental y seguimiento-evolución del propio padecimiento , basandonos en estudios internacionales (Billings, MOOS, Cronkite, Cazzulo, Eaton) se realizó un diseño de captación mediante la aplicación de un cuestionario que permita sacar perfiles familiares , pudiendo hacer comparaciones numéricas entre los grupos estudiados. El primer dato que resalta es la presencia de diferencias significativas en lo que se refiere a la salud familiar pues en contra de lo esperado en las familias control se encontró una mayor tendencia a la expresividad de patología física y a el humor depresivo , no coincidiendo esto con estadísticas internacionales en que mediante estudios comparativos se ha demostrado mayor incidencia de patología física en las familias de bajo nivel socio-económico y cultural que coexista con patología mental . aunque estos resultados no alcanzan significancia estadística si consideramos importante el dato y creemos es un factor que merece estudio en futuras investigaciones.

Por otro lado en lo que respecta al ambiente familiar , es decir los eventos positivos o negativos que ocurran a la fa--

--milia y la seguridad con la que ésta responda ante ellos-- no mostró diferencias significativas ,sin embargo en la capacidad de afrontamiento y los recursos sociales de las dos--muestras se observó una diferencia notable quedándo eviden--ciado que en el grupo problema no cuenta con medidas adecua--das en la resolución de sus conflictos y sus redes sociales son poco adecuadas lo cual no les permite desahogar su con--flictiva en su comunidad dadas sus características de re---tracci'on social ,incomunicación y negación, tales hallaz--gos si coinciden con postulados de autores como Kessler,---Myers,Kohn,y Moos que explican los términos de fragilidad--constitucional y selección social para referirse a la pobre capacidad de las familias con pacientes psiquiátricos en la resolución de sus problemas así como de la influencia de fac--tores como la pobreza ,la ignorancia y el bajonivel cultural además de una deficiente expresividad emocional como facto--res negativos en la evolución de los pacientes.

Por último en lo que respecta a los ambientes familia--res aunque no se encontró diferencia estadísticamente signi--ficativa si quedaron evidenciadas diferencias en las caracte--rísticas de la vivienda , las deficiencias por las que atra--viezan las familias problema y la poca comunicación y ayuda--que se da entre sus integrantes lo cual es otro punto más --que apoya la hipótesis establecida al inicio de la investiga--ción.

Ahora bien el estudio cuenta con algunas limitantes ,en primer lugar el tamaño de la muestra es pequeño y en segundo- el no poder unificar el parentesco de los informantes, dada la- inconstancia con que se presentan los familiares a realizar sus trámites de ingreso y egreso, sin embargo tomádo en cuenta los criterios de inclusión y exclusión se lograron reunir informan- tes con edades y sexos uniformes para cada grupo lo cual da un margen de seguridad a los resultados.

Los datos obtenidos en el presente estudio son reportes pre- liminares ,considerádo la importancia de los factores estudia- dos deber'a de promoverse su investigación más a fondo con el- fin de promover medidas tendientes a la modificación del proble- ma.

BIBLIOGRAFIA

- 1.-Antonovsky A.
Health, stress and coping.
San Francisco Jossey-BASS 1979.
- 2.-Billings A. Moos R.
The role of coping responses and social resources in a
attenuating the stress of life events.
Journal of Behavioral Medicine 1981
Vol.4 No. 2 pag. 139-154.
- 3.-Arentzen P.
Impact of alcohol misuse of family life.
Alcoholism clinical and experimental research.
Vol. No. 24 October 1978.
pag. 349-351.
- 4.-Cronkite R. Moos R.
The role of predisposing and moderating factors in the
stress-illness relationship.
Journal of health and social behavior 1984
Vol 25 december .pag. 372-393.
- 5.-Cazzullo C. Bressi C.
Schizophrénie et expression émotionnelle familiale étude
de une population italienne.
Le encephalé XV 1989.
- 6.-Dean A.
The stress buffering role of social support; problems--
and prospects for future investigation.
Journal of nervous and mental disease.
- 7.-Casco M.
Percepción y actitud ante los problemas de salud mental
entre jóvenes de educación media superior.
Salud mental Vol 13 No.2 Junio de 1990.
pags.18-23.

8.-De la Fuente R.

Consideraciones sobre los problemas mentales y conductuales que afectan la salud en sociedades en desarrollo. *Salud mental* Vol 13 No. 3 september de 1990.

9.-Endler Normans .Parker James L.

Multidimensional assessment of coping, a critical evaluation .
Journal of personality and social Psychology 1990
Vol 58 : No. 5 pag. 844-851.

10.-Eaton W.

life events ,social supports and psychiatric symptoms;a--reanalysis of the New haven data.
Journal of health and social behavior.
Vol 19. pag. 230-234.

11.-Falloon I.

Family management in the prevention of exacerbations of schizophrenia . A controled study.
New England Journal Medicine 1982.
Vol 306;1437 pags. 1437-1440.

12.-Folkman S. Lazarus R.

An analysis of coping in a middle-aged community sample.
Journal of health and social beviour 1980.
Vol 21 September . pags. 219-239.

13.-Erickson D.Beisser M.

The role of social relation-ships in the course of first episode schizophrenia and affective psychosis.
*American Journal of Psychiatry.*1989.
Vol 146-11 pags. 1456-1461.

14.-Lazarus R. Folkman.

Estrés y procesos cognitivos.
Ediciones Roca México 1991.

- 15.-Holahan Ch. Moos R.
Social support and Psychological distress longitudinal -
analysis.
Social Ecology Laboratory, Stanford university and Palo-
Altoveterans administration Medical Centers.
Journal of abnormal Psychology 1981.
Vol 90 pags 365-370.
- 16.-Pustilnik S.
Expresividad emotiva y esquizofrenia. Influencia de la--
familia en el curso de la enfermedad.
Salúd mental Vol 13 No. 3 septiembre de 1990 pags 45-49.
- 17.-Robles T. Fernandez M.
El enfermo crónico y su familia.
Editorial nuevo mar México 1987.
- 18.-Pearlin L.
The structure of coping.
Journal of health and social behavior 1978.
Vol 19 pags. 2-21.
- 19.-Sarason B.
Tradicional views of social support and their impacta of
assessment.
Social support;an internacional view.
NY John Wiley & Sons.
- 20.-Sarason B.
Interrelations of social support measures'theoretical and
practical implications.
Journal of personality and social Psychology 1987.
Vol 52 No. 4 813-832.
- 21.-Natera G.
Comparación de algunas características de la conducta de-
esposas de alcohólicos y de no alcohólicos.
Salúd mental Vol 11 No. 1 marzo de 1988 pags.13-19.

22.-Vaughn C.

The influence of family and social factors on the course of psychiatric illness; a comparison of schizophrenic and depressed neurotic patients.

British Journal of Psychiatry.

Vol 129, 1976.

pags. 125-337.

A N E X O S

SECRETARIA DE SALUD
HOSPITAL PSIQUIATRICO "FRAY BERNARDINO ALVAREZ"

CARTA DE CONSENTIMIENTO

SE ME HA INVITADO Y HE ACCEDIDO A PARTICIPAR EN UNA ENTREVISTA DE EVALUACION QUE ME INCLUYE COMO SUJETO DE ESTUDIO EN EL TRABAJO DE INVESTIGACION "INFLUENCIA DE LAS CARACTERISTICAS PSICOSOCIALES Y LAS CONDUCTAS DE AFRONTAMIENTO FAMILIAR EN EL APEGO AL TRATAMIENTO DE LOS PACIENTES PSIQUIATRICOS" Y UNA VEZ QUE SE ME HA EXPLICADO EL MOTIVO DE LA EVALUACION HABRE DE COOPERAR EN TODOS LOS PASOS O BIEN EN CASO DE NO ESTAR DE ACUERDO CON EL PROCESO PODRE RETIRARME DEL ESTUDIO.

ENTERADO

INVESTIGADOR.

TESTIGO

TESTIGO.

M'exico D.F. _____ de 199__

ESTUDIO SOCIAL MODIFICADO

SITUACION FAMILIAR

Miembros que forman la familia _____

Tipo de familia; nuclear () Extensa()

Integrada() Desintegrada () Reconstruida ()

Muerte()

Abandono()

Divorcio()

Lugar de procedencia; Rural () Urbana()

Lugar de Residencia Rural () Urbana()

Tipo de comunicación familiar ; clara y directa ()

encubierta ()

indirecta ()

Autoridad centrada en; Padre() Madre() otros ()

ESPECIFIQUE _____

Relación de pareja; satisfactoria () Insatisfactoria()

Relación a nivel filial' satisfactoria() Insatisfactoria()

Roles; Rígidos () Flexibles() Ambiguos().

MOIVOS DE SOLICITUD DE ALTA VOLUNTARIA: _____

CUESTIONARIO DE SALUD Y VIDA
 FACULTA DE PSICOLOGIA
 COORDINACION DE PSICOLOGIA APLICADA
 HOJA DE RESPUESTAS.

No. de cuestionario	___	___	___	___
	1	2	3	4
Tipo de cuestionario	___	___		
	5	6		
No. de tarjeta	___	___		
	7	8		

1.- FICHA DE IDENTIFICACION.

Sexo	___		
	9		
Edad	___	___	
	10	11	
1.- Religión	___		
	12		
2.- Nacionalidad	___		
	13		
3.- Edo. civil	___		
	14		
4.- No. de casamientos	___	___	
		15	
5.- Tiempo de relación	___	___	
	16	17	
6.- Trabaja actualmente	___		
		18	
7.- No. de cambios de trabajo en el último año	___	___	
	19	20	
8.- Si Ud. no está trabajando actualmente ¿Cuál es el motivo?	___		
		21	

AREA 1: _____

 Puntaje: _____

11. SU SALUD EN LOS ULTIMOS DOCE MESES.

9.- Le voy a leer una lista de enfermedades

SI = 1 No = 2

___	___	___	___	___
22	25	28	31	34
___	___	___	___	___
23	26	29	32	35
___	___	___	___	___
24	27	30	33	

10.- Lista de Síntomas Físicos

SI = 1 No = 2

___	___	___	___
36	39		45
___	___	___	___
37	40	43	46
___	___	___	___
38	41	44	47

11.- Formas como uno se siente a veces

SI = 1 No = 2

___	___	___
48	50	52
___	___	___
49	51	53

12.- Forma

 54

13.-

 55

14.-

 56 57

AREA 2: _____

 Puntaje: _____

15.- Problemas o molestias por fumar

59 60 62

53 61

16.- Consumo de alcohol

63

17.- Frecuencia

61 65 66 67

18.-

68 69 70 71

19.- Dificultades por beber

72 73 74

75 76 77

78 79 80

AREA 3: _____

Puntaje: _____

CAMBIO DE TARJETA

No. de cuestionario

1 2 3 4

Tipo de cuestionario

5 6

No. de tarjeta

7 8

20.- Como se describe

9 13 17

10 14 18

11 15 19

12 16

AREA 4: _____

Puntaje: _____

21.- Visitas médicas 20 21

22.- 22 24 26

23 25

23.- 27 28

24.- 29 32 35 38

30 33 36 39

31 34 37 40

AREA 5: _____

Puntaje: _____

25.- Recibio ayuda de:

<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>
41	44	47
<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>
42	45	48
<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>
43	46	49

AREA 6: _____

Puntaje: _____

III. EVENTOS OCURRIDOS EN LOS ULTIMOS
MESES

26.- Lista de eventos

<u> </u>							
50	51	52	53	54	55	56	57
<u> </u>							
58	59	60	61	62	63	64	65
<u> </u>							
66	67	68	69	70	71	72	73
<u> </u>							
74	75	76	77	78	79	80	9

CAMBIO DE TARJETA

No. de cuestionario

<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>
1	2	3	4

Tipo de cuestionario

<u> </u>	<u> </u>
5	6

No. de tarjeta

<u> </u>	<u> </u>
7	8

<u> </u>							
10	11	12	13	14	15	16	17

<u> </u>							
18	19	20	21	22	23	24	25

<u> </u>							
26	27	28	29	30	31	32	33

<u> </u>							
34	35	36	37	38	39	40	41
<u> </u>							
42	43	44	45	46	47	48	49
<u> </u>							
50	51	52	53	54	55	56	57
<u> </u>							
58	59	60	61	62	63	64	65
<u> </u>							
66	67	68	69	70	71	72	73
<u> </u>							
74	75	76	77	78	79	80	9

CAMBIO DE TARJETA

No. de cuestionario

<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>
1	2	3	4

Tipo de cuestionario

<u> </u>	<u> </u>
5	6

No. de tarjeta

<u> </u>	<u> </u>
7	8

Meses

<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>
10	11	12	13

Meses

<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>
14	15	16	17

Meses

<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>
18	19	20	21

Meses

<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>
22	23	24	25

AREA 7: _____

Puntaje: _____

27.- De los problemas que señalo cuál es el más importante. _____

Si no ha tenido ninguno de los problemas antes señalados ¿Quisiera contarme algo que le preocupe? _____

26

27

¿Cuál de las siguientes formas de resolver los problemas emplea Ud.?

no	si	algunas veces	frecuentemente
1	2	3	4
---	---	---	28
---	---	---	29
---	---	---	30
---	---	---	31
---	---	---	32
---	---	---	33
---	---	---	34
---	---	---	35
---	---	---	36
---	---	---	37
---	---	---	38
---	---	---	39
---	---	---	40
---	---	---	41
---	---	---	42
---	---	---	43
---	---	---	44
---	---	---	45
---	---	---	46
---	---	---	47
---	---	---	48
---	---	---	49
---	---	---	50

---	---	---	51
---	---	---	52
---	---	---	53
---	---	---	54
---	---	---	55
---	---	---	56
---	---	---	57
---	---	---	58
---	---	---	59

AREA B: _____

Puntaje: _____

IV.- FAMILIA Y AMIGOS

28.-	60	61
29.-	62	63
30.-	64	65
31.-	66	

AREA 9: _____

Puntaje: _____

32.- Asistencia a actividades

	Familiares	Amigos
	67	68
	69	70
	71	72

AREA 13: _____

Puntaje: _____

IV. DATOS DE SU HOGAR

38.- Descripción de su hogar calificación

1, 2, 3, 4 y 5.

60__ 62__ 64__

61__ 63__ 65__

39.- Cuantas veces se cambio de casa

66__

40.- Meses de vivir en domicilio actual

67__ 68__ 69__

41.- 70__

42.- 71__

43.- 72__

44.- 73__

45.- 74__

46.- 75__

AREA 14: _____

Puntaje: _____

SUMARIO.

AREA 1.- Datos de identificación. _____

AREA 2.- Salud física. _____

AREA 3.- Adicciones. _____

AREA 4.- Autoconcepto. _____

AREA 5.- Trat. médico y
consecuencias de enf. _____

AREA 6.- Ayuda anterior _____

AREA 7.- Eventos ocurridos en
los últimos meses. _____

AREA 8.- Manejo de problemas. _____

AREA 9.- Familia y amigos. _____

AREA 10.- Actividades
recreativas. _____

AREA 11.- Relaciones
interpersonales. _____

AREA 12.- Responsabilidades en
el hogar. _____

AREA 13.- Actividades
familiares. _____

AREA 14.- Datos del hogar. _____

Total: _____

SUGERENCIAS: _____

Aplicador _____

Fecha de aplicación _____

Lugar de aplicación _____