

11241

35

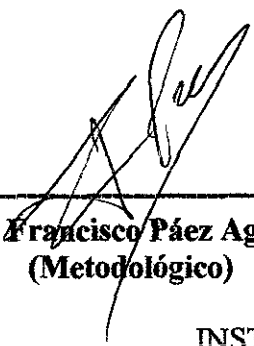
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MEXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRÍA Y SALUD MENTAL
TÉSIS PARA OBTENER EL DIPLOMA COMO ESPECIALISTA EN
PSIQUIATRÍA

TÍTULO DE TESIS:

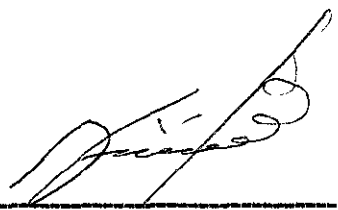
**“HIJOS DE PACIENTES ESQUIZOFRÉNICOS:
 PRÁCTICAS DE PATERNAJE / MATERNAJE Y
 LA PERCEPCIÓN DE LA RELACIÓN PADRES-HIJOS.”**

Nombre del alumno: Dr. Jorge Legorreta Legorreta

TUTORES



Dr. Francisco Páez Agraz.
 (Metodológico)

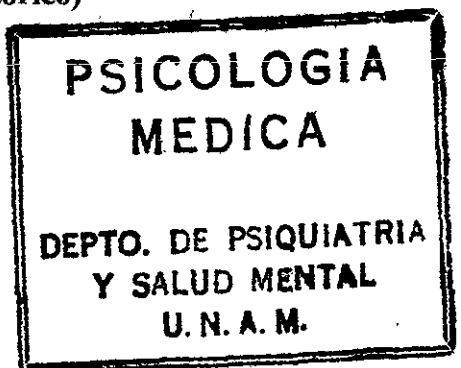


Dr. Rogelio Apiquián Guitart.
 (Teórico)

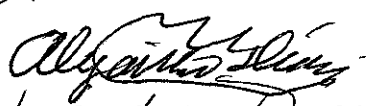
276443

INSTITUCIONES PARTICIPANTES

Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez.



Vo. Bo.


Dr. Alejandro Diaz
 2000



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRIA Y SALUD MENTAL

DR.ALEJANDRO DIAZ MARTINEZ.
Vo.Bo.

DRA.CLAUDIA FOUILLOUX MORALES
Vo.Bo.

ÍNDICE

Resumen.....	2
Marco teórico.....	3
Justificación.....	17
Planteamiento del problema.....	18
Objetivos.....	18
Hipótesis.....	19
Metodología.....	20
Consideraciones éticas.....	23
Resultados.....	24
Discusión.....	27
Bibliografía.....	29
Anexos.....	33

RESUMEN

Este trabajo tuvo como objetivo el describir las prácticas de paternaje-, maternaje entre un grupo de pacientes con esquizofrenia que tuvieran hijos en edad escolar. Asimismo describió la percepción que tienen los hijos de dichos pacientes sobre las relaciones padre-hijo. Finalmente correlacionó estos constructos con diversas variables clínicas del trastorno.

Método: se seleccionaron pacientes de cualquier sexo, que cumplieran los criterios para esquizofrenia de acuerdo al DSMIV, corroborados con el SCID, y que tuvieran por lo menos un hijo entre 8 y 15 años de cualquier sexo. Se pidió a los pacientes que llenaran el cuestionario de prácticas de paternaje-maternaje y a sus hijos la escala de medición de la relación padres-hijos. A los pacientes se les aplicó el PANSS y se obtuvo el GAF actual y del último año. Se recabó el promedio escolar del hijo elegido de los últimos 3 años.

Resultados: Se estudiaron un total de 20 pacientes, 7 (35%) del sexo masculino y 13 (65%) femenino. La edad promedio fue de 36.9 ± 5.7 años. Se documentaron correlaciones significativas entre la dimensión calidez/involucramiento ($r=0.44$, $p= 0.04$) y razonamiento/inducción ($r= 0.53$, $p= 0.01$) del cuestionario de prácticas de parentaje con el GAF del último año. No se encontraron correlaciones significativas con las variables clínicas de la enfermedad. La percepción de las relaciones padre-hijo, correlacionaron con el promedio escolar en forma inversa ($r = -0.52$, $p=0.01$).

Conclusión: la sintomatología positiva y negativa no parece relacionarse con las practicas de parentaje en pacientes esquizofrénicos.

MARCO TEÓRICO

a) FACTORES ASOCIADOS AL EJERCICIO DEL PATERNAJE/MATERNAJE.

Dentro de las familias existen diferentes estilos de crianza por parte de los progenitores o tutores hacia los hijos. Los padres permisivos tienden a ser menos exigentes y demandantes que otros padres, y dejan que sus hijos regulen sus actividades por sí solos.

También ejercen poco control y pocas formas de castigo hacia sus hijos (1). Coopersmith sugiere que los niños sin límites claros no se pueden juzgar a sí mismos como favorables o desfavorables, lo que hace que permanezcan en un estado dubitativo en cuanto a su valía personal; tampoco reciben castigos contingentes fundamentados sobre el entendimiento de las reglas, lo que hace que se sientan inseguros (2).

Por otro lado, los padres autoritarios tienden a ser altamente directivos con sus hijos, no permiten que el ejercicio de su autoridad sea cuestionable o refutada por sus hijos. Utilizan diversas medidas de castigo para controlar la conducta de sus hijos (1). Baumrind hace referencia al paternaje autoritario mencionando que este estilo permite el desarrollo de la competencia instrumental, que se caracteriza por la madurez psicosocial, cooperación con sus pares y adultos, independencia responsable y éxito académico por parte del hijo(3,4).

Sin embargo, los padres autorizadores estarían en un punto medio entre los extremos antes mencionados. Se caracterizan por proporcionar una dirección de crianza clara y firme a sus hijos, pero moderando la disciplina con ternura, flexibilidad y razonamiento (1). Los niños que reciben este modelo de paternaje-maternaje tienen habilidades cognitivo-sociales más adaptadas, así como conductas prosociales: compartir, ayudar, reconfortar al prójimo (4).

Se han hecho varios estudios para determinar la relación que existe entre estos tipos de parentaje y el desenvolvimiento de los hijos en diferentes áreas. Steinberg a través de un estudio con adolescentes, encontró que el paternaje permisivo estaba altamente correlacionado con conductas desviadas y antisociales por parte de los hijos para con sus pares (5). Por otro lado, se ha visto que el que los padres sean muy estrictos durante la adolescencia temprana de los hijos entorpece las relaciones padres-hijos en esta etapa tan crítica (6). Cuando los niños entran a la adolescencia temprana, desean relaciones de igual a igual lo que implica menos dominio por parte de los padres, que en la infancia. Aquellos púberes que no perciben este tipo de relaciones con sus padres, sienten que sus padres no han asumido que ya han crecido y madurado, y que ya les gusta ser tratados como a adultos. Recientemente se ha visto que un control parental autorizador está positivamente relacionado con el éxito escolar y negativamente relacionado con los problemas de conducta (7).

Mason describe dos tipos de control de conducta utilizado por los padres para con sus hijos: el control conductual y el control psicológico. El control conductual consiste en poner límites, involucramiento y monitoreo. Existen aspectos específicos de este tipo de control, en particular el monitoreo y la supervisión por parte de los padres, que están relacionados negativamente con problemas de conducta y uso de drogas. El control psicológico supone un paternaje intrusivo y a la vez distanciado emocionalmente (8). Altos niveles de control psicológico se han correlacionado significativamente con la introyección de conductas de tipo depresivo, baja autoestima e inmadurez (9).

Mason menciona que el estilo de paternaje que potencialmente puede estar caracterizado por el control psicológico como por ejemplo, coercitivo, negativo y hostil, está asociado a problemas de conducta y con el temprano uso de sustancias tóxicas. Sin embargo, debe puntualizarse que algunas de las conductas específicas dentro del paternaje, como por ejemplo la coerción, pueden ser razonablemente psicológicas o conductuales en su naturaleza, todo depende del enfoque específico en la conducta del padre y la interpretación hecha por el hijo referente a esa conducta.

El adecuado control parental está relacionado con conductas de amabilidad, autonomía, creatividad y seguridad personal en niños y con conductas de adecuada sociabilidad y docilidad en niñas (2).

Mason y otros opinan que demasiado control psicológico y/o conductual, interfieren con el desarrollo de la habilidad del niño para formar relaciones prosociales con sus compañeros, mientras que un bajo control conductual está implícitamente asociado al problema de relaciones de iguales entre los adolescentes. Más específicamente, aquellos niños expuestos a un estilo de disciplina coercitivo, que a menudo es combinado con conflictos, enojos, castigos, hostilidad y agresión, desarrollan un aversivo estilo interpersonal de relación (8). Rutter afirma que el tipo de control parental juega un importante papel en la prevención de problemas de conducta. Un alto control parental ha sido relacionado con una alta competencia entre adolescentes que viven en ambientes de alto riesgo o peligrosidad, en contraste con aquellos que viven en ambientes de mínimo riesgo, en donde la competencia se correlaciona con la calidez y ternura parental y con bajos niveles de control. Demasiado control inhibe el desarrollo de la autonomía, la cuál es necesaria para el desarrollo del autocontrol, pero su ausencia puede dejar a los adolescentes descaminados (10). El nivel óptimo de control varía según el grupo de pares del niño: cuando el grupo es más negativo, se necesitará un mayor nivel de control para proteger al infante de los efectos negativos de las influencias. Cuando los niños son miembros de grupos más positivos, la atmósfera paternal es más indulgente. Sin embargo, cuando los niños se envuelven con pares problemáticos, los padres tienen que nivelar su grado de control de acuerdo a los niveles de problemas conductuales de sus hijos (8).

Baumrid afirma que en los años preescolares, el control autorizador, en comparación con el autoritativo o permisivo, está asociado con la responsabilidad social (orientado a la acción, a la cordialidad hacia sus compañeros y a la cooperación con los adultos), y a la independencia (dominancia social).

El mismo autor habla de la importancia que tiene el tipo de control que se ejerza como pronóstico de la competencia en la infancia temprana: aquello que el padre o madre haga cuando el hijo no obedece, afecta notablemente en la habilidad del niño para adaptarse y enfrentar su entorno (3). Por otro lado Arap-Maitim considera que el grado de severidad en los padres es significativo en el desarrollo de las actitudes de competencia y cooperación entre infantes (11).

Harris y Howard suponen que si una crianza adecuada no es proporcionada por la madre, el subsecuente ejercicio de la autoridad por alguno de los padres tenderá a estar visto por los hijos como irrazonable, al cuál responderán con enojo. Ante esto los padres se disgustan y hace que se reduzca su capacidad de ser cálidos y aceptantes (12).

Baumrind describe como deberían ser los padres ideales o armoniosos: son quienes no ejercen demasiado control, pero tampoco lo evitan del todo; en lugar de ello, se centran más en obtener armonía dentro del hogar por medio de del desarrollo de principios que promueven el derecho a la vida y la resolución de diferencias entre sus miembros basados en el conocimiento y tipo de personalidad. También tratan de mantener una atmósfera en la cuál todos los miembros de la familia puedan operar desde el mismo nivel de ventaja, en donde las diferencias de poder que existan no pongan al niño en desventaja (2,3).

B) EL PATERNAJE EN FAMILIAS DE PACIENTES ESQUIZOFRENICOS

Durante las últimas décadas los cambios en el contexto social, los servicios de cuidados de la salud y la farmacoterapia han efectuado profundos cambios en las vidas sexual y reproductiva de las mujeres con esquizofrenia.

Antes de la década de 1950, la sexualidad para los esquizofrénicos estaba restringida en una variedad de formas. Una de las más influyentes era la relativa falta de acceso al matrimonio.

En un contexto cultural que estigmatizaba el sexo extramarital y los nacimientos ilegítimos, el matrimonio era, para mucha gente, el único contexto aceptable para las relaciones sexuales. Era significativamente menos probable que la gente con esquizofrenia se casara en comparación con la gente sin enfermedad mental, por lo tanto, era menos activa sexualmente (13).

La institucionalización de las personas con esquizofrenia reforzaba la inactividad sexual al desalentar o prohibir las relaciones sexuales. Ocasionalmente ocurrían embarazos ilegítimos en instalaciones psiquiátricas, pero a solo una quinta parte del índice de la población general (14). La desinstitucionalización de los pacientes con enfermedades mentales crónicas se aceleró; para la década de 1990, las camas en los hospitales psiquiátricos públicos se habían reducido un 80% respecto al número en 1955. Vivir en la comunidad incrementó marcadamente las oportunidades para encuentros sexuales (15).

Debido a las diferencias por género en la expresión de la esquizofrenia, así como a las diferencias reproductivas, estos cambios han afectado a las mujeres de forma diferente que a los hombres. Como grupo, las mujeres con esquizofrenia tienen estancias más cortas en el hospital y menos rehospitalizaciones (16). Las mujeres con esquizofrenia tienen un mejor funcionamiento social, como grupo, las mujeres besan, salen, tiene relaciones sexuales, cohabitan, se casan y crían hijos más frecuentemente que los hombres (17).

La fertilidad relativa de las mujeres con enfermedad mental mayor ha aumentado marcadamente en paralelo con la desinstitucionalización.

De varias formas importantes, los sistemas de cuidado de la salud no han estado preparados para abordar estos problemas. Hay puntos débiles importantes en la detección del embarazo, el manejo de la farmacoterapia durante la gestación, la planificación familiar, el alojamiento para mujeres embarazadas o binomio madre-hijo y la rehabilitación de crianza (18).

SEXUALIDAD

Hasta hace poco, las ideas acerca de la sexualidad de las mujeres con esquizofrenia se basaban más en formulaciones teóricas que en datos empíricos sistemáticos. Comenzando la década de 1980, se realizaron más estudios sistemáticos de las actitudes y prácticas sexuales entre esquizofrénicas. Uno de los primeros estudios encontró que los pacientes con esquizofrenia estaban menos interesados en el sexo, tenían relaciones sexuales menos frecuentemente y estaban menos satisfechos con el sexo que un grupo de control (19).

Otro estudio encontró que aún entre las mujeres con esquizofrenia hospitalizadas crónicamente, la mayoría tenía un interés continuo en el sexo y estaba sexualmente activa. Raboch encontró que aunque les llevaba más tiempo a los pacientes con esquizofrenia tener una primera cita, un primer beso, un primer coito y un primer matrimonio las vidas sexuales de los pacientes que vivían armoniosamente con sus compañeros no eran diferentes de las de los controles que no estaban enfermos mentalmente. Los pacientes citaron la hospitalización como un obstáculo para la sexualidad.

Los investigadores que estudiaron muestras más basadas en la comunidad encontraron tasas altas de explotación sexual y conductas sexuales riesgozas entre los pacientes con esquizofrenia. Cournos descubrió que la mayoría de las mujeres esquizofrénicas en su muestra estaban activas sexualmente. La mayoría tenía múltiples compañeros sexuales, y aproximadamente la mitad se habían involucrado en intercambio sexual (es decir, ofrecer sexo a cambio de dinero o bienes materiales) (20).

Para distinguir los efectos de la esquizofrenia de los factores socioeconómicos, Miller y Finnerty compararon las actitudes y prácticas sexuales de mujeres esquizofrénicas con las de mujeres demográficamente comparables que no estaban mentalmente enfermas.

Las pacientes y los controles fueron similares en cuanto a la frecuencia de las relaciones sexuales, la edad a la cuál se hicieron sexualmente activas (típicamente en la adolescencia), sus índices de abuso sexual y sentirse presionadas a tener relaciones sexuales (altos para ambos grupos), y en sus tasas de enfermedades transmitidas sexualmente. Los grupo difirieron significativamente de manera importante. Las mujeres con esquizofrenia tenían más compañeros sexuales durante su vida y era menos probable que tuvieran un compañero actual. Reportaron incidencias significativamente más altas de ser atacadas sexualmente y de comportamiento de intercambio de sexo. A pesar de tener la misma frecuencia de relaciones sexuales que las mujeres de control, las mujeres esquizofrénicas deseaban sexo con menos frecuencia y estaban menos satisfechas (21).

Por lo que se refiere al conocimiento sexual, Rozensky y Berman encontraron que los esquizofrénicos tenían muchos malentendidos de anatomía y fisiología sexual y parecían, como grupo, carecer del vocabulario básico para discutir de sexo. Los intentos de enseñar conocimientos sexuales y sexo seguro a los esquizofrénicos han tenido éxito en el corto plazo pero sin reforzamiento, el conocimiento y las habilidades adquiridas decaen con el tiempo (22).

Los efectos de la medicación antipsicótica sobre la sexualidad y las funciones relacionadas también son significativos en las vidas de muchas mujeres. En encuestas, las pacientes han citado que la medicación psicotrópica es un factor que deteriora su interés sexual, su capacidad de lubricarse o la capacidad para alcanzar el orgasmo.

Los datos disponibles apoyan la noción de que la esquizofrenia, per se, no disminuye el deseo sexual ni la actividad sexual, Aunque los medicamentos psicotrópicos y la hospitalización pueden limitarlos.

Un problema importante es la calidad de la actividad sexual, en el contexto social actual, muchas mujeres con esquizofrenia tienen vidas sexuales caóticas e insatisfactorias, con compañeros múltiples, tasas altas de sexo forzado, tasas altas de comportamiento con riesgo de infección por VIH, y conocimiento limitado acerca de la sexualidad. El buen juicio escaso, el control limitado de los impulsos puede contribuir a estos problemas (22,23).

EMBARAZO

Un resultado de estos patrones sexuales ha sido un aumento marcado en las tasas de fertilidad entre las mujeres con esquizofrenia.

Algunos estudios han investigado los efectos del embarazo sobre la salud mental y el bienestar de mujeres esquizofrénicas. McNeil et. Al. Compararon a unas mujeres con trastornos psicóticos con unas mujeres no enfermas mentales durante el embarazo. La mayoría de las mujeres de control no reportaron ningún cambio en su salud mental durante la gestación. Entre las mujeres enfermas mentales, fue más probable que aquéllas con esquizofrenia reportaran el empeoramiento de la salud mental durante el embarazo: el 59% dijo que su salud mental se deterioró y el 29% dijo que mejoró (24).

El empeoramiento de la salud mental durante el embarazo parece particularmente notable entre las mujeres más jóvenes y entre las mujeres con embarazos no deseados (25). Durante el embarazo, muchas más mujeres con esquizofrenia demuestran preocupaciones extremas acerca de la maternidad en comparación con las mujeres con otras enfermedades mentales o con sujetos de control que no estaban mentalmente enfermas (26).

Otros estudios han investigado los resultados para la descendencia de mujeres con esquizofrenia. La mayor parte de los datos sugiere que alrededor del 10% al 15% de los hijos de un padre con esquizofrenia desarrollarán esquizofrenia, mientras que aproximadamente el 50% desarrollarán algún tipo de trastorno psiquiátrico.

Algunos factores contribuyentes a un alto nivel de riesgo están relacionados con el embarazo, tales como carencia de cuidados prenatales, exposición prenatal a drogas teratogénicas o tóxicas, y complicaciones obstétricas.

Las tasas de complicaciones obstétricas son más altas en las mujeres con esquizofrenia que en la población general, no por la esquizofrenia directamente, sino más bien por los factores de riesgo asociados los cuales se relacionan con el status socioeconómico bajo.

La psicosis puede contribuir al reconocimiento retrasado de la gestación. A la mala interpretación de los cambios somáticos, a la falta de reconocimiento del trabajo de parto, a los intentos de auto-interrupción prematura, y al parto precipitado.

Es menos probable que las mujeres con esquizofrenia reciban cuidados prenatales en comparación con mujeres demográficamente comparables que no tienen ninguna enfermedad mental (21). Entre las mujeres que si reciben cuidados prenatales, los síntomas psiquiátricos están sobre reportados, quizás debido en parte al temor de perder la custodia. Por estas razones, puede haber menos oportunidad de intervenir cuando surgen complicaciones.

La tasa alta de embarazos no planificados y no deseados entre las mujeres con esquizofrenia hace aún más difícil la intervención.

Comparadas con sujetos de control que no están mentalmente enfermas, las mujeres con esquizofrenia tienen el mismo número promedio de embarazos, pero un mayor número de ellos no son planeados, y un mayor porcentaje de los no planeados son no deseados (21).

La negación del embarazo puede ser, en parte, un intento de evitar la pena abrumadora por la pérdida de la custodia u otros estreses relacionados con el embarazo, ya que es significativamente más probable que ocurra en las que prevén la pérdida de la custodia o que ya han perdido la custodia de un infante.

El embarazo puede tener efectos importantes sobre la disponibilidad de apoyo social y profesional. Si bien el apoyo de la familia y las agencias públicas a veces puede obtenerse en respuesta a un embarazo, con frecuencia el caso no es éste. Puede ser extremadamente difícil encontrar instalaciones para cuidar a una mujer embarazada con esquizofrenia (27). Muchas instalaciones psiquiátricas niegan la admisión a mujeres embarazadas por las preocupaciones acerca de complicaciones obstétricas, parto prematuro o el riesgo de que otros pacientes le hagan daño a una mujer embarazada. Para las mujeres que están hospitalizadas psiquiátricamente durante el embarazo, la evaluación de crianza y la planeación de la custodia raramente son parte de sus cuidados. Sólo 10 de los 50 sistemas psiquiátricos del sector público de los Estados en la Unión Americana reportan que tienen políticas relacionadas con las mujeres gestantes hospitalizadas; estas políticas se centran principalmente en el manejo de la medicación y la competencia para consentir al aborto, y raramente cubren otras cuestiones (28).

Aunque la mayoría de los episodios psicóticos que empiezan después de la niñez se deben a trastornos del estado de ánimo, el periodo posparto también puede ser un momento de alto riesgo para la exacerbación de la esquizofrenia (29). Las exacerbaciones posparto son importantes no solo debido a la probabilidad o duración incrementada de la ocurrencia, sino también debido a sus consecuencias para la relación madre-hijo. Los síntomas agudos después de dar a luz pueden incluir ideas delirantes de que el nacimiento no ocurrió, ideas delirantes de que él bebe esta muerto o es anormal, o alucinaciones que ordenan a la madre hacerle daño al bebe. A pesar del alto nivel de riesgo, hay barreras importantes que impiden el cuidado óptimo de la salud mental después del parto.

CRIANZA

La esquizofrenia plantea retos formidables para la crianza, debido a la enfermedad mental misma y por los problemas económicos asociados.

La esquizofrenia frecuentemente reduce la capacidad para discernir las señales no verbales, reconocer afectos en las expresiones faciales, y negociar situaciones sociales (30).

Estos deterioros pueden resultar en dificultades para criar a los hijos. Si bien las madres con esquizofrenia, en general, pasan tanto tiempo con los hijos como las madres que no tienen enfermedades mentales y proveen el mismo nivel de cuidados físicos básicos son como grupo, menos capaces de fomentar interacciones sociales mutuas con los bebés y más propensas a mal interpretar sus señales. En comparación con las madres que no están mentalmente enfermas, tocan y juegan menos con sus bebés, distanciándose excesivamente o mostrando un involucramiento inapropiado, a veces agresivo. También pueden proveer menos estabilidad, crianza y estimulación para sus bebés. Los medicamentos psicotrópicos pueden deteriorar aún más la espontaneidad y la expresión afectiva hacia los hijos (31).

Además las diferencias conductuales e interactivas, las diferencias de actitud entre los padres enfermos y no enfermos mentales también se han demostrado.

Como grupo, los padres mentalmente enfermos creen menos en la importancia de la reciprocidad madre-hijo y menos en la posibilidad de distinguir sus propias necesidades de las de sus hijos. Estos deterioros potenciales en la crianza frecuentemente ocurren en el contexto de un apoyo social limitado.

Como grupo, las persona con esquizofrenia tienden a tener redes sociales más débiles que la gente que no padece de enfermedades mentales o las personas con trastorno del estado de ánimo.

En comparación con los sujetos de control, es significativamente menos probable que las madres esquizofrénicas estén casadas o cohabiten en la época de dar a luz a un hijo, o que tengan a alguien que les ayude a la crianza (21).

Entre las que están casadas, sus cónyuges tienen altas tasas de trastornos psiquiátricos en comparación con la población general y de tal suerte pueden estar limitados en su capacidad de dar apoyo.

Esta relativa carencia de apoyo social no es complementada actualmente por una red de seguridad adecuada en el sistema de prestación de servicio.

Los déficits resultantes en la capacidad pueden tener un profundo impacto sobre los esquizofrénicos y sus hijos. Muchas madres esquizofrénicas sufren una de las más profundas pérdidas posibles: la pérdida de la custodia de sus hijos. La pérdida de la custodia les ocurre a una mayoría de mujeres con esquizofrenia (32,21).

Sin embargo el índice de adopciones es muy bajo; la mayoría de las madres con esquizofrenia pasan algún tiempo, a menudo considerable en el sistema de cuidados de crianza (21).

Aunque la mayoría de los padres y madres esquizofrénicos reconocen la incapacidad para satisfacer las necesidades básicas de sus hijos, la maternidad sigue siendo un rol centralmente importante para muchos, de tal suerte que el carácter definitivo de la adopción raramente se considera aceptable.

La crianza para muchas mujeres esquizofrénicas es intermitente, con periodos de pérdida de la custodia y visitas, alternados con recuperación de la custodia, en donde el apoyo de la familia es mejor y existen cuidados intermitentes por los familiares (21).

Cuando la pérdida de la custodia se vuelve permanente, el dolor resultante puede ser devastador para muchas mujeres, aunque algunas también la experimentan como el alivio de una carga abrumadora.

Para los hijos de esquizofrénicos, algunos de los cuales son genéticamente vulnerables y han sido expuestos a otros factores de riesgo, la calidad y la predictibilidad de la crianza pueden ser críticas. Hay cierta evidencia de que los hijos de madres esquizofrénicas son más difíciles de criar, y es más probable que sean difíciles y lentos para animarse comparados con los sujetos de control y madres no enfermas mentalmente.

Estas dificultades constitucionales, combinadas con una crianza inconsistente o inadecuada, puede plantear riesgos para el desarrollo de los niños. Comparados con la descendencia de madres no enfermas mentales, los hijos de madres con esquizofrenia tienen puntuaciones más bajas en la escala mental y motora de Bayley y un crecimiento físico más errático.

Hay riesgos para los niños por permanecer con un padre agudamente psicótico o inadecuado y por ser separados de un padre mentalmente enfermo.

Para los hijos, el grado de exposición a un padre esquizofrénico se correlaciona con su grado de desajuste posterior en la vida. Sin embargo, la separación de una madre con esquizofrenia durante la niñez también resulta en una incidencia más alta de síntomas psiquiátricos en la adolescencia y la edad adulta joven. Puesto que el contacto y la separación plantea riesgos, es crítico el desarrollo de estándares para la custodia del niño. Lo adecuado de la crianza, y no la crianza óptima, parece proveer el criterio más seguro para los hijos y las madres: en la ausencia de abuso franco del niño o descuido total de sus necesidades básicas, los niños generalmente están mejor si permanecen con los padres mentalmente enfermos (33).

Con la introducción del acta para los niños en 1989, se han resaltado los derechos legales de los niños que pueden estar sufriendo o que es probable que sufran daño significativo. Si bien el acta no discute las necesidades de los infantes en particular, en general dice que el bienestar de los niños debe ser la consideración suprema cuando los tribunales tomen decisiones acerca de ellos, y el concepto de responsabilidad parental reemplaza al de los derechos parentales. Las decisiones tomadas según el acta de los niños requieren información sobre la cual basarlas. Solicitar un informe de un equipo de especialistas en salud mental permite que los servicios sociales compartan algo de la responsabilidad de la difícil decisión de si deberá permitírsele a o no a una madre cuidar de su hijo, y bajo que nivel de supervisión, ya que es probable que la decisión tenga efectos inmediatos y a largo plazo para la madre y el infante.

El acta para los niños declara que el retraso para decidir cuestiones referentes a los niños probablemente perjudicará su bienestar y que las autoridades locales tienen el deber de identificar a los niños con necesidad lo que implica que si hay cualquier preocupación acerca de la capacidad de crianza de una madre, los servicios sociales deberán obtener una valoración de la madre.

Para una madre con esquizofrenia, criar a un hijo la ayudará a conectarse con otras madres, con el juego de los hijos y así sucesivamente, y el papel de madre ofrece un trabajo significativo y una situación social con un acceso fácil a otros con un interés mutuo que provee de quien preocuparse o alguien que se preocupe por ella de una manera "normal".

Otro punto a considerar es el efecto de la pérdida sobre la madre y el hijo si los dos son separados. Las madres biológicas que han dado a sus hijos en adopción siguen pensando en ellos durante sus vidas enteras (34); análogamente las personas que tienen una enfermedad mental pueden experimentar una enorme sensación de pérdida cuando hablan de hijos que podrían haber existido para ellos sólo en las esperanzas y en la fantasía.

El hijo también puede sufrir al ser separado, dada la evidencia acerca de las posibles consecuencias adversas de los cuidados fuera del hogar, y la falta de garantías de que los cuidados residenciales o de familias adoptivas produzcan un buen resultado (34).

VALORACION DE LA CRIANZA

Se deben emplear procedimientos metodológicamente sólidos para la valoración de la crianza, ya que hay un amplio rango de variación individual en la capacidad de criar.

Los métodos actuales para evaluar la capacidad de crianza adolecen de profundos efectos metodológicos. La evaluación amplia de la adecuación de la crianza en padres con enfermedad mental incluye evaluación psiquiátrica, revisión de registros, entrevista con historiadores colaterales, valoración del desarrollo de los niños, observación directa de las interacciones padre-hijo, valoración de las actitudes, el conocimiento de crianza, evaluación del ambiente del hogar y la red de apoyo social.

JUSTIFICACIÓN

Los patrones de ejercicio de paternidad varían entre culturas. En México se ha documentado, en general en términos periodísticos, que los patrones de educación de los padres a sus hijos incluyen una serie de prácticas de agresión física y verbal que no son consideradas como tales. Las consecuencias psicológicas de los patrones de agresión en el ejercicio del parentaje han sido estudiadas en poblaciones normales. Existe poca información en la literatura internacional que investigue este fenómeno en pacientes psiquiátricos, y, de cualquier manera, no existen referencias del tema en un país latinoamericano. En este estudio se pretende detectar una muestra de pacientes de ambos sexos con esquizofrenia y que tengan hijos para explorar los patrones de ejercicio de la paternidad

El hijo también puede sufrir al ser separado, dada la evidencia acerca de las posibles consecuencias adversas de los cuidados fuera del hogar, y la falta de garantías de que los cuidados residenciales o de familias adoptivas produzcan un buen resultado (34).

VALORACION DE LA CRIANZA

Se deben emplear procedimientos metodológicamente sólidos para la valoración de la crianza, ya que hay un amplio rango de variación individual en la capacidad de criar.

Los métodos actuales para evaluar la capacidad de crianza adolecen de profundos efectos metodológicos. La evaluación amplia de la adecuación de la crianza en padres con enfermedad mental incluye evaluación psiquiátrica, revisión de registros, entrevista con historiadores colaterales, valoración del desarrollo de los niños, observación directa de las interacciones padre-hijo, valoración de las actitudes, el conocimiento de crianza, evaluación del ambiente del hogar y la red de apoyo social.

JUSTIFICACIÓN

Los patrones de ejercicio de paternidad varían entre culturas. En México se ha documentado, en general en términos periodísticos, que los patrones de educación de los padres a sus hijos incluyen una serie de prácticas de agresión física y verbal que no son consideradas como tales. Las consecuencias psicológicas de los patrones de agresión en el ejercicio del parentaje han sido estudiadas en poblaciones normales. Existe poca información en la literatura internacional que investigue este fenómeno en pacientes psiquiátricos, y, de cualquier manera, no existen referencias del tema en un país latinoamericano. En este estudio se pretende detectar una muestra de pacientes de ambos sexos con esquizofrenia y que tengan hijos para explorar los patrones de ejercicio de la paternidad

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Cuáles son las prácticas del ejercicio del maternaje/paternaje en una muestra de padres esquizofrénicos de hijos en edad escolar?

¿Cuál es la percepción de las relaciones padre-hijo de una muestra de hijos de padres esquizofrénicos?

¿Cómo se relacionan las prácticas del ejercicio del maternaje / paternaje con la percepción de las relaciones padres-hijos de una muestra de hijos de padres esquizofrénicos?

¿Cómo se relacionan las prácticas del ejercicio del maternaje y la percepción de las relaciones padres-hijos con la conducta escolar y en el hogar de hijos de padres esquizofrénicos?

OBJETIVOS

1. Describir las prácticas del ejercicio de la paternidad/maternidad en una muestra de sujetos con esquizofrenia con hijos en edad escolar.
2. Describir la percepción de las relaciones padres-hijos de una muestra de hijos de padres con esquizofrenia.
3. Establecer la correlación entre el ejercicio del maternaje/paternaje y la percepción de las relaciones padres-hijos en una muestra de sujetos con esquizofrenia.
4. Establecer la correlación entre el ejercicio del maternaje/paternaje y la percepción de las relaciones padres-hijos con las conductas escolares de hijos de padres esquizofrénicos.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Cuáles son las prácticas del ejercicio del maternaje/paternaje en una muestra de padres esquizofrénicos de hijos en edad escolar?

¿Cuál es la percepción de las relaciones padre-hijo de una muestra de hijos de padres esquizofrénicos?

¿Cómo se relacionan las prácticas del ejercicio del maternaje / paternaje con la percepción de las relaciones padres-hijos de una muestra de hijos de padres esquizofrénicos?

¿Cómo se relacionan las prácticas del ejercicio del maternaje y la percepción de las relaciones padres-hijos con la conducta escolar y en el hogar de hijos de padres esquizofrénicos?

OBJETIVOS

1. Describir las prácticas del ejercicio de la paternidad/maternidad en una muestra de sujetos con esquizofrenia con hijos en edad escolar.
2. Describir la percepción de las relaciones padres-hijos de una muestra de hijos de padres con esquizofrenia.
3. Establecer la correlación entre el ejercicio del maternaje/paternaje y la percepción de las relaciones padres-hijos en una muestra de sujetos con esquizofrenia.
4. Establecer la correlación entre el ejercicio del maternaje/paternaje y la percepción de las relaciones padres-hijos con las conductas escolares de hijos de padres esquizofrénicos.

5. Establecer la correlación entre las variables clínicas de la esquizofrenia (edad de inicio, tiempo de evolución, severidad) y las prácticas de maternaje/paternaje y la percepción de la relación padres-hijos.

HIPÓTESIS DE TRABAJO

Este proyecto implica una gran cantidad de hipótesis, por lo que sólo se mencionarán aquellas que se consideran centrales.

H1. Las prácticas autoritarias del ejercicio del maternaje/paternaje se correlacionan en forma inversa y significativa con la percepción de las relaciones padres-hijos en los hijos de padres esquizofrénicos.

Ho. Las prácticas autoritarias del ejercicio del maternaje/paternaje NO se correlacionan en forma inversa y significativa con la percepción de las relaciones padres-hijos en los hijos de padres esquizofrénicos.

Ha. Las prácticas autoritarias del ejercicio del maternaje/paternaje se correlacionan en forma DIRECTA y significativa con la percepción de las relaciones padres-hijos en los hijos de padres esquizofrénicos.

5. Establecer la correlación entre las variables clínicas de la esquizofrenia (edad de inicio, tiempo de evolución, severidad) y las prácticas de maternaje/paternaje y la percepción de la relación padres-hijos.

HIPÓTESIS DE TRABAJO

Este proyecto implica una gran cantidad de hipótesis, por lo que sólo se mencionarán aquellas que se consideran centrales.

H1. Las prácticas autoritarias del ejercicio del maternaje/paternaje se correlacionan en forma inversa y significativa con la percepción de las relaciones padres-hijos en los hijos de padres esquizofrénicos.

Ho. Las prácticas autoritarias del ejercicio del maternaje/paternaje NO se correlacionan en forma inversa y significativa con la percepción de las relaciones padres-hijos en los hijos de padres esquizofrénicos.

Ha. Las prácticas autoritarias del ejercicio del maternaje/paternaje se correlacionan en forma DIRECTA y significativa con la percepción de las relaciones padres-hijos en los hijos de padres esquizofrénicos.

METODOLOGÍA

a) Diseño

Se propone la realización de un estudio analítico de observación transversal.

b) Universo y muestra

Se obtuvo una muestra no probabilística tipo censo de todos los casos que en forma consecutiva cumplieran con los criterios de selección. La unidad muestral fueron los pacientes con esquizofrenia que asisten a tratamiento a los servicios externos y de hospitalización del Hospital Psiquiátrico “Fray Bernardino Álvarez” de la secretaría de salud. Se estima un tamaño de muestra de 20 sujetos.

c) Criterios de selección

- Sujetos que cumplan con los criterios diagnósticos para Esquizofrenia en cualquiera de sus subtipos de acuerdo al DSMIV y que tengan hijos.
- Los hijos pueden ser de cualquier sexo, entre 8 y 15 años.
- Que los padres o tutores den el consentimiento para el estudio.
- Que el niño de su consentimiento para el estudio.
- Que el estado de salud física y mental del niño permita su evaluación.

d) Variables e instrumentos

- **Prácticas de Maternaje/Paternaje:** Se midió con el Cuestionario de parentaje de Robinson y cols (35). [Ver anexo 1] El cuestionario consta de 62 ítems, y cada uno tiene una escala de respuesta del 1 al 5: 1 [nunca], 2 [rara vez], 3 [la mitad de las veces], 4 [muy a menudo] y 5 [siempre].

El cuestionario está estructurado para identificar estilos de parentaje (autoritario, permisivo y autorizador). Cada estilo tiene a su vez varios factores que han sido predeterminados:

- ❑ Autorizador: alfa= .91, 27 items ; factores: calidez e involucramiento; razonamiento/inducción; participación democrática; naturalidad/ serenidad.
- ❑ Autoritario: alfa= .86, 20 items; factores: hostilidad verbal; castigo corporal; estrategias de castigo no razonadas; y rectitud.
- ❑ Permisivo: alfa= .75, 15 items; factores: ausencia de seguimiento; ignorar la mala conducta; confianza en sí mismo.
- **Percepción de las relaciones padre-hijo:** Se midió con la Escala de Medición de Relaciones Padre-hijo de Fuligni y cols (36). [Ver anexo 2] Dicho instrumento cuenta con once preguntas y con una escala de respuesta del 1 al 4: 1 (nunca); 2 (rara vez); 3 (a menudo); 4 (siempre). Esta escala tiene a su vez, tres factores de medición:
 - ❖ Severidad parental: alfa= .62, 5 items. Mide la percepción de los hijos sobre el control parental que ejercen sus progenitores en ellos y el poder asertivo en sus interrelaciones. También mide la cantidad de domino autocrático parental en la relación padres-hijo.
 - ❖ Oportunidad para poder hacer decisiones: alfa= .60, 2 items. Mide la percepción que tienen los hijos ante las oportunidades que sus padres les brindan a la hora de poder hacer decisiones.

❖ Percepción del monitoreo parental: alfa= .69, 4 ítems. Mide como los padres monitorean las actividades nocturnas de los hijos fuera de casa.

- **Variables Clínicas y demográficas.**

El diagnóstico clínico se confirmó con la entrevista clínica estructurada para el DSMIV (SCID). Sólo se aplicó la sección de trastornos psicóticos.

La severidad de los síntomas psicóticos se evaluó con la escala de síntomas positivos y negativos (PANSS)

En una forma *ad hoc* se recabó información demográfica y médica del niño y la madre, y se describió la conducta del niño en la escuela a través de una escala análoga visual de 0 a 10.

e) **Procedimiento**

Se procedió en primer término a la evaluación del proyecto por parte del comité científico y de ética del Hospital Psiquiátrico “Fray Bernardino Álvarez”. Una vez obtenida la autorización, el investigador buscó entre todos los pacientes con el diagnóstico presuntivo de esquizofrenia a aquellos que tuvieran hijos. Una vez corroborado el diagnóstico con la aplicación del SCID, se solicitó al paciente y/o a sus familiares el contactar a los niños que cumplieron con los criterios de selección para la aplicación de los instrumentos de maternaje/paternaje y la escala de percepción de las relaciones padre-hijo. Una vez llenado esto, se procedió al llenado del PANSS y de la hoja de datos clínicos y demográficos.

f) Análisis Estadístico

Se procedió en primer término a la descripción de variables utilizando media y desviación estándar para las variables continuas y frecuencias y porcentajes para las discretas. Se utilizó la prueba de correlación de Pearson y como prueba de contraste de medias se utilizó la T de Student en caso de contrastes de 2 medias o una ANOVA unidireccional en caso de contrastes de más grupos. En contrastes categóricos se utilizó la X².

Finalmente se llevó a cabo un análisis de regresión múltiple con el método stepwise utilizando como predictores a las prácticas de maternaje, a la percepción de las relaciones padre-hijo y a las principales variables demográficas y como variables a predecir a las conductas escolares y en el hogar medidas por las escalas análogas visuales.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

Esta investigación no implica ninguna intervención que implique algún riesgo para la salud tanto para el niño como para la madre por lo que no viola ningún precepto estipulado en las convenciones de Helsinki y Hawaii para investigación en humanos. Al ser una investigación inocua, de acuerdo a la ley general de salud vigente, sólo se requiere el consentimiento verbal de los sujetos. Los autores se obligan a mantener total confidencialidad con respecto a la identidad de los participantes. Los cuestionarios NO llevarán nombre o número de expediente hospitalario.

f) Análisis Estadístico

Se procedió en primer término a la descripción de variables utilizando media y desviación estándar para las variables continuas y frecuencias y porcentajes para las discretas. Se utilizó la prueba de correlación de Pearson y como prueba de contraste de medias se utilizó la T de Student en caso de contrastes de 2 medias o una ANOVA unidireccional en caso de contrastes de más grupos. En contrastes categóricos se utilizó la X².

Finalmente se llevó a cabo un análisis de regresión múltiple con el método stepwise utilizando como predictores a las prácticas de maternaje, a la percepción de las relaciones padre-hijo y a las principales variables demográficas y como variables a predecir a las conductas escolares y en el hogar medidas por las escalas análogas visuales.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

Esta investigación no implica ninguna intervención que implique algún riesgo para la salud tanto para el niño como para la madre por lo que no viola ningún precepto estipulado en las convenciones de Helsinki y Hawaii para investigación en humanos. Al ser una investigación inocua, de acuerdo a la ley general de salud vigente, sólo se requiere el consentimiento verbal de los sujetos. Los autores se obligan a mantener total confidencialidad con respecto a la identidad de los participantes. Los cuestionarios NO llevarán nombre o número de expediente hospitalario.

RESULTADOS

Se estudiaron un total de 20 pacientes que cumplieron los criterios de selección, 7 (35%) del sexo masculino y 13 (65%) femenino. La edad promedio fue de 36.9 ± 5.7 años (rango 26 a 50 años). En 13 de los pacientes el maternaje/paternaje era ejercido por el paciente predominantemente y en 7 era asistido. En estos 7 casos, 5 (71.4%) la asistencia del menor era por parte del cónyuge y en 2 se hacían cargo los tíos.

En cuanto a las variables clínicas relacionadas con la enfermedad, la edad de inicio promedio de la esquizofrenia fue de 22.6 ± 5.5 años, con un tiempo de evolución promedio de 14.3 ± 8.3 años. El promedio de hospitalizaciones fue de 4.3 ± 3.0 con un rango de 0 a 10.

La calificación promedio en la escala de síntomas positivos del PANSS fue de 21.4 ± 7.7 , en la de síntomas negativos 19.1 ± 6.6 , en la de psicopatología general 38.5 ± 11.6 y el total de 79.1 ± 23.4 .

El número de hijos promedio fue de 2.05 ± 1 con un rango de 1 a 4 (hay que recordar que tener por lo menos un hijo era un criterio de selección). El promedio escolar del hijo seleccionado para el estudio fue de 8.1 ± 1 , con un rango de 6 a 10.

a) Comportamiento psicométrico de los Instrumentos.

El cuestionario de prácticas maternas-paternales de Robinson y cols (35) arrojó un promedio total de 182 ± 21.9 puntos con un rango de 154 a 245 puntos. El rango del instrumento es entre 62 y 310 puntos. El mayor puntaje implica prácticas más adecuadas. La consistencia interna del instrumento fue de 0.83.

La escala de medición de relaciones padre-hijo de Fulgini y col (36) arrojó un puntaje total promedio de 33.2 ± 4.1 con un rango de 27 a 42 puntos. El rango de calificación del instrumento es de 11 a 44 puntos.

El mayor puntaje implica la percepción de mayor autoritarismo por parte del menor.
La consistencia interna del instrumento fue de 0.76.

b) Descripción de resultados.

En la tabla #1 que se muestra a continuación, se ilustran los resultados en cada una de las dimensiones del cuestionario de prácticas maternas-paternas.

TABLA #1. CONSTRUCTOS DEL CUESTIONARIO DE PRACTICAS DE PARENTAJE.

Dimensión	media±desviación estándar	calificación máxima
Factores Autoritativos		
Calidez e involucramiento	39.4±7.9	55
Razonamiento / inducción	24.0±	35
Participación democrática	16.4±4.07	25
Tolerancia / amabilidad	14.4±3.0	20
Factores Autoritarios		
Hostilidad verbal	11.3±4.3	20
Castigo corporal	13.5±5.2	30
Sinrazón / estrategias punitivas	13.4±4.3	30
Directividad	16.3±3.0	20
Permisividad		
Falta de continuidad	15.5±2.6	30
Ignorar las malas conductas	7±1.9	20
Autoconfianza	14.2±3.2	25

n= 20.

c) Correlaciones bivariadas.

No se documentaron correlaciones significativas entre los totales del cuestionario de prácticas paternales-maternales (CPPM) y la escala de medición de las relaciones padre-hijo (EMRPH) y las variables clínicas estudiadas (PANSS positivo, negativo y general, edad de inicio del padecimiento, tiempo de evolución, número de internamientos y funcionamiento global).

La correlación entre el total del CPPM y la EMRPH fue baja y no significativa ($r=0.19$, $p=0.40$).

Al correlacionar en forma bivariada a cada una de las subescalas de los 3 factores del CPM solo se documentaron los siguientes valores significativos:

Calidez / involucramiento	con	# de hijos	$r= -.47$, $p= 0.03$
	con	GAF ultimo año	$r= .44$, $p= 0.04$
Razonamiento / Inducción	con	GAF ultimo año	$r= .53$, $p= 0.01$
Tolerancia / amabilidad	con	# de hijos	$r= -.52$, $p= 0.01$

La EMRPH no correlacionó en forma significativa con ninguna de las variables clínicas estudiadas ni con las dimensiones del cuestionario de practicas de parentaje-maternaje.

Uno de los objetivos de este trabajo fue el establecer si existía correlación entre las variables de paternaje-maternaje o la percepción de las relaciones padre-hijo con el promedio escolar del hijo índice.

Con este respecto, sólo se documentó una correlación significativa entre la EMRPH y el promedio escolar ($r = -.49$, $p = 0.02$), es decir, a mayor autoritarismo percibido por el hijo, menor era el promedio escolar. Ninguna de las dimensiones del CPPM correlacionó significativamente con el promedio escolar.

DISCUSIÓN

El cuestionario de prácticas de paternaje-maternaje y la escala de medición de las relaciones padre-hijo se comportaron en forma consistente en la muestra estudiada de pacientes esquizofrénicos y sus hijos.

Dos factores de los llamados autoritativos (calidez /involucramiento y razonamiento / inducción) correlacionaron en forma significativa con el GAF del último año. Sin embargo ninguna de las escalas correlacionó con las diferentes dimensiones del PANSS.

Según Buri (1) los padres autoritativos tienden a ser altamente directivos con sus hijos, no permitiendo que su autoridad sea refutada o cuestionada por los hijos y menciona que este estilo de paternaje se caracteriza por la madurez psicosocial así como la independencia responsable y el éxito académico de parte del hijo.

En el presente estudio no se encontraron correlaciones significativas entre las dimensiones de las prácticas de paternaje-maternaje y el promedio escolar, solo se documentó una correlación significativa entre la EMRPH y el promedio escolar, es decir que a mayor autoritarismo percibido por el hijo, menor resultado el promedio escolar, mostrando esto último correlación en forma inversa con el total de la percepción de las relaciones padre-hijo.

Con este respecto, sólo se documentó una correlación significativa entre la EMRPH y el promedio escolar ($r = -.49$, $p = 0.02$), es decir, a mayor autoritarismo percibido por el hijo, menor era el promedio escolar. Ninguna de las dimensiones del CPPM correlacionó significativamente con el promedio escolar.

DISCUSIÓN

El cuestionario de prácticas de paternaje-maternaje y la escala de medición de las relaciones padre-hijo se comportaron en forma consistente en la muestra estudiada de pacientes esquizofrénicos y sus hijos.

Dos factores de los llamados autoritativos (calidez /involucramiento y razonamiento / inducción) correlacionaron en forma significativa con el GAF del último año. Sin embargo ninguna de las escalas correlacionó con las diferentes dimensiones del PANSS.

Según Buri (1) los padres autoritativos tienden a ser altamente directivos con sus hijos, no permitiendo que su autoridad sea refutada o cuestionada por los hijos y menciona que este estilo de paternaje se caracteriza por la madurez psicosocial así como la independencia responsable y el éxito académico de parte del hijo.

En el presente estudio no se encontraron correlaciones significativas entre las dimensiones de las prácticas de paternaje-maternaje y el promedio escolar, solo se documentó una correlación significativa entre la EMRPH y el promedio escolar, es decir que a mayor autoritarismo percibido por el hijo, menor resultado el promedio escolar, mostrando esto último correlación en forma inversa con el total de la percepción de las relaciones padre-hijo.

Ratificando que los esquizofrénicos tienden a tener redes sociales más débiles (21), así como periodos de crianza intermitentes en ocasiones con pérdida de la custodia de los hijos (21,32), nosotros encontramos que de la muestra de 20 pacientes, solo 13 ejercieron de manera predominante la paternidad y los 7 restantes fueron asistidos de manera total o parcial en la crianza.

De manera general, los objetivos planteados en este trabajo se alcanzaron. Los resultados arrojaron algunas correlaciones significativas ya esperadas, aunque de manera sorpresiva observamos que la correlación entre el total del CPPM y la EMRPH fue baja y no significativa además esta última no correlaciono en forma significativa con ninguna de las variables clínicas.

De esta manera y basado en lo anteriormente descrito, sugerimos la realización de un estudio comparativo con sujetos sanos, para establecer la correlación existente entre las formas de paternaje en ambos grupos.

BIBLIOGRAFIA

1. Brui, J. (1991). Parental authority questionnaire. *Journal of Personality Assessment*, 57(1), 110-119.
2. Lewis, C (1981). The effects of parental firm control: a reinterpretation of findings. *Psychological Bulletin*, 90 (3). 547-563.
3. Baumrind, D. (1973). The development of instrumental competence through socialization. *Minnesota Symposium on Child Psychology* (vol 7). Minneapolis: University of Minnesota Press.
4. Robinson, C., Mandleco, B., Frost, s., y Hart, C. (1995). Authoritative, authoritarian, and permissive parenting practices: development of a new measure. *Psychological reports* (77). 819-830
5. Steinberg, L. (1987). Single parents, stepparents, and the susceptibility of adolescents to antisocial peer pressure. *Child Development*, (58). 269-275.
6. Fuligni, A., y Eccles, J. (1993). Perceived parent-child relations and early adolescents' orientation toward peers. *Developmental Psychology* 29 (4), 622-632.
7. Dornbusch, S., Carlsmith, j. , Busschwall, S. Y otros. (1985). Single parents, extended households, and the control of adolescents, *Child development*, 56, 326-341.
8. Mason, C., Cauce, A., González, N. Y Hiraga, Y . (1996). Neither too sweet nor too sour: problem peers, maternal control, and problem behavior in African American adolescents. *Child Development*, 67, 2125-2130.
9. Barber, B., Olsen, j. Y Shagle, S. (1994). Associations between parental psychological and behavioral control and youth internalized and externalized behaviors. *Child Development*, 65, 1120-1136.
10. Rutter, M. (1981). The city and the child. *American Journal of Orthopsychiatry*, 51, 610-625.
11. Arap-Maritim, E. (1984). Relation of paternal strictness to competitive attitudes of primary school children. *Psychological Reports*, (54). 864-866.
12. Harris, L., y Howard, K, (1981). Perceived parental authority: reasonable and unreasonable. *Journal of Youth and Adolescence*, 10 (4). 273-284.

13. Hilger, T. ; Propping, P.; and Haverkamp, F. Is there an increase of reproductive rates in schizophrenics?: Results and discussion. *Archives of Psychiatry and neurological sciences* 177-186, 1983.
14. Wignall, C. M, and Meredith, C.E. Illegitimate pregnancies in state institutions. *Archives of General Psychiatry*, 18:580-583, 1968.
15. Appleby, L.;Desai, R.;Luchins, D.J.; Gibbons, R. D. Length of stay and recidivims in schizophrenia: A study of public psychiatric hospital patients. *American Journal of psychiatry*, 150:72-76,1993.
16. Goldstein, J.M. Gender differences in the course of schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*, 145:684-689, 1998.
17. McGlashan, T.H., and Bardenstein, K.K. Gender differences in affective, schizoffective, and schizophrenic disorders. *Schizophrenia Bulletin*, 16 (2):319-329,1990.
18. Bachrach, L.L. Deinstitutionalizationand women: Assessing the consequences of public polici. *American Psychologist*. 39:1171-1177,1984.
19. Lyketsos, G.C.; Sakka, P.; and Mailis, A. The sexual adjustment of chronic schizophrenics: A Preliminary study. *Brithis Journal of Psychiatry*, 143:376-382, 1983.
20. Cournos, F.; Guido, J.R.;Coomaraswamy. S.; Meyer-Bahlburg,H.;Sugden,R.; and Horwath ,E. Sexual activity and risk of HIV infection among patients with schizophrenics. *American Journal of Psychiatry*, 151:228-232, 1994.
21. Miller, L.J., and Finnerty, M. Sexuality, pregnancy,and childrearing among women with schizophrenia-spectrum disorders. *Psychiatric Services*, 47:502-505, 1996.
22. Kalichman, S.C.; Sikkema, K.J.; Kelly,J.A.; and Bulto, M. Use of a brief behavioral skills intervention to prevent HIV infection among cronic mentally ill adults. *Psychiatric Services*, 446: 275-280, 1995.
23. McCullough, L. B.; Coverdale, J.; Bayer, T.; and Chervenak, F.A. Ethicalli justified guidelines for family planning interventions to prevent pregnancy in female patients with cronic mental illnes. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 167: 19-25, 1992.

24. McNeil, T.F.; Kaij, L.; and Malmquist-Larsson, A. Women with nonorganic psychosis: Pregnancy's effect on mental health during pregnancy. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 70:140-148, 1984b.
25. McNeil, T.F.; Kaij, L.; and Malmquist-Larsson A. Women with nonorganic psychosis: Factors associated with pregnancy's effect on mental health. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 70: 209-219, 1984a.
26. McNeil, T.F.; Kaij, L.; and Malmquist-Larsson, A. Pregnant women with nonorganic psychosis: Life situation and experience of pregnancy. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 68: 445-457, 1983.
27. Doliner, L.J. Obstacles to the care of patients with medical-psychiatric illness on general hospital psychiatry units. *General Hospital Psychiatry*, 15: 14-20, 1993.
28. Rudolph, B.; Larsson, G.L.; Sweeny, S.; Hough, E.E.; and Arorian, K. Hospitalized pregnant psychotic women: Characteristics and treatment issues. *Hospital and Community psychiatry*, 41: 159-163, 1990.
29. McNeil, T.F. A prospective study of postpartum psychoses in a high-risk group: 2. Relationships to demographic and psychiatric history characteristics. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 75: 35-43, 1987.
30. Corrigan, P.W., and Green, M.F. Schizophrenic patients' sensitivity to social cues: The role of abstraction. *American Journal of Psychiatry*, 150:589-594, 1993.
31. Gamer, E.; Gallant, D.; and Grunebaum, H. Children of psychotic mothers: An evaluation of 1-year-olds on a test of object permanence. *Archives of General Psychiatry*, 33:311-317, 1976.
32. Coverdale, J.H., and Aruffo, J.A. Family planning needs of female chronic psychiatric outpatients. *American Journal of Psychiatry*, 146:1489-1491, 1989.
33. Walker, E., and Emory, E. Infants at risk for psychopathology: Offspring of schizophrenic parents. *Child Development*, 54:1269-1285, 1983. Walker, E., and Emory, E. Infants at risk for psychopathology: Offspring of schizophrenic parents. *Child Development*, 54:1269-1285, 1983.
34. Rynearson, E. K. Relinquishment and its maternal complications: a preliminary study. *American Journal of Psychiatry*. 139,338-340. 1982.

35. Robinson C, Mandleco B, Frost Olsen S, Hart C. Authoritative, authoritarian and permissive parenting practices: development of a new measure. *Psychological reports* 1995;77:819-830.
36. Fulgini AJ, Eccles JS. Perceived parent-child relationships and early adolescents' orientation toward peers. *Developmental Psychology* 1993;29:622-632.

ANEXO 1

CUESTIONARIO DE LAS PRÁCTICAS MATERNALES-PATERNALES DE ROBINSON Y COLS (1995).

Mi pareja muestra la conducta

1= nunca

2= rara vez

3= la mitad de las veces

4= muy a menudo

5= siempre

Yo muestro la conducta

1= nunca

2= rara vez

3= la mitad de las veces

4= muy a menudo

5= siempre

[Mi [Yo]

pareja]

1. _____ [Mi pareja impulsa] [Yo impulso] a nuestro hijo a hablar de sus problemas
2. _____ [Mi pareja guía] [Yo guío] a nuestro hijo con castigos más que con razonamientos..
3. _____ [Mi pareja sabe] [Yo sé] los nombres de los amigos de nuestro hijo.
4. _____ [Mi pareja encuentra] [Yo encuentro] difícil disciplinar a nuestro hijo
5. _____ [Mi pareja elogia] [Yo elogio] a nuestro hijo cuando es bueno.
6. _____ [Mi pareja golpea] [Yo golpeo] a nuestro hijo cuando es desobediente
7. _____ [Mi pareja juega y bromea] [Yo juego y bromeo] con nuestro hijo.
8. _____ [Mi pareja se contiene] [Yo me contengo] el regaño y/o la crítica aún y cuando nuestro hijo actúa en contra de mis deseos.
9. _____ [Mi pareja muestra] [Yo muestro] empatía cuando nuestro hijo es lastimado o frustrado.
10. _____ [Mi pareja castiga] [Yo castigo] a nuestro hijo quitándole privilegios y no le doy ninguna explicación.

11. _____ [Mi pareja consiente] [Yo consiento] a nuestro hijo.
12. _____ [Mi pareja brinda] [Yo brindo] apoyo y entendimiento cuando mi hijo está molesto.
13. _____ [Mi pareja grita] [Yo grito] cuando mi hijo se porta mal.
14. _____ [Mi pareja es] [Yo soy] serena y relajada con mi hijo.
15. _____ [Mi pareja permite][Yo permito] que mi hijo moleste a sus compañeros.
16. _____ [Mi pareja le dice][Yo le] digo a nuestro hijo mis expectativas en relación a la conducta antes de que se ocupe en una actividad.
17. _____ [Mi pareja regaña y critica] [Yo regaño y critico] para hacer que nuestro hijo mejore.
18. _____ [Mi pareja muestra] [Yo muestro] paciencia con nuestro hijo.
19. _____ [Mi pareja agarra][Yo agarro] a nuestro hijo cuando está siendo desobediente.
20. _____ [Mi pareja menciona] [Yo menciono] el castigo a nuestro hijo pero él no lo cumple.
21. _____ [Mi pareja es responsable] [Yo soy] responsable de las necesidades y sentimientos de nuestro hijo.
22. _____ [Mi pareja permite] [Yo permito] que nuestro hijo opine sobre las reglas en la familia.
23. _____ [Mi pareja discute] [Yo discuto] con nuestro hijo.
24. _____ [Mi pareja se muestra][Yo me muestro] segura ante las habilidades de crianza.
25. _____ [Mi pareja le da][Yo le] doy razones a nuestro hijo de por qué las reglas deben ser obedecidas.
26. _____ [Mi pareja se muestra][Yo me muestro] más interesada en nuestros sentimientos que en los de nuestro hijo.
27. _____ [Mi pareja le dice][Yo le digo] a nuestro hijo que aprecio lo que él intenta o realiza.
28. _____ [Mi pareja castiga] [Yo castigo] a nuestro hijo poniéndolo solo en un lugar sin ninguna explicación.

29. _____ [Mi pareja ayuda][Yo ayudo] a nuestro hijo a comprender el impacto de la conducta incitándolo a hablar sobre las consecuencias de nuestras acciones.
30. _____ [Mi pareja teme][Yo temo] que disciplinar a nuestro hijo para malas conductas causará que no les guste a los padres.
31. _____ [Mi pareja toma en cuenta][Yo tomo en cuenta] los deseos de nuestro hijo antes de preguntarle algo.
32. _____ [Mi pareja explota][Yo exploto] en enojo hacia nuestro hijo.
33. _____ [Mi pareja está][Yo estoy] pendiente de los problemas y de lo que concierne con nuestro hijo en la escuela.
34. _____ [Mi pareja][Yo amenazo] más número de veces a nuestro hijo con castigos de lo que en realidad aplico.
35. _____ [Mi pareja expresa][Yo expreso] el afecto a través de abrazos, besos y cargando a nuestro hijo.
36. _____ [Mi pareja] [Yo ignoro] la mala conducta de nuestro hijo.
37. _____ [Mi pareja utiliza][Yo utilizo] el castigo físico como una forma de disciplinar a nuestro hijo.
38. _____ [Mi pareja se encarga][Yo me encargo] de la disciplina de nuestro hijo después de su mala conducta.
39. _____ [Mi pareja se disculpa][Yo me disculpo] con nuestro hijo cuando cometo errores en la crianza.
40. _____ [Mi pareja le dice][Yo le digo] a nuestro hijo qué hacer.
41. _____ [Mi pareja cede][Yo cedo] cuando nuestro hijo causa alguna perturbación por algo.
42. _____ [Mi pareja habla y razona][Yo hablo y razono] con nuestro hijo cuando se comporta mal.
43. _____ [Mi pareja da][Yo doy] un manotazo a nuestro hijo cuando se comporta mal.
44. _____ [Mi pareja está][Yo estoy] en desacuerdo con nuestro hijo.
45. _____ [Mi pareja permite][Yo permito] que nuestro hijo interrumpa a otros.

46. _____ [Mi pareja tiene][Yo tengo] ratos cariñosos y de intimidad juntos con nuestro hijo.
47. _____ Cuando dos niños están peleándose[Mi pareja disciplina][Yo disciplino] a los niños primero y luego hago las preguntas.
48. _____ [Mi pareja impulsa][Yo impulso] a nuestro hijo a que se exprese él mismo aún y cuando está en desacuerdo con nosotros.
49. _____ [Mi pareja soborna][Yo soborno] a nuestro hijo con premios para ocasionar complicidad.
50. _____ [Mi pareja regaña o critica][Yo regaño o critico] cuando la conducta de nuestro hijo no cumple nuestras expectativas.
51. _____ [Mi pareja muestra][Yo muestro] respeto ante las opiniones de mi hijo animándole a que las exprese.
52. _____ [Mi pareja pone][Yo pongo] reglas estrictas bien establecidas para nuestro hijo.
53. _____ [Mi pareja explica][Yo explico] a nuestro hijo como sentirse ante la buena y mala conducta.
54. _____ [Mi pareja utiliza][Yo utilizo] amenazas como castigo con pequeña o nula explicación.
55. _____ [Mi pareja toma en cuenta][Yo tomo en cuenta] las preferencias de nuestro hijo a la hora de hacer planes familiares.
56. _____ Cuando nuestro hijo nos pregunta por qué tiene que conformarse, [Mi pareja dice][Yo digo]: “porque así es, porque yo soy tu padre/madre y porque yo quiero”.
57. _____ [Mi pareja parece][Yo parezco] insegura en como resolver la conducta de nuestro hijo.
58. _____ [Mi pareja explica][Yo explico] las consecuencias de la conducta del niño.
59. _____ [Mi pareja exige][Yo exijo] que nuestro hijo haga cosas.
60. _____ [Mi pareja encauza][Yo encauzo] la mala conducta de mi hijo en una actividad más aceptable.

61. _____ [Mi pareja empuja][Yo empujo] fuertemente a nuestro hijo cuando es desobediente.
62. _____ [Mi pareja enfatiza][Yo enfatizo] las razones de las reglas.

ANEXO 2

ESCALA DE MEDICIÓN DE RELACIONES PADRE-HIJO DE FULIGNI Y COLS (1993)

1. Mis padres quieren que siga sus indicaciones inclusive si estoy en desacuerdo con ellas.

1. nunca _____
2. rara vez _____
3. casi siempre _____
4. siempre _____

2. Tengo que pedir permiso a mis padres para hacer la mayoría de las cosas

1. nunca _____
2. rara vez _____
3. casi siempre _____
4. siempre _____

3. Mis padres se molestan si estoy en desacuerdo con ellos cuando están sus amigos presentes.

1. nunca _____
2. rara vez _____
3. casi siempre _____
4. siempre _____

4. Mis padres son estrictos

1. nada _____
2. muy poco _____
3. normal _____
4. mucho _____

5. Mis padres se preocupan de que sea capaz de hacer algo que a ellos no les gustará

1. nunca _____
2. rara vez _____
3. casi siempre _____
4. siempre _____

6. ¿Qué tan a menudo participas dentro de tu familia cuando se toman decisiones concernientes a ti?

1. nunca _____
2. rara vez _____
3. a menudo _____
4. siempre _____

7. Mis padres me impulsan a dar mis opiniones e ideas aún y cuando ellos están en desacuerdo con ellas.

1. nunca _____
2. rara vez _____
3. a menudo _____
4. siempre _____

8. Cuando tienes por la noche un evento de la escuela, ¿Tienes una hora de llegada?

1. nunca _____
2. rara vez _____
3. a menudo _____
4. siempre _____

**ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA**

9. Cuando sales en los fines de semana, ¿tienes una hora de llegada?

1. nunca _____
2. rara vez _____
3. a menudo _____
4. siempre _____

10. Cuando vas a llegar tarde a casa por la noche, ¿tienes que llamar a casa?

1. nunca _____
2. rara vez _____
3. a menudo _____
4. siempre _____

11. ¿Tus padres te avisan cuando es peligroso que salgas solo?

1. nunca _____
2. rara vez _____
3. a menudo _____
4. siempre _____