



# **UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO**

---

**FACULTAD DE PSICOLOGIA**

## **PRACTICAS DE CRIANZA EN PACIENTES ESQUIZOFRENICOS.**

### **T E S I S**

**QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:  
LICENCIADO EN PSICOLOGIA**

**PRESENTA:**

**LUZ VERONICA AGUILAR GARRIDO**

**DIRECTOR DE TESIS:**

**MTRA. MARTHA CUEVAS ABAD**



**MEXICO, D. F.**

**2004**



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.



**DEDICO ESTA TESIS**

*Al ser mas maravilloso que me dio la vida para  
disfrutarla e ilumina día con día mi camino.  
Sin tus consejos y valores inculcados no sería  
el ser que ahora soy. Gracias donde quiera que  
te encuentres.*

**TE AMO MAMÁ**

## AGRADECIMIENTOS

**“ La verdadera locura quizá no sea otra  
cosa que la sabiduría misma que cansada  
de descubrir la vergüenzas del mundo,  
ha tomado la inteligente resolución de  
volverse loco “.**

**Heine.**

Lo que voy a decir es una de las tantas locuras que he expresado, la cual se conjuga mucho con este trabajo, que habla principalmente de una de las enfermedades mentales más complejas y abastecedoras que puede sufrir un ser humano “La Esquizofrenia”, llamada por muchos locura o paranoia, la cual ha venido acompañándome en el trabajo diario a lo largo de 8 años en el manejo de este tipo de pacientes, tanto así, que puedo decir que la he sentido, palpado, observado, disfrutado y porque no decirlo la he tratado de comprender en sus diversas formas de expresión.....

**“ Prefiero una locura que me entusiasme  
a una verdad que me abata “.**

**Wieland, Christoph**

.....Creo que todos tenemos una parte de locura, hay quienes logran expresarla y vivirla a través de diferentes formas y realidades, otros la gozan, otros la niegan, otros tienen conciencia de ella pero no pasa de eso, otros ni cuenta se dan, pero hay otros que los aniquila, sin embargo nada de lo anterior se pudiera comparar con lo que viven los pacientes institucionalizados por largos períodos de internamiento, los cuales se encuentran privados de toda oportunidad para continuar adelante, siendo este uno de los obstáculos principales, la etiqueta que se les atribuye.

Agradezco a todos aquellos **paciente, hijos y familiares** que colaboraron en la realización de la presente investigación, así como a la retroalimentación que me llevo de cada uno de ellos, con su historia, su forma de expresar su sentir, a través del arte y ese entusiasmo de continuar adelante.

Y también a la sociedad que excluye a los esquizofrénicos porque ella misma no es racional, no quiere saber lo que verdaderamente es la enfermedad para poder combatirla, ya que produce gran temor conocerla y enfrentarla por el impacto que genera.

**“ A veces no estoy tan seguro de quien tiene el derecho a decir cuando un hombre esta loco y cuando no lo está. A veces pienso que ninguno de nosotros esta del todo loco o del todo cuerdo hasta que la mayoría de de nosotros dice que es así. Es como si no importara tanto lo que un tipo dice, sino la forma en que la mayoría de los demás lo mira cuando lo hace “.**

**William Faulkner**

Este trabajo tiene su propia historia, fue necesario pasar por muchos obstáculos, intentos fallidos, ideas contradictorias, duelos e ilusiones. Como también de lo que debo y no debo hacer, de lo que tengo que ser, de esa pregunta interna que constantemente me afligía ¿Continuo o no continuo? a pesar de que fuera mi mayor reto el poder concluir, lo que generó en mí por mucho tiempo desilusión y frustración por no conseguirlo y en ocasiones lo vi como algo imposible de alcanzar. Durante este periodo pasaron muchos sucesos trascendentes en mi vida que influyeron notablemente en lo que ahora soy, he logrado y principalmente del como me siento, lo cual no hubiera logrado sin la presencia y apoyo de mi seres queridos presentes y no presentes que por algunos momentos los había borrado de mi mente.

Gracias por una nueva oportunidad y lograr conmigo que este sueño se haga realidad.

#### **A MI ABUELA**

*Con cariño y respeto. Gracias por el apoyo brindado en aquellos momentos cuando mas lo necesitamos y demostrarnos tu cariño.*

#### **PAPA**

*Gracias por creer todo lo que hasta ahora has creído de mí, porque es lo que me ha impulsado a continuar adelante y luchar por alcanzar mis ideales.*

#### **A MIS HERMANAS CON TODO MI AMOR**

#### **ALMA**

*Gracias por todo el apoyo y cariño que me has brindando hasta ahora, mil bendiciones por darme la dicha de ser tía y disfrutar a tus hijos.*

#### **SALLY**

*Infinitamente son mis agradecimientos contigo, gracias por estar siempre a mi lado*

*alentándome y acompañándome en esos momentos tan difíciles que se hacía mas  
llevaderos con tus ocurrencias y tu alegría.*

**MARISOL**

*Tu presencia y apoyo han ayudado a que continúe alcanzado mis sueños,  
gracias por todo el cariño y paciencia en esos malos ratos que hemos pasado juntas.*

**A MIS QUERIDOS Y ADORADOS SOBRINOS**

**BETO, BRENDA Y VALERIA**

*Gracias por existir y por alegrarme de está forma la vida, por impulsarme  
a echarle ganas a la vida. Los amo y siempre estaré cerca de ustedes.*

**MARIO**

*Nunca dejaré de agradecerte todo ese amor, comprensión y apoyo  
incondicional que me has venido ofreciendo durante este tiempo.*

*De ir de la mano conmigo luchando y superando todos  
aquellos obstáculos que impedían que continuáramos.*

*Gracias por enseñarme a ver la vida con optimismo  
y de reirme de esas cosas tan ordinarias.*

**TE AMO**

**A MIS GRANDES AMIGOS**

**LUIS, MARISOL, VICTOR, NANCY, SERGIO, LILY, OSCAR,  
LUPITA, SONY, ULISES, MARU, ANA, JOSE, YADIS, LUPITA, SILVIA Y LIDIA**

*Sin ustedes no hubiera logrado muchas de las cosas que ahora disfruto,  
gracias por brindarme su confianza, amistad y de estar  
conmigo cuando mas los necesite los quiero mucho.*

**CRISS, ELENA, LIDIA, RICARDO Y JORGE**

*Gracias por permitirme entrar a su familia y depositar en mí; cariño, respeto  
y confianza, lo cual ha influido considerablemente en la terminación de mis proyectos  
Gracias nuevamente por todos esos consejos y apoyo mostrado.*

**AMERICA Y MARCO ANTONIO**

*Mis amiguitos con todo mi corazón les agradezco por estar cerca de mí  
alegrándome día con día y brindándome su cariño,  
los quiero y estoy muy orgullosa de ustedes.*

*En particular agradezco a la MTRA. MARTHA CUEVAS ABAD por haber dirigido esta  
Tesis  
con tenacidad y profesionalismo, lo cual influyó notablemente en la conclusión de esta.  
Así mismo por el apoyo moral y paciencia que mostró durante todo este tiempo.*

*Agradezco a los profesores sus valiosas aportaciones y brindarme su apoyo  
y colaboración profesional en la terminación de este trabajo.*

**MTRA. BLANCA E. MANCILLA  
DR. ROBERTO GAITÁN GONZÁLEZ  
DR. RAMÓN ESTEBÁN JIMÉNEZ  
MTRO. JUAN CARLOS MUÑOZ BOJALÍL**

*Deseo expresar también mi agradecimiento al personal de las instituciones participantes  
por su gran apoyo, colaboración, coordinación de las evaluaciones y la facilidad  
mostrada para la búsqueda de la muestra en los expedientes clínicos,  
los cuales fueron parte importante para la realización del presente trabajo.*

**DR. MARIO MALDONADO OSORNO  
DR. MIGUEL A. HERRERA ESTRELLA  
DR. FRANCISCO PAEZ AGRAZ  
DRA. GUADALUPE INFANTE CALVO  
DR. MIGUEL. R. MALDONADO ROSAS  
LIC GUILLERMO BARRERA ZAMORA  
SR. VICTOR RUIZ  
A LOS SERVICIOS DE CONSULTA EXTERNA,  
ARCHIVO CLINICO, TRABAJO SOCIAL  
PSICOLOGIA Y PSIQUITARIA  
DEL HOSP. PSIQ. JOSE SAYAGO**

**AGRADEZCO A LA UNIVERSIDAD NACIONAL  
AUTONOMA DE MEXICO**

Por haberme permitido adquirir todos los conocimientos  
científicos de mi profesión y a todos los profesores  
que en forma desinteresada me transmitieron sus  
conocimientos durante el transcurso de mi carrera.

# INDICE

	PAGINAS
Introducción .....	1 - 3
<b>Capítulo I.</b>	
<b>Marco Teórico</b>	
Definición de esquizofrenia .....	4
Sintomatología .....	5 - 8
Tipos de esquizofrenia .....	9 - 10
Diagnóstico .....	10 - 12
Epidemiología .....	12 - 13
Prevalencia .....	14
Curso de la enfermedad .....	14 - 15
Etiología .....	15 - 18
Pronóstico .....	18
Tratamiento .....	18 - 21
<b>Capítulo II.</b>	
La sexualidad en esquizofrénicos .....	22 - 25
Embarazo .....	25 - 27
<b>Capítulo III</b>	
La crianza .....	28 - 29
Factores Asociados a la crianza .....	29 - 37
La crianza en familias de esquizofrénicos .....	37 - 39
La Patria Potestad .....	40 - 42

## Capítulo IV.

### Método

Justificación ..	42
Planteamiento del problema .....	42 - 43
Objetivos .....	43
Hipótesis de trabajo .....	44
Hipótesis estadísticas .....	44
Tipo de estudio .....	45
Tipo de diseño .....	45
Definición conceptual de las variables .....	45 - 46
Definición operacional de las variables .....	47
Población .....	47
Muestra .....	48
Criterios de inclusión ..	48
Criterios de exclusión .....	49
Instrumentos .....	49 - 52
Procedimiento .....	52 - 53
Consideraciones éticas .....	53
Análisis estadístico .....	54

## Capítulo V.

Tablas y Resultados .....	54 - 79
---------------------------	---------

## Capítulo VI.

Análisis y discusión .....	80 - 89
Conclusiones .....	89 - 94
Sugerencias .....	94
Limitaciones .....	95

Referencias Bibliográficas .....	96 - 101
----------------------------------	----------

Anexos .....	102 - 114
--------------	-----------

## **Esquizofrenia**

**Recuerdo que cuando empecé fue como si yo voltease a ver a alguna persona y al voltear recibiese un golpe en la cabeza o descarga eléctrica que me producía pérdida del conocimiento o me ocasionaba un desmaño.**

**Me ponía nervioso, desesperado y agredía. En la granja, algunas veces parecía que tuviera al diablo o demonios o como si fuera cosa de brujería o de personas que pensarán en mí y me descargarán un mal en la nariz, cabeza y parte del cuerpo. O como si estuviera cerca o dentro de mí y tenía que decirles en voz alta que se quitarán de mi pensamiento.**

**Hoy como otros días los síntomas son diferentes, porque me aparece algo en la cabeza y me produce un sufrimiento hasta quejarme, retorcerme en la cama.**

**No teniendo control de mi cuerpo y pensamientos. Me encuentro ido de la mente, no me quiero sentir como un loco que exprese. Al recibir órdenes de que no fume, no me dejan dormir y las voces me dicen todo el tiempo fuma, fuma, fuma.**

**Pero ahora puedo expresar que teniendo un poco de fe o quizás, si yo quiero mucha medicina y ayuda de gente me ara sentirme bien en mi persona y se los agradezco.**

**Usuario Alejandro Morales**

## RESUMEN

La esquizofrenia es una de las enfermedades mentales más serias y un problema de salud pública importante por su gravedad y frecuencia, aproximadamente el 1% a nivel mundial sufre esquizofrenia. Son diversos los estudios que se han realizado acerca de la etiología, epidemiología, sintomatología, diagnóstico, pronóstico, tratamiento, de las características de la familia, de su medio ambiente, económico y cultural, entre otros. Sin embargo es de llamar la atención que en la actualidad existe poca información sobre la crianza de los hijos de padres esquizofrénicos. Por lo que surge la necesidad de realizar el presente trabajo con el objetivo de identificar los estilos de crianza que ejercen los esquizofrénicos y los familiares que se hacen cargo del menor, así como es la percepción de los hijos en las relaciones padre-hijo.

La muestra estuvo conformada por 30 pacientes esquizofrénicos con hijos de edad escolar, 15 familiares que se hacen cargo del menor y 30 niños de edad escolar. Los instrumentos utilizados fueron el SCID-I (First, y cols., 1999) para corroborar el diagnóstico de esquizofrenia, el PANSS (Kay, y cols., 1987) para observar la severidad de los síntomas, El Cuestionario de Prácticas del Maternaje-Paternaje (Robinson, y cols., 1995) para identificar los estilos de crianza, El Cuestionario de la Percepción de la Relación Padre-Hijo (Fuligni, 1993) y el cuestionario de datos sociodemográficos para cada sujeto respectivamente. La obtención de datos se realizó a través del Paquete Estadístico Aplicado a las Ciencias Sociales (SPSS) versión 10 para Windows, efectuando el análisis de frecuencias, T Student y un análisis de correlación.

Los resultados indican que el patrón de crianza para ambos grupos se dio de igual manera no existiendo diferencias significativas, sin embargo la muestra en general se caracterizó por ejercer la crianza de manera autoritaria y permisiva, y con una menor frecuencia el estilo de crianza autoritativo, que según los autores este último estilo de crianza es el ideal. Los padres autoritarios se caracterizan por ser altamente directivos, no son receptivos y son altamente exigentes, utilizan diversas medidas de castigo para controlar la conducta de sus hijos, manifiestan menos ternura y más control (Brui, 1991). Sus hijos suelen ser introvertidos, temerosos, que muestra poca o nada de independencia y son taciturnos, inseguros e irritables. En la adolescencia estos niños, particularmente los varones, tienden a volverse rebeldes y agresivos, como refiere Baumrind (1971). Mientras que los padres permisivos son menos exigentes, permiten a los niños regir sus propias actividades, no son controladores, son relativamente cariñosos con sus hijos y casi nunca los castigan, los padres permisivos se sienten inseguros con su rol como padres, tiene poco control sobre sus hijos y no consideran necesario castigarlos (Baumrind 1971, Faw 1981 y Brui 1991). Generando hijos indulgentes, inadaptados sociales, destructivos, generalmente son los menos autocontrolados, tiene logros escolares bajos, agresivos, inmaduros, mentirosos, desobedientes, inseguros, inadaptados, con baja autoestima y frustrados. En lo que respecta a la percepción de la relación padre e hijo, podemos decir que se dio de la misma forma para todos los menores, con un grado de control y monitoreo parental inadecuado y la oportunidad de tomar decisiones no se da. Generando al menor temor de tomar menos consejos por parte de los padres, olvidar sus obligaciones y dirigir su atención hacia sus compañeros como hace referencia Fuligni (1993). El análisis de correlación arrojó asociaciones entre la oportunidad de tomar decisiones con la conducta en el hogar y con el estilo parental autoritario, por los que se infiere que ante las actitudes estrictas de los que ejercen las prácticas de crianza y la toma de decisiones, presentan una negativa percepción de los hijos, no se ven límites claros, reciben castigos contingentes fundamentados sobre el entendimiento de las reglas, suelen sentirse más inseguros y temerosos, por lo que tienden a presentar problemas de hiperactividad, desobediencia e inadaptados socialmente esto concuerda con lo que refiere Baumrind (1971).

Finalmente se concluye que no hubieron diferencias significativas en los estilos de crianza y en la percepción de las relaciones padre-hijo, ya que se dieron de igual forma. De acuerdo a los estudios realizados, se ha observado que el tener un familiar con esquizofrenia es común que altere la dinámica familiar de todos los miembros.

## INTRODUCCIÓN

La esquizofrenia es la enfermedad psiquiátrica mas importante por su frecuencia y complejidad, es de llamar la atención que en años recientes empieza a desarrollarse una verdadera cultura de información acerca de ella. Se ha calculado que el 1% de la población mundial mayor a los 15 años la padece, lo que constituye un problema de salud pública importante. (DSM-IV, 1995). La esquizofrenia ocasiona una gran perturbación en las relaciones sociales, familiares y laborales de las personas que la sufren, se inicia generalmente en la adolescencia, que tiene tendencia a evolucionar hacia la cronicidad y para la cual no existe un tratamiento curativo en la actualidad, lográndose únicamente una remisión de los síntomas con el uso de antipsicóticos combinados con el apoyo de terapias psicológicas y sociales, para el manejo de estrés, adherencia terapéutica, el entrenamiento de habilidades sociales, mejoramiento del funcionamiento global, calidad de vida y disminuir el sufrimiento que esta enfermedad produce.

Si tomamos en cuenta que aproximadamente a nivel mundial el 1% sufre de esquizofrenia, estaremos pensando que es un problema de salud pública importante. La mayor parte de los esquizofrénicos no logran alcanzar un nivel profesional elevado, ni tampoco llegan a tener experiencia laboral y una pareja estable. Esto hace que con frecuencia, dependan económicamente de sus familiares y que cuando no están estos presentes, pasan a depender de las instituciones del estado.

La esquizofrenia plantea retos formidables para la crianza, debido a la enfermedad mental misma y por los problemas económicos asociados. Gamer, Gallart y Grunebaum (1990), comentan que frecuentemente reduce la capacidad para discernir las señales no verbales, reconocer afectos en las expresiones faciales y negociar situaciones sociales, estos deterioros pueden resultar contraproducentes para la crianza de los hijos. Los padres mentalmente enfermos creen menos en la importancia de la reciprocidad madre-hijo y menos en la posibilidad de distinguir sus propias necesidades de las de sus hijos. Estos deterioros potenciales en la crianza frecuentemente ocurren en el contexto de un apoyo social limitado. Para los hijos de esquizofrénicos, algunos de los cuales son genéticamente vulnerables y han sido expuestos a otros factores de riesgo, la calidad y la predictibilidad de la crianza pueden ser críticas.

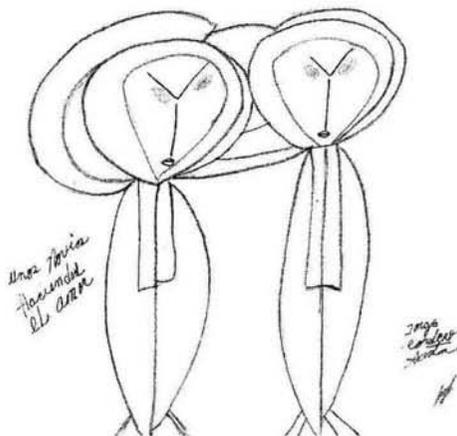
Walter y Emory (1983), han mostrado evidencias de que los hijos de madres esquizofrénicas son mas difíciles de criar, y es mas probable que sean difíciles y lentos para animarse comparados con los sujetos de madres no enfermas mentalmente.

Se han observado en diversos estudios acerca de este trastorno mental que en su mayoría van encaminados hacia el diagnóstico, tratamiento, etiología, prevalencia, epidemiología, de los que lo padecen, de las características de la familia, de su medio ambiente, económico y cultural, entre otros. Sin embargo es de llamar la atención que en la actualidad existe poca información acerca de la crianza que ejercen las personas que padecen esta enfermedad. Por lo que surge el interés de investigar al respecto, de ahí el presente estudio que tiene como objetivo identificar los estilos de crianza que ejercen los esquizofrénicos y la familia que en muchos de los casos son los que se hacen cargo de la crianza de los hijos de estos pacientes, así mismo observar como los hijos perciben estas relaciones con sus padres o familiares y conocer si existe una relación con las conductas dentro y fuera del hogar.

Este trabajo se realizó en tres hospitales psiquiátricos de la Secretaria de Salud, en las áreas de atención de consulta externa y hospitalización, con un grupo de 30 pacientes esquizofrénicos de ambos sexos: 15 pacientes que llevan a cabo la crianza y 15 paciente que no ejercen la crianza, a los cuales se les aplicó primeramente el SCID-I para corroborar el diagnóstico de esquizofrenia en sus diferentes subtipos, el PANSS para observar la severidad de la sintomatología, y finalmente el Cuestionario de Maternidad-Paternidad para valorar los estilos de crianza y hoja de datos sociodemográficos y clínicos. A los familiares que se hacen cargo del menor se les aplicó el Cuestionario de Maternidad-Paternidad y la hoja de datos sociodemográficos y en el caso de los hijos de pacientes esquizofrénicos, se aplicó la Escala de Percepción de las Relaciones Padre-Hijo, hoja de datos sociodemográficos y datos acerca de su rendimiento escolar, comportamiento dentro y fuera del hogar, referidos por la persona que esta a cargo del menor.

En primer lugar se presenta en el Capítulo I un marco teórico amplio que sustenta la realización del presente estudio, con definiciones de la esquizofrenia, sintomatología, diagnóstico, tipos de esquizofrenia, epidemiología, prevalencia, curso de la enfermedad,

etiología, pronóstico y los diversos tratamientos. En el Capítulo II se hace referencia a la sexualidad de pacientes esquizofrénicos, el embarazo y aspectos legales de la tutela del menor. El Capítulo III describe la crianza, factores asociados, la crianza en familias de esquizofrénicos y patria protestad. En el Capítulo IV se muestra la descripción de la metodología empleada: justificación, planteamiento del problema, objetivos, hipótesis de trabajo, tipo de estudio, tipo de diseño, definición conceptual y operacional de las variables, población, muestra, criterios de inclusión y exclusión, instrumentos, procedimiento y consideraciones éticas. En el capítulo V se presentan los resultados, los cuales son mostrados en tablas para una mejor comprensión de los mismos. En el capítulo VI se presenta el análisis y discusión de los resultados, conclusiones, sugerencias y limitaciones.



**No nos queda otro camino que el arte  
Consuelo de locos  
Consuelo de enfermos  
No nos queda más que el pasado,  
Escrito en notas progresivas  
Conservando la esperanza**

## **CAPITULO I**

### **MARCO TEÓRICO**

#### **DEFINICIÓN DE ESQUIZOFRENIA.-**

El término de esquizofrenia fue introducido por el psiquiatra suizo Bleuler en 1911, pero este trastorno había sido identificado por el psiquiatra alemán Kraepelin en 1896 bajo el nombre de “demencia precoz”, queriendo significar que las personas afectadas, necesariamente sufren graves deterioros cognoscitivos y comportamentales, similares a las demencias experimentadas por algunas personas ancianas, pero en este caso se daría en una edad juvenil. Sin embargo Bleuler observó que no era así en todos los casos y consideró mas apropiado dar el nombre de esquizofrenia como una escisión en la asociación de ideas o como una retirada de la realidad y la vida social. El término esquizofrenia en sí significa “mente escindida”. (Berze, 2000).

La esquizofrenia es un término utilizado para describir un grupo de enfermedades mentales, las cuales son de diferente naturaleza y abarcan un amplio campo de disturbios cognitivos, afectivos y conductuales. (Herrera, 2002).

Según el DSM-IV (1995). La esquizofrenia es un trastorno mental en el que el individuo experimenta alteraciones profundas del pensamiento, de la percepción, del afecto y de la conducta. Los síntomas característicos implican un abanico de disfunciones cognoscitivas y emocionales que incluyen la percepción, el pensamiento inferencial, el lenguaje y la comunicación, la organización comportamental, la afectividad, la fluidez y productividad del pensamiento y el habla, la capacidad hedónica, la voluntad, la motivación y la atención. 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. Los síntomas característicos pueden conceptualizarse como pertenecientes a dos amplias categorías: los positivos y negativos.

## **SINTOMATOLOGÍA.-**

Los síntomas positivos, 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).

Por lo que toca a las afecciones del pensamiento pueden señalarse las siguientes:

a) Trastorno de la forma del pensamiento, a pesar de una inteligencia que aparece conservada, el enfermo pierde la cohesión, la armonía y la eficacia de su pensamiento. Este aparece enmarañado, desordenado y a veces lentificado hasta la perseveración. La producción de ideas es caótica y mal dirigida y las asociaciones se encadenan por contaminación, derivación y situación, con evidente falta de lógica y terminan en absurdos.

b) Trastorno del contenido del pensamiento. Esta expresión se refiere a la aparición de ideas delirantes, a veces sin nexo, sentido o frecuentemente organizadas en forma de delirio. Su contenido puede incluir diversos temas (de persecución son los mas frecuentes, de autoreferencia, somáticos, religiosos o grandiosidad, entre otros).

c) Trastorno de la percepción. Generalmente se refiere a las alucinaciones. Como se sabe éstas son experiencias sensoriales que ocurren en ausencia de estímulos externos. El paciente reporta que escucha voces, cuando no existe voz alguna o a su alrededor, en general las voces que escuchan les hacen comentarios negativos, acusatorios o devaluatorios y pueden también ordenarles que hagan cosas que no quieren hacer, como lastimarse a ellos mismos o lastimar a otras personas, este tipo de alucinación auditiva es de las mas frecuentes, presentándose en menor frecuencia las visuales, táctiles, olfatorias y gustativas.

d) Trastorno del lenguaje. Presentan diversas formas de desorganización en el lenguaje. Frecuentemente hay pobreza de lenguaje, presentan respuestas breves, concretas y poco

elaboradas, saltan de un tema a otro, no tienen relación alguna con las preguntas. Los trastornos de lenguaje están estrechamente relacionados con los desórdenes del pensamiento, de tal forma que las alteraciones del pensamiento provocan la desorganización en la sintaxis del discurso y dificultan la comprensión.

e) Trastornos en la conducta motora. Este tipo de trastornos pueden dominar todo el cuadro, como el caso de las catatónicas o bien pueden estar presentes junto al resto de los síntomas. Algunos trastornos frecuentes incluyen las dificultades para iniciar el movimiento o para suspender alguno de tipo estereotipado, las expresiones paradójicas o ambientales, la contracción de músculos de la cara sin la sinergia habitual (permimias), la incoordinación entre la emoción y su expresión (sonrisas discordantes), las afectaciones de los movimientos (manierismos), las conductas repetidas de actitudes de gestos o de palabras que pueden expresar fragmentos de delirios o construir ritualizaciones o simbolismos (estereotipías) o las conductas de negación a iniciar un movimiento. La condición extrema de afección motora constituye los episodios de catatonia, es decir la inmovilidad completa con catalepsia, estupor y flexibilidad.

Los síntomas negativos, comprenden restricciones del ámbito y la intensidad de la expresión emocional (aplanamiento afectivo), la fluidez y la productividad del pensamiento y el lenguaje (alogia) y del inicio del comportamiento dirigido a un objetivo (abulia). Constituye una parte sustancial de la morbilidad asociado con el trastorno, que conduce al deterioro. (PAC. Esquizofrenia A-1, 2000).

Se presenta un trastorno en el afecto, que se refiere a la expresión observable de las emociones. La expresión del afecto en los pacientes esquizofrénicos muestran características peculiares: su intensidad puede estar disminuida o puede mostrarse emocionalmente indiferente o apático (afecto aplanado). Las reacciones emocionales pueden ser inapropiadas e inusuales. El aplanamiento afectivo es especialmente frecuente y está caracterizado por inmovilidad y falta de respuesta en la expresión facial del sujeto, contacto visual pobre y reducción del lenguaje corporal.

La alogia (pobreza del habla) se manifiesta por las réplicas breves, lacónicas y vacías. El sujeto parece tener una disminución de los pensamientos que se refleja en un descenso de la fluidez y la productividad del habla.

La abulia está caracterizada por una incapacidad para iniciar y persistir en actividades dirigidas a un fin, tornándose de manera progresiva en improductividad. Su actividad física es muy escasa y su actividad psicológica se refiere a su mundo personal de vivencias psíquicas, escasamente vinculado al exterior. Durante el curso de la enfermedad dan muestras de evidente deterioro en su vida laboral y en su productividad. Existe un nexo muy claro entre esta improductividad y las características de su vida afectiva y sus motivaciones, que junto con sus defectos de socialización suelen dar el cuadro típico.

En cuanto a sus relaciones interpersonales se observa que generalmente se aíslan de la sociedad, no muestran interés en el contacto con otras personas ni en las gratificaciones, no requieren de compañía, no logran establecer relaciones interpersonales firmes y duraderas que obtengan y ofrezcan. Habitualmente sus contactos se restringen a sus familiares de primer grado, es común que no contraigan matrimonio, si se trata de personas casadas la enfermedad suele provocar la ruptura del vínculo matrimonial. Aun las relaciones de los padres, hermanos, hijos y amigos son frías y distantes la mayor parte del tiempo. La dificultad para socializar es progresiva y el enfermo se va quedando solo. (PAC Esquizofrenia A-1, 2000).

A partir de 1980, con la propuesta de T. J. Crow de que podrían existir dos tipos de esquizofrenia, una caracterizado por síntomas positivos (alucinaciones e ideas delirantes) y otra con síntomas negativos (aislamiento social, alogia, apatía) resurge el interés de evaluar, tanto el curso de la enfermedad como la respuesta a los medicamentos. Se crearon escalas clinimétricas especiales para cuantificar, tanto los síntomas positivos como los negativos Ortega, (1998). Tal es el caso de la escala PANSS (Positive and Negative Síndrome Scale, Kay, Opler, Fiszbein, Canada Multi Health Systemes, 1987), que incluye la siguiente lista de síntomas positivos, negativos y una de psicopatología general:

### **1) Subescala positiva**

- P1 delirios
- P2 desorganización conceptual
- P3 conducta alucinatoria
- P4 excitación
- P5 grandiosidad
- P6 suspicacia/persecución
- P7 hostilidad

### **2) Subescala negativa**

- N1 afecto adormecido o embotado
- N2 retirada emocional
- N3 disminución de la simpatía
- N4 retirada social/apática/pasiva
- N5 dificultad para pensar en abstracto
- N6 dificultad para la conversación fluida
- N7 pensamiento estereotipado

### **3) Subescala de psicopatología general**

- G1 Preocupación Somática
- G2 Ansiedad
- G3 Sentimiento de culpabilidad
- G4 Tensión
- G5 Manerismo y actitud postural
- G6 Depresión
- G7 Lentitud Psicomotora
- G8 Falta de Cooperación
- G9 Ideas Ilógicas o Absurdas
- G10 Desorientación
- G11 Atención Deficiente
- G12 Falta de Juicio y Discernimiento
- G13 Alteración de la Voluntad
- G14 Deficiente control de los impulsos
- G15 Preocupación
- G16 Evitación social activa

## **TIPOS DE ESQUIZOFRENIA.-**

Paranoide.- Se caracteriza por el predominio de ideas delirantes y alucinaciones, sobre todo auditivas. Los delirios y las alucinaciones a veces constituyen una unidad. Es la mas frecuente, suele iniciarse entre los 20 y 30 años y es la que mejor evoluciona a pesar de la gravedad del cuadro. Este tipo se distingue también por la presencia de delirios de grandeza y de persecución, es de llamar la atención que los delirios tienen una estructura muy bien organizada, lógica y sistematizada, los cuales van acompañados de síntomas como: ansiedad no focalizada, ira, discusiones y violencia. Si su actividad no se ve influida por la producción delirante el deterioro puede ser mínimo.

Catatónica.- Se caracteriza fundamentalmente por trastornos psicomotores, rigidez muscular, adaptación de posturas raras. Son pacientes que pueden estar acostados durante horas, manteniendo la cabeza y el cuello rígidos, sin descansar en la almohada. Pueden balancearse o mantenerse rígidos, apoyados en una cama, silla, entre otros. Pueden adoptar, por horas, posiciones extrañas de las cuales las mas frecuentes son las estatuarias, permaneciendo inmóviles e insensibles a los cambios climatológicos. Su rostro permanece inmóvil e inexpresivo, no se percibe ningún movimiento interior e incluso fuertes estímulos al dolor pueden no provocar reacción alguna. En los casos mas graves pueden llegar a no hablar, ni comer, ni beber durante periodos lo suficientemente largos como para que peligre su vida. En este tipo también se pueden presentar cuadros agitados con trastornos graves de psicomotricidad, actividad intensa sin propósito, violencia, destructividad y agresividad. Se acompaña de síntomas que incluyen estereotipos, manierismos y es especialmente frecuente el mutismo. El pronóstico para este tipo de esquizofrenia suele ser malo y es poco frecuente.

Desorganizado o Hebefrénico.- La característica principal es la pérdida de la ilación del discurso, con incoherencias o disgregación. Predomina un afecto absurdo, no apropiado (se suelen reír cuando se les da una mala noticia, las conductas suelen ser infantiles, el estado de humor es absurdo, existe desinhibición en los sentimientos. Suele tener comportamientos extraños, como reír sin motivo aparente y realizar muecas. A menudo muestran falta de interés y

de participación. Uno de los síntomas mas destacados es el robo de pensamiento o inserción del mismo. Tienen también una notable pérdida de la capacidad asociativa, conducta desorganizada y aplanamiento afectivo, presenta alucinaciones sin contenido organizado. La sintomatología asociada incluye muecas, manierismos, hipocondría y retraimiento social.

Indiferenciado.- Es un tipo de esquizofrenia en la cual no predomina un síntoma concreto para el diagnóstico, es como la mezcla de la otras anteriores.

Residual.- En estos caos debe haber habido, por los menos, un episodio de esquizofrenia anteriormente, pero en el momento actual no hay síntomas psicóticos importantes. Es la fase en la que los síntomas negativos son mas evidentes. No se manifiesta en todos los enfermos.

Simple.- comportamiento extravagante de inicio insidioso , progresivo e incapaz de satisfacer las demandas de la vida social, con disminución del rendimiento general, pero sin evidencia de síntomas positivos. (DSM-IV 1995).

## **DIAGNÓSTICO.-**

El DSM-IV (1995). Contiene los criterios diagnósticos oficiales de la American Psychiatry Association (APA), para la esquizofrenia que son los siguientes:

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

- (1) ideas delirantes
- (2) alucinaciones
- (3) lenguaje desorganizado (p. ej., descarrilamiento frecuente o incoherencia)
- (4) comportamiento catatónico o gravemente desorganizado
- (5) síntomas negativos, por ejemplo, aplanamiento afectivo, alogia 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 mas voces conversan entre ellas.

B. *Disfunción social/laboral*: Durante una parte significativa de tiempo desde el inicio de la alteración, una o mas 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 período 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 períodos de síntomas prodrómicos y residuales. Durante estos períodos prodrómicos o residuales, los signos de la alteración pueden manifestarse sólo por síntomas negativos o por dos o mas 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 períodos 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).

Los subtipos de esquizofrenia están definidos por la sintomatología predominante en el momento de la evaluación.

Kaplan, H. I. (1997), refiere que los criterios diagnósticos de la CIE-10 (por la OMS, 1992) y del DSM-IV son similares en muchos aspectos, pero no idénticos. Los criterios Diagnósticos de Investigación de la CIE-10, proponen dos caminos distintos para llegar a cumplir los criterios diagnósticos de la esquizofrenia: la existencia de un síntoma de Schneider de primer rango o delirios extraños, o presencia de al menos dos de los otros síntomas característicos (alucinaciones acompañadas de delirios, trastorno del pensamiento, síntomas catatónicos y síntomas negativos). La definición de esquizofrenia de la CIE-10 tan sólo exige una duración de los síntomas de 1 mes, abarcando de esta forma las categorías diagnósticas del DSM-IV de esquizofrenia y trastornos esquizofreniforme. Además, la definición de la CIE-10 no requiere afectación de la actividad del individuo.

## **EPIDEMIOLOGÍA.-**

Aunque por lo general la aparición sucede en la juventud (entre 15 y 40 años), se presentan casos de comienzo precoz (menos de 15 años) o tardío (más de 45 años). Los hombres, a diferencia de la mujeres, tienen un comienzo más temprano y tienen un tiempo de evolución prolongado. Es más común que los hombres sean admitidos en hospital antes de los 25 años, que las mujeres. Se ha atribuido una predominación de síntomas afectivos a las mujeres, mientras que en los hombres se ha observado una mayor depresión. (DSM-IV, 1995 y Apiquian, R., Páez, F. y cols, 1997).

Al respecto Garnica, R. (2002), refiere que este trastorno se presenta entre los 15 y 25 años de edad, aunque puede aparecer después de los 30 años. Aunque se ha observado que en

hombres el inicio es más común de los 16 a 20 años, mientras que en las mujeres remanifiesta entre la segunda y tercera década de la vida.

Para Fähndrich y Richter (1987), la expresión de apatía y depresión son predictores de curso crónico de esquizofrenia, mismo que se da mas frecuentemente en hombres. Aunque no se puede hablar de diferencias significativas, entre sexos, sí podemos comentar que la incidencia es mayor en hombres que en mujeres, sobre todo hasta los 35 años, la incidencia en mujeres aumenta a partir de esta edad. También se puede afirmar que las tasas de incidencia son mayores entre la población de edad entre 25 a 40 años.

En cuanto al estado civil, se nota que en las personas que ingresan por primera vez a los hospitales con diagnóstico de esquizofrenia, existe un alto porcentaje de solteros, separados, divorciados o viudos. Se considera que debido a la enfermedad, que implica dificultad en las relaciones interpersonales, tendencia al aislamiento y a estar desempleados, por lo que estas personas prefieren quedarse solteros o si se casan , se separan debido a la incapacidad de afrontar las responsabilidades y obligaciones propias del matrimonio. (Apiquían, R. Paéz, F. y cols., 1997).

Si se toma en cuenta la condición socio-económica, se observa que la esquizofrenia se presenta con mas frecuencia en miembros de las clases bajas. Este hallazgo se puede explicar por dos hipótesis: a) las dificultades económicas y sociales de las clases bajas favorecen la aparición de la enfermedad en un individuo genéticamente predispuesto a ella, y b) la esquizofrenia es mas frecuente en familias y por la naturaleza desorganizante e improductiva de la misma, se van perdiendo recursos económicos e intelectuales que hacen que vayan cayendo en una pobreza cada vez mayor. Otro factor social que influye en los índices es la migración de la gente, que hace que ésta se reubique en otras culturas a las que no están acostumbrados generándose gran cantidad de estrés que puede conducir a la aparición de los síntomas de la enfermedad (Zoch., 2000).

## **PREVALENCIA.-**

La prevalencia de esquizofrenia varía en relación con las regiones geográficas y en ocasiones también con los autores. En México hay entre 500 y 600 mil personas con esquizofrenia, aunque sólo el 10% recibe atención médica hospitalaria y ocupa la tercera parte de la atención que brindan los hospitales psiquiátricos en el país. (Frenk Mora, J. y Belsasso, G. 2001, Garnica, R., 2002)

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2002), revela la existencia de 45 millones de personas a nivel mundial que padece esquizofrenia.

El porcentaje de ocurrencia de este trastorno en la población general es del 1% (APA, 1987). Se estima actualmente entre el 0.5 y el 1%. Puesto que la esquizofrenia tiende a ser crónica, las tasas de incidencia son considerablemente inferiores a las tasas de prevalencia y se estiman en aproximadamente 1/10.000 al año (DSM IV, 1995).

## **CURSO DE LA ENFERMEDAD.-**

En general la esquizofrenia se inicia al final de la adolescencia. Con frecuencia el paciente ha mostrado desde su niñez o adolescencia algunos signos de un desarrollo atípico de la personalidad como pueden ser timidez extrema, introversión, torpeza social, suspicacia e incapacidad para establecer relaciones interpersonales extremas.

El inicio de la enfermedad puede verse precedido por un patrón prodrómico. El inicio agudo se caracteriza por la aparición repentina de los síntomas psicóticos como confusión, agitación, afecto inadecuado y alucinaciones. El patrón prodrómico sigue un curso de deterioro gradual en el funcionamiento de la personalidad que termina finalmente en el establecimiento de los síntomas psicóticos. En la fase activa se pueden presentar alucinaciones, delirios, asociaciones

laxas, trastornos del afecto y conducta desorganizada. Esta fase puede durar de una a varias semanas y en general los síntomas mas graves pueden controlarse con medicamentos.

A la fase activa sigue la fase residual, en la cual los síntomas psicóticos se presentan intermitentemente, pero durante la cual el nivel de funcionamiento general del paciente se deteriora de manera notoria, en especial durante los primeros seis meses (Kaplan, 1999).

Por su parte Rascon, M. L. y cols. (1997). Las características clínicas de esta enfermedad genera un gran número de situaciones negativas, como dificultad en las relaciones familiares, empobrecimiento de la calidad de vida,, aislamiento social, que interfieren con el funcionamiento laboral, escolar y con el propio hogar, lo que aumenta el nivel de estrés y lo convierte en un factor adicional de angustia, tanto para el que lo padece como para la familia, llegando a considerarse como un precipitante de las recaídas, de la exacerbación de síntomas y rehospitalizaciones.

## **ETIOLOGÍA.-**

Actualmente no existe una sola teoría que pueda explicar de manera completa la causa de esta enfermedad, sin embargo las hipótesis a las que se han prestado mayor atención son las siguientes:

Las teorías genéticas, se basan en estudios realizados a familiares en primer grado de pacientes con esquizofrenia, en quienes la incidencia de la enfermedad aumenta notablemente comparada con la población general. Parece ser que el riesgo mas alto aparece cuando ambos padres de una persona son esquizofrénicos. Los estudios en gemelos muestran que las probabilidades para ambos hermanos de enfermar es mucho mayor en gemelos monocigóticos que dicigóticos y estudios con niños adoptados muestran la misma tendencia: los hijos de padres esquizofrénicos, aunque hayan crecido en ambientes normales tienen el mismo riesgo de enfermar que si hubieran crecido con sus padres biológicos.

Los estudios de familia, adopción y gemelos indican que existe una importante contribución genética a la etiología de esquizofrenia. Al parecer lo que se hereda es una susceptibilidad a desarrollar el trastorno mas que la certeza de tener (Herrera, 2002).

Si bien los estudios familiares inducen a pensar en una transmisión genética de la esquizofrenia, no establecen las bases genéticas de las mismas. Los miembros de una familia están expuestos a las mismas influencias ambientales que los pacientes esquizofrénicos y pudieran ser estas influencias ambientales las que condujeran a dicha enfermedad (Zoch, 2000).

Las teorías bioquímicas, sugieren que existe un desequilibrio de algunos neurotransmisores en el cerebro que están implicados en la esquizofrenia. (Andreasen, 1984). Los estudios demuestran que en muchos esquizofrénicos pueden estar afectando la transmisión y recepción de dopamina y algunos síntomas pueden aliviarse con medicamento. (Scully, 1985).

Garnica, R. (2002). Refiere que durante mucho tiempo se creyó que la esquizofrenia era causada por patrones de crianza, hoy se sabe que es un severo trastorno cerebral, limitante para distinguir en la vida lo real de lo irreal. Sin embargo afirma que se desconoce su origen exacto, pero las investigaciones al respecto demuestran que en muchos de las casos obedecen a una alteración en los cromosomas seis y once y se relacionan con el precursor del cáncer.

Las teorías psicosociales explican a la esquizofrenia como el resultado de un desarrollo defectuoso de la personalidad causado por relaciones interpersonales inadecuadas o trastornadas. Se ha presentado mucha atención a las relaciones padre-hijo o a patrones de interacción familiar patológicos. Los estudios que investigan estas teorías muestran que aunque algunos esquizofrénicos tienen antecedentes familiares anormales, la historia de ellos varía notablemente. Así mismo, algunos de los problemas psicológicos y sociales en la vida de los esquizofrénicos puede de ser mas la consecuencia que la causa de su enfermedad. No se puede pasar por alto que los estresores sociales pueden contribuir al inicio de la enfermedad en una persona que tiene la predisposición a ésta. (Scully, 1985).

La participación del estrés en el desarrollo de la esquizofrenia y la susceptibilidad al mismo puede estar incrementada en el paciente esquizofrénico debido a las dificultades para el filtrado de los estímulos externos y un incremento en la atención de los estímulos internos, así como un deterioro en la interpretación de las señales sociales así como un déficit en las estrategias de confrontación. Además, la susceptibilidad al estrés es evidente en el paciente con una disminución de la variabilidad del pulso y con un incremento de las enfermedades cardiovasculares en los pacientes esquizofrénicos. (Herrera, 2002).

Otras hipótesis sugieren, que existen anomalías estructurales en personas con esquizofrenia, se ha observado que muestran un funcionamiento disminuido en las áreas prefrontales del cerebro y junto con el alargamiento de los ventrículos se sugiere que existe atrofia de ciertas partes del cerebro. Dichos cambios no están presentes en todos los pacientes por lo que se puede concluir que no existe evidencia de que existan características específicas comunes en todos los pacientes. La mayoría de los estudios apoyan la idea de que una gran parte de los pacientes parece sufrir de un trastorno del desarrollo temprano del cerebro. Varias teorías han ofrecido explicaciones para la larga latencia entre el trastorno del desarrollo y el inicio de síntomas. Estas incluyen la eliminación sináptica durante la adolescencia y una tardía mielinización de la corteza frontal. (Herrera, 2002).

También muchas otras investigaciones han querido relacionar a la esquizofrenia con determinada época del año, se han considerado que a fines del invierno y principios de la primavera, es cuando se presentan mas nacimientos de pacientes que en un futuro serán esquizofrénicos. La hipótesis mas aceptada es que esto es debido a la influencia de factores ambientales, biológicos, particularmente del tipo infeccioso, como el virus de la influenza que tiene un patrón estacional y que podría estar afectando a la madre del futuro esquizofrénico en el segundo trimestre del embarazo. O bien los medicamentos que tomó la madre. La nutrición y cambios ambientales en determinados meses del año.

Se puede especular que las causas de esta mayor frecuencia de nacimientos en los primeros meses del año están vinculadas a la etiología de la esquizofrenia, desde las hipótesis virales, nutricionales y traumáticas que conllevan a una alteración del neurodesarrollo.

Muchos estudios epidemiológicos han observado una asociación entre las complicaciones obstétricas durante la vida intrauterina y la esquizofrenia, siendo las complicaciones obstétricas mas frecuentes enfermedades de la madre durante el embarazo, posición fetal anormal, parto prolongado, hipoxia fetal, bajo peso al nacer y enfermedades en la infancia temprana. La presencia de antecedentes de complicaciones obstétricas por si sola no parece tener un efecto específico sobre el desarrollo de la esquizofrenia, quizás solo confiera vulnerabilidad a los sujetos que lo padecen. Lo que es necesario recalcar es que este tipo de alteraciones sí se encuentran con mayor frecuencia en los sujetos esquizofrénicos

#### **PRONÓSTICO.-**

Algunos estudios han hallado que en el período de los 5-10 años posteriores al primer episodio psicótico, sólo de un 10% a un 20% de los pacientes han obtenido del tratamiento un resultado positivo. Mas del 50% ha obtenido un resultado escaso, con frecuentes rehospitalizaciones, exacerbaciones de los síntomas, episodios de trastornos del estado de ánimo, e intentos de suicidio. A pesar de estas cifras, la esquizofrenia no sigue siempre un curso deteriorante, y algunos factores se han asociado a un buen pronóstico de la enfermedad como: inicio tardío, factores precipitantes objetivables, inicio agudo, buena adaptación social, sexual y laboral a nivel premórbido, síntomas de trastornos del estado de ánimo (especialmente trastornos depresivos), casados, historia familiar de trastornos del estado de ánimo, buenos sistemas de apoyo y síntomas positivos. (Kaplan, 1999).

Un oportuno diagnóstico y adecuado tratamiento desde el principio de su aparición, podría evitarse que este trastorno se vuelva crónico, sin embargo, generalmente se detecta dos años

después de su primera manifestación en el paciente, debido a que los síntomas iniciales son esporádicos y poco perceptibles. (Garnica, R., 2002)

## **TRATAMIENTO.-**

La finalidad del tratamiento es eliminar o reducir al mínimo los síntomas y reintegrar al paciente a su medio, evitando tanto en él como en la familia o las personas mas allegadas la tensión, la angustia y el rechazo.

La hospitalización de la persona enferma es indicada durante la fase aguda de la enfermedad, esto con objeto de brindar protección, hacer el diagnóstico e iniciar el tratamiento; especialmente si el paciente representa un peligro para los demás o para el mismo.

En general se emplean dos líneas simultáneas de tratamiento: la farmacoterapia y las terapias psicosociales. La primera reduce o elimina los síntomas psicóticos como las alucinaciones, los delirios agudos, la ansiedad, la hostilidad, etc. Estos medicamentos conocidos como neurolépticos, se emplean en dosis menores durante la fase residual de la enfermedad. Al disminuir los síntomas psicóticos el medicamento estabiliza el funcionamiento de la personalidad del paciente y le permite estar mas accesible al tratamiento y a la rehabilitación. (Smeltekop y Houghton, 1990).

Los medicamentos neurolépticos han venido a cambiar la vida de los pacientes psicóticos para quienes el destino les deparaba una prolongada estancia en un pabellón psiquiátrico. A pesar de ello, actualmente muchos estudios muestran que el tratamiento farmacológico por si solo es mucho menos eficaz que si se le combina con psicoterapia. (Smeltekop y Houghton, 1990).

Las terapias psicosociales han sido ampliamente usadas en el tratamiento de los pacientes con esquizofrenia. Las habilidades sociales son respuestas específicas, necesarias para el funcionamiento social efectivo y hacen una contribución única al desempeño de roles sociales y a

la calidad de vida, se mantienen relativamente estables a lo largo de la vida y se correlacionan modestamente con los síntomas negativos. Estas terapias se enfocan al entrenamiento de diferentes aspectos del funcionamiento del paciente como son las habilidades sociales específicas el autocuidado la interacción social, el funcionamiento laboral; la rehabilitación cognitiva y las intervenciones con la familia. Aunque los resultados obtenidos de éstas intervenciones no han llenado las expectativas de los investigadores, han mostrado ser componentes mas necesarios para mejorar el nivel de funcionamiento, la calidad de vida y la adherencia a los tratamientos. Las terapias psicosociales pueden ser individuales o grupales. La primera meta es establecer una relación terapéutica entre el paciente y el terapeuta con objeto de que el primero pueda enfrentar y manejar su enfermedad. También se trata de encontrar formas para optimizar el empleo de sus habilidades y modificar en la medida de lo posible, los patrones de conducta inadecuados.

La experiencia terapéutica puede ayudar a los pacientes a probar la realidad en un ambiente de aceptación y apoyo. Las técnicas empleadas pueden ser muy variadas: desde enseñarles formas para la relajación y disminución de la ansiedad, hasta maneras de estructurar su rutina y horarios de manera que su vida pueda ser predecible y la realidad menos amenazante. El papel del terapeuta es básicamente apoyar, reforzar y guiar a la persona enferma en diversas áreas de su vida. (Bellack y Mueser, 1993).

Las terapias grupales, suelen centrarse en el aquí y ahora del paciente, sus problemas, sus relaciones, sus proyectos. Los grupos pueden seguir una orientación conductual, psicodinámica o introspectiva. Existen dudas sobre si la interpretación dinámica y la terapia introspectiva aportan algo al paciente esquizofrénico típico. Pero las terapias de grupo son útiles en el sentido de reducir el aislamiento social, incrementar el sentido de cohesión y mejorar la calidad de vida del paciente. Los grupos son orientados de tal forma que lo primero sea el apoyo más que la interpretación, esto parece ser lo mas útil para el paciente esquizofrénico. (Kaplan, 1999).

Cuando se reportan los estudios sobre tratamientos psicosociales y especialmente de entrenamientos de habilidades psicosociales, se habla del entrenamiento de áreas como las

habilidades para conversación, asertividad, habilidades heterosociales, manejo del medicamento, entre otros. (Bellack, y Mueser, 1993).

Las terapias para la esquizofrenia deben ir dirigidas tanto a las capacidades como a los déficits de los pacientes. Las técnicas conductuales utilizan la economía de fichas y el entrenamiento en habilidades sociales para mejorar las relaciones interpersonales, la autosuficiencia, y las habilidades prácticas. Las conductas adaptativas se refuerzan por medio de elogios o fichas que pueden cambiarse por cosas deseadas como privilegios en el hospital o pases de salida. En consecuencia, pueden reducirse la frecuencia de conductas desadaptadas como hablar a gritos, hablarse así mismo en público y la rigidez postural. (Kaplan, 1999).

A pesar de que la esquizofrenia es incurable, se puede controlar con medicamentos que deben acompañarse de terapia física, ocupacional y psiquiátrica. Entre las recomendaciones básicas para los enfermos con esquizofrenia, se destacan vivir en un espacio lo más silencioso y relajados posibles; mantener una dieta balanceada conforme a las indicaciones de la especialista, no abandonar la terapia indicada y que el paciente tras reconozca hacer de la suya una vida mas manejable. (Garnica, R. 2002)

Las terapias familiares, son de gran utilidad para el tratamiento de la esquizofrenia. La educación de los pacientes y sus familiares respecto de la enfermedad mental y de los efectos benéficos y adversos de los fármacos podrían mejorar el cumplimiento en esquizofrénicos independientemente del análisis de la situación familiar, la probable existencia de psicopatología o la presencia de emoción expresada. Las intervenciones de educación para la salud en pacientes psiquiátricos ambulatorios han demostrado ser útiles para mejorar la adherencia. La colaboración de la familia es fundamental, el cumplimiento es mayor en quienes conviven con familiares que supervisan estrechamente el uso de medicamentos. Otro aspecto importante respecto del medio del paciente es el grado de emoción expresada en la familia. Los sujetos que conviven con altos puntajes de emoción expresada en la familia tiene mayor riesgo de recaídas que aquellos que lo hacen con bajos niveles , aun cuando se encuentren en tratamiento farmacológico regular. (Mazzotti, 1998).

La terapia familiar puede ser útil para: evitar el ingreso del paciente al hospital, reducir el tiempo de hospitalización y evitar reingresos y garantizar la continuidad del tratamiento tras el abandono del hospital. (Vaz Leal, Salcedo y cols., 1989).

Rascon, M. L. (1997), afirma que es necesario atender de manera integral al grupo familiar y al paciente. Se plantea un modelo de atención informativo, psicoeducativo y terapéutico para los familiares, que vengán a resolver de manera eficaz las necesidades detectadas con el propósito de disminuir las recaídas y modificar las dinámica familiar provocada por las características clínicas de esta enfermedad y la familia desempeña un papel fundamental cuando se pretende mejorar el nivel de funcionamiento global del paciente, su calidad de vida y apego al tratamiento.

## **CAPITULO II**

### **LA SEXUALIDAD EN ESQUIZOFRÉNICOS.-**

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

Antes de la década de 1950, la sexualidad para los esquizofrénicos estaba restringida en una variedad de formas. Una de las mas influyentes era la relativa falta de acceso al matrimonio. En un contexto cultural que estigmatizaba el sexo extramarital y los nacimientos ilegítimos, el matrimonio era, para mucha gente, el único contexto aceptable para las relaciones sexuales. Era significativamente menos probable que la gente con esquizofrenia se casara en comparación con la gente sin enfermedad mental, por lo tanto, era menos activa sexualmente. (Hilger, Propping, y Haverkamp, 1983).

La institucionalización de las personas con esquizofrenia reforzaba la inactividad sexual al desalentar o prohibir las relaciones sexuales. Ocasionalmente ocurrían embarazos ilegítimos en instalaciones psiquiátricas, pero a solo una quinta parte del índice de la población general. (Wignall y Meredith, 1968). La desinstitucionalización de los pacientes con enfermedades mentales crónicas se aceleró; para la década de 1990, las camas en los hospitales psiquiátricos públicos se habían reducido un 80% respecto al número en 1955. Vivir en la comunidad incrementó marcadamente las oportunidades para encuentros sexuales. (Appleby, Desai, Luchins y Gibbons, 1993).

Debido a las diferencias por género en la expresión de la esquizofrenia, así como a las diferencias reproductivas, estos cambios han afectado a las mujeres de forma diferente que a los hombres. Como grupo, las mujeres con esquizofrenia tienen estancias más cortas en el hospital y menos rehospitalizaciones. (Goldstein, 1998). Las mujeres con esquizofrenia tienen un mejor funcionamiento social, como grupo, las mujeres besan, salen, tienen relaciones sexuales, cohabitan, se casan y crían hijos más frecuentemente que los hombres. (McGlashan y Bardenstein, 1990). La fertilidad relativa de las mujeres con enfermedad mental mayor ha aumentado marcadamente en paralelo con la desinstitucionalización.

De varias formas importantes, los sistemas de cuidado de la salud no han estado preparados para abordar estos problemas. Hay puntos débiles importantes en la detección del embarazo, el manejo de la farmacoterapia durante la gestación, la planificación familiar, el alojamiento para mujeres embarazadas o binomio madre-hijo y la rehabilitación de crianza. (Bachrach, 1984).

Hasta hace poco, las ideas acerca de la sexualidad de las mujeres con esquizofrenia se basaban más en formulaciones teóricas que en datos empíricos sistemáticos. Comenzando la década de 1980, se realizaron más estudios sistemáticos de las actitudes y prácticas sexuales entre esquizofrénicas. Uno de los primeros estudios encontró que los pacientes con esquizofrenia estaban menos interesados en el sexo, tenían relaciones sexuales menos frecuentemente y estaban menos satisfechos con el sexo que un grupo de control. (Lyketsos, Sakka y Mailis, 1983).

Otro estudio encontró que aún entre las mujeres con esquizofrenia hospitalizadas crónicamente, la mayoría tenía un interés continuo en el sexo y estaba sexualmente activa. Raboch (1992), encontró que aunque les llevaba mas tiempo a los pacientes con esquizofrenia tener una primera cita, un primer beso, un primer coito y un primer matrimonio las vidas sexuales de los pacientes que vivían armoniosamente con sus compañeros no eran diferentes de las de los controles que no estaban enfermos mentalmente. Los pacientes citaron la hospitalización como un obstáculo para la sexualidad.

Los investigadores que estudiaron muestras mas basadas en la comunidad encontraron tasas altas de explotación sexual y conductas sexuales riesgosas entre los pacientes con esquizofrenia. Cournos, Guido, Coomaraswamy, Meyer-Bahlburg y Howath (1994), descubrieron que la mayoría de las mujeres esquizofrénicas en su muestra estaban activas sexualmente. La mayoría tenía múltiples compañeros sexuales, y aproximadamente la mitad se habían involucrado en intercambio sexual (es decir, ofrecer sexo a cambio de dinero o bienes materiales).

Para distinguir los efectos de la esquizofrenia de los factores socioeconómicos Miller y Finnerty (1996), compararon las actitudes y prácticas sexuales de mujeres esquizofrénicas con mujeres que no estaban mentalmente enfermas. Las pacientes y el grupo control fueron similares en cuanto a la frecuencia de las relaciones sexuales, la edad a la cuál se hicieron sexualmente activas (típicamente en la adolescencia), sus índices de abuso sexual y sentirse presionadas a tener relaciones sexuales (altos para ambos grupos), y en sus tasas de enfermedades transmitidas sexualmente. Los grupo difirieron significativamente de manera importante. Las mujeres con esquizofrenia tenían mas compañeros sexuales durante su vida y era menos probable que tuvieran un compañero actual. Reportaron incidencias significativamente mas altas de ser atacadas sexualmente y de comportamiento de intercambio de sexo. A pesar de tener la misma frecuencia de relaciones sexuales que las mujeres del grupo control, las mujeres esquizofrénicas deseaban sexo con menos frecuencia y estaban menos satisfechas.

Por lo que se refiere al conocimiento sexual Rozensky y Berman (1995), encontraron que los esquizofrénicos tenían muchos malentendidos de anatomía y fisiología sexual y carecían del vocabulario básico para discutir de sexo. Los intentos de enseñar conocimientos sexuales y sexo seguro a los esquizofrénicos tuvieron éxito a corto plazo pero con nulo reforzamiento, el conocimiento y las habilidades adquiridas decayeron con el tiempo.

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

Los datos disponibles apoyan la noción de que la esquizofrenia, per se, no disminuye el deseo sexual ni la actividad sexual. Aunque los medicamentos psicotrópicos y la hospitalización pueden limitarlos. Un problema importante es la calidad de la actividad sexual, en el contexto social actual, muchas mujeres con esquizofrenia tienen vidas sexuales caóticas e insatisfactorias, con compañeros múltiples, tasas altas de sexo forzado, tasas altas de comportamiento con riesgo de infección por VIH, y conocimiento limitado acerca de la sexualidad. El juicio disminuido, el poco control de impulsos puede contribuir a estos problemas (Kalichman, 1995 y McCullough, 1992).

### **EMBARAZO.-**

Un resultado de estos patrones sexuales ha sido un aumento marcado en las tasa de fertilidad entre las mujeres con esquizofrenia. Algunos estudios han investigado los efectos del embarazo sobre la salud mental y el bienestar de mujeres esquizofrénicas. McNeil, Kaij y Malmquist-Larsson, (1984), al comparar mujeres con trastornos psicóticos con mujeres no enfermas mentales durante el embarazo, encontraron que la mayoría de las mujeres del grupo control no reportaron ningún cambio en su salud mental durante la gestación, mientras que las mujeres enfermas mentales, fue mas probable que aquéllas con esquizofrenia reportaran el

empeoramiento de la salud mental durante el embarazo: el 59% dijo que su salud mental se deterioró y el 29% dijo que mejoró.

McNeil (1984), argumenta que el empeoramiento de la salud mental durante el embarazo parece particularmente notable entre las mujeres más jóvenes y entre las mujeres con embarazos no deseados. Durante el embarazo, muchas más mujeres con esquizofrenia demuestran preocupaciones extremas acerca de la maternidad en comparación con las mujeres con otras enfermedades mentales o con sujetos de control que no estaban mentalmente enfermas (McNeil, 1987).

Miller y Finnerty (1996), han mostrado evidencias de que las tasas de complicaciones obstétricas son más altas en las mujeres con esquizofrenia que en la población general, no por la esquizofrenia directamente, sino más bien por los factores de riesgos asociados los cuales se relacionan con el status socioeconómico bajo. La psicosis puede contribuir al reconocimiento retrasado de la gestación. A la mal interpretación de los cambios somáticos, a la falta de reconocimiento del trabajo de parto, a los intentos de auto-interrupción prematura, y al parto precipitado. Es menos probable que las mujeres con esquizofrenia reciban cuidados prenatales en comparación con mujeres que no tienen ninguna enfermedad mental. Entre las mujeres esquizofrénicas que sí reciben cuidados prenatales, los síntomas psiquiátricos están sobre reportados, quizás debido en parte al temor de perder la custodia. Por estas razones, puede haber menos oportunidad de intervenir cuando surgen complicaciones. La tasa alta de embarazos no planeados y no deseados entre las mujeres con esquizofrenia hace aún más difícil la intervención. Comparadas con sujetos de control que no están mentalmente enfermas, las mujeres con esquizofrenia tienen el mismo número promedio de embarazos, pero un mayor número de ellos no son planeados, y un mayor porcentaje de los no planeados son no deseados.

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

disponibilidad de apoyo social y profesional. Si bien el apoyo de la familia y las agencias públicas a veces puede obtenerse en respuesta a un embarazo, con frecuencia el caso no es ése. Puede ser extremadamente difícil encontrar instalaciones para cuidar a una mujer embarazada con esquizofrenia. (Moliner, 1993). Muchas instalaciones psiquiátricas niegan la admisión a mujeres embarazadas por las preocupaciones acerca de complicaciones obstétricas, parto prematuro o el riesgo de que otros pacientes le hagan daño a una mujer embarazada. Para las mujeres que están hospitalizadas psiquiátricamente durante el embarazo, la evaluación de crianza y la planeación de la custodia raramente son parte de sus cuidados. Sólo 10 de los 50 sistemas psiquiátricos del sector público de los Estados en la Unión Americana reportan que tienen políticas relacionadas con las mujeres gestantes hospitalizadas; estas políticas se centran principalmente en el manejo de la mediación y la competencia para consentir al aborto, y raramente cubren otras cuestiones. (Rudolph, Larsson, Sweeny, Hough, y Arorian, 1990).

McNeil (1987), comenta que aunque la mayoría de los episodios psicóticos que empiezan después de la niñez se deben a trastornos del estado de ánimo, el periodo posparto también puede ser un momento de alto riesgo para la exacerbación de la esquizofrenia. Las exacerbaciones posparto son importantes no solo debido a la probabilidad o duración incrementada de la ocurrencia, sino también debido a sus consecuencias para la relación madre-hijo. Los síntomas agudos después de dar a luz pueden incluir ideas delirantes de que el nacimiento no ocurrió, ideas delirantes de que el bebe esta muerto o es anormal, o alucinaciones que ordenan a la madre hacerle daño al bebe. A pesar del alto nivel de riesgo, hay barreras importantes que impiden el cuidado óptimo de la salud mental después del parto.

En otros estudios se ha investigado respecto a la descendencia de mujeres con esquizofrenia, los cuales argumentan que la mayor parte de los datos sugieren que alrededor del 10% al 15% de los hijos de un padre con esquizofrenia desarrollarán esquizofrenia, mientras que aproximadamente el 50% desarrollarán algún tipo de trastorno psiquiátrico. Algunos factores contribuyentes a un alto nivel de riesgo están relacionados con el embarazo, tales como carencia de cuidados prenatales, exposición prenatal a drogas teratogénicas o tóxicas, y complicaciones obstétricas. (Miller y Finnerty, 1996).

**La locura es un cierto placer  
que sólo el loco conoce.**

**Dyden, John**

### **CAPÍTULO III**

#### **LA CRIANZA.-**

La familia sigue siendo uno de los factores de socialización mas importantes para los niños en edad escolar. Los niños adquieren valores, expectativas y patrones de conducta a partir de sus familias, y lo hacen de varias maneras. Los padres y los hermanos sirven de modelos para la conducta correcta e incorrecta y ellos premian o castigan las conductas de los niños. Los padres se sirven de varias técnicas de crianza, según la situación, las características de su hijo y la conducta de éste en el momento.

Los estos estilos generales de crianza afectan la conducta agresiva y prosocial de los niños, sus conceptos sobre ellos mismos, la internalización de valores morales y su desarrollo en la competencia social (Craig, 1994).

Hernández-Guzmán y Sánchez-Sosa, 1996. (Citado en Carranza, 1998). Refieren que después del nacimiento, la familia es un sistema predominante; entraña múltiples factores de riesgo y protectores modeladores de habilidades de afrontamiento, autoconcepto, estilos atribucionales, soluciones de problemas, toma de decisiones, etc., con los que el niño hará frente a otros contextos como la escuela, el grupo de pares la familia extendida y la sociedad en general. El rol que desempeñen los padres será fundamental, para que el niño adquiera la identidad y desempeñe también su rol.

Castellan (1997), define los patrones de crianza como: aquellas conductas o aproximaciones personales que se establecen entre padres e hijos tales como: la relación con los hermanos y padres; los problemas conductuales de los progenitores, adicciones, prácticas afectivas, agresión física, verbal o sexual durante su infancia; así como la ausencia de uno o ambos progenitores en la estructura familiar.

Baumrid (1971), refiere que las prácticas de crianza, son las actitudes y valores de los padres, sus principios y creencias acerca de la naturaleza de los hijos, así como las prácticas específicas que ellos emplean para socializar con sus hijos. Estimando tres modelos de estilos de padres autoritario, autoritativo y permisivo

#### **FACTORES ASOCIADOS A LA CRIANZA.-**

Dentro de las familias existen diferentes estilos de crianza por parte de los progenitores o tutores hacia los hijos como refieren los siguientes autores:

Los padres autoritarios tienden a ser altamente directivos con sus hijos, no permiten que el ejercicio de su autoridad sea cuestionable o refutada por sus hijos. Utilizan diversas medidas de castigo para controlar la conducta de sus hijos. (Brui, 1991).

Baumrind (1971), comenta que estos padres tienden a manifestarles menos ternura a sus hijos y mas control comparado con los otros tipos de padres. Ellos establecen normas de comportamiento absolutas para sus hijos que no se pueden cuestionar ni negociar. Optan por una disciplina forzosa y requieren una obediencia inmediata. Los padres autoritarios tampoco tienen una tendencia a utilizar métodos persuasivos mas cariñosos como el afecto, el elogio y los premios con sus hijos. Por consiguiente, los padres autoritarios tienden a modelar los modos mas agresivos de resolución de conflictos y son menos atentos en el modelaje de comportamientos

mas cariñosos y afectivos en la interacción con sus hijos. Generando así niños introvertidos, temerosos, que muestra poca o nada de independencia y son taciturnos, inseguros e irritables. En la adolescencia estos niños, particularmente los varones, tienden a volverse rebeldes y agresivos.

Faw (1981), por su parte describe a los padres, como aquellos que tienen patrones rígidos de conducta, que no toman en cuenta las necesidades de sus hijos, los castigan físicamente sin darles una explicación de por qué los castigan. Los niños con este tipo de crianza tienden a tener logros escolares pobres, ya que la presión que ejercen los padres a través de los golpes y regaños causan en él inseguridad, temor, reprimen la iniciativa y la creatividad y no pueden desarrollarse plenamente sus capacidades, también tienden a tener problemas de hiperactividad y desobediencia. Según Craig (1994), los niños con padres autoritarios, tienden a ser introvertidos, ermitaños, inseguros, tienen una baja autoestima, son impopulares, muestran dependencia hacia el padre que los golpea, prefieren ser golpeados a ignorados. Los niños se vuelven agresivos, hostiles y las niñas pasivas, introvertidas, inseguras, irritables e inadaptadas sociales. (Papalia y Wendkos Olds, 1992).

Los padres permisivos tienden a ser menos exigentes y demandantes que otros padres, y dejan que sus hijos regulen sus actividades por sí solos. También ejercen poco control y pocas formas de castigo hacia sus hijos. (Brui, 1991).

Baumrind, 1975-1980 (Citado por Craig, 1994), refiere que los hijos de padres permisivos también pueden ser rebeldes y agresivos. Además tienden a ser autoindulgentes, impulsivos e inadaptados socialmente. Por su parte Woolfolk, (1996), refiere que generalmente son los menos autocontrolados, tiene logros escolares bajos, agresivos, inmaduros, mentirosos, desobedientes, inseguros, inadaptados, con baja autoestima y frustrados. En ocasiones cuando la permisividad se mezcla con hostilidad puede llevar a los niños a la delincuencia. (Craig, 1994).

Sin embargo, los padres autoritativos (democráticos) estarían en un punto medio entre los extremos antes mencionados. Se caracterizan por proporcionar una dirección de crianza clara y firme a sus hijos, pero moderando la disciplina con ternura, flexibilidad y razonamiento (Brui, 1991). Los niños que reciben este modelo de paternaje-maternaje tienen habilidades cognitivo-sociales más adaptadas, así como conductas prosociales: compartir, ayudar, reconfortar al prójimo. (Robinson, 1977).

Baumrind (1973) y Robinson (1977), hacen referencia al paternaje autoritativo mencionando que este estilo permite el desarrollo de la competencia instrumental, que se caracteriza por la madurez psicossocial, cooperación con sus pares y adultos, independencia responsable y éxito académico por parte del hijo. Los padres autoritativos, tienden a ser altamente cariñosos, y moderados en términos del control paterno en lo que es el comportamiento de los niños. Es justamente esta combinación de estrategias paternas que Baumrind y otros investigadores consideran como la más facilitadora en el desarrollo de la competencia social en los niños durante su temprana niñez y aun después.

Según Papalia y Wendkos Olds (1992) y Woolfolk (1996), los niños de padres autoritativos tienden a ser los niños con mejores logros escolares, porque los papás les dedican tiempo en la realización de las tareas escolares, les clarifican las dudas, recompensan las conductas apropiadas y se enfocan menos al castigo físico y solo recurren a él cuando consideran muy necesario, y lo acompañan con una explicación, generalmente son los niños más seguros, competentes socialmente, presentan menos agresividad y hostilidad, tienden a ser independientes con una mayor autoestima y autocontrol, son más autodidácticos, son más populares, se muestran más satisfechos y tienden a desarrollarse satisfactoriamente dentro de la sociedad, siendo más activos y creativos. (Craig, 1994).

Se han hecho varios estudios para determinar la relación que existe entre estos tipos de paternaje y el desenvolvimiento de los hijos en diferentes áreas. Steinberg (1987), a través de un

estudio con adolescentes, encontró que el paternaje permisivo estaba altamente correlacionado con conductas desviadas y antisociales por parte de los hijos para con sus pares. Por otro lado, se ha visto que el que los padres sean muy estrictos durante la adolescencia temprana de los hijos entorpece las relaciones padres-hijos en esta etapa tan crítica. (Fuligni y Eccles, 1993). Cuando los niños entran a la adolescencia temprana, desean relaciones de igual a igual lo que implica menos dominio por parte de los padres, que en la infancia. Aquellos púberes que no perciben este tipo de relaciones con sus padres, sienten que sus padres no han asumido que ya han crecido y madurado, y que ya les gusta ser tratados como a adultos. Recientemente se ha visto que un control parental autoritativo está positivamente relacionado con el éxito escolar y negativamente relacionado con los problemas de conducta. (Dornbusch, Carlsmith, Busschwall y otros, 1995).

Mason, Cause y cols. (1996), describen dos tipos de control de conducta utilizado por los padres para con sus hijos: el control conductual y el control psicológico. El conductual consiste en poner límites, involucramiento y monitoreo. Existen aspectos específicos de este tipo de control, en particular el monitoreo y la supervisión por parte de los padres, que están relacionados negativamente con problemas de conducta y uso de drogas. El control psicológico supone un paternaje intrusivo y a la vez distanciado emocionalmente. Altos niveles de control psicológico se han correlacionado significativamente con la introyección de conductas de tipo depresivo, baja autoestima e inmadurez. (Barver, 1994).

Kochanska y Radke-Yarrow 1992, Radke-Yarrow, McCann, DeMulder y Belmont 1995, Hernández-Guzmán y Sánchez-Sosa 1996. (Citados en Carranza, 1998). Argumentan que los problemas de los padres o de quienes estén a cargo del cuidado infantil, repercuten sobre la conducta de los niños. Así los trastornos psicológicos, las adicciones, ruptura de la relación de los padres y condiciones de la estructura familiar tenderán a modificar las interacciones en el seno de la familia, trastornando su funcionamiento. Por lo tanto la relación de pareja de los padres, el desinterés de los padres, la carencia de apego seguro entre padres e hijos o los estilos de crianza autoritarios o permisivos que los padres ejercen al interactuar con sus hijos representan factores de riesgo que anuncian disfunciones psicológicas

Coopersmith, 1979. (Citado en Lewis, 1981), sugiere que los niños sin límites claros no se pueden juzgar a sí mismos como favorables o desfavorables, lo que hace que permanezcan en un estado dubitativo en cuanto a su valía personal; tampoco reciben castigos contingentes fundamentados sobre el entendimiento de las reglas, lo que hace que se sientan inseguros.

Fulgini (1993). Argumenta que los niños que perciben altos niveles de monitoreo, perciben a los padres estrictos, con menos oportunidad de tomar decisiones y suelen ser más dependientes a ellos. Por consiguiente a mayor oportunidad de tomar decisiones, se ve reflejado en una conducta intrafamiliar adecuada y el hijo percibirá su entorno armonioso que favorecerá su desarrollo psicológico, establecerá relaciones interpersonales correctas, presentará mayor cercanía, cohesión y compromiso con los padres y hermanos.

Carranza, M. A. (1998), refiere que la familia proporciona al niño los patrones de crianza y familiares para relacionarse con sus congéneres. Así, patrones de crianza negativa, como desavenencia de los padres, ausencia prolongada de uno de ellos, inconsistencia en la disciplina dentro del hogar pueden derivar en conducta antisocial.

Mason, Cause y cols. (1996), mencionan que el estilo de paternaje que potencialmente puede estar caracterizado por el control psicológico como por ejemplo, coercitivo, negativo y hostil, está asociado a problemas de conducta y con el temprano uso de sustancias tóxicas. Sin embargo, debe puntualizarse que algunas de las conductas específicas dentro del paternaje, como por ejemplo la coerción, pueden ser razonablemente psicológicas o conductuales en su naturaleza, todo depende del enfoque específico en la conducta del padre y la interpretación hecha por el hijo referente a esa conducta. El adecuado control parental está relacionado con conductas de amabilidad, autonomía, creatividad y seguridad personal en niños y con conductas de adecuada sociabilidad y docilidad en niñas (Lewis, 1981).

Si los niños observan que los padres no relajan las reglas, siguen siendo estrictos y tratan de tener el control, se orientarán más por sus compañeros y olvidan sus obligaciones escolares e incluso sus talentos con el fin de agradar a sus propios compañeros (Fulgini, 1993).

Mason, Cause y cols. (1996) y otros, opinan que demasiado control psicológico y/o conductual, interfieren con el desarrollo de la habilidad del niño para formar relaciones prosociales con sus compañeros, mientras que un bajo control conductual está implícitamente asociado al problema de relaciones de iguales entre los adolescentes. Mas específicamente, aquellos niños expuestos a un estilo de disciplina coercitivo, que a menudo es combinado con conflictos, enojos, castigos, hostilidad y agresión, desarrollan un aversivo estilo interpersonal de relación. (Mason, Cauce y cols. 1996). Por su parte Rutter (1981), afirma que el tipo de control parental juega un importante papel en la prevención de problemas de conducta. Un alto control parental ha sido relacionado con una alta competencia entre adolescentes que viven en ambientes de alto riesgo o peligrosidad, en contraste con aquellos que viven en ambientes de mínimo riesgo, en donde la competencia se correlaciona con la calidez y ternura parental y con bajos niveles de control. Demasiado control inhibe el desarrollo de la autonomía, la cuál es necesaria para el desarrollo del autocontrol, pero su ausencia puede dejar a los adolescentes descaminados. El nivel óptimo de control varía según el grupo de pares del niño: cuando el grupo es mas negativo, se necesitará un mayor nivel de control para proteger al infante de los efectos negativos de las influencias. Cuando los niños son miembros de grupos mas positivos, la atmósfera paterna es mas indulgente. Sin embargo, cuando los niños se envuelven con pares problemáticos, los padres tienen que nivelar su grado de control de acuerdo a los niveles de problemas conductuales de sus hijos. (Mason, Cauce y cols., 1996).

Baumrid, (1973), afirma que en los años preescolares, el control autoritativo, en comparación con el autoritario o permisivo, está asociado con la responsabilidad social (orientado a la acción, a la cordialidad hacia sus compañeros y a la cooperación con los adultos), y a la independencia (dominancia social). El mismo autor habla de la importancia que tiene el tipo de control que se ejerza como pronóstico de la competencia en la infancia temprana: aquello que el padre o madre haga cuando el hijo no obedece, afecta notablemente en la habilidad del niño para adaptarse y enfrentar su entorno. Por otro lado Arap-Maitim (1984), considera que el grado de severidad en los padres es significativo en el desarrollo de las actitudes de competencia y cooperación entre infantes.

Harris y Howard (1981), suponen que si una crianza adecuada no es proporcionada por la madre, el subsecuente ejercicio de la autoridad por alguno de los padres tenderá a estar visto por los hijos como irrazonable, al cuál responderán con enojo. Ante esto los padres se disgustan y hace que se reduzca su capacidad de ser cálidos y aceptantes.

Lewis (1981) y Baumrid (1973), describen como deberían ser los padres ideales o armoniosos: son quienes no ejercen demasiado control, pero tampoco lo evitan del todo; en lugar de ello, se centran mas en obtener armonía dentro del hogar por medio de del desarrollo de principios que promueven el derecho a la vida y la resolución de diferencias entre sus miembros basados en el conocimiento y tipo de personalidad. También tratan de mantener una atmósfera en la cuál todos los miembros de la familia puedan operar desde el mismo nivel de ventaja, en donde las diferencias de poder que existan no pongan al niño en desventaja

Schaefer 1961, Becker 1971, Sears, Maccoby y Levin, 1957. (Citados en Osorio y Sánchez,1996), ha encontrado que la conducta de los padres, además de ser uno de los factores ambientales mas importantes, no es unidimensional. En este sentido no se puede afirmar tajantemente que los padres sean solamente autoritarios o afectuosos, sino que su conducta oscila a lo largo de varias dimensiones, es decir, pueden ser afectuosos y dominantes a la vez, o afectuosos y permisivos; y en ocasiones rechazar y en otras aceptar a los hijos. Además la conducta del niño no depende simplemente de un aspecto de la conducta y de la personalidad de sus padres, sino mas bien de la combinación de conductas actitudes, etc.

Según Baumrind D. (1971), el padre autoritativo es el mejor, ya que los niños saben qué se espera de ellos, aprender a juzgar sus expectativas y son capaces de decidir arriesgarse a que sus padres se disgusten, o a que sus actos tengan consecuencias desagradables. Los niños experimentan la satisfacción de poder cumplir con las expectativas de sus padres, los cuales tienen una imagen realista de lo que sus hijos son capaces de dar. A diferencia de los beneficios que trae el padre autoritativo, el padre permisivo no le ofrece orientación, ni disciplina al niño y éste se siente angustiado y deprimido, ya que no sabe de que forma debe comportarse. Por otro lado los padres autoritarios controlan a los hijos de una manera muy estricta, utilizando el castigo

y los golpes, los niños, se sienten inseguros y temerosos, y no saben qué comportamiento provocará una zorra o un castigo. Van Pelt (1985), por su parte menciona que el enojo de los padres, la irritación y la impaciencia cuando aplican disciplina, refuerzan la idea de que son castigados porque no son queridos y esto trae consecuencias emocionales de dependencia e inestabilidad emocional.

Baumrind, (1971), estableció, que existían relaciones entre cada estilo de crianza y un conjunto particular de comportamientos, pero no considera la influencia ejercida por los hijos sobre los padres, por ejemplo, que un niño "fácil" puede originar un comportamiento democrático, mientras un niño "difícil" puede conducir al padre al autoritarismo. (Papalia y Wendkos Olds, 1997).

Papalia y Wendkos Olds (1997) señalan que, ningún padre es autoritario, permisivo o autoritativo, ya que los padres atraviesan por diferentes estados de ánimo y reaccionan de diversas maneras en situaciones diferentes, adoptando todos los tipos de paternidad. García Serrano (1984), opina que lo más importante es que el padre se dé cuenta de que los hijos son seres diferentes a él, con cierta autonomía, con ideales propios y hasta en algunos casos contrarios a lo que él piensa.

Uno de los problemas más frecuentes que surgen para los padres es cuándo evalúan lo que se debe hacer cuando ellos tienen diferentes estilos de crianza (Papalia y Wendkos Olds, 1992). El padre puede ser severo e imperioso y la madre menos estricta y fácil de tratar, lo mejor en este caso es unirse y manifestarse con lo que se está en desacuerdo en privado. El niño adaptará su comportamiento y madurará en una forma normal cuando aprenda que sus padres se mantienen unidos en asuntos de gran importancia. (Van Pelt, 1985).

El niño también se ve afectado cuando falta uno de los padres en el hogar, la madre soltera tiene que asumir ambos roles, y no tiene tiempo para estar con sus hijos, no lo estimula ni le dedica el tiempo suficiente para que tengan un buen desarrollo (Papalia y Wendkos Olds, 1997). El divorcio y el nuevo matrimonio de la mamá, trae cambios en los niños y puede afectar su desarrollo emocional (Craig, 1994). El divorcio o separación de los padres, es un acontecimiento patogénico, no por el hecho en sí de la separación, sino por lo que puede significar para el niño, pero si la ausencia física, no va acompañada del abandono afectivo, ellos terminan por asimilar el divorcio como un problema de los padres. (Olarte Chevarría, 1984). Según Craig (1994), cuando los padres autoritativos se divorcian, los niños presentan mejores patrones de comportamiento y tienen menos problemas para relacionarse con otros niños, que los que tienen padres autoritarios o permisivos.

Los diferentes estilos de paternidad, traen consecuencias en la competencia, destreza sociales y cognoscitivas de los niños, Burton y sus colegas realizaron investigaciones para ver qué tanto realmente influían los padres en sus hijos, arribando a las siguientes conclusiones: los hijos de padres autoritativos, fueron los mas competentes, mostraron destrezas sociales tales como lograr retener la atención de los adultos en forma aceptable, utilizándolos como recurso y mostrando tanto afectividad como hostilidad. Se llevaban bien con otros niños, estaban orgullosos de sus logros y deseaban actuar como persona mayores. Entre las destrezas cognoscitivas utilizaban bien el lenguaje, mostrando una serie de habilidades intelectuales, planeando y llevando a cabo actividades complicadas. Los hijos de padres permisivos, eran menos eficaces en estas destrezas y los hijos de padres autoritarios, eran muy deficientes. Los estudios de seguimiento mostraron dos años después una notable estabilidad en la clasificación. (Papalia y Wendkos Olds, 1992).

### **LA CRIANZA EN FAMILIAS DE PACIENTES ESQUIZOFRÉNICOS.-**

La esquizofrenia plantea retos formidables para la crianza, debido a la enfermedad mental misma y por los problemas económicos asociados. Con frecuencia reduce la capacidad para discernir las señales no verbales, reconocer afectos en las expresiones faciales, y negociar

situaciones sociales. Corrigan y Green (1993), refieren que estos deterioros pueden resultar contraproducentes para la crianza de los hijos. Si bien las madres con esquizofrenia, en general, pasan tanto tiempo con los hijos como las madres que no tienen enfermedades mentales y proveen el mismo nivel de cuidados físicos básicos son como grupo, menos capaces de fomentar interacciones sociales mutuas con los bebés y más propensas a mal interpretar sus señales. En comparación con las madres que no están mentalmente enfermas, tocan y juegan menos con sus bebés, distanciándose excesivamente o mostrando un involucramiento inapropiado, a veces agresivo. También pueden proveer menos estabilidad, crianza y estimulación para sus bebés. Los medicamentos psicotrópicos pueden deteriorar aún más la espontaneidad y la expresión afectiva hacia los hijos. (Gamer, Gallant y Grunebaum, 1976). Además las diferencias conductuales e interactivas, las diferencias de actitud entre los padres enfermos y no enfermos mentales también se han demostrado. Los padres mentalmente enfermos creen menos en la importancia de la reciprocidad madre-hijo y menos en la posibilidad de distinguir sus propias necesidades de las de sus hijos. Estos deterioros potenciales en la crianza frecuentemente ocurren en el contexto de un apoyo social limitado.

Las personas con esquizofrenia tienden a tener redes sociales más débiles que la gente que no padece de enfermedades mentales o las personas con trastorno del estado de ánimo. En comparación con los sujetos de control, es significativamente menos probable que las madres esquizofrénicas estén casadas o cohabiten en la época de dar a luz a un hijo, o que tengan a alguien que les ayude a la crianza. (Miller y Finnerty, 1996).

Entre las que están casadas, sus cónyuges tienen altas tasas de trastornos psiquiátricos en comparación con la población general y de tal suerte pueden estar limitados en su capacidad de dar apoyo. Esta relativa carencia de apoyo social no es suplementada actualmente por una red de seguridad adecuada en el sistema de prestación de servicios.

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

una mayoría de mujeres con esquizofrenia. (Coverdale y Aruffo 1989 y Miller y Finnerty, 1996). Sin embargo el índice de adopciones es muy bajo; la mayoría de las madres con esquizofrenia pasan algún tiempo, a menudo considerable en el sistema de cuidados de crianza. (Miller y Finnerty, 1996).

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

La crianza para muchas mujeres esquizofrénicas es intermitente, con periodos de pérdida de la custodia y visitas, alternados con recuperación de la custodia, en donde el apoyo de la familia es mejor y existen cuidados intermitentes por los familiares. (Miller y Finnerty, 1996). Cuando la pérdida de la custodia se vuelve permanente, el dolor resultante puede ser devastador para muchas mujeres, aunque algunas también la experimentan como el alivio de una carga abrumadora.

Para los hijos de esquizofrénicos, algunos de los cuales son genéticamente vulnerables y han sido expuestos a otros factores de riesgo, la calidad y la predictibilidad de la crianza pueden ser críticas. Hay cierta evidencia de que los hijos de madres esquizofrénicas son más difíciles de criar, y es más probable que sean difíciles y lentos para animarse comparados con los sujetos de control y madres no enfermas mentalmente. Estas dificultades constitucionales, combinadas con una crianza inconsistente o inadecuada, puede plantear riesgos para el desarrollo de los niños. Comparados con la descendencia de madres no enfermas mentales, los hijos de madres con esquizofrenia tienen puntuaciones más bajas en la escala mental y motora de Bayley y un crecimiento físico más errático.

Hay riesgos para los niños por permanecer con un padre agudamente psicótico o inadecuado y por ser separados de un padre mentalmente enfermo. Para los hijos, el grado de exposición a un padre esquizofrénico se correlaciona con su grado de desajuste posterior en la

vida. Sin embargo, la separación de una madre con esquizofrenia durante la niñez también resulta en una incidencia mas alta de síntomas psiquiátricos en la adolescencia y la edad adulta joven. Puesto que el contacto y la separación plantea riesgos, es crítico el desarrollo de estándares para la custodia del niño. Lo adecuado de la crianza, y no lo crianza óptima, parece proveer el criterio mas seguro para los hijos y las madres: en la ausencia de abuso franco del niño o descuido total de sus necesidades básicas, los niños generalmente están mejor si permanecen con los padres mentalmente enfermos. (Walker y Emory, 1983).

### **LA PATRIA PROTESTAD**

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

El acta para los niños declara que el retraso para decidir cuestiones referentes a los niños probablemente perjudicará su bienestar y que las autoridades locales tienen el deber de identificar a los niños con necesidad lo que implica que si hay cualquier preocupación acerca de la capacidad de crianza de una madre, los servicios sociales deberán obtener una valoración de la madre. Para una madre con esquizofrenia, criar a un hijo la ayudará a conectarse con otras madres, con el juego de los hijos y así sucesivamente, y el papel de madre ofrece un trabajo significativo y una

situación social con un acceso fácil a otros con un interés mutuo que provee a alguien de quien preocuparse o alguien que se preocupe por ella de una manera normal.

Otro punto a considerar es el efecto que le causa la pérdida del hijo que sufre la madre cuando son separados. Las madres biológicas que han dado a sus hijos en adopción siguen pensando en ellos durante sus vidas enteras. (Rynewson, 1982). Análogamente las personas que tienen una enfermedad mental pueden experimentar una enorme sensación de pérdida cuando hablan de hijos que podrían haber existido para ellos sólo en las esperanzas y en la fantasía. El hijo también puede sufrir al ser separado, dada la evidencia acerca de las posibles consecuencias adversas de los cuidados fuera del hogar, y la falta de garantías de que los cuidados residenciales o de familias adoptivas produzcan un buen resultado. (Rtnewson, 1982).

En México, en lo que se refiere para los efectos legales de la patria potestad o tutela del menor, cuando uno de los padres no goza de una adecuada salud mental para ejercer la crianza, se decreta que: De acuerdo al Código Civil para el Distrito Federal (Con las disposiciones legales conocidas hasta el mes de julio 2002), en el Libro Primero, Título Octavo de la patria potestad, Capítulo I "*De los efectos de la patria potestad respecto de la persona de los hijos*", sugiere en el Artículo 414. La patria potestad sobre los hijos se ejerce por los padres. Cuando por cualquier circunstancia deje de ejercerla alguno de ellos, corresponderá su ejercicio al otro. A falta de ambos padres o por cualquier otra circunstancia prevista en este ordenamiento, ejercerán la patria potestad sobre los menores, los ascendientes en segundo grado en el orden que determine el juez de los familiar, tomando en cuenta las circunstancias del caso. Capítulo III "*De la pérdida; suspensión y limitación de la patria potestad*", Artículo 448. La Patria potestad no es renunciable; pero aquellos a quienes corresponda ejercerla pueden excusarse: II Cuando por su mal estado habitual de salud no puedan atender debidamente a su desempeño.

Así mismo, En el Título Noveno De la Tutela, Capítulo I, Disposiciones Generales, en los Artículos siguientes: Artículo 449: El objeto de la tutela es la guarda de la persona y bienes de los que no estando sujetos a patria potestad tienen incapacidad natural y legal, o solamente la segunda para gobernarse por sí mismos. La tutela puede también tener por objeto la

representación interina del incapaz en los casos especiales que señale la ley. En la tutela se cuidará preferentemente de la persona de los incapacitados. Su ejercicio queda sujeto en cuanto a la guarda y educación de los menores a las modalidades de que habla la parte final del artículo 413. Artículo 454: La tutela se desempeñará por el tutor con intervención del curador, del Juez de los Familiar del Consejo Local de Tutelas y del Ministerio Público, en los términos establecidos en este Código. Artículo 465. Los hijos menores de incapacitados quedarán bajo la patria potestad del ascendiente que corresponda conforme a la ley y no habiéndolo se les proveerá de tutor. (G.O.D.F., 2000).

Hasta la actualidad se ha observado que la crianza para este tipo de casos mucha de las veces se lleva acabo por parte de la pareja o de algún familiar cercano, siendo en estos casos en su mayoría por los abuelos paternos, sin reportar algún efecto legal al mismo.

## **CAPÍTULO IV**

### **MÉTODO**

### **JUSTIFICACIÓN.-**

La forma de ejercer la crianza varía entre culturas. En México se ha documentado, en algunas investigaciones que los patrones de educación de los padres hacia sus hijos incluyen una serie de prácticas de agresión física y verbal que no son consideradas por los padres como violencia, así los resultados indican que este tipo de crianza tiene consecuencias psicológicas graves para el desarrollo futuro de los niños; estas investigaciones se han realizado en sujetos normales, tales como refieren en sus estudios: Baumrind, (1973), García Serrano, (1984). Faw, (1981) .Masson, Couse y cols (1996), Lewis, (1981), (Kochanska y Radke-Yarrow, 1992; Radke-Yarrow, McCann, DeMulder y Belmont, 1995; Hernández- Guzmán y Sánchez-Sosa, 1996, citados en Carranza, 1998), entre otros.

Actualmente existe poca información en la literatura internacional, que investigue este fenómeno en enfermos mentales, por lo que resulta de gran importancia conocer los patrones de crianza que ejercen pacientes esquizofrénicos y familiares que están al cargo del menor, así mismo identificar como es la percepción en la relación padre-hijo, ya que en México no se encontraron datos al respecto.

#### **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.-**

¿Cómo son las prácticas de crianza en una muestra de padres esquizofrénicos con hijos en edad escolar?

¿Cómo son las prácticas de crianza de los familiares que están al cuidado de los hijos de esquizofrénicos?

¿Cuál es la percepción de las relaciones padre-hijo, de hijos de padres esquizofrénicos que ejercen las prácticas de crianza, son semejantes o difieren con respecto a las prácticas de crianza ejercida por los familiares que están al cargo del menor?

¿Cómo se relacionan las prácticas de crianza en la percepción de las relaciones padres-hijos de los pacientes esquizofrénicos y de los familiares que están al cuidado del menor?

¿Cómo se relacionan las prácticas de crianza y la percepción de las relaciones padres-hijos con la conducta escolar y en el hogar de hijos de padres esquizofrénicos y familiares que ejercen la crianza?

#### **OBJETIVOS.-**

1. Describir las prácticas de crianza en una muestra de pacientes esquizofrénicos, que estén al cuidado de sus hijos en edad escolar.

2. Describir las prácticas de crianza en una muestra de familiares de pacientes esquizofrénicos que están al cuidado de los hijos en edad escolar.
3. Describir la percepción de las relaciones padres-hijos de una muestra de hijos de padres con esquizofrenia y familiares que ejercen las prácticas de crianza.
4. Establecer la correlación entre las prácticas de crianza y la percepción de las relaciones padres-hijos en una muestra de sujetos con esquizofrenia y familiares que ejercen las prácticas de crianza.
- 5.- Establecer la correlación entre las prácticas de crianza y la percepción de las relaciones padres-hijos con las conductas en el hogar, escolar de hijos de padres esquizofrénicos.

#### **HIPÓTESIS DE TRABAJO.-**

a) Existen diferencias en las prácticas de crianza y la percepción de las relaciones padre-hijo entre los pacientes esquizofrénicos y los familiares que están al cargo del menor.

b) Las prácticas de crianza y la percepción de la relación padre-hijo se encuentran relacionadas con la conducta de los hijos en la escuela y el hogar.

#### **HIPÓTESIS ESTADÍSTICAS.-**

Hi. Existen diferencias estadísticamente significativas en las prácticas de crianza ejercidas por pacientes esquizofrénicos y la ejercida por familiares.

Hi. Existen diferencias estadísticamente significativas en la percepción de las relaciones padre-hijo en los niños en edad escolar con padres esquizofrénicos y familiares que ejercen las prácticas de crianza.

Hi. Las prácticas de crianza que ejercen los pacientes esquizofrénicos y las que ejercen los familiares se encuentran relacionadas significativamente con la percepción de las relaciones padre-hijo y las conductas de los hijos en el hogar y la escuela.

#### **TIPO DE ESTUDIO.-**

Se realizó un estudio analítico descriptivo transversal y exposfacto, debido a que el fenómeno en estudio ya sucedió.

#### **TIPO DE DISEÑO.-**

Diseño cuasi experimental de 2 grupos con una sola medición, en el cual, se aplicó el Cuestionario de las prácticas maternas-paternas. (Robinson y cols., 1995) a pacientes esquizofrénicos y a los familiares que estén al cuidado de sus hijos y la Escala de Medición de relaciones padre-hijo (Fulgini y cols., 1993) a los hijos de pacientes esquizofrénicos.

#### **DEFINICIÓN CONCEPTUAL DE LAS VARIABLES.-**

##### **Variables Independientes:**

**Esquizofrenia.-** Según el DSM –IV (1995). La esquizofrenia es un trastorno mental en el que el individuo experimenta alteraciones profundas del pensamiento, de la percepción, del afecto y de la conducta. Los síntomas característicos implican un abanico de disfunciones cognoscitivas y emocionales que incluyen la percepción, el pensamiento inferencial, el lenguaje y la comunicación, la organización comportamental, la afectividad, la fluidez y productividad del pensamiento y el habla, la capacidad hedónica, la voluntad y la motivación y la atención. 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. Los síntomas característicos pueden conceptualizarse como pertenecientes a dos amplia categorías: los positivos y negativos.

**Familiar.-** (Familiar): adj. Dícese de lo relativo o perteneciente a la familia. H.B. English, “Diccionario de Psicología y Psicoanálisis” (1986).

**Hijo.-** m. Y f. (lat. Filius) Persona o animal, respecto de sus padres. “Diccionario Enciclopédico Larousse” (2000).

### **Variables Dependientes:**

**Prácticas de crianza-** Son las actitudes y valores de los padres, sus principios y creencias acerca de la naturaleza de los hijos, así como las prácticas específicas que ellos emplean para socializar con sus hijos. Estimando tres modelos de estilos de padres autoritario, autoritativo y permisivo. (Baumrid, 1991).

**Percepción de la relación padre-hijo.** Esta dada en la manera en como las familias proveen de una mutualidad y oportunidad para la toma de decisiones, y tendrá importantes implicaciones en el desarrollo del niño, así como en las relaciones que establecerá con sus padres y compañeros (Fuligni A. J., 1993).

**Conducta en el hogar y escuela.** Totalidad de las acciones e interacciones intraorgánicas y extraorgánicas de un organismos con su ambiente físico y social. Wolman, B. B. (1983) “Diccionario de Ciencias de la Conducta”.

### **DEFINICIÓN OPERACIONAL DE LAS VARIABLES .-**

### **Variables Independientes:**

El diagnóstico clínico fue confirmado con la entrevista clínica estructurada para el DSM IV (SCID-I). Sólo se aplicó la sección de trastornos psicóticos (First, M. B., 1999).

La severidad de los síntomas psicóticos fue evaluada con la escala de síntomas positivos y negativos (PANSS) (Positive and Negative Síndrome Scale, Kay S. R. Opler L. A, Fiszben A. Canada Multi Health Systemes, 1991).

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

### **Variables Dependientes:**

**Prácticas de crianza:** Están definidas por las respuestas de los pacientes esquizofrénicos y familiares en el Cuestionario de Prácticas maternas/parentales. (Robinson y cols., 1995). El cual está estructurado para identificar estilos de parentaje (autoritario, permisivo y autoritativo).

**Percepción de las relaciones padre-hijo:** Está definido por las respuestas de los hijos de padres esquizofrénicos con la Escala de Medición de Relaciones Padre-hijo. (Fuligni y cols., 1993). Esta escala tiene a su vez, tres factores de medición: Severidad parental, oportunidad para poder hacer decisiones y percepción del monitoreo parental.

**Conducta en el hogar y escuela.-** Esta definido por la información que dieron los pacientes esquizofrénicos y familiares que conviven con el menor.

### **POBLACIÓN.-**

Pacientes con esquizofrenia que asistían a tratamiento en los servicios de consulta externa y de hospitalización en los Hospitales Psiquiátricos Dr. Samuel Ramírez Moreno, Fray Bernardino Álvarez y José Sayago de la Secretaría de Salud. Durante el periodo de 1999 al 2002.

### **MUESTRA.-**

Se obtuvo una muestra no probabilística intencional por cuota, tipo censo de todos los casos que en forma consecutiva cumplían con los criterios de selección y aceptaban participar en el estudio. Siendo un total de 30 pacientes esquizofrénicos: para el primer grupo 15 pacientes que ejercían las prácticas de crianza y para el segundo grupo 15 pacientes donde los familiares ejercían las prácticas de crianza.

### **CRITERIOS DE INCLUSIÓN.-**

1.- Pacientes que cumplían con los criterios diagnósticos para Esquizofrenia en cualquiera de sus subtipos de acuerdo al DSM-IV, que predominaran los síntomas negativos de acuerdo a la Escala de Síntomas Positivos y Negativos (PANSS) y que tuvieran hijos en edad escolar.

2.- Hijos de ambos sexos entre 8 y 15 años y que acudan actualmente a la escuela.

3.- En el caso de tener más de un hijo en edad escolar, se eligió al de mayor edad.

4.- El familiar que ejercía las prácticas de crianza, aceptará participar y contestar los instrumentos y diera el consentimiento para participar al menor de edad.

5.- El estado de salud física y/o mental del paciente, hijo y la persona a cargo del menor permitiera contestar los instrumento.

6.- Todos los reactivos de los instrumentos fueron contestados.

#### **CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.-**

1.- Falta del llenado de un instrumento.

2.- Sintomatología psicótica severa, con predominancia de síntomas positivos que no permitan llevar a cabo la entrevista y el llenado de los instrumentos.

3.- Desaprobación de la participación del menor al ser entrevistado.

4.- Negatividad del menor al llenado de los instrumentos.

#### **INSTRUMENTOS.-**

**Entrevista Clínica Estructurada para el Eje I del DSM IV (SCID-I). First, M.B.-Spitzer, R.L., Williams, J.B.W., Gibbon, M., Spitzer, R.L. (1999)**

La SCID-I es una entrevista semiestructurada destinada a realizar los diagnósticos mas importantes del eje I del DSM-IV. Las entrevistas estructuradas aumentan la fiabilidad diagnóstica por la estandarización del proceso de evaluación, y aumentan la validez diagnóstica a través de los criterios diagnósticos del DSM-IV. - Uno de sus objetivos es aportar un instrumento eficiente y sencillo, para que las ventajas de la entrevista estructurada pudieran aplicarse en el ámbito clínico. Se utilizada con frecuencia en centros de asistencia primaria en salud mental y puede ser muy útil por los casos complejos que existen en dichos centros. La SCID-I consta de 6

partes con preguntas estructuradas para su evaluación, en el cual solo se utilizará el inciso B de síntomas psicóticos y asociados, para corroborar el diagnóstico de esquizofrenia (Ver Anexo 2).

#### **Escala de Síntomas Positivos y Negativos (PANSS). Kay S. R. y Cols. (1987)**

Diseñada con el propósito de mejorar algunos aspectos de otras escalas como son la evaluación de la severidad de los síntomas, la falta de equilibrio de los reactivos para evaluar síntomas positivos y negativos, la falta de sensibilidad para evaluar los cambios producidos por el tratamiento farmacológico y la falta de medición de psicopatología general y su influencia en la gravedad de los síndromes positivo y negativo.

Consta de 30 reactivos, de los cuales 7 constituyen la Escala Positiva formada por reactivos o elementos que califican síntomas tales como delirios, desorganización conceptual, conducta alucinatoria, excitación, grandiosidad, suspicacia / persecución y hostilidad; 7 de la Escala Negativa que evalúan el afecto adormecido o embotado, la retirada emocional, empatía limitada, retirada social apática / pasiva, dificultad para pensar en abstracto, dificultad para conversación fluida y pensamiento estereotipado y 16 reactivos que componen la Escala de Psicopatología General que valora síntomas variados como ansiedad, depresión, desorientación, preocupación, etcétera. Cada apartado es calificado en grados de severidad que van del 1 (ausente) al 7 (extremadamente severo). ( Kay S. R., 1987). Además de estas subescalas, encontramos la escala compuesta que sirve para expresar el predominio del síndrome positivo o negativo y el total se obtiene de la diferencia entre los totales de la subescala positiva y negativa. Incluye un manual de aplicación que contiene preguntas sugeridas para explorar cada síntoma y tiene la definición de cada síntoma y sus respectivos grados de severidad. (Kay S. R., 1991). [Ver Anexo 3]

#### **Prácticas del Maternaje y Paternaje. Robinson , C. y Cols. (1995)**

El cuestionario consta de 62 items, el cual esta estructurado para identificar 3 estilos de paternaje cada uno confiabilizado a través del método Alfa de Cronbach, con una escala de

respuesta del 1 al 5: 1 [nunca], 2 [rara vez], 3 [la mitad de las veces], 4 [muy a menudo] y 5 [siempre]. Los estilos son los siguientes:

**Autoritativo:** alfa= .91. Constituido con 27 items. Mide factores: calidez e involucramiento; razonamiento/inducción; participación democrática; naturalidad/ serenidad.

**Autoritario:** alfa= .86. Constituido con 20 items. Mide factores: hostilidad verbal; castigo corporal; estrategias de castigo no razonadas; y rectitud.

**Permisivo:** alfa= .75. Constituido con 15 items. Mide factores: ausencia de seguimiento; ignorar la mala conducta; confianza en sí mismo. [Ver anexo 4]

### **La percepción de la Relación Padre-Hijo. Fuligni, A. J. y Cols. (1993)**

Dicho instrumento cuenta con tres factores de medición, con una confiabilidad de .62, .60 y .69 respectivamente y son:

**1.- Severidad parental:** alfa= .62. Constituido con 5 items. Mide la percepción de los hijos sobre el control parental que ejercen sus progenitores en ellos y el poder asertivo en sus interrelaciones. También mide la cantidad de dominio autocrático parental en la relación padre-hijo.

**2.-Oportunidad para poder hacer decisiones:** alfa= .60. Constituido con 2 items. Mide la percepción que tienen los hijos ante las oportunidades que sus padres les brindan a la hora de poder hacer decisiones.

**3.-Percepción del monitoreo parental:** alfa= .69. Constituido con 4 items. Mide como los padres monitorean las actividades nocturnas de los hijos fuera de casa.

Con un total de once preguntas y con una escala de respuesta del 1 al 4: 1 (nunca); 2 (rara

vez); 3 (a menudo); 4 (siempre), teniendo tres factores de medición: [Ver anexo 5]

### **Conductas en el hogar y escuela.-**

La información es proporcionada por la persona que este a cargo del menor.

### **PROCEDIMIENTO.-**

Se procedió en primer término a la evaluación del proyecto por parte del comité científico y ético de las instituciones participantes. Una vez obtenida la autorización, se indagó por medio de los expedientes clínicos, siendo mas 200 expedientes a todos aquellos pacientes que tuvieran el diagnóstico presuntivo de esquizofrenia, y que asistieran a los servicios de consulta externa y hospitalización desde el año 1999 al 2002, así mismo que por lo menos tuvieran un hijo en edad escolar entre los 8 y 15 años.

Posteriormente se dio a la tarea de contactarlos vía telefónica, telegramas, médico tratante y en algunos de los casos, debido a que era difícil localizarlos se procedió a realizar visitas domiciliarias y así mismo obtener su consentimiento para la participación en el presente estudio tanto del paciente, familiar y el menor.

En tercer termino se procedió a confirmar el diagnóstico del paciente esquizofrénico con la aplicación del SICD- I, ya confirmado el diagnóstico de esquizofrenia en sus diferentes subtipos, se evaluó la severidad de síntomas de la esquizofrenia con el PANSS (tales instrumentos fueron evaluados con ayuda del médico tratante y de un previo entrenamiento para los evaluadores). Así mismo, se recabó la información de los datos sociodemográficos (mismos que se realizaron con apoyo del expediente clínico, personal adscrito y familiares). Mas adelante se citaron nuevamente a los pacientes y familiares en las instituciones participantes ( tanto de consulta externa como de las unidades terapéuticas y/o en su hogar según el caso), para la aplicación de el Cuestionario de prácticas de Maternidad/Paternidad a los pacientes que ejercen la crianza y a los familiares de los pacientes que no ejercen la crianza, así mismo a estos últimos se recabó la información

sociodemográfica. Cabe mencionar que se modificó el cuestionario para su mejor aplicación, únicamente se utilizó para el que ejerce la crianza, en el anexo se presenta en su forma original.

Posteriormente se solicitó al paciente y/o al familiar a cargo del menor, el contactar a los niños que cumplieran con los criterios de inclusión para la aplicación de la Escala de Percepción de las Relaciones Padre-Hijo y el llenado de la hoja de datos sociodemográficos. Una vez llenado este, se procedió en forma de ad hoc a recabar información médica y descripción de conductas en el hogar y en la escuela, a través de una escala análoga visual de 0 a 10. Lo anterior se realizó en su mayoría dentro de su hogar (debido a que en la instituciones participantes no es permitido el acceso del menor por su integridad física y psicológica o por decisión propia de los familiares).

Finalmente se procedió a evaluar las escalas, seleccionar a los que cumplieran con todos los criterios de inclusión del presente estudio y vaciar los datos arrojados al programa estadístico SSPS versión 10.0.

Se realizó en el periodo de 1999 al 2002, debido a que fue difícil lograr detectar y localizar a los sujetos que cumplieron con los criterios de inclusión y así mismo llevar a cabo la evaluación.

#### **CONSIDERACIONES ÉTICAS.-**

Esta investigación no implica ninguna intervención que provoque algún riesgo para la salud tanto para el niño como para la madre o padre por lo que no viola ningún precepto estipulado en las convenciones de Helsinki y Hawái para investigación en humanos. Al ser una investigación inocua, de acuerdo a la Ley General de Salud vigente, sólo se requiere el consentimiento verbal de los sujetos. El investigador se obliga a mantener total confidencialidad con respecto a la identidad de los participantes. Los cuestionarios NO llevarán nombre o número de expediente hospitalario, aunque si se tuvo control de cada uno de ellos.

## **ANÁLISIS ESTADÍSTICO.-**

Para el tratamiento estadístico de los datos se utilizó el Paquete estadístico para las Ciencias Sociales (SPSS) versión 10.0

Se procedió en primer término a la descripción de variables utilizando un análisis de frecuencias. Se utilizó la prueba T Student, para comparar los dos grupos .

## **CAPITULO V**

### **TABLAS Y RESULTADOS.-**

La muestra estuvo conformada por 30 sujetos de la siguiente manera: 15 pacientes esquizofrénicos con hijos de edad escolar que ejercen la crianza y 15 pacientes esquizofrénicos con hijos de edad escolar que no ejercen la crianza y un familiar es el que se hace cargo del menor. Tal muestra se obtuvo de tres Hospitales Psiquiátricos de la Secretaría de Salud; 14 pacientes del Hosp. Dr. Samuel Ramírez Moreno, 9 pacientes del Hosp. José Sayago y 7 pacientes del Hosp. Fray Bernardino Álvarez, en sus dos áreas de atención consulta externa y hospitalización.

En primer lugar se presenta la descripción de la muestra de pacientes esquizofrénicos, según las variables sociodemográficas consideradas en el estudio. De acuerdo a los datos obtenidos, podemos apreciar que la muestra estuvo integrada por pacientes provenientes tanto de provincia como del D. F. Para el grupo 1 pacientes que ejercen la crianza, 73% fue de provincia y un 26.7% del D. F. y para el grupo 2 pacientes que no ejercen la crianza, fue de un 66.7% de provincia y el 33.3% del D. F. Observando un predominio en ambos grupos el lugar de procedencia provincia en especial el Estado de México.

**Tabla No. 1**

<b>LUGAR DE NACIMIENTO</b>	<b>GRUPO No. 1</b>	<b>GRUPO No. 2</b>
D.F.	F= 4    %= 26.7	F= 5    %= 33.3
Provincia	F= 11    %= 73.3	F= 10    %= 66.7

En la tabla No. 2. Se muestra la frecuencia del sexo, arrojando lo siguiente : un 73.3% fueron mujeres y un 26.7% eran hombres para el grupo de pacientes que ejercen la crianza. Para los pacientes que no ejercen la crianza el 86.7% fueron mujeres y un 13.3% eran hombres. Observándose una mayor frecuencia el sexo femenino en ambos grupos.

**Tabla No. 2**

<b>SEXO</b>	<b>GRUPO No. 1</b>	<b>GRUPO No. 2</b>
Femenino	F= 11    %= 73.3	F= 13    %= 86.7
Masculino	F= 4    %= 26.7	F= 2    %= 13.3

En la tabla No. 3. Se observó que el promedio de edad fue de 38 años. Para el grupo que ejerce la crianza la edad máxima fue de 43 años y edad mínima de 22 años, para el grupo de pacientes que no ejercen la crianza la edad máxima fue de 45 años y la edad mínima de 21 años.

**Tabla No. 3**

	<b>GRUPO No. 1</b>	<b>GRUPO No. 2</b>
Edad Promedio	$\bar{X}=38$	$\bar{X}=38$

En la tabla No. 4. Apreciamos que el estado civil se dio de la siguiente manera: el 13.3% eran solteros para los que ejercen la crianza y el 26.7% para los que no ejercen la crianza, un 40% ocuparon los casados que ejercen la crianza y el 20% para los que no lo ejercen la crianza, en cuanto se refiere a unión libre el 26.7% fue para los que ejercen la crianza y un 13.3% para los que no ejercen la crianza, en relación al los que se encontraron separados fue de un 13.3% y un 67% eran viudos para ambas muestras y por último el 20% se encontraban divorciados, lo anterior se dio únicamente en la muestra que no ejerce la crianza. Así mismo se puede observar que se presentó mayor frecuencia sujetos casados para aquellos pacientes que ejercen la crianza y para los que no ejercen la crianza prevalecieron los solteros.

**Tabla No. 4**

<b>EDO. CIVIL</b>	<b>GRUPO No. 1</b>	<b>GRUPO No. 2</b>
Soltero	F= 2    %= 13.3	F= 4    %= 26.7
Casado	F= 6    %= 40.0	F= 3    %= 20.0
Unión Libre	F= 4    %= 26.7	F= 2    %= 13.3
Separado	F= 2    %= 13.3	F= 2    %= 13.3
Divorciado	F= 0    %= 0	F= 3    %= 20.0
Viudo	F= 1    %= 6.7	F= 1    %= 6.7

En la tabla No. 5 Se presenta la ocupación actual de los pacientes, observándose los porcentajes siguientes: el 60% de los pacientes que ejercen la crianza tienen alguna ocupación (empleados federales, obreros, oficios diversos, comercio ambulante, entre otros) y el 40% no se dedicaba a ninguna actividad laboral, solo se reportaron actividades diversas dentro del hogar.

Así mismo para la muestra de los pacientes que no ejercen la crianza los resultados arrojados fueron el 40% únicamente se dedicaba alguna actividad laboral (empleos de medio tiempo, comercio ambulante, algún oficio artesanal, y/o se encontraban inmersos en programas de rehabilitación psicosocial, con remuneración económica) y el 60% restante se dedicaba a actividades en el hogar y nunca realizaron alguna actividad laboral.

**Tabla No. 5**

<b>OCUPACIÓN</b>	<b>GRUPO No. 1</b>	<b>GRUPO No. 2</b>
Con ocupación	<b>F= 9    %= 60.0</b>	<b>F= 6    %= 40.0</b>
Sin ocupación	<b>F= 6    %= 40.0</b>	<b>F= 9    %= 60.0</b>

En la tabla No. 6. Se muestra que el nivel de escolaridad de los pacientes que ejercen la crianza, un 46% cursaron hasta la primaria, el 6.7% la secundaria, el 13.3% alguna carrera comercial o técnica y el 20.% cursaron los primeros años de preparatoria.

En cuanto a la muestra de pacientes que no ejercen la crianza se observó que el 40% cursaron la primaria, el 6.7% la secundaria, el 13.3% alguna carrera técnica o comercial y el 26.2% iniciaron el nivel bachillerato sin concluir. Prevalenciando en ambos grupos un nivel educativo de primaria.

**Tabla No. 6**

<b>ESCOLARIDAD</b>	<b>GRUPO No. 1</b>	<b>GRUPO No. 2</b>
Primaria	F= 7    %= 46.7	F= 6    %= 40.0
Secundaria	F= 1    %= 6.7	F= 1    %= 6.7
Tec/comercio	F= 2    %= 13.3	F= 2    %= 13.3
Preparatoria	F= 3    %= 20.0	F= 4    %= 26.2
Licenciatura	F= 2    %= 13.3	F= 2    %= 13.3

En la tabla No. 7. Se muestra el lugar de residencia, para los pacientes que ejercen la crianza fue del 33.3% radica en el D. F., mientras que un 66.7% residía en provincia (en especial el Estado de México) y para los paciente que no ejercen la crianza se aprecia que la mayoría reside en el D. F. con un 66.7% y un 33.3% en provincia (en especial el Estado de México).

**Tabla No. 7**

<b>LUGAR DE RESIDENCIA</b>	<b>GRUPO No. 1</b>	<b>GRUPO No. 2</b>
D.F.	<b>F= 5    %= 33.3</b>	<b>F= 10    %= 66.7</b>
Provincia	<b>F= 10    %= 66.7</b>	<b>F= 5    %= 33.3</b>

En la Tabla No. 8. Se presenta el número de hijos de los pacientes esquizofrénicos, observándose que se dio de igual forma en ambos grupos.

Arrojando una media de  $\bar{x} = 3$  hijos.

**Tabla No. 8**

<b>NO. DE HIJOS</b>	<b>GRUPO No. 1</b>	<b>GRUPO No. 2</b>
1 hijo	F= 4    %= 26.7	F= 5    %=33.3
2 hijos	F= 3    %= 20.0	F= 2    %=13.3
3 hijos	F= 4    %= 26.7	F= 2    %=13.3
4 hijos	F= 1    %= 6.7	F= 3    %=20.0
5 hijos	F= 2    %= 13.3	F= 2    %=13.3
6 hijos o más	F= 1    %= 6.7	F= 1    %= 6.7

En segundo lugar se describen las variables clínicas de los pacientes esquizofrénicos. En la tabla No. 9. Se aprecia el servicio que acudieron a solicitar atención médica. En el área de atención de consulta externa la mayoría eran subsecuentes, no encontrándose de primera vez y para el área de hospitalización se reportaron recurrencias.

Para los pacientes que ejercen la crianza el 60% fueron detectados en la consulta externa y el 40% restante del área de hospitalización, con mas de 6 semanas de internamiento Y para los pacientes que no ejercen la crianza el 33.3% fueron del servicio de consulta externa y con mayor frecuencia en el área de hospitalización, con largos periodos de internamiento y frecuentes rehospitalizaciones siendo de un 66.7%.

**Tabla No. 9**

<b>AREA DE ATENCIÓN</b>	<b>GRUPO No. 1</b>	<b>GRUPO No. 2</b>
Consulta Externa	F= 9    %=60.0	F= 5    %=33.3
Hospitalización	F= 6    %=40.0	F= 10    %=66.7

En la tabla No. 10. Se puede apreciar que el diagnóstico que prevaleció para ambos grupos fue el de esquizofrenia paranoide con un 80%, seguida de esquizofrenia de tipo residual con el 20% para los pacientes que ejercen la crianza , y un 13.3% para los pacientes que no ejercen la crianza y finalmente se reporto un 6.7% únicamente para pacientes que no ejercen la crianza.

**Tabla No. 10**

<b>DIAGNÓSTICO</b>	<b>GRUPO No. 1</b>	<b>GRUPO No. 2</b>
ESQUIZOFRENIA PARANOIDE	F=12    %= 80.0	F= 12%= 80.0
ESQUIZOFRENIA RESIDUAL	F= 3    %= 20.0	F= 2%= 13.3
ESQUIZOFRENIA INDIFERENCIADA	F= 0    %= 0.0	F= 1%= 6.7

En la tabla No. 11. Se muestra la edad de inicio del padecimiento, la cual fue de una media de  $\bar{x} = 21$  para los pacientes que ejercen la crianza y una media de  $\bar{x} = 22$  para los que no ejercen la crianza. Para el grupo 1 como edad máxima se reportó 28 años y como mínima de 15 años, mientras que para el grupo 2 se observó como máximo de edad los 30 años y como mínimo de edad 17 años.

**Tabla No. 11**

	<b>GRUPO No. 1</b>	<b>GRUPO No. 2</b>
<b>EDAD DE INICIO DEL PADECIMIENTO</b>	$\bar{X} = 21$	$\bar{X} = 22$

En la tabla No. 12. Se observó que el tiempo de evolución para ambos grupos se dio de igual forma, con una media de  $\bar{x} = 17$  años. Para el grupo que ejerce la crianza se observó como máximo de 28 años y un mínimo de 9 años y para los pacientes que no ejercen la crianza como máximo se reportó 34 años de evolución y un mínimo de 7 años.

**Tabla No. 12**

	<b>GRUPO No. 1</b>	<b>GRUPO No. 2</b>
TIEMPO DE EVOLUCIÓN	$\bar{X} = 17$	$\bar{X} = 17$

En la tabla No. 13. Se expone el número de internamientos a lo largo de su padecimiento, dándose una media para los pacientes que ejercen la crianza fue de  $\bar{x} = 3$  rehospitalizaciones y para los que no ejercen la crianza fue mayor a esta con una media de  $\bar{x} = 4$  rehospitalizaciones.

**Tabla No. 13**

	<b>GRUPO No. 1</b>	<b>GRUPO No. 2</b>
NÚMERO DE INTERNAMIENTOS	$\bar{X} = 3$	$\bar{X} = 4$

En la tabla No. 14. Se observan los posibles desencadenantes de la enfermedad. Para los pacientes que ejercen la crianza del 13.3% por alguna pérdida de algún familiar cercano, el 20% por embarazo, el 6.7% por otros desencadenantes (accidente traumático, aborto, pérdida de empleo, escuela, entre otras) y el 60% restante sin causa aparente.

Para la muestra de pacientes que no ejercen la crianza el 6.7% por pérdida de algún familiar cercano, el 13.3% embarazo, un 6.7% otros posibles desencadenantes y finalmente siendo en su mayoría el 73.3% se desconocen datos.

**Tabla No. 14**

<b>PROBABLES CAUSAS</b>	<b>GRUPO No. 1</b>	<b>GRUPO No. 2</b>
PERDIDA FAMILIAR	F= 2    %= 13.3	F= 1    %= 6.7
EMBARAZO	F= 3    %= 20.0	F= 2    %= 13.3
OTRO	F= 1    %= 6.7	F= 1    %= 6.7
SIN CAUSA/SE DESCONOCE	F= 9    %= 60.0	F= 11    %= 73.3

En la tabla No. 15. En cuanto a los antecedentes hereditarios en pacientes que ejercen la crianza, se reportó que el 26.7% existen antecedentes de enfermedades psiquiátricas en familiares de primer grado y segundo grado, así como un 26.7% para antecedentes de alcoholismo, drogadicción, suicidio, depresión grave, entre otros y el 46.7% se desconocen o no existen antecedentes.

Para pacientes que no ejercen la crianza se observó un mayor porcentaje a diferencia de los que ejercen con un 33% de antecedentes psiquiátricos, un 20% para antecedentes de alcoholismo y drogadicción y el 46.7 se desconocen antecedentes.

**Tabla No. 15**

<b>ANTECEDENTES HEREDITARIOS</b>	<b>GRUPO No. 1</b>	<b>GRUPO No. 2</b>
ENFERMEDAD PSQUIÁTRICA	F= 4    %= 26.7	F= 5    %= 33.3
ALCOHOLISMO, FD. Y OTRAS	F= 4    %= 26.7	F= 7    %= 20.0
SE DESCONOCE/NINGUNO	F= 7    %= 46.7	F= 7    %=46.7

En tercer lugar se presentan las descripciones de las variables sociodemográficas de los familiares que están al cuidado de los hijos de pacientes esquizofrénicos.

En la tabla No.16. De acuerdo con los datos obtenidos podemos observar que el lugar de nacimiento para los familiares, un 73.3% provenían del interior de la República y el 26.7% restante de la Cda. De México.

**Tabla No. 16**

<b>LUGAR DE NACIMIENTO</b>	<b>FAMILIARES</b>	
D.F.	<b>F= 4</b>	<b>%=26.7</b>
PROVINCIA	<b>F= 11</b>	<b>%=73.3</b>

En la tabla No. 17. En cuanto al genero se aprecian las frecuencias de la siguiente manera: un 86.7% del sexo femenino y un 13. 3% del sexo masculino. Observándose que prevaleció el sexo femenino en la muestra de familiares que están al cargo del menor.

**Tabla No. 17**

<b>SEXO</b>	<b>FAMILIARES</b>
FEMENINO	F= 13      %=86.7
MASCULINO	F= 2      %=13.3

En la tabla No. 18. Se muestra la media de edad de los familiares, siendo de 45 años.

**Tabla No. 18**

	<b>FAMILIARES</b>
EDAD	$\bar{X} = 45$

En la tabla No. 19. Se expone el estado civil, observándose que la mayoría de los familiares están casados siendo del 60%, seguido de un 20% viudos, el 13.3% separados o divorciados y un 6.7% solteros, no se reportó en ningún familiar en unión libre.

**Tabla No. 19**

ESTADO CIVIL	FAMILIARES	
SOLTERO	F= 1	%= 6.7
CASADO	F= 9	%=60.0
SEPARADO	F= 2	%=13.3
U.LIBRE	F= 0	%= 0.0
VIUDO	F= 3	%=20.0

En la tabla No. 20. Se observan los datos en cuanto a la escolaridad se puede ver que la primaria constituye el nivel educativo mas representativo de la muestra en un 53.3%, el 20% la licenciatura y postgrado, el 13.3% carrera técnica o comercial, el 6.7% para los casos de secundaria y preparatoria.

**Tabla No. 20**

<b>ESCOLARIDAD</b>	<b>FAMILIARES</b>	
PRIMARIA	F= 8	%=53.3
SECUNDARIA	F= 1	%= 6.7
TEC/COMERCIO	F= 2	%=13.3
PREPARATORIA	F= 1	%= 6.7
LICENCIATURA	F= 3	%=20.0

En la tabla No. 21. Se aprecia que mas de la mitad de los familiares tienen alguna ocupación con un 66.7 % y el 33.3% restante no reporta alguna actividad laboral, debido a que se dedican actividades dentro del hogar, se encuentran jubilados o pensionados.

**Tabla No. 21**

OCUPACIÓN	FAMILIARES	
CON OCUPACIÓN	F= 10	%=66.7
SIN OCUPACIÓN/HOGAR	F= 5	%=33.3

En la tabla No. 22. Se muestra el lugar de residencia la mayor parte de la muestra reside en el D. F. y un 33.3% en provincia (Estado de México).

**Tabla No. 22**

<b>RESIDENCIA</b>	<b>FAMILIARES</b>	
D.F	F= 10	%=66.7
PROVINCIA	F= 5	%=33.3

En la tabla No. 23. Se muestran las frecuencias en cuanto al parentesco que tienen con el paciente. En su mayoría fueron con 33.3% los padres (en particular la madre), seguida del cónyuge y hermanos con el 20% respectivamente y finalmente con un 6.7% para el resto del parentesco como hijos, primos, tíos, cuñados y/o sin parentesco familiar.

**Tabla No. 23**

<b>PARENTESCO</b>	<b>FAMILIARES</b>	
Padres	F= 5	%= 33.3
Cónyuge	F= 3	%= 20.0
Hermanos	F= 3	%= 20.0
Otros	F= 1	%= 6.7

En cuarto lugar se describen las variables sociodemográficas de la muestra de hijos de pacientes esquizofrénicos. En la tabla No. 24. Se puede apreciar el lugar de nacimiento. Un 66.7% nacieron en el D. F. y un 33.3% en provincia, para el grupo 1 de los hijos que son cuidados por el paciente. Y para la muestra de hijos del grupo 2 que están al cuidado de algún familiar, el 80% nació en el D. F. y el 20% restante nacieron en provincia.

**Tabla No. 24**

<b>LUGAR DE NACIMIENTO</b>	<b>GRUPO No. 1</b>	<b>GRUPO No. 2</b>
D.F.	F= 10    %= 66.7	F= 12    %= 80.0
PROVINCIA	F= 5    %= 33.3	F= 3    %= 20.0

En la tabla No. 25. Se muestra la frecuencia del sexo para ambos grupos. Un 53.3% fueron mujeres y un 46.7% fueron hombres para la muestra de hijos que están al cuidado del paciente. Y para la muestra de hijos que están al cargo de algún familiar el 60% fueron mujeres y un 40% de sexo masculino. Observándose que en ambos grupos prevaleció el sexo femenino.

**Tabla No. 25**

<b>SEXO</b>	<b>GRUPO No. 1</b>	<b>GRUPO No. 2</b>
FEMENINO	F= 8    %=53.3	F= 9    %=60.0
MASUCULINO	F= 7    %=46.7	F= 6    %=40.0

En la tabla No. 26. Se presenta la edad promedio de los menores, en donde la media fue para ambos grupos de 12.5 años.

**Tabla No. 26**

	<b>GRUPO No. 1</b>	<b>GRUPO No. 2</b>
EDAD	$\bar{X} = 12.5$	$\bar{X} = 12.5$

En la tabla No. 27. En la escolaridad para ambos grupos, el nivel educativo mas representativo fue la secundaria con un 80% y 66.7% respectivamente, en seguida de un 20% para el nivel primaria en ambos grupos y por último el 13.3% nivel bachillerato, únicamente para los hijos en donde la crianza es ejercido por algún familiar.

**Tabla No. 27**

<b>ESCOLARIDAD</b>	<b>GRUPO No. 1</b>	<b>GRUPO No. 2</b>
Primaria	<b>F= 3    %= 20.0</b>	<b>F= 3    %= 20.0</b>
Secundaria	<b>F= 12    %= 80.0</b>	<b>F= 10    %= 66.7</b>
Preparatoria	<b>F= 0    %= 0.0</b>	<b>F= 2    %= 13.3</b>

En la tabla No. 28. Se observa que el lugar de residencia se dio de igual forma para ambos grupos , con un 66.7% para los que residen en el D. F. y el 33.3% en provincia.

**Tabla No. 28**

<b>LUGAR DE RESIDENCIA</b>	<b>GRUPO No. 1</b>	<b>GRUPO No. 2</b>
D.F.	<b>F= 10    %= 66.7</b>	<b>F= 10    %= 66.7</b>
PROVINCIA	<b>F= 5    %= 33.3</b>	<b>F= 5    %= 33.3</b>

En la tabla No. 29. Según los datos informados por los padres o cuidadores del menor referente a la conducta dentro del hogar y escuela en ambos grupos fue de una media de  $\bar{x} = 7$  y un rendimiento académico de  $\bar{x} = 8$ . Apreciando que se da de igual forma en todos los menores.

**Tabla No. 29**

	<b>GRUPO No. 1</b>	<b>GRUPO No. 2</b>
CONDUCTA ESCOLAR	$\bar{X} = 7$	$\bar{X} = 7$
PROMEDIO ESCOLAR	$\bar{X} = 8$	$\bar{X} = 8$
CONDUCTA EN EL HOGAR	$\bar{X} = 7$	$\bar{X} = 7$

En la Tabla No. 30. Se presenta los resultados obtenidos de la comparación de las medias, la **t** y diferencias estadísticamente significativas del Cuestionario de prácticas maternas-paternas, de los pacientes y familiares.

Al comparar las medias se encontró que en el estilo parental autoritario de los pacientes que llevan a cabo la crianza fue de una  $\bar{x} = 101.53$  y para los familiares que llevan la crianza fue de una  $\bar{x} = 102.33$ , con  $t = -.118$  y  $p = .907$ , no existiendo diferencias significativas y mostrándose de igual forma en ambos grupos así como de presentar un ligero predominio a diferencia de los otros estilos de paternaje.

En el estilo parental permisivo para los pacientes que ejercen la crianza fue de una  $\bar{x} = 54.80$  y para los familiares que ejercen la crianza fue de una  $\bar{x} = 52.73$ , con  $t = .407$  y  $p = .687$ , lo cual indica que no existen diferencias estadísticamente significativas, dándose de igual forma para ambos grupos.

En cuanto al estilo parental autoritativo de los pacientes que ejercen la crianza fue de una  $\bar{x} = 38.06$  y para los familiares que ejercen la crianza fue de una  $\bar{x} = 37.40$ , con  $t = .318$  y  $p = .753$ ,

observándose que las medias son similares en ambos grupos. No observándose diferencias, los que nos indica que el estilo de crianza permisivo se da de igual manera en los dos grupos.

**Tabla No. 30**

<b>ESTILO PARENTAL</b>	<b>GRUPO No. 1</b> $\bar{X}$	<b>GRUPO No. 2</b> $\bar{X}$	<b>t</b>	<b><math>\alpha</math></b>
Autoritario	101.53	102.33	.118	.907
Permisivo	54.80	52.73	.407	.687
Autoritativo	38.06	37.40	.318	.753

En la tabla No. 31. Se muestran las medias, la  $t$  y el nivel de significancia en la escala de medición de las Relaciones Padre-Hijo.

En el factor de severidad parental, la media fue de  $\bar{x} = 12.73$  para los hijos de pacientes que ejercen la crianza y una  $\bar{x} = 13.20$ ,  $t = -.523$  y  $p = .605$  para los hijos que están a cargo de algún familiar. Apreciándose que no hubieron diferencias en ambos grupos de menores dándose de la misma manera.

En el factor de oportunidad de tomar decisiones, se observa que la  $\bar{x} = 5.60$  para los hijos de esquizofrénicos que llevan a cabo las prácticas de crianza y una  $\bar{x} = 5.73$ ,  $t = -.210$  y  $p = .835$

para los hijos de esquizofrénicos que están al cuidado de un familiar. En los dos grupos se observa que la toma de decisiones no se da.

En cuanto al factor de percepción del monitoreo paterno, los datos arrojados fueron de una  $\bar{x} = 13.93$  para los hijos de esquizofrénicos que llevan a cabo las prácticas de crianza y una  $\bar{x} = 13.33$ ,  $t=.614$  y  $p= .545$  para los hijos de esquizofrénicos que están al cuidado de un familiar, en este factor se puede observar que las medias son similares y no existen diferencias para ambos grupos.

**Tabla No. 31**

<b>FACTOR</b>	<b>GRUPO No. 1 <math>\bar{X}</math></b>	<b>GRUPO No. 2 <math>\bar{X}</math></b>	<b>t</b>	<b><math>\alpha</math></b>
SEVERIDAD PARENTAL	12.73	13.20	- .523	.605
OPORTUNIDAD DE TOMAR DECISIONES	5.60	5.73	- .210	.835
MONITOREO PATERNO	13.93	13.33	.614	.544

En la Tabla No. 32. Se presentan los datos referentes a la conducta escolar, conducta en el hogar y promedio escolar de los hijos de pacientes esquizofrénicos.

Observándose que la conducta escolar la media fue de  $\bar{x} = 7.93$ ,  $t = 1.047$  y  $p = .304$  para los hijos de pacientes ejerce la crianza. Y para los hijos que están al cuidado de algún familiar la media fue de  $\bar{x} = 7.40$ ,  $t = 1.047$  y  $p = .304$ . Lo que nos indica que se da de la misma manera, ya que no se encontraron diferencias significativas.

En la conducta en el hogar, se observa que la media para los hijos que ejercen la crianza el paciente fue de  $\bar{x} = 7.20$ ,  $t = -.323$  y  $p = .749$  y para los hijos que la crianza es ejercida por un familiar la media fue de  $\bar{x} = 7.33$ ,  $t = -.323$  y  $p = .749$ . No existiendo diferencias, prevaleciendo de la misma manera.

En cuanto al promedio escolar, se observó que la media fue igual para ambos grupos una media de  $\bar{x} = 8.00$ ,  $t = .00$  y  $p = 1.00$ . No observándose diferencias significativas.

**Tabla No. 32**

	<b>GRUPO No. 1 <math>\bar{X}</math></b>	<b>GRUPO No. 2 <math>\bar{X}</math></b>	<b>t</b>	<b><math>\alpha</math></b>
<b>CONDUCTA ESCOLAR</b>	7.93	7.40	1.047	.305
<b>CONDUCTA EN EL HOGAR</b>	7.20	7.33	- .323	.749
<b>PROMEDIO ESCOLAR</b>	8.00	8.00	.000	1.00

En la Tabla No. 33. Se muestra la correlación de las conductas en el hogar, en la escuela, y promedio escolar, con el cuestionario de las prácticas maternas-paternas y la escala de relaciones padre-hijo para toda el total de la muestra. Apreciándose una asociación en relación al promedio escolar con la conducta escolar con .761\*\* y un nivel de significancia de .001.

En cuanto a la correlación en la conducta en el hogar con conducta escolar con .503\*\* y un nivel de significancia .005 y promedio escolar con .554\*\* y un nivel de significancia de .001 lo que nos indica que son altamente significativas para ambos grupos comparativos.

En lo que se refiere a la correlación entre la de oportunidad de tomar decisiones con la conducta en el hogar para ambos grupos comparativos, se observaron relaciones con un .466 \*\* y un nivel de significancia de .009.

También existió una correlación en cuanto a la oportunidad de tomar decisiones con el estilo parental autoritario para ambas muestras comparativas con .364\* y un nivel de significancia de .048.

Tabla No. 33

	COND-ESC	PROM-ESC	COND-HOG	AUTIZ	AUTIV O	PERM	SEV-PATER	OPORT-DECIS	PERCEP-MON
COND-ESC	1.00 .0								
PROM-ESC	.761** .00	1.00 .0							
COND-HOG	.503** .005	.554** .001	1.00 .0						
AUTORIZ	.026 .891	.109 .567	.110 .565	1.00 .0					
AUTORIT	-.116 .543	-.118 .533	-.116 .543	-.532 .003	1.00 .0				
PERM	.006 .976	-.089 .639	.061 .748	-.091 .631	-.349 .059	1.00 .0			
SEV-PARENT	-.003 .986	-.081 .670	-.202 .284	.319 .086	-.041 .830	-.056 .767	1.00 .0		
OPORT-DECIS	.197 .296	.279 .136	.466** .009	-.082 .665	.364* .048	.219 .244	.081 .671	1.00 .0	
PERCEP-MON	.283 .130	.254 .176	.163 .389	-.200 .290	.134 .479	.254 .175	.014 .914	.155 .413	1.00 .0

## CAPITULO VI

### ANÁLISIS Y DISCUSIÓN.-

El perfil sociodemográfico de los pacientes con esquizofrenia se dio de la siguiente forma: la mayoría provenían de provincia (en particular el Estado de México), lo anterior pudo deberse a que una gran parte fueron canalizados a la Cd. de México para recibir atención.

En cuanto al género para pacientes con esquizofrenia, existió una frecuencia del sexo femenino. De acuerdo con Fahndrich y Richetr , (1987) la incidencia es mayor en hombres hasta los 35 años y a partir de esta edad la incidencia aumenta en las mujeres, datos semejantes se obtuvieron en este estudio, donde la mayoría de los pacientes son del sexo femenino, con un promedio de 38 años de edad, quizás se deba a lo que Goldstein, J. M. (1998) refiere que son las mujeres las que acuden con mayor frecuencia a recibir atención y tienen estancias hospitalarias mucho mas cortas y menores recaídas a diferencia de los hombres.

Se observó un mayor porcentaje de pacientes casados que ejercen la crianza y una menor frecuencia de solteros para los que no ejercen la crianza, para estos últimos se ha visto que debido a la sintomatología propia de la enfermedad, presentan dificultad para relacionarse, tienden al aislamiento y sus relaciones de pareja no perduran, como refiere Zoch, C. (2000), que este tipo de personas prefieren quedarse solteros o si se casan, se separan de ellos sus parejas debido a la incapacidad de afrontar las responsabilidad y obligaciones propias del matrimonio.

Para ambos grupos se encontró un promedio de 3 hijos, al respecto Miller y Finnerty, (1996), comentan que las mujeres con esquizofrenia tiene el mismo número promedio de embarazos que una mujer que no esta mentalmente enferma. Pero un número mayor de ellos no son planeados y un mayor porcentaje no son deseados.

Los pacientes que ejercen la crianza; tienden a mantenerse ocupados en tareas domésticas, subempleos, oficios y/o estar inmersos en programas de rehabilitación enfocados a reinserción

psicosocial (casas de medio camino, talleres protegidos, talleres de actividades ocupacionales y autoempleos, etc.), lo cual contribuye en gran medida a la funcionalidad del paciente dentro y fuera de una institución. Lo anterior concuerda con lo que menciona Kaplan, (1999), que este tipo de actividades ayudara al paciente a reducir el aislamiento social, reducir la frecuencia de conducta mal adaptadas, reducir el número de recaídas y mejorar su calidad de vida. Para el caso de los pacientes que no ejercen la crianza, se observó que se encuentran sin ocupación y permanecen mas tiempo dentro de sus hogares realizando tareas básicas de la vida diaria y domésticas, por lo que presentan mayor disfuncionalidad, constantes recaídas, dificultad para relacionarse y conductas maladaptadas, etc. Como comentan Smeltekop y Houghton (1990), el tratamiento farmacológico por si solo es mucho menos eficaz que si se le combina con psicoterapia o terapias psicosociales.

El grado máximo de estudios para los esquizofrénicos fue el nivel primaria, lo anterior posiblemente se deba a que presentan condiciones socioeconómicas bajas, provienen de familias extensas y/o desintegradas, presentan desde la niñez y adolescencia algunos signos de un desarrollo atípico de la personalidad, entre otras. (Kaplan, 1999). Existen datos que proporcionan que efectivamente si se toma en cuenta la condición socioeconómica, se observa que la esquizofrenia se presenta con mayor frecuencia en clases bajas. ( Zoch, C., 2000).

En las características clínicas pudimos apreciar, que se detectaron con mayor frecuencia en el servicio de consulta externa pacientes que ejercen la crianza y para el servicio de hospitalización en su mayoría se encontraron pacientes que no ejercen la crianza. Para ambos grupos prevaleció el diagnóstico de esquizofrenia de tipo paranoide,

Según el DSM-IV (1995), este tipo de esquizofrenia es la de mayor incidencia registrada, la cual suele iniciarse entre los 20 y 30 años de edad y es la que mejor evoluciona a pesar de la aparatosidad del cuadro.

La edad de inicio de la enfermedad para los esquizofrénicos fue entre los 21 y 22 años. como hace referencia el DSM-IV, que aunque por lo general la aparición sucede en la juventud

Por lo que concierne a los datos sociodemográficos de los familiares que se hacen cargo de los cuidados del menor, principalmente fueron los abuelos, quienes residen actualmente en su

esta.

sociales pueden contribuir al inicio de la enfermedad en una persona que tiene la predisposición a consecuencia que la causa de su enfermedad. No se puede pasar por alto que los estresores problemas psicológicos y sociales en la vida de los esquizofrénicos puede de ser mas la familiares anormales, la historia de ellos varia notablemente. Así mismo, algunos de los familiares cercanos. Scully (1985), menciona que algunos esquizofrénicos tienen antecedentes trastornos afectivos, de personalidad, así como antecedentes de esquizofrenia por parte de otros antecedentes hereditarios algunos de los familiares reportaron: alcoholismo, drogadicción, ser un momento de alto riesgo para la exacerbación de la esquizofrenia. En lo que se refiere a los demuestran preocupaciones extremas acerca de la maternidad. El periodo posparto también puede el empeoramiento de la salud mental durante el embarazo parece particularmente notable entre las mujeres mas jóvenes y entre las mujeres con embarazos no deseados. Durante el embarazo sexual, embarazo, etc. Este ultimo concuerda en parte con lo que comenta Macneil (1983-1987), la muerte de un familiar cercano, cambio de domicilio, trabajo o escuela, alguna agresión física o antecedentes hereditarios de importancia, se apreció que la mayoría de los familiares desconocen En lo que se refiere a las probables desencadenantes del inicio de la enfermedad y

de ánimo e intentos de suicidio (Kaplan, 1999).

frecuentes rehospitalizaciones, exacerbaciones de los síntomas, episodios de trastornos del estado obtenido del tratamiento un resultado positivo. mas del 50% ha obtenido un resultado escaso, con años posteriores al primer episodio psicótico, sólo de un 10% a un 20% de los pacientes han largo de la evolución de la enfermedad. Algunos estudios reportaron que en el periodo de los 5-10 El tiempo de evolución para ambos grupos fue de 17 años, con 3 o 4 internamientos a lo

años.

entre 15 y 40 años, se presentian casos de comienzo precoz menos de 15 años o tardío mas de 45

mayoría en la Ciudad de México, con un promedio de edad alrededor de los 45 años, casados, los cuales actualmente se dedican alguna actividad laboral o reciben pensión de su jubilación, entre otros y presentan un nivel educativo como máximo de primaria. Cabe mencionar que son los que se hacen totalmente cargo de los menores en su educación, cuidados, y manutención, así como todo lo que conlleva el tratamiento del paciente. Comentan al respecto Miller y Finnety (1996), que la crianza para muchas mujeres esquizofrénicas es intermitente, con periodos de pérdida de la custodia y visitas, alternados con recuperación de la custodia, en donde el apoyo de la familia es mejor y existen cuidados intermitentes por los familiares. En el presente estudio se observó que estos pacientes no llevan la crianza, debido a que tienen un mayor número de recaídas y rehospitalizaciones, lo que impide que ejerzcan la crianza de manera constante.

Las características sociodemográficas de los hijos de esquizofrénicos, se observó que prevalecieron los nacidos en la Ciudad de México, siendo en su mayoría del sexo femenino, la edad promedio fue de 12.5 años. Los cuales actualmente se encuentran cursando el nivel secundaria, con un rendimiento escolar reportado en los últimos 3 años de 8 de promedio y una conducta escolar y en el hogar como regular. Con lo anterior podríamos decir que aparentemente no existen problemas, sin embargo el rendimiento en la escuela tiende a ser regular y una conducta poco aceptada, así mismo se reportó a algunos menores con problemas conductuales como: desobediencia, irritabilidad, agresividad, hiperactividad, dificultad para relacionarse, entre otros. Walter y Emory (1983), mencionan que existen evidencia de que los hijos de esquizofrénicos son mas difíciles de criar y plantean riesgos para el desarrollo de los niños, así mismo se correlacionan con un grado de desajuste posterior a la vida.

En cuanto a los resultados arrojados de los instrumentos utilizados, se observó lo siguiente: En el Cuestionario del Ejercicio de la maternidad-paternidad los estilos autoritario y permisivo fueron los que prevalecieron con mayor frecuencia para ambos grupos.

En el *estilo parental autoritario*. Se observó en ambos grupos de la misma forma, por lo que podemos inferir que son educados de igual manera, ya que se ha observado que al haber un

enfermo mental en la familia, los patrones de interacción familiar tienden a ser patológicos. En este estilo de crianza Baumrind (1971), Faw (1981), Van Pelt (1985) y Brui (1991), describen que los padres son estrictos, severos, tienden a tener patrones rígidos de conducta, de no tomar en cuenta las necesidades de sus hijos, de tratar de controlar el comportamiento y las actitudes de sus hijos, suelen ser altamente directivos, no permiten que sea cuestionada su autoridad., valoran la obediencia incondicional y castigan enérgicamente a sus hijos con golpes, por actuar en forma contraria a sus estándares sin darles ninguna explicación, tienen una percepción únicamente de las imperfecciones y exigen al niño normas inadecuadas e imposibles de adquirir.

Por consiguiente, muchos de los niños tienden a tener logros escolares pobres ya que la presión que ejercen los padres, a través de los golpes y regaños causan en él inseguridad, temor, reprimen la iniciativa, la creatividad y no pueden desarrollarse plenamente sus capacidades, también tienden a tener problemas de hiperactividad y desobediencia, como se observa en la muestra de los menores de este estudio. Así mismo Craig (1994), Papalia y Wendkos Olds (1992), comenta al respecto, los niños suelen ser introvertidos, ermitaños, inseguros, tienen una baja autoestima, son impopulares, muestran dependencia hacia el padre que los golpea, prefieren ser golpeados a ignorados. Se vuelven agresivos, hostiles y las niñas pasivas, introvertidas, inseguras, irritables e inadaptadas sociales

El *estilo parental permisivo*. En ambos grupos se observó de igual forma, donde las características de estos padres suelen ser menos exigentes, permiten a los niños regir sus propias actividades, no son controladores, son relativamente cariñosos con sus hijos y casi nunca los castigan, los padres permisivos se sienten inseguros con su rol como padres, tiene poco control sobre sus hijos y no consideran necesario castigarlos (Baumrind 1971, Faw 1981 y Brui 1991).

Van Pelt (1985), Woolfolk (1996) y Craig (1994), comentan que el niño es el que tiene el control y los padres se doblegan ante sus caprichos. Son indulgentes, inadaptados sociales, destructivos, generalmente son los menos autocontrolados, tiene logros escolares bajos,

agresivos, inmaduros, mentirosos, desobedientes, inseguros, inadaptados, con baja autoestima y frustrados. En ocasiones cuando la permisividad se mezcla con hostilidad puede llevar a los niños a la delincuencia

En cuanto al *estilo parental autoritativo*. Es el que se presenta con menor frecuencia, este estilo de crianza suelen ser el ideal según varios autores, dirigen las actividades de sus hijos en forma racional, prestan atención antes que al miedo del niño al castigo o a la pérdida de amor. Aunque confían en su capacidad para guiar a sus hijos respetan los intereses, las opiniones y la personalidad de los niños. Son amorosos, consecuentes, exigentes y respetuosos de las decisiones independientes de sus hijos, pero firmes en mantener los estándares y la voluntad para imponer castigos limitados. Explican las razones que sustentan las posiciones que adoptan y favorecen el intercambio de opiniones. Sus hijos, evidentemente se sienten seguros al saber que los aman y que esperan de ellos Baumrind 1971, Pratt, Kerig, y Cowan, 1988. (Citados por Papalia y Olds, 1998).

Los niños tienden a tener mejores logros escolares, porque los papás les dedican tiempo en la realización de las tareas escolares, les clarifican las dudas, recompensan las conductas apropiadas y se enfocan menos al castigo físico y solo recurren a él cuando consideran muy necesario, y lo acompañan con una explicación, generalmente son los niños más seguros, competentes socialmente, presentan menos agresividad y hostilidad, tienden a ser independientes con una mayor autoestima y autocontrol, son más autodidácticos, son más populares, se muestran más satisfechos y tienden a desarrollar satisfactoriamente dentro de la sociedad, siendo más activos y creativos (Craig, 1994).

Por lo anterior podemos concluir, que prevaleció en ambos grupos los estilos de crianza autoritario y permisivo, lo cual indica que en el ejercicio de la crianza los padres y familiares, no suelen ser los adecuados, ya que se observó según los datos arrojados que se caracterizó por ser padres poco receptivos, exigentes, utilizan el poder de la fuerza cuando consideran que una conducta no es adecuada, por lo que esperan que se acepten las reglas sin cuestionamiento. Finalmente, los padres que rechazan o son negligentes tienen hijos más proclives a tener

problemas emocionales, de conducta y bajo rendimiento escolar, por lo que intervendrá en su desarrollo psicológico en un futuro.

En la Escala de Relaciones padre-hijo, se observó en ambos grupos en cuanto al factor de severidad parental que no existieron diferencias significativas, sin embargo se mostró mayor tendencia para los hijos de esquizofrénicos que están al cuidado de algún familiar, percibiendo mayor control parental y un dominio autocrático parental en la relación padre-hijo.

Para el factor del monitoreo parental, se dio de igual forma para los dos grupos, sin embargo ocupó una mayor frecuencia para los hijos que están al cuidado del paciente. Observándose un mejor monitoreo en cuanto a las actividades nocturnas fuera de casa, lo anterior puede deberse a las características propias del paciente esquizofrénico, ya tienen menos posibilidad de distinguir sus propias necesidades de las de sus hijos, lo anterior coincide con lo que afirman Gamer (1976) y Corrigan (1993), los padres suelen proveer menos estabilidad, crianza y estimulación. Los medicamentos psicotrópicos pueden deteriorar aún más la espontaneidad y la expresión afectiva hacia el hijo. La esquizofrenia reduce la capacidad para discernir las señales no verbales, reconocer afectos en las expresiones faciales y negociar situaciones sociales.

En lo que respecta al factor de oportunidad de tomar decisiones, se observó con menor frecuencia para ambos grupos, no mostrando diferencias significativas, por lo que se puede inferir que no se permite la oportunidad de tomar decisiones.

Por lo anterior antes descrito podemos concluir, que no existieron diferencias significativas para los factores de la percepción en la relación padre-hijo en ambos grupos. Aunque predominó el factor de monitoreo en ambos grupos, sin embargo la percepción que tienen los hijos hacia sus padres no es la adecuada. Al respecto comenta Fuligni (1993), los niños que perciben altos niveles de monitoreo, perciben a los padres estrictos, con menos oportunidad de tomar decisiones y suelen ser más dependientes a ellos.

Por otra parte de acuerdo a los datos informados, en cuanto al promedio escolar, conducta en el hogar y escuela, se presento de igual forma en ambos grupos, por lo que se sugiere que los menores muestran cierto compromiso y responsabilidad académica, así como presentar un comportamiento regular dentro y fuera del hogar. Aunque esta información hay que manejarla con reserva que el caso acredita, ya que no hubo información mas objetiva para poderlo corroborar.

En la correlación de ambos grupos, se puede apreciar que existieron asociaciones con el promedio escolar y la conducta escolar, los cuales están estrechamente relacionados con el desempeño escolar, la conducta y relaciones interpersonales con sus compañeros y adultos los cuales fueron reportados en su mayoría como regularmente aceptables.

En el análisis correlacional entre la conducta en el hogar, con la conducta escolar y promedio escolar se observó que son altamente significativas en ambos grupos. Lo que sugiere que el estilo de crianza que llevan a cabo la mayoría de los sujetos, se vera reflejada en los menores, presentando conductas poco aceptables y un regular rendimiento escolar.

En lo que se refiere a la correlación entre la de oportunidad de tomar decisiones con la conducta en el hogar para ambos grupos, se observaron relaciones. Lo que indica que al menor no se le permite el tomar decisiones, lo cual se verá reflejado en la conducta dentro del hogar, y así mismo percibir sus relaciones con los padres distantes, agresivas y con dificultad relaciones con ellos.

Existió una correlación entre la oportunidad de tomar decisiones con el estilo parental autoritario para ambos grupos. Las actitudes estrictas de los que ejercen las prácticas de crianza y la toma de decisiones, presentan un negativa percepción de los hijos, lo que hace no existan limites claros, no se pueden juzgar así mismo como favorable o desfavorables, lo que hace que permanezcan en un estado dubitativo en cuanto a su valía personal, reciben castigos contingentes fundamentados sobre el entendimiento de las reglas, suelen sentirse mas inseguros. Lo anterior se puede confirma con lo que mencionan Lewis (1981) y Fuligni (1993), en su estudio referente a este estilo de crianza. Si se perciben menos oportunidades en la toma de decisiones, tienden a

tomar menos consejos por parte de los padres y mas por parte de sus compañeros o amigos acerca de sus asuntos personales. Si los niños observan que los padres no relajan las reglas, siguen siendo estrictos y tratan de tener el control, se orientaran mas por sus compañeros y olvidan sus obligaciones escolares e incluso sus talentos con el fin de agradar a sus propios compañeros como sugieren.

De acuerdo a los datos arrojados en este estudio, se observó que las prácticas de crianza que ejercen los pacientes con esquizofrenia como la de los familiares que están al cuidado del menor se dan de igual manera no existiendo diferencias estadísticamente significativas. Por lo tanto se aprueba las hipótesis de nulidad

1. Ho. No existen diferencias estadísticamente significativas en las prácticas de crianza ejercidas por los pacientes esquizofrénicos y la ejercida por los familiares.

2. Ho. No existen diferencias estadísticamente significativas en la percepción de las relaciones padre-hijo en los niños de edad escolar con padres esquizofrénicos y familiares que ejercen las prácticas de crianza.

Lo anterior es confirmado a través del marco teórico, que indica que cuando existe un miembro en la familia con esquizofrenia la dinámica tiende a ser disfuncional, por lo tanto la crianza que ejerce el paciente y el familiar se da de igual forma.

En lo que respecta a la Hipótesis.3 se acepta, ya que existe una correlación estadísticamente significativa entre la toma de decisiones con la conducta en el hogar. La cual se sustenta gran parte con el marco teórico. Cuando existe un enfermo mental en una familia, esta dinámica es disfuncional y por lo tanto la crianza no es llevada de manera adecuada a diferencia que se pudiera pensar que al estar llevada por algún familiar sería mejor.

3. Ho. Las prácticas de crianza que ejercen los pacientes esquizofrénicos y las que ejercen los familiares se encuentran relacionadas significativamente con la percepción de las relaciones padre-hijo y las conductas de los hijos en el hogar y la escuela.

**La esquizofrenia no es más que una enfermedad que crea fantasmas, fantasmas que para el enfermo son tan reales como ellos mismo, pero para que esos fantasmas pierdan su fuerza es necesario enfrentarse a ellos, y el enfermo por si sólo no puede hacerlo. La esquizofrenia no sólo se combate con medicamentos antipsicóticos, tan importante como estos es el amor, la comprensión y racionalidad.**

#### **CONCLUSIONES.-**

Es importante hacer notar que actualmente existe una gran diversidad de teorías que explican el fenómeno de la esquizofrenia, sin embargo se observa gran divergencia en aspectos etiológicos, sintomatológicos, en el diagnóstico, evolución y el tratamiento de un autor a otro, siendo esto mas difícil para realizar un adecuado diagnóstico y tratamiento.

En la práctica clínica que hemos realizado con este tipo de pacientes, se ha observado que es una enfermedad devastadora que afecta tanto al paciente como a los familiares. Por lo que surge la necesidad de aproximarnos a conocer la dinámica familiar del paciente esquizofrénico.

El presente estudio se realizó con el objetivo de conocer las prácticas de crianza en las familias de pacientes con esquizofrenia, así mismo describir la percepción que tienen los hijos en cuanto a la relaciones padre-hijo.

La familia tiene un papel preponderante en la sociedad y es generadora de normas culturales a las nuevas generaciones, crea vínculos en común entre sus integrantes donde se comparten sentimientos, circunstancias y deseos, formándose con todo esto la dinámica familiar. Así mismo dependiendo de las relaciones que se den en la familia con los integrantes de esta nos ayudaran o inhibirán para el adecuado desarrollo social y humano. Por lo que los estilos de crianza van a intervenir durante toda la vida familiar del individuo, contribuyendo así a su ajuste o desajuste personal y social.

La familia desempeña un papel importante en la evolución de la enfermedad de cualquiera de sus miembros en el sentido de proporcionarle apoyo, cuidados, afecto y la ayuda. En el caso de la esquizofrenia el familiar es clave para una intervención adecuada del paciente que pueda rehabilitarlo o prevenir sus deterioro. Dado que una persona con esquizofrenia se encuentra inhabilitada para realizar muchas actividades básicas y llevar por sí solo la crianza, es el familiar que la mayor parte de los casos es la madre del paciente o conyugue quien proporcionara el apoyo y los cuidados necesarios. Así mismo serán los familiares quienes interactúen con el paciente y quienes pudieran favorecer su involucramiento de manera efectiva en dependiente en sus actividades cotidianas.

Se ha observado dentro de las instituciones psiquiátricas, los enfermos con esquizofrenia que cuentan con hijos menores de edad, en su mayoría no pueden llevar a cabo la crianza , o no se les es permitido, o no es la esperada por los familiares, esto se debe a que tal vez, a que influyen varios factores que se desencadenan en el entorno del enfermo como: poco o nulo apoyo del cónyuge o familiar, un lugar propio o fijo donde vivir con sus hijos, ingresos económicos bajos, falta de orientación al familiar en el manejo del enfermo, falta de recursos económicos para tratamiento, poca adherencia al tratamiento, a la propia sintomatología; que de alguna manera puede poner en riesgo la vida del infante, las múltiples recaídas en el transcurso de la evolución del padecimiento, entre otros, lo cual no permitirá desarrollar adecuadamente la crianza y por lo que muchas de las veces es llevada por algún familiar. En otros casos con mayor gravedad las pacientes y familiares reportaron que llegaron a regalar a sus hijos en la calle o fueron dados en

adopción por las instituciones donde llegaban por carecer de algún familiar que se hiciera cargo del menor.

Existen estudios que refieren que no es benéfico para una madre esquizofrénica separarla de su hijo, sin embargo existe un alto riesgo para el menor, debido a que llevan la crianza de manera inadecuada, así como de estar predispuesto a presentar alguna enfermedad psiquiátrica o problemas en su desarrollo psicológico.

También se ha observado que tanto el cónyuge como los familiares cercanos presentan, altas tasas de trastornos psiquiátricos en comparación con lo población general y de tal suerte pueden estar limitados en su capacidad de dar apoyo. Estos déficit resultantes pueden tener un profundo impacto sobre los esquizofrénicos y sus hijos. Al realizar las evaluaciones dentro del hogar nos permitió conocer mejor su dinámica familiar que lleva el enfermo con sus hijos y familiares, apreciando pautas de conductas desadaptadas en algunos miembros de la familia.

Como se pudo observar en la muestra estudiada existió una mayor frecuencia en mujeres, por que generalmente son las que acuden a un tratamiento y presentan menos rehospitalizaciones, así como de encontrarse actualmente asistiendo a la consulta externa, como refieren diversos autores antes citados. Así mismo son las que con frecuencia llegan a quedarse a cargo de los hijos llevando el cuidado y crianza a diferencia de los hombres que en la mayoría están lejos de ellos y se desligan de responsabilidades por la incapacidad de afrontarlo. Otra de las situaciones que nos percatamos al contactar a los pacientes y realizar la entrevista fue que las mujeres esquizofrénicas llegaron a tener diversos embarazos, por varias situaciones: violaciones, múltiples parejas y en algunos de los casos no se lograron los embarazos, ya que en su estado agudo se provocaban tal vez el aborto, no llevaban los cuidados necesarios.

El inicio de la enfermedad coincide con lo que se encontró en las referencias bibliográficas. Es importante hacer notar que la mayoría de los pacientes llevan un promedio de 17 años con la enfermedad no todos han tenido un pronóstico favorable, sin embargo pudimos ver que los pacientes que ejercen la crianza presentan mayor funcionalidad, dedicándose alguna

actividad laboral, ocupacional y/o estar inmersas en programas rehabilitación psicosocial, a diferencia de los pacientes que no ejercen la crianza, estos solamente reportan tareas básicas de la vida diaria y domésticas con cierta dificultad.

En lo que se refiere a las prácticas de crianza se observó en ambos grupos, que no existieron diferencias significativas, sin embargo se caracterizaron por llevar la crianza de manera autoritaria y permisiva y en lo que respecta al estilo parental autoritativo se dio en menor frecuencia.

La percepción en las relaciones padre-hijo, no se encontraron diferencias en ambos grupos, donde los menores perciben un monitoreo inadecuado, un grado severidad parental y no se da la posibilidad de tomar decisiones.

Las relaciones entre el análisis correlacional y las variables consideradas para los menores, se pudo apreciar que se encontraron asociaciones con la conducta en el hogar, escuela y rendimiento académico siendo altamente correlacionadas. Sin embargo no hay que olvidar que se deben tomar con reserva estos datos, ya que fueron obtenidos a través de una escala análoga visual del 0 a 10 y no hubo manera de corroborarlos. También se encontró una correlación altamente significativa con la conducta en el hogar, oportunidad de tomar decisiones y el estilo parental autoritario.

Como conclusión central se plantea que los padres autoritarios y permisivos retrasan el desarrollo cognoscitivo y socio-emocional de los hijos; los padres autoritarios reprimen la capacidad de iniciativa y creatividad, convirtiéndolos en niños reprimidos, callados e inseguros. Los padres permisivos los convierten en agresivos, con bajos logros escolares, dependientes y en ocasiones llegan a la delincuencia. Por otra parte los padres autoritativos forman niños seguros, independientes, adaptados socialmente y exitosos, siendo esta forma de criar la más esperada como sugieren los autores antes citados. Sin embargo, la conducta de los padres, además de ser uno de los factores ambientales más importantes, no es unidimensional. En este sentido no se puede afirmar tajantemente que los padres sean solamente autoritarios o afectuosos, sino que su

conducta oscila a lo largo de varias dimensiones, es decir, pueden ser afectuosos y dominantes a la vez, o afectuosos y permisivos; y en ocasiones rechazar y en otras aceptar a los hijos. Además la conducta del niño no depende simplemente de un aspecto de la conducta y de la personalidad de sus padres, sino mas bien de la combinación de conductas actitudes, entre otras.

Según los autores lo ideal sería que la relación con los padres sea proveída de una mayor mutualidad y oportunidad para la toma decisiones, lo cual tendrá importantes implicaciones en el desarrollo del niño y establecer adecuadamente sus relaciones con los demás y mayor autonomía.

Finalmente se concluye que todos ejercen de igual manera la crianza, así como el menor percibir de igual forma las relaciones padre-hijo, por lo que se infiere que al haber un miembro con esquizofrenia, se altera gravemente toda la dinámica familiar.

## **SUGERENCIAS.-**

Para el tratamiento de este tipo de pacientes, es necesario un abordaje integral con un enfoque biopsicosocial y con el objetivo de integrarlos a programas de rehabilitación, donde la meta principal sea la reinserción psicosocial.

Debido a que actualmente existe escasa información, acerca de la crianza que ejercen los pacientes esquizofrénicos, es necesario continuar realizando investigaciones para conocer los fenómenos que giran entorno al esquizofrénico y su familia (como: hijos, cónyuge, entre otros).

Otro aspecto que hemos venido observando en este tipo de instituciones, es que el abordaje con los familiares se da en menor cantidad, por lo que se sugiere trabajar en modelos de atención informativos, psicoeducativos y terapéuticos, donde sean instruidos para el manejo de este tipo de pacientes, reducir los grados de estrés y ansiedad que presentan los familiares, mejorar la dinámica familiar, entre otros. Cabe mencionar que generalmente estos programas han sido dirigidos a familiares mayores de edad y se han olvidado de los hijos, sería imprescindible abordar al respecto.

Se sugiere la realización de programas comunitarios para el trabajo preventivo, enfocados a informar, detectar, concientizar y canalizar a tiempo los posibles riesgos de sufrir alguna enfermedad mental.

Realizar programas psicoeducativos con el objetivo de que el paciente esquizofrénico se informe acerca de su sexualidad, crianza, relación de pareja, manejo de su enfermedad, estrés, adherencia terapéutica entre otros, con el propósito de mejorar su calidad de vida en su funcionamiento global y evitar rehospitalizaciones.

Poner especial énfasis en evitar la discriminación, la estigmatización y la violación de los derechos humanos de los pacientes con trastornos mentales. Ya que la etique que se le da en es el <principal obstáculo para incorporarse a la sociedad.

## LIMITACIONES.-

Las limitaciones que se nos presentaron a lo largo de la presente investigación y que de alguna manera fueron factores que prolongaron la realización y termino de este estudio fueron las siguientes:

El recabar la muestra seleccionada, se dificultó debido a la falsedad o escasos datos en cuanto a la residencia.

Fue difícil lograr la autorización por parte de las instituciones, para llevar a cabo la investigación, debido a los múltiples trámites administrativos.

Se observó una pérdida de sujetos en la investigación, debido a que muchos de ellos no cumplieron con los criterios de inclusión.

El poder llevar a cabo la entrevista y/o aplicación de los instrumentos para los pacientes, en ocasiones se vio obstaculizado, debido a la sintomatología que presentaban, los cuales en su mayoría provenían del área de hospitalización.

Algunos familiares se mostraron renuentes a ser entrevistados, a pesar de que con anterioridad ya habían aceptado, esto tal vez se debió a que era poco tiempo el que tenían para ver a su familiar, pagar su cuota y entrevistarse con médico tratante. (por lo que se tenía que citar nuevamente o esperar la vista la próxima semana o el próximo mes y en otros de los casos se solicito acudir a su domicilio).

La entrevista del menor se realizó en gran parte fuera de la institución psiquiátrica, siendo en su domicilio y/o escuela, debido a que no esta autorizada la entrada al menor (excepto si acuden a consulta) y por petición misma de los familiares que preferían que el menor no asistiera.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.-

1. Andreasen N.C. (1984) Scale for the Assesment of Negative and positive. Symptoms. Iowa City. IA: **University of Iowa.**
2. Andreasen N. (1984) The broken brain. **New York: Harper and Row.**
3. Arap-Maritim, E. (1984) Relation of paternal strictness to competitive attitudes of primary school children. **Psychological Reports**, (54). 864-866.
4. Apiquián, R., Páez, F. y cols. (1997) Estudio mexicano sobre el primer episodio psicótico: resultados preliminares, características sociodemográficas y clínicas. **Salud Mental**. 20 (3): 1-7. Octubre.
5. Appleby, L.; Desai, R.; Luchins, D. J.; Gibbons, R. D. (1993) Length of stay and recidivims in schizophrenia: A study of public psychiatric hospital patients. **American Journal of psychiatry**, 150:72-76.
6. Asociación Psiquiátrica Americana (1995) **Manual Diagnóstico y Estadístico de las Enfermedades Mentales IV**. Barcelona: Masson Editores. 280-296.
7. Bachrach, L.L. (1984) Deinstitutionalization and women: Assessing the consequences of public polici. **American Psychologist**, 39:1171-1177.
8. Barber, B., Olsen, J. and Shagle, S. (1994) Associations between parental psychological and behavioral control and youth internalized and externalized behaviors. **Child Development**, 65, 1120-1136.
9. Baumrind, D. (1971) Current Patterns of Parental Authority. **Developmental Psychology Monographs** 4: 1-103.
10. Baumrind, D. (1973) The development of instrumental competence throgh socialization Minnesota Symposium on Child Psychology (vol 7). **Minneapolis: University of Minnesota Press.**
11. Bellack, A. S. Morrison, R. L., Wixted, J. T. and Mueser, K.T. (1990) An analysys of social competence in Schizophrenia. **British Journal of Psychiatry**, 156: 806-818
12. Bellack, A. S. y Mueser, K.T. (1993) Psychosocial treatment of Schizophrenia. **Schizophrenia Bulletin**, 19 (2). 317-336.

13. Belsasso, G. (2001) Más de 15 millones de mexicanos tienen problemas de salud mental. **Cuomunicado de Prensa No. 146.** [http://www.ssa.gov.mx/ssa\\_app/noticias/datos/2002-10-10\\_124.htm](http://www.ssa.gov.mx/ssa_app/noticias/datos/2002-10-10_124.htm).
14. Berze, J. P. (2002) **Psicología de la Esquizofrenia. I.** Agrupación de conformidad con diferencias psicológicas esenciales. *Psiquiatría. COM.* (revista electrónica) 1998, Diciembre (citado 1 Ene 1999); 2(4):(22 antallas). Disponible en: URL: [http://www.psiquiatria.com/psiquiatria/vol2num4/art\\_8.htm](http://www.psiquiatria.com/psiquiatria/vol2num4/art_8.htm).
15. Brui, J. (1991) Parental authority questionnaire. **Journal of Personality Assessment**, 57(1), 110-119.
16. Carranza, M. A. (1998). La Agresión Masculina: Análisis Retrospectivo de algunas condicionantes en la crianza y la interacción familiar en Médicos Civiles y Militares. **Tesis de Licenciatura. UNAM, Facultad de Psicología.**
17. Castellan, T. A. (1997). Interacción Familiar y Estilos de Crianza como predictores del Ambiente del Adolescente. **Tesis de Licenciatura. UNAM, Facultad de Psicología.**
18. Código Civil para el Distrito Federal. **Con las disposiciones legales conocidas hasta el mes de julio del 2002. Índice SISTA**
19. Corrigan, P. W. and Green, M. F. (1993) Schizophrenic patients' sensitivity to social cues: The role of abstraction. **American Journal of Psychiatry**, 150:589-594.
20. Cournos, F.; Guido, J. R.; Coomaraswamy, S.; Meyer-Bahlburg, H.; Sugden, R.; and Horwath, E. (1994) Sexual activity and risk of HIV infection among patients with schizophrenics. **American Journal of Psychiatry**, 151:228-232.
21. Coverdale, J. H. and Aruffo, J. A. (1989) Family planning needs of female chronic psychiatric outpatients. **American Journal of Psychiatry**, 146:1489-1491.
22. Craig, Grace. (1994) **Psicología del desarrollo** (6a. ed.) México: Prentice-Hall.
23. Doliner, L. J. (1993) Obstacles to the care of patients with medical-psychiatric illness on general hospital psychiatry units. **General Hospital Psychiatry**, 15: 14-20.
24. Dornbusch, S., Carlsmith, J., Busschwall, S. and Cols. (1985). Single parents, extended households, and the control of adolescents. **Child Development**, 56, 326-341.
25. English, H.B. (1986) **Diccionario de Psicología y Psicoanálisis** Paidós. Vol. 3.
26. Faw, T. (1981) **Psicología del niño.** México: Mc Graw Hill.

27. Frenk, Mora J. (2001) Prioridad a salud mental y adicciones. **Comunicado de Prensa No. 35.** [http://www.ssa.gob.mx/unidades/dgcs/sala\\_noticias/comunicados/2001-03-15-SALUD\\_MENTAL.htm](http://www.ssa.gob.mx/unidades/dgcs/sala_noticias/comunicados/2001-03-15-SALUD_MENTAL.htm).
28. Fuligni, A. J. and Eccles, J. S. (1993) Perceived parent-child relationships and early adolescents' orientation toward peers. **Developmental Psychology**, 29 (4), 622-632.
29. **Diccionario Enciclopédico Larousse 2000.**
30. Gamer, E.; Gallant, D.; and Grunebaum, H. (1976) Children of psychotic mothers: An evaluation of 1-year-olds on a test of object permanence. **Archives of General Psychiatry**, 33:311-317.
31. García Serrano, P. (1984) Orientación Familiar. México: Limusa.
32. Garnica R. (2002) Esquizofrenia, de las enfermedades mas frecuentes. **Comunicado de Prensa No. 235.** [http://www.ssa.gob.mx/ssa\\_app/noticias/datos/2002-12-24\\_476.htm](http://www.ssa.gob.mx/ssa_app/noticias/datos/2002-12-24_476.htm).
33. Garnica R. (2002) Esquizofrenia, de las enfermedades mas frecuentes. **Comunicado de Prensa No. 004.** [http://www.ssa.gob.mx/unidades/dgsc/sala\\_noticias/comunicados/2002-01-05\\_004-ESQUIZOFRENIA.htm](http://www.ssa.gob.mx/unidades/dgsc/sala_noticias/comunicados/2002-01-05_004-ESQUIZOFRENIA.htm).
34. Goldstein, J. M. (1998) Gender differences in the course of schizophrenia. **American Journal of Psychiatry**, 145:684-689.
35. Harrs, L. and Howard, K, (1981) Perceived parental authority: reasonable and unreasonable. **Journal of Youth and Adolescence**, 10 (4), 273-284.
36. Herrera, M. A. (2002) Neurodesarrollo y Esquizofrenia. **Programa de Actualización Continua de psiquiatría. PAC Psiquiatría-4**, 2: 77-79, 83 y 107.
37. Hilger, T.; Propping, P.; and Haverkamp, F. (1983) Is there an increase of reproductive raters in schizophrenics?: Results and discussion. **Archives of Psychiatry and neurological sciences**, 177-186.
38. Kalichman, S. C.; Sikkema, K. J.; Kelly, J. A.; and Bulto, M. (1995) Use of a brief behavioral skills intervention to prevent HIV infection among cronic mentally ill adults. **Psychiatric Services**, 446: 275-280.
39. Kaplan, H.I. (1999) **Sinopsis de Psiquiatría: Ciencias de la Conducta Psiquiátrica Clínica**, Panamericana editorial Médica.

40. Kay, S. R.; Fiszbein, A.; and Opler, L. A. (1987) The Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) for Schizophrenia. **Schizophrenia Bull**, 13:2,261-276. Kay, S. R. and Opler, L.A.; Spitzer, R. L. (1987) Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) **Manual. Toronto, Canada, Multi-Health Systems.**
41. Kay, S. R.; Opler, L.A.; Spitzer, R. L.; Williams, J. B. W.; Fiszbein, A.; and Gorelick, A. (1991) SCID-PANSS: Two-tier Diagnostic System for Psychotic Disorders. **Compr Psychiatry**, 32:355-361.
42. Lewis, C. (1981) The effects of parental firm control: a reinterpretation of findings. **Psychological Bulletin**, 90 (3). 547-563.
43. Lyketsos, G. C.; Sakka, P.; and Mailis, A. (1983) The sexual adjustment of chronic schizophrenics: A Preliminary study. **British Journal of Psychiatry**, 143:376-382.
44. Mailis, A. (1983) The sexual adjustment of chronic schizophrenics: A Preliminary study. **British Journal of Psychiatry**, 143:376-382.
45. Mason, C.; Cauce, A.; González, N. and Hiraga, Y. (1996) Neither too sweet nor too sour: problem peers, maternal control, and problem behavior in African American adolescents. **Child Development**, 67, 2125-2130.
46. Marder, S. R. and Meibach R. C. (1994) Risperidone in the treatment of schizophrenia. **Am J Psychiatry**, 151:6,825-835.
47. Mazzotti, G. (1998) Cumplimiento en el tratamiento de la esquizofrenia. **Acta suplementos series de psicofarmacológica**, 2.
48. McCullough, L. B.; Coverdale, J.; Bayer, T.; and Chervenak, F.A. (1992) Ethically justified guidelines for family planning interventions to prevent pregnancy in female patients with chronic mental illness. **American Journal of Obstetrics and Gynecology**, 167: 19-25.
49. McGlashan, T. H., and Bardenstein, K. K. (1990) Gender differences in affective, schizoaffective, and schizophrenic disorders. **Schizophrenia Bulletin**, 16 (2):319-329.
50. McNeil, T.F. (1987) A prospective study of postpartum psychoses in a high-risk group: 2. Relationships to demographic and psychiatric history characteristics. **Acta Psychiatrica Scandinavica**, 75: 35-43.

51. McNeil, T. F.; Kaij, L.; and Malmquist-Larsson, A. (1984) Women with nonorganic psychosis: Factors associated with pregnancy's effect on mental health. **Acta Psychiatrica Scandinavica**, 70: 209-219.
52. McNeil, T. F.; Kaij, L.; and Malmquist-Larsson, A. (1984) Women with nonorganic psychosis: Pregnancy's effect on mental health during pregnancy. **Acta Psychiatrica Scandinavica**, 70: 140-148.
53. McNeil, T. F.; Kaij, L.; and Malmquist-Larsson, A. (1983) Pregnant women with nonorganic psychosis: Life situation and experience of pregnancy. **Acta Psychiatrica Scandinavica**, 68: 445- 457.
54. Miller, L. J., and Finnerty, M. (1996) Sexuality, pregnancy, and childrearing among women with schizophrenia-spectrum disorders. **Psychiatric Services**, 47:502-505.
55. Muser, K. T.; Bellack, A. S.; Douglas, M. S., and Morrison, R. L. (1990) Prevalence and stability of social skill deficits in schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 5:167-176. en Bellack A.S. and Muser, K.T. (1993) Psychosocial treatment of Schizophrenia. **Schizophrenia Bulletin**, 19 (2): 317-336.
56. Olarte Chevarría. M. (1984). ¿Qué significa ser padre? México: Trillas.
57. Organización Mundial de la Salud (1992) **Clasificación Internacional de las Enfermedades Trastornos Mentales y del Comportamiento**. Madrid: Meditor.
58. Ortega, H. (1998) Manejo Farmacológico de las Psicosis. **VII Reunión Conjunta: Psicofarmacología. Depto. de Psiquiatría y Salud mental de la Facultad de Medicina. UNAM, México**, 15-16.
59. Osorio, S. A. (1996). Estilos de crianza en México. Estudio Epidemiológico. **Tesis de Licenciatura UNAM. Facultad de Psicología**.
60. **Programa de Actualización Continua en Psiquiatría**. PAC Psiquiatría I. Esquizofrenia A-1, 2000. Asociación Psiquiátrica Mexicana, A.C.
61. Rascón, M. L., Díaz Martínez L. R. y cols. (1997). La necesidad de dar atención a los familiares del cuidado de pacientes esquizofrénicos. **Salud Mental**. 20 (2): 55-64, Julio.
62. Robinson, C.; Mandlco, B.; Frost, Olsen S., and Hart, C. (1995) Authoritative, authoritarian, and permissive parenting practices: development of a new measure. **Psychological reports**, (77). 819-830.

63. Papalia, D. y Wendkos Olds, S. (1992) *Psicología del desarrollo de la infancia a la adolescencia*. México: Mc Graw Hill.
64. Papalia, D. y Wendkos Olds, S. (1997) *Desarrollo Humano*. México: Mc Graw Hill.
65. Rudolph, B.; Larsson, G, L.; Sweeny, S.; Hough, E.E.; and Arorian, K.(1990) Hospitalized pregnant psychotic women:Characteristics and treatment issues. **Hospital and Community psychiatry**, 41: 159-163.
66. Rutter, M. (1981). The city and the child. **American Journal of Orthopsychiatry**, 51, 610-625.
67. Rynearson, E. K. (1982) Relinquishment and its maternal complications: a preliminary study. **American Journal of Psychiatry**, 139,338-340.
68. Scully, J. H. (1985) *Psychiatry* New, York: John ans S.
69. Smeltekop, R. and Houghton, B. (1990) MusicTherapy and psychopharmacology. In *Music Terapy in the treatment of adults with mental disorders*. Edit by R. F.Unkefer, NewYork, Schirmer Books, 109-125.
70. Steinberg, L. (1987) Single parents, stepparents, an the susceptibility of adolescents to antisocial peer pressure. **Child Development**, (58), 269-275.
71. Structured Clinical Interview for DSM-IV. Axis I Disorders (SCID-1) Clinican version. Biometrics. Research Department. New. York State Psychiatric Institute. Department of Psychiatry/Columbia University, New. York, New, York.
72. Van Pelt, N. (1985). **Hijos triunfadores. La formación del carácter y la personalidad**. México: Interoamericana.
73. Walker, E., and Emory, E.(1983) Infants at risk for psychopathology: Offspring of schizophrenic parents. **Child Development**, 54:1269-1285.
74. Wignall, C. M., and Meredith, C.E. (1968) Illegitimate pregnancies in state institutions. **Archives of General Psyichiatry**, 18:580-583.
75. Wolman, B. B. (1993) *Diccionario de Ciencias de la Conducta*.
76. Woolfolk, A. (1996) **Psicología Educativa**. México: Mc Graw Hill.
77. Zoch, Carlos E. (2000) *Esquizofrenia.Temas en psiquiatría. Capítulo VI. Hospital Nacional Psiquiátrico de Costa Rica*. <http://psiquiatría.com>

**HOJA DE DATOS CLÍNICOS Y DEMOGRÁFICOS  
(PACIENTE)**

**FECHA:** \_\_\_\_\_

**DX:** \_\_\_\_\_

**ÁREA DE ATENCIÓN:** \_\_\_\_\_

**INSTITUCIÓN** \_\_\_\_\_

**EVALUADORES:** \_\_\_\_\_

**DATOS PERSONALES**

**LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO:** \_\_\_\_\_

**SEXO:** \_\_\_\_\_

**EDAD:** \_\_\_\_\_

**EDO CIVIL:** \_\_\_\_\_

**ESCOLARIDAD:** \_\_\_\_\_

**OCUPACIÓN:** \_\_\_\_\_

**LUGAR DE RESIDENCIA:** \_\_\_\_\_

**NO. DE HIJOS Y EDADES:** \_\_\_\_\_

**DATOS DE EVOLUCION DEL PADECIMIENTO**

**EDAD DE INICIO:** \_\_\_\_\_

**TIEMPO DE EVOLUCIÓN:** \_\_\_\_\_

**NO. DE INTERNAMIENTOS:** \_\_\_\_\_

**PROBABLES CAUSAS DE ENFERMEDAD:** \_\_\_\_\_

**ANTECEDENTES HEREDITARIOS:** \_\_\_\_\_

**PUNTAJES DE ESCALAS**

**DX. SCID- I:** \_\_\_\_\_

**(PANSS):** POST \_\_\_\_\_ NEG \_\_\_\_\_ PSIC GERAL \_\_\_\_\_ COMPUESTA \_\_\_\_\_

**PRÁCTICA DE MATERNAJE/PATERNAJE:** \_\_\_\_\_

**HOJA DE DATOS CLÍNICOS Y DEMOGRÁFICOS  
(HIJO)**

**FECHA:** \_\_\_\_\_

**EVALUADOR:** \_\_\_\_\_

**DATOS PERSONALES.-**

**LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO:** \_\_\_\_\_

**SEXO:** \_\_\_\_\_

**EDAD:** \_\_\_\_\_

**ESCOLARIDAD:** \_\_\_\_\_

**LUGAR DE RESIDENCIA:** \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN MÉDICA:** \_\_\_\_\_

**CONDUCTA EN EL HOGAR:** \_\_\_\_\_

**CONDUCTA ESCOLAR:** \_\_\_\_\_

**RENDIMIENTO ESCOLAR (PROMEDIO):** \_\_\_\_\_

**PUNTAJE DE ESCALA**

**PERCEPCIÓN EN LAS RELACIONES PADRE-HIJO:** \_\_\_\_\_

**HOJA DE DATOS CLÍNICOS Y DEMOGRÁFICOS  
(FAMILIAR)**

**FECHA:** \_\_\_\_\_

**EVALUADOR:** \_\_\_\_\_

**DATOS PERSONALES**

**LUGAR DE NACIMIENTO:** \_\_\_\_\_

**SEXO:** \_\_\_\_\_

**EDAD:** \_\_\_\_\_

**EDO CIVIL:** \_\_\_\_\_

**ESCOLARIDAD:** \_\_\_\_\_

**OCUPACIÓN:** \_\_\_\_\_

**LUGAR DE RESIDENCIA:** \_\_\_\_\_

**PARENTESCO CON EL PACIENTE:** \_\_\_\_\_

**PUNTAJE DE ESCALA**

**PRÁCTICA DE MATERNAJE/PATERNAJE:** \_\_\_\_\_

## ANEXO 2

### (SICD) B. Síntomas Psicóticos y Asociados

<b>B1</b>	DELIRIO DE REFERENCIAS	? - +	<b>B1</b>
<b>B2</b>	DELIRIO DE PERSECUCIÓN	? - +	<b>B2</b>
<b>B3</b>	DELIRIO DE GRANDEZA	? - +	<b>B3</b>
<b>B4</b>	DELIRIO SOMATICO	? - +	<b>B4</b>
<b>B5</b>	OTROS DELIRIOS	? - +	<b>B5</b>
<b>B6</b>	ALUCINACIONES AUDITIVAS	? - +	<b>B6</b>
<b>B7</b>	ALUCINACIONES VISUALES	? - +	<b>B7</b>

<b>B8</b>	ALUCINACIONES TÁCTILES	? - +	<b>B8</b>
<b>B9</b>	OTRAS ALUCINACIONES	? - +	<b>B9</b>
<b>B10</b>	CONDUCTAS CATATONICAS	? - +	<b>B10</b>
<b>B11</b>	COMPORTAMIENTO DESORGANIZADO	? - +	<b>B11</b>
<b>B12</b>	AFECTO INAPROPIADO	? - +	<b>B12</b>
<b>B13</b>	LENGUAJE DESORGANIZADO	? - +	<b>B13</b>
<b>B14</b>	SINTOMAS NEGATIVOS	? - +	<b>B14</b>

**BIS**

	?   -   +
--	-----------

**BIS**

<b>TIPO DE SINTOMA</b>	<b>CURSO</b>	<b>INICIO</b>	<b>TERMINO</b>	<b>PRESENTE EN EL MES PASADO</b>
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____



## ANEXO 4

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

Evaluador (es): \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

#### Mi pareja muestra la conducta

1= nunca

2= rara vez

3= la mitad de las veces

4= muy a menudo

5= siempre

#### Yo muestro la conducta

1= nunca

2= rara vez

3= la mitad de las veces

4= muy a menudo

5= siempre

[Mi pareja] [Yo]

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

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

31. \_\_\_\_ \_\_\_\_ [Mi pareja toma en cuenta][Yo tomo en cuenta] los deseos de nuestro hijo antes de preguntarle algo.
32. \_\_\_\_ \_\_\_\_ [Mi pareja explota][Yo exploto] en enojo hacia nuestro hijo.
33. \_\_\_\_ \_\_\_\_ [Mi pareja está ][Yo estoy] pendiente de los problemas y de lo que concierne con nuestro hijo en la escuela.
34. \_\_\_\_ \_\_\_\_ [Mi pareja][Yo amenazo] mas número de veces a nuestro hijo con castigos de lo que en realidad aplico.
35. \_\_\_\_ \_\_\_\_ [Mi pareja expresa][Yo expreso] el afecto a través de abrazos, besos y cargando a nuestro hijo.
36. \_\_\_\_ \_\_\_\_ [Mi pareja] [Yo ignoro] la mala conducta de nuestro hijo.
37. \_\_\_\_ \_\_\_\_ [Mi pareja utiliza][Yo utilizo] el castigo físico como una forma de disciplinar a nuestro hijo.
38. \_\_\_\_ \_\_\_\_ [Mi pareja se encarga][Yo me encargo] de la disciplina de nuestro hijo después de su mala conducta.
39. \_\_\_\_ \_\_\_\_ [Mi pareja se disculpa][Yo me disculpo] con nuestro hijo cuando cometo errores en la crianza.
40. \_\_\_\_ \_\_\_\_ [Mi pareja le dice][Yo le digo] a nuestro hijo qué hacer.
41. \_\_\_\_ \_\_\_\_ [Mi pareja cede][Yo cedo] cuando nuestro hijo causa alguna perturbación por algo
42. \_\_\_\_ \_\_\_\_ [Mi pareja habla y razona][Yo hablo y razono] con nuestro hijo cuando se comporta mal.
43. \_\_\_\_ \_\_\_\_ [Mi pareja da ][Yo doy] un manotazo a nuestro hijo cuando se comporta mal.
44. \_\_\_\_ \_\_\_\_ [Mi pareja está ][Yo estoy] en desacuerdo con nuestro hijo.
45. \_\_\_\_ \_\_\_\_ [Mi pareja permite][Yo permito] que nuestro hijo interrumpa a otros.
46. \_\_\_\_ \_\_\_\_ [Mi pareja tiene][Yo tengo] ratos cariñosos y de intimidad juntos con nuestro hijo.
47. \_\_\_\_ \_\_\_\_ Cuando dos niños están peleándose[Mi pareja disciplina][Yo disciplino] a los niños primero y luego hago las preguntas.
48. \_\_\_\_ \_\_\_\_ [Mi pareja impulsa][Yo impulso] a nuestro hijo a que se exprese él mismo aún y cuando está en desacuerdo con nosotros.
49. \_\_\_\_ \_\_\_\_ [Mi pareja soborna][Yo soborno] a nuestro hijo con premios para ocasionar complicidad.

50. \_\_\_\_ \_\_\_\_ [Mi pareja regaña o critica][Yo regaño o critico] cuando la conducta de nuestro hijo no cumple nuestras expectativas.
51. \_\_\_\_ \_\_\_\_ [Mi pareja muestra][Yo muestro] respeto ante las opiniones de mi hijo animándole a que las exprese.
52. \_\_\_\_ \_\_\_\_ [Mi pareja pone][Yo pongo] reglas estrictas bien establecidas para nuestro hijo.
53. \_\_\_\_ \_\_\_\_ [Mi pareja explica][Yo explico] a nuestro hijo como nos sentimos ante la buena y mala conducta.
54. \_\_\_\_ \_\_\_\_ [Mi pareja utiliza][Yo utilizo] amenazas como castigo con pequeña o nula explicación.
55. \_\_\_\_ \_\_\_\_ [Mi pareja toma en cuenta][Yo tomo en cuenta] las preferencias de nuestro hijo a la hora de hacer planes familiares.
56. \_\_\_\_ \_\_\_\_ Cuando nuestro hijo nos pregunta por qué tiene que conformarse, [Mi pareja dice][Yo digo]: “porque así es, porque yo soy tu padre/madre y porque yo quiero”.
57. \_\_\_\_ \_\_\_\_ [Mi pareja parece][Yo parezco] insegura en como resolver la conducta de nuestro hijo.
58. \_\_\_\_ \_\_\_\_ [Mi pareja explica][Yo explico] las consecuencias de la conducta del niño.
59. \_\_\_\_ \_\_\_\_ [Mi pareja exige][Yo exijo] que nuestro hijo haga cosas.
60. \_\_\_\_ \_\_\_\_ [Mi pareja encauza][Yo encauzo] la mala conducta de mi hijo en una actividad mas aceptable.
61. \_\_\_\_ \_\_\_\_ [Mi pareja empuja][Yo empujo] fuertemente a nuestro hijo cuando es desobediente.
62. \_\_\_\_ \_\_\_\_ [Mi pareja enfatiza][Yo enfatizo] las razones de las reglas.

## ANEXO 5

### ESCALA DE MEDICIÓN DE RELACIONES PADRE-HIJO

(FULIGNI Y COLS. 1993)

Evaluador (es): \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

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

1. nunca \_\_\_\_\_
2. rara vez \_\_\_\_\_
3. casi siempre \_\_\_\_\_
4. siempre \_\_\_\_\_

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

1. nunca \_\_\_\_\_
2. rara vez \_\_\_\_\_
3. casi siempre \_\_\_\_\_
4. siempre \_\_\_\_\_

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

1. nunca \_\_\_\_\_
2. rara vez \_\_\_\_\_
3. casi siempre \_\_\_\_\_
4. siempre \_\_\_\_\_

**4. Mis padres son estrictos.**

1. nada \_\_\_\_\_
2. muy poco \_\_\_\_\_
3. normal \_\_\_\_\_
4. mucho \_\_\_\_\_

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

1. nunca \_\_\_\_\_
2. rara vez \_\_\_\_\_
3. casi siempre \_\_\_\_\_
4. siempre \_\_\_\_\_

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

1. nunca \_\_\_\_\_
2. rara vez \_\_\_\_\_
3. a menudo \_\_\_\_\_
4. siempre \_\_\_\_\_

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

1. nunca \_\_\_\_\_
2. rara vez \_\_\_\_\_
3. a menudo \_\_\_\_\_
4. siempre \_\_\_\_\_

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

1. nunca \_\_\_\_\_
2. rara vez \_\_\_\_\_
3. a menudo \_\_\_\_\_
4. siempre \_\_\_\_\_

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

1. nunca \_\_\_\_\_
2. rara vez \_\_\_\_\_
3. a menudo \_\_\_\_\_
4. siempre \_\_\_\_\_

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

1. nunca \_\_\_\_\_
2. rara vez \_\_\_\_\_
3. a menudo \_\_\_\_\_
4. siempre \_\_\_\_\_

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

1. nunca \_\_\_\_\_
2. rara vez \_\_\_\_\_
3. a menudo \_\_\_\_\_
4. siempre \_\_\_\_\_