

01921
29 A



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE PSICOLOGÍA

**"ESTUDIO COMPARATIVO DE DOS SERVICIOS
DE HOSPITAL PARCIAL PARA PACIENTES
ESQUIZOFRÉNICOS CONSIDERANDO EL
FUNCIONAMIENTO FAMILIAR Y LA
ADHERENCIA TERAPÉUTICA"**

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA
P R E S E N T A N :
BARRIOS MUÑOZ ALICIA
CORTÉS RAMÍREZ JULIO CÉSAR



**FACULTAD
DE
PSICOLOGÍA**

DIRECTOR: DR. FEDERICO PUENTE SILVA
REVISORA: LIC. GUADALUPE SANTAELLA HIDALGO

Autorizo a la Dirección General de Bibliotecas de la
UNAM a difundir en formato electrónico e impreso el
contenido de mi trabajo recepcional
NOMBRE: Barríos Muñoz Alicia

FECHA: 20 - Marzo

FIRMA: [Firma manuscrita]

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ABRIL DEL 2003
EXAMENES PROFESIONALES
FAC. PSICOLOGÍA



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.

**TESIS
CON
FALLA DE
ORIGEN**

PAGINACIÓN DISCONTINUA

**Agradecemos al Jurado:
Dr. Federico Puente Silva, Lic. Guadalupe Santaella Hidalgo,
Dr. Luis Antonio Gamiochipi Carbajal, Mtro. Celso Serra Padilla,
Mtra. Martina Jurado Baizabal.**

Especial agradecimiento a la Dra. Emma Espejel Aco, por la ayuda, guía y orientación brindada en la realización de este trabajo, particularmente para la correcta utilización de la Escala de Funcionamiento Familiar.

Agradecemos :

A todos los Pacientes y Familiares del Hospital de Día y del Hospital Parcial de Fin de Semana del Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Álvarez", que colaboraron en esta investigación.

Al personal de ambos servicios que otorgó las facilidades necesarias para realizar la misma, particularmente al Dr. Jorge A. Gamiochipi (Subdirector de los Servicios Ambulatorios), al Dr. Oscar Ojeda (Jefe del Servicio de Hospital Parcial de Fin de Semana), al Dr. Mario Lara (Jefe del Servicio de Hospital de Día).

De la misma manera a los Psiquiatras y Psicólogos adscritos; a las Trabajadoras Sociales, Sara Contreras, Luisa Reyes y Carolina; a los trabajadores del área administrativa.

Al Personal de Enseñanza y Educación Continua de dicha institución, por proporcionarnos la oportunidad de realizar el presente trabajo. Al Comité de Ética e Investigación del Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Álvarez". A la Psic. Janeth Jiménez, a la Psic. Martha Rosas.

A la Dra. Emma Espejel, por el apoyo otorgado.

A nuestra revisora la Psic. Guadalupe Santaella Hidalgo, por sus sugerencias y comentarios.

A nuestros síndocales: Dr. Luis A. Gamiochipi Carbajal, a la Mtra. Martina Jurado Baizabal y al Mtro. Celso Serra Padilla, por sus observaciones e indicaciones.

En especial a nuestro Director de Tesis, al Dr. Federico Puente Silva, por su orientación, guía e interés en la realización del presente trabajo.

Alicia Barrios y Julio Cesar Cortés.

Este trabajo esta dedicado a:

A mi Mamí, por ser la mejor que pude tener, gracias por enseñarme el valor del esfuerzo, de la constancia y la superación, así como la importancia del trabajo, gracias por tu protección y apoyo. Esto es una muestra de lo orgullosa que me gustaría hacerte sentir, como un regalo directo al cielo.

A mi Papá por estar y por inculcarme a seguir adelante a pesar de lo que sea. Por enseñarme a luchar por lo que se anhela.

A Vero, por ser la compañera y amiga de toda mi vida.

A mi Mamá Licha, con mucho cariño y amor.

A mis queridos Cesarito y Jackie.

A toda mi familia y amigos, a todos aquellos que han estado a mi lado a lo largo de mi vida personal y académica. A los que se han quedado y a los que se han ido. A los que dedican un pensamiento para mí. Los que quiero y estimo.

A los Barrios de la A a la Z, a los todos los Muñoz (sobretudo a los jarochitos), a Eli, a Ana, a las Chicas (Kika, Nefer, Lupita, Mary, Elia), a Olimpia, a Eli 2, a Nancy, a Diana, a todos mis compañeros del "Fray" que me dieron tanto, a los chicos Avanza en especial a Luis, a Saulo y a Manuel (aunque sea ex). Y a todos los que se me escapan en este momento.

Muy especialmente esto es para la persona junto con la cual logre este esfuerzo. A quien ha estado conmigo y me ha ayudado a sortear las dificultades a las que me he enfrentado, quien me ha enseñado la importancia del amor, el respeto y la compañía, a quien le agradezco a la vida haber puesto en mi camino. A mi amigo, a mi compañero y mi amor. Julio gracias por tu apoyo, tu amor y tu cariño.

Con todo mi afecto Alice.

Este esfuerzo se lo quiero dedicar a las personas que más quiero, que me han dado su amor, su compañía, su apoyo moral y económico, ha todos ellos que han llenado mi vida de dicha, que me han enseñado el arte de amar y vivir, que con ellos he aprendido a aferrarme a la vida, que me ha ayudado a levantarme cuando caigo, a meterme el hombro cuando siento que ya no puedo. En fin que me han dado la dicha de conocerlos y compartir con ellos momentos, instantes... vida.

A Gloria, mi Madre.
Por darme la vida, amor, comprensión, por ser mi refugio, mi hogar.

A Andrés, mi Padre.
Por todo su amor, por su apoyo de siempre, por creer en mí.

A mi hermano Andrés.
Por su apoyo de tantos años, por enseñarme que el trabajo dignifica, por ser el mejor hermano que pude tener.

A mis hermanos Oscar y Angélica.

A mis sobrinos Oscarín, Leslie y Jesús.

A mi Abuelita.

A Alicia.
Mi amiga, mi compañera, mi novia, mi todo.
Quien me ha enseñado el significado de compartir.
Con quien quiero seguir hombro con hombro en el camino de la vida.

A todos mis amigos y amigas, compañeros y compañeras, a todos aquellos quienes en algún momento formaron o forman parte de mi cotidianidad y también a los que ya no están.

Carlos, Israel, Héctor, Paola, Marcela, Juan, Eiji, Charly, Klyder, Valentín, Licha, Yolo, Pao, Ana, Ana Rosa, Viviana, Miguel, Miriam, Isai, Araceli, Juan Carlos.

Julio.



ÍNDICE.

	Pág.
Resumen	1
Introducción	2
PRIMERA PARTE.	
Capítulo 1. Esquizofrenia.	
1. Antecedentes	3
2. Definición	5
3. Conceptos Generales de la Esquizofrenia	6
3.1. Diagnóstico DSM-IV	6
3.1.1. Esquizofrenia	6
3.1.2. Síntomas Positivos y Síntomas Negativos	6
3.1.3. Criterios para el Diagnóstico de Esquizofrenia	7
3.1.4. Especificaciones de Curso de la Esquizofrenia	8
3.1.5. Subtipos de Esquizofrenia	8
a) F20.0x Tipo Paranoide	9
b) F20.1x Tipo Desorganizado	9
c) F20.2x Tipo Catatónico	10
d) F20.3x Tipo Indiferenciado	10
e) F20.5x Tipo Residual	11
3.2. Diagnóstico CIE-10	12
3.2.1. Esquizofrenia F20	12
3.2.2. Síntomas para el Diagnóstico	12
3.2.3. Pautas para el Diagnóstico	13
3.2.4. Formas de Evolución	14
3.2.5. Tipos de Esquizofrenia	14
a) F20.0 Esquizofrenia Paranoide	14
b) F20.1 Esquizofrenia Hebefrénica	15
c) F20.2 Esquizofrenia Catatónica	16
d) F20.3 Esquizofrenia Indiferenciada	17
e) F20.4 Depresión Postesquizofrénica	18
f) F20.5 Esquizofrenia Residual	18
g) F20.6 Esquizofrenia Simple	19
h) F20.8 Otra Esquizofrenia	20
i) F20.9 Esquizofrenia Sin Especificación	20
4. Etiología. Factores Asociados a la Enfermedad	20
4.1. Factores Genéticos	21
4.2. Factores Ambientales	21
4.2.1. Factores Ambientales Biológicos	21
4.2.2. Factores Ambientales Sociales	22
4.3. Factores Psicológicos	22
4.4. Epidemiología	22

5.	Tratamiento	23
5.1.	Farmacológico	23
5.2.	Biológico	24
5.3.	Psicológico	25
5.4.	Social	26
6.	Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Álvarez"	26
6.1.	Antecedentes	26
6.2.	Servicios	28
6.2.1.	Hospital de Día	29
6.2.1.1.	Actividades para Pacientes	29
6.2.1.2.	Actividades para Familiares	31
6.2.2.	Hospital Parcial de Fin de Semana	31
6.2.2.1.	Actividades para Pacientes	32
6.2.2.2.	Actividades para Familiares	33
 Capítulo 2. Salud en la Ciudad y Adherencia Terapéutica.		
1.	Características de la Ciudad	35
1.1.	La Ciudad Contemporánea	36
1.2.	Calidad de Vida en la Ciudad	37
1.3.	Posmodernidad	38
2.	Patología de la Pobreza	40
3.	Psicología de la Salud	41
4.	Adherencia Terapéutica	42
4.1.	Definición de Adherencia Terapéutica	43
4.2.	Medición de la Adherencia Terapéutica	44
4.3.	Factores que Inciden en la Adherencia Terapéutica	46
4.4.	Adherencia Terapéutica en Pacientes Esquizofrénicos	46
5.	El Psicólogo como Profesional de la Salud	47
 Capítulo 3. Familia.		
1.	Familia	51
2.	La Familia como Sistema	51
2.1.	Subsistemas Familiares	52
2.2.	Ciclo Vital de la Familia	53
2.3.	Tipos de Familia	54
2.4.	Evaluación Familiar	55
2.4.1.	Funcionalidad Familiar	56
2.4.2.	Técnicas de Evaluación Familiar	58
2.4.3.	Escala de Funcionamiento Familiar	58
3.	Familias de Pacientes con Enfermedad Crónica	61
3.1.	Familias con Paciente Esquizofrénico	63
3.1.1.	Familias con Paciente Esquizofrénico con Episodio Agudo	65

SEGUNDA PARTE.**Método.**

1. Planteamiento del Problema	67
2. Justificación del Problema	67
3. Hipótesis	67
4. Variables	70
5. Definición Conceptual de las Variables	70
6. Definición Operacional de las Variables	70
7. Sujetos	70
8. Muestreo	71
9. Escenario	72
10. Tipo de Estudio	73
11. Diseño	74
12. Instrumentos	74
13. Procedimiento	75
14. Análisis Estadístico	75

Análisis de Resultados.

1. Características de la Muestra. Variables Apareadas.....	77
2. Características del Universo. Variables Consideradas en el Apareamiento.....	79
3. Características de la Muestra. Datos Sociodemográficos.....	81
4. Resultados de Adherencia Terapéutica.....	90
5. Resultados de la Escala de Funcionamiento Familiar.....	99
6. Áreas de la Escala de Funcionamiento Familiar con Diagnóstico.....	109

Discusión y Conclusiones

115

Sugerencias y Limitaciones

129

Bibliografía

133

Anexos.

Anexo 1. Carta de Consentimiento Informado	139
Anexo 2. Ficha de Identificación	141
Anexo 3. Cédula de Auto-registro	143
Anexo 4. Escala de Funcionamiento Familiar	145

RESUMEN.

El objetivo de esta investigación fue realizar una comparación entre dos servicios de Hospital Parcial, con respecto a la Adherencia Terapéutica y el Funcionamiento Familiar de sujetos con diagnóstico de esquizofrenia del Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Álvarez". La diferencia radica en que un servicio (grupo control) funciona de lunes a viernes y el otro servicio (grupo piloto) funciona sábados y domingos.

La comparación tuvo la finalidad de identificar si el Servicio de Hospital Parcial en Fin de Semana (Grupo Piloto) que posiblemente facilita la asistencia de sus usuarios porque se realiza en días no hábiles, está fomentando la Adherencia Terapéutica. Así como también conocer si el funcionamiento familiar es distinto o similar entre las familias del Grupo Control y las del Grupo Piloto. Identificando las áreas del funcionamiento familiar que influyen en la adherencia terapéutica de pacientes esquizofrénicos.

Se realizó un estudio Casos-Control con Apareamiento de Variables. La muestra quedó constituida por 21 casos y 21 controles apareados con seis variables (1.Sexo, 2.Edad, 3.Tipo de esquizofrenia, 4.Edad de inicio del padecimiento, 5.Duración del padecimiento, 6.Tiempo de estancia en el servicio). Se utilizaron los siguientes instrumentos: a) Ficha de identificación (donde se obtuvieron los datos sociodemográficos de los sujetos); b)Cédulas Auto-registro de toma de medicamentos, además de los porcentajes de asistencia a los servicios; c) Escala de Funcionamiento Familiar. El análisis estadístico consistió en buscar diferencias entre proporciones; se aplicó también la prueba t de Student para grupos correlacionados, y el coeficiente de correlación de Pearson.

De acuerdo con este análisis no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en cuanto a Adherencia Terapéutica entre el Grupo Control y el Grupo Piloto. En ambos grupos la Adherencia Terapéutica es alta, la media en el grupo control (Hospital de Día, lunes a viernes) fue de 83.67 y en el grupo piloto (Hospital Parcial de Fin de Semana) resultó ligeramente superior, fue igual a 88.51.

Sobre la evaluación familiar realizada a través de la Escala de Funcionamiento Familiar, que arroja datos relacionados acerca de la funcionalidad o disfuncionalidad, en 9 áreas importantes y a nivel global. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre estos grupos (control y piloto). Encontramos que el 100% de las familias del grupo control y el 87.5% de las del grupo piloto obtuvieron un diagnóstico de disfuncional, con media de 39.75 (puntaje T) en el grupo control y 39.93 (puntaje T) en el grupo piloto. Sin embargo, aún cuando no se encontraron diferencias estadísticamente significativas, se logró obtener información sobre el funcionamiento de las familias con miembro esquizofrénico. Lo anterior proporciona herramientas, para realizar intervenciones orientadas a problemas específicos en el funcionamiento.

INTRODUCCIÓN.

El propósito fundamental de explorar dos Servicios similares, fue evaluar el impacto que tiene el servicio de Hospital Parcial de Fin de Semana sobre la adherencia terapéutica, ya que por ser en fin de semana puede ser que facilite la asistencia de los pacientes y sus familiares. Por otro lado nos permitió identificar similitudes en el funcionamiento de las familias que asisten de lunes a viernes y las que acuden en fin de semana.

El Funcionamiento Familiar, es un factor primordial que incide en el tratamiento de un paciente esquizofrénico. Se sabe que cuando la familia se involucra en el tratamiento, quien asume el papel de cuidador primario frecuentemente es la madre, quien asume la responsabilidad para llevar a cabo el régimen. Es importante el conocimiento y claridad que se tenga de la enfermedad, muchas familias frente a la enfermedad mental tienden a aislarse y necesitan redes sociales que las apoyen y las conecten con la comunidad.

Las familias que funcionan bien se caracterizan por tener una clara conciencia de la unidad familiar y límites permeables que conectan a la familia con la comunidad, sin embargo en las situaciones en que las familias se enfrentan con problemas de salud graves prolongados, la comunicación se deja sin aclarar o resolver y esto tiene consecuencias patológicas o puede provocar la ruptura de las relaciones familiares. Por lo anterior resulta primordial investigar y conocer cómo es que funcionan las familias que acuden a estos servicios. Lo que permitirá que se realicen intervenciones más precisas.

En cuanto a la Adherencia Terapéutica (el cumplimiento adecuado de las indicaciones terapéuticas del médico tratante), consideramos que es un factor importante porque tiene consecuencias de tipo económicas, sociales, y sobre todo de salud pública. Los tratamientos son muy costosos, que se incrementan aún más cuando se interrumpen y no se llevan a cabo de manera adecuada.

Siendo la esquizofrenia un padecimiento de condición crónica, que con frecuencia requiere terapia de mantenimiento para evitar recaídas; la identificación de factores que propician recaídas es útil para su prevención y es la base para el desarrollo de técnicas y destrezas que propician el adecuado cumplimiento. Por lo anterior, es importante contar con información clara y precisa, que permita promover y/o asegurar el uso adecuado de los medicamentos, ya que, tiene varias implicaciones: 1) Se reducen las probabilidades de recaídas; 2) Al evitar la recaída se evitan disturbios o alteraciones en la dinámica familiar, es decir se promueve la estabilidad familiar; 3) Aseguramiento de la eficacia, eficiencia del tratamiento; 4) Optimizar el uso de los medicamentos es de beneficio para el sector salud.

En lo que se refiere a pacientes esquizofrénicos tenemos antecedentes importantes, ya que dentro de los pacientes denominados como crónicos, existe un grupo que requiere terapia de sostenimiento o mantenimiento, y la implementación adecuada de esta, asegura evitar las recaídas, por lo que creemos que cualquier investigación que pueda originar información que asegure evitar estas recaídas, es de gran utilidad.

CAPITULO 1. ESQUIZOFRENIA

*"Hombre soy y nada humano
es ajeno a mí"*
Fray Bernardino Álvarez.

1. Antecedentes.

En un período primitivo, todos los trastornos mentales eran considerados como inflingidos por los dioses, una especie de posesión del hombre por una divinidad vengativa y muy a menudo malévola.

Hipócrates, nacido cuatrocientos sesenta años a. de C. intentó establecer distinciones entre lo que él llamaba la "frenitis", que sería probablemente el delirio agudo febril, y la manía, delirio violento; la melancolía, causada por el temor y la tristeza; y el mal sagrado, la epilepsia, que describió minuciosamente. (E. Regis, citado por Heayer, 1977). Hipócrates tuvo el mérito de reconocer la naturaleza patológica de la locura y combatió las prácticas médico-religiosas de los asclepiadeos (sacerdotes médicos). Sustituyó exorcismos y las encantaciones, por purgantes, vomitivos, dieta, sangrias, ejercicio físico, infusiones de eléboro y de mandrágora.

El primer caso documentado de Esquizofrenia, se remonta al Siglo XIX de nuestra era, aún sin ser llamada como tal, Conolly describió en 1849 casos de jóvenes que estaban en un estado semejante al de la melancolía, sin que se pudiera comprobar qué les había sucedido, desempeñaban sus ocupaciones mecánicamente y sin interés, el intelecto, los afectos, las pasiones, todo parecía inactivo, muerto y los enfermos completamente apáticos.

Posteriormente, el término demencia praecox fue utilizado por primera vez en 1860 por Morel y fue el resultado de un caso clínico. Morel interpretó esta desorganización de la personalidad como una detención del desarrollo.

En 1871 Hecker describió la hebefrenia, habló de su etiología, sintomatología, curso y pronóstico. Citó los siguientes rasgos característicos: su aparición ligada a la pubertad, su aparición cambiante (melancolía, manía, confusión), la rápida evolución del padecimiento, el debilitamiento psíquico y una forma característica de deterioro final.

En 1874 Kahlbaum describió la catatonia, estableció tres síntomas que describían la enfermedad: Melancolía, manía, estado estuporoso, flexibilidad cérea.

⁸¹ Tesis: Estudio Comparativo de Dos Servicios de Hospital Psiquiátrico para Pacientes Esquizofrénicos Considerando el Funcionamiento Familiar y la Adherencia Terapéutica. Autores: Barrios Muñoz Alicia y Cortés Ramírez Julio César. Director de Tesis: Dr. Federico G. Puente Silva.

En 1880 Schuele, psiquiatra alemán llevó el pensamiento de Morel a su país, con lo que se vuelve el enlace de la psiquiatría francesa con Kraepelin, piedra angular del concepto de esquizofrenia que hasta hoy en día todavía tomamos en cuenta.

Kraepelin en 1899 agrupa, bajo el rubro de demencia praecox los tres desórdenes que habían aparecido aislados, la hebefrenia, la catatonia y la paranoia. Estos tres desórdenes, pensó, tenían una causa única, por sus características en común: aparición en un período temprano de la vida y un desarrollo progresivo de la afección hasta llegar a alcanzarse un estado demencial. Describió los rasgos clínicos y se opuso siempre a cualquier teoría desde un punto de vista psicológico. Años más tarde modificó su percepción, al observar que había algunos casos (un bajo porcentaje), que tenían una recuperación completa.

En 1906 Meyer, propuso que la demencia precoz era una reacción que se desarrolla en ciertas personalidades, como resultado de una dificultad progresiva para adaptarse.

En 1911 Bleuler con base en este marco teórico acuñó el término de esquizofrenia e incluyó todos los casos de trastorno mental funcional, con excepción de las psicosis maniaco depresiva. Consideró que el trastorno de base era un "desplazamiento de la personalidad" y un trastorno del pensamiento.

Bleuler discrepó con Kraepelin sobre la edad de inicio y la evolución del padecimiento, al mencionar que este "proceso" podría detenerse en cualquier momento y desaparecer en gran parte. Desechó el término demencia, ya que consideró que las reacciones psicológicas del enfermo eran muy complejas. Pensó que la enfermedad era un estado inarmónico y una división de la mente. Clasificó los síntomas de la esquizofrenia en primarios (autismo, alteración de las asociaciones del pensamiento, ambivalencia y aplanamiento afectivo) y secundarios (alucinaciones e ideas delirantes). Propuso que los síntomas primarios se debían a causas orgánicas, y los síntomas secundarios eran atribuidos a las alteraciones psicológicas como intentos del paciente por adaptarse a su problema orgánico primario. Por lo tanto, convencido del papel de los aspectos psicológicos en la evolución del padecimiento propuso el abordaje psicoterapéutico, que aún en nuestros días genera controversia.

A diferencia de otras áreas de la medicina, la psiquiatría (en particular el estudio de la esquizofrenia) sufrió un estancamiento durante la primera mitad del siglo XX. Paso largo tiempo e intentos de clasificación por parte de la Asociación Americana de Psiquiatría (APA) y la OMS (Organización Mundial de la Salud); hasta que en 1948 la OMS publicó su primera Clasificación de Enfermedades (ICD-6), pero dado que la sección de padecimientos psiquiátricos era poco satisfactoria, la APA propuso su clasificación, originándose en 1952 el DSM-I. En cada versión, tanto el DSM como la CIE, han sufrido cambios que abarcan sustitución de términos, cambios de definiciones, etc.

En la actualidad, la mayoría de servicios psiquiátricos en el mundo entero encuentran más práctico el auxilio diagnóstico del DSM-IV, ahora en su versión revisada (DSM-IV-R), por considerarlo un sistema descriptivo y más objetivo, sin embargo, en lo que concierne a reportes internacionales continúan refiriéndose en los términos del manual de la OMS, la CIE-10.

Debido a lo anterior, en este trabajo se citan los Conceptos Generales de Esquizofrenia, tanto del DSM-IV como de la CIE-10; cabe recalcar, que en el Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Álvarez", lugar en el cual se realizó la presente investigación, la clasificación usada para el Diagnóstico se sustenta en la CIE-10.

2. Definición.

La esquizofrenia es una enfermedad sumamente compleja, cuya inatención produce severa incapacidad en la edad más productiva del ser humano. El paciente con esquizofrenia se caracteriza por poca o nula socialización, ensimismamiento, una manera poco común de demostrar su afecto, episodios psicóticos y un deterioro gradual de su persona en el ámbito familiar, escolar y laboral.

La mayor parte de los pacientes inician su padecimiento entre los 15 y los 35 años de edad. Es una enfermedad crónica, incurable, generalmente controlable cuyo pronóstico varía mucho en relación con la asistencia, el tratamiento oportuno, el abordaje multidisciplinario y los esfuerzos que se hagan en el campo de la rehabilitación psicosocial. La esquizofrenia constituye un paradigma dentro de las enfermedades mentales, ya que afecta al pensamiento, el lenguaje, el afecto, la sensoropercepción y la vida cotidiana de la persona.

3. Conceptos Generales de la Esquizofrenia.

3.1. Diagnóstico DSM-IV. (APA, 1996).

3.1.1. Esquizofrenia.

Las características esenciales de la esquizofrenia son una mezcla de signos y síntomas peculiares (tanto positivos como negativos) que han estado presentes una parte significativa de tiempo durante un periodo de 1 mes (o durante un tiempo más breve si ha habido tratamiento con éxito) y con algunos signos del trastorno que han persistido durante al menos 6 meses (Criterios A y C). Estos signos y síntomas están asociados a una marcada disfunción social o laboral (Criterio B). La alteración no es explicable por otro trastorno mental, enfermedad médica o efecto de alguna sustancia (Criterios D y E). Sus síntomas característicos implican un abanico de disfunciones cognitivas y emocionales que incluyen entre otras la percepción, el lenguaje y la comunicación, la organización comportamental, la afectividad, la fluidez y productividad del pensamiento y el habla, la atención, etc. Ningún síntoma aislado es patognomónico de la esquizofrenia; el diagnóstico implica el reconocimiento de una constelación de signos y síntomas asociados a un deterioro de la actividad laboral o social.

3.1.2. Síntomas Positivos y Síntomas Negativos.

Los síntomas característicos (Criterio A) pueden conceptualizarse como pertenecientes a dos amplias categorías: los positivos y los negativos. Los síntomas positivos parecen reflejar un exceso o distorsión de las funciones normales, mientras que los síntomas negativos parecen reflejar una disminución o pérdida de las funciones normales.

Los síntomas positivos (Criterios A1-A4) incluyen distorsiones o exageraciones del pensamiento inferencial (ideas delirantes), la percepción (alucinaciones), el lenguaje y la comunicación (lenguaje desorganizado), y la organización comportamental (comportamiento gravemente desorganizado o catatónico).

Los síntomas negativos (Criterio 5) comprenden restricciones del ámbito y la intensidad de la expresión emocional (aplanamiento afectivo), de la fluidez y la productividad del pensamiento y el lenguaje (alogia), y del inicio del comportamiento dirigido a un objetivo (abulia).

3.1.3. Criterios para el Diagnóstico de Esquizofrenia.

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

- (1) ideas delirantes.
- (2) alucinaciones.
- (3) lenguaje desorganizado (p. ej. descarrilamiento frecuente o incoherencia)
- (4) comportamiento catatónico o gravemente desorganizado.
- (5) síntomas negativos, por ejemplo, aplanamiento afectivo, alergia o abulia.

Nota: Sólo se requiere un síntoma del Criterio A si las ideas delirantes son extrañas, o si las ideas delirantes consisten en una voz que comenta continuamente los pensamientos o el comportamiento del sujeto, o si dos o más voces conversan entre ellas.

B. Disfunción social/laboral: Durante una parte significativa del tiempo desde el inicio de la alteración, una o más áreas importantes de actividad, como son el trabajo, las relaciones interpersonales o el cuidado de uno mismo, están claramente por debajo del nivel previo al inicio del trastorno (o, cuando el inicio es en la infancia o adolescencia, fracaso en cuanto a alcanzar el nivel esperable de rendimiento interpersonal, académico o laboral).

C. Duración: Persisten signos continuos de la alteración durante al menos 6 meses. Este periodo de 6 meses debe incluir al menos 1 mes de síntomas que cumplan el Criterio A (o menos si se ha tratado con éxito) y puede incluir los periodos de síntomas prodrómicos y residuales. Durante estos periodos prodrómicos o residuales, los signos de la alteración pueden manifestarse sólo por síntomas negativos o por dos o más síntomas de la lista del Criterio A, presentes de forma atenuada (p. ej., creencias raras, experiencias perceptivas no habituales).

D. Exclusión de los trastornos esquizoafectivo y del estado de ánimo: El trastorno esquizoafectivo y el trastorno del estado de ánimo con síntomas psicóticos se han descartado debido a: 1) no ha habido ningún episodio depresivo mayor, maníaco o mixto concurrente con los síntomas de la fase activa; o 2) si los episodios de alteración anímica han aparecido durante los síntomas de la fase activa, su duración total ha sido breve en relación con la duración de los periodos activo y residual.

E. Exclusión de consumo de sustancias y de enfermedad médica: El trastorno no es debido a los efectos fisiológicos directos de alguna sustancia (p. ej., una droga de abuso, un medicamento) o de una enfermedad médica.

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

¹⁸ Tesis: Estudio Comparativo de Dos Servicios de Hospital Parcial para Pacientes Esquizofrénicos Considerando el Funcionamiento Familiar y la Adherencia Terapéutica. Autores: Barrios Muñoz Alicia y Cortés Ramírez Julio César. Director de Tesis: Dr. Federico G. Puentes Silva.

3.1.4. Especificaciones de Curso de la Esquizofrenia.

Pueden utilizarse las siguientes especificaciones para indicar las características del curso de los síntomas de la esquizofrenia. Codificación del curso en el quinto dígito (a lo largo del tiempo):

- a) .x2 Episódico con síntomas residuales interepisódicos. Episodios en los que se cumple el Criterio A para la esquizofrenia y en los que hay síntomas residuales clínicamente significativos entre los episodios. Con síntomas negativos acusados puede añadirse si hay síntomas negativos acusados durante estos periodos residuales.
- b) .x3 Episódico sin síntomas residuales interepisódicos. Episodios en los que se cumple el Criterio A para la esquizofrenia y en los que no hay síntomas residuales clínicamente significativos entre los episodios.
- c) .x0 Continuo. Los síntomas característicos del Criterio A se cumplen a lo largo de todo (o casi todo) el curso. Puede añadirse con síntomas negativos acusados si también hay síntomas negativos acusados.
- d) .x4 Episodio único en remisión parcial. Cuando ha habido un episodio único en el que se ha cumplido el Criterio A para la esquizofrenia y han persistido síntomas residuales clínicos significativos. Puede añadirse con síntomas negativos acusados si estos síntomas residuales incluyen síntomas negativos acusados.
- e) .x5 Episodio único en remisión total. Cuando ha habido un episodio único en el que se ha cumplido el Criterio A para la esquizofrenia y no quedan síntomas residuales clínicamente significativos.
- f) .x8 Otro patrón o no especificado. Cuando hay otro patrón de curso o si es no especificado.
- g) .x9 Menos de 1 año desde el inicio de los primeros síntomas de fase activa.

3.1.5. Subtipos de Esquizofrenia.

El diagnóstico de un subtipo en particular se basa en el cuadro clínico que motivó la evaluación o el ingreso y, por tanto, pueden cambiar con el tiempo. Para cada uno de los subtipos siguientes se aporta texto descriptivo y criterios diagnósticos por separado.

a) F20.0x Tipo Paranoide.

La característica principal consiste en la presencia de claras ideas delirantes o alucinaciones auditivas, en el contexto de una conservación relativa de la capacidad cognoscitiva y de la afectividad. Los síntomas característicos de los tipos desorganizado y catatónico (p. ej., lenguaje desorganizado, afectividad aplanada o inapropiada, comportamiento catatónico o desorganizado) no son muy acusados. Fundamentalmente, las ideas delirantes son de persecución, de grandeza o ambas, pero también puede presentarse ideas delirantes con otra temática (celos, religiosidad o somatización). Las ideas delirantes pueden ser múltiples, pero suelen estar organizadas alrededor de un tema coherente. También es habitual que las alucinaciones estén relacionadas con el contenido de la temática delirante. Los síntomas asociados incluyen ansiedad, ira, retraimiento y tendencia a discutir. El sujeto puede presentar un aire de superioridad y condescendencia y también pomposidad, atildamiento, falta de naturalidad o vehemencia extrema en las interacciones interpersonales. Los temas persecutorios pueden predisponer al sujeto al comportamiento suicida, y la combinación de las ideas delirantes de persecución y de grandeza con las reacciones de ira puede predisponerle a la violencia. Algunos datos sugieren que el pronóstico para el tipo paranoide puede ser considerablemente mejor que para otros tipos de esquizofrenia, especialmente en lo que respecta a la actividad laboral y a la capacidad para llevar una vida independiente.

Criterios para el diagnóstico de F20.0x Tipo paranoide.

Un tipo de esquizofrenia en el que se cumplen los siguientes criterios:

- A. Preocupación por una o más ideas delirantes o alucinaciones auditivas frecuentes.
 - B. No hay lenguaje desorganizado, ni comportamiento catatónico o desorganizado, ni afectividad aplanada o inapropiada.
- Condición del curso de la esquizofrenia en el quinto dígito.

b) F20.1x Tipo Desorganizado.

Las características principales son el lenguaje desorganizado, el comportamiento desorganizado y la afectividad aplanada o inapropiada. El lenguaje desorganizado puede ir acompañado de tonterías y risas que no tienen una clara conexión con el contenido del discurso. La desorganización comportamental puede acarrear una grave disrupción de la capacidad para llevar a cabo actividades de la vida cotidiana como vestirse, preparar la comida, etc. Hay ideas delirantes y alucinaciones, son fragmentadas y no están organizadas en torno a un tema coherente. Las características asociadas incluyen muecas, manierismos y otras rarezas del comportamiento. Este subtipo está asociado a una personalidad premórbida, empobrecida, a un inicio temprano e insidioso y a un curso continuo sin remisiones significativas. Históricamente este tipo se denomina hebefrénico.

¹⁸ Tesis. Estudio Comparativo de Dos Servicios de Hospital Parcial para Pacientes Esquizofrénicos Considerando el Funcionamiento Familiar y la Adherencia Terapéutica. Autores: Barros Muñoz Alicia y Cortés Ramírez Julio César. Director de Tesis: Dr. Fedencio G. Puente Silva.

Criterios para el diagnóstico de F20.0x Tipo desorganizado.

Un tipo de esquizofrenia en el que se cumplen los siguientes criterios:

A. Predominan:

(1) lenguaje desorganizado (2) comportamiento desorganizado (3) afectividad aplanada o inapropiada.

B. No se cumplen los criterios para el tipo catatónico.

Codificación del curso de la esquizofrenia en el quinto dígito.

c) F20.2x Tipo Catatónico.

La característica principal es una marcada alteración psicomotora. Durante el estupor o la agitación catatónica graves, el sujeto puede requerir una cuidadosa supervisión para evitar que se cause daño a sí mismo o a otras personas. Hay riesgo potencial de malnutrición, agotamiento, hiperpirexia o autolesiones. Para diagnosticar este subtipo, el cuadro debe cumplir en primer lugar todos los criterios para la esquizofrenia y no ser más explicable por otras presuntas etiologías.

Criterios para el diagnóstico de F20.2x Tipo catatónico.

Un tipo de esquizofrenia en el que el cuadro clínico está dominado por al menos dos de los siguientes síntomas:

- (1) inmovilidad motora manifestada por catalepsia (incluida la flexibilidad cérea) o estupor.
- (2) actividad motora excesiva (que aparentemente carece de propósito y no está influida por estímulos externos).
- (3) negativismo extremo (resistencia aparentemente inmotivada a todas las órdenes o mantenimiento de una postura rígida en contra de los intentos de ser movido) o mutismo.
- (4) peculiaridades del movimiento voluntario manifestadas por la adopción de posturas extrañas (adopción voluntaria de posturas raras o inapropiadas), movimientos estereotipados, manierismos marcados o muecas llamativas
- (5) ecolalia o ecopraxia.

Codificación del curso de la esquizofrenia en el quinto dígito.

d) F20.3x Tipo Indiferenciado.

La característica esencial es la presencia de síntomas que cumplen el Criterio A de esquizofrenia, pero que no cumplen los criterios para los tipos paranoide, desorganizado o catatónico.



Criterios para el diagnóstico de F20.3x Tipo indiferenciado.

Un tipo de esquizofrenia en que están presentes los síntomas del Criterio A, pero que no cumple los criterios para el tipo paranoide, desorganizado o catatónico. Codificación del curso de la esquizofrenia en el quinto dígito:

e) F20.5x Tipo Residual.

El tipo residual de esquizofrenia debe utilizarse cuando ha habido al menos un episodio de esquizofrenia, pero en el cuadro clínico actual no es patente la existencia de síntomas psicóticos positivos. Hay manifestaciones continuas de la alteración como lo indica la presencia de síntomas negativos o dos o más síntomas positivos atenuados. Si existen ideas delirantes o alucinaciones, no son muy acusadas y no se acompañan de una carga afectiva fuerte. El curso del tipo residual puede ser limitado en el tiempo y representar una transición entre un episodio florido y la remisión completa. No obstante, también puede persistir durante muchos años, con o sin exacerbaciones agudas.

Criterios para el diagnóstico de F20.5x Tipo residual.

Un tipo de esquizofrenia en el que se cumplen los siguientes criterios:

A. Ausencia de ideas delirantes, alucinaciones, lenguaje desorganizado y comportamiento catatónico o gravemente desorganizado.

B. Hay manifestaciones continuas de la alteración, como lo indica la presencia de síntomas negativos o de dos o más síntomas de los enumerados en el Criterio A para la esquizofrenia, presentes de una forma atenuada (p. ej., creencias raras, experiencias perceptivas no habituales).

Codificación del curso de la esquizofrenia en el quinto dígito.

3.2. Diagnóstico CIE-10. (OMS, 1994).

3.2.1. Esquizofrenia (F20).

Se caracteriza por distorsiones fundamentales y típicas de la percepción, del pensamiento y de las emociones, estas últimas en forma de embotamiento o falta de adecuación de las mismas. En general, se conservan tanto la claridad de la conciencia como la capacidad intelectual, aunque con el paso del tiempo pueden presentarse déficits cognoscitivos. El trastorno compromete las funciones esenciales que dan a la persona normal la vivencia de su individualidad, singularidad y dominio de sí mismo. Este se siente el centro de todo lo que sucede. Son frecuentes las alucinaciones, especialmente las auditivas. La perplejidad es frecuente ya desde el comienzo, la cual suele acompañarse de la creencia de que las situaciones cotidianas tienen un significado especial, por lo general siniestro y dirigido contra el propio enfermo. El pensamiento se vuelve vago, elíptico y oscuro y su expresión verbal es a veces incomprendible. Son frecuentes los bloqueos e interpolaciones en el curso del pensamiento. La ambivalencia y el trastorno de la voluntad se manifiestan como inercia, negativismo o estupor. Pueden presentarse también síntomas catatónicos. El comienzo puede ser agudo, y con trastornos graves del comportamiento conductual o insidioso con un desarrollo gradual de ideas y de una conducta extrañas. El curso también presenta una grave variabilidad y no es inevitablemente crónico y deteriorante (debe especificarse con un quinto carácter). Excluye psicosis epilépticas, psicosis inducidas por sustancias psicótropas.

3.2.2. Síntomas para el Diagnóstico.

Aunque en sentido estricto no se han identificado síntomas patognomónicos, ciertos fenómenos psicopatológicos tienen una significación especial para el diagnóstico de esquizofrenia, los cuales pueden presentarse asociados entre sí. Estos son:

- a) Eco, robo, inserción del pensamiento o difusión del mismo.
- b) Ideas delirantes de ser controlado, de influencia o de pasividad, claramente referidas al cuerpo, a los movimientos de los miembros o a pensamientos o acciones o sensaciones concretos y percepción delirante.
- c) Voces alucinatorias que comentan la propia actividad, que discuten entre ellas sobre el enfermo u otros tipos de voces alucinatorias que proceden de otra parte del cuerpo.

- d) Ideas delirantes persistentes de otro tipo que no son adecuadas a la cultura del individuo o que son completamente imposibles, tales como la identidad religiosa o política, capacidad y poderes sobrehumanos (por ejemplo, de ser capaz de controlar el clima, de estar en comunicación con seres de otros mundos).
- e) Alucinaciones persistentes de cualquier modalidad, cuando se acompañan de ideas delirantes no estructuradas y fugaces sin contenido afectivo claro, o ideas sobre valoradas persistentes, o cuando se presenten a diario durante semanas, meses o permanentemente.
- f) Interpolaciones o bloqueos en el curso del pensamiento, que dan lugar a un lenguaje divagatorio, disgregado, incoherente, o lleno de neologismos.
- g) Manifestaciones catatónicas, tales como excitación, posturas características o flexibilidad cérea, negativismo, mutismo, estupor.
- h) Síntomas negativos tales como apatía marcada, empobrecimiento de lenguaje, bloqueo o incongruencia de la respuesta emocional estas últimas habitualmente conducen a retraimiento social y disminución de la competencia social. Debe quedar claro que estos síntomas no se deben a depresión o a medicación de un neuroléptico.
- i) Un cambio consistente y significativo de la cualidad general de algunos aspectos de la conducta personal, que se manifiestan como pérdida de interés, falta de objetivos, ociosidad, estar absorto y aislamiento social.

3.2.3. Pautas para el Diagnóstico.

El requisito habitual para el diagnóstico de esquizofrenia es la presencia como mínimo de un síntoma muy evidente o dos o más si son menos evidentes, que cualquiera de los grupos uno a cuatro, o síntomas de por lo menos dos de los grupos referidos entre el cinco y el ocho, que hayan estado claramente presentes la mayor parte del tiempo durante un período de un mes o más. Los cuadros que reúnan otras pautas pero de una duración menor a un mes (hayan sido tratados o no), deberán ser diagnosticados en primera instancia como trastorno psicótico agudo de tipo esquizofrénico (F23.2) y reclasificados como esquizofrenia si el trastorno persiste por un período de tiempo más largo. El síntoma i) de la lista precedente se aplica sólo a la esquizofrenia simple (F20.6) y requiere una duración por lo menos de un año.

Puede aparecer de forma clara una fase prodrómica caracterizada por pérdida de interés por el trabajo y la actividad social, descuido de la apariencia de higiene personales, ansiedad generalizada, etc. Sin embargo, la pauta de un mes de duración se refiere únicamente a los síntomas específicos señalados más arriba y no a cualquiera de las que aparecen en la fase prodrómica no psicótica.

El diagnóstico de esquizofrenia no deberá hacerse en presencia de síntomas depresivos o maníacos relevantes, a no ser que los síntomas esquizofrénicos antecedieran claramente al trastorno del humor (afectivo), tampoco deberá diagnosticarse una esquizofrenia en presencia de una enfermedad cerebral manifiesta o durante una intoxicación por sustancias psicótropas o una abstinencia de la misma.

3.2.4. Formas de Evolución.

La forma de evolución de los trastornos esquizofrénicos se clasificará según las siguientes categorías de cinco caracteres:

F20x.0 Continua.

F20x.1 Episódica con defecto progresivo.

F20x.2 Episódica con defecto estable.

F20x.3 Episódica con remisiones completas.

F20x.4 Remisión incompleta.

F20x.5 Remisión completa.

F20x.8 Otra forma de evolución

F20x.9 Forma de evolución indeterminada, período de observación demasiado breve.

3.2.5. Tipos de Esquizofrenia.

a) F20.0 Esquizofrenia Paranoide.

Es el tipo más frecuente, en el cuadro clínico predominan las ideas delirantes relativamente estables, que suelen acompañarse de alucinaciones, en especial de tipo auditivo y de otros trastornos de la percepción. Sin embargo, los trastornos afectivos, de la voluntad, del lenguaje y los síntomas catatónicos pueden ser poco llamativos.



Las ideas delirantes y alucinaciones paranoides más características son las siguientes:

- a) ideas delirantes de persecución, de referencia, de celos, genealógicas, de tener una misión especial o de transformación corporal.
- b) Voces alucinatorias que increpan al enfermo dándole órdenes, o alucinaciones auditivas sin contenido verbal, por ejemplo, silbidos, risas o murmullos.
- c) Alucinaciones olfatorias, gustatorias, sexuales o de otro tipo de sensaciones corporales. Pueden presentarse también alucinaciones visuales, aunque rara vez dominan.

El trastorno del pensamiento puede ser importante en la crisis aguda, pero no tanto como para impedir que las ideas delirantes y las alucinaciones sean descritas con claridad. Lo normal es que la afectividad esté menos embotada que en otras formas de esquizofrenia, pero suele ser frecuente una cierta incongruencia afectiva, al igual que una cierta irritabilidad, ira y suspicacia y un cierto temor. También pueden aparecer, pero no predominan en el cuadro clínico, síntomas negativos como embotamiento afectivo y trastornos de la voluntad.

Pautas para el diagnóstico.

Deben satisfacerse las pautas generales para el diagnóstico de esquizofrenia F20 y además deben predominar las alucinaciones o las ideas delirantes y ser relativamente poco llamativos los trastornos de la afectividad, de la voluntad y del lenguaje y los síntomas catatónicos. Normalmente las alucinaciones son del tipo descrito en b) y c). Las ideas delirantes pueden ser casi de cualquier tipo, pero las más características son las ideas delirantes de ser controlado, de influencia, de dominio y las ideas de persecución de diversos tipos.

Incluye: Esquizofrenia parafrénica.

Excluye: Estado paranoide involutivo.

Paranoia.

b) F20.1 Esquizofrenia Hebefrénica.

Se trata de una forma de esquizofrenia en la que los trastornos afectivos son importantes, las ideas delirantes y las alucinaciones son transitorias y fragmentarias y es frecuente el comportamiento irresponsable e imprevisible y los manierismos. La afectividad es superficial e inadecuada y se acompaña con frecuencia de risas insulsas o sonrisas absortas como de satisfacción de sí mismo, de un modo despectivo de actuar, de muecas, manierismos, burlas, quejas hipocondríacas y de frases repetitivas. El pensamiento aparece desorganizado y el lenguaje es divagatorio e incoherente. Hay una tendencia a permanecer solitario y el comportamiento carece de propósito y de resonancia afectiva. Tiene un pronóstico malo por la rápida aparición de síntomas negativos, en especial de embotamiento afectivo y de abulia.



Destaca el trastorno del pensamiento. Pueden aparecer alucinaciones e ideas delirantes pero no son predominantes. Se pierden la iniciativa y la determinación.

Pautas para el diagnóstico.

Deben satisfacerse las pautas generales para el diagnóstico de esquizofrenia F20. La hebefrenia se diagnosticará inicialmente sólo en adolescentes y adultos jóvenes. Lo más característico, aunque no indispensable, es que la personalidad premórbida haya sido más bien tímida y solitaria. Para un diagnóstico seguro de hebefrenia normalmente es necesario un periodo de dos o tres meses de observación continua para asegurarse de que persiste el comportamiento característico.

Incluye: Esquizofrenia desorganizada.

Hebefrenia.

c) F20.2 Esquizofrenia Catatónica.

La característica predominante y esencial de la esquizofrenia catatónica es la presencia de trastornos psicomotores graves, que varían desde la hipercinencia al estupor o de la obediencia automática al negativismo. Durante largos periodos de tiempo pueden mantenerse posturas y actitudes rígidas y encorsetadas. Otra característica llamativa de este trastorno es la excitación intensa.

Por razones desconocidas, la esquizofrenia catatónica es poco frecuente en los países industrializados, a pesar de que sigue siendo frecuente en otras partes del mundo. Las manifestaciones catatónicas pueden acompañarse de estados oníricos con alucinaciones escénicas muy vívidas.

Pautas para el diagnóstico.

Deben satisfacerse las pautas generales para el diagnóstico de esquizofrenia F20. Pueden aparecer síntomas catatónicos aislados y transitorios en el contexto de cualquier otro tipo de esquizofrenia. Para el diagnóstico de esquizofrenia catatónica deben predominar en el cuadro clínico uno o más de los siguientes tipos de comportamiento:

- a) Estupor (marcada disminución de la capacidad de reacción al entorno y reducción de la actividad y de los movimientos espontáneos) o mutismo.
- b) Excitación (actividad motriz aparentemente sin sentido, insensible a los estímulos externos).
- c) Catalepsia (adoptar y mantener voluntariamente posturas extravagantes e inadecuadas).



- d) Negativismo (resistencia aparentemente sin motivación a cualquier instrucción o intento de desplazamiento o presencia de movimientos de resistencia).
- e) Rigidez (mantenimiento de una postura rígida contra los intentos de ser desplazado).
- f) Flexibilidad cérea (mantenimiento de los miembros y del cuerpo en posturas impuestas desde el exterior).
- g) Obediencia automática (se cumplen de modo automático las instrucciones que se le dan) y perseverancia de lenguaje.

Los síntomas catatónicos pueden también aparecer en otros trastornos como en lesiones cerebrales, en trastornos metabólicos, inducidos por alcohol u otras sustancias psicotropas, etc.

Incluye: Estupor catatónico.

Catalepsia esquizofrénica.

Flexibilidad cérea esquizofrénica.

d) F20.3 Esquizofrenia Indiferenciada.

Es la que satisface las pautas generales para el diagnóstico de esquizofrenia F20, pero que no se ajusta en uno de los tipos F 20.0-F20.2 o presentan rasgos de más de uno de ellos, sin que haya un claro predominio de uno en particular. Esta categoría deberá utilizarse únicamente después de haber intentado clasificar en el cuadro clínico en algunas de las tres categorías precedentes.

Pautas para el diagnóstico.

Esta categoría debe reservarse para enfermos que:

- a) Satisfacen las pautas para el diagnóstico esquizofrenia.
- b) No satisfacen las pautas de los tipos catatónicos, hebefrénica, o paranoide.
- c) No reúnen las pautas para la esquizofrenia residual o la depresión en posesquizofrénica.

Incluye: esquizofreatípica.

e) F20.4 Depresión Postesquizofrénica.

Es un trastorno de tipo depresivo, a veces prolongado, que surge después un trastorno esquizofrénico. Durante él pueden persistir algunos síntomas esquizofrénicos, pero no predominan en el cuadro clínico. Estos síntomas esquizofrénicos persistentes pueden ser "positivos" o "negativos", aunque estos últimos son los más frecuentes. Rara vez son suficientemente graves o duraderos para satisfacer las pautas un episodio depresivo grave (F 32.2 y F32.3) y a menudo es difícil decidir que síntomas del enfermo son debidos a una depresión, cuales a la medicación neuroléptica y cuáles son expresión del trastorno la voluntad y del empobrecimiento en afectivo de la esquizofrenia por sí misma. Estos estados depresivos se acompañan de un alto riesgo de suicidio.

Pautas para el diagnóstico.

El diagnóstico sólo deberá hacerse si:

- a) El enfermo ha tenido en los últimos doce meses una enfermedad de esquizofrenia que satisficiera las pautas generales esquizofrenia (ver la introducción a F 20).
- b) Persisten algunos de los síntomas esquizofrénicos.
- c) Los síntomas depresivos son destacados, fuente de malestar y cumplen al menos las pautas un episodio depresivo (F32) y han estado presentes por lo menos durante dos semanas.

f) F20. 5 Esquizofrenia Residual.

Se trata de un estado crónico del curso de la enfermedad esquizofrénica en la que se ha producido una clara evolución progresiva desde los estados iniciales (que incluyen uno o más episodios con síntomas psicóticos que han satisfecho las pautas generales de la esquizofrenia) y hacia los estadios finales caracterizados por la presencia de síntomas "negativos" y de deterioro persistente, aunque no necesariamente irreversibles.

Pautas para el diagnóstico.

Para un diagnóstico fiable deben satisfacerse las siguientes pautas:

- a) Presencia de síntomas esquizofrénicos "negativos" destacados, por ejemplo, inhibición psicomotriz, falta de actividad, embotamiento afectivo, pasividad y falta de iniciativa, empobrecimiento de la calidad o contenido del lenguaje, comunicación no verbal (expresión facial, contacto visual, entonación y postura) empobrecida, deterioro del aseo personal y del comportamiento social.

⁴ Tests: Estudio Comparativo de Dos Servicios de Hospital Parcial para Pacientes Esquizofrénicos Considerando el Funcionamiento Familiar y la Adherencia Terapéutica. Autores: Barrios Muñoz Alicia y Cortés Ramírez Julio César. Director de Tests: Dr. Federico G. Puernte Silva.

- b) Evidencia de que en el pasado ha habido por lo menos un episodio claro que ha reunido las pautas para el diagnóstico esquizofrenia.
- c) Un período de por lo menos un año durante el cual la intensidad y frecuencia de la sintomatología florida (ideas delirantes y alucinaciones) han sido mínimas no han estado claramente apagadas, mientras que destacaba la presencia de un síndrome esquizofrénico "negativo".
- d) La ausencia de demencia u otra enfermedad o trastornos cerebrales orgánicos, de depresión crónica o institucionalización suficiente como para explicar el deterioro.

Incluye: Esquizofrenia crónica no diferenciada.

"Restzustand"

Estado esquizofrénico residual.

g) F20.6 Esquizofrenia Simple.

Se trata de un trastorno no muy frecuente en el cual se presenta un desarrollo insidioso aunque progresivo, de un comportamiento extravagante, de una incapacidad para satisfacer las demandas de la vida social y de una disminución del rendimiento en general. No hay evidencia de alucinaciones ni de ideas delirantes y el trastorno es no tan claramente psicótico como los tipos hebefrénico, paranoide y catatónico. Los rasgos "negativos" característicos de la esquizofrenia residual (por ejemplo, embotamiento efectivo, abulia) aparecen sin haber sido precedidos de síntomas psicóticos claramente manifiestos. El creciente empobrecimiento social puede conducir a un vagabundeo, los enfermos se encierran en sí mismos, se vuelven ociosos y pierden sus objetivos.

Pautas para el diagnóstico.

El diagnóstico de esquizofrenia simple es difícil de concretar de manera evidente, dado que depende de que se puede establecer de una manera clara el desarrollo progresivo, durante un periodo de tiempo superior a un año, de los síntomas "negativos" característicos de la esquizofrenia residual F20, sin que hayan existido antecedentes de alucinaciones, ideas delirantes y ni de otras manifestaciones de un episodio psicótico pasado, con cambios significativos en la conducta personal manifestados con una marcada pérdida de interés, ociosidad y aislamiento social.

Incluye: Esquizofrenia simple.

h) F20. 8 Otra Esquizofrenia.

Incluye: Esquizofrenia cenestopática.
Trastorno esquizofreniforme sin especificación.

Excluye: Trastorno psicótico agudo de tipo esquizofrénico (F 23.2).
Esquizofrenia cíclica (F 25.2).
Esquizofrenia latente (F 23.2).

i) F 20.9 Esquizofrenia Sin Especificación.

4. Etiología. Factores Asociados a la Enfermedad.

La esquizofrenia es la enfermedad en la que, junto al SIDA y el cáncer, más recursos se invierten para investigar sus causas. Pese a ello, aún se desconoce la verdadera razón para este mal.

Se han descubierto alteraciones en la química del cerebro de los pacientes esquizofrénicos, existe desequilibrio en algunos neurotransmisores, específicamente en la dopamina y serotonina. Está por demostrarse si ésta es una causa o una consecuencia de la enfermedad.

La investigación coincide en señalar que el origen de la esquizofrenia se atribuye a diversos factores genéticos y ambientales, biológicos y sociales.

La mayoría de los expertos han descrito a la esquizofrenia desde un modelo poligénico y multifactorial. Dentro de los factores de riesgo para desarrollar esquizofrenia, tenemos que un factor importante es el genético, aunque se desconoce el mecanismo de transmisión; también se unen a este factor los individuos que tuvieron alteraciones pre y perinatales.

Los factores ambientales sociales se han asociado como desencadenante de un primer episodio y de recaídas.

Los factores psicológicos están relacionados con dificultades en el desarrollo psíquico en la infancia.

4.1. Factores Genéticos.

Los familiares de pacientes esquizofrénicos tienen más riesgo de experimentarla, debido a que el riesgo es progresivamente mayor entre más cercano es el parentesco. Este riesgo aumenta desde el 1 % esperado en la población general, hasta el 45-50% en caso de tener un hermano gemelo monocigoto o ser hijo de ambos padres esquizofrénicos.

Lo anterior queda confirmado por los estudios de adopción, pues independientemente de que la persona sea educada por padres no consanguíneos el riesgo de tenerla dependerá de su cercanía genética con sus padres biológicos.

A pesar de que la evidencia epidemiológica está a favor del factor genético como una de las causas de esquizofrenia, no hay estudios contundentes que hayan detectado un cromosoma o gen responsable, ni un tipo de transmisión determinada.

4.2. Factores Ambientales.

Los factores ambientales asociados a esquizofrenia se han dividido en dos, los biológicos y los sociales.

4.2.1 Factores Ambientales Biológicos.

A partir de diversos estudios que se han realizado, se sabe que existen factores ambientales biológicos más frecuentemente observados en los pacientes con esquizofrenia que en las personas normales (controles). Estos factores son: traumatismo obstétrico (TO); infección viral prenatal (virus como la influenza y el citomegalovirus). Otros factores ambientales biológicos asociados, aunque menos estudiados y determinados, son la desnutrición prenatal, la incompatibilidad a RH o a grupo sanguíneo y la exposición a sustancias tóxicas en la etapa perinatal. Además, en los sujetos con esquizofrenia, se ha demostrado la existencia de anomalías estructurales del cerebro; las anomalías estructurales más frecuentes son el ensanchamiento del sistema ventricular y el aumento de los surcos de la corteza.

4.2.2 Factores Ambientales Sociales.

La mayoría de los estudios al respecto coinciden en que el estrés social puede desencadenar un episodio psicótico. Hoy en día muchos estudios han destacado que familias con algún tipo de disfuncionalidad familiar, o de dinámica familiar, así como Familias con niveles altos de emoción expresada (EE), aumentan el número de recaídas en los pacientes con esquizofrenia. Estos temas se abordan en el Capítulo 3: Familia del presente trabajo.

4.3. Factores Psicológicos.

Los factores psicológicos asociados, generalmente parten de teorías orientadas psicoanalíticamente, entre otras tenemos la postulada por Freud (Fennichel, 1996), en donde dentro de su teoría de la formación del síntoma neurótico, menciona que la esquizofrenia agrupa todos los fenómenos alrededor del concepto de regresión, tanto somática como psíquica; esta concepción contempla regresión al narcisismo primario, no hay una diferenciación del aparato mental (yo, super yo y ello), existe distanciamiento de la realidad, no existen los objetos, hay un yo derrumbado. Desde esta perspectiva los síntomas característicos de la enfermedad, son intentos de recuperar el mundo de los objetos. Por otra parte también tenemos la teoría de Melanie Klein (Segal, 1992) como de las teorías que intentan explicar la esquizofrenia, basada en el enfoque de las relaciones objetales, hace una descripción de las pautas del desarrollo, y es a partir de esta en la que se basa para proponer que algunos cuadros psicopatológicos se encuentran asociados a fijaciones en cualquiera de estas etapas, en este caso específico, la esquizofrenia como una fijación en su llamada posición esquizo-paranoide del desarrollo, y que se caracteriza por utilizar mecanismos primitivos como dificultad en la introyección de los objetos (introyectan objetos parciales nunca totales), escisión de los objetos, percibidos como totalmente buenos o totalmente malos a partir de una generalización, etc. De ahí los síntomas tan característicos de la esquizofrenia.

4.4. Epidemiología.

En 1992, el National Comorbidity Survey, en Estados Unidos, confirmó que la frecuencia de la esquizofrenia es de entre 0.5 y 0.7 % de la población entre los 15 y 54 años de edad.

⁸⁹

Estudio Comparativo de Dos Servicios de Hospital Psiquiátrico para Pacientes Esquizofrénicos Considerando el Funcionamiento Familiar y la Adherencia Terapéutica. Autores: Barros Muñoz Alicia y Cortés Ramírez Julio Cesar. Director de Tesis: Dr. Federico G. Puente Silva.

En México, apareció un estudio realizado por Caraveo y col. en 1996 (Citado por Sersame, 2001) donde se encontró un 0.7% de prevalencia en esquizofrenia en la población urbana adulta, al igual que el National Comorbidity Survey. Por lo que de esta manera se ha calculado que la enfermedad afecta entre 500 mil a 700 mil personas en México.

Adicionalmente existen estudios que sugieren que los habitantes de las comunidades urbanas con nivel socioeconómico bajo y los hijos de inmigrantes pueden ser un grupo de riesgo para desarrollar el padecimiento. La mayoría de los estudios concuerdan en que la prevalencia de esquizofrenia es mayor en las zonas urbanas que en las regiones rurales, en una proporción de 2 : 1.

El género no es un factor de riesgo para el desarrollo de este padecimiento, pero diversos estudios han señalado que el hombre presenta un inicio más temprano del padecimiento y un peor pronóstico.

5. Tratamiento.

5.1. Farmacológico.

La introducción de los psicofármacos, específicamente los antipsicóticos, se dio en los años cincuenta, con la clorpromazina por Delay y Deniker. Unos años más tarde apareció el antipsicótico más utilizado hasta nuestros días, el haloperidol, medicamento que junto con las fenotiazinas han cambiado el curso histórico del concepto de esquizofrenia y en general de la psiquiatría. Asimismo, los hallazgos realizados por Carlsson y Lindqvist en cuanto al mecanismo de acción de los neurolepticos, abrieron las puertas de la investigación sobre la esquizofrenia y su tratamiento.

Hoy en día el gran avance psicofarmacológico con medicamentos cada día más eficaces y con menos efectos secundarios ofrece una mejor calidad de vida del paciente esquizofrénico y de sus familiares. La aparición de antipsicóticos atípicos en las últimas décadas ha logrado un mejor control de la enfermedad, ya que generalmente el paciente los acepta mejor, por tener menos efectos secundarios que ocasionan severas disfunciones en el paciente.

Sin embargo, todavía se presentan algunos problemas como es lo económico, el costo de los antipsicóticos atípicos a dosis terapéuticas, es de uno a dos salarios mínimos; lo que impide, a la mayoría de los pacientes, el acceso a este tipo de medicamentos. La opción que tienen es continuar el manejo con los antipsicóticos típicos, que producen más efectos secundarios y con ello el abandono del tratamiento en mucho de ellos. Algunas instituciones han logrado convenios con la industria farmacéutica con el fin de disminuir estos gastos, sin embargo son pocas las familias beneficiadas por dichos convenios.

[†] Tesis: Estudio Comparativo de Dos Servicios de Hospital Parcial para Pacientes Esquizofrénicos Considerando el Funcionamiento Familiar y la Adherencia Terapéutica. Autores: Barrios Muñoz Alicia y Cortés Ramírez Julio César. Director de Tesis: Dr. Federico G. Puente Silva.

Existen algunas consideraciones psicodinámicas en el tratamiento farmacológico. Se ha observado, que la respuesta clínica al fármaco depende de la fase de la psicoterapia, en la cual es administrada, el carácter de la transferencia y la naturaleza de la contratransferencia. Los problemas contratransferenciales que se encuentran, en pacientes psicóticos a los que se les administra psicofármacos; oscilan desde, los problemas específicos del terapeuta, su entrenamiento e información, las comunicaciones de éste, asimismo, el como y porque de la administración de un fármaco. En relación a la transferencia, los fármacos pueden tener efectos importantes sobre dos aspectos: la acción de darlos, y los propios efectos psicofarmacológicos del medicamento. Se dice que los fármacos también tienen un aspecto simbólico, por ejemplo las agujas y las cápsulas se dice que están simbolizando el pene y la mama esta simbolizada por la píldora. (Puente Silva, 1972).

5.2. Biológico.

La terapia electroconvulsiva (TEC) y el coma insulínico en combinación o por separado, fueron las formas primordiales en el tratamiento de esquizofrénicos. La TEC, es una técnica poco usada hoy en día, consiste en pasar una corriente eléctrica por los hemisferios cerebrales del paciente en unas condiciones específicas de relajación muscular y medidas protectores previas con objeto de "interrumpir las ideas patológicas" que no ceden con la medicación (pacientes refractarios) y que ponen al paciente en grave peligro de cronificación o incluso suicidio o agresión a los demás. Con las condiciones de aplicación actuales apenas existen los efectos secundarios de antaño (amnesia, cefaleas, fracturas, etc.)

El empleo de la TEC para el tratamiento de la esquizofrenia está restringido a pocos casos (episodio depresivo con alto riesgo suicida del paciente esquizofrénico; episodio catatónico; episodio con predominio de síntomas positivos con refractariedad a tratamiento farmacológico; pacientes con síndrome neuroléptico maligno). La TEC es más eficaz en combinación con tratamiento farmacológico que con los tratamientos por separado.

Otro tipo de tratamiento biológico es la Psicocirugía, que consiste en intervenciones quirúrgicas del cerebro de los pacientes que no ceden ante las medicaciones corrientes o que mantienen un nivel de autoagresividad o peligro a terceros. Antaño, este tipo de cirugía era muy grosera y dejaba secuelas neurológicas graves, por lo que se abandonó prácticamente hasta hace pocos años, con la progresiva posibilidad de la llamada cirugía estereotáxica que consiste en microcirugía de determinadas zonas muy pequeñas del cerebro para reducir la agresividad incontrolable, o anular los cuadros psicóticos muy graves y resistentes a los medicamentos como algunas esquizofrenias y algunas obsesiones compulsivas.

[†] Tesis: Estudio Comparativo de Dos Servicios de Hospital Parcial para Pacientes Esquizofrénicos Considerando el Funcionamiento Familiar y la Adherencia Terapéutica. Autores: Barrios Muñoz Alicia y Cortés Ramírez Julio César. Director de Tesis: Dr. Federico G. Puente Silva.

5.3. Psicológico.

Para hablar de tratamientos psicológicos es necesario referirnos a las psicoterapias. La palabra psicoterapia designa a todos aquellos tratamientos médico-psicológicos en los que solo interviene el diálogo terapeuta-paciente (psicoterapia individual) o diálogo entre pacientes regulados por un terapeuta (psicoterapia de grupo). Se trata en definitiva de hacer comprender al paciente su dolencia, cómo debe convivir con ella y enfrentarse a la crisis eventuales que va a tener, cómo aliviar la angustia que se despierta en su interior y en definitiva como utilizar los recursos psicológicos propios y los ajenos (familia, amigos y compañeros) para lograr el máximo acercamiento a su entorno.

La psicoterapia ha estado tradicionalmente ligada a la teoría psicoanalítica que descubrió y perfeccionó Sigmund Freud, pero hoy en día son muchos los tipos de psicoterapia a los que se tiene acceso. En la actualidad, para las esquizofrenias tiene más sentido, en lo que a la psicoterapia se refiere, hablar de técnicas de modificación de conducta o de modelos de creación de hábitos, métodos por los cuales se enseña al paciente y a sus allegados a controlar las crisis previniéndose contra ellas con el conocimiento de los síntomas de la enfermedad y con la habilidad suficiente para expresar a los familiares el estado en que se encuentra en cada momento para que éstos puedan intervenir eficazmente.

De la misma manera se llevan al cabo otras técnicas como son: Psicoterapia Sistemáticamente orientada o Terapia Familiar cuyo objetivo es el de reconocer y confirmar el patrón disfuncional subyacente del sistema (síntoma) que mantiene el equilibrio, y ayudar a la familia a comprender el significado y propósito de dicho patrón; también se utiliza el Psicodrama, en donde se actúan experiencias nocivas y esta revivencia tiene efectos curativos. Se intenta, mediante la representación que los problemas se vuelvan claros para el protagonista y para el grupo.

Por otra parte tenemos la Terapia Conductual, la cual enfatiza el proceso de aprendizaje en la generación de trastornos. La eliminación de los síntomas significa la desaparición de la enfermedad, implica la sustitución de las conductas desadaptativas por nuevos patrones de conducta; también tenemos la Terapia Cognitiva, que es un tratamiento de corto-mediano plazo que utiliza la colaboración activa del paciente, centrándose en los pensamientos del paciente y en colaboración con el terapeuta se elaboran alternativas y se las pone a prueba en situaciones reales. (Linn y Garske, 1998).



5.4. Social.

Actualmente en algunos hospitales de la Secretaría de Salud, del IMSS, así como instituciones privadas y las asociaciones civiles, se llevan a cabo programas de rehabilitación del paciente esquizofrénico, en ellas predominan las actividades de psicoeducación, terapia ocupacional y los talleres protegidos. El beneficio para el paciente en estos lugares es muy importante, de hecho se asocia de manera significativa con la disminución de recaídas y en menor grado con la disminución de los síntomas negativos.

De la misma manera, existen nuevas propuestas encaminadas a la rehabilitación del paciente como el Modelo Hidalgo, creación de la Secretaría de Salud y la Fundación Mexicana para la Rehabilitación de Personas con Enfermedad Mental, el cual propone la utilización de villas, casas de medio camino, talleres protegidos, cooperativas mixtas, etc. Sin embargo, en la actualidad, no existe la promoción y comunicación adecuada entre todas las instituciones dedicadas a ello, lo que ocasiona que el número de beneficiados de estos sistemas esté por debajo del 20% de lo que se requiere. Así como también, son pocos los servicios que consideran a la familia como un recurso potencial, para la rehabilitación del paciente dentro de la comunidad.

Desde los estudios realizados por Wing (1961), se ha demostrado que la subestimulación propiciada por la hospitalización conduce al deterioro de los pacientes esquizofrénicos. De ahí que a nivel internacional, la corriente "deshospitalizadora" (desinstitutionalization) de los últimos años, (iniciada por Julián Leff hace más de 20 años), sensatamente llevada, tiene como objetivo que el paciente contacte con las personas "normales" y viva lo más cerca posible de su entorno natural.

6. Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Álvarez"

6.1. Antecedentes.

El primer modelo asistencial para la enfermedad mental en México nace en 1566, el cual fue instituido por un español de nombre Fray Bernardino Álvarez, el cual inicia la construcción del hospital de San Hipólito en la Ciudad de México. Posteriormente este hospital se reprodujo en otros estados de República.

En 1860, tanto en el hospital de Guadalajara como en el de Monterrey, se establecieron dos anexos psiquiátricos, para hombres y para mujeres (este último atendido por religiosas).

¹ Teus: Estudio Comparativo de Dos Servicios de Hospital Parcial para Pacientes Esquizofrénicos Considerando el Funcionamiento Familiar y la Adherencia Terapéutica. Autores: Barros Muñoz Alicia y Cortes Ramírez Julio César. Director de Teus: Dr. Federico G. Puente Silva.

En cuanto a la formación de especialistas en la Facultad de Medicina de México, en 1897, se instituyó la cátedra de enfermedades mentales.

En 1900, surge el Sanatorio Rafael Lavista de Tlalpan y el 1 de Septiembre de 1910 se inauguró el manicomio general La Castañeda donde fueron trasladados todos los pacientes que habitaban en los nosocomios antes mencionados.

En el manicomio de La Castañeda habitaron hombres, mujeres y niños, quienes sufrieron de iatrogenia e insalubridad. Posteriormente, llegaron a México los avances farmacológicos que permitieron tener un mejor control sobre las enfermedades.

Para 1944, La Castañeda resultaba insuficiente, por lo que ese mismo año, se fundó la Granja de Recuperación para Pacientes Psiquiátricos de León, Guanajuato, el cual fue el primer nosocomio de puertas abiertas y asistido por médicos especialistas.

En los años 50's, tanto la introducción de las teorías Freudianas, como los progresos que había alcanzado la psicofarmacología, hicieron que se dejaran de usar viejos métodos poco eficaces, y que usaran otros con mayor precisión, como la Terapia Electroconvulsiva.

En 1960, La Castañeda desapareció, por lo que se fundaron otros hospitales, a donde los enfermos fueron trasladados según su diagnóstico. Así surgen en 1961 el Hospital Granja de Zoquiapan "La Salud"; en 1962 el de Villahermosa, Tabasco y el "José Sagayo", en Tepexpan; en 1963 la Granja "Cruz del Sur", en Oaxaca; en 1964, la "Cruz del Norte", en Hermosillo y finalmente en el año de 1967 el Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Álvarez", en honor al fundador del primer hospital destinado a tratar la enfermedad mental.

La desaparición de La Castañeda y la creación de nuevos hospitales abrió en México, una forzada estrategia de modernización del aparato institucional de la salud mental, en donde surgieron hospitales que han ido transformando paulatinamente la concepción popular y amarillista que rodeo a esta disciplina y a las primeras instituciones. El eje principal de esta nueva oleada modernizadora, lo constituyen: el Fray Bernardino Álvarez, destinado a pacientes adultos de ambos sexos, que cursan cuadros agudos; el Juan N. Navarro para infantes crónicos o agudos; el Hospital Granja Samuel Ramírez Moreno, para mayores de 18 años, considerados recuperables; el Hospital Granja Adolfo M. Nieto para mujeres subagudas; y el asilo Ocaranza para población mixta, sin criterio de edad de exclusión para pacientes no recuperables y considerados riesgosos para comunidad.

6.2. Servicios.

Desde su fundación, el Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Álvarez", se ha caracterizado por contar con programas de enseñanza, desde que es sede de la Residencia de Psiquiatría hasta que cuenta con programas de pre y post grado, de actualización y capacitación para todo el personal, como psiquiatras, psicólogos, trabajadores sociales, enfermeras (os), etc.

Existen también actividades del servicio de medicina preventiva, se cuenta con interconsultas de diversas especialidades médicas, funciones médico-quirúrgicas y de atención intensiva psiquiátrica, se dispone además de auxiliares para el diagnóstico como electroencefalografía, tomografía, rayos X, laboratorio clínico y servicio dental.

Actualmente el Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Álvarez", atiende a pacientes con distintas enfermedades mentales y a sus familiares, desde diversas modalidades:

1. Hospitalización Continua, es en donde permanece hospitalizado el paciente que atraviesa por un episodio agudo que requiere de atención constante, en donde se trata farmacológicamente, además de que cuando se encuentra en mejores condiciones tiene actividades de rehabilitación, como son sesiones de orientación y asamblea de pacientes, terapia ocupacional, rehabilitación cognitiva, etc.; mientras tanto los familiares de los pacientes internos acuden a actividades como programas de orientación familiar, visita de puertas abiertas, etc.
2. Psiquiatría Comunitaria, es un servicio que pretende promover y difundir la salud mental, realizando trabajo comunitario.
3. Servicios de Urgencias y Observación.
4. Servicios Ambulatorios, brindan atención a pacientes que ya no cursan con un grado exacerbado de sintomatología, que requiera el ingreso a hospitalización continua, pero que sí requieren de la terapia de mantenimiento o de sostenimiento, o sea que acuden a tratamiento de forma externa para controlar la enfermedad. Dentro de estos servicios se cuenta con:
 - a) Consulta Externa, se cubre la atención individual, grupal, de pareja y familiar, a pacientes neuróticos, deprimidos, fármacodependientes, grupos de mujeres agredidas, etc.

- b) Servicios de Hospital Parcial, la cual es una modalidad de asistencia más operativa e intermedia, entre la hospitalización continua y el regreso a casa, logrando un enlace terapéutico del paciente con el hospital y con la comunidad, se trata de favorecer la resocialización y la reinserción de éste al medio, como persona productiva, evitando en gran porcentaje las recaídas e ingresos a hospitalización continua. Este servicio cuenta con 2 modalidades, Hospital de Día (Lunes a Viernes) y Hospital Parcial de Fin de Semana (Sábado y Domingo), en los cuales se realizó la presente investigación, y se describen a continuación. Cabe resaltar que en ambos servicios previo evaluación socioeconómica se cubren cuotas por las actividades que incluyen también el medicamento requerido.

6.2.1. Hospital de Día.

El Hospital de Día, es parte de los servicios ambulatorios del Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Álvarez". Aparece en el año de 1979, ocupa las instalaciones actuales a partir de 1993.

Su objetivo es emprender acciones preventivas, de diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, orientadas a pacientes que han presentado alguna experiencia de tipo psicótica, sin importar su etiología. El abordaje se realiza a través de tres ejes: individual-grupal-familiar. El servicio requiere de la participación de un familiar que se comprometa a supervisar y participar en el tratamiento, al igual que el paciente acude al Hospital un día o más a la semana.

El servicio de Hospitalización Parcial es de carácter interdisciplinario en el que participan equipos de profesionales, cada equipo integrado por un Psiquiatra, un Psicólogo, un Médico residente en psiquiatría, un pasante de Psicología. Cada equipo decidirá las actividades a las que se integrará a cada paciente que ingresa.

En este servicio el personal se encuentra conformado de la siguiente manera: Un médico psiquiatra jefe del servicio, 6 médicos psiquiatras adscritos al servicio, 6 residentes de psiquiatría, 6 psicólogos adscritos al servicio, 1 trabajadora social, 1 pasante en Trabajo Social, 2 enfermeras, 4 trabajadores administrativos. Con respecto a las actividades tenemos que los pacientes de este servicio en general se presentan dos días a la semana, 6 horas diarias (de las 8:00hrs. a las 14:00hrs.) asisten a 4 actividades por día.

6.2.1.1. Actividades para Pacientes.

1. Asistencia terapéutica individual. Se asiste por lo menos una vez a la semana. Se abordan aspectos biológicos, psicológicos y sociales. Se observa la evolución sintomática y se detectan problemas de índole personal y familiar, el nivel de funcionamiento; que a su vez contribuye a adecuar el tratamiento farmacológico. Las sesiones de esta actividad no están predeterminadas y los pacientes asisten el número de veces necesarias en el transcurso de su estancia en el servicio.
2. Aplicación de instrumentos clínicos. Se aplican al ingreso de cada paciente y cada 6 meses, para observar el estado inicial del paciente y su evolución.
3. Aplicación de Pruebas Psicológicas. La aplicación se realiza por indicación del médico.
4. Estudios de trabajo social.
5. Entrevistas de trabajo social
6. Rescate de pacientes. Se realiza mediante llamadas telefónicas y otros medios, con la finalidad de establecer contacto con los pacientes que se ausentan y reincorporarlos al servicio.
7. Visitas domiciliarias.
8. Grupos Psicoeducativos. Su objetivo es iniciar el proceso de conciencia de enfermedad mental y fomentar el apego terapéutico. Se utiliza la técnica de Hoffman y Kopel, son grupos abiertos con capacidad máxima para 15 integrantes. La duración de esta actividad es de seis meses. Son un total de 9 grupos, en 6 de ellos se han contemplado 46 sesiones, es decir, 2 sesiones a la semana; los otros 3 grupos tendrán 23 sesiones (1 sesión semanal). Los temas son: Norma oficial de Salud 025, Derechos Humanos de los Enfermos Mentales, Historia de la Psiquiatría, Signos y Síntomas de la enfermedad mental, Esquizofrenia, la Vida del enfermo mental, etc. Los pacientes de nuevo ingreso son candidatos para integrarse a esta actividad, pero no es una regla.
9. Grupos de Psicoterapia. Son 5 grupos abiertos con capacidad máxima de 12 pacientes, el plan es a un año con 46 sesiones en total (1 por semana).
10. Grupos de psicodrama. Son 3 grupos abiertos con capacidad máxima de 12 pacientes, el plan es a un año con 46 sesiones en total (1 por semana).
11. Grupos de afrontamiento de problemas. Son 3 grupos abiertos con capacidad de 15 pacientes el plan es a un año con 46 sesiones en total (1 por semana). Esta actividad se realiza con base en la terapia cognitivo-conductual.
12. Talleres terapéuticos. Tiene el objetivo de estimular funciones cognitivas, psicomotrices y de sensibilización. A) Taller de teatro. (3 grupos de 15 pacientes como máximo). B) Taller de música. (4 grupos de 15 pacientes como máximo). C) Taller literario. (4 grupos de 15 pacientes como máximo). En estos tres talleres las actividades se realizan 1 vez por semana, y se contemplan 46 sesiones por año. D) Taller de lectura, se realiza diariamente, son 5 grupos abiertos.

13. Actividades Deportivas. Todos los pacientes pueden estar incluidos.
14. Expresión corporal. Son 4 grupos de 10 pacientes cada uno. Se realiza 1 vez por semana con 46 sesiones en un año.
15. Comida y comisiones. Con la comida se cierran las actividades del día, se hacen comisiones para poner la mesa, servir, etc.
16. Terapia ocupacional. Tiene la finalidad de rehabilitar funciones psicomotrices, cognitivas y sociales.
17. Asamblea. Se realiza esta actividad con el propósito de que los pacientes expresen sus quejas y sugerencias con respecto al servicio. Se realiza los viernes, con 46 sesiones al año.
18. Salidas culturales recreativas. Se realiza una vez por semana alternando los lugares, es decir, una vez cultural y la siguiente salida es recreativa.

6.2.1.2. Actividades para Familiares.

Con los familiares se realizan actividades de exploración, diagnóstico, entrevistas diagnósticas, aplicación de instrumentos de medición, grupos psicoeducativos, grupos de terapia cognitiva para familiares y su participación en eventos socio recreativos.

1. Grupos psicoeducativos para familiares. Son 12 grupos con 15 integrantes cada uno, 6 de los grupos sesionan 1 vez por semana, contando con 23 sesiones en un lapso de 6 meses; los otros 6 grupos sesionan 2 veces por semana, contabilizando 46 sesiones en 6 meses.

Los grupos psicoeducativos para familiares son divididos en dos por el tipo de temas programados. En un primer nivel se manejan los mismos temas que se han programado para los pacientes, con tópicos básicos sobre la enfermedad mental; en un segundo nivel los temas giran en torno al desarrollo bio-psico-social del individuo, así como a la dinámica familiar. El equipo interdisciplinario decide en que nivel ubicar a la familia.

2. Grupos de psicoterapia Cognitivo-conductual (pilotaje). Se abrieron 2 grupos de 10 integrantes para sesionar 1 vez por semana, contabilizando 23 sesiones en un lapso de 6 meses.

6.2.2. Hospital Parcial de Fin de Semana.

El Hospital Parcial de Fin de Semana, también forma parte de la Subdirección de Servicios Ambulatorios del Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Álvarez". Aparece en el año de 1991, como un programa de seguimiento para Pacientes egresados del Servicio de Hospital de Día de esta misma institución. En el año de 1993, se constituye como servicio formal, convirtiéndose en una alternativa en el manejo integral, para pacientes que no pueden asistir al Hospital de Día.

Su objetivo general es proporcionar atención integral (diagnóstico, tratamiento y rehabilitación) a pacientes esquizofrénicos con la modalidad de hospital parcial. Entre sus objetivos específicos, existe uno que requiere de énfasis, ya que este servicio trata de cubrir la atención de una población que por razones laborales o geográficas (residencia lejana), no pueden acudir al servicio de Hospital Parcial de Día. La población con la que trabaja el servicio es seleccionada mediante valoración clínica en cada caso de manera integral y una evaluación del interés y compromiso que muestren, tanto el paciente como su familiar responsable a pertenecer a este servicio. Después de la valoración al paciente se le ubica dentro de las actividades que requiere, según su estado actual; después de la elaboración de este diagnóstico integral se elabora un plan terapéutico general.

En este servicio el abordaje se lleva a cabo a través de tres ejes: Individual, Grupal y Familiar.

En este servicio el personal se encuentra conformado de la siguiente manera: 1 médico psiquiatra jefe del servicio. 4 médicos psiquiatras adscritos al servicio. 4 residentes en psiquiatría, 4 psicólogos adscritos al servicio, 12 pasantes de Psicología, 2 trabajadoras sociales, 4 enfermeras 2 trabajadores administrativos. Con respecto a las actividades tenemos que los pacientes de este servicio acuden en Sábado o en Domingo, de 1 ½ a 3 horas, es decir, de 1 a 3 actividades por día.

6.2.2.1. Actividades para Pacientes.

- a) Entrevistas de Evaluación y Evolución. Estas se realizan desde el momento del ingreso, así como cada seis meses o cuando se requiera por cualquier situación específica.
- b) Atención Terapéutica Individual. Una vez ingresado el paciente el equipo interdisciplinario designa a su terapeuta responsable, quien se encargará de esta actividad, o sea, del seguimiento individual, trabajando sobre conciencia de enfermedad, fortaleciendo la alianza terapéutica, etc. también es quien lleva el control del tratamiento psicofarmacológico.
- c) Aplicación de Instrumentos Clinimétricos.

- d) Aplicación de Pruebas Psicológicas.
- e) Estudio de Trabajo Social.
- f) Rescate de Pacientes. Se realiza para tratar de reincorporar a pacientes que se han ausentado.
- g) Visitas Domiciliarias.
- h) Grupos de Orientación y Asistencia Terapéutica (G.O.A.T.). Son grupos psicoeducativos y de asistencia terapéutica. Es una experiencia grupal en donde se le brinda al paciente información sobre diversos temas como conocimiento de su problemática, reconocimiento de experiencias psicóticas, etc.
- i) Psicoterapia Grupal. Se busca profundizar la conciencia de enfermedad, reforzar la relación terapéutica, fortalecer las áreas libres de conflicto, exteriorizar la capacidad de responsabilizarse sobre su tratamiento, etc.
- j) Grupos de Transición. Es un eslabón entre la finalización del tratamiento y el servicio hospitalario, esta diseñado con el propósito de que los pacientes desarrollen estrategias que puedan ser usadas en su reinserción a la vida cotidiana.
- k) Actividades Sociorecreativas.
- l) Taller de Dibujo. Es un espacio que proporciona la oportunidad de ejercitar áreas libres de conflicto, así como funciones cognitivas específicas.

6.2.2.2. Actividades para Familiares.

- a) Actividades de Exploración y Diagnóstico. Entrevistas de Evaluación e Intervención Familiar.
- b) Grupos de Orientación. Son dos niveles de 6 meses cada uno. En el nivel 1 se informa sobre la enfermedad, desarrollo del individuo, teorías que explican la enfermedad, el conocimiento de los fármacos, etc. En el segundo se les da información acerca de la familia, su desarrollo, su dinámica e interacción, etc.
- c) Taller de Resolución de Problemas. Espacio en el que se trata de sensibilizar al familiar ante los problemas que trae la enfermedad y encontrar alternativas de solución.
- d) Psicodrama Psicoeducativo. Aquí se trata de revisar mediante las técnicas psicodramáticas lo explorado en las sesiones de orientación.

CAPITULO 2. LA SALUD EN LA CIUDAD Y ADHERENCIA TERAPÉUTICA.

*Salud Mental:
Sí a la atención, no a la exclusión.
O.M.S.*

1. Características de la Ciudad.

Vivir en la ciudad es probablemente, el rasgo más común de los habitantes del planeta. Esta enorme concentración de pobladores, recursos, de tecnología y medios ha creado un tipo de asentamiento nuevo cuyos efectos sobre la especie son llamativos y, podría decirse, únicos en el proceso de evolución. La metrópoli es un tipo de asentamiento inusual en especies de mamíferos, siendo un tipo de hábitat más propio de especies de insectos (Davis, 1982, citado por Corraliza, 1994). El crecimiento de las ciudades se produce a un ritmo que supone un incremento mundial medio del 6%.

En algunos países, particularmente en algunos en vías de desarrollo, este porcentaje de crecimiento se duplica. Considérense estos datos: en 1950 el porcentaje de población urbana en países desarrollados y en vías de desarrollo era, respectivamente, 53,8 y 17. En 1990 había ascendido hasta 72,5 y 33,6. La proyección para los próximos años confirma esta tendencia al incremento del porcentaje en población urbana en todos los países (op. cit.).

En muchas ocasiones se ha diagnosticado la muerte de la ciudad desde la publicación en 1961 del libro de Jane Jacobs *The death and life of great American cities*, (*vida y muerte de las grandes ciudades estadounidenses*). Las explicaciones sobre el declive urbano permite aludir a dos tipos de procesos diferenciados. El primero de ellos se refiere al establecimiento de una sociedad dual, (Castells, 1986; Rodríguez y Villasante, 1986, op. cit.) en la que junto a espacios funcionales revitalizados coexisten zonas miserables, abandonadas y en progresivo deterioro. La razón más estructural del declive urbano procede de la conjunción de una amplia gama de elementos entre los que se encontrarían, según la síntesis recogida en una reciente aportación (Benavides, 1991, op. cit.), los siguientes: a) menor calidad medioambiental (polución, escasez de espacios, ruidos, deterioro y abandono); b) insuficiente, deteriorado o encarecido parque de viviendas; c) escasez de suelo para actividad industrial; d) envejecimiento de edificios de oficina que encarece y/o dificulta la adaptación de nuevas tecnologías; e) insuficientes sistemas de transporte interurbano y de acceso al núcleo; f) congestión; g) inadecuado sistema de prestaciones sociales; h) el problema de la criminalidad y de la inseguridad; i) existencia de grupos de interés y oligopolios tradicionales que dificultan el crecimiento de nuevas empresas y del desarrollo.

† Test: Estudio Comparativo de Dos Servicios de Hospital Parcial para Pacientes Esquizofrénicos Considerando el Funcionamiento Familiar y la Adherencia Terapéutica. Autores: Barrios Muñoz Alicia y Cortés Ramírez Julio César. Director de Test: Dr. Federico G. Puente Silva.

Sin embargo, la ciudad sigue siendo, tal y como se ha reconocido por los autores de la escuela de Chicago, el horizonte del progreso y la movilidad. La tecnología, a su vez, permite vastos procesos de interacción en el vacío, que incrementan la tendencia a la individualización de la vida personal este es uno de los aspectos más llamativos y que explica el declive de la ciudad como entorno de ideal de vida.

1.1. La Ciudad Contemporánea.

La ciudad moderna está promoviendo el incremento de cierto vacío y, de acuerdo con el análisis de Wirth (1938, op. cit.), de Milgram (1970, op. cit.), y de Lofland (1976, op. cit.), entre otros, se está convirtiendo en un mundo anónimo, insolidario, de extraños. Un elemento fundamental de la nueva ciudad es que ha dejado de ser un lugar de encuentro, (aun en la competitividad), para convertirse, como macroespacio en una interrumpida sucesión de lugares de cruce.

La ciudad es un universo que ilustra mejor que cualquier otro fenómeno la situación social actual Castells (1986) ha denominado recientemente la nueva crisis urbana, escribe lo siguiente: "Desde mediados del siglo XX, las grandes ciudades tienen una imagen claroscuro, en la que las sombras se mezclan íntimamente con las luces: las variedades y diversidades urbanas van acompañadas de repeticiones mecánicas; el bienestar va acompañado de fatigas; las ventajas de la individualización van acompañadas de las desventajas de la atomización y la soledad; las seguridades van acompañadas de entorpecimientos y desórdenes; las ganancias en variedad de ocio van acompañadas de pérdidas en la variedad de trabajo" (op. cit. p.30). "En la ciudad moderna el alivio de los viejos constreñimiento se acompaña con la creciente pesadez de los nuevos (burocráticos, tecnológicos, comunicacionales); el acceso a ciertos estandartes de individualización aporta una problemática nueva: la atomización y la soledad atormentan de formas diversas, pero cada vez con más insistencia a las viviendas subvencionadas y a los barrios buenos. Lentamente se constituye una vasta depresión, enfermedad incierta y multiforme". (Morin, 1981, op. cit. p.32).

L. Wirth (1938, op cit.) destaca las tres características básicas de la ciudad contemporánea: densidad, heterogeneidad y anonimato en las relaciones sociales. K. Lynch (1965, op cit.) establece algunos elementos de diagnóstico de los problemas urbanos, desde su punto de vista, la ciudad moderna se presenta como una gran concentración de actividades y personas; describe este fenómeno como la "colosización de la ciudad".

Desde su punto de vista, el coloso urbano, tal y como se configura en la mayor parte de las ciudades, produce desajustes y problemas que tienen su origen en cuatro grandes causas.

La primera de ellas es lo que este autor denomina "la carga de tensión perceptiva impuesta por la urbe y en la que las sensaciones que en ella experimentamos van, con demasiada frecuencia más allá de los límites de la resistencia humana... La ciudad es demasiado violenta, ruidosa y desconcertante".

La segunda de las fuentes de patología descritas por Lynch es "la carencia de identidad visual", que dificulta que en la ciudad tuviéramos en todo momento la sensación de andar por nuestra propia casa.

La tercera de las causas descritas por Lynch se refiere a "la angustia que experimentamos en las ciudad de nuestros días por la imposibilidad de comprender su lenguaje... la ambigüedad, la promiscuidad, la confesión y la discontinuidad son los rasgos más distintivos de nuestras ciudades: muchas de sus más importantes funciones y actividades permanecen ocultas a nuestra vista, su historia y su marco natural nos aparecen velados y borrosos".

La cuarta causa de sensaciones de malestar consiste según este autor en "la rigidez de la ciudad, su falta de sinceridad y de franqueza".

Milgram (1970, op. cit.) comparte esta visión negativa de la vida urbana y desarrolla su análisis de ésta basándose en la aportación del sociólogo Louis Wirth (1938, op. cit.) cuya idea principal es: "la gran ciudad reduce el impulso solidario, y ello es consecuencia de un proceso activo de adaptación a las condiciones de sobrecarga informativa producidas por la sobreestimulación a la que el individuo se ve sometido".

1.2. Calidad de Vida en la Ciudad.

En estos momentos es preciso hablar de calidad de vida urbana, para un psicólogo, hablar de calidad de vida urbana lo remite a la evaluación de los efectos producidos por el comportamiento humano en la ciudad y de los producidos por la ciudad sobre el comportamiento humano. Según las investigaciones llevadas a cabo efectos y post-efectos de la sobredemanda metropolitana han sido detectados en distintas áreas de la actividad psicosocial del sujeto, destacándose la importancia de dos agentes de estimulación: el ruido y el hacinamiento.

⁹⁹

Teiss: Estudio Comparativo de Dos Servicios de Hospital Parcial para Pacientes Esquizofrénicos Considerando el Funcionamiento Familiar y la Adherencia Terapéutica. Autores: Barros Muñoz Alicia y Cortés Ramírez Julio César. Director de Teiss: Dr. Federico G. Puente Silva.

Para Stokols (1990, op. cit.), el bienestar tiene tres dimensiones básicas: la salud física, el bienestar mental y emocional y la cohesión social en la comunidad. Su opinión es que el signo (positivo o negativo) depende, en cierta medida, de las oportunidades y recursos ambientales de los que dispongan el individuo y los grupos. Así, por ejemplo, la salud física requiere adecuadas condiciones de aislamiento térmico y acústico, un cierto nivel de confort físico en el ambiente primario, no estar expuesto a inadecuados niveles de contaminación.

El bienestar emocional depende de la capacidad de control y predicción del escenario, de las cualidades estéticas, de la existencia de elementos simbólicos de valor, de la seguridad del medio físico y de la capacidad de controlar la secuencia aproximación-evitación. La cohesión de la red social está en estrecha relación con las condiciones en que ocurre la interacción y el contacto social, y la capacidad para participar en el diseño de los recursos ambientales, entre otros.

Además es importante ubicarnos en el momento histórico, por lo tanto, es imprescindible mencionar las características de la era actual, es decir la era posmoderna.

1.3. Posmodernidad.

El término posmoderno se escucha cada vez más en el ámbito de la psicología y la cultura popular en general. Existen dos grandes acepciones de la posmodernidad: por un lado una época o momento histórico y por otro, una corriente crítica que surge en la academia, en especial en las disciplinas sociales y que cuestiona algunos de los supuestos fundamentales del saber moderno. Nos referimos a la posmodernidad como el momento histórico en que nos encontramos en la actualidad caracterizados sobre todo por el desarrollo de la tecnología que permite reducir las distancias en amplios sentidos.

Una septena de tecnologías, el ferrocarril, el servicio postal, el automóvil, el teléfono, la radio, el cine, y la edición comercial de libros se expandió rápidamente en el curso del siglo pasado (XX). Cada uno de estos avances vincula más estrechamente a las personas, las expone a sus semejantes y fomenta una gama de relaciones que nunca podría haberse dado en el pasado.

Es indudable que el desarrollo de la tecnología afecta a todo, pero particularmente a las relaciones sociales, en este trabajo, no pretendemos hacer un análisis de ésta situación, lo que si pretendemos es tener en cuenta estos cambios, sobre todo para tener una concepción del mundo actual.

En las dos últimas décadas, las posibilidades de relación han aumentado insospechadamente, propiciado por los avances en materia de transporte aéreo, televisión y comunicación electrónica.

Crece paulatinamente el número de personas para las cuales viajar en avión significa un asunto rutinario. Y aunque el tráfico aéreo está próximo a la saturación, la dirección federal de aviación norteamericana calculó que en 1990 volaron 800 millones de pasajeros (sin embargo, no hay que olvidar que a partir del 11 de septiembre del año 2001 esta tendencia se revirtió o por lo menos se detuvo).

Sin duda la proliferación de la televisión ha sido impactante, a muchos psicólogos les preocupa la influencia de ésta, en la conducta, actitudes, valores y creencias de todas las personas; en este mismo sentido se encuentran las cámaras de video, las cintas, el DVD, etc. A fines de 1950 la invención de la computadora digital trajo consigo diversas ventajas: podía almacenar cantidades inmensas de información en un espacio relativamente pequeño, procesarla y transmitirla con suma rapidez.

Al día de hoy la computadora se ha convertido en el pilar de las instituciones, empresas, etc., con el desarrollo del microchip (a finales de la década de 1970), cobró vuelo la eficiencia del almacenamiento, procesamiento y transmisión de la información. A través del MODEM, cualquier computadora puede conectarse a otra, por medio de la línea telefónica, por lo cual, el correo electrónico puede comunicar a cualquier persona con otra, en cualquier parte del mundo; las tele conferencias permiten a grupos de individuos de distintos lugares del mundo dialogar simultáneamente.

Los satélites permiten transmitir señales de radio, comunicaciones telefónicas, datos digitales, etc, de manera instantánea. Desde luego el fax, permite enviar y recibir material gráfico de todo tipo en cuestión de segundos.

Sin duda, estas tecnologías de saturación social (Gergen, 1991), a la vez que facilitan y aumentan la cantidad de relaciones entre individuos, dificultan y encarecen las relaciones cara a cara. Por lo tanto debemos tener en cuenta esta situación en la planeación y el establecimiento de nuevos programas de salud y/o mejoramiento de los ya existentes, para promover su eficiencia, eficacia y efectividad.

El progreso de la tecnología crea nuevas necesidades pero si hay avance técnico sin avance social, automáticamente aumenta la pobreza o la miseria de las mayorías. En seguida abordaremos, como la desigualdad social impacta a la salud.

2. Patología de la Pobreza.

La pobreza es un factor muy importante en lo que respecta a la salud. Desde hace muchos años se ha considerado que la pobreza impacta la salud de las personas, tanto en términos cuantitativos como cualitativos. Se ha descubierto que las enfermedades, si bien no son exclusivas de niveles socioeconómicos, sí son más frecuentes en unos sectores de la población que en otros.

Existen diversos métodos para determinar la pobreza, Simpson (citado por Celis en 1968), dijo "parece ser que la frecuencia de algunos padecimientos es un buen índice de la pobreza" y Humprey (en Celis op. cit.) mencionó "se pueden identificar las zonas pobres de una ciudad por el tipo de patología".

En muchos estudios sobre pobreza y salud se identifica el nivel económico social por el tipo de atención médica que reciben las personas. Por ejemplo en el estudio realizado por Celis en 1968, se dividió a las personas en tres niveles: el primero, es la clase que vive en la abundancia, que dispone de los recursos económicos necesarios para atenderse en medicina privada nacional y en el extranjero; el segundo, a las derechohabientes del IMSS, del ISSSTE, y de algunos grandes sindicatos, que tienen derecho a la atención médica en los servicios hospitalarios respectivos; y el tercero, que es la clase social que no tiene derecho al IMSS, al ISSSTE, que no pertenece a sindicatos y que para la atención médica personal o familiar, depende de sus propios recursos, siempre muy limitados, que rápidamente agota en medicina privada barata y modesta, y que acuden a los servicios asistenciales y hospitales de la SSA.

Celis (1968), encontró las siguientes características en la salud de dos poblaciones: A) *Patología de la pobreza*: perspectiva baja de vida, alta frecuencia de padecimientos infecto-contagiosos, nutricionales, alcohólicos, alcoholo-nutricionales, de patología genital, ginecológica y obstétrica, acumulación en el mismo individuo de varias enfermedades avanzadas, irrecuperables o difícilmente recuperables, cifras mínimas de patología degenerativa y de muerte por senilidad. Encontró que las causas de muerte más frecuentes eran: cáncer, cirrosis hepática, tuberculosis, amibiasis, fiebre reumática, aterosclerosis, muerte obstétrica, hemorragia cerebral y diabetes. B) *Patología de la abundancia*: promedio de vida alto, predominio acentuado de padecimientos propios de la madurez, de la edad avanzada o de la senilidad, de padecimientos degenerativos, de cáncer y de diabetes. Prioridades como causas de muerte: aterosclerosis y patología vascular cerebral, hipertensión con o sin patología cardíaca, cáncer, accidentes de automóvil, homicidio, cirrosis y diabetes. Celis asegura que lo anterior se trata de la expresión de la desigualdad económica y del fracaso de nuestros sistemas sociales.



La pobreza y la serie de condiciones que habitualmente la acompañan unas inherentes a ella y otras asociadas, actuando conjunta o independientemente explican una patología diferente del pobre y del que vive en la abundancia. Los factores ligados directamente a la pobreza son la desnutrición en calorías o nutrición no adecuada por falta o por cantidad insuficiente de proteínas y de grasas, condiciones de habitación pésimas o insuficientes, aglomeración y por lo tanto diseminación de padecimientos infecciosos respiratorios, promiscuidad lo que quiere decir iniciación sexual precoz, embarazos y partos tempranos y multiparidad; faltan o son insuficientes las instalaciones sanitarias y de agua potable, no disponen de medios adecuados para la conservación de alimentos, etc. (Celis, 1968).

La pobreza significa para las personas que viven en ella frustración, irritación, miedo, reacciones violentas y alcoholismo, que sumado a la desnutrición, de absceso hepático amibiano, de polineuritis alcohólica y de patología psiquiátrica. (Celis, 1968).

En pleno siglo XXI, las condiciones en México no han cambiado mucho, desde la década de los 70's en cada sexenio han habido crisis económicas con resultados terribles para el grueso de la población. Desde luego las crisis económicas impactan a la salud de la población, así como a los programas de salud pública a todos niveles. Adicionalmente los recortes en el presupuesto destinado a la salud, hace más difícil la situación. Es por esto que la patología de la pobreza es similar en el año 2002. La cifra actual de pobres en México oscila entre 34 y 54 millones de personas, es decir más de la mitad de la población, no hay nada más contundente que este dato.

Por todo lo anterior, es vital optimizar los recursos con que se cuentan en lo que a salud se refiere. Veamos cómo la Psicología participa en la búsqueda de soluciones y propuestas para hacer más eficientes los cuidados y servicios de salud.

3. Psicología de la Salud.

Una de las direcciones de mayor interés para esta área es, por una parte la representación de la salud-enfermedad, desde una perspectiva cognitiva, esto se refiere a las creencias, percepciones y atribuciones que los pacientes poseen acerca de estos términos y el papel que juegan estos a la hora de determinar su conducta, aquí se estudia fundamentalmente cual es el nivel de conocimiento que el paciente tiene acerca de su enfermedad y todo lo relacionado con ella, así como cual es el nivel de comprensión que tiene acerca de los términos relacionados con la enfermedad, los fallos que tienen los pacientes a la hora de seguir las prescripciones medicas, la renuncia a obtener más información acerca de su enfermedad, etc.

Otras áreas de interés en la Psicología de la Salud, son la comunicación, la toma de decisiones y la adherencia, todo esto esta relacionado con la interacción entre el personal sanitario y el paciente; así como con una serie de problemas relacionados con la satisfacción y el cumplimiento de las recomendaciones terapéuticas por parte de los pacientes.

Considerando que la Falta de Adherencia es uno de los problemas más graves dentro de la Salud Pública, es importante conocer cuales son los factores que intervienen.

4. Adherencia Terapéutica.

Dentro de cualquier tipo de tratamiento, sobre todo al hablar de padecimientos crónicos como lo es la esquizofrenia, en los que se interviene con fármacos y en donde es deseable recibir atención psicoterapéutica; la adherencia al tratamiento es una de las áreas más importantes, en lo que concierne a los cuidados de salud. Sin embargo, es muy reciente la importancia que se le ha dado al incumplimiento terapéutico.

El problema de incumplimiento en el tratamiento por parte de los pacientes es un problema ampliamente conocido a través de los años, tanto en padecimientos físicos como las diabetes o hipertensión, así como en los padecimientos psiquiátricos y condiciones psicológicas, como lo es la esquizofrenia o la depresión.

El incumplimiento ha tomado tal importancia, que los gobiernos de países desarrollados lo consideran una de las causas principales de gasto médico en el cual no se cumplen con los objetivos. Attali, 1982, señaló que el costo de salud es uno de los factores primordiales de las crisis económicas en las sociedades occidentales.

Son muchos los datos que se manejan, acerca del incumplimiento, se dice que alrededor del 50% de los pacientes, ya sea con cáncer, hipertensión, úlceras, enfisema, enfermedades del corazón u otras enfermedades crónicas no cumplen con su tratamiento. Estimaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS), señalan que se pierde una gran cantidad de recursos, en los sistemas de salud, ya que solo una pequeña parte de pacientes, con un padecimiento crónico o infeccioso logran recobrar la salud completamente (OMS, 2001) Ejemplo de estas pérdidas es el hecho de que más del 10% de los ingresos hospitalarios se deben a la falta de cumplimiento (Mason y Matsuyama, 1994).

Safren, (1999) estimó la falta de adherencia en un 20% para tratamientos cortos, 50% para tratamientos prolongados en condiciones crónicas, y del 70% para tratamientos prolongados con periodos asintomáticos.

4.1. Definición de Adherencia Terapéutica.

La adherencia terapéutica, siendo un factor de suma importancia; se define como: "el proceso, a través, del cual el paciente lleva a cabo adecuadamente las prescripciones recibidas" (Puentes-Silva, 1984). Existen otras definiciones de adherencia terapéutica: la de Domínguez (1984) "la implementación completa de las instrucciones terapéuticas"; la de Ulmer (1978) "el cumplimiento (compliance) del paciente a las órdenes del médico"; y la de Ruiz de Chávez (1984) "el grado en el que el paciente cumple con la totalidad del esquema prescrito".

Las definiciones anteriores coinciden, sin embargo, Puentes Silva (1984), afirma que el cumplimiento de un tratamiento es por definición un proceso dinámico y continuo, por lo que en ningún momento deberá considerarse como un hecho concreto. Describe que la falta de adherencia terapéutica comprende diferentes tipos de conducta: a) fallas o dificultades para iniciar un tratamiento, b) fallas por suspensión prematura de la terapia; y c) implementación incompleta o deficiente de las indicaciones del terapeuta.

Este mismo autor, enumera los siguientes problemas, en lo que concierne a la adherencia a medicamentos:

1. Errores de omisión. El paciente no se toma el medicamento prescrito. Las razones pueden ser: el olvido, falta de disciplina, negación de su condición de enfermo, miedo a los efectos colaterales, etc.
2. Errores de dosis. El paciente no se toma la dosis indicada, ya sea por información inadecuada o porque él decida que requiere una dosis mayor o menor.
3. Errores en el tiempo. El paciente no se toma los medicamentos a las horas indicadas. En ocasiones corre el riesgo de una sobredosis al tomar en una sola ocasión varias dosis acumuladas.
4. Errores de propósito. El paciente se equivoca en la toma de los diferentes medicamentos prescritos, ya sea por confusión propia o porque la información recibida de su médico resulte inadecuada.
5. Automedicación. El paciente se administra medicamentos no prescritos.



Con respecto a la relación médico paciente, varios autores coinciden en que es muy probable que las recomendaciones terapéuticas estén influenciadas por la naturaleza y la calidad de esta relación. Puente-Silva (1984), menciona los siguientes puntos: a) a mayor satisfacción, mayor porcentaje de cumplimiento terapéutico. b) a mayor satisfacción, menor deserción. c) a mayor duración (continuidad), mejor cumplimiento. d) la actitud del terapeuta es una variable importante en el cumplimiento terapéutico.

Becker y Maiman (1980), mencionan que entre los comportamientos que interfieren con la relación profesional de la salud y paciente destacan comportarse de manera distante y poco cordial; Miller (1985), considera el no solicitar o dar retroalimentación al paciente; Podell (1975), hace énfasis en no establecer un régimen preciso de tratamiento a seguir, o formularlo de manera poco clara o en términos demasiado técnicos, entre otros.

Cada vez es más importante que los pacientes tomen una participación activa dentro del manejo y tratamiento de sus enfermedades, llevando a cabo una conducta cooperativa con las sugerencias del médico o terapeuta, declinandose así, el paternalismo médico (Ruiz de Chávez, 1984). Por lo anterior, el modelo de adherencia terapéutica, es un modelo horizontal y no vertical.

4.2. Medición de la Adherencia Terapéutica.

La adherencia terapéutica muestra dificultades para su medición y cuantificación, ya que esta determinada por diversos factores. La literatura destaca las investigaciones de Haynes (1976, en Puente Silva, 1985) quien realizó una lista de más de 200 factores que correlacionaron positivamente con la adherencia terapéutica; Ulmer en 1984 menciono 11 factores que correlacionan con la no-adherencia. Puente-Silva (1984), menciona diferentes factores de adherencia. Estos autores coinciden, en que la no-adherencia es un problema en todas las enfermedades crónicas.

Existen diversas técnicas para medir la adherencia al tratamiento, que van desde el resultado terapéutico y el juicio clínico hasta los análisis de sangre y orina; pasando por auto informes, como son los cuestionarios, entrevistas directas y auto registros; Además de medidas directas como la observación, o indirectas como los contadores de píldoras. (Sacket, 1994; Quinter, Espelage, levers- Landis y Drotar, 2000).



La medida más utilizada para la evaluación de la adherencia terapéutica ha sido el auto informe, sin embargo se le ha considerado como poco confiable, ya que se realiza con base en el juicio que hacen los pacientes sobre su conducta. Algunas veces por dar respuestas deseables socialmente, podrían modificar los datos de los auto registros o simplemente llenar incorrectamente los mismos. La elección de una medida de adherencia terapéutica dependerá principalmente del tipo de conducta, el costo, los recursos disponibles, las capacidades del paciente y del nivel de exactitud esperado (Dunbar, Dunning y Dwyer, 1989).

El auto registro diario de conductas, se ha utilizado tanto para inducir un efecto indirecto en el mejoramiento de la adherencia terapéutica (Rodríguez y Montiel, 1986) como para el propio registro. Esto permite identificar relaciones significativas entre los eventos diarios, estados de humor y episodios de recaídas, así como para precisar el incremento o decremento de eventos estresantes precedido por un periodo de enfermedad (Stone, Porter y Neale, 1993).

El auto registro como método de auto observación, ayuda al paciente a observar su propia conducta, valorarla y cambiarla. Tiene tres funciones principales: 1) en la valoración anterior a la intervención, para reunir información necesaria y decidir la mejor estrategia; 2) valorar los efectos de la intervención y 3) facilitar el cambio de conducta. Son numerosos los métodos de auto-registro y auto monitoreo que pueden utilizarse, incluyendo los contadores de pulso, o los registros de lápiz y papel, este último método utilizado frecuentemente por el Dr. Ulmer desde los años ochenta. Además se han utilizado en un amplio rango de poblaciones y conductas: Friedman y Taub (1982) utilizaron registros de temperatura y cefaleas; en 1984 Flygenring registró efectos colaterales de medicamentos y sensaciones somáticas; en México se utilizó en las Clínicas de Tabaquismo del Hospital General de donde se desprendieron muchas investigaciones como la de Rodríguez y Montiel (1986); por Hosek (1997) registro actividades físicas; en 1998 los investigadores Porter, Gil, Sednay, Workman y Thompson usaron esta técnica para el registro diario de percepción del dolor, consumo de medicamentos y actividades.

Se debe tener en cuenta la continuidad entre la ocurrencia de la conducta y su registro, ya que influyen sobre la exactitud o precisión de la información; por lo que le indicará al paciente que haga su registro inmediatamente después de que ocurra la conducta. (Puente Silva, 1984).

4.3. Factores que Inciden en la Adherencia Terapéutica.

Dentro de los factores importantes que inciden en una adecuada adherencia, se ha encontrado el apoyo familiar, la comunicación y el funcionamiento adecuado de la familia. Además de factores psicológicos, como niveles de ansiedad, actitudes y conductas. Leventhal (1982), en su investigación retoma las ideas que el paciente tiene acerca de su enfermedad y concluye que un alto porcentaje de los pacientes que no siguen el tratamiento, es debido a no querer llevar a cabo, una confrontación entre sus teorías privadas sobre su enfermedad y el diagnóstico del médico-terapeuta.

El reconocimiento de la gravedad del padecimiento, sus implicaciones y la supervisión de un miembro de la familia incrementan la adherencia terapéutica. Cuando la familia se involucra en el tratamiento, quien asume el papel de cuidador primario frecuentemente es la madre, quien asume la responsabilidad para llevar a cabo el régimen, en donde influye el conocimiento y claridad que se tenga de la enfermedad, de ahí la importancia de la participación de la familia, en los servicios de salud.

Haynes y Sackett, (citados por Puente Silva, 1984), mencionan algunos factores que tienden a disminuir la adherencia al tratamiento: 1) Complejidad del tratamiento, los pacientes que tienen que tomar un gran número de medicamentos y/o dosis frecuentes, muestran más posibilidades de no cumplir el tratamiento. 2) Grado de cambio conductual requerido, los pacientes que necesitan llevar a cabo grandes cambios en su estilo de vida y funcionamiento, muestran un mayor grado de dificultad en poder cumplir con el tratamiento. 3) Tiempo de espera para la consulta, se ha encontrado que los pacientes que tienen que esperar tiempos prolongados para ser atendidos o que se les cancela su cita, muestran menos posibilidades de adherirse al tratamiento.

4.4. Adherencia Terapéutica en Pacientes Esquizofrénicos.

La falta de adherencia en pacientes esquizofrénicos se sitúa en torno al 50%. El mal cumplimiento favorece la aparición de recaídas y rehospitalizaciones; así como, tasas más altas de suicidio, conductas violentas y homicidas.

Se ha encontrado que la adherencia también se relaciona con la conciencia de enfermedad y la actitud hacia la medicación. Pacientes con buena adherencia han mostrado mejor funcionamiento global, menos psicopatología y menos tiempo de hospitalización en el año previo.



La mayoría de los estudios coinciden en situar el incumplimiento terapéutico en pacientes esquizofrénicos alrededor del 50% (Babiker, 1986). Curson (1985) lo hace en un 40% en pacientes tratados con neurolépticos depot y Weiden (1991) en un 50% al año del alta hospitalaria y un 74% a los dos años.

También se ha asociado la falta de adherencia a un aumento de los enfrentamientos con la ley (Smith, 1989), incremento de las tasas de suicidio consumado (Cohen, 1964 y Planasky, 1973), agresiones (Virkkunen, 1974) y homicidios (Tanay, 1987).

La literatura revisada sugiere que el insight y la actitud positiva hacia la enfermedad se asocian con un mayor cumplimiento (Buchanan, 1992 y Kemp, 1998).

Weiden (1994), encontró que uno de los principales factores para el incumplimiento es la negación de la enfermedad mental: el paciente percibe que no está enfermo y no necesita medicación .

Además, los efectos secundarios no tratados o no identificados provocan muchas molestias y contribuyen a la resistencia a la medicación (Stoudemire, 1983; Faltoon, 1984; Hoge, 1990; Kissling, 1994; Ruscher, 1997; Marder, 1998). Dentro de éstos, son sobre todo la acatisia (Van Puten, 1974; Fleischhacker, 1994) los que más contribuyen al mal cumplimiento del tratamiento neuroléptico.

Otros efectos secundarios como la ganancia de peso o la disfunción sexual aumentan también la falta de cumplimiento (Fleischhacker, 1994). Gerlach (1994) indica que una de las razones más importantes de incumplimiento es la inducción de efectos secundarios, especialmente los efectos psíquicos. Mientras, según este autor, los médicos se inclinarían a focalizar sobre los efectos extrapiramidales, los pacientes se quejan más de los efectos mentales.

5. El Psicólogo como Profesional de la Salud.

En la actualidad, el papel del psicólogo como profesional en el campo de la salud, ha demostrado ser importante, en áreas como el tabaquismo, alcoholismo, obesidad, y otros padecimientos que requieren terapia de sostenimiento. Revisaremos algunas técnicas y estrategias utilizadas por los psicólogos en el área de la salud.

⁴⁸ Tesis. Estudio Comparativo de Dos Servicios de Hospital Parcial para Pacientes Esquizofrénicos Considerando el Funcionamiento Familiar y la Adherencia Terapéutica. Autores: Barrios Muñoz Alicia y Cortes Ramírez Julio César. Director de Tesis: Dr. Federico G. Puente Silva.

Educación para la Salud. El psicólogo puede llevar a cabo satisfactoriamente actividades psicoeducativas. El objetivo es informar en forma clara tanto de temas médicos como psicológicos.

Las presentaciones, deben estar elaboradas específicamente para la población a la cual están dirigidas, utilizando todos los recursos tanto tradicionales como los que nos ofrece la tecnología actual, desde el uso de pizarrón, transparencias, diapositivas, videocassetes, audio cassetes, que de forma amena y ágil capten el interés de los participantes.

Ninguna técnica debe ser prioritaria a la habilidad para dar retroalimentación al auditorio al que se dirige, desde 1979 Green, menciono que éste es el mayor impedimento de los programas entregados a la comunidad.

Existen otras dificultades, en términos de entendimiento y evocación de información, se sabe, de la investigación clínicamente orientada sobre la adherencia, que más de la mitad de la información presentada a los individuos en las locaciones del cuidado para la salud, es olvidada minutos después de haber sido la presentación.

Entrenamiento en Técnicas de Relajación y de Desensibilización. Se realiza cuando los usuarios presentan niveles significativos de ansiedad y/o reacciones fóbicas a su padecimiento o al tratamiento.

Técnicas de Entrenamiento en Autocontrol, buscando la capacitación y desarrollo de habilidades en el paciente, con la finalidad de que cuente con un repertorio para el manejo adecuado de su tratamiento.

Técnicas de Dinámica de Grupo, promoviendo un mejor funcionamiento en el paciente, ya que éste se percata de que no es el único con tal condición. Conceptos como membresía, adhesión al grupo, identidad grupal e inclusive el de competitividad y rivalidad, cuando se implementa en forma adecuada pueden contribuir en forma importante al apego del paciente a su terapia.



Técnicas de Reestructuración Cognoscitiva, estas se refieren a la modificación de las estructuras cognoscitivas del paciente, en lo relativo a su enfermedad. Si el paciente percibe su condición de enfermo, como una situación de devaluación, anhedonia y denigrante, el paciente pondrá a andar una serie de procesos psicológicos que le permitirán negar tal condición.

Las técnicas consisten en habilitar al paciente en el desarrollo de nuevos marcos preceptuales y de cognición, con el objeto de que el paciente sea consonante con su padecimiento, para que además de que mande adecuadamente su programa terapéutico, su calidad de vida se mantenga en niveles óptimos.

Contrato Terapéutico, se refiere al proceso de especificar las reglas, para observar conductas de interés, formalizar y comprometerse a adherirse a ellas. La guía para formularlo es: el contrato debe ser válido; los términos deben ser claros; tiene que ser positivo; los procedimientos deben ser consistentes y sistemáticos; al menos otra persona cercana al paciente participará.

Implementación de Régimen Graduado, es el proceso de ir introduciendo componentes del régimen en una secuencia, los pasos son graduados en orden de dificultad para el paciente, reforzando los pasos logrados.

CAPITULO 3. FAMILIA.

*"Yo soy yo y mi circunstancia ,
y si no la salvo a ella no me salvo yo"
Ortega y Gasset (1914).*

1. Familia.

El ser humano tiene como característica fundamental el vivir en sociedad, y participar en diferentes grupos, uno de ellos es la familia, el cual es uno de los sistemas más importantes en el desarrollo del individuo, por constituir un elemento fundamental en donde se desarrollan las experiencias de vida más importantes de la persona, y por ser proveedora de elementos primarios de satisfacción a las necesidades biológicas, psicológicas y sociales de todos los individuos.

Por lo tanto, familia es una entidad social que enfrenta una serie de tareas de desarrollo, las cuales difieren de acuerdo con los parámetros de las diferencias culturales, pero poseen raíces universales. (Minuchin, 1992)

Andolfi (1992), define la familia, como un organismo vivo en constante transformación, una entidad compleja que se modifica a través del tiempo, con el fin de asegurar su continuidad y el crecimiento psicossocial de sus miembros, en respuesta a los cambios en el desarrollo de la familia a través de su ciclo vital y de los cambios externos. Este doble proceso de continuidad y crecimiento, permite que la familia se desarrolle en conjunto y a su vez asegure la diferenciación de sus integrantes.

Por lo anterior, la familia se puede conceptualizar como la unidad básica de desarrollo y experiencia de realización y fracaso; además, como la *enfazta* Ackerman (1968), de enfermedad y salud. En otras palabras de la misma manera en que la familia se convierte en la fuente de sustento para un individuo y su desarrollo, se vuelve igualmente el principal obstáculo para lograrlo.

2. La Familia como Sistema.

Como explica Andolfi (1992), la aplicación de la teoría de sistemas a diversas disciplinas ha sido de muchas y diversas formas, pero quizá el uso más extenso dado a esta, es en el estudio de familias y su patología. Desde esta perspectiva, los estudios no se centran en el estudio de un individuo sino en la persona en el marco de su familia, la teoría de las familias con base en el sistema se sustenta en el hecho que el hombre no es un ser aislado, sino un miembro activo y reactivo de grupos sociales.

¹ Tesis: Estudio Comparativo de Dos Servicios de Hospital Psiquiátrico para Pacientes Esquizofrénicos Considerando el Funcionamiento Familiar y la Adherencia Terapéutica. Autores: Barrón Muñoz Alicia y Cortés Ramírez Julio César. Director de Tesis: Dr. Federico G. Puente Silva.

No puede considerarse al individuo, a la familia, o a la estructura social, ni siquiera a las mismas pautas culturales, como sistemas cerrados o como entidades separadas e independientes, sino que son partes interrelacionadas e interactuantes de un todo que cambia y se transforma a lo largo del tiempo, ambos se influyen selectivamente en el proceso de cambio. (Estrada, 1996).

Es entonces que la familia constituye un sistema abierto, en la que existe interacción continua entre sus miembros, así como de estos con el exterior, ya que dicho sistema se encuentra ligado e intercomunicado con otros sistemas como el biológico, el psicológico y el ecológico. Desde el punto de vista de Minuchin (1992), una familia es un sistema que opera a través de pautas transaccionales; las transacciones repetidas establecen pautas acerca de que manera, cuando y con quien relacionarse; esas pautas apuntalan al sistema. Las pautas transaccionales regulan la conducta de los miembros de una familia. Son mantenidas por dos sistemas de coacción: uno genérico, que implica reglas universales que gobiernan la organización familiar; el otro es idiosincrásico, que implica las expectativas mutuas de los diversos miembros de la familia.

La familia como institución, proporciona el grupo de interacción más importante para los individuos y una de sus características, es como en cualquier sistema complejo, que esta es más que la suma de sus partes, ya que esta tiene una historia y funciones propias que difieren de sus miembros. (Glick y Kessler, 1980, c.p. Freidberg, 1985).

2.1. Subsistemas Familiares.

Como todo sistema complejo, la familia incluye subsistemas, que son las reglas que definen quienes y cómo han de participar en las transacciones interpersonales. Minuchin (1992) señala las siguientes categorías:

- a) Subsistema individual, esta formado por un solo individuo, incluye el concepto de sí mismo, los determinantes personales e históricos del individuo, lo que le permiten adaptarse a las diferentes situaciones;
- b) Subsistema conyugal, esta constituido por la pareja;
- c) Subsistema parental o de padres, sus principales funciones son la crianza y educación de los hijos, este subsistema debe de modificarse continuamente en la medida que crecen los hijos;
- d) Subsistema fraterno o de hermanos, lo constituyen el primer grupo de iguales con los que el hijo participa.

2.2. Ciclo Vital de la Familia.

El Ciclo Vital de una Familia, se refiere a la trayectoria de vida de la familia, delimitada por fases críticas que encierran momentos especiales de dificultad para toda la familia, este es de gran importancia ya que el tomarlo en cuenta permite hacer diagnósticos más finos e intervenciones lo más cercanas a lo que posiblemente le esta sucediendo a la familia en ese preciso momento.

Antes de enumerar las fases del ciclo vital es necesario considerar que dentro de estas, hay tareas específicas, con las que la familia se encuentra y que debe resolver para continuar su crecimiento saludable. En cada una de las fases, existen incesantes interacciones entre los miembros de la familia, que están en base a cuatro ejes, que son los que le dan la diferenciación a cada una de estas etapas durante todo el ciclo vital. Estrada (1996) menciona los siguientes:

1. Área de Identidad.
2. Área de la sexualidad.
3. Área de la economía.
4. Área de fortalecimiento del yo.

Considerando las áreas anteriores, Estrada (1996) y Rolland (2000), han diferenciado 6 etapas:

1) El desprendimiento. (Adultos Libres).

Es cuando el joven o la joven abandona a la familia de origen y sale en busca de un compañero fuera de su familia, en donde hay que asumir la propia responsabilidad emocional y financiera.

2) El encuentro. (Recién Casados).

Se trata de integrar un sistema de seguridad interna, que incluya a uno mismo y al compañero. Al formar el sistema conyugal, tiene que haber un reordenamiento de las relaciones con las familias extensas y amigos, para incluir al cónyuge. También implica la necesidad de establecer acuerdos. Esta etapa es fundamental en la cimentación de la familia.

3) Los hijos. (Niños Pequeños).

La llegada de los hijos requiere de espacio físico y emocional, además de que es importante tomar en cuenta las demandas que la sociedad impone la familia: casa, vestido, transporte, profesión, etc. Implica la necesidad de reestructurar el matrimonio y las reglas que hasta entonces lo han venido rigiendo.

4) La Adolescencia (Hijos Adolescentes).

De todos los eventos que afectan a la familia, la llegada de los hijos a la adolescencia, tal vez es el que más pone a prueba la flexibilidad del sistema. Se combinan varios factores: tiene que aumentar la flexibilidad de las fronteras familiares para permitir la independencia de los hijos; cambio de foco hacia cuestiones conyugales y profesionales de la mitad de la vida; comienzo del cambio hacia el cuidado conjunto de la generación de los mayores.

5) El Re-encuentro. (Nido Vacío).

Se refiere al aislamiento y la depresión de la pareja, puesto que a estas alturas sus actividades de crianza han terminado. Podemos agregar que esta fase coincide casi siempre con una etapa individual de suma importancia: la pareja recibe el impacto de la biología que declina. Además se dan cambios sociales y familiares muy importantes: la necesidad de admitir y hacer lugar a nuevos miembros (cónyuges de sus hijos) en la familia; el nacimiento de los nietos; la muerte de la generación anterior; la jubilación; la declinación en la capacidad física; el conflicto con las nuevas generaciones; el problema económico de los hijos que inician una nueva familia; la necesidad de explorar nuevos caminos y horizontes; la necesidad de independizarse de los hijos y nietos para otra vez formar una pareja.

5) La Vejez.

Esta es una de las etapas más difíciles del ciclo vital, aquí los esposos se encuentran más cercanos a la muerte, se enfrentan a la pérdida del cónyuge, hermanos y otros pares y preparación para la propia muerte. En esta etapa se necesita, tener la habilidad suficiente para aceptar realísticamente las propias capacidades así como las limitaciones.

2.3. Tipos de Familia.

Existen modelos que nos permiten describir el tipo de una familia de acuerdo a su estructura, es decir, de acuerdo a como se encuentra conformada, para lo cual es necesario tomar en cuenta los cambios y modificaciones que pueden ocurrir estas a lo largo de su ciclo vital, considerando esto tenemos que se clasifican de esta manera (Minuchin, 1992) :

- a) Familia primaria nuclear, integrada por el padre, la madre, e hijos de ambos, sin que haya uniones previas donde haya habido hijos;
- b) Familia primaria semiextensa, se trata de una familia primaria con quienes viven uno o varios miembros de la familia de origen de alguno de los cónyuges;
- c) Familia primaria extensa, es una familia nuclear que vive con la familia de origen de uno de los cónyuges o que nunca salió del seno familiar y ahí permaneció después de realizar su unión conyugal;

- d) Familia reestructurada nuclear, es una familia formada por una pareja en donde uno o ambos cónyuges ha tenido una unión previa con hijos, independientemente de los que concibian juntos;
- e) Familia reestructurada semiextensa, es una familia formada por una pareja en donde uno o ambos de los cónyuges ha tenido una unión previa con hijos, y que incluyen bajo un mismo techo a uno más miembros de la familia de origen de alguno de ellos;
- f) Familia reestructurada extensa, es una familia formada por una pareja en donde uno o ambos de los cónyuges ha tenido una unión previa con hijos, y que viven con la familia de origen de él o de ella;
- g) Familia uniparental nuclear, integrada por el padre o la madre con uno o más hijos;
- h) Familia uniparental semiextensa, integrada por el padre o la madre, con uno o más hijos, y que reciben en su hogar a uno o más miembros de la familia de origen;
- i) Familia uniparental extensa, integrada por el padre o la madre, con uno o más hijos, que viven con su familia de origen.

De igual manera podemos considerar otra clasificación de familias la cual es de acuerdo a modelos que toman en cuenta la dinámica, los cuales se enfocan a los procesos de toma de decisiones asociados con las funciones de liderazgo, estos exponen los siguientes tipos:

- a) Familias democráticas, las decisiones las realiza el grupo de manera conjunta, el rol de líder es sólo de guía, no de imposición. Este sistema opera en familias en donde los miembros son adultos en su mayoría, propicia la discusión y toman en cuenta las aportaciones de los mismos;
- b) Familias autoritarias, se encuentran fuertemente apegadas a esquemas de mando tradicionales, donde las decisiones recaen en una sola figura, la participación de los miembros es limitada y los roles de edad y género son marcados;
- c) Familias amalgamadas, su integración llega a niveles de cohesión, en donde no se asume ninguna tarea si no se encuentran todos reunidos, es difícil de un nuevo miembro;
- d) Familias "laissez faire" (del dejar hacer), es similar a la democrática, donde cada uno de los miembros asume su propia responsabilidad de su rol y tarea, hay confianza y libertad para cada uno de ellos.

2.4. Evaluación Familiar.

A lo largo de muchos años de investigación, se ha dado gran importancia a la exploración de las familias. Se ha realizado, a través de diversos instrumentos. Antes de describir las técnicas de evaluación familiar, es imprescindible referirnos al concepto de funcionalidad familiar.



2.4.1. Funcionalidad Familiar.

La Funcionalidad Familiar se entiende como la capacidad para enfrentar y superar cada una de las etapas del ciclo vital y las crisis por las que esta atraviesa (Espejel, 1995). Para comprender de manera adecuada el concepto de funcionalidad familiar es necesario tomar en cuenta los términos de dinámica y estructura familiar.

La dinámica familiar (Espejel, 1995) se define como el conjunto de personalidades, relaciones, potencialidades y posibilidades que establecen de que manera, cuando y con quien se relaciona cada miembro de la familia en un momento dado y de acuerdo con la etapa del ciclo vital que la familia este atravesando. Para poder entender la normatividad y la relación de la familia, no debe ser únicamente entendida en función de las personalidades de sus integrantes, sino que también hay que tomar en cuenta las relaciones interpersonales que entre ellos se establecen. Todas estas interacciones están determinadas por la estructura familiar, que Minuchin (1992) define como el conjunto invisible de demandas funcionales que organizan los modos en que interactúan los miembros de una familia.

Para identificar el grado de funcionalidad familiar a nivel estructural, se realiza de acuerdo a ciertos parámetros establecidos. Uno de ellos es la jerarquía de cada uno de los miembros, lo mismo que el manejo de la autoridad. Otro parámetro son las alianzas establecidas entre los miembros, estas consisten en las asociaciones que llevan a cabo de manera abierta o encubierta, las alianzas funcionales son las que incluyen a miembros de la misma generación, cuando estas son rígidas o se dan entre miembros de diferente generación pueden llegar a ser disfuncionales. Otro parámetro más es la identificación de los límites entre los subsistemas, los cuales deben encontrarse claramente establecidos para un adecuado funcionamiento.

Dentro de la estructura y dinámica familiar, es muy importante, como se dan las transiciones dentro del ciclo vital, ya que esto nos da la posibilidad de observar como es que la familia se esta adaptando a estos cambios, ya que en cada punto nodal la familia debe volver a organizarse, para poder acceder con éxito a la siguiente fase. Estas transiciones pueden ser muy difíciles para algunas familias, cuyas pautas quedan rígidas en estos puntos y tienen problemas para adaptarse a las circunstancias. Lo que constituye un patrón funcional en una etapa del ciclo vital, puede no serlo en otra etapa.

Abundando acerca de la Funcionalidad Familiar encontramos que autores como Rolland (2000), hablan de cuatro áreas básicas de Funcionamiento Familiar, las cuales al ser exploradas nos dan la posibilidad de evaluarlo, tomando en cuenta lo siguiente:

- a) **Pautas Estructurales u Organizativas de la Familia.** Es necesario considerar la efectividad de las familias para organizar su estructura y los recursos que estén a su disposición para superar los desafíos a lo largo de todo el ciclo vital. Se toma en cuenta la existencia de los límites, los cuales son los que determinan quién hace que, dónde y cuándo, su correcto establecimiento es un requisito estructural fundamental. Dentro de estas pautas encontramos la adaptabilidad, la cual nos habla de la habilidad de las familias para adaptarse a las circunstancias cambiantes o a las tareas de desarrollo del ciclo vital familiar; ésta es un elemento fundamental, particularmente las enfermedades progresivas, recurrentes o que presentan crisis médicas agudas, ya que los mecanismos empleados para enfrentar estas situaciones ayudan a mantener una estabilidad (homeostasis). La flexibilidad familiar, es necesaria para que la familia se adapte a los cambios internos y externos que las enfermedades graves requieren, esta puede variar en un continuo desde las familias más rígidas hasta las caóticas.
- b) **Procesos de Comunicación.** Para explorar de manera completa a una familia es necesario tener en cuenta sus pautas de comunicación e interacción, en especial en las que padecen alguna enfermedad en alguno de sus miembros. Para que la familia logre un control de la enfermedad y la discapacidad es absolutamente esencial que tenga una comunicación efectiva. En las familias que se enfrentan con problemas de salud graves prolongados, la comunicación que se deja sin aclarar o resolver tiene consecuencias patológicas o puede provocar la ruptura de las relaciones familiares.
- c) **Pautas Multigeneracionales.** Esto se refiere a las fronteras generacionales, las cuales son las reglas que posibilitan la diferenciación de los roles, derechos y obligaciones de padres e hijos, así como también son los que ayudan a mantener la organización jerárquica en la familia.
- d) **Sistemas de Creencias de la Familia (construcciones de la realidad compartida) y Visión del Mundo.** David Reiss (citado por Rolland, 2000) mostró que las familias, en tanto unidad, desarrollan creencias compartidas acerca de cómo funciona el mundo. Estas creencias determinan el modo en que las familias interpretan los hechos y comportamientos de su entorno. Uno de los componentes de la construcción de la realidad compartida por la familia es un conjunto de creencias acerca de la salud y la enfermedad que influye en su manera de interpretar la enfermedad y orienta su comportamiento para procurar la salud. Si bien los miembros de la familia pueden individualmente sostener creencias diferentes, los valores que sostiene la unidad familiar suelen ser los más significativos.

2.4.2. Técnicas de Evaluación Familiar.

El que una familia sea Funcional o Disfuncional depende de varios factores. Ante esta necesidad de conocer más a las familias, diversos autores han recurrido a la elaboración, adaptación y uso de muchos instrumentos. Como menciona Espejel(1985), en los Estados Unidos y Canadá, desde los años 50' s se han venido desarrollando modelos para evaluar y diagnosticar la funcionalidad y disfuncionalidad. Entre estos tenemos el Modelo McMaster, desarrollado en la Universidad de McGill y después en la misma Universidad de McMaster; el Modelo Circunflejo de Matrimonio y Familia de Russell Candyce en 1963.

Después Salvador Minuchin propuso el análisis sistemático de la familia a través de patrones de interacción entre sus diferentes miembros. También surgió en modelo Triaxial desarrollado por Wen Shing en 1974, el cual consideraba aspectos del desarrollo de la familia, como sus disfunciones en sus subsistemas y en el sistema. Otros esquemas de evaluación se desarrollaron por investigadores como Watzlawick, Satir, Epstein, Chagoya y Guttman.

En lo que se refiere específicamente a la elaboración de cuestionarios o escalas destinadas a este propósito, surgieron el de Fuerza Familiar de Herbert Otto en 1963, la de ambiente familiar de Moos editada en 1973, el de Cohesión y Adaptabilidad de Olson. De la misma manera tenemos el uso de pruebas proyectivas para la evaluación como la prueba de Rorschach en la familia por Levy y Epstein en 1964, así como también la aplicación T.A.T. en la Familia por Ferreira y Olson en 1966; en 1976 surgió la Camberwell Family Interview por Vaughn y Leff, la cual es una entrevista semiestructurada que mide niveles de Emoción Expresada (EE) en la Familia, de esta manera podemos citar a muchos investigadores que han contribuido de alguna u otra forma a la evaluación.

Refiriéndonos a México específicamente, se ha trabajado con algunos de los instrumentos ya mencionados, adaptados a nuestra población. Otros investigadores como Díaz Guerrero en 1949 con su escala factorial de premisas histórico-socio-culturales de la familia mexicana, y como Raymundo Macías del IFAC (Instituto de la Familia), han contribuido a la evaluación de Familias.

2.4.3. Escala de Funcionamiento Familiar.

Dada la necesidad de contar con instrumentos más precisos y confiables, se desarrollo en México la Escala de Funcionamiento Familiar de la Dra. Emma Espejel Aco y Cols. La cual es el resultado de una evolución y años de trabajo continuo, creada con la certeza de que diseñar un instrumento para nuestra población era mucho mejor que adoptar los de otros países.

^{††} Tesis: Estudio Comparativo de Dos Servicios de Hospital Psiquiátrico para Pacientes Esquizofrénicos Considerando el Funcionamiento Familiar y la Adherencia Terapéutica. Autores: Barrios Muñoz Alicia y Cortes Ramirez Julio Cesar. Director de Tesis: Dr. Federico G. Puentes Silva.

La Escala de Funcionamiento Familiar es un instrumento mexicano para evaluar familias, que surge en el año de 1980 como un entrevista abierta, en la Facultad de Psicología de la UNAM, constaba de 62 preguntas que abarcaban doce áreas correspondientes a la estructura y a la dinámica de la familia.

Después de su aplicación y evaluación, se dio la posibilidad de convertirla en un cuestionario de tipo cerrado al que se le nombró Cuestionario de Evaluación Familiar (CEF); el cual después de haber sido analizado desde el punto de vista estadístico y de análisis factorial, obtuvo confiabilidad de 0.75 con alpha de Cronbach y una agrupación de cinco factores que nos indicaban la correspondencia entre las distintas áreas y la certeza de que el cuestionario estaba midiendo lo que se pretendía (estructura y dinámica familiar). Desde ese momento, el uso de este instrumento en el centro Comunitario Oswaldo Robles representó gran utilidad y beneficio, puesto que permitió diferenciar a las familias funcionales de las disfuncionales.

El Instrumento fue utilizado en diversas investigaciones de México y fuera de él. En 1992 fue adaptado y utilizado en la unidad de intervención en crisis (UIC) del Servicio de Psiquiatría del Hospital Dr. Salvador Allende en la Cd. de La Habana, Cuba. A raíz de esta Investigación, tomando el criterio de expertos como método de diagnóstico de certeza y los resultados del CEF como método diagnóstico. Se obtuvo para el CEF, la sensibilidad, la especificidad, el valor predictivo del resultado positivo (VPRP), el valor predictivo del resultado negativo (VPRN) y el valor global de (eficiencia) de test.

Posteriormente se utilizó en una Investigación realizada por el Dr. Víctor Ruiz Velasco, María Luisa Poulat, y el Ing. José Francisco Cortés, sobre familias con un paciente deprimido, se demostró que existía un patrón específico distinto de estructura y funcionamiento de estas familias comparadas con resto de las familias. Esta investigación abrió la posibilidad de revisar los reactivos para actualizarlos, ya que algunos se habían vuelto obsoletos frente a los cambios socioeconómicos e institucionales de los últimos años.

La revisión del instrumento fue exhaustiva, realizando lo siguiente:
 a) Análisis de discriminación de ítem; b) Determinación de la consistencia interna través del coeficiente alpha de Cronbach; c) Análisis factorial por el método de factores principales con rotación Varimax; d) Cálculo de la sensibilidad y de la confiabilidad para discriminar familias clínicas y no clínicas; e) Determinación de puntajes t para cada factor; f) Formato de calificación; g) Perfil de funcionamiento familiar; h) Los resultados se modificaron a 40 ítems con buena discriminación; i) La consistencia interna alpha de Cronbach $+0.91$; j) El análisis factorial generó nueve factores principales que representan el 56.10% de la varianza total y constituyen la hoy llamada escala de evaluación familiar.

Después del proceso anterior, se utilizó en una investigación de 50 familias (25 Clínicas y 25 No Clínicas), de las cuales la Escala de Funcionamiento Familiar, evidenció las diferencias significativas. A partir de entonces (1995), la Dra. Emma Espejel y sus colaboradores se han dado a la tarea de entrenar a numerosos grupos de terapeutas, investigadores y profesionales de la familia que así lo solicitan para hacer uso de la Escala de Funcionamiento Familiar, el cual se ha extendido.

Consideraciones para su administración:

a) Rapport y Observación de las Interacciones Familiares.

La creación de un clima empático es muy importante y que de ello dependerá la confianza y apertura que los entrevistados tengan al dar sus respuestas, de la misma manera, la observación a lo largo de la aplicación nos dará la posibilidad de tomar en cuenta una serie de situaciones que están por suceder, ya que como menciona Espejel (2000) los ítems son el disparador para que la familia actúe y nos muestre su verdadera estructura y dinámica.

b) Hay que ubicar el contexto familiar, tomando en cuenta la estructura, la clase socioeconómica, el ciclo vital, cultura.

c) Familiograma.

Es un formato para dibujar un árbol familiar que registra información sobre los miembros de una familia, y sus relaciones durante por lo menos tres generaciones. Muestran información familiar de manera gráfica en una forma que proporciona una visión rápida de los patrones familiares y es fuente de hipótesis sobre como un problema clínico puede estar relacionado con el contexto familiar y la evolución tanto del problema como del contexto a través del tiempo. El Familiograma es de vital importancia, ya que a través de él se pueden identificar pautas familiares repetitivas entre otras cosas, las familias se repiten a sí mismas. Lo que sucede en una generación, a menudo se repetirá en la siguiente, es decir, las mismas cuestiones tienden a aparecer de generación en generación, a pesar de que la conducta actual pueda tomar una variedad de formas. De acuerdo a esto, estas coincidencias se consideran interconectadas en una forma sistemática, relacionadas con el ciclo vital de la familia.

Se registra la Información Familiar como sigue: a) Información demográfica (edades, ocupaciones, muertes, nivel escolar, etc.); b) Información sobre el funcionamiento. Datos más o menos objetivos sobre el funcionamiento médico, emocional y de comportamiento de los distintos miembros de la familia. Por ejemplo: alcoholismo, ausencia de trabajo, enfermedad mental, hipertensión, etc.; c) Sucesos familiares críticos: (Ver Historia de la Familia).



d) **Historia de la Familia.**

De la misma manera, es importante conocer los sucesos familiares críticos, además de los ya contemplados por el ciclo vital familiar (p.e. una muerte, un accidente, la aparición de una enfermedad incurable, etc.), ya que estos influyen de manera considerable en lo referente al funcionamiento familiar. Estos cambios dan un sentido de continuidad histórica a la familia y del efecto de esta historia en cada individuo. Ya que a menudo, sucesos al parecer desconectados, se dan alrededor de la misma época de la historia familiar, y tienen un profundo impacto en éste. Estas conexiones pueden evaluar el impacto de cambios traumáticos en el funcionamiento de una familia y su vulnerabilidad a futuras tensiones o cambios.

3. Familias de Pacientes con Enfermedad Crónica.

Rait y cols. (1992, c.p. Castañeda, 1998), mencionan que en las enfermedades crónicas, el funcionamiento de las familias tiende a manifestarse, según el medio ambiente y la capacidad de la familia para no aislarse y reducir la inadaptabilidad. El tratamiento de por vida de una enfermedad, frecuentemente conduce a los miembros de la familia a estar unidos y enfocar su atención al paciente y al proceso de enfermedad (Master y cols, 1983 c.p. Castañeda, 1998). Esta sería la respuesta ideal ante la enfermedad, sin embargo no es universal.

Dentro de esta dinámica la idea central, es la de ajuste, ya que no siempre el resultado de una enfermedad es adversa: una familia puede haberse fortalecido por la enfermedad, ya que se ha llegado a reconocer que una enfermedad puede estabilizar la estructura de algunas familias, que con frecuencia no funciona cuando la enfermedad mejora o cambian las exigencias de los roles.

La enfermedad, la discapacidad y la muerte son experiencias universales que ponen a las familias frente a uno de los mayores desafíos de la vida. El efecto de un diagnóstico de una enfermedad crónica como cáncer o de convivir con una persona discapacitada, en el sentido que sea; se hace sentir en todo el sistema familiar, es decir, todos los miembros de la familia se ven afectados.

Algunas familias sufren un deterioro en su calidad de vida, mientras otras tienen capacidad de adaptación y salen con éxito de la crisis, cualquier familia podrá verse afectada por la enfermedad y la discapacidad. Lo más importante es en qué momento de la vida, en qué forma y con qué intensidad ocurre y por cuánto tiempo se prolonga. En la actualidad muchas personas tienen enfermedades crónicas que en el pasado eran mortales y requerían un cuidado institucional permanente.

El modelo social (Clark, 1982), dentro de la psiquiatría expone que las personas dentro de la sociedad, fungen papeles, lo que permite un funcionamiento adecuado de ella; bajo este enfoque todos nosotros desempeñamos distintos papeles durante nuestra vida, y la mayoría asume varios; cada uno en determinados momentos y en diferentes situaciones. Uno de los papeles que la sociedad ofrece, es el paciente o persona enferma, este modelo supone exigencias, los pacientes ceden su responsabilidad y se ponen en manos de quienes les cuidan. Están autorizados por la sociedad para regresar (psicoanalíticamente hablando), para abandonar el trabajo, para guardar cama, para no responsabilizarse sobre su tratamiento, etc. No deben tratar nada desde su lecho de enfermo, han de presentar una auténtica enfermedad.

De modo análogo, la enfermedad no solo es considerada como un proceso patológico que acontece en el interior del cuerpo de una persona, sino como un complejo proceso mediante el cual un grupo de personas (familia) le permiten retirarse a una posición privilegiada, pero también penalizada, y realizan todo género de adaptaciones a su apartamiento de las responsabilidades y afanes compartidos. Establecen también rituales y barreras a su entorno.

Frente a una enfermedad grave muchas familias tienden a aislarse y necesitan redes sociales que las apoyen y las conecten con la comunidad. Las familias que funciona bien se caracterizan por tener una clara conciencia de la unidad familiar y límites permeables que conectan a la familia con la comunidad, sin embargo en estas situaciones en las familias que se enfrentan con problemas de salud graves prolongados, la comunicación se deja sin aclarar o resolver y esto tiene consecuencias patológicas o puede provocar la ruptura de las relaciones familiares.

La familia tiene conjunto de creencias acerca de la salud y la enfermedad que influye en su manera de interpretar la enfermedad y orienta su comportamiento para procurar la salud. Si bien los miembros de la familia pueden individualmente sostener creencias diferentes, los valores que sostiene la unidad familiar suelen ser los más significativos.

3.1. Familias con Paciente Esquizofrénico.

Es necesario tener algunas consideraciones al referirnos a familias con pacientes psiquiátricos, específicamente a las del paciente esquizofrénico. Es indispensable tener en cuenta que el estudio de éstas tiene como raíz el concepto de que el paciente es un síntoma de la patología familiar, y que los trastornos mentales guardan una relación estrecha con la existencia de enfermedad mental o de psicopatología en alguno de los padres. Se considera que el enfermo mental es un emergente del grupo familiar, exponente y consecuencia de las tensiones que se dan dentro de la familia, este planteamiento es de gran importancia ya que amplía el concepto del enfermo como un problema individual, y de la enfermedad como algo más que el resultado de procesos fisiopatológicos. (Jackson, 1980).

El concepto de paciente esquizofrénico, considerado como víctima pasiva, se ha modificado en el contexto de los estudios de la terapia familiar. Se ha podido describir la capacidad de esta persona para controlar el destino de la familia, así como también se ha hablado de las recompensas que recibe el paciente por desempeñar el papel de miembro enfermo de la familia. La familia parece ajustarse a lo que se conoce como principio de economía en materia de psicopatología, ya que las tensiones generadas en un sistema familiar patológico se reducen mediante una proyección de la tensión sobre un determinado miembro de la familia, de esta manera el ego es devastado y surge un episodio psicótico, por lo que queda asegurada la continuación del sistema patológico familiar sin un cambio esencial y a su vez reducida la tensión, sin duda lo que el sistema hace es sacrificar a un miembro de la familia, con el fin de mantener el mismo. (Boszormenyi-Nagi, 1991)

Haley (1959) ha llevado a cabo un resumen del fondo histórico del tratamiento familiar. Nos dice que "se advertiría una transición en el estudio de la esquizofrenia; desde la antigua concepción en que el problema de estas familias era causado por el miembro esquizofrénico, pasando por la idea de que contenían a la madre patógena, luego por el descubrimiento de que el padre era inadecuado, hasta el énfasis actual que se da al hecho de que los tres miembros de la familia están implicados en un sistema patológico de acción recíproca".

Esta semejanza histórica acerca de los estudios de familias con pacientes esquizofrénicos empieza desde que en las décadas de 1940 y 1950 apareció un número considerable de estudios acerca de las interacciones familiares patológicas.

⁴⁸ Tesis: Estudio Comparativo de Dos Servicios de Hospital Parcial para Pacientes Esquizofrénicos Considerando el Funcionamiento Familiar y la Adherencia Terapéutica. Autores: Barros Muñoz Alicia y Cortés Ramírez Adolfo Cesar. Director de Tesis: Dr. Federico G. Puente Silva.

David Levy (1943 citado por Boszormenyi-Nagi,1991), postuló que existía una relación existente entre un rasgo supuestamente patógeno en la madre y la conducta perturbada de los hijos. Los estudios exploratorios de la relación patógena padres e hijos comenzaron desde mediados de la década de 1930 , pero hasta 1940, se describió a la madre "esquizofrenogénica" (Fromm-Reichmann 1948), la cual era agresiva, dominante, insegura y rechazante; por comparación al padre se le describió como inadecuado, pasivo y más bien indiferente. El concepto "lazo simbiótico"; para designar especialmente una relación patógena entre madre e hijo, comenzó a circular en la década de 1950.

Midelfort (1957) observó que se obtenían resultados terapéuticos benéficos cuando los miembros de la familia ejercen acciones recíprocas con el paciente de manera afectuosa y amorosa y ofreció datos que corroboraron su impresión acerca de que los pacientes cuyas familias proporcionan este apoyo evolucionan mejor que los que tienen familias que no lo hacen. Este subraya que el llamado enfermo es aquel que ha sufrido presión excesiva para mantener la subcultura de la familia, aquel que ha sufrido una crisis que amenaza su sensación de pertenencia a la familia. En opinión de este un cambio en la conducta de los miembros de la familia aumentará la probabilidad de un cambio benéfico para el paciente .

Bowen (1959, 1960) utilizó el concepto de divorcio emocional para explicar un rasgo importante de la vida matrimonial de los padres de pacientes esquizofrénicos, la cual es una relación en la que aparentemente los cónyuges tienen pocas diferencias pero la realidad es que no comparten sentimientos personales o por otra parte puede ser que estos congenian cuando se encuentran en situaciones sociales, pero no se toleran cuando están a solas.

Wynne, Ryckoff, Day y Hirsch (1958), explicaron lo que le llamaron pseudomutualidad , para describir el tipo de relaciones interpersonales que establecen estas familias, esto es que este es un tipo de relación en la que existe en los miembros de una familia la preocupación por encajar y armonizar juntos en el desempeño de papeles formales, a expensas de la identidad individual . Aquí los miembros de la familia se esfuerzan por mantener la apariencia externa de uniformidad.

En el año 1976, Vaughn y Leff (Citado por Willetts y Leff, 1997) introdujeron el término Emoción Expresada (EE), el cual ha sido particularmente aplicado y estudiado en los casos de esquizofrenia, este es un concepto inicialmente aplicado en el área de las relaciones familiares. La EE es una medida de la calidad de la interacción social entre el familiar y el paciente. La EE está definida en términos de los comentarios críticos y la hostilidad que el familiar expresa hacia el paciente. Esta también toma en cuenta que tan cálido se muestra el familiar y que tan positivo se comporta hacia el paciente. Los niveles de EE, son medidos usando la Camberwell Family Interview, que es una entrevista semiestructurada diseñada por Vaughn y Leff en 1976.

Lo anterior ha sido investigado y se han presentado resultados convincentes, que han encontrado que los pacientes esquizofrénicos que regresan a hogares con EE alta son significativamente más proclives de recaer (Brown et al. 1958, Brown 1959, Brown et al. 1962, Vaughn y Leff 1976, Vaughn et al. 1984 en Willetts y Leff, 1997).

Hooley en 1986 (Citado en Rascón, M., Rascón, D., López, J. Y Díaz, R., 2000) describió que los niveles altos de Emoción Expresada, están generalmente asociados a la existencia de predominio de síntomas negativos, ya que estos son considerados por los familiares como manifestados a voluntad del paciente.

Hooley (1987), ha indicado en algunos estudios que los pacientes que regresan del hospital con sus familiares quienes hablan de ellos de forma crítica, hostil, o sobreinvolucrados emocionalmente en la entrevista semiestructurada, recaen más frecuentemente de los que tienen familiares que no se expresan negativamente. Algunos de estos estudios también se han llevado con otro tipo de enfermedades mentales, así como también en grupos de diversidad cultural.

Weisman y Cols. (1993) encontraron que los miembros que perciben que el paciente tiene control sobre los síntomas de esquizofrenia tienden a expresar más emociones negativas, como enojo, hacia el paciente, en clara diferencia de los que creen que la enfermedad no está a voluntad del paciente, estos últimos tienen niveles bajos de emoción expresada.

3.1.1. Familias con Paciente Esquizofrénico con Episodio Agudo.

Retomando el concepto de funcionalidad tenemos que las familias con pacientes esquizofrénicos son generalmente disfuncionales, ya que bajo tensión estas familias, incrementan la rigidez de sus pautas y límites transaccionales y evitan o resisten nuevas formas de interacción.

Es por lo que bajo circunstancias, en las que el paciente tiene episodios en las que la enfermedad se agudiza y saca de su homeostasis a la familia, estas tienen que actuar de alguna manera, en ocasiones modificar ciertas pautas de conducta, para enfrentar la crisis. Sin embargo, estas movilizaciones también son disfuncionales, por lo tanto las familias son ineficientes en la resolución de conflictos.

Algunas investigaciones como la de Castilla (1998) han demostrado que las familias de pacientes esquizofrénicos están sobrecargadas, es decir cuentan con un grado elevado de estrés, por la difícil y dura función de cuidar a este paciente. Lo anterior se constata a nivel objetivo, directamente en los problemas propios del funcionamiento familiar, así como también en términos de la repercusión emocional de la enfermedad en la familia. Esta sobrecarga afecta distintos campos de la vida familiar, pero fundamentalmente supone un importante impacto en el funcionamiento emocional y en la vida laboral y familiar principalmente del cuidador primordial.

Además, es importante mencionar que altos niveles de carga familiar están relacionados con niveles altos de emoción expresada (Jackson, 1990 y Smith, 1993, citado por Castilla 1998) y está demostrada la influencia de un nivel alto de emoción expresada en la recaída de los pacientes esquizofrénicos (Leff y cols., 1985 y 1986, citado por Castilla, 1998).

Estas familias difieren de las no patológicas, sobretodo en su capacidad para tolerar o superar la tensión, algunas están tan poco integradas que la menor desviación por parte de un miembro amenaza a la familia con la disolución, trastorna a tal punto la relación que son imposibles las relaciones familiares armoniosas. En otras familias en cambio, el desviado cumple con una función integradora. Ackerman (1958) cita a Vogel y Bell quienes mencionan que el hijo esquizofrénico le permite a la familia mantener su unidad ofreciendo un desahogo conveniente para las dificultades de personalidad de los padres. Por consiguiente, es deseable que la familia intervenga de manera importante en el tratamiento de estos pacientes.

Considerando la larga duración de esta sobrecarga familiar y tomando en cuenta la cronicidad de la enfermedad, es necesario hacer uso de los recursos asistenciales disponibles así como promover nuevos que sean capaces de ofrecer servicios flexibles y a largo plazo, que se adapten a las circunstancias y a los distintos momentos de la evolución de la enfermedad de las familias y pacientes.

MÉTODO.

1. Planteamiento del Problema.

Identificar si un Servicio de Hospital Parcial en Fin de Semana (Grupo Piloto) que posiblemente facilita la asistencia de sus usuarios porque se realiza en días no hábiles, está fomentando la Adherencia Terapéutica. Además conocer si el funcionamiento familiar es distinto o similar entre las familias que acuden al Servicio de Hospital de Día de lunes a viernes (Grupo Control) y las que asisten en el Grupo Piloto. Además identificar las áreas del funcionamiento familiar que influyen en la adherencia terapéutica de pacientes esquizofrénicos.

2. Justificación del Problema.

En la sociedad moderna urbana como lo es la Ciudad de México existen infinidad de problemas y aunado al aumento de la población han acarreado grandes complejidades sobre todo en materia de salud, las dificultades implicadas al acudir a recibir un servicio de esta índole (por ejemplo la elevación del costo desplazamiento) merecen atención especial cuando nos referimos a las instituciones dedicadas a la salud mental. Por lo tanto la existencia de Servicios de Salud en fin de semana es una alternativa que por el hecho de facilitar la asistencia a los usuarios probablemente fomente la adherencia terapéutica.

Es indudable la importancia de la adherencia terapéutica en los padecimientos crónicos, ya que tiene consecuencias de varios tipos como económicas, sociales, y sobre todo de salud pública. Los tratamientos son muy costosos, se vuelven más cuando se interrumpen y no se llevan a cabo de manera adecuada. Sobre todo es importante tener en cuenta que el paciente no se beneficia cuando abandona el tratamiento. En particular los padecimientos psiquiátricos muestran una pobre adherencia, por lo que es interesante investigar a pacientes que se encuentran en los Servicios de Hospitalización Parcial, tanto en Fin de Semana como de Lunes a Viernes, ya que en ellos acuden pacientes de manera continua y constante a recibir tratamiento, y se tienen datos de escasa deserción de los mismos, y tienen, entre otras, la característica de que es necesaria la participación de los familiares. Por lo anterior consideramos fundamental conocer la manera en que la familia puede influir en la adherencia terapéutica en estos pacientes; más aún cuando contamos con un instrumento que nos puede arrojar información sobre el funcionamiento familiar en varias áreas. La literatura nos muestra que el funcionamiento familiar es factor importante en la adherencia terapéutica .

¹

Test: Estudio Comparativo de Dos Servicios de Hospital Parcial para Pacientes Esquizofrénicos Considerando el Funcionamiento Familiar y la Adherencia Terapéutica. Autores: Barros Muñoz Alicia y Cortés Ramírez Julio César. Director de Test: Dr. Federico G. Puente Silva.

3. Hipótesis.

Hipótesis 1. El Grupo Piloto por ser en días no hábiles facilita que los sujetos acudan al servicio por lo tanto la adherencia al tratamiento es distinta.

Ho. No existen diferencias estadísticamente significativas en la adherencia terapéutica de los sujetos del Grupo Control y del Grupo Piloto.

Hi. Existen diferencias estadísticamente significativas en la adherencia terapéutica de los sujetos del Grupo Control y del Grupo Piloto.

Hipótesis 2. El funcionamiento familiar es distinto en los de los sujetos del Grupo Control y del Grupo Piloto.

a) Hipótesis de Puntaje y Diagnóstico Global en la Escala de Funcionamiento Familiar:

Ho. No existen diferencias estadísticamente significativas en el funcionamiento familiar entre el Grupo Control y el Grupo Piloto.

Hi. Existen diferencias estadísticamente significativas en el funcionamiento familiar entre el Grupo Control y el Grupo Piloto.

b) Hipótesis de Puntaje y Diagnóstico por Áreas de la Escala de Funcionamiento Familiar:

1. Área de Autoridad.

Ho. No existen diferencias estadísticamente significativas en el área de autoridad entre el Grupo Control y el Grupo Piloto.

Hi. Existen diferencias estadísticamente significativas en el área de autoridad entre el Grupo Control y el Grupo Piloto.

2. Área de Control.

Ho. No existen diferencias estadísticamente significativas en el área de control entre el Grupo Control y el Grupo Piloto.

Hi. Existen diferencias estadísticamente significativas en el área de control entre el Grupo Control y el Grupo Piloto.

3. Área de Supervisión.

Ho. No existen diferencias estadísticamente significativas en el área de supervisión entre el Grupo Control y el Grupo Piloto.

Hi. Existen diferencias estadísticamente significativas en el área de supervisión entre el Grupo Control y el Grupo Piloto.

4. Área de Afecto.

Ho. No existen diferencias estadísticamente significativas en el área de afecto entre el Grupo Control y el Grupo Piloto.

Hi. Existen diferencias estadísticamente significativas en el área de afecto entre el Grupo Control y el Grupo Piloto.

5. Área de Apoyo.

Ho. No existen diferencias estadísticamente significativas en el área de apoyo entre el Grupo Control y el Grupo Piloto.

Hi. Existen diferencias estadísticamente significativas en el área de apoyo entre el Grupo Control y el Grupo Piloto.

6. Área de Conducta Disruptiva.

Ho. No existen diferencias estadísticamente significativas en el área de conducta disruptiva entre el Grupo Control y el Grupo Piloto.

Hi. Existen diferencias estadísticamente significativas en el área de conducta disruptiva entre el Grupo Control y el Grupo Piloto.

7. Área de Comunicación.

Ho. No existen diferencias estadísticamente significativas en el área de comunicación entre el Grupo Control y el Grupo Piloto.

Hi. Existen diferencias estadísticamente significativas en el área de comunicación entre el Grupo Control y el Grupo Piloto.

8. Área de Afecto Negativo.

Ho. No existen diferencias estadísticamente significativas en el área de afecto negativo entre el Grupo Control y el Grupo Piloto.

Hi. Existen diferencias estadísticamente significativas en el área de afecto negativo entre el Grupo Control y el Grupo Piloto.

9. Área de Recursos.

Ho. No existen diferencias estadísticamente significativas en el área de recursos entre el Grupo Control y el Grupo Piloto.

Hi. Existen diferencias estadísticamente significativas en el área de recursos entre el Grupo Control y el Grupo Piloto.

Hipótesis 3. El funcionamiento familiar es un factor que influye en la adherencia terapéutica.

Ho. La funcionalidad familiar no incrementa la adherencia terapéutica.

Hi. La funcionalidad familiar incrementa la adherencia terapéutica.



4. Variables.

VD. Adherencia terapéutica.

VI. Funcionamiento Familiar.

5. Definición Conceptual de las Variables.

Funcionalidad familiar. Se entiende como la capacidad para enfrentar y superar cada una de las etapas del ciclo vital y las crisis por las que atraviesa. (Espejel, 1997).

Adherencia terapéutica. " El proceso, a través, del cual el paciente lleva a cabo adecuadamente las prescripciones recibidas" (Puente-Silva, 1984).

6. Definición Operacional de las Variables.

Funcionalidad Familiar. Se determinará a través de la "Escala de Funcionamiento Familiar" (Espejel, 1997).

Adherencia terapéutica. Se determinará por medio de Cédulas de Auto-registro y Porcentaje de Asistencia a los Servicios.

7. Sujetos.

Pacientes con diagnóstico de esquizofrenia (diagnosticados por el médico de valoración del servicio), pertenecientes al programa Hospital de Día (Grupo Control) y Hospital Parcial de Fin de Semana (Grupo Piloto), del Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Álvarez".

8. Muestreo.

Para la constitución de la muestra se usó el método del Apareamiento o Matching.

Este método consiste en seleccionar variables que permiten aparear a los sujetos del Grupo Control y Grupo Piloto, es decir se eligen aquellas que tienen una correspondencia en ambos grupos. Se seleccionaron primeramente dos variables que están consideradas influyen en la incidencia de todas las enfermedades y que están relacionadas con la historia individual de los sujetos (edad y sexo); también se usaron 3 variables de importancia en cuanto al desarrollo y evolución de la esquizofrenia (tipo de esquizofrenia, edad de inicio de padecimiento y años de evolución); y por último se introdujo una variable que se encuentra relacionada con el tiempo que tienen de acudir a recibir tratamiento, lo que tiene que ver con la adherencia terapéutica (tiempo de estancia en el servicio).

Las variables se usaron de la siguiente manera:

1. Edad dividida en los siguientes rangos: 19 o menos; 20-29; 30-39; 40-49; 50 o más;
2. Sexo;
3. Diagnóstico, es decir el tipo de Esquizofrenia;
4. Edad de Inicio del Padecimiento, la cual se dividió en tres rangos: 19 o menos; 20-29; 30 o más;
5. Duración del padecimiento, se dividió en tres rangos: menos de 2 años; 2-5 años; más de 5 años;
6. Tiempo de Estancia en el Servicio, se dividió en tres rangos: menos de 3 meses; 3- 12 meses; y más de 12 meses.

Se elaboró un padrón de todos los posibles sujetos en ambos grupos (Control y Piloto), que incluyó las variables consideradas para aparear en nuestro estudio. Por medio de este método la muestra quedó constituida por sujetos apareados, es decir, a cada sujeto control le correspondió un sujeto caso. Hay que tener en cuenta que en el momento en el que se perdió a un sujeto control o a un sujeto caso, el sujeto apareado con él se perdió automáticamente. Sin embargo, se le dio seguimiento a todos los sujetos que continuaron en la investigación.

En el grupo control la muestra se tomó de un universo de 87 sujetos, de los cuales 62 tenían el diagnóstico de esquizofrenia (se tomaron en cuenta a estos 62) y en el grupo piloto la muestra se tomó de un universo de 117 sujetos, de los cuales 108 estaban diagnosticados con esquizofrenia.

Después de la realización del apareamiento, la muestra quedo conformada por 28 posibles controles y 28 posibles casos.

De los 28 posibles controles (Grupo Control) nos entrevistamos con 27, ya que un sujeto se encontraba hospitalizado en ese momento. Los 27 aceptaron participar, por lo que los controles fueron 27. De los 28 posibles casos (Grupo Piloto), nos entrevistamos con 27, ya que un sujeto abandono el servicio días antes de nuestra asistencia. De estos 27 sujetos, dos no aceptaron participar, por lo que los casos fueron 25.

Una vez terminado el periodo de aplicación de los instrumentos con todos los sujetos, tanto controles como casos, se obtuvo lo siguiente:

Cédulas de Autoregistro, los 25 casos (Grupo Piloto), concluyeron su periodo de aplicación; en el Grupo Control 24 de los 27 controles, concluyeron su periodo de aplicación, ya que 1 paciente fue hospitalizado y 2 pacientes no cumplieron con el registro, además en este momento de la investigación se excluyó a un sujeto de este grupo, ya que se detectó un error en el diagnóstico, por lo que no debía entrar en la muestra. Hay que mencionar que los sujetos que no cumplieron con el autoregistro fueron excluidos de la aplicación de la escala con familiares. Por lo que al terminar esta fase la muestra quedo constituida por 21 apareados (42 Sujetos) con el instrumento de autoregistro concluido.

Escala de Funcionamiento Familiar, de los 24 sujetos controles que concluyeron el autoregistro se aplicó a 20 sujetos y sus familiares, no se aplicó en 4 sujetos, porque 2 de ellos no aceptaron la entrevista junto con sus familiares y en los 2 restantes los familiares no acudieron en tres ocasiones que estuvieron citados; en el Grupo Piloto, de los 25 sujetos que concluyeron el autoregistro, se aplicó en 23 casos y sus familiares, ya que 2 sujetos viven solos por lo que se excluyen en los criterios de aplicación del instrumento. Al terminar esta fase de la investigación, la muestra obtenida con ambos instrumentos (Cédulas de Autoregistro y Escala de Funcionamiento Familiar) fue de 16 apareados (32 Sujetos).

9. Escenario.

Los servicios de Hospital Parcial comparten las mismas instalaciones en las cuales existen 7 consultorios para psiquiatras, psicólogos y residentes de psiquiatría, 1 espacio para trabajo social, 1 cubículo de enfermería, 4 cubículos (de 3 m²) para entrevistas, 4 salones de terapia con cámara de Gessell, 1 salón de usos múltiples, 1 comedor, 1 sala de espera, 1 terraza al aire libre, 1 espacio de recepción y control, 2 baños para pacientes, 2 baños para personal.

El primer contacto con los sujetos se realizó en las sala de espera. Se utilizó un cubículo para realizar las primeras entrevistas. Para aplicar la Escala de Funcionamiento Familiar, teníamos tres opciones (salones de terapia con cámara de Gessell, cubículos para entrevistas y comedor). Decidimos utilizar el comedor por las siguientes razones: a) los cubículos para entrevista son espacios reducidos y poco aptos para que estén más de dos personas. b) de haber elegido los salones de terapia tendríamos que haber ajustado los horarios de aplicación a los espacios que quedarán libres en ellas. Preferimos adecuar los horarios a los tiempos de los sujetos y no a los del servicio. c) además de contar con espacio para aplicar la Escala, necesitábamos que los sujetos supieran donde encontrar a los investigadores para aclarar dudas, recoger y entregar cédulas de auto-registro, etc. Por lo tanto el espacio más adecuado era el comedor, porque siempre estaba disponible, además de ser un espacio amplio, alejado del ruido, cómodo, privado, etc.

10. Tipo de Estudio.

Se trata de un estudio exploratorio, comparativo, correlacional, denominado estudio Casos-Control.

El Estudio Casos- Control, se caracteriza por ser aquel en que dos grupos de sujetos (Grupo Control y el Grupo Piloto) son seleccionados de acuerdo a una serie de variables similares (ver muestreo), y una o más variables diferentes a comparar, las cuales son relevantes para la investigación, la utilización de un grupo control, es necesaria ya que es el grupo de referencia y el que da la oportunidad de hacer las comparaciones. En este estudio, los sujetos posibles a pertenecer al grupo control, son aquellos que tienen características iguales a los casos, pero que se diferencian ya sea en el cuidado médico o en las facilidades otorgadas por este (en nuestra investigación el grupo piloto acude al servicio los fines de semana).

Para realizar este estudio fue necesario considerar lo siguiente: 1) Nos aseguramos que las variables a estudiar se pudieran obtener de manera similar en ambos grupos, para que fuera posible de comparar; 2) Se seleccionó a los sujetos control de manera intencional por medio de apareamiento o matching, de esta manera se hizo que estos fueran similares a los casos (ver muestreo); 3) De acuerdo a las implicaciones económicas y prácticas, que tiene este tipo estudio sobretodo en sus otras modalidades de selección de grupo control (población general, área específica de asentamiento, etc.), se utilizó la más viable, por lo que los sujetos control fueron elegidos de una población similar a los casos (Hospital Psiquiátrico "FBA").

11. Diseño

El tipo de diseño es ex post facto, transversal, prospectivo simple.

12. Instrumentos.

- Ficha de identificación con datos sociodemográficos. (Ver Anexo 2).
- Cédulas de auto-registro de adherencia terapéutica. Consideramos que lo más sencillo era diseñar un instrumento en el que solamente se tuviera que "tachar" la opción que correspondiera a la conducta que pretendíamos evaluar. De tal forma, el instrumento quedó formado de cuatro partes: a) la primera contiene los datos de identificación (nombre del paciente, clave, número de expediente y la fecha). b) La Segunda corresponde propiamente a los medicamentos, dejamos seis espacios para anotar medicamentos prescritos, sabemos que generalmente se indican tres medicamentos (antipsicótico o neuroléptico, anticolinérgico y ansiolítico), sin embargo, decidimos contar con espacio para anotar algún otro medicamento que estuviera prescrito, el espacio cinco se reservó para el caso de medicamentos de liberación prolongada, y el seis para los medicamentos de depósito (depot), por lo tanto tienen la fecha; a cada medicamento le correspondió un color. Posteriormente se encuentran los óvalos de colores (cuatro), agrupados en tres filas horizontales que indican desayuno, comida y cena, los pacientes solo tenían que señalar el momento en que se tomaban cada medicamento. c) Fumar y hacer ejercicio, intervienen directamente con el metabolismo de los medicamentos, se sabe que cuando se fuma el metabolismo es más rápido, por lo que generalmente éstos pacientes requieren dosis más altas de medicamento. Por otro lado, hacer ejercicio es una conducta deseable en cualquier tratamiento médico, por lo tanto incluimos esta pregunta, que incluyó caminar por 30 minutos. d) Finalmente hicimos dos preguntas, ¿Cómo se siente?, y el día de hoy le ha pasado algo..., las realizamos con la finalidad de conocer el estado de ánimo de cada paciente y conocer sus experiencias. (Ver Anexo 3).
- "Escala de Funcionamiento Familiar" (Espejel, 1997), para determinar la Funcionalidad Familiar. Esta escala es un instrumento conformado por 40 reactivos que investigan y evalúan el funcionamiento dinámico, sistémico y estructural de la familia en un término global y en 9 áreas: Autoridad, Control, Supervisión, Afecto, Apoyo, Conducta Disruptiva, Comunicación, Afecto Negativo, y Recursos, los cuales están determinados por los siguientes elementos: territorio, centralidad, roles, jerarquía, límites, modos de control de conducta, alianzas, comunicación, afectos y patología. (Ver Anexo 4).

13. Procedimiento.

1. Se realizó un padrón de todos los posibles casos (Grupo Piloto) y un Padrón de todos los posibles controles (Grupo Control).
2. Se hizo el apareamiento con los sujetos de ambos grupos, tomando en cuenta las variables mencionadas. Lo que nos permitió obtener la muestra definitiva (un control por cada caso).
3. Se pidió la participación de los pacientes y familias seleccionadas, en la primera entrevista.
4. Se realizó una segunda entrevista para recabar información general de la familia y para elaborar la Ficha de Identificación.
5. Se aplicó la Escala de Funcionamiento Familiar, en una sesión de aproximadamente 1 hora, la cual también incluyó la elaboración del Familiograma.
6. Las Cédulas de Registro fueron contestadas por el paciente por un período de 30 días (1 por día).
7. Se evaluaron los instrumentos, para determinar la adherencia, así como la funcionalidad familiar.
8. Se realizó el análisis estadístico.
9. Se evaluaron los resultados, y se obtuvieron las conclusiones.

14. Análisis Estadístico.

Se utilizó lo siguiente:

1. Análisis de Frecuencias. A través de los porcentajes obtenidos se analizaron las características de la muestra; los datos sociodemográficos, de los sujetos y de las familias; datos de adherencia terapéutica (global y por neuroléptico), y datos de la estructura familiar, datos de funcionamiento familiar (global y por área).
2. Diferencia entre Proporciones. Posterior al análisis de frecuencias, se usó esta prueba en cada uno de los rubros anteriores con la finalidad de detectar si existían diferencias estadísticamente significativas entre el Grupo Control y el Grupo Piloto.
3. Prueba de t de Student para grupos correlacionados. Se usó para analizar datos de adherencia terapéutica (global y por neuroléptico); y datos de funcionamiento familiar (global y por área). Para detectar diferencias estadísticamente significativas entre el Grupo Control y el Grupo Piloto.
4. Coeficiente de Correlación de Pearson. Se utilizó para probar el grado de correlación entre los datos de adherencia terapéutica y datos de funcionamiento familiar, entre el Grupo Control y el Grupo Piloto.

ANÁLISIS DE RESULTADOS.

CARACTERÍSTICAS DE LA MUESTRA. VARIABLES APAREADAS.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

Tabla 1. Edad.

VARIABLE	GRUPO CONTROL		GRUPO PILOTO	
	N	%	N	%
EDAD				
20 A 29	8	38.1	8	38.1
30 A 39	11	52.4	11	52.4
40 A 49	2	9.5	2	9.5
TOTAL	21	100	100	100

En esta tabla se muestra la primer variable apareada para constituir la muestra: edad, dividida en un principio en cinco rangos (19 o menos; 20-29; 30-39; 40-49; 50 o más), como se puede ver ya realizado el apareamiento, los sujetos se situaron en tres de los cinco rangos. Concentrándose el 52.4% de los sujetos en el rango de 30 a 39 años; es decir, en ambos grupos la mayoría de los pacientes se encuentran en este rango de edad.

Tabla 2. Sexo.

VARIABLE	GRUPO CONTROL		GRUPO PILOTO	
	N	%	N	%
SEXO				
MASCULINO	18	85.7	18	85.7
FEMENINO	3	14.3	3	14.3
TOTAL	21	100	21	100

En esta tabla se muestra la segunda variable apareada para constituir la muestra: sexo, la muestra quedo constituida con el 85.7% de sujetos de sexo masculino y el 14.3% de sexo femenino, esta proporción es similar a la del universo en ambos grupos.

Tabla 3. Diagnóstico.

VARIABLE	GRUPO CONTROL		GRUPO PILOTO	
	N	%	N	%
DIAGNOSTICO				
ESQUIZOFRENIA PARANOIDE	20	95.2	20	95.2
ESQUIZOFRENIA INDIFERENCIADA	1	4.8	1	4.8
TOTAL	21	100	21	100

En esta tabla se muestra la tercer variable apareada para constituir la muestra: diagnóstico, en nuestra muestra solo se consideraron los pacientes con diagnóstico de esquizofrenia, al realizar el apareamiento el 4.8% corresponde al diagnóstico de esquizofrenia indiferenciada y el 95.2% al diagnóstico de esquizofrenia paranoide, que es el diagnóstico más frecuente en ambos servicios. No encontramos sujetos con otros tipos de esquizofrenia.

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

Tabla 4. Edad de Inicio de Padecimiento.

VARIABLE	GRUPO CONTROL		GRUPO PILOTO	
	N	%	N	%
EDAD DE INICIO DEL PADECIMIENTO				
19 O MENOS	8	38.1	8	38.1
20 A 29	13	61.9	13	61.9
TOTAL	21	100	21	100

En esta tabla se muestra la cuarta variable apareada para constituir la muestra: **Edad de Inicio del Padecimiento**, esta variable se dividió en tres rangos (19 o menos; 20-29; 30 o más), al realizar el apareamiento los sujetos se encontraron en dos rangos, el 38.1% en el rango 19 o menos y el 61.9% en el rango de 20 a 29. Podemos observar que la edad de inicio en ambas poblaciones en mayor proporción es tardía.

Tabla 5. Duración del Padecimiento.

VARIABLE	GRUPO CONTROL		GRUPO PILOTO	
	N	%	N	%
DURACIÓN DEL PADECIMIENTO				
2 A 5 AÑOS	1	4.8	1	4.8
MÁS DE 5 AÑOS	20	95.2	20	95.2
TOTAL	21	100	21	100

En esta tabla se muestra la quinta variable apareada para constituir la muestra: **Duración del Padecimiento**, esta variable se dividió en tres rangos (menos de 2 años; 2-5 años; más de 5 años), el 4.8% se ubicó en el rango de 2 a 5 años, y el 95.2% en el rango de más de 5 años, lo que sugiere que los sujetos de esta población tienen varios años de evolución antes de llegar a estos servicios.

Tabla 6. Tiempo de Estancia en el Servicio.

VARIABLE	GRUPO CONTROL		GRUPO PILOTO	
	N	%	N	%
TIEMPO DE ESTANCIA EN EL SERVICIO				
MENOS DE 3 MESES	2	9.5	2	9.5
3 A 12 MESES	13	61.9	13	61.9
MÁS DE 12 MESES	6	28.6	6	28.6
TOTAL	21	100	21	100

En esta tabla se muestra la sexta variable apareada para constituir la muestra: **Tiempo de Estancia en el Servicio**, esta variable se dividió en tres rangos (menos de 3 meses; 3- 12 meses; y más de 12 meses). Se observó que la mayoría de los sujetos, es decir el 61.9% tienen entre 3 y 12 meses de estancia.

**CARACTERISTICAS DEL UNIVERSO.
VARIABLES CONSIDERADAS EN EL APAREAMIENTO.**

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

Tabla 7. Edad.

VARIABLE	GRUPO CONTROL		GRUPO PILOTO	
	N	%	N	%
19 O MENOS	1	1.6	0	0
20 A 29	33	53.2	34	31.5
30 A 39	21	33.9	43	39.8
40 A 49	7	11.3	25	23.1
50 A 59	0	0	6	5.6
TOTAL	62	100	108	100

En esta tabla se muestran los datos de la primer variable apareada del universo de donde fue obtenida la muestra: Edad.

Tabla 8. Sexo.

VARIABLE	GRUPO CONTROL		GRUPO PILOTO	
	N	%	N	%
SEXO MASCULINO	42	67.7	80	74.1
FEMENINO	20	32.3	28	25.9
TOTAL	62	100	108	100

En esta tabla se muestran los datos de la segunda variable apareada del universo de donde fue obtenida la muestra: Sexo.

Tabla 9. Diagnóstico.

VARIABLE	GRUPO CONTROL		GRUPO PILOTO	
	N	%	N	%
DIAGNOSTICO ESQUIZOFRENIA PARANOIDE	54	87.1	95	88.0
INDIFERENCIADA	8	12.9	7	6.5
RESIDUAL	0	0	5	4.6
SIMPLE	0	0	1	0.9
TOTAL	62	100	108	100

En esta tabla se muestran los datos de la tercer variable apareada del universo de donde fue obtenida la muestra: Diagnóstico, solo se consideraron los pacientes con diagnóstico de esquizofrenia. Encontrando que el principal diagnóstico es el de esquizofrenia paranoide, en el grupo control es de 87,1% y en el grupo piloto es de 88,0%. No se encontraron diagnósticos de esquizofrenia hebefrénica y catatónica.

**ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA**

Tabla. 10. Edad de Inicio del Padecimiento.

VARIABLE	GRUPO CONTROL		GRUPO PILOTO	
	N	%	N	%
EDAD DE INICIO DEL PADECIMIENTO				
19 O MENOS	27	43.5	48	44.4
20 A 29	29	46.8	48	44.4
30 A 39	6	9.7	12	11.1
TOTAL	62	100	108	100

En esta tabla se muestran los datos de la cuarta variable apareada del universo de donde fue obtenida la muestra: Edad de Inicio del Padecimiento.

Tabla 11. Duración del Padecimiento.

VARIABLE	GRUPO CONTROL		GRUPO PILOTO	
	N	%	N	%
DURACIÓN DEL PADECIMIENTO				
MENOS DE 2 AÑOS	4	6.5	1	0.9
2 A 5 AÑOS	14	22.6	5	4.6
MÁS DE 5 AÑOS	44	71.0	102	94.4
TOTAL	62	100	108	100

En esta tabla se muestran los datos de la quinta variable apareada del universo de donde fue obtenida la muestra: Duración del Padecimiento.

Tabla 12. Tiempo de Estancia en el Servicio.

VARIABLE	GRUPO CONTROL		GRUPO PILOTO	
	N	%	N	%
TIEMPO DE ESTANCIA EN EL SERVICIO				
MENOS DE 3 MESES	15	24.2	4	3.7
3 A 12 MESES	37	59.7	27	25.0
MÁS DE 12 MESES	10	16.1	77	71.3
TOTAL	62	100	108	100

En esta tabla se muestran los datos de la sexta variable apareada del universo de donde fue obtenida la muestra: Tiempo de Estancia en el Servicio.

**CARACTERÍSTICAS DE LA MUESTRA.
DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS.**
**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**
Tabla 13. Estado Civil.

DATOS	GRUPO CONTROL		GRUPO PILOTO	
ESTADO CIVIL	N	%	N	%
CASADO	1	4.8	1	4.8
SOLTERO	20	95.2	20	95.2
TOTAL	21	100	21	100

En esta tabla se muestra el Estado Civil de los sujetos, encontramos solamente dos categorías, en ambos grupos el 4.8% son casados y el 95.2% son solteros.

Tabla 14. Tiene Hijos.

DATOS	GRUPO CONTROL		GRUPO PILOTO	
TIENE HIJOS	N	%	N	%
SI	3	14.3	3	14.3
NO	18	85.7	18	85.7
TOTAL	21	100	21	100

En esta tabla se muestra el número de sujetos que Tiene Hijos, encontramos que relacionado con lo anterior el 85.7% en ambos grupos no tienen hijos.

Tabla 15. Cuantos.

DATOS	GRUPO CONTROL		GRUPO PILOTO	
CUANTOS	N	%	N	%
0	18	85.7	18	85.7
1	0	0	1	4.8
2	3	14.3	2	9.5
TOTAL	21	100	21	100

En esta tabla se muestra el Número de Hijos, en el grupo control los sujetos con hijos (14.3%) tienen 2, y en el grupo piloto el 4.8% tiene un hijo y el 9.5% tiene 2 hijos.

Tabla 16. Escolaridad.

DATOS	GRUPO CONTROL		GRUPO PILOTO	
	N	%	N	%
ESCOLARIDAD PRIMARIA COMPLETA	1	4.8	0	0
SECUNDARIA INCOMPLETA	2	9.5	4	19.0
SECUNDARIA COMPLETA	1	4.8	2	9.5
PREPARATORIA INCOMPLETA	4	19.0	2	9.5
PREPARATORIA COMPLETA	3	14.3	5	23.8
NIVEL TÉCNICO	1	4.8	2	9.5
LICENCIATURA TRUNCA	9	42.9	4	19.0
LICENCIATURA COMPLETA	0	0	2	9.5
TOTAL	21	100	21	100

En esta tabla se muestra el nivel de Escolaridad, no se encontraron sujetos analfabetas, la escolaridad mínima es primaria completa (4.8% del grupo control), y la máxima es licenciatura completa (9.5% en el grupo piloto), es importante señalar que el 85.8% del grupo control y el 80.8% del grupo piloto cuentan con escolaridad de secundaria completa o más.

Tabla 17. Religión.

DATOS	GRUPO CONTROL		GRUPO PILOTO	
	N	%	N	%
RELIGIÓN CATÓLICA	15	71.4	16	76.2
CRISTIANA	1	4.8	3	14.3
TESTIGO DE JEHOVA	1	4.8	0	0
OTRA	1*	4.8	0	0
NINGUNA	3	14.3	2	9.5
TOTAL	21	100	21	100

*El sujeto mencionó una religión denominada "espiritualista".

En esta tabla se muestra la Religión, en el grupo control el 71.4% de los sujetos son de religión católica y el 76.2% de los sujetos del grupo piloto practican esta religión.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN.**

Tabla 18. Trabaja.

DATOS	GRUPO CONTROL		GRUPO PILOTO	
	N	%	N	%
TRABAJA				
NO	18	85.7	10	47.6
AMA DE CASA	1	4.8	2	9.5
TRABAJO				
ADMINISTRATIVO	1	4.8	1	4.8
OFICIO	0	0	2	9.5
OTROS**	1	4.8	6	28.6
TOTAL	21	100	21	100

** Estos sujetos trabajan en negocios familiares, no reciben un salario propio, es decir, el ingreso es familiar.

En esta tabla se muestra el porcentaje de sujetos que realizan un Trabajo, el 85.7% de los sujetos en el grupo control no trabajan, en el grupo piloto la proporción de los que no trabajan es del 47.6%. En esta proporción se encontraron diferencias estadísticamente significativas, al realizar la prueba de diferencia entre proporciones.

Tabla 19. Ingreso Mensual.

DATOS	GRUPO CONTROL		GRUPO PILOTO	
	N	%	N	%
INGRESO MENSUAL				
NO CONTESTÓ	1	4.8	1	4.8
MENOS DE 1 SALARIO MÍNIMO	10	47.6	8	38.1
1 A 2 SALARIOS MÍNIMOS	8	38.1	8	38.1
2 A 4 SALARIOS MÍNIMOS	2	9.5	3	14.3
MÁS DE 4 SALARIOS MÍNIMOS	0	0	1	4.8
TOTAL	21	100	21	100

En esta tabla se muestra el Ingreso Mensual, el 85.7% de los sujetos del grupo control y el 76.2% del grupo piloto, reportaron un ingreso mensual de dos salarios mínimos o menos.

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

Tabla 20. Nivel Socioeconómico.

DATOS	GRUPO CONTROL		GRUPO PILOTO	
	N	%	N	%
NIVEL SOCIOECONÓMICO (DE ACUERDO AL DEPTO. DE TRABAJO SOCIAL DEL HP "FBA")				
EXENTO	1	4.8	1	4.8
1	2	9.5	0	0
2	8	38.1	6	28.6
3	6	28.6	8	38.1
4	3	14.3	6	28.6
5	0	0	0	0
6	1	4.8	0	0
TOTAL	21	100	21	100

En esta tabla se muestra el Nivel Socioeconómico (de acuerdo al departamento de Trabajo Social del HP "FBA"), este departamento realiza una entrevista estructurada (toma en cuenta el número de integrantes de la familia, el empleo que tienen los familiares, si son propietarios o no de su vivienda, los servicios con que cuentan, etc.), para determinar el nivel socioeconómico de los usuarios y asignarles la cuota que deben cubrir por los servicios. Son 6 niveles de cuota y las personas que no tienen ningún tipo de recursos están exentos de todo pago. Sólo el 4.8% de los sujetos en ambos grupos están exentos de pago, el 76.2% de los sujetos del grupo control, tienen asignado un nivel de cuota de 3 o menos y en el grupo piloto esta proporción es del 66.7%.

Tabla 21. Quien Aporta al Ingreso Familiar.

DATOS	GRUPO CONTROL		GRUPO PILOTO	
	N	%	N	%
QUIEN APORTA				
PERSONAL	0	0	3	14.3
FAMILIAR	19	90.5	12	57.1
AMBOS	2	9.5	6	28.6
TOTAL	21	100	21	100

En esta tabla se muestra Quien Aporta al Ingreso Familiar, al agrupar las categorías de ingreso "personal" y "ambos", encontramos que la proporción de sujetos que aportan al ingreso familiar en el grupo control es de 9.5%, y la proporción de sujetos en el grupo piloto es de 42.9%. Al realizar la prueba de diferencia entre proporciones encontramos diferencias estadísticamente significativas. Es decir, que en el grupo piloto los sujetos participan más en el ingreso familiar.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

Tabla 22. Tipo de Vivienda.

DATOS	GRUPO CONTROL		GRUPO PILOTO	
	N	%	N	%
TIPO DE VIVIENDA				
CASA	13	61.9	15	71.4
DEPARTAMENTO	6	28.6	5	23.8
VECINDAD	1	4.8	0	0
OTRO	1*	4.8	1**	4.8

*Vive en un cuarto de 3x3m a la vez es dormitorio, cocina, baño, etc.
**Vive en un hotel

En esta tabla se muestra el Tipo de Vivienda, en el grupo control la proporción de sujetos que viven en una "casa" es del 61.9%, y en el grupo piloto es del 71.4%; los que viven en un "departamento" es de 28.6% en el grupo control y de 23.8% en el grupo piloto.

Tabla 23. Su casa es.

DATOS	GRUPO CONTROL		GRUPO PILOTO	
	N	%	N	%
SU CASA ES:				
PROPIA	18	85.7	19	90.5
RENTADA	3	14.3	1	4.8
NO CONTESTO	0	0	1	4.8
TOTAL	21	100	21	100

En esta tabla se muestra los porcentajes a la pregunta Su Casa es, se encontró en el grupo control la proporción de sujetos que viven "casa propia", es del 85.7%, y en los sujetos del grupo piloto es del 90.5%.

**TESIS CON
FALLA DE TIENEN**

Tabla 24. Tiene Cocina, Baño Completo y Agua Corriente de la Llave.

DATOS	GRUPO CONTROL		GRUPO PILOTO	
	N	%	N	%
TIENE COCINA				
SI	21	100	19	90.5
NO	0	0	2	9.5
TOTAL	21	100	21	100
BAÑO COMPLETO				
SI	19	90.5	19	90.5
NO	2	9.5	2	9.5
TOTAL	21	100	21	100
TIENE AGUA CORRIENTE DE LA LLAVE				
SI	20	95.2	20	95.2
NO	1	4.8	0	0
NO CONTESTO	0	0	1	4.8
TOTAL	21	100	21	100

En esta tabla se muestra el porcentaje de sujetos que Tienen Cocina, Baño Completo y Agua de la Llave, encontramos que la gran mayoría cuentan con todos estos servicios.

Tabla 25. Número de Piezas.

DATOS	GRUPO CONTROL		GRUPO PILOTO	
	N	%	N	%
NUMERO DE PIEZAS				
1	1	4.8	3	14.3
2	7	33.3	2	9.5
3	7	33.3	4	19.0
4	2	9.5	5	23.8
5	4	19.0	5	23.8
NO CONTESTO	0	0	2	9.5
TOTAL	21	100	21	100

En esta tabla se muestra el Número de Piezas con que cuentan en el lugar en donde viven, encontramos que el 61.8% de los sujetos del grupo control viven en casas que tienen por lo menos 3 piezas, y esta proporción en el grupo piloto es del 66.6%. Lo que indica que la mayoría de los sujetos en los dos grupos no viven en condiciones de hacinamiento.

Tabla 26. Sabe que Padecimiento Tiene y Cual es.

DATOS	GRUPO CONTROL		GRUPO PILOTO	
	N	%	N	%
SABE QUE PADECIMIENTO TIENE				
SI	20	95.2	20	95.2
NO	1	4.8	1	4.8
TOTAL	21	100	21	100
CUAL	N	%	N	%
ESQUIZOFRENIA	20	95.2	20	95.2
NO CONTESTÓ	1	4.8	1	4.8
TOTAL	21	100	21	100

En esta tabla se muestra el porcentaje de sujetos que Saben que Padecimiento Tiene yCuál es, la proporción de sujetos que saben que tienen un padecimiento y que se trata de esquizofrenia es del 95.2% en ambos grupos.

Tabla 27. Número de Internamientos.

DATOS	GRUPO CONTROL		GRUPO PILOTO	
	N	%	N	%
NÚMERO DE INTERNAMIENTOS				
0	4	19.0	7	33.3
1	12	57.1	7	33.3
2	1	4.8	1	4.8
3 O MÁS	4	19.0	6	28.6
TOTAL	21	100	21	100

En esta tabla se muestra el Número de Internamientos, se encontró que la proporción de sujetos que no han sido internados es de 19.0% en el grupo control y de 33.3% en el grupo piloto (no hay diferencias estadísticamente significativas).

FAMILIA Y GEN

Tabla 28. Procedencia.

DATOS	GRUPO CONTROL		GRUPO PILOTO	
	N	%	N	%
PROCEDENCIA CONSULTA EXTERNA	13	61.9	3	14.3
HOSPITALIZACIÓN CONTINUA	5	23.8	4	19.0
HOSPITAL DE DIA MEDICO	0	0	5	23.8
PARTICULAR	0	0	6	28.6
OTRO HOSPITAL	3	14.3	3	14.3
TOTAL	21	100	21	100

En esta tabla se muestra la Procedencia de los sujetos, encontramos que la proporción de sujetos que provienen de la consulta externa del mismo hospital en el grupo control es del 61.9%, y la proporción de sujetos que proceden de este servicio en el grupo piloto es del 14.3%. En este dato si hay diferencias estadísticamente significativas, es decir que la proporción de sujetos que provienen de la consulta externa del mismo hospital es mayor en el grupo control que en el grupo piloto. Lo cual indica que en el grupo piloto se atienden sujetos que provienen de otros lugares.

Tabla 29. Tiempo de Recorrido al Hospital.

DATOS	GRUPO CONTROL		GRUPO PILOTO	
	N	%	N	%
TIEMPO DE RECORRIDO AL HOSPITAL 1/2 HORA O MENOS	3	14.3	1	4.8
1/2 HORA A 1 HORA	3	14.3	5	23.8
1 A 2 HRS.	5	23.8	7	33.3
MÁS DE 2 HRS.	10	47.6	8	38.1
TOTAL	21	100	21	100

En esta tabla se muestra el Tiempo de Recorrido al Hospital, se encontró que en ambos grupos el 71.4% de los sujetos, hacen un recorrido de más de una hora al hospital.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

Tabla 30. Medio de Transporte que Utiliza.

DATOS	GRUPO CONTROL		GRUPO PILOTO	
	N	%	N	%
MEDIO DE TRANSPORTE QUE UTILIZA PESERO O CAMIÓN	8	38.1	11	52.4
AUTO PARTICULAR	3	14.3	0	0
AUTOBÚS FORÁNEO	1	4.8	2	9.5
PESERO O CAMIÓN Y METRO	9	42.9	7	33.3
NO CONTESTÓ	0	0	1	4.8
TOTAL	21	100	21	100

En esta tabla se muestra el Medio de Transporte que Utiliza, los sujetos del grupo control que utilizan transporte público es una proporción de 85.7% y en el grupo piloto es del 100%.

Tabla 31. Zona de la Ciudad en Donde Vive.

DATOS	GRUPO CONTROL		GRUPO PILOTO	
	N	%	N	%
ZONA DE LA CIUDAD DONDE VIVE D. F.	14	66.7	8	38.1
ZONA CONURBADA	6	28.6	11	52.4
OTRO ESTADO	1	4.8	2	9.5
TOTAL	21	100	21	100

En esta tabla se muestra la Zona de la Ciudad donde Vive, los sujetos del grupo control que viven en el D.F. es un porcentaje del 66.7, y en el grupo piloto es del 38.1. Sin embargo no hay diferencias estadísticamente significativas.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

RESULTADOS DE ADHERENCIA TERAPÉUTICA.

Tabla 32. Adherencia Terapéutica Global por Sujeto.

GRUPO CONTROL			GRUPO PILOTO		
SUJETO	CLAVE*	%	SUJETO	CLAVE*	%
1	13113B	94.04	1	13113B	58.30
	M1. Clotzapina**	94.04		M1. Zuclopetaxol**	100.00
2	12123C	82.14	2	M2. Biperiden	46.42
	M1. Clotzapina**	82.14		M3. Levomepromazina	28.50
				M1. Risperidona**	90.40
				M2. Clonacepam	90.40
3	11113B	96.97	3	11113B	81.70
	M1. Olanzapina**	97.91		M1. Risperidona**	45.23
	M2. Paroxetina	100.00		M2. Biperiden	100.00
	M3. Risperidona**	90.00		M3. Clonacepam	100.00
4	M4. Clonacepam	100.00	4	11113B	97.30
	M1. Olanzapina**	96.42		M1. Risperidona**	98.20
	M2. Carbamacepina	96.42		M2. Clonacepam	46.40
	M3. Biperiden	96.42			
5	M4. Clonacepam	96.42	5	12113B	94.04
	M1. Risperidona**	96.42		M1. Olanzapina**	100.00
6	12123C	83.55	6	12123C	88.09
	M1. Zuclopetaxol**	100.00		M2. Clonacepam	100.00
	M2. Biperiden	92.57		M1. Clotzapina**	100.00
	M3. Olanzapina**	91.66		M2. Alprazolam	100.00
7	M4. Clonacepam	50.00	7	13123B	77.90
	13123B	89.32		M1. Risperidona**	92.80
	M1. Acido Valproico	68.00		M2. Alprazolam	48.20
	M2. Levomepromazina	100.00		M3. Imipramina	92.80
8	M3. Trihexifenidilo	100.00	8	12123B	91.00
	M4. Perfenazina**	89.28		M1. Risperidona**	92.80
	M1. Zuclopetaxol**	0.00		M2. Biperiden	89.20
	M2. Propanolol	96.42			
9	M3. Trihexifenidilo	96.42	9	12123B	96.40
	M4. Clonacepam	96.42		M1. Risperidona**	96.40
	12123B	34.12		M2. Biperiden	96.40
	M1. Clotzapina**	45.23			
10	M2. Biperiden	28.57	10	21123A	50.00
	M3. Clonacepam	28.57		M1. Perfenazina**	50.00
	21123A	83.48		M2. Carbamacepina	50.00
	M1. Zuclopetaxol**	0.00			
	M2. Risperidona**	60.71			
	M3. Biperiden	60.71			
11	M4. Carbamacepina	20.23	11	11113A	100.00
	M5. Clitalopram	60.71		M1. Haloperidol**	98.20
	M6. Clonacepam	60.71		M2. Biperiden	100.00
	11113A	75.00		22113B	100.00
	M1. Perfenazina**	75.00		M1. Risperidona**	100.00
	M2. Biperiden	75.00		M2. Biperiden	100.00
12	22113B	86.13	12	22113B	100.00
	M1. Risperidona**	87.80		M1. Risperidona**	100.00
	M2. Biperiden	75.00		M2. Biperiden	100.00
	M3. Acido Valproico	67.85		M3. Clonacepam	100.00
	M4. Haloperidol*	100.00			
	M5. Clonacepam	100.00			

* Descripción de la Clave de Apeasamiento Incluyendo: 1. Sexo; 2. Edad; 3. Dci; 4. Edad de Inicio de Padecimiento; 5. Duración de Padecimiento; 6. Tiempo de Estancia en el Servicio.

** Neuroléptico.

En cursiva: Medicamento de Depósito.

Subrayado: Tomaron una cantidad de medicamento mayor a la indicada.

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

Continuación Tabla 32.

GRUPO CONTROL			GRUPO PILOTO		
SUJETO	CLAVE*	%	SUJETO	CLAVE*	%
13	21113C	77,75	13	21113C	100,00
	M1.Quetiapina**	92,65		M1.Clozapina	100,00
	M2.Alprazolam	66,66			
14	12413B	97,31	14	12413B	96,40
	M1.Risperidona**	100,00		M1.Risperidona**	96,40
	M2.Trihexifenidilo	96,42		M2.Biperiden	96,40
	M3.Clonacepam	100,00		M3.Alprazolam	96,40
	M4.Zipracidona**	92,65			
15	12123B	77,37	15	12123B	100,00
	M1.Risperidona**	96,42		M1.Risperidona**	100,00
	M2.Ácido Valproico	96,42		M2.Biperiden	100,00
	M3.Alprazolam	39,28		M3.Clonacepam	100,00
16	12113C	98,80	16	12113C	95,23
	M1.Clozapina**	98,00		M1.Risperidona**	95,23
				M2.Clonacepam	95,23
17	11122C	50,00	17	11122C	92,80
	M1.Zuclopentixol**	100,00		M1.Risperidona**	92,80
	M2.Biperiden	0,00			
18	12113B	97,02	18	12113B	92,80
	M1.Risperidona**	94,54		M1.Risperidona**	92,80
	M2.Biperiden	96,42		M2.Clonacepam	92,80
	M3.Flouxetina	100,00		M3.Biperiden	92,80
19	11123C	100,00	19	11123C	92,80
	M1.Zuclopentixol**	100,00		M1.Risperidona**	92,80
	M2.Biperiden	100,00			
20	13123B	96,42	20	13123B	60,00
	M1.Olanzapina**	100,00		M1.Zuclopentixol**	100,00
	M2.Clonacepam	92,65		M2.Biperiden	82,00
	M3.Citalopram	96,42		M3.Alprazolam	0,00
21	12123B	100,00	21	12123B	90,00
	M1.Risperidona**	100,00		M1.Zuclopentixol**	100,00
	M2.Biperiden	100,00		M2.Biperiden	100,00
	M3.Clonacepam	100,00		M3.Levomepromazina	100,00
				M4.Alprazolam	60,00

* Descripción de la Clave de Apareamiento incluyendo: 1. Sexo; 2. Edad; 3. D; 4. Edad de Inicio de Padecimiento; 5. Duración de Padecimiento; 6. Tiempo de Estancia en el Servicio.

** Neuroleptico

*** En curso - Medicamento de Depósito.

Subrayado Tomaron una cantidad de medicamento mayor a la indicada.

En esta tabla se muestran los porcentajes de Adherencia Terapéutica por sujeto, considerando y mencionando todos los medicamentos prescritos.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

Tabla 33. Adherencia Terapéutica Global por Rangos.

RANGOS DE ADHERENCIA TERAPÉUTICA	GRUPO CONTROL		GRUPO PILOTO	
	N	%	N	%
MENOS DE 50%	2	9.5	0	0
DE 50% A 60%	1	4.8	2	9.5
DE 60% A 70%	0	0	1	4.8
DE 70% A 80%	4	19.2	1	4.8
DE 80% A 90%	3	14.3	1	4.8
DE 90% A 100%	11	52.8	16	76.8
TOTAL	21	100	21	100

En esta tabla se muestran los porcentajes de Adherencia Terapéutica calculados a través de las Cédulas de Auto-registro de toma de medicamentos. En estos resultados se toman en cuenta todos los medicamentos prescritos.

Se dividieron los porcentajes en seis rangos para su mejor manejo, en el primer rango se encuentran los sujetos que tomaron menos del 50% de los medicamentos prescritos a los cuales se les considera como no adheridos; en el segundo rango se encuentran los sujetos considerados como mal adheridos, es decir los que tomaron entre el 50 y 60% de los medicamentos; en el tercer rango se encuentran los sujetos suficientemente adheridos, es decir los que tomaron del 60 al 70% de los medicamentos; en el cuarto rango se encuentran los sujetos medianamente adheridos, los que tomaron del 70 al 80% de los medicamentos; en el quinto rango se encuentran los sujetos bien adheridos, es decir los que tomaron del 80 al 90% de los medicamentos; y finalmente en el sexto rango se encuentran los sujetos muy bien adheridos, que son los que tomaron del 90 al 100% de los medicamentos.

Se utilizó la prueba de diferencia entre proporciones, encontrando lo siguiente:

- Primer rango: la proporción de sujetos del grupo control es del 9.5% y en el grupo piloto del 0%. No existen diferencias estadísticamente significativas.
- Segundo rango: la proporción de sujetos del grupo control es del 4.8% y en el grupo piloto del 9.5%. No existen diferencias estadísticamente significativas.
- Tercer rango: la proporción de sujetos del grupo control es del 0% y en el grupo piloto del 4.8%. No existen diferencias estadísticamente significativas.
- Cuarto rango: la proporción de sujetos del grupo control es del 19.2% y en el grupo piloto del 4.8%. No existen diferencias estadísticamente significativas.
- Quinto rango: la proporción de sujetos del grupo control es del 14.3% y en el grupo piloto del 4.8%. No existen diferencias estadísticamente significativas.
- Sexto rango: la proporción de sujetos del grupo control es del 52.8% y en el grupo piloto del 76.8%. No existen diferencias estadísticamente significativas.

TABLA 34. Comparación de Adherencia Terapéutica Global Mediante la Prueba t de Student para Grupos Correlacionados, con $\alpha = 0.05$.

GRUPO CONTROL N=21		GRUPO PILOTO N=21		Prueba t De Student	Significancia a 2 colas
μ	σ	μ	σ	t	P
83.67	19.50	88.51	14.82	-.938	.360

En esta tabla se muestran los resultados de adherencia terapéutica global (incluye todos los medicamentos prescritos), al aplicar la prueba t de Student para grupos correlacionados, la cual se utilizó debido a que es una prueba comúnmente usada para encontrar diferencias entre grupos, se encontró lo siguiente:

En el grupo control, hay una media de 83.67 con una desviación estándar de 19.50, en el grupo piloto hay una media de 88.51 y una desviación estándar de 14.82, la prueba t de student arrojó una t de -.938 con una p de .360 (significancia a 2 colas).

Hipótesis 1. El Grupo Piloto por ser en días no hábiles facilita que los sujetos acudan al servicio por lo tanto la adherencia al tratamiento es distinta.

Ho. No existen diferencias estadísticamente significativas en la adherencia terapéutica de los sujetos del Grupo Control y del Grupo Piloto.

Hi. Existen diferencias estadísticamente significativas en la adherencia terapéutica de los sujetos del Grupo Control y del Grupo Piloto.

Regla de decisión: $p < \alpha = .05$ rechazamos H_0 .

Decisión: $p = .360 > \alpha = .05$ por lo tanto no rechazamos H_0 .

Conclusión: No existen diferencias estadísticamente significativas en la adherencia terapéutica de los sujetos del grupo control y del grupo piloto.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

Tabla 35. Adherencia Terapéutica Por Neuroléptico por Sujeto.

GRUPO CONTROL			GRUPO PILOTO		
SUJETO	CLAVE*	%	SUJETO	CLAVE*	%
1	13113B M1. Clozapina**	94.04 94.04	1	13113B M1.Zuclopentixol**	100.00 100.00
2	12123C M1.Clozapina**	82.14 82.14	2	12123C M1.Risperidona**	90.40 90.40
3	11113B M1.Olanzapina** M2.Risperidona**	98.90 97.91 90.00	3	11113B M1. Risperidona**	45.23 45.23
4	11113B M1. Olanzapina**	96.42 96.42	4	11113B M1.Risperidona**	98.20 98.20
5	12113B M1. Risperidona**	96.42 96.42	5	12113B M1.Olanzapina**	100.00 100.00
6	12123C M1.Zuclopentixol** M2.Olanzapina**	95.80 100.00 91.66	6	12123C M1.Clozapina**	100.00 100.00
7	13123B M1.Perfenazina**	89.28 89.28	7	13123B M1.Risperidona**	92.80 92.80
8	12123B M1.Zuclopentixol**	0.00 0.00	8	12123B M1. Risperidona**	92.80 92.80
9	12123B M1.Clozapina**	45.23 45.23	9	12123B M1.Risperidona**	96.40 96.40
10	21123A M1.Zuclopentixol** M2.Risperidona**	30.38 0.00 60.71	10	21123A M1.Perfenazina**	50.00 50.00
11	11113A M1.Perfenazina**	75.00 75.00	11	11113A M1.Haloperidol**	98.20 98.20
12	22113B M1.Risperidona** M2.Haloperidol**	93.90 87.80 100.00	12	22113B M1.Risperidona**	100.00 100.00
13	21113C M1.Quetiapina**	92.85 92.85	13	21113C M1.Clozapina	100.00 100.00
14	12413B M1.Risperidona** M2.Zipracidona**	96.40 100.00 92.85	14	12413B M1.Risperidona**	96.40 96.40
15	12123B M1.Risperidona**	96.42 96.42	15	12123B M1. 12113C Risperidona**	100.00 100.00
16	12113C M1.Clozapina**	98.80 98.80	16	M1.Risperidona**	95.23 95.23

* Descripción de la Clave de Apearamiento Incluyendo: 1.Sexo; 2.Edad; 3.Da; 4.Edad de Inicio de Padecimiento; 5.Duración de Padecimiento; 6.Tiempo de Estancia en el Servicio.

** Neuroléptico.

En cursiva Medicamento de Depósito.

Subrayado Tomaron una cantidad de medicamento mayor a la indicada.

Continuación Tabla 35.

GRUPO CONTROL			GRUPO PILOTO		
SUJETO	CLAVE*	%	SUJETO	CLAVE*	%
17	11122C M1.Zuclopentixol**	100.00 100.00	17	11122C M1.Risperidona**	92.80 92.80
18	12113B M1.Risperidona**	94.64 94.64	18	12113B M1.Risperidona**	92.80 92.80
19	11123C M1.Zuclopentixol**	100.00 100.00	19	11123C M1.Risperidona**	92.80 92.80
20	13123B M1.Olanzapina**	100.00 100.00	20	13123B M1.Zuclopentixol**	100.00 100.00
21	12123B M1.Risperidona**	100.00 100.00	21	12123B M1.Zuclopentixol**	100.00 100.00

* Descripción de la Clave de Apareamiento Incluyendo: 1.Sexo; 2. Edad; 3.Ds; 4. Edad de Inicio de Padecimiento; 5. Duración de Padecimiento; 6. Tiempo de Estancia en el Servicio.

** Neuroléptico.

En cursiva: Medicamento de Déficit.

Subrayado: Tomaron una cantidad de medicamento mayor a la indicada.

En esta tabla se muestran los porcentajes de Adherencia Terapéutica tomando en cuenta y mencionando el medicamento neuroléptico prescrito.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

Tabla 36. Adherencia Terapéutica Por Neuroléptico por Rangos.

ADHERENCIA TERAPEUTICA	GRUPO CONTROL		GRUPO PILOTO	
	N	%	N	%
MENOS DE 50%	3	14.3	1	4.8
DE 50% A 60%	0	0	1	4.8
DE 60% A 70%	0	0	0	0
DE 70% A 80%	1	4.8	0	0
DE 80% A 90%	2	9.5	0	0
DE 90% A 100%	15	71.4	19	90.5
TOTAL	21	100	21	100

En esta tabla se muestran los porcentajes de Adherencia Terapéutica calculados a través de las Cédulas de Auto-registro de toma de medicamentos. Se muestran los resultados tomando en cuenta sólo el neuroléptico prescrito.

Los porcentajes se dividieron en los mismos rangos que en tabla 32.

Se utilizó la prueba de diferencia entre proporciones, encontrando lo siguiente:

- a) Primer rango: la proporción de sujetos del grupo control es del 14.3% y en el grupo piloto del 4.8%. No existen diferencias estadísticamente significativas.
- b) Segundo rango: la proporción de sujetos del grupo control es del 0% y en el grupo piloto del 4.8%. No existen diferencias estadísticamente significativas.
- c) Tercer rango: la proporción de sujetos del grupo control es del 0% y en el grupo piloto del 0%. No existen diferencias estadísticamente significativas.
- d) Cuarto rango: la proporción de sujetos del grupo control es del 4.8% y en el grupo piloto del 0%. No existen diferencias estadísticamente significativas.
- e) Quinto rango: la proporción de sujetos del grupo control es del 9.5% y en el grupo piloto del 0%. No existen diferencias estadísticamente significativas.
- f) Sexto rango: la proporción de sujetos del grupo control es del 71.4% y en el grupo piloto del 90.5%. No existen diferencias estadísticamente significativas.

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

TABLA 37. Comparación de Adherencia Terapéutica por Neuroléptico Mediante la Prueba t de Student para Grupos Correlacionados, con $\alpha = 0.05$.

GRUPO CONTROL		GRUPO PILOTO		Prueba t	Significancia
N=21		N=21		De Student	a 2 colas
μ	σ	μ	σ	t	p
84.59	26.60	92.09	15.15	-1.288	.212

En esta tabla se muestran los resultados de adherencia terapéutica por neuroléptico, en la que también se aplicó la prueba t de Student para grupos correlacionados. Se encontró lo siguiente:

En el grupo control, hay una media de 84.59 con una desviación estándar de 26.60, en el grupo piloto hay una media de 92.09 y una desviación estándar de 15.15, la prueba t de student arrojó una t de -1.288 con una p de .212 (significancia a 2 colas).

Hipótesis 1. El Grupo Piloto por ser en días no hábiles facilita que los sujetos acudan al servicio por lo tanto la adherencia al tratamiento es distinta.

Ho. No existen diferencias estadísticamente significativas en la adherencia terapéutica de los sujetos del Grupo Control y del Grupo Piloto.

Hi. Existen diferencias estadísticamente significativas en la adherencia terapéutica de los sujetos del Grupo Control y del Grupo Piloto.

Regla de decisión: $p < \alpha = .05$ rechazamos H_0 .

Decisión: $p = .212 > \alpha = .05$ por lo tanto no rechazamos H_0 .

Conclusión: No existen diferencias estadísticamente significativas en la adherencia terapéutica de los sujetos del grupo control y del grupo piloto.

Tabla 38. Asistencia Al Servicio.

ASISTENCIA	GRUPO CONTROL		GRUPO PILOTO	
	N	%	N	%
DE 70% A 80%	1	4.8	1	4.8
DE 80% A 90%	2	9.6	2	9.6
DE 90% A 100%	18	85.6	18	85.6
TOTAL	21	100	21	100

En esta tabla se muestran los porcentajes de asistencia al servicio (en los últimos tres meses en cada grupo), por lo que podemos observar que la gran mayoría de los sujetos asisten de manera constante, con una proporción de 85.6% en ambos grupos. Sin embargo, debido al poco control que se tiene para registrar la asistencia a cada una de las actividades que ofrecen los servicios, se consideran poco confiables los datos aquí expuestos.

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

CONDUCTAS RELACIONADAS CON LA ADHERENCIA TERAPÉUTICA.

Tabla 39. Fumar.

CONDUCTA.	GRUPO CONTROL		GRUPO PILOTO	
FUMAR	N	%	N	%
NO	14	66.6	15	71.4
SI	7	33.3	6	28.5
TOTAL	21	100	21	100
CUANTO FUMAN AL DÍA	N	%	N	%
1/2 CAJETILLA O MENOS	3	42.85	5	83.3
1 CAJETILLA O MAS	4	57.14	1	16.6
TOTAL	7	100	6	100

En esta tabla se muestra una conductas relacionada con la adherencia terapéutica medida a través de las cédulas de registro: Fumar, se observa que en ambos grupos la proporción de sujetos que no fuman es del 66.6% en el grupo control y del 71.4% en el grupo piloto, lo cual contrasta con la percepción que tienen los equipos tratantes, quienes afirman que la gran mayoría de los sujetos fuman. De los sujetos que fuman tenemos que el 57.14% del grupo control y el 16.6% del grupo piloto fuman 1 cajetilla o más al día. Sin embargo no existen diferencias estadísticamente significativas en estas proporciones.

Tabla 40. Hacer Ejercicio.

CONDUCTA.	GRUPO CONTROL		GRUPO PILOTO	
HACER EJERCICIO (INCLUYE CAMINAR 30 MINS. AL DÍA)	N	%	N	%
NO	3	14.28	8	38.0
SI	18	85.71	13	62.0
TOTAL	21	100	21	100

En la esta tabla se muestra otra conductas relacionada con la adherencia terapéutica medida a través de las cédulas de registro: Ejercicio, encontramos que el 85.71% de los sujetos del grupo control y el 62.0% de los sujetos del grupo piloto realizan ejercicio. Tampoco hay diferencias estadísticamente significativas.

RESULTADOS ESCALA DE FUNCIONAMIENTO FAMILIAR.

Tabla 41. Datos Sociodemográficos De La Familia.

DATOS	GRUPO CONTROL			GRUPO PILOTO		
	N	μ	σ	N	μ	σ
AÑOS DE FORMADA	16	37.5	8.610	16	38.13	7.881
INGRESO FAMILIAR	16	3,118.75	2,281.58	16	3,718.75	2,653.85
INGRESO PER CAPITA (POR MIEMBRO DE LA FAMILIA)	16	659.68	438.42	16	833.16	882.31

En esta tabla se muestran algunos datos sociodemográficos de la familia:

Años de Formada, en el grupo control tienen una media de 37.5 con una desviación estándar de 8.61 y en el grupo piloto tienen una media de 38.13 y una desviación estándar 7.88. En donde se puede ver que una de las características de estas familias es que han permanecido unidas por periodos largos de tiempo.

Ingreso Familiar, en el grupo control las familias tienen una media de ingreso del 3,118.75 con una desviación estándar de 2,281.58 y en el grupo piloto con una media de 3,718.75 con una desviación estándar de 2,653.85.

Ingreso Per Capita, en el grupo control las familias tienen una media de ingreso per capita de 659.68 con una desviación estándar de 438.42 y en el grupo piloto con una media de 833.16 con una desviación estándar de 882.31.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

DATOS DE LA ESTRUCTURA FAMILIAR.

Tabla 42. Número de Miembros.

DATOS	GRUPO CONTROL		GRUPO PILOTO	
	N	%	N	%
NÚMERO DE MIEMBROS				
3 O MENOS	4	25.0	3	18.8
4 O MÁS	12	75.0	13	82.2
TOTAL	16	100	16	100

En esta tabla se muestra el Número de Miembros, se encontró que la mayoría de las familias están constituidas por 4 miembros o más, el 75% de las familias del grupo control y el 82.2% del grupo piloto, tienen esta número. Se trata principalmente de familias grandes.

Tabla 43. Media de Número de Miembros.

DATOS	GRUPO CONTROL			GRUPO PILOTO		
	N	μ	σ	N	μ	σ
NÚMERO DE MIEMBROS						
	16	4.8	1.8	16	4.9	1.6

En esta tabla se muestra la media del Número de Miembros, en el grupo control tienen una media de miembros de 4.8 con una desviación estándar de 1.8, y en el grupo piloto tienen una media de 4.9 y una desviación estándar de 1.6. Como se mencionó anteriormente se trata de familias numerosas.

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

Tabla 44. Número de Adultos.

DATOS	GRUPO CONTROL		GRUPO PILOTO	
	N	%	N	%
NÚMERO DE ADULTOS				
2	1	6.3	1	6.3
3	3	18.8	3	18.8
4	3	18.8	3	18.8
5	7	43.8	7	43.8
6	1	6.3	0	0
7	0	0	2	12.5
8	0	0	0	0
9	1	6.3	0	0
TOTAL	16	100	16	100

En esta tabla se muestra el Número de Adultos, encontramos que el número de adultos es generalmente el número de miembros con el que cuenta la familia. Es decir, tanto en el grupo control como en el grupo piloto el 75% de las familias tienen 4 o más adultos dentro de su estructura.

Tabla 45. Media de Número de Adultos.

DATOS	GRUPO CONTROL			GRUPO PILOTO		
	N	μ	σ	N	μ	σ
NÚMERO DE ADULTOS						
	16	4.5	1.59	16	4.5	1.36

En esta tabla se muestra la media del Número de Adultos, se encontró que el grupo control tiene una media de 4.5 con una desviación estándar de 1.59 y el grupo piloto tiene una media de 4.5 con una desviación estándar de 1.36. Por lo que se puede ver que en estas familias la mayoría de sus miembros las componen personas adultas.

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

Tabla 46. Número de Adolescentes.

DATOS	GRUPO CONTROL		GRUPO PILOTO	
	N	%	N	%
NÚMERO DE ADOLESCENTES				
0	15	93.8	11	68.8
1	0	0	4	25.0
2	1	6.3	1	6.3
TOTAL	16	100	16	100

En esta tabla se muestra el Número de Adolescentes, se encontró que el 93.8% de las familias del grupo control y el 68.8% de las familias del grupo piloto, no tienen ningún miembro adolescente.

Tabla 47. Media de Número de Adolescentes.

DATOS	GRUPO CONTROL			GRUPO PILOTO		
	N	μ	σ	N	μ	σ
NÚMERO DE ADOLESCENTES	16	.12	.5	16	.37	.61

En esta tabla se muestra la media del Número de Adolescentes, corroborando lo anterior encontramos que en el grupo control hay una media de .12 con una desviación estándar de .5 y en el grupo piloto hay una media de .37 con una desviación estándar de .61.

Tabla 48. Número de Niños.

DATOS	GRUPO CONTROL		GRUPO PILOTO	
	N	%	N	%
NÚMERO DE NIÑOS				
0	13	81.3	15	93.8
1	2	12.5	1	6.3
2	1	6.3	0	0
TOTAL	16	100	16	100

En esta tabla se muestra el Número de Niños, sólo el 18.8% de las familias del grupo control y el 6.3% de las familias del grupo piloto, tienen niños en sus familias.

Tabla 49. Media de Número de Niños.

DATOS	GRUPO CONTROL			GRUPO PILOTO		
	N	μ	σ	N	μ	σ
NÚMERO DE NIÑOS	16	.25	.57	16	.06	.25

En esta tabla se muestra la media del Número de Niños, como se esperaba debido al número de adultos, en el grupo control se tiene una media de .25 con una desviación estándar de .57 y en el grupo piloto se tiene una media de .06 con una desviación estándar de .25.

TESIS CON FECHA DE ORIGEN

Tabla 50. Lugar entre los Hermanos.

DATOS	GRUPO CONTROL		GRUPO PILOTO	
	N	%	N	%
LUGAR QUE OCUPA EL PACIENTE ENTRE LOS HERMANOS				
1RO.	3	18.8	3	18.8
2DO.	6	37.5	5	31.3
3RO.	0	0	3	18.8
4TO.	1	6.3	1	6.3
5TO.	1	6.3	0	0
6TO.	3	18.8	1	6.3
7MO.	0	0	1	6.3
8VO.	0	0	1	6.3
9NO.	1	6.3	0	0
10MO.	0	0	1	6.3
11VO.	1	6.3	0	0
TOTAL	16	100	16	100

Lugar que Ocupa el Paciente entre los Hermanos, encontramos que en ambos grupos el sujeto ocupa principalmente el 2do Lugar, en el grupo piloto el 37.5% y en el grupo piloto el 31.3% de los sujetos ocupan este lugar, sin embargo esto no resulta significativo.

Tabla 51. Etapa del Ciclo Vital.

DATOS	GRUPO CONTROL		GRUPO PILOTO	
	N	%	N	%
ETAPA DEL CICLO VITAL*				
4*	1	6.3	1	6.3
4* Y 5*	0	0	4	25.0
5*	4	25.0	6	37.5
5* Y 6*	11	68.8	5	31.3
TOTAL	16	100	16	100

*Trayectoria de vida de la familia, delimitada por 6 etapas:

- 1*. El desprendimiento, abandono de la familia de origen y búsqueda de un compañero.
- 2*. El encuentro, formación del sistema conyugal.
- 3*. Los hijos. La llegada y presencia de hijos pequeños.
- 4*. La adolescencia, presencia de hijos adolescentes.
- 5*. El re-encuentro, o llamado nido vacío, por el abandono del hogar por los hijos.
- 6*. La vejez de la pareja.

Etapa del Ciclo Vital, el 93.8% de las familias del grupo control y el 68.8% de las familias del grupo piloto, se encuentran en la quinta o en la transición de la quinta a la sexta etapa del ciclo vital. Es decir, en las últimas etapas del ciclo.

Tabla 52. Tipo de Familia a Nivel de Estructura.

DATOS	GRUPO CONTROL		GRUPO PILOTO	
	N	%	N	%
TIPO DE FAMILIA (ESTRUCTURA)**				
PRIMARIA NUCLEAR	10	62.5	12	75.0
PRIMARIA SEMIEXTENSA	2	12.5	0	0
PRIMARIA EXTENSA	0	0	1	6.3
UNIPARENTAL NUCLEAR	2	12.5	2	12.5
UNIPARENTAL SEMIEXTENSA	2	12.5	0	0
UNIPARENTAL EXTENSA	0	0	1	6.3
TOTAL	16	100	16	100

** Tipo de familia tomando en cuenta la estructura.

- a) familia primaria nuclear, integrada por el padre, la madre, e hijos de ambos, sin que haya uniones previas donde haya habido hijos;
- b) familia primaria semiextensa, familia primaria con quienes viven uno o varios miembros de la familia de origen de alguno de los cónyuges;
- c) familia primaria extensa, familia nuclear que vive con la familia de origen de uno de los cónyuges o que nunca salió del seno familiar y ahí permaneció después de realizar su unión conyugal;
- d) familia reestructurada nuclear, familia formada por una pareja en donde uno o ambos cónyuges ha tenido una unión previa con hijos, independientemente de los que concibieron juntos;
- e) familia reestructurada semiextensa, familia formada por una pareja en donde uno o ambos de los cónyuges ha tenido una unión previa con hijos, y que incluyen bajo un mismo techo a uno más miembros de la familia de origen de alguno de ellos;
- f) familia reestructurada extensa, familia formada por una pareja en donde uno o ambos de los cónyuges ha tenido una unión previa con hijos, y que viven con la familia de origen de él o de ella;
- g) familia uniparental nuclear, integrada por el padre o la madre con uno o más hijos;
- h) familia uniparental semiextensa, integrada por el padre o la madre, con uno o más hijos, y que reciben en su hogar a uno o más miembros de la familia de origen;
- i) familia uniparental extensa, integrada por el padre o la madre, con uno o más hijos, que viven con su familia de origen.

Tipo de familia, desde el punto de vista estructural, encontramos que las familias que predominan son las de tipo Primaria Nuclear, ya que en el Grupo Control el 62.5% y en el Grupo Piloto el 75.0%, pertenecen a este rubro. Lo que nos demuestra que las familias con este tipo de pacientes, generalmente de encuentran unidas desde el momento de su formación, lo cual es indispensable cuando se enfrentan a padecimientos como lo es la esquizofrenia.

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

ÁREAS DE LA ESCALA DE FUNCIONAMIENTO FAMILIAR CON DIAGNÓSTICO.

Resultados por área de acuerdo al diagnóstico de la escala de funcionamiento familiar, utilizando la prueba de diferencia entre proporciones, se encontró lo siguiente:

Tabla 53. Área de Autoridad.

ÁREA	GRUPO CONTROL		GRUPO PILOTO	
	N	%	N	%
AUTORIDAD				
Funcional	1	6.3	1	6.3
Disfuncional	15	93.8	15	93.8
Total	16	100	16	100

En esta tabla se muestra el área de Autoridad, el 93.8% de familias de ambos grupos son disfuncionales. No existen diferencias estadísticamente significativas.

Tabla 54. Área de Control.

ÁREA	GRUPO CONTROL		GRUPO PILOTO	
	N	%	N	%
CONTROL				
Funcional	1	6.3	1	6.3
Disfuncional	15	93.8	15	93.8
Total	16	100	16	100

En esta tabla se muestra el área de Control, el 93.8% de familias de ambos grupos son disfuncionales. No existen diferencias estadísticamente significativas.

Tabla 55. Área de Supervisión.

ÁREA	GRUPO CONTROL		GRUPO PILOTO	
	N	%	N	%
SUPERVISION				
Funcional	7	43.8	12	75
Disfuncional	9	56.3	4	25
Total	16	100	16	100

En esta tabla se muestra el área de Supervisión, en esta área el 43.8% de las familias del grupo control, y el 75% de las familias del grupo piloto obtuvo un diagnóstico de funcionalidad, sin embargo no existen diferencias estadísticamente significativas.

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

Tabla 56. Área de Afecto.

AREA	GRUPO CONTROL		GRUPO PILOTO	
AFECTO	N	%	N	%
Funcional	4	25	2	12.5
Disfuncional	12	75	14	87.5
Total	16	100	16	100

En esta tabla se muestra el área de **Afecto**, el 75% de las familias del grupo control, y el 87.5% de las familias del grupo piloto obtuvo un diagnóstico de disfuncionalidad. No existen diferencias estadísticamente significativas.

Tabla 57. Área de Apoyo.

AREA	GRUPO CONTROL		GRUPO PILOTO	
APOYO	N	%	N	%
Funcional	4	25	2	12.5
Disfuncional	12	75	14	87.5
Total	16	100	16	100

En esta tabla se muestra el área de **Apoyo**, el 75% de las familias del grupo control, y el 87.5% de las familias del grupo piloto obtuvo un diagnóstico de disfuncionalidad. No existen diferencias estadísticamente significativas.

Tabla 58. Área de Conducta Disruptiva.

AREA	GRUPO CONTROL		GRUPO PILOTO	
CONDUCTA DISRUPTIVA	N	%	N	%
Funcional	2	12.5	0	0
Disfuncional	14	87.5	16	100
Total	16	100	16	100

En esta tabla se muestra el área de **Conducta Disruptiva**, en esta área el 87.5% de las familias del grupo control, y el 100% de las familias del grupo piloto obtuvo un diagnóstico de disfuncionalidad. No existen diferencias estadísticamente significativas.

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

Tabla 59. Área de Comunicación.

ÁREA	GRUPO CONTROL		GRUPO PILOTO	
	N	%	N	%
Comunicación				
Funcional	0	0	0	0
Disfuncional	16	100	16	100
Total	16	100	16	100

En esta tabla se muestra el área de Comunicación, el 100% de familias de ambos grupos son disfuncionales. No existen diferencias estadísticamente significativas.

Tabla 60. Área de Afecto Negativo.

ÁREA	GRUPO CONTROL		GRUPO PILOTO	
	N	%	N	%
Afecto Negativo				
Funcional	1	6.3	2	12.5
Disfuncional	15	93.8	14	87.5
Total	16	100	16	100

En esta tabla se muestra el área de Afecto Negativo, el 93.8% de las familias del grupo control, y el 87.5% de las familias del grupo piloto obtuvo un diagnóstico de disfuncionalidad. No existen diferencias estadísticamente significativas.

Tabla 61. Área de Recursos.

ÁREA	GRUPO CONTROL		GRUPO PILOTO	
	N	%	N	%
Recursos				
Funcional	1	6.3	0	0
Disfuncional	15	93.8	16	100
Total	16	100	16	100

En esta tabla se muestra el área de Recursos, el 93.8% de las familias del grupo control, y el 100% de las familias del grupo piloto obtuvo un diagnóstico de disfuncionalidad. No existen diferencias estadísticamente significativas.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

Tabla 62. Funcionamiento Global.

AREA	GRUPO CONTROL		GRUPO PILOTO	
	N	%	N	%
PUNTAJE GLOBAL				
Funcional	0	0	2	12.5
Disfuncional	16	100	14	87.5
Total	16	100	16	100

En esta tabla se muestra el área de Puntaje Global, el 100% de las familias del grupo control, y el 87.5% de las familias del grupo piloto obtuvo un diagnóstico de disfuncionalidad. No existen diferencias estadísticamente significativas.

Tabla 63. Comparación de puntaje T por áreas de la Escala de Funcionamiento Familiar, mediante la prueba t de Student con $\alpha = 0.05$.

ÁREA	GRUPO CONTROL N= 16		GRUPO PILOTO N= 16		Prueba t De Student	Significancia a 2 colas p
	μ^*	σ	μ^*	σ		
AUTORIDAD	40.25	7.75	41.50	7.53	-.413	.685
CONTROL	42.75	5.25	41.62	8.46	.410	.688
SUPERVISIÓN	50.68	7.89	54.31	10.95	-1.007	.330
AFECTO	36.12	11.84	37.43	14.29	-.325	.750
APOYO	42.37	11.23	42.06	10.02	.087	.931
CONDUCTA DISRUPTIVA	39.68	7.20	34.87	7.72	1.659	.118
COMUNICACIÓN	38.75	7.65	36.00	8.82	.781	.447
AFECTO NEGATIVO	39.06	9.69	38.43	12.20	.149	.884
RECURSOS	40.43	9.37	40.43	5.81	.000	1.00
PUNTAJE GLOBAL	39.75	6.28	39.93	8.09	-.062	.95

*La Escala de Funcionamiento Familiar arroja puntajes T, por lo que en el Perfil de Funcionamiento (ver anexo), los puntajes se dividen de la siguiente manera: a) Disfuncional, puntajes de 50 o menos; b) Funcional, puntajes de 51 o más; por lo que las medias obtenidas por grupo (control y piloto) en cada área y de forma global, nos muestran que son cercanas o alejadas se encuentran las familias de la funcionalidad.

En esta tabla se muestran los resultados de la comparación de puntajes T de la escala de funcionamiento familiar por áreas. **Regla de decisión:** $p < \alpha = .05$ Rechazamos H_0 , se encontró lo siguiente:

- Autoridad**, el grupo control, tiene una media de 40.25 con una desviación estándar de 7.75, el grupo piloto tiene una media de 41.50 y una desviación estándar de 7.53, la prueba t de student arrojó una t de $-.413$ con una p de $.685$ (significancia a 2 colas).
 H_0 . No existen diferencias estadísticamente significativas en el área de autoridad entre el Grupo Control y el Grupo Piloto.
 H_1 . Existen diferencias estadísticamente significativas en el área de autoridad entre el Grupo Control y el Grupo Piloto.
Decisión: $p = .685 > \alpha = .05$ por lo tanto no rechazamos H_0 .
Conclusión: No existen diferencias estadísticamente significativas en el área de autoridad entre el Grupo Control y el Grupo Piloto.
- Control**, el grupo control, tiene una media de 42.75 con una desviación estándar de 5.25, el grupo piloto tiene una media de 41.62 y una desviación estándar de 8.46, la prueba t de student arrojó una t de $-.410$ con una p de $.688$ (significancia a 2 colas).
 H_0 . No existen diferencias estadísticamente significativas en el área de control entre el Grupo Control y el Grupo Piloto.
 H_1 . Existen diferencias estadísticamente significativas en el área de control entre el Grupo Control y el Grupo Piloto.
Decisión: $p = .688 > \alpha = .05$ por lo tanto no rechazamos H_0 .
Conclusión: No existen diferencias estadísticamente significativas en el área de control entre el Grupo Control y el Grupo Piloto.

- Supervisión, el grupo control, tiene una media de 50.68 con una desviación estándar de 7.89, el grupo piloto tiene una media de 54.31 y una desviación estándar de 10.95, la prueba t de student arrojó una t de -1.007 con una p de $.330$ (significancia a 2 colas).
 Ho. No existen diferencias estadísticamente significativas en el área de supervisión entre el Grupo Control y el Grupo Piloto.
 Hi. Existen diferencias estadísticamente significativas en el área de supervisión entre el Grupo Control y el Grupo Piloto.
 Decisión: $p = .330 > \alpha = .05$ por lo tanto no rechazamos Ho.
 Conclusión: No existen diferencias estadísticamente significativas en el área de supervisión entre el Grupo Control y el Grupo Piloto.
- Afecto, el grupo control, tiene una media de 36.12 con una desviación estándar de 11.84, el grupo piloto tiene una media de 37.43 y una desviación estándar de 14.29, la prueba t de student arrojó una t de $-.325$ con una p de $.750$ (significancia a 2 colas).
 Ho. No existen diferencias estadísticamente significativas en el área de afecto entre el Grupo Control y el Grupo Piloto.
 Hi. Existen diferencias estadísticamente significativas en el área de afecto entre el Grupo Control y el Grupo Piloto.
 Decisión: $p = .750 > \alpha = .05$ por lo tanto no rechazamos Ho.
 Conclusión: No existen diferencias estadísticamente significativas en el área de afecto entre el Grupo Control y el Grupo Piloto.
- Apoyo, el grupo control, tiene una media de 42.37 con una desviación estándar de 11.23, el grupo piloto tiene una media de 42.06 y una desviación estándar de 10.02, la prueba t de student arrojó una t de $.087$ con una p de $.931$ (significancia a 2 colas).
 Ho. No existen diferencias estadísticamente significativas en el área de apoyo entre el Grupo Control y el Grupo Piloto.
 Hi. Existen diferencias estadísticamente significativas en el área de apoyo entre el Grupo Control y el Grupo Piloto.
 Decisión: $p = .931 > \alpha = .05$ por lo tanto no rechazamos Ho.
 Conclusión: No existen diferencias estadísticamente significativas en el área de apoyo entre el Grupo Control y el Grupo Piloto.
- Conducta Disruptiva, el grupo control, tiene una media de 39.68 con una desviación estándar de 7.20, el grupo piloto tiene una media de 34.87 y una desviación estándar de 7.72, la prueba t de student arrojó una t de 1.659 con una p de $.118$ (significancia a 2 colas), la cual es mayor a α de 0.05. No existen diferencias estadísticamente significativas.
 Ho. No existen diferencias estadísticamente significativas en el área de conducta disruptiva entre el Grupo Control y el Grupo Piloto.
 Hi. Existen diferencias estadísticamente significativas en el área de conducta disruptiva entre el Grupo Control y el Grupo Piloto.
 Decisión: $p = .118 > \alpha = .05$ por lo tanto no rechazamos Ho.
 Conclusión: No existen diferencias estadísticamente significativas en el área de conducta disruptiva entre el Grupo Control y el Grupo Piloto.

- **Comunicación**, el grupo control, tiene una media de 38.75 con una desviación estándar de 7.65, el grupo piloto tiene una media de 36.00 y una desviación estándar de 8.82, la prueba t de student arrojó una t de .781 con una p de .447 (significancia a 2 colas).
Ho. No existen diferencias estadísticamente significativas en el área de comunicación entre el Grupo Control y el Grupo Piloto.
Hi. Existen diferencias estadísticamente significativas en el área de comunicación entre el Grupo Control y el Grupo Piloto.
Decisión: $p = .781 > \alpha = .05$ por lo tanto no rechazamos Ho.
Conclusión: No existen diferencias estadísticamente significativas en el área de comunicación entre el Grupo Control y el Grupo Piloto.
- **Afecto Negativo**, el grupo control, tiene una media de 39.06 con una desviación estándar de 9.69, el grupo piloto tiene una media de 38.43 y una desviación estándar de 12.20, la prueba t de student arrojó una t de .149 con una p de .884 (significancia a 2 colas).
Ho. No existen diferencias estadísticamente significativas en el área de afecto negativo entre el Grupo Control y el Grupo Piloto.
Hi. Existen diferencias estadísticamente significativas en el área de afecto negativo entre el Grupo Control y el Grupo Piloto.
Decisión: $p = .884 > \alpha = .05$ por lo tanto no rechazamos Ho.
Conclusión: No existen diferencias estadísticamente significativas en el área de afecto negativo entre el Grupo Control y el Grupo Piloto.
- **Recursos**, el grupo control, tiene una media de 40.43 con una desviación estándar de 9.37, el grupo piloto tiene una media de 40.43 y una desviación estándar de 5.81, la prueba t de student arrojó una t de .000 con una p de 1.00 (significancia a 2 colas).
Ho. No existen diferencias estadísticamente significativas en el área de recursos entre el Grupo Control y el Grupo Piloto.
Hi. Existen diferencias estadísticamente significativas en el área de recursos entre el Grupo Control y el Grupo Piloto.
Decisión: $p = 1.00 > \alpha = .05$ por lo tanto no rechazamos Ho.
Conclusión: No existen diferencias estadísticamente significativas en el área de recursos entre el Grupo Control y el Grupo Piloto.

Puntaje Global, el grupo control, tiene una media de 39.75 con una desviación estándar de 6.28, el grupo piloto tiene una media de 39.93 y una desviación estándar de 8.09, la prueba t de student arrojó una t de -.062 con una p de .95 (significancia a 2 colas).

Hipótesis. El funcionamiento familiar es distinto en los de los sujetos del Grupo Control y del Grupo Piloto.

Ho. No existen diferencias estadísticamente significativas en el funcionamiento familiar entre el Grupo Control y el Grupo Piloto.

Hi. Existen diferencias estadísticamente significativas en el funcionamiento familiar entre el Grupo Control y el Grupo Piloto.

Decisión: $p = .95 > \alpha = .05$ por lo tanto no rechazamos Ho.

Conclusión: No existen diferencias estadísticamente significativas en el funcionamiento familiar entre el Grupo Control y el Grupo Piloto.

Por último se utilizó el coeficiente de correlación de Pearson, se tomaron en cuenta a todos los sujetos que tenían los dos instrumentos (N=42). Sin embargo, no se encontraron correlaciones significativas entre la Adherencia Terapéutica y las áreas de Funcionamiento Familiar (No hay tabla).

114

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES.

Encontramos en nuestra investigación sumamente complejo constituir una muestra con sujetos apareados (seis variables), para realizar el estudio casos-control -con apareamiento de variables-. Sin embargo, logramos obtener una muestra de 21 sujetos en cada grupo, de una población de 62 sujetos (Grupo Control) y 108 (Grupo Piloto), que si bien no es una muestra muy grande cuantitativamente hablando, consideramos que si es una muestra sólida; ya que logramos controlar variables muy importantes para estudiar una enfermedad crónica tan compleja como la esquizofrenia.

Con base en la revisión del DSM-IV (APA,1996) y la CIE-10 (OMS,1994) se considera que no hay diferencias epidemiológicas entre género, la proporción de esquizofrénicos es similar en hombres y mujeres. Se dice que la diferencia en el género radica en la edad de inicio del padecimiento, ya que los hombres suelen iniciar a menor edad que las mujeres. En nuestra investigación la proporción de mujeres (14.3%) es menor que la de los hombres (85.7%) en ambos grupos. Lo que nos lleva a cuestionarnos sobre cuales pueden ser las razones del por qué en estos servicios no se atienden las mujeres con esquizofrenia. Una respuesta podría ser el factor tiempo, ya que estos programas exigen que los usuarios que acuden inviertan mayor tiempo que en programas tradicionales. Otra razón es que probablemente acudan a servicios más tradicionales, como la Consulta Externa.

En nuestra cultura, en México, en todas las clases sociales (con mayor frecuencia en clases sociales bajas), todavía hay menos expectativas y exigencias hacia las mujeres. Es decir, con que la mujer lleve a cabo las tareas que se le encomiendan (p. ej. quehaceres domésticos), y las cumple, no se le exige más. Por lo tanto, es posible que no se le diagnostique, o que no se observe en ella ningún síntoma, a menos que el brote psicótico sea muy evidente. En cambio en los hombres la exigencia es mayor, por lo que están más expuestos al estrés característico de la población urbana, aunado a que nos encontramos en una sociedad tradicionalista donde los roles de hombres y mujeres continúan siendo diametralmente opuestos.

En nuestro estudio observamos frecuentemente que en el sujeto esquizofrénico se habían depositado grandes expectativas (eran el miembro más sobresaliente de la familia, por sus estudios, por su "buen trabajo", etc.), no sólo para destacar de manera individual, sino que era "elegido" para sacar a la familia adelante. Y en las mujeres que observamos, las exigencias no eran tan elevadas o incluso no existían.

Prueba de lo anterior es que en cuanto al estado civil se refiere, hallamos que un alto porcentaje de los sujetos en ambos grupos son solteros, y los pocos casados (4.8% ambos grupos) son mujeres. Este dato es relevante porque como mencionamos anteriormente el inicio de la esquizofrenia en mujeres es más tardío, por lo que podría permitir que la enfermedad brote después de entablar una relación formal de pareja; o bien mientras se desempeñan las labores de ama de casa, sin que exista mayor problema.

Por lo anterior podríamos considerar al estado civil como un factor que influye en acudir o no a los servicios, ya que al encontrarse bajo la tutela del cónyuge y no de la familia de origen, por diversas razones (entre ellas las económicas), tal vez no procuren la atención a sus esposas.

Si tomamos como factor de análisis el estrés social característico de las ciudades modernas, así como con la exigencia de cumplir con expectativas familiares, tenemos que la escolaridad de los sujetos es alta. En primer lugar no encontramos población analfabeta, la proporción con menor nivel (4.8%) correspondió a primaria completa y el mayor nivel licenciatura completa (9.5%). Lo que llama la atención es que la mayor proporción de los sujetos tienen un nivel de secundaria completa o más (85.8% en el grupo control y 80.8% en el grupo piloto).

Lo anterior tal vez se debe a que la población urbana generalmente tiene acceso a la educación básica, y el brote esquizofrénico se presenta en estos sujetos cuando ya tienen escolarización. Con los datos anteriores, es claro que las expectativas puestas en el miembro esquizofrénico eran altas.

Una variable importante en el estudio fue la edad del sujeto, trabajamos con sujetos de 20 a 49 años, quedando divididos en rangos de la siguiente manera: a) sujetos de 20 a 29 años (38.1%); b) sujetos de 30 a 39 años (52.4%); sujetos de 40 a 49 años (9.5%); en ambos grupos.

Dicha variable es relevante, porque para hacer comparaciones entre sujetos intervienen muchos factores ligados al desarrollo y a la historia individual de cada sujeto. El que los sujetos de ambos grupos se encuentren dentro de los mismos grupos de edad permite hacer comparaciones más precisas.

Además, es favorable que los usuarios de estos servicios sean personas jóvenes, porque se sabe que la subestimulación conduce al deterioro de esquizofrénicos. Se ha demostrado que esquizofrénicos crónicos pueden desarrollar atrofia cortical cerebral. Por lo tanto es importante retomar los conceptos de la corriente de "desinstitucionalización" encabezada por el Dr. Julian Leff (1985), y que inició John Wing (1961) en los años 60's del siglo pasado. Es primordial tomar en cuenta actividades de rehabilitación psicosocial, reducir al mínimo los tiempos de hospitalización, permitir que los usuarios tengan contacto con el exterior en sus periodos de internamiento, etc., para que los programas de rehabilitación puedan considerarse como integrales.

De la misma manera, es necesario tomar en cuenta factores que inciden en toda rehabilitación, por lo que evaluamos otras conductas como fueron fumar y hacer ejercicio. Observamos que la proporción de pacientes que fuma es menor en comparación con los que no fuman. Sin embargo, consideramos que es necesario atender a este sector de pacientes fumadores, en servicios de salud, resulta imperante atender integralmente a los usuarios, sería muy importante establecer un programa para reducir el consumo de tabaco en estos pacientes. Con respecto al ejercicio, encontramos que los sujetos no son sedentarios, la gran mayoría por lo menos camina, es decir se mantienen activos, lo cual también favorece el pronóstico de estos pacientes. De igual forma que con los pacientes fumadores, es necesario involucrar en actividades físicas a los usuarios sedentarios, la principal razón es porque se sabe que la inactividad conduce al deterioro de los pacientes esquizofrénicos.

Un factor más que influye en la rehabilitación (APA, 1996 y OMS, 1994), es la edad de inicio del padecimiento, en nuestro estudio el 61.9% de los sujetos en ambos grupos se ubicó en el rango de 20 a 29 años. De manera conjunta encontramos que la duración del padecimiento, en estos sujetos se ubicó en más de 5 años (95.2%) en ambos grupos. Sin embargo, es necesario tomar los datos anteriores con reservas, es muy difícil obtener con precisión el dato de inicio del padecimiento pues está sujeta a la apreciación subjetiva del familiar informante.

Las variables anteriores son importantes porque están relacionadas con la evolución y tratamiento de la enfermedad. Se dice que el inicio de la enfermedad se encuentra asociado a cierto pronóstico, por ejemplo, un inicio temprano se asocia generalmente con un peor pronóstico. Tener a los sujetos apareados con estas variables permite hacer todavía más precisas las comparaciones.

Corroboramos, como describe el DSM-IV (APA, 1996) y la CIE-10 (OMS, 1994) que la esquizofrenia más frecuente es la del tipo paranoide (95.2% en la muestra), es importante señalar que este diagnóstico de esquizofrenia es el que tiene un pronóstico más favorable, sobre todo porque los neurolépticos actúan sobre los llamados síntomas positivos, característicos de este tipo de esquizofrenia.

Por lo tanto, puede ser una ventaja para los servicios, porque favorece que se obtengan mejores resultados con respecto al control y evolución de la enfermedad, y con atención integral eficiente y fomento de la adherencia terapéutica tienen la posibilidad de reducir las recaídas al mínimo. Se han realizado estudios en cuanto a las recaídas y se sabe que entre mayor número de recaídas hay un peor pronóstico (Leff, 1985). En nuestra investigación para darnos una idea de las recaídas tomamos en cuenta el número de internamientos desde que acudieron por primera vez a esta institución (se tomaron en cuenta también los internamientos en otras instituciones que estuvieran reportados en el expediente), encontramos que un alto porcentaje de los sujetos tienen uno o ningún internamiento (76.1% en el grupo control y 66.6% en el grupo piloto). Lo que también es favorable para la rehabilitación de los sujetos.

El otro diagnóstico encontrado fue de esquizofrenia indiferenciada (4.8% en la muestra) ocupa una proporción mínima, similar a los datos epidemiológicos internacionales.

Cabe resaltar que en el universo de ambos grupos no hallamos ningún sujeto con diagnóstico de esquizofrenia hebefrénica, lo que llama la atención ya que este tipo de esquizofrenia es considerado como el segundo más frecuente. Tampoco encontramos ningún diagnóstico de esquizofrenia catatónica. Es importante preguntarnos ¿por qué no encontramos estos diagnósticos?, ¿a qué se debe?, ¿será que no llegan al hospital?, etc.

Para contestarnos las preguntas anteriores, es necesario recordar que éstos diagnósticos se asocian a clases sociales bajas, por lo que probablemente no pueden acudir al hospital por falta de recursos económicos, y tal vez se encuentran reclusos en las llamadas granjas u hospitales para enfermos crónicos en donde no existe atención integral, que facilite una rehabilitación e inserción a la comunidad. Recordemos que nuestro país desde hace 20 años esta en crisis (54 millones de pobres), y se ha agudizado en los últimos 10 años. Por lo tanto, es necesario tener en cuenta estos factores para hacer más eficientes los servicios de salud, y buscar que no existan desigualdades en la atención de la salud de la población.

Precisamente por lo anterior fue importante para nosotros tomar en cuenta factores que implicaran algún tipo de desigualdad de oportunidades en cuanto a asistir a recibir atención en materia de salud. Por lo que se tomaron en cuenta algunas características propias de las ciudades, como son los problemas de tráfico, transporte, etc.; porque estos factores externos pueden influir en acudir a una institución de salud (Gergen, 1991). Por lo tanto tomamos en cuenta tres factores: el primero de ellos el tiempo de recorrido al hospital, observamos que el 71.4% de los sujetos en ambos grupos, invierten más de una hora en trasladarse al hospital, lo cual es normal en una ciudad como ésta.

El segundo factor fue el medio de transporte que utilizan y encontramos que una alta proporción utilizan transporte público (85.7% en el grupo control y 100% en el grupo piloto). Y el tercer factor que se tomó en cuenta fue la zona donde viven, es decir, conocer si vivían dentro del DF., en zona conurbada o en otro estado. Todos estos factores se deben tener en cuenta en la programación de actividades, citas, etc., para adecuarse a las necesidades reales de los usuarios. Debido a que el 33.4% de los sujetos del grupo control y el 61.9% de los sujetos del grupo piloto, viven en la zona conurbada o en otro estado. Y aunque no existen diferencias estadísticamente significativas, sí pudimos corroborar que efectivamente el servicio del grupo piloto (fin de semana), cumple su objetivo de facilitar que acudan usuarios que vivan en una zona geográfica lejana.

Con respecto a la Adherencia Terapéutica, tenemos algunos puntos a considerar. En esta investigación utilizamos el auto-registro como instrumento para evaluar la Adherencia, consideramos que fue conveniente su utilización por varias razones costo-beneficio. Sabemos que los instrumentos de lápiz-papel son los más económicos, así que buscamos que el formato del auto-registro fuera lo más sencillo de comprender por parte de los sujetos y que la forma de manejar la información por nuestra parte, fuese también sencilla.

Considerando lo anterior utilizamos cédulas de auto-registro (ver método), sin embargo hay que mencionar que en las últimas dos preguntas incluidas en la cédula correspondientes a conocer el estado y las experiencias de cada paciente ("Cómo se siente", con las opciones "a)tranquilo y bien, b)nervioso y molesto, c)preocupado y triste, d)otros_____". Y "El día de hoy le ha pasado algo muy bueno () o algo muy malo () ¿Qué?"). El 70% de los pacientes no contestaron, por lo tanto no fue posible manejar estos datos estadísticamente.

No encontramos dificultades para la utilización del instrumento, además resultó visualmente atractivo para los pacientes, pues mencionaron que les llamaba la atención los colores y dibujos. Muchos de los familiares y de los propios pacientes al terminar el estudio, solicitaron más Cédulas de Auto-registro, para seguir llenándolas.

Considerando que al investigar la Adherencia Terapéutica de pacientes esquizofrénicos revisada se toma en cuenta el factor de conciencia de enfermedad o insight (Buchanan, 1992 y Kemp, 1998). Y aunque en esta investigación no aplicamos ninguna prueba para evaluar dicho factor, pues no era el propósito, se tomó en cuenta haciendo la pregunta ¿Sabe que padecimiento tiene? y ¿Cuál es?, desde luego dista mucho de evaluar el insight, pero encontramos que una alta proporción (95.2%) de los sujetos en ambos grupos saben que tienen un padecimiento y que es esquizofrenia.

Debido a que la mayoría de los sujetos han acudido previamente a otros servicios de atención psiquiátrica (por los años de evolución), de manera constante se les ha informado cual es el padecimiento que tienen, por lo que no podemos afirmar que estén convencidos de que los síntomas que experimentan se deban a esta enfermedad. Lo que sí podemos afirmar es que todos acuden de manera voluntaria y constante, ninguno rehúsa explícitamente el tratamiento farmacológico y psicoterapéutico.

Después de analizar los resultados que nos arrojaron las Cédulas de Auto-registro, no encontramos diferencias estadísticamente significativas en la Adherencia Terapéutica entre los dos grupos. Las comparaciones las realizamos primero tomando en cuenta todos los medicamentos prescritos y segundo tomando en cuenta solamente el neuroléptico. De ninguna de las dos formas hallamos diferencias. En ambos grupos la Adherencia Terapéutica es alta, la media en el grupo control (Hospital de Día, lunes a viernes) fue de 83.67 y en el grupo piloto (Hospital Parcial de Fin de Semana) resultó ligeramente superior, fue igual a 88.51, lo que nos habla de que en ambos servicios se cumple el objetivo de fomentar la Adherencia Terapéutica.

En este estudio tan solo el 14.3% de los sujetos del grupo control y el 9.5% del grupo piloto no están adheridos. Lo anterior contrasta con lo mencionado por quien afirma que el 50% de los pacientes esquizofrénicos no están adheridos al tratamiento (Babiker, 1986).

Como auxiliar en la evaluación de la adherencia terapéutica, tomamos en cuenta los porcentajes de asistencia al servicio (en los últimos tres meses en cada grupo), por lo que pudimos observar, la gran mayoría de los sujetos asisten de manera constante, con una proporción de 85.6% en ambos grupos. Sin embargo, debido al poco control que se tiene para registrar la asistencia a cada una de las actividades que ofrecen los servicios, hay que tomar con reservas estos datos.

Es importante mencionar que al parecer, la institución a través de sus equipos de trabajo, ha sido capaz de obtener de los pacientes y los familiares un compromiso de participación, introduciéndose en su sistema. Tomando en cuenta que la institución se vuelve proveedora de información y bienestar (proporcióna los medicamentos), es a su vez promotora de cierta dependencia. Hay que considerar que en los hospitales parciales, su principal característica es la larga estancia en los mismos. Por lo que una vez asegurado el compromiso de permanencia, los sujetos se vuelven reticentes al abandono de los servicios. Lo anterior puede estar relacionado con que existan altos porcentajes de Adherencia Terapéutica en ambos grupos. Ambos promueven de manera similar la Adherencia Terapéutica.

También consideramos que estos resultados se deben a que se trata de programas integrales y en donde participan equipos interdisciplinarios. Sin embargo, tenemos que considerar algunos datos. Cuando se obtuvo la muestra en el universo del grupo control había 62 pacientes esquizofrénicos y en el grupo piloto había 108 pacientes con este diagnóstico. Es decir, la proporción de pacientes es casi de 2 a 1 en estos servicios.

Tomando en cuenta de que manera están conformados a nivel de personal y de trabajo. Podemos decir que el programa de fin de semana (piloto) obtiene buenos resultados impactando a un mayor número de pacientes y con aparentemente menos recursos humanos, además de que exigen menos tiempo a los pacientes.

Además de que la procedencia de los usuarios de estos servicios, es de resaltarse, ya que la proporción de sujetos que provienen de la Consulta Externa del mismo Hospital en el Grupo Control fue mayor que en Grupo Piloto (61.9% y 14.3% respectivamente), existiendo diferencias estadísticamente significativas, es decir es muy difícil que los usuarios de la consulta externa sean referidos al servicio del grupo piloto. Sería importante conocer las razones por las cuales sucede esto para así optimizar los servicios.

Un objetivo de ambos servicios es "rehabilitar al paciente", podemos mencionar que el programa en fin de semana, facilita dicha rehabilitación. Esta afirmación la sustentamos con la información sobre la ocupación de los pacientes, observamos que un alto porcentaje de los sujetos del grupo piloto realizan actividades productivas, a diferencia de los sujetos del grupo control que en mayor porcentaje no trabajan. Es difícil asegurar que sea el programa el que promueve el trabajo, o que los sujetos que ya trabajan busquen acudir a este programa, por lo tanto, lo único que si aseguramos es que si facilita que los usuarios trabajen.

En la proporción de sujetos que trabajan encontramos diferencias estadísticamente significativas entre los grupos, siendo mayor en el Grupo Piloto con un porcentaje de 52.4%, en contraste en el Grupo Control se encontró 14.3%. Generalmente el trabajo se realiza con la familia (negocios familiares como tiendas, oficios, etc). Es difícil establecer una relación de causa-efecto, porque no se puede asegurar que el servicio en fin de semana fomente el trabajo o por el contrario si el que los sujetos trabajen influye en que acudan a este servicio; lo que si podemos afirmar que este servicio no interfiere en que los sujetos trabajen. Los servicios de hospitalización parcial buscan reincorporar a los sujetos en actividades productivas como es el trabajo, por lo tanto es necesario que dichos servicios se adecuen a las necesidades de los usuarios.

Lo anterior es sumamente importante ya que esto se ve reflejado en la economía familiar. Encontramos que existen diferencias estadísticamente significativas en cuanto a la proporción de los sujetos que aportan al gasto familiar. El porcentaje de sujetos que aportan en el Grupo Piloto es del 42.9% en contraste con el Grupo Control que es del 9.5%. Lo que se encuentra relacionado con la proporción de sujetos que trabajan en un grupo y en otro. Lo cual es importante porque quiere decir que no obstante que trabajan también contribuyen al gasto familiar.

Encontramos que el 85.7% de los sujetos del grupo control y el 76.2% del grupo piloto reportaron obtener un ingreso mensual de dos salarios mínimos o menos y la media en el segundo reporte fue equivalente a dos salarios mínimos en ambos grupos.

Este ingreso se ve proyectado en las condiciones en las que viven los sujetos, las cuales son favorables, es decir, un alto porcentaje de sujetos en ambos grupos viven en casa propia (85.7% en el grupo control y 90.5% en grupo piloto), cuentan con cocina (100% en el grupo control y 90.5% en el grupo piloto), baño completo (90.5% en ambos grupos) y agua corriente de la llave (95.2% en ambos grupos), etc., servicios indispensables, además de que el número de piezas con el que cuentan sus viviendas permiten que no exista hacinamiento y vivan en condiciones salubres.

Asociado al ingreso con el que cuentan los sujetos podemos afirmar que si bien no viven en la abundancia, tampoco viven en condiciones precarias. Lo anterior nos lleva a reflexionar acerca de por qué en estos servicios no acuden usuarios de sectores más desfavorecidos, siendo que son servicios asistenciales. Sería importante investigar en dónde se atienden estos usuarios, o si es que no buscan este tipo de atención.

En cuanto a las características de la familia, observamos que estas familias son en su mayoría del tipo tradicional: primarias nucleares (62.5% en el grupo control y 75.0% en el grupo piloto), es decir se encuentran conformadas por los padres e hijos de ambos; en 5ta etapa del ciclo vital familiar (grupo control el 93.8% y grupo piloto el 68.8%); así como también son numerosas (4 miembros o más, en el grupo control el 75% y grupo piloto el 82.2%.) y principalmente están formadas por miembros adultos (el 75% en ambos grupos tiene 4 miembros adultos o más), lo cual se puede explicar porque, la mayoría de los sujetos son solteros, por lo tanto viven con sus familias de origen.

Con respecto a los años que tienen de formadas las familias de ambos grupos notamos que existen medias muy similares (37.5 en el grupo control y 38.13 en el grupo piloto). Esto nos habla de que las familias que acuden a los servicios, han permanecido juntas por muchos años. Esto resulta interesante, debido a que ante la aparición de esta enfermedad lejos de disolverse, las familias permanecen unidas, lo que favorece por completo la contención familiar.

Lo anterior nos puede hablar de que la aparición de una enfermedad como lo es la esquizofrenia, puede estar ayudando a la unión familiar, es decir, puede estar dando sentido a permanecer unidos. Como lo menciona Boszormenyi-Nagi (1991), la aparición de la enfermedad en el sistema familiar funciona como un síntoma reductor de la tensión. Así como también Wynne, Ryckoff, Day y Hirsh (1958), mencionan que los padres se relacionan en términos de pseudomutualidad, porque lo que tal vez este hijo enfermo hace las veces de integrador del núcleo familiar o del subsistema parental (Haley, 1959).

Confirmando las ideas anteriores tenemos que un alto porcentaje de los sujetos en ambos grupos son solteros. Este es un dato interesante, porque demuestra que la esquizofrenia afecta de manera muy importante al desarrollo individual y de la propia familia, el cual se encuentra detenido. Podemos observar que a diferencia de otras enfermedades crónicas la aparición de esquizofrenia a edades tempranas, no permite la posibilidad de relaciones de pareja y por consiguiente es difícil la formación de una familia propia. Lo anterior se refleja claramente en que efectivamente el sujeto esquizofrénico adopta su papel de enfermo (Clark, 1982), y alguien más, generalmente la madre adopta el papel de cuidador principal, propiciando que las familias permanezcan en la 5ta. Etapa del ciclo vital.

Resulta interesante el hecho de que en ninguno de los dos grupos hubiera familias que estuvieran en la primera, segunda y tercera etapa del ciclo vital; lo cual era de esperarse debido a que, por una parte es nulo que a tan tempranas etapas del ciclo vital se haya desarrollado la esquizofrenia en uno de los hijos, y por otra parte a que es poco probable que haya un sujeto esquizofrénico padre.

Estas familias se enfrentan a una enfermedad que se considera como discapacitante, por lo que sujeto esquizofrénico generalmente se quedará en ella toda su vida.

La evaluación familiar realizada a través de la Escala de Funcionamiento Familiar, arrojó datos relacionados a la funcionalidad o disfuncionalidad. El resultado obtenido se interpreta a nivel global y en 9 áreas. Es importante señalar que aunque no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre estos grupos (control y piloto), ni a nivel global ni en ninguna de las áreas, obtuvimos datos interesantes acerca de cómo funcionan estas familias.

Observamos que estas familias (el 93.8% de las familias de ambos grupos) son disfuncionales en cuanto a autoridad. Ésta no se ejerce de forma eficiente, es decir, no es ejecutada únicamente por el subsistema parental que sería lo ideal. Además intervienen otros miembros de la familia, interfiriendo en la jerarquía de los padres. La cual es difusa con intervención de los hermanos del sujeto esquizofrénico, como posible red social de soporte ante la falta de los cuidadores principales que son los padres.

Aunque es cierto que cuando las familias se encuentran en las últimas etapas del ciclo vital es común y es necesario que todos los miembros de la familia participen en las decisiones familiares; hay que recordar que en las familias existen niveles jerárquicos, en donde por supuesto los padres ocupan el más alto, y son los que deben ejercer la autoridad. En estas familias esta característica no existe, es decir los mandos son asumidos por cualquier miembro de la familia, inclusive por los que tienen esquizofrenia (o por los niños o adolescentes). Lo anterior nos habla de una figura de autoridad poco definida en estas familias. Incapaz de implementar y hacer cumplir reglas. Establecer límites y modos de control de conducta. Lo anterior nos habla también de que son disfuncionales en técnicas de control (el 93.8% en ambos grupos).

En estas familias los límites generalmente están poco definidos o poco claros, por lo que es fácil transgredirlos o no respetarlos, lo que hace sumamente difícil contar con estrategias para controlar algunas conductas, como castigos, premios, etc. Así como también es importante señalar que al no reconocer una figura de autoridad resulta sencillo para algunos miembros de la familia intervenir cuando alguien proporciona algún tipo de castigo o premio.

De igual forma tenemos que hay familias que siguen empleando métodos que les funcionaron en las primeras etapas del ciclo vital (3^a.o 4^a. Etapa) en miembros que ya son adultos (que cursan por 5^a. Etapa) por lo que estos modos de control de conducta ya no son eficaces. Dentro de esta área tenemos otros aspectos importantes que hay que resaltar. El hecho de no tener límites definidos da la pauta para realizar, casi sin ningún tipo de consecuencia, conductas patológicas importantes; como llegar a los golpes entre miembros de la familia (a veces incluido el subsistema parental).

Por otra parte lo anterior también puede traer como consecuencia la realización de conductas poco aceptadas socialmente (conducta disruptiva), el 93.8% de las familias del grupo control y el 100% de las del grupo piloto resultaron disfuncionales. En estas familias existen problemas de adicciones (una parte importante de ellas tiene o tuvo en el pasado uno o más miembros alcohólicos); problemas con la autoridad (con maestros, jefes o la policía); problemas de comportamiento (en el trabajo, en la escuela o con otras personas); problemas emocionales trascendentales (tanto a nivel personal como familiar) y dificultades en el cumplimiento de obligaciones. Todos los anteriores de difícil manejo para las familias.

Encontramos que estas familias tienen conflictos para relacionarse entre sí, tanto verbal como no verbalmente (el 100% de las familias de ambos grupos son disfuncionales en comunicación). A los miembros se les dificulta el conversar y salir juntos; el pedir ayuda y permisos al subsistema parental; el hablar para llegar a acuerdos ante un problema familiar, toma de decisiones o diferencias de opinión. (Watzlwick, 1996)

El que exista poca comunicación y que los miembros de la familia intervengan poco ante los problemas de otros miembros, esta relacionado con la poca capacidad para ofrecer apoyo (el 75% de las familias del grupo control y el 87.5% de las del grupo piloto son disfuncionales). El brindar soporte y protección a los miembros del sistema es una gran dificultad. Los conflictos radican en la poca intervención de la familia ante un problema o una dificultad emocional por la que atraviesa algún miembro de la grupo familiar. Lo anterior cobra especial importancia, debido a que en sujetos con esquizofrenia es necesario el apoyo familiar para sortear las dificultades que enfrentan ante la enfermedad.

Es interesante mencionar que se exploró el recibir visitas en casa. Lo relevante surgió en el momento en que una mayoría importante de estas familias expresó que nadie los visitaba. Lo anterior nos muestra que estas familias están aisladas de la comunidad, algunas incluso de sus familias de origen. Como revisamos, Rolland (2000) menciona que estas familias son aisladas y volcadas al interior del sistema, lo que queda confirmado con estos resultados. Son sistemas cerrados que tienen poco contacto con otros sistemas. Sin embargo, hay que hacer hincapié en que no estamos seguros si este aislamiento surge a partir del inicio de la enfermedad mental, ante la necesidad de sobrellevar el estigma social que esto conlleva, o bien si es que las relaciones en estas familias han sido así desde su formación.

Debido a lo anterior es de importancia el tender redes de apoyo social que ayuden a la integración de los sujetos, pero también de los grupos familiares a la comunidad.

Estas familias son competentes en cuanto a tareas de supervisión (el 43.8% en el grupo control y el 75% en el grupo piloto son funcionales). Son capaces de vigilar las normas a seguir (aunque sean poco claras) y el comportamiento de los miembros de la familia. Esto se podría deber, sin establecer una causalidad directa, a que estas familias (que se enfrentan a una enfermedad tan compleja como lo es la esquizofrenia que requiere de un tratamiento farmacológico y psicoterapéutico), necesitan establecer conductas de supervisión adecuadas dentro de la familia de acuerdo a la situación por la que atraviesan.

Dentro de estas conductas de supervisión resaltan las relacionadas con la aparición de síntomas antecedentes a una posible recaída y también en el seguimiento del tratamiento farmacológico en la toma del medicamento. Esto resulta relevante ya que es posible que la información recibida en los grupos de los servicios de hospital parcial, este repercutiendo en esta área.

Como pudimos observar estas familias tienen una dificultad en la expresión de emociones y sentimientos de bienestar entre los miembros de la familia, es decir en la expresión de afecto positivo (el 75% de las del grupo control y el 87.5% de las del grupo piloto son disfuncionales). El problema reside tanto a nivel verbal como no verbal. En las interacciones familiares escasean los abrazos espontáneos, las palabras estimulantes y el escuchar a los otros miembros del sistema familiar.

De la misma manera tenemos que los integrantes de estas familias tienen poca capacidad para expresar de forma adecuada los sentimientos y emociones negativas, o el afecto negativo (el 93.8% del grupo control y el 87.5% del grupo piloto son disfuncionales). Es decir, las conductas relacionadas con la solución de problemas graves y enojos en la familia, se ven entorpecidas por esta dificultad, por lo que se vuelven ineficientes en cuanto a la resolución de conflictos.

Aquí es necesario hacer énfasis en cuanto a lo que se denomina como emoción expresada (Willets y Leff, 1997), ya que esto nos podría abrir la posibilidad de estudiar a estas familias con instrumentos como la Camberwell Family Interview.

A nivel global, las familias son disfuncionales (el 100% en el grupo control y el 87.5% en el grupo piloto). Esto tal vez expresa que estas familias tienen poco potencial afectivo o instrumental para enfrentar y solucionar problemas utilizando los recursos disponibles (93.8% en el grupo control y el 100% en el grupo piloto), tanto económicos como humanos. Y también dificultad para desarrollar recursos que les permitan adaptarse y hacer frente a las crisis que se les presentan.

Cabe resaltar que estas familias con todo lo disfuncional que puedan ser, han brindado atención y contención al familiar esquizofrénico. Dando un sentido a la unión a las relaciones familiares.

Con toda la información que obtuvimos a través de la evaluación familiar podemos afirmar que existen similitudes entre estos dos grupos (control y piloto). El que estas familias tengan un miembro esquizofrénico parece hacerlas funcionar de este modo particular.

Lo anterior nos lleva a suponer que probablemente las familias que se enfrentan ante una enfermedad, dependiendo del padecimiento que se trate (esquizofrenia, depresión, trastorno bipolar, etc), tal vez funcionan con ciertos patrones particulares, esto porque las necesidades y requerimientos de la familia son distintos. Por ejemplo puede ser que la mayoría de las familias con algún miembro con trastorno depresivo tengan patrones de conducta consideradas diferentes a las que tienen las familias con sujetos esquizofrénicos, lo que se vería reflejado en la evaluación realizada con un instrumento como la Escala de Funcionamiento Familiar. Esto nos llevaría por supuesto a la necesidad de evaluar a familias que tengan un miembro (o tal vez más, con algún tipo de enfermedad; que puede ser mental, que es lo que nos concierne en este momento, o cualquier otra, y entonces investigar si es que existen patrones específicos de interacción en estas familias.

Es importante señalar que realizar una evaluación familiar con un instrumento válido y confiable nos da la oportunidad de observar a la familia desde muy distintos ángulos (9 áreas distintas en la Escala de Funcionamiento Familiar), lo que nos facilita como profesionales de la salud detectar las dificultades que tienen las familias en su funcionamiento, lo que permitirá hacer intervenciones más precisas y más eficaces, por supuesto tomando en cuenta todos los elementos necesarios para la administración de la misma (familiograma, etapa del ciclo vital, historia familiar, etc.).

Como sabemos en los servicios de salud asistenciales (Secretaría de Salud), existe una demanda constante de atención, la cual muchas veces es rebasada ante la posibilidad real de ofrecer servicios eficientes y eficaces. Sobre todo en los servicios de Hospital Parcial, a los que se les exige reducir los tiempos de atención, (estos generalmente se caracterizan por brindar atención en periodos largos de tiempo) una posibilidad de hacerlos de más eficaces es contar con herramientas que faciliten la atención.

Resulta interesante conocer que las familias de ambos servicios son disfuncionales, lo que nos lleva a preguntarnos hasta que punto las actividades destinadas a pacientes y familiares, tienen un impacto sobre el funcionamiento de la familia. Sin poder dar una explicación de lo que ocurre y debido a que los propósitos de esta investigación no se encontraban orientados a evaluar un cambio en las personas que acuden a los servicios (como en un estudio test-retest), ni en pacientes ni en los familiares, si puede quedar como una propuesta que requiere ser estudiada.

Finalmente, en el análisis estadístico utilizando el coeficiente de correlación de Pearson, tomando en cuenta a todos los sujetos que tenían los dos instrumentos (N=42), no se encontraron correlaciones significativas entre la Adherencia Terapéutica y las áreas de Funcionamiento Familiar.

LIMITACIONES Y SUGERENCIAS.

El mundo actual atraviesa por grandes dificultades como la pobreza extrema, amenazas de guerra, conflictos armados interminables, etc. Nuestro país comparte muchos de estos problemas, además de los propios. Todos los problemas sociales, políticos y económicos afectan la salud mental de la población, por lo tanto impera la necesidad de contar con programas y modelos que promuevan e incidan en la salud tanto física como mental de las personas. Siempre es importante contar con propuestas innovadoras encaminadas a mejorar los programas de salud, empero, también es importante retomar experiencias de modelos que han demostrado su utilidad.

En esta investigación contamos con datos confiables que nos permiten apreciar claramente el trabajo realizado en los programas de Hospitalización Parcial. Observamos con agrado que ambos programas (Hospital de Día y Hospital Parcial de Fin de Semana), son eficientes en la promoción de la Adherencia Terapéutica, por lo tanto ambos programas garantizan que el tratamiento se lleve a cabo de manera adecuada.

Consideramos necesario realizar estudios en más programas que se relacionan directamente con la promoción de la salud mental en general y con la rehabilitación en particular, es primordial realizar investigaciones rigurosas que nos permitan evaluar con exactitud la Adherencia Terapéutica.

Así como también sería importante realizar estudios epidemiológicos en todos los servicios de salud, que están destinados a atender usuarios con padecimientos psiquiátricos de tipo crónico. Es necesario saber con precisión en que lugares se atienden las mujeres con esquizofrenia y los sujetos con baja escolaridad o conocer si no se están atendiendo. Como hemos visto es muy importante hacer eficientes los servicios de salud, sabemos que existen grandes costos tanto económicos, sociales, psicológicos, etc. Por lo que es una prioridad atender a un sector de la población tan importante como lo es el de las mujeres y de usuarios analfabetas en programas integrales como los hospitales de día.

Proponemos como diseño de investigación los estudios casos-control (preferentemente con apareamiento de variables), aunque son costosos permiten obtener información precisa y confiable. Desde luego, es importante realizar investigación con muestras grandes para obtener datos epidemiológicos, como los mencionados en la discusión del presente trabajo.

Toda información confiable nos permitirá hacer propuestas para aumentar la eficiencia de los servicios de salud. Lo que nos corresponde abordar como psicólogos en esta investigación tiene que ver con dos grandes rubros, el primero es garantizar que el tratamiento se lleve a cabo de manera adecuada (Adherencia Terapéutica); y el segundo proponer un modelo de intervención en las familias de los usuarios, con la finalidad de utilizar los recursos, tanto humanos como económicos, de tal forma que dicha intervención tenga un impacto real en estas familias.

Por un lado tenemos que ambos programas promueven la Adherencia Terapéutica, por lo tanto, sería conveniente que en otros programas de atención a la salud destinados a tratar enfermedades crónicas (independientemente de que sea de tipo psiquiátrico), se retomen actividades psicoeducativas, tanto para los usuarios como para sus familiares. Es esencial pedir la participación de la familia en el tratamiento.

Es necesario reflexionar en el punto anterior y mencionar lo siguiente, sabemos que la participación de la familia en cualquier tratamiento es importante y trascendente, sin embargo, es fundamental demostrarlo. Proponemos una investigación semejante a la realizada, es decir, comparar los dos Programas de Hospital Parcial con el programa de Consulta Externa tradicional (en donde no se exige la participación de la familia en el tratamiento), utilizando el mismo método. O bien, realizar comparaciones con otras instituciones como las granjas. De esta manera, tendríamos la posibilidad de conocer el impacto de la participación de los familiares en el tratamiento, mientras tanto podemos considerar esta situación como una limitación de esta investigación.

En lo concerniente a la forma de intervención en las familias de los usuarios, sería conveniente efectuar un estudio test-retest, utilizando la Escala de Funcionamiento Familiar (Espejel, 1995), para conocer con precisión el impacto que tienen los programas de Hospital Parcial en el funcionamiento de las familias. Por ejemplo sería interesante conocer el impacto de los grupos psicoeducativos en el área de supervisión. Lo anterior con la idea de maximizar los recursos tanto humanos como materiales. Es decir, es imprescindible conocer con certeza qué es lo que incide directamente en el tratamiento, si son las actividades psicoeducativas junto con la solidaridad de las familias (al acompañar y participar con los usuarios en el tratamiento) ó es que las actividades realizadas en los programas tienen un impacto terapéutico en el funcionamiento de estas familias.

Asociado a lo anterior, basta recordar que el 100% de las familias en el Hospital de Día (Lunes a Viernes) resultaron disfuncionales y el 87.5 % de las familias en el Hospital Parcial de Fin de Semana (Sábados y Domingos) fueron también disfuncionales, de acuerdo con el instrumento utilizado.

La realidad impone limitaciones a todos, en esta investigación la principal limitación fue de tipo económico. Los recursos para realizar investigación científica en nuestro país son muy limitados. Implementar una tesis con una metodología tan rigurosa es muy costoso, los materiales (aún siendo de lápiz-papel) también lo son. Fue también limitante que para obtener una beca para realizar una tesis, que era importante para facilitar recursos materiales, existan ciertos requisitos entre los que destaca retomar una línea de investigación con la que ya cuente algún profesor de la facultad. En nuestro caso resultó poco viable, debido a que nuestro interés se encontraba dirigido a cumplir con objetivos que no se relacionaban con ninguna otra investigación.

Otra limitante desde luego tiene que ver con la burocracia en las Instituciones en donde se pueden implementar las investigaciones, es comprensible que exista un clima de desconfianza e incertidumbre que se agudiza cuando alguien externo propone realizar investigaciones. Lo que sugerimos al respecto, es la creación de proyectos interinstitucionales que faciliten y promuevan la realización de proyectos de investigación.

BIBLIOGRAFÍA.

- Ackerman, N.W. (1957). Interpersonal Disturbances in the Family: Some Unsolvable Problems in Psychotherapy. Psychiatry, 19: 68-74.
- Ackerman, N.W. (1958). Psychodynamics of Family Life. Nueva York: Basic Books.
- Ackerman, N. W. (1968). Family-focused Therapy of Schizophrenia. En S.C. Scher y H.R. Davis (Dir.) Out-patient treatment of Schizophrenia. Nueva York: Grune y Stratton.
- Ackerman, W. (1964) Diagnóstico y Tratamiento de las Relaciones Familiares. Buenos Aires, Argentina. Horme.
- Andolfi, M., Angelo. C. y Cols. (1985). Detrás de la Mascara Familiar, la Familia Rígida un Modelo de Psicoterapia Racional. Amorrortu. Buenos Aires.
- Andolfi, M. (1992). Terapia Familiar, un Enfoque Interaccional. Argentina. Edit. Paidós.
- Asociación Americana de Psiquiatría (APA). (1996). DSM-IV Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. Edit. Masson. Barcelona.
- Attali, J. (1982). La Medicina en Acusación, el Futuro de la Vida. Edit. Planeta. Barcelona, España.
- Babiker, I. (1986). Noncompliance in Schizophrenia. Psychiatric Dev. 4:329-37.
- Beaglehole, R. (1996). Epidemiología Básica. Organización Panamericana de la Salud. Washington, D.C.
- Becker, M y Maiman, L. (1980). Strategies for Enhancing Patient Compliance. Journal of Community Health. (6):113-135.
- Boszormenyi-Nagi, I. (1991). Terapia Familiar Intensiva: Aspectos Teóricos y Prácticos. México. Edit. Trillas.
- Bowen, M. (1959). Family Relationship in Schizophrenia. En A. Auerbach (dir.). Schizophrenia. Basic Books. Nueva York.
- Bowen, M. (1960). A Family Concept of Schizophrenia. En D. D. Jackson (Dir.) Etiology of Schizophrenia. Basic Books. Nueva York.
- Bradford, A. (1971) Principles of Medical Statistics. The Lancet Limited. Great Britain.
- Braverman. (1986). Tipología Familiar Relacionada con Aspectos Psicológicos Pedagógicos. Tesis de Doctorado. Facultad de Psicología. UNAM.
- Buchanan, A. (1992). A Two-year Prospective Study of Treatment Compliance in Patients with Schizophrenia. Psychology Medical. 22:787-97.
- Cabrera, C. (1999). La Esquizofrenia en la Familia. FEAFES. Madrid, España.
- Castañeda, C. Y Freyre, J. (1991). Evolución de las Instituciones Psiquiátricas en México. Psisquis.1:18-22. En García, A. (1994) Evaluación del Programa Orientación a Familiares: Impartido en el Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Álvarez". Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología, UNAM.
- Castañeda, Patricia. (1998) Funcionamiento de la Estructura Familiar y la Adherencia Terapéutica en Escolares con Anemia Aplásica. Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología. UNAM.

- Castilla, A. y Cols. (1998). La Carga Familiar en una Muestra de Pacientes Esquizofrénicos en Tratamiento Ambulatorio. Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq., vol. XVIII, n.º 68, pp. 621-642.
- Celis, A. y Nava, J. (1970). La Patología de la Pobreza. Revista del Hospital General. 33:31.
- Clark, David. (1982). Terapia Social en Psiquiatría. Ediciones Morata. Madrid, España.
- Cohen, S., Leonard, C., Faberbrow, A. et al. (1964). Tranquilizers and Suicide in Schizophrenic Patients. Arch. Gen. Of Psychiatry. 11:12-21.
- Corraliza, J. (1994). Procesos Psicosociales y Marcos Físicos. En Morales, J. (Compilador) Psicología Social. Edit. Mac Graw Hill. España.
- Curson, D. Barnes, T. et al. (1985). Long-term Depot Maintenance of Chronic Schizophrenic Out-patients: the Seven Year Follow-up of the Medical Research Council Fluophenazine/Placebo Trial II. The Incidence of Compliance Problems, Side-effects, Neurotic Symptoms and Depression. British Journal of Psychiatry. 146:469-74.
- Daniel, W. (1992). Bioestadística. Edit. Limusa. México.
- Domínguez, T.B. (1984). Contribuciones de la Investigación en Psicología Terapéutica. Trabajo presentado en el XXIII Congreso Internacional de Psicología, Acapulco, México. En Puente-Silva, F. (1985). Adherencia Terapéutica: Implicaciones para México. México.
- Dunbar, J., Dunning, E., y Dwyer, K. (1989). Compliance Measurement UIT Arthritis Regimen. Arthritis Care & Research. 2 (3): 8-16.
- Espejel, E. (1987). Cuestionario de Evaluación Familiar. Tesis de Maestría. Facultad de Psicología. U.N.A.M.
- Espejel, E. (1995). Escala de Funcionamiento Familiar. Tesis de Doctorado. IFAC. México.
- Espejel, E. (2000). La Escala de Funcionamiento Familiar. Una Aproximación a la Investigación Cuanti y Cualitativa. En Familia: Naturaleza Amalgamada. por Jiménez, Raúl. (Compilador). Universidad Autónoma de Tlaxcala.
- Estrada, L. (1996). El Ciclo Vital de la Familia. Edit. Posada. México.
- Fallon, I. (1984). Developing and Maintaining Adherence to Long-term Drug-taking Regimens. Schizophrenia Bulletin. 10:412-7.
- Fennichel, Otto. (1996). Teoría Psicoanalítica de las Neurosis. Edit. Paidós. México.
- Fleischhacker, W. et al. (1994). Compliance with Antipsychotic Drug Treatment Influence of Side Effects. Acta Psych. Scand. 89 (Supl.382): 11-5.
- Flygenring, J. (1984). Treatment of Alcohol Withdrawal Symptoms in Hospitalized Patients: A Randomized, Double-blind Comparison of Carbamazepine and Barbitol. Acta Psych. Scand. (69): 398-408.
- Freidberg, A. (1985). Un Enfoque Humanista en la Terapia de Pareja. México, D.F.
- Friedman, H. Y Taub, H. (1982). An Evaluation of Hypnotic Susceptibility and Peripheral Temperature Elevation in the Treatment of Migraine. American Journal of Clinical Hypnosis. (24) 3: 172-182.

- Fromm-Reichmann, F. (1948). Notes on the Development of Schizophrenia by Psychoanalytic Psychotherapy. Psychiatry. 11: 267-277.
- Gergen, K. (1991). El Yo Saturado: Dilemas de Identidad en el Mundo Contemporáneo. Edit. Paidós. Barcelona.
- Gerlach, J. (1994). Oral Versus Depot Administration of Neuroleptics In Relapse Prevention. Acta Psych. Scand. 89:(Supl.382):28-32.
- Green, L.W. (1979). Educational Strategies to Improve Compliance with Therapeutic and Preventive Regimens: The Recent Evidence. En R.B. Hagnes.
- Haley, J. (1959). Family of the Schizophrenic: A Model System. J. Nerv. Ment. Dis. 129: 357-374.
- Heayer, G. (1977). La Esquizofrenia. Edit. Planeta. Barcelona, España.
- Hoge, S., et al. (1990). A Prospective, Multicenter Study of Patients Refusal of Antipsychotic Medication. Arch. Gen. Psychiatry. 47:949-56.
- Hooley, J. M. (1987). The Nature and Origins of Expressed Emotion. New York: Family Process. En Weisman, A., López, S.R., Karno, M., y Jenkins, J. (1993). An Attributional Analysis of Expressed Emotion in Mexican-American Families With Schizophrenia. Journal of Abnormal Psychology. 102:4. 601-606.
- Hosek, P. (1997). Self Motivation and Exercise Adherence in Adult Women. Dissertation Abstract International. (58): 3-A.
- Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Álvarez" Subdirección de Servicios Ambulatorios. (2001). Programa de Trabajo Hospital Parcial de Día. Secretaría de Salud.
- Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Álvarez" Subdirección de Servicios Ambulatorios. (2000). Programa de Trabajo Hospital Parcial de Fin de Semana. Secretaría de Salud.
- Jackson, D. (1980). Etiología de la Esquizofrenia. Edit. Amorrortu. Buenos Aires, Argentina.
- Jackson, H., Smith, N., Mcgorry, P. (1990). Relationship Between EE and Family Burden in Psychiatric Disorders: An Exploratory Study. Acta Psych. Scand. 82: 243-249. En Castilla, A. y Cols. (1998). La Carga Familiar en una Muestra de Pacientes Esquizofrénicos en Tratamiento Ambulatorio.
- Kemp, R. Et al. (1998). A Randomized Controlled Trial of Compliance Therapy. 18-month Follow-up. British Journal of Psychiatry. 172:413-9.
- Kissling, W. (1994). Compliance, Quality Assurance and Standard for Relapse Prevention in Schizophrenia. Acta Psych. Scand. 89 (Supl.382):16-24.
- Leff, J., y Cols. (1985). A Controlled Trial of Social Intervention in the Families of the Schizophrenic Patients: Two Year Follow-up. British Journal of Psychiatry. 146: 594-600. En Castilla, A. y Cols. (1998). La Carga Familiar en una Muestra de Pacientes Esquizofrénicos en Tratamiento Ambulatorio.
- Leff, J., y Cols. (1986). Controlled Trial of Social Intervention in the Families of Schizophrenic Patients, en Goldstein, M. (comp). Treatment of Schizophrenia: Family Assessment and Intervention. Nueva York, Springer, 1986, pp. 153-170. En Castilla, A. y Cols. (1998). La Carga Familiar en una Muestra de Pacientes Esquizofrénicos en Tratamiento Ambulatorio.

⁹³ Tesis: Estudio Comparativo de Dos Servicios de Hospital Parcial para Pacientes Esquizofrénicos Considerando el Funcionamiento Familiar y la Adherencia Terapéutica. Autores: Barros Muñoz Alicia y Cortes Ramirez Julio César. Director de Tesis: Dr. Federico G. Puente Silva.

- Leventhal, H. (1982). Wrongheaded Ideas About Illness. En Psychology Today Magazine Vol. 16 No. 1 New York.
- Lidz, T y Fleck, S. (1960). Schizophrenia, Human Integration and the Role of the Family. En D. D. Jackson . Etiology of Schizophrenia. Basic Books. Nueva York.
- Linn, S., y Garske, J. (1998). Psicoterapias Contemporáneas. Modelos y Métodos. España, Biblioteca de Psicología. Desclée de Brower.
- Lobato, X. (2002). Adherencia Terapéutica y Bienestar del Paciente Diabético: Medicación y Mejoramiento. Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología. UNAM.
- Macmahon, B. (1970). Epidemiology. Principles and Methods. Little Brown and Company Boston. United States Of America.
- Marder, S. (1998). Facilitating Compliance with Antipsychotic Medication. Journal of Clinical Psychiatry. 59(Supl.3): 21-5.
- Martínez, V. (1991). Programa de Prevención y Rehabilitación para Pacientes con Retinosis Pigmentaria. Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología. UNAM.
- Mason, B. Y Matsuyama, J. (1994). Adherence Consistency Across Treatment Regimens. Latters Diabetes Care. (17): 347-348.
- Mcgoldrick, M. (1987). Genogramas en la Evaluación Familiar. Edit. Gedisa. Buenos Aires, Argentina.
- Miller, W. (1985). Motivation for Treatment: A Review With Special Emphasis on Alcoholism. Psychological Bulletin. (98): 84-107.
- Minuchin, S. (1991). La Locura y las Instituciones: Familia, Terapia y Sociedad. Edit. Gedisa. Buenos Aires.
- Midelfort, C. F. (1957). The Family in Psychotherapy . Edit. Mc Graw-Hill. Nueva York.
- Minuchin, S. (1992) Familias y Terapia Familiar. Edit. Gedisa. España.
- Minuchin, S. y Fishman, C. (1994). Técnicas de Terapia Familiar. Edit. Paidós. México.
- Muñoz, A. (1998). Características de la Dinámica Familiar en Niños con Encopresis Secundaria. Tesis de Licenciatura. Fac. de Psicología. U.N.A.M.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). Ginebra. (1994). CIE-10 Manual de Trastornos Mentales y del Comportamiento: Descripciones Clínicas y Pautas para el Diagnóstico. Edit. Meditor. Madrid.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). Ginebra. (2001). Communique on Adherence to Long Term Therapies: Policy for Action.
- Padilla, M. (1994). Comparación en la Cohesión y Adaptabilidad según el Faces II entre Familia con y sin Paciente Psiquiátrico. Tesis de Licenciatura. Fac. de Psicología. U.N.A.M.
- Pérez, R. (1991). Metodología de la Investigación Científica. Edit. Trillas. México.
- Planasky, K. Johnston, R. (1973). Clinical Setting and Motivation in Suicide Attempts of Schizophrenics. Acta Pych. Scand. 49:680-90.

- Podell, R. (1975). Compliance: A Problem in Medical Management. American Family Physician. (13): 74-80.
- Porter, L. Gil, K., Sednay, J. Workman, E. Y Thompson, R. (1998). An Analysis of Daily Pain Records. International Journal of Behavioral Medicine. (5) 3: 185-203.
- Puente Silva, F. (1972). Los Psicofármacos Coadyuvantes de la Psicoterapia, Enfoque Órgano Dinámico. Tesis de Maestría en Psicología Clínica. UNAM.
- Puente Silva, F. (1985). Adherencia Terapéutica: Implicaciones para México, México.
- Quittner, A., Espelage, D. Ievers-Landis, C. Y Drotar, D. (2000). Measuring Adherence to Medical Treatments in Childhood Chronic Illness: Considering Multiple Methods and Sources of Information. Journal of Clinical Psychology in Medical Settings. (7) 1:41-54.
- Rascón, L., Rascón, D., López, J., Díaz, R. (2000). Actitudes Familiares con Respeto a la Esquizofrenia. En Familia: Naturaleza Amalgamada. por Jiménez, Raúl. (Compilador). Universidad Autónoma de Tlaxcala.
- Rodríguez, M. Y Montiel, M. (1986). El Auto-registro como Factor Determinante en el Incremento de la Adherencia Terapéutica dentro de los Programas de Salud Implementados en el Hospital General de la Secretaría de Salud de México, D.F. Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología. UNAM.
- Rolland, J. (2000). Familias, Enfermedad y Discapacidad. Una propuesta desde la Terapia Sistémica. Edit. Gedisa. España.
- Rocha, L., y Hernández, C. (2000). Cohesión y Adaptabilidad en Familias con un Paciente Psiquiátrico. En Familia: Naturaleza Amalgamada. por Jiménez, Raúl. (Compilador).Universidad Autónoma de Tlaxcala.
- Ruiz de Chávez, M. (1984). Implicaciones de la Falta de Cumplimiento Terapéutico para el Sector Salud. Trabajo presentado en el XXIII Congreso Internacional de Psicología, Acapulco, México. En Puente-Silva, F. (1985). Adherencia Terapéutica: Implicaciones para México. México.
- Ruscher, S. Et al. (1997). Psychiatric Patients Attitudes About Medication and Factors Affecting Noncompliance. Psychiatric Serv. 48(1):82-5.
- Sackett, D. (1994). Ayudar a los Pacientes a Cumplir los Tratamientos, Epidemiología Clínica. Ciencia Básica para la Medicina Clínica. Edit. Interamericana. Buenos Aires, Argentina.
- Safren, S. (1999). Cognitive Behavioral Interventions to Increase Medication Adherence. En Psychiatric Practice: Everyday Solutions. General Hospital and Harvard Medical School. Boston.
- Segal, H. (1992). Introducción a la Obra de Melanie Klein. Edit. Paidós. México.
- Selvini Palazzoli, M. (1991) Paradoja y Contraparadoja: Un Nuevo Modelo en la Terapia de Familia de Transacción Esquizofrénica. Edit. Paidós. México.
- Smith, J., y Cols. (1993). The Needs of High and Low Expressed Emotion Families: A Normative Approche. Soc. Psychiatr. Epidemiol. 28:11-16. En Castilla, A. y Cols. (1998). La Carga Familiar en una Muestra de Pacientes Esquizofrénicos en Tratamiento Ambulatorio.

- Servicios de Salud Mental (Sersame). (2001). Programa de Acción Salud Mental: Programa Especifico de Esquizofrenia. Secretaría de Salud.
- Spiegel, J. P. (1957). The Resolution of Role Conflict Within the Family. Psychiatry. 20:1-16.
- Smith, L. (1989). Medication Refusal and the Rehospitalized Mentally ill Inmate. Hospital Common Psychiatry. 40:491-6.
- Stoudemire, A., Thompson T. (1983). Medication Noncompliance: Systematic Approaches to Evaluation and Intervention. General Hospital of Psychiatry. 5:233-9.
- Stone, A., Porter, S., y Neale, J. (1993). Daily Events and Mood Prior to the Onset of Respiratory Illness Episodes: A Non-replication of 3-5 Day "desirability dip". British Journal of Medical Psychology. (66): 383-393.
- Tanay, E. (1987). Homicidal Behavior in Schizophrenics. Journal Forensic Science. 32:1382-8.
- Ulmer, R.A. (1984). Improving Patients Compliance to Medical Regiments: Practical Specifics for Clinical Research and Teaching Consultation Application. Trabajo presentado en el XXIII Congreso Internacional de Psicología, Acapulco, México. En Puente-Silva, F. (1985). Adherencia Terapéutica: Implicaciones para México. México.
- Van Putten, T. (1974). Why Do Schizophrenic Patients Refuse to Take their Drugs? Arch. Gen. De Psychiatry. 31:67-72.
- Virkkunen, M. (1974). Observations on Violence in Schizophrenia. Acta Psych. Scand. 50:145-51.
- Watzlawick, P. (1996). Teoría de la Comunicación Humana. Editorial Herder. Barcelona, España.
- Weiden, P., Dixon, L., Frances, A. et al. (1991). Neuroleptic Noncompliance in Schizophrenia. En Tamminga, C. Schulz, C. (eds.) Advances in Neuropsychiatry and Psychopharmacology. Vol. 1. Schizophrenia Research. New York, Raven. 285-96.
- Weiden, P., Rapkin, B., Mott, T. et al. (1994). A Rating of Medication Influences (ROMI) Scale in Schizophrenia. Schizophrenia Bulletin. 20:297-310.
- Weisman, A., López, S.R., Karno, M., y Jenkins, J. (1993). An Attributional Analysis of Expressed Emotion in Mexican-American Families With Schizophrenia. Journal of Abnormal Psychology. 102: 4. 601-606.
- Willetts, L., Leff, J. (1997). Expressed Emotion and Schizophrenia: the Efficacy of a Staff Training Programme. Journal of Advanced Nursing. 26: 6. 1125-1133.
- Wing, J.K. y Brown, G.W. (1961). Schizophrenia: A Comparative Survey of Three Mental Hospitals. Journal of Mental Science. Vol 107: 847-861.
- Wynne, L. C., Ryckoff, I. Day, J. Y Hirsh, S. (1958). Pseudomutuality in the Family Relations of Schizophrenics. Psychiatry. 21: 205-220.

ANEXO 1.

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

México D. F. a ____ de _____ de 2002

Por medio de la Presente, acepto participar de manera voluntaria en el estudio sobre Adherencia Terapéutica, realizada en el Hospital Parcial del Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Álvarez", por los pasantes Alicia Barrios Muñoz y Julio Cesar Cortés Ramírez. Considerando que toda la información obtenida será confidencial y utilizada para fines de Investigación Científica.

Los procedimientos utilizados en esta investigación se apegaran a estrictas normas éticas que de ninguna manera pondrán en riesgo mi integridad como persona y paciente de esta institución.

Sabiendo de antemano que participar o no, en dicha Investigación no altera el tratamiento prescrito ni mi permanencia en este programa.

Nombre. _____

Firma. _____

140

ANEXO 2.

FICHA DE IDENTIFICACIÓN

1. Nombre: _____
2. Edad: _____
3. Sexo: _____
4. Estado Civil: Soltero _____ Casado _____ Divorciado _____ Unión Libre _____ Viudo _____
5. ¿ Tiene hijos ? No _____ Si _____ ¿Cuantos ? _____
6. Escolaridad: Analfabeta _____ Primaria Incompleta _____ Secundaria Incompleta _____ Preparatoria Incompleta _____ Otros _____ Primaria Completa _____ Secundaria Completa _____ Preparatoria Completa _____
7. Trabajo: No _____ Ama de Casa _____ Trabajo Administrativo _____ Oficio _____ Otros _____
8. Ingreso Mensual: a) Personal _____ Familiar _____ Ambos _____
b) 1,500.00 o menos _____ 1,500.00 a 3,000.00 _____ 3,000.00 a 6,000.00 _____
Más de 6,000.00 _____
9. ¿ Quienes viven con usted y cuantos son ? _____

10. La casa donde usted vive es:

- a) Casa _____ Departamento _____ Vecindad _____ Otro _____
- b) Propia _____ Rentada _____ Otro _____

11. La casa donde usted vive tiene:

- | | | | | | |
|------------------------------|----|----|---|---|---------|
| Cocina | Si | No | | | |
| Baño Completo | Si | No | | | |
| Número de Piezas | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 o más |
| Agua Corriente o de la llave | Si | No | | | |

12. ¿ Sabe usted que padecimiento tiene ? Si _____ No _____

¿Cual? _____

13. Edad de Inicio del Padecimiento: _____

14. Duración del Padecimiento:

2 años o menos _____ De 2 a 5 años _____ Mas de 5 años _____

15. Tipo de Esquizofrenia: _____

16. Zona de la Ciudad en Donde Vive: _____

17. Tiempo de Recorrido al Hospital: _____

18. Medio de Transporte que Utiliza: _____

Test: Estudio Comparativo de Dos Servicios de Hospital Parcial para Pacientes Esquizofrénicos Considerando el Funcionamiento Familiar y la Atención Terapéutica. Autores: Barrios Muñoz Alicia y Cortés Ramírez Julio César. Director de Test: Dr. Fedecia G. Puente Silva.

142

ANEXO 3.
CEDULA DE AUTO-REGISTRO

Día: _____













Nombre: _____

Clave: _____ No. Exp. _____

M.1.  _____ M.4.  _____

M.2.  _____ M.5.  _____ Fecha: _____

M.3.  _____ M.6.  _____ Fecha: _____

DESAYUNO				
COMIDA				
CENA				

**TESIS CON
FALTA DE ORIGEN**

<p>NO</p> 	<p>FUMA</p> <p>¿CUANTOS?</p> 	<p>NO</p> 	<p>EJERCICIO</p> <p>SI</p> 
--	--	--	--

¿Como se siente?: a) Tranquilo y Bien b) Nervioso y Molesto c) Preocupado y Triste
d) Otros _____ Describe _____

El día de hoy le ha pasado algo muy bueno () o algo muy malo () ¿ Qué? _____

Este formulario es propiedad de la Universidad de Panamá y debe ser devuelto al personal de la Oficina de Registro y Control de la Universidad de Panamá.

148

1944
APR 23

1944 APR 23 11 12 AM

APR 23 11 12 AM

APR 23
ADVANCED

APR 23 11 12 AM

APR 23 11 12 AM

APR 23 11 12 AM

FAMILIOGRAMA.

Comenzar el diagrama en la parte inferior de la página con la familia nuclear.

INSTRUCCIONES PARA EL EXAMINADOR: Marque con una cruz el o los cuadros que correspondan al miembro de la familia al que se refiere la respuesta expresada por los entrevistados.

1.- ¿ Hay en su familia algún o algunos miembros considerados como los más trabajadores?...

Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro Familiar	Otro NO Familiar	Todos	Nadie

Funcionalidad _____

2.- ¿ Quién organiza la alimentación en la familia (Ir al mercado, decidir los menús, etc.)...

Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro Familiar	Otro NO Familiar	Todos	Nadie

Funcionalidad _____

3.- En su Familia, ¿ Hay alguna o algunas personas que sean más reconocidas o tomadas en cuenta ?...

Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro Familiar	Otro NO Familiar	Todos	Nadie

Funcionalidad _____

4.- Si se reúne la familia para ver televisión, ¿ Quién decide el programa ?...

Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro Familiar	Otro NO Familiar	Todos	Nadie

No se reúnen _____ Funcionalidad _____

5.- ¿ Quién o Quienes de la familia tienen más obligaciones ?...

Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro Familiar	Otro NO Familiar	Todos	Nadie

Funcionalidad _____

6.- ¿ Quién o Quienes de la familia intervienen cuando los padres discuten y pelean entre sí ?...

Hijos	Hijas	Otro Familiar	Otro NO Familiar	Todos	Nadie

Funcionalidad _____

7.- En los problemas de los hijos, ¿ Quién o Quienes intervienen ? ...

Padre	Madre	Otros Hijos	Otras Hijas	Otro Familiar	Otro NO Familiar	Todos	Nadie

Funcionalidad _____

8.- ¿ Quién reprende a los hijos cuando cometen una falta ?...

Padre	Madre	Otros Hijos	Otras Hijas	Otro Familiar	Otro NO Familiar	Todos	Nadie

Funcionalidad _____

9.- Si en esta casa existen horarios para comer o llegar, ¿ Quienes respetan los horarios de llegada ?...

Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro Familiar	Otro NO Familiar	Todos	Nadie

No existen horarios _____ Funcionalidad _____

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

10.- Si uno de los padres castiga a un hijo, ¿ Quién interviene ?...

El Otro Padre	Otros Hijos	Otras Hijas	Otro Familiar	Otro NO Familiar	Todos	Nadie

No ha sucedido _____ Funcionalidad _____

INSTRUCCIONES PARA EL EXAMINADOR: A partir de esta pregunta explore todos los indicadores. Cuando la respuesta involucre a toda la familia, marque las celdas necesarias.

11.- ¿ Cuando alguien invita a la casa, a quien se le avisa ? ...

A quien avisa:

Quien invita	Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro Familiar	Otro NO Familiar	No avisa
Padre							
Madre							
Hijos							
Hijas							
Otro Familiar							
Otro NO Familiar							

Nunca Invitan _____ Funcionalidad _____

12.- ¿ Quiénes participan y quienes no participan en la economía familiar ?...

Estatus	Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro Familiar	Otro NO Familiar
Trabaja y Participa						
Trabaja y no Participa						
No Trabaja y Participa						
No Trabaja						

Funcionalidad _____

13. - Si cada quien tiene obligaciones definidas en esta familia, ¿ Quién sustituye a quien para cumplirlas, cuando no puede hacerlo el responsable ?...

Quien sustituye:

Responsable	Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro Familiar	Otro NO Familiar	Nadie
Padre							
Madre							
Hijos							
Hijas							
Otro Familiar							
Otro No Familiar							

No existen Obligaciones Definidas _____ Funcionalidad _____

14.- En las Decisiones Familiares Importantes, ¿ Quiénes participan ?...

Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro Familiar	Otro NO Familiar	Todos	Nadie

Funcionalidad _____

15.- Para ausentarse de la casa, ¿ Quién le avisa o pide permiso a quién ?...

A quien se pide permiso

Pide Permiso	Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro Familiar	Otro NO Familiar	Nadie
Padre							
Madre							
Hijos							
Hijas							
Otro Familiar							
Otro No Familiar							

Funcionalidad _____

16.- Cuando alguien comete una falta, ¿ Quién y como castiga ?...

Como Castiga

Quien Castiga	Verbalmente	Corporalmente	Instrumentalmente
Padre			
Madre			
Hijos			
Hijas			
Otro Familiar			
Otro NO Familiar			

No se Castiga _____ Funcionalidad _____

17.- Si acostumbran hacer promesas sobre premios y castigos, ¿ Quien o quienes las cumplen siempre ?...

Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro Familiar	Otro NO Familiar	Todos	Nadie

Funcionalidad _____

18.- Cuando alguien se siente triste, decaído o preocupado, ¿ A quien pide ayuda?...

A quien se pide ayuda

Pide Ayuda	Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro Familiar	Otro NO Familiar	Nadie
Padre							
Madre							
Hijos							
Hijas							
Otro Familiar							
Otro No Familiar							

Funcionalidad _____

19.- ¿ Quién de ustedes salen juntos con cierta frecuencia ?...

	Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro Familiar	Otro NO Familiar	Nadie
Padre							
Madre							
Hijos							
Hijas							
Otro Familiar							
Otro No Familiar							

Funcionalidad _____

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

20.- En esta familia, ¿ Quien protege a quien ?...

	Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro Familiar	Otro NO Familiar	Nadie
Padre							
Madre							
Hijos							
Hijas							
Otro Familiar							
Otro No Familiar							

Funcionalidad _____

21.- Si conversan ustedes unos con otros, ¿ Quien con quien lo hace ?...

	Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro Familiar	Otro NO Familiar	Nadie
Padre							
Madre							
Hijos							
Hijas							
Otro Familiar							
Otro No Familiar							

Funcionalidad _____

22.- Si consideran ustedes que expresan libremente sus opiniones, ¿ Quienes son los que lo hacen ?...

Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro Familiar	Otro NO Familiar	Todos	Nadie

No _____ Funcionalidad _____

23.- ¿ Quiénes tienen mejor disposición para escuchar ?...

Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro Familiar	Otro NO Familiar	Todos	Nadie

Funcionalidad _____

24.- Cuando entre alguno de ustedes se toma una decisión o se llega a algún acuerdo, ¿ A quienes se les hace saber con claridad ?...

A quien se le hace saber

Quiénes acuerdan	Subsistema Parental	Subsistema Hijos	Otro Familiar	Otro NO Familiar	Nadie
Subsistema Parental					
Subsistema Hijos					
Otro Familiar					
Otro NO Familiar					

No hay acuerdos _____ Funcionalidad _____

25.- ¿ Quién supervisa el comportamiento escolar de los hijos ?...

Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro Familiar	Otro NO Familiar	Todos	Nadie

Funcionalidad _____

26.- ¿ Quién se responsabiliza de los hábitos higiénicos ?...

Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro Familiar	Otro NO Familiar	Todos	Nadie

Funcionalidad _____

††† Test: Estudio Comparativo de Dos Servicios de Hospital Parcial para Pacientes Epileptógenicos Considerando el Funcionamiento Familiar y la Adherencia Terapéutica. Autores: Barros Muñoz Alicia y Cortés Ramírez Julián César. Director de Test: Dr. Federico G. Paster Sáva.

27. Para transmitir los valores más importantes en esta familia, ¿ Quien se ha responsabilizado de su transmisión y vigencia ? ...

Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro Familiar	Otro NO Familiar	Todos	Nadie

Funcionalidad _____

28.- Cuando algo se descompona, ¿ Quién organiza su reparación ?...

Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro Familiar	Otro NO Familiar	Todos	Nadie

Funcionalidad _____

29.- ¿ Quién o quienes participan en la solución de un problema grave ?...

Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro Familiar	Otro NO Familiar	Todos	Nadie

Funcionalidad _____

30.- ¿Quiénes tomaron la decisión de vivir en este lugar? ...

Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro Familiar	Otro NO Familiar	Todos	Nadie

Funcionalidad _____

31. En esta familia, ¿Quienes son los más alegres o los que se divierten más?...

Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro Familiar	Otro NO Familiar	Todos	Nadie

Funcionalidad _____

32. ¿Quién en esta familia estimula las habilidades y aptitudes?..

Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro Familiar	Otro NO Familiar	Todos	Nadie

Funcionalidad _____

33.- ¿ Quiénes en la familia se abrazan espontáneamente ?...

	Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro Familiar	Otro NO Familiar	Nadie
Padre							
Madre							
Hijos							
Hijas							
Otro Familiar							
Otro No Familiar							

Funcionalidad _____

34.- Cuando se llegan a enojar en esta familia, ¿ quienes son los que lo hacen y con quienes ? ...

	Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro Familiar	Otro NO Familiar	Nadie
Padre							
Madre							
Hijos							
Hijas							
Otro Familiar							
Otro No Familiar							

Funcionalidad _____

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

INSTRUCCIONES PARA EL EXAMINADOR: A partir de esta pregunta explorar la frecuencia con que se presentan los eventos cuestionados.

35.- ¿ Se han llegado a golpear en esta familia ? ¿ Quién con quién ?...

	Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro Familiar	Otro NO Familiar	Nadie	Frecuencia		
								Muy Frecuente	Algunas Veces	Muy Raro
Padre										
Madre										
Hijos										
Hijas										
Otro Familiar										
Otro NO Familiar										

Funcionalidad _____

36.- ¿ En esta familia hay alguien que se embriague con alcohol o toma otro tipo de estimulantes ?...

	Frecuencia		
	Muy Frecuente	Algunas Veces	Muy raro
Padre			
Madre			
Hijos			
Hijas			
Otro Familiar			
Otro NO Familiar			

Funcionalidad _____

37.- ¿ Quién tiene o ha tenido problemas de comportamiento en la escuela, el trabajo o con los demás ?...

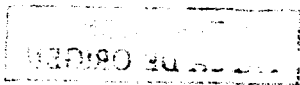
	Frecuencia		
	Muy Frecuente	Algunas Veces	Muy raro
Padre			
Madre			
Hijos			
Hijas			
Otro Familiar			
Otro NO Familiar			

Funcionalidad _____

38.- Si en esta familia ha habido problemas con la autoridad (Policía, Jefes, Maestros, etc.), ¿ Quién los ha tenido ?...

	Frecuencia		
	Muy Frecuente	Algunas Veces	Muy raro
Padre			
Madre			
Hijos			
Hijas			
Otro Familiar			
Otro NO Familiar			

Funcionalidad _____



39.- ¿Quién ha presentado algún problema emocional ? ...

	Muy Frecuente	Algunas Veces	Muy raro
Padre			
Madre			
Hijos			
Hijas			
Otro Familiar			
Otro NO Familiar			

Funcionalidad _____

40.- ¿ Quién en la familia se aísla ?...

	Frecuencia		
	Muy Frecuente	Algunas Veces	Muy raro
Padre			
Madre			
Hijos			
Hijas			
Otro Familiar			
Otro NO Familiar			

Funcionalidad _____

TESIS COMPARATIVA
FALLA DE ORIGEN

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

PERFIL DE FUNCIONAMIENTO FAMILIAR.

Familia: _____
 Tiempo de Formada: _____ años.
 Nivel Socioeconómico: _____
 Adolescentes _____ Niños _____

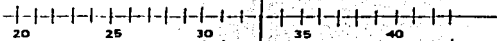
Fecha de Aplicación: _____
 Etapa del Ciclo Vital: _____
 Número de Miembros: Adultos _____
 Tipo de Familia: _____

FUNCIÓN

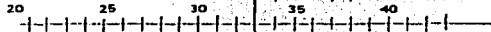
DISFUNCIONAL

FUNCIONAL

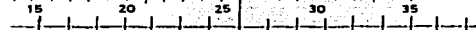
AUTORIDAD



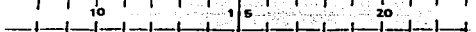
CONTROL



SUPERVISIÓN



AFECTO



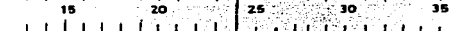
APOYO



CONDUCTA DISRUPTIVA



COMUNICACIÓN



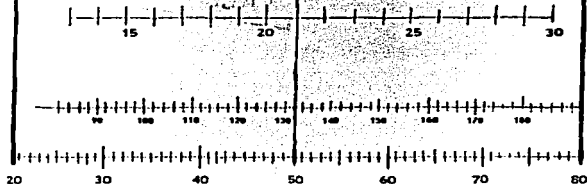
AFECTO NEGATIVO



RECURSOS



GLOBAL



PUNTAJE T