

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE PSICOLOGÍA

**“APEGO AL TRATAMIENTO EN PACIENTES
ESQUIZOFRÉNICOS”**

UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE MÉXICO.



EXAMENES PROFESIONALES
FAC. PSICOLOGÍA.

TESIS QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

PRESENTA:

FABIOLA BEATRIZ HERNÁNDEZ CRISTINO

Directora:

Dra. Rozzana Sánchez Aragón

Revisora:

Dra. Sofía Rivera Aragón

Sinodales:

Dr. Rolando Díaz-Loving

Lic. Karina Beatriz Torres Maldonado

Lic. Lidia Ferreira Nuño

México, D. F. 2005

m340946

AGRADECIMIENTOS

A la Universidad Nacional Autónoma de México por permitirme formar parte de ella y por darme el orgullo de ser Universitaria.

A la Dra. Rozzana Sánchez por sus consejos, su esfuerzo y dedicación para este trabajo.

A la Dra. Sofía Rivera por su constante guía y su ayuda, al Dr. Rolando Díaz-Loving por su apoyo y conocimientos, a la Lic. Lidia Ferreira por sus atinadas observaciones, a la Lic. Karina Torres Maldonado por el tiempo y la atención prestadas a este trabajo.

A las madres y esposas de los pacientes esquizofrénicos por su tiempo y invaluable ayuda.

A Patty y Yessica por que cada día somos menos pero somos más amigas.

A las niñas en el cubículo: Violeta, Tania, Normita, Gina y Judith por ser tan lindas conmigo siempre.

A MIS PADRES por darme la vida, por quererme, por apoyarme y por todo lo que me han dado.

A SUSSEL Y JESSY, por ser las mejores hermanas del mundo, por el amor que me han dado, por su apoyo y ser las más jocosas.

A RODRIGO, por llenar con tu luz toda mi vida, por ser lo más bello y la inspiración más grande para crecer y darte siempre lo mejor de mí.

A SERGIO, por que ha sido maravilloso crecer a tu lado, por todos los momentos y cosas bellas que hemos pasado, por tu apoyo incondicional y sobre todo por el amor y la felicidad que me brindas día tras día. Te amo.

A BLANCA ESTELA MORANTE Y A BLANCA por su cariño y todas las cosas bellas que me han brindado, por ser la suegra y la cuñada más lindas.

Autógrafa de Fabiola Beatriz Hernández Cristino
11 de febrero de 2005

Fabiola Beatriz
Hernández Cristino
11 de febrero de 2005
doleif

INDICE

APEGO AL TRATAMIENTO EN PACIENTES ESQUIZOFRÉNICOS

INTRODUCCION.....	1
CAPITULO 1 ESQUIZOFRENIA.....	2
1.1 DEFINICIÓN	2
1.2 CAUSAS.....	5
1.3 HISTORIA.....	8
1.4 DIAGNOSTICO, PRONÓSTICO Y TRATAMIENTO.....	10
1.5 ESTADISTICAS.....	11
1.6 AMBIENTE SOCIAL FAMILIAR DEL PACIENTE ESQUIZOFRÉNICO.....	11
CAPITULO 2 TEORIA DE ACCIÓN RAZONADA.....	18
2.1 HISTORIA.....	20
2.2 ELEMENTOS.....	22
2.2.1 INTENCION CONDUCTUAL.....	23
2.2.2 ACTITUD HACIA LA CONDUCTA.....	24
2.2.3 NORMA SUBJETIVA.....	24
2.2.4 DETERMINANTES DE LA ACTITUD HACIA LA CONDUCTA.....	26
2.2.5 DETERMINANTES DE LA NORMA SUBJETIVA.....	27
2.3 APLICACIÓN DEL MODELO A PACIENTES ESQUIZOFRENICOS.....	27
METODO.....	34
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	34
PREGUNTA DE INVESTIGACION.....	34
OBJETIVO.....	34
OBJETIVOS PARTICULARES.....	34
JUSTIFICACION.....	35
HIPOTESIS.....	35
VARIABLES.....	35

DEFINICION CONCEPTUAL.....	36
DEFINICION OPERACIONAL.....	37
INSTRUMENTO.....	37
MUESTRA.....	39
TIPO DE ESTUDIO.....	39
PROCEDIMIENTO DE APLICACIÓN.....	39
PROCEDIMIENTO ESTADISTICO.....	40
RESULTADOS.....	41
A) VALIDACIÓN DE LA TEORÍA DE LA ACCIÓN RAZONADA EN LA EVALUACIÓN DEL APEGO AL TRATAMIENTO EN PACIENTES ESQUIZOFRÉNICOS.....	41
B) EFECTOS DEL GRADO CERCANÍA CON EL PACIENTE EN LOS COMPONENTES DE LA TEORÍA DE ACCIÓN RAZONADA CON RESPECTO A LAS CONDUCTAS QUE DEFINEN EL APEGO AL TRATAMIENTO.....	53
C) EFECTOS DEL TIEMPO DE DIAGNOSTICADA LA ENFERMEDAD EN LOS COMPONENTES DE LA TEORÍA DE ACCIÓN RAZONADA CON RESPECTO A LAS CONDUCTAS QUE DEFINEN AL APEGO AL TRATAMIENTO.....	63
DISCUSION.....	65
REFERENCIAS	
ANEXO 1	
ANEXO 2	
ANEXO 3	
ANEXO 4	
ANEXO 5	

INTRODUCCIÓN

La esquizofrenia es un trastorno mental muy complejo que se caracteriza por afectar áreas como la percepción, el pensamiento inferencial, el lenguaje, la comunicación, la organización del comportamiento, la afectividad, la fluidez y la productividad del pensamiento, el habla, la motivación y la capacidad hedónica (DSM-IV 1995). Es una enfermedad crónica e inhabilitante, que requiere de cuidados constantes ya que deteriora el rendimiento personal y familiar del paciente. La esquizofrenia es tratable por medio de asistencia a consulta, toma de psicofármacos, psicoterapia, al paciente y su familia, lo cual se conoce como "Apego al Tratamiento" (Buena, Caballo, 1995). Sin embargo, el que el paciente o sus familiares se apeguen al tratamiento está determinado por numerosos factores, lo cual hace necesario establecer cuáles son las variables que determinan si la familia realizara conductas tales como acompañar al paciente a consulta psiquiátrica. Dado que se ha encontrado que son las madres, quienes se encargan en mayor medida del cuidado del paciente, así como las esposas, en el caso de los pacientes que sean casados (Díaz 1996) es necesario conocer cuáles son las variables que influyen en ellas para realicen las conductas que definen al apego al tratamiento. Para esto, se propone a una de las teorías más

importantes para explicar y predecir la conducta humana, como lo es la Teoría de Acción Razonada de Ajzen y Fishbein (1980) la cual, al evaluar creencias, actitudes, presiones sociales, intención y motivación de los individuos, hace una predicción acerca de las conductas.

Aunadas a esta teoría, es necesario incluir variables que matizan a las conductas, intenciones, creencias, actitudes y norma subjetiva, como puede ser el tiempo que tenga enfermo el paciente, y el grado de cercanía que exista entre él y su familiar, ya sea esposa o madre.

Es por esto, que en el primer capítulo se ofrece una revisión de la esquizofrenia, pasando desde su descripción, diagnóstico y tratamiento hasta su repercusión en la familia nuclear y de origen.

En el segundo capítulo se presenta una descripción de la Teoría de Acción Razonada y su aplicación al apego al tratamiento en los esquizofrénicos.

Posteriormente se presentan la metodología y los resultados de este trabajo para terminar en su último capítulo con la discusión de los resultados obtenidos.

CAPÍTULO 1

ESQUIZOFRENIA

La esquizofrenia es un trastorno mental muy complejo que ha sido ampliamente estudiado por médicos, psiquiatras y psicólogos por lo cual, a pesar de que aun no existe un concepto de esquizofrenia unánimemente aceptado, actualmente se cuenta con mucha información acerca de esta enfermedad, para lograr un mayor conocimiento acerca de éste trastorno el presente capítulo se compone de diversos apartados. Primero se define y describe la enfermedad, explicando sus tipos, causas y características, después se ofrece una revisión acerca de la historia de éste padecimiento. Posteriormente se habla de los datos mas recientes sobre los criterios diagnósticos, los tratamientos más efectivos así como el pronóstico de la enfermedad. Además, se habla de las estadísticas relacionadas con este padecimiento, para finalmente presentar las implicaciones socio-familiares de este trastorno.

DEFINICIÓN

El término Esquizofrenia, que significa "Mente dividida" se ha utilizado para nombrar a una de las psicosis más frecuentes (Carlson 1996). Para Obiols y Obiols (1989) se trata de "una enfermedad del cerebro de origen

desconocido", mientras que para Crow (1987) se trata de una "encefalopatía de origen desconocido", por su parte, corrientes psicológicas como son modelos cognoscitivos, neurocognoscitivos y de procesamiento de Información, la identifican como un trastorno del procesamiento de información así como, un déficit cognoscitivo (Ruiz 1981).

Actualmente se ha propuesto una integración de causas tanto biológicas como psicológicas (Jarne cit. en Buela, op. cit.).

A partir de muchos años de investigación, este trastorno puede describirse de la siguiente manera:

- a) La esquizofrenia, cuando se encuentra en su fase psicopatológica más grave puede definirse como Psicosis, estado en el cual, el sujeto está realmente distanciado de la realidad objetiva, el sujeto no es capaz de diferenciar entre lo que sucede en su interior (pensamientos, emociones, estado de ánimo, etcétera) y lo que sucede en el exterior (Buela, 1995).
- b) El trastorno es incapacitante, no solo durante las crisis de la enfermedad, sino también dentro las etapas posteriores, donde generalmente

existe una secuela, por ejemplo en la capacidad de desenvolverse en el medio ambiente (Buela, op. cit.). Por lo cual, para el paciente esquizofrénico, no es posible mantener el estilo de vida, con sus capacidades y actividades que tenía previo al brote de la enfermedad.

- c) La esquizofrenia es un trastorno que se presenta en todo el mundo, sin importar el contexto cultural, el cual, sin embargo sí matiza la sintomatología del padecimiento.
- d) La esquizofrenia afecta gravemente en todos los ámbitos de la vida de quien la padece, así como en sus funciones biológicas, fisiológicas, así como dentro de cualquier área del comportamiento humano.
- e) No existe un modelo teórico que explique en su totalidad a la esquizofrenia como trastorno, sin embargo se admite su etiología multifactorial.

Por su parte, el DSM-IV proporciona una descripción de los criterios diagnósticos de una manera más amplia; la cual se describe a continuación:

Este trastorno se caracteriza por presentar una mezcla de signos y síntomas peculiares que han estado presentes la mayor parte del tiempo durante un periodo de un mes y con

signos persistentes al menos durante 6 meses. Los síntomas característicos de la esquizofrenia se dividen en positivos y negativos. Los primeros se definen como un exceso o distorsión de las funciones normales, mientras que los negativos son una disminución o pérdida de éstas. Este trastorno presenta un conjunto de disfunciones cognitivas y emocionales, entre las áreas más afectadas se encuentran la percepción, el pensamiento inferencial, el lenguaje, la comunicación, la organización comportamental, la afectividad, la fluidez y productividad del pensamiento, el habla, la motivación, la comunicación y la capacidad hedónica.

La esquizofrenia es una enfermedad crónica e inhabilitante, y necesita de cuidados constantes. No obstante es tratable con psicofármacos, psicoterapia, rehabilitación social y laboral y psicoeducación al paciente y su familia.

Los síntomas típicos de la esquizofrenia son:

- Alucinaciones en cualquier modalidad sensorial.
- Ideas delirantes.
- Lenguaje desorganizado.
- Comportamiento gravemente desorganizado o catatónico.
- Pobreza del habla.
- Incapacidad para persistir o para

- iniciar una actividad.
- Pérdida del interés o del placer en actividades que antes de la enfermedad se disfrutaban.

Otras características son:

- Afecto inapropiado.
- Alteración del sueño.
- Falta de interés en la comida.
- Alteraciones en la marcha, balanceo.
- Distractibilidad o incapacidad de fijar la atención.
- Confusión.
- Desorientación.
- Falta de conciencia de su enfermedad.
- Comportamientos raros, posturas raras.

La esquizofrenia afecta a las personas en el área social y laboral. Suelen tener problemas en las relaciones interpersonales, en el trabajo e incluso presentan dificultades en el cuidado de sí mismos.

La esquizofrenia es una enfermedad que tiene distintas maneras de manifestarse. Se puede presentar en 5 subtipos, que se distinguen por tener distintos síntomas.

Paranoide [295.30] que se caracteriza por:

- Ideas delirantes de grandeza o

persecución.

- Alucinaciones auditivas.
- También pueden presentar: ansiedad, ira, tendencia a discutir, violencia.

Desorganizado [295.10] que se define por:

- Lenguaje y comportamiento desorganizado.
- Afectividad aplanada o inapropiada.
- También puede presentar: risas, ideas delirantes que giran alrededor de un tema incoherente, muecas, deterioro del rendimiento.
- Suele ser de inicio temprano.

Catatónico [295.20] que es aquel en el que se da:

- Inmovilidad motora.
- Actividad motora excesiva.
- Negativismo extremo, o mutismo.
- Posturas extrañas, movimientos estereotipados, muecas.
- Copia lo que dice o hace otra persona.

Indiferenciado [295.90] el cual:

- Es un tipo de esquizofrenia cuyos síntomas no se parecen a los subtipos anteriormente mencionados.

Residual [295.60] que:

- No presenta ideas delirantes.

ni alucinaciones, ni lenguaje desorganizado, ni comportamiento desorganizado o catatónico.

- Sin embargo presenta algunos síntomas psicóticos atenuados.

Para el diagnóstico de la esquizofrenia se debe de tomar en cuenta diferentes factores como la historia clínica, los síntomas, los antecedentes familiares, y las circunstancias estresantes por las que atraviesa el paciente. Es importante que se efectúen estudios para descartar posibles patologías endocrinas o neurológicas, abuso de sustancias, enfermedades auto inmunes o hepáticas u otras enfermedades mentales.

El comienzo de la enfermedad puede ser agudo, es decir, puede comenzar de un momento a otro con una crisis delirante, un estado maníaco, un cuadro depresivo con contenidos psicóticos o un estado confuso onírico. También puede surgir de manera insidiosa o progresiva (DSM-IV op. cit.).

El curso de la enfermedad se caracteriza por fases de exacerbación y fases de remisión de los síntomas; aunque algunos pacientes presentan un curso estable. A medida que pasa el tiempo, los síntomas negativos (como por ejemplo la pobreza en el habla, el comportamiento gravemente desorganizado, etc.) se acentúan más, mientras que los positivos van remitiendo.

CAUSAS

Todavía no está clara la etiología de la esquizofrenia. Existen varias teorías que intentan explicar y entender sus posibles causas:

- Orientación Genética (Carlson, op. cit.): Los familiares del paciente tienen mayor probabilidad de padecer esquizofrenia. Un niño con un padre esquizofrénico tiene un 12 % de probabilidades de padecerla, si ambos padres son esquizofrénicos el niño tiene un 39% de probabilidades. Mientras que un niño con padres sanos tiene un 1 % de probabilidades y un niño con un hermano que tiene este desorden tiene un 8 % de probabilidades.
- Anormalidades en la estructura del cerebro (Carlson, op. cit.): Se puede observar un aumento del tamaño de los ventrículos cerebrales con una resonancia magnética y tomografía computada.
- Anormalidades en la actividad del cerebro (Carlson, op. cit.): Hay un exceso de las sinapsis dopaminérgicas de las neuronas del sistema mesolímbico que se proyecta del área tegmental ventral al núcleo acumbens y a la amígdala resultado en la aparición de los síntomas positivos de la esquizofrenia.

Factores psicológicos: Ciertos acontecimientos estresantes pueden afectar la vulnerabilidad de la persona. Una de las teorías psicológicas la "Teoría del doble vínculo" (Bateson en Biagini 1994) explica la causa de la esquizofrenia como cierta vulnerabilidad en la persona. Este autor plantea que los niños reciben de sus progenitores mensajes contradictorios relacionados con sus conductas, actitudes y sentimientos. Este tipo de vínculo provoca en el niño una confusión tal que lo lleva a aislarse en su propio estado psicótico.

Modelo de vulnerabilidad de Zubín (1977): En este modelo, se plantea que la esquizofrenia es un trastorno que se presenta por todo tipo de variables, esto es, cualquier variable esta implicada en su etiología y desarrollo, lo cual representa la mayor debilidad de este modelo, ya que desde su propuesta cualquier cosa influye en la esquizofrenia lo cual, no precisa las causas de la enfermedad.

El concepto y las características que se han presentado de la esquizofrenia han cambiado a lo largo del tiempo, por lo cual, el siguiente apartado muestra una breve revisión acerca de la evolución del conocimiento que se tiene de éste trastorno.

HISTORIA

Según una revisión Batenson (1971) la esquizofrenia ha sido descrita desde el año de 1400 A.C. en el Ayur-Veda de la antigua india en donde se reporta una condición que podría corresponder a la actual esquizofrenia y para la que recomendaba meditación y técnicas de encantamiento para su tratamiento.

En el año de 1856, Morel (En Batenson, 1971) introduce el término demencia precoz, para catalogar a un adolescente que era brillante y activo y que luego se volvió aislado, apático y callado.

En el año de 1868, se introduce el término catatonia para designar un cuadro clínico en el que predomina la tensión motora (muscular) y que posee dos fases: una estuporosa o inhibida (estupor catatónico) y otra excitada (agitación catatónica). Es este mismo año que Sander (Cit. En Batenson, op. cit.) introduce el término paranoia para catalogar a un grupo de personas en las que sobresalen sentimientos de ser perseguidos, maltratados, perseguidos o humillados.

En 1870, Hecker (En Batenson, op. cit.) introduce el término hebefrenia para describir un cuadro de inicio en la adolescencia, en donde hay una perturbación mental y que conduce al deterioro del individuo.

En 1896, Kraepelin (En Batenson, op. cit.) utiliza nuevamente el término demencia precoz y hace una descripción de esta condición mental cuya descripción aún tiene vigencia en la actualidad. Pone de manifiesto su inicio temprano, su evolución hacia el deterioro y su oposición a la psicosis maniaco-depresiva. Identifica tres subgrupos: paranoide, catatónica y hebefrénica.

En 1911, Bleuler introduce el término esquizofrenia para sustituir al de demencia precoz ya que éste se consideró inexacto porque no siempre conduce al deterioro.

Para Bleuler la esquizofrenia era la enfermedad de que incluía: autismo, ambivalencia, asociaciones laxas y afecto incongruente.

En 1933, Kasanin (En Batenson, op. cit.) introduce el término esquizoafectivo para designar un grupo de esquizofrenias en las que además del trastorno formal de pensamiento, presentan alteraciones afectivas importantes tanto en el sentido de la manía como en el de la depresión.

En 1939, Langfeldt (En Batenson, op. cit.) hace distinción entre proceso esquizofrénico que significa para él inicio temprano, una gran desorganización mental y un curso sin remisiones hacia el deterioro; y la reacción esquizofrénica que consiste en un cuadro menos severo, con una personalidad premórbida más

adecuada, mejor ajuste social y laboral y capaz de remitir parcial o totalmente sin conducir a un deterioro progresivo.

En 1949, Polatín introduce el término pseudoneurótica para designar un tipo de esquizofrenia en las que el trastorno del pensamiento no era tan sobresaliente, pero se mostraban con un frente de síntomas ansiosos que podían hacer pensar en una neurosis de ansiedad pero que no evolucionaban como ella.

En 1952 en la primera edición del "Diagnóstico and Statistical Manual of Mental Disorders de la Asociación Psiquiátrica Americana se clasifica a la esquizofrenia como "reacciones esquizofrénicas" y se incluyen los tipos: simple, tipo hebefrénico, catatónico, paranoide, agudo indiferenciado, crónico indiferenciado, tipo esquizo-afectivo, tipo infantil y tipo residual.

Todos los trabajos que se han realizado para comprender la esquizofrenia han permitido el establecimiento de criterios para su diagnóstico, los tratamientos más eficaces, así como el pronóstico que podemos esperar una vez que se ha diagnosticado esta enfermedad. Dada la importancia de éstos tres elementos, a continuación se describen ampliamente.

DIAGNÓSTICO, PRONÓSTICO Y TRATAMIENTO

DIAGNÓSTICO

Los criterios diagnósticos según el DSM-IV (op. cit.) para la esquizofrenia son:

- A. Síntomas característicos: Dos o más de los siguientes, cada uno presentes durante una parte significativa de un periodo de un mes:
 - 1. Ideas delirantes
 - 2. Alucinaciones
 - 3. Lenguaje desorganizado
 - 4. Comportamiento catatónico o gravemente desorganizado
 - 5. Síntomas negativos
- B. Disfunción social laboral: durante una parte significativa de tiempo desde el inicio de la alteración en una o más áreas importantes de actividad que están por debajo del nivel previo al inicio de padecimiento.
- C. Duración: los signos están presentes durante al menos 6 meses con al menos 1 mes de los síntomas descritos en A.
- D. Exclusión de los trastornos esquizoafectivo y del estado de ánimo: se descartan estos trastornos

debido a que:

- 1. No ha existido ningún episodio depresivo mayor, maniaco o mixto concurrente con los síntomas de la fase activa
- 2. Si los episodios de alteración anímica han aparecido durante la fase activa su duración total ha sido breve con relación a los periodos activo y residual.
- E. Exclusión de abuso de sustancias: el trastorno no es debido a los efectos fisiológicos directos de alguna sustancia o de una enfermedad médica.
- F. Relación con un trastorno generalizado del desarrollo: si hay historia de cualquiera de éstos se diagnosticará esquizofrenia solo si las ideas delirantes o alucinaciones se mantienen durante al menos 1 mes.

Toda vez que el paciente cumple con los criterios necesarios para diagnosticarlo como esquizofrénico, es posible hallar elementos que proporcionen información acerca del pronóstico que tendrá la enfermedad, éstos se describen a continuación.

PRONÓSTICO

Del 20 al 30% de los pacientes logran llevar una vida relativamente normal. El otro 20-30% experimenta síntomas moderados. Y el 40-60% restante lleva una vida perturbada por el trastorno.

Algunos signos de buen pronóstico

- Inicio tardío (comienzo en la edad adulta) y/o agudo (repentino) de la enfermedad.
- Cuando los factores que precipitaron la enfermedad son tangibles, claramente identificables.
- Cuando la persona presentaba buena adaptación social, sexual y laboral antes de la aparición de la enfermedad.
- Cuando la persona afectada es casada.
- Si presenta buenos sistemas de apoyo (una familia y amigos capaces de brindar contención).
- Si presenta los siguientes síntomas: alucinaciones, ideas delirantes, lenguaje desorganizado y/o comportamiento gravemente desorganizado o catatónico.
- El subtipo de mejor pronóstico es la Esquizofrenia Paranoide.

Algunos signos de mal pronóstico:

- Inicio temprano y/o progresivo de la enfermedad.

- Factores precipitantes subjetivos.
- Aislamiento social o pocos sistemas de apoyo social.
- Conducta autista.
- Historia familiar de esquizofrenia.
- Síntomas tales como afectividad aplanada, pobreza del lenguaje, falta de interés o del placer en las cosas.
- Cuando la enfermedad no remite en tres años y hay múltiples recaídas.
- La Esquizofrenia de tipo Desorganizado es la de mayor gravedad.

El peor pronóstico se asocia:

- al abuso de alcohol y/o drogas por parte del paciente
- a la imposibilidad de poder tratar los episodios psicóticos
- A los comportamientos inhabilitantes, depresión y vagabundeo.

Tratamiento y rehabilitación en la esquizofrenia

El tratamiento de la esquizofrenia debería ser integral, incluyendo: tratamiento farmacológico, grupos de apoyo, psicoterapia grupal, así como psicoterapia familiar (Buela et al. op. cit.). El tratamiento debería orientar al paciente y a su familia con relación al modo de vivir, al cuidado personal, al trabajo y a mejorar las relaciones sociales.

Los medicamentos, principalmente los antipsicóticos, son muy efectivos en el tratamiento de la esquizofrenia. Frecuentemente se interna al paciente para estabilizar la medicación, evitar que se lastime o que lastime a otros, protegerlo de las ideas suicidas u homicidas, para proveerle cuidados básicos, alimento, higiene, reducir el nivel de estrés y ayudarlo a estructurar sus actividades diarias. La duración dependerá de la gravedad del padecimiento y de la disponibilidad de recursos para el tratamiento ambulatorio.

En un primer momento la psicoterapia individual está contraindicada, no así la terapia grupal o familiar que suelen ser muy beneficiosas (Buceta, 1990).

La psicoterapia grupal es muy útil para el entrenamiento en habilidades sociales. Permiten la rehabilitación social y laboral del paciente, quien se relaciona con los demás y aprende a manejarse en la vida cotidiana luego de contraída la enfermedad.

Lo importante es que puedan pasar de un funcionamiento estable y reducido dentro del hogar a una mayor participación en las actividades de la comunidad, incluidos el trabajo y el desarrollo de una red social.

La Terapia familiar es de gran ayuda aplicada en forma conjunta a la psicoeducación, y contribuye a prevenir

recaídas. La psicoeducación es un elemento importante para entrenar y educar a los pacientes en habilidades sociales para afrontar los problemas.

En el caso de pacientes catatónicos o que no pueden tomar medicación antipsicótica se utiliza terapia electroconvulsiva (Batenson, op. cit.).

ESTADÍSTICAS

La prevalencia de la esquizofrenia ha sido estimada entre el 0.5% y el 1% de la población. Esta enfermedad presenta un patrón de remisiones y exacerbaciones en la mayoría de los individuos, por lo cual la remisión total no se presenta en este trastorno. Debido a esto la tasa de incidencia ha sido estimada en 1/10000, a nivel mundial. (DSM-IV op. cit.)

Además se ha encontrado que los parientes de primer grado de un esquizofrénico, presentan un riesgo 10 veces mayor de padecer dicha enfermedad. Este riesgo se incrementa en los gemelos monocigóticos.

Respecto a diferencias sexuales, en los varones la enfermedad se presenta más temprano, con una peor adaptación premórbida, con mayor evidencia de anomalías cerebrales estructurales, más signos y síntomas negativos, mayor deterioro cognoscitivo y una peor evolución, mientras que en las mujeres

el inicio se da de manera más tardía, con menos daño estructural y una mejor evolución.

La esquizofrenia se puede presentar principalmente asociada a los Trastornos Relacionados con Sustancias. Del 30% al 40 % de los esquizofrénicos presenta problemas de abuso de alcohol; del 15% al 25 % problemas con el cannabis; del 5% al 10% abusa o depende de la cocaína. También se incluye el abuso de nicotina, muy frecuente en estos pacientes. Las drogas y el alcohol permiten reducir los niveles de ansiedad y la depresión provocados por la esquizofrenia.

Como lo muestran los datos estadísticos, la familia del paciente esquizofrénico también sufre la enfermedad, ya que, aparte de tener un mayor riesgo de padecerla, al ser un trastorno de periódicas recaídas se enfrentan constantemente a los problemas que trae consigo éste trastorno, como la inadaptación social del individuo, la exacerbación de los síntomas, la agresividad implícita de algunas pacientes, entre otros (Díaz, op. cit.). Por consiguiente es necesario exponer cuales son las implicaciones que tiene la enfermedad en la familia del paciente diagnosticado.

AMBIENTE SOCIAL FAMILIAR DEL PACIENTE ESQUIZOFRÉNICO

Tradicionalmente el estudio de la familia en relación con la esquizofrenia ha venido planteándose desde una perspectiva etiológica. En los últimos años, numerosos trabajos centrados en las familias de los pacientes esquizofrénicos (Batenson, op. cit.; Brown, 1972; Alves, 1995, Berembaun, 1994; Biagini, 1994, Corbeira, 1991; Cortés, 2001; Díaz, op. cit., Fadden, 1987; García, 1993, Hoover, 1982, Malm, 1981; Mills, 1962; Olvera, 1971, Riestra, 1992; Shao, 1998; Vaugh, 1976, 1984, Walthers, 1965; Wynne, 1958;), han puesto de manifiesto la importancia de la relación entre el clima emocional familiar y el curso de la enfermedad.

Diversas posturas (Fromm, Bateson, Cooper en 1958) afirman que la familia es un factor fundamental en la etiología de la esquizofrenia. De acuerdo a estas posturas, la esquizofrenia es resultado de una alteración en la comunicación en el medio familiar, una distorsión en la formación del pensamiento o producto de las relaciones que se establecen en cada familia.

Numerosos trabajos (p.e. Batenson 1958, Lidz 1958, Wynne 1958) asociaban a la aparición de la

esquizofrenia con la presencia de pautas de interacción anómalas en las familias de los esquizofrénicos, lo cual constituyó un serio obstáculo para conseguir la colaboración de los familiares en el proceso terapéutico (Arévalo, 1990) Sin embargo, recientemente se ha reconocido que la esquizofrenia constituye un trastorno cuya etiología es compleja, con la participación de variables de diversa índole cuyo curso puede verse modulado por variables ambientales, entre ellas el clima familiar del paciente (Nuechterlein, Dawson 1984).

Uno de los problemas más graves que genera la esquizofrenia es la existencia de un desajuste y/o deterioro de social subsiguiente a los sucesivos episodios agudos. Este deterioro social afecta a 2/3 de los pacientes y a 1/3 en forma grave. De acuerdo con Jarne, (1987), es frecuente que una vez que hay una remisión de los síntomas persista la disfunción social, que provoca incomodidad del sujeto, así como enfrentamientos con las personas que rodean al paciente principalmente padres y pareja.

Este deterioro social que sufre el paciente se debe a diversos factores, que pueden resumirse en los siguientes aspectos:

- Existe una fuerte disminución en la iniciativa del paciente, lo cual, al disminuir las conductas espontáneas produce que el paciente

se sienta incapacitado para realizar actividades normales.

- Pérdida de interés en cualquier tipo de contacto sexual
- Dificultades para mantener el rendimiento en todas las actividades.
- Pérdida de interés en las actividades que representen un esfuerzo para el paciente.
- Tendencia al aislamiento social
- Pérdida de patrones y habilidades sociales

Los pacientes esquizofrénicos representan una carga ya que los familiares no comprenden como es que su paciente no puede mantener un trabajo, no muestra interés por las cosas, no habla, vagabundea etcétera, lo cual representa una fuente de tensión familiar, representando un riesgo importante de recaída (Jarne op. cit.)

Asimismo, un importante predictor del curso de la enfermedad es el llamado ajuste premórbido que se define como el nivel de adecuación del sujeto a las circunstancias que van marcado las diferentes etapas de desarrollo antes del inicio de la enfermedad (Cannon-Spoor, Potkin y Wyatt 1982). Entre otras variables se ha observado que existe un peor ajuste para los hombres que para las mujeres, sobre todo en la variable de adecuación marital y sociosexual (Glick, Quinlan y Zingler 1987)

A parte de estos hallazgos, Hirschy Leff

(1975) plantean que la esquizofrenia es producto de una anomalía estructural o funcional del cerebro que hacen al paciente particularmente vulnerable al estrés, por lo cual la familia, que representa las más intensas emociones en el medio social del paciente, tiene la capacidad de aumentar o disminuir el estrés por medio de la organización de sus recursos (Biagini op. cit.).

Además, investigaciones como las de Brown (1972) Vaughn y Leff (1976) han resaltado la importancia del comportamiento de los familiares en las recaídas psicóticas. Sin embargo, son escasas las investigaciones centradas en el impacto que el enfermo esquizofrénico provoca en el resto de los miembros de la familia, hecho relevante, ya que la mayoría de los enfermos esquizofrénicos se reintegra a su familia tras el alta hospitalaria (Corbeira, 1991).

Respecto a la importancia del apoyo familiar diversos autores como Fadden (op. cit.) señalan para la familia del paciente esquizofrénico existe una carga, la cual supone la ruptura de los acuerdos recíprocos que las personas mantienen en sus relaciones, de tal forma que una de las partes, en este caso la familia debe de hacer por la otra parte más de lo que equitativamente le corresponde (Corbeira 1991).

Por su parte, Mills (1962) fue uno de los primeros autores en señalar el problema de la convivencia con un

enfermo.

Sainsbury (1962) y Goldman (1982) describieron la tensión emocional y económica originada en la familia por el paciente tras su retorno al hogar antes de su plena recuperación y encontraron que la carga familiar podría ser aliviada por la rehospitalización del paciente (Mills, 1962; Sainsbury, 1962; Goldman, op. cit.).

Brown (1966) comprobó que el estrés y los problemas de los familiares de pacientes esquizofrénicos se encontraban estrechamente ligadas a los trastornos de conducta del enfermo y más recientemente Creer y Wing (1974) concluyeron que los principales problemas de tipo conductual eran el aislamiento social y las actitudes desconcertantes y trastornadas de los pacientes (Cit. en Fadden, op. cit.).

Kreisman (1974) describió diversas causas de los problemas de los familiares de los esquizofrénicos entre los cuales se encontraban: la conducta amenazante del enfermo, sentimientos de culpa y vergüenza experimentados por los padres, carga económica que supone el tratamiento, trastorno de la relación conyugal ocasionada por la enfermedad en los pacientes casados y responsabilidades de la familia en cuanto a la protección del paciente. El curso de la esquizofrenia no solo depende de su condición patológica, sino también de las reacciones que generan en las

personas afectadas y de las circunstancias y sucesos de la vida, particularmente de las actitudes de la familia y las redes de apoyo social (Díaz, op. cit.).

De esta manera, la familia es de gran importancia en el tratamiento pues:

1. La esquizofrenia provoca impacto en todos los miembros de la familia.
2. La familia experimenta estrés, asociado a la convivencia cotidiana con un paciente de estas características y la falta de apoyo lo limita a poder seguir ayudándolo.
3. Los familiares cuentan con varios recursos para ayudar al paciente.

Al comienzo la familia responde a la enfermedad con angustia y miedo, porque se presentan cambios emocionales y en la conducta en el enfermo y temen a lo desconocido. Algunas familias sienten culpa, convencidos de su responsabilidad en la enfermedad.

La estigmatización de las enfermedades mentales por parte de la sociedad contribuye a generar mayores sentimientos de frustración e ira. La familia también se ve obligada a reconocer la realidad de tener un miembro esquizofrénico y hacer el duelo por las expectativas y los sueños con respecto al paciente. Rodríguez (1991) consideró que generalmente la familia rechaza al enfermo, lo cual genera la situación de cronicidad en el paciente

esquizofrénico.

Trabajos como el de Corbeira (1991) ha evaluado la repercusión y el desgaste para una familia que pudiera derivarse de la convivencia con un enfermo esquizofrénico. Aquí se proponen diversos aspectos de la enfermedad mental que suponen un especial desgaste para la familia, como son:

- Perjuicio económico
- Interferencia con la rutina diaria, restricción de la vida social, laboral y del tiempo de ocio
- Trastornos del sueño
- Relaciones interfamiliares tensas
- Estigma social adscrito a la enfermedad
- Conducta desconcertante o amenazante del paciente
- Auto acusación, culpa experimentada por los familiares, responsabilidad a la hora de proporcionar protección y ayuda al paciente
- Desesperanza
- Creencia de que el enfermo es egoísta, perezoso e y inútil.

Respecto al impacto que tienen estos aspectos en las familias de los pacientes esquizofrénicos se ha encontrado que: las madres creen que la enfermedad es de origen psicológico, que el paciente tiene control de la enfermedad, que ésta no varía por las acciones de la familia, que la enfermedad ocasiona problemas

económicos, que la convivencia con el enfermo interfiere con las actividades cotidianas (Mandelbrote, Folkard 1961), que requieren permanecer mas tiempo con el paciente para evitar que se lastime (Leff, 1982), son las madres quienes padecen mas trastornos del sueño atribuidos al temor a la conducta amenazante del paciente, asimismo son ellas quienes mas se avergüenzan de la enfermedad además consideran que su ayuda no contribuirá a la curación del enfermo (Corbeira, op. cit.).

Respecto a las creencias negativas acerca de la enfermedad, se plantea que al ser una enfermedad incapacitante es lógico que provoque un fuerte sentimiento de desesperanza entre los familiares, siendo esta creencia mayor para la esquizofrenia que para otros trastornos psiquiátricos (García, op. cit.).

Además, las creencias negativas se aumentan debido a que los familiares no ven a los síntomas como manifestaciones de la enfermedad, sino como atributos desafortunados del paciente que se encuentran bajo el control voluntario del mismo, de ahí que se considere al paciente como egoísta, perezoso o inútil (Fadden, op. cit.).

Se ha investigado la razón por la cual recaen más rápido los pacientes que regresan a sus hogares después de un periodo de hospitalización que

aquellos que permanecen hospitalizados o en lugares sustitutos, es por eso que se diseñó un instrumento para medir los componentes emocionales en la interacción del paciente esquizofrénico y su familia encontrando que la presencia de actitudes negativas y críticas para con el paciente correlaciona de manera importante con las recaídas (Brown, 1966).

Se plantea que la presencia de determinadas actitudes en el núcleo familiar del paciente una vez que es dado de alta puede influir en el curso de la enfermedad, siendo los pacientes cuyas familias son hostiles, con actitudes mas criticas quienes presentan mayor riesgo de recaída (Brown, Birley, Wing 1972; Vaughn y Leff 1976; Vaughn 1984).

Por eso los tratamientos deben incluir la psicoeducación del paciente y su familia. Ésta consiste en la educación sobre la enfermedad, capacitándolos para una mejor solución de sus problemas, mejorando la comunicación, y expandiendo las redes sociales.

Es importante su ayuda porque el paciente muchas veces no es consciente de que padece una enfermedad y esto lo lleva a no cumplir con el tratamiento. Se insiste en la necesidad de ayudar al paciente a que tome la medicación, porque es frecuente que deje de hacerlo porque carecen de conciencia de enfermedad. La medicación permite la

supresión sintomática pero no cura la enfermedad, por eso se le administra una medicación de mantenimiento. Dejar de tomarla implicaría una nueva recaída para el paciente, un nuevo brote y el consecuente empeoramiento de la enfermedad. Entonces se haría entonces inminente una nueva internación.

Es por esto que el apoyo social que recibe el paciente esquizofrénico por parte de su familia adquiere importancia, el apoyo social es un constructo multidimensional que incluye necesidades de apoyo, recursos disponibles y satisfacción, además se refiere a los múltiples aspectos de las relaciones interpersonales (Green, 1993).

La familia es el grupo de apoyo social de mayor peso y cuando un individuo padece una enfermedad crónica y su apoyo social-familiar no es adecuado surge depresión y ansiedad que provocan que se agrave la enfermedad (Turner, op. cit.).

En enfermos crónicos se han encontrado que entre las fuentes de apoyo social se encuentran la pareja y la familia, ésta última presentando mayor cordialidad, tolerancia y aceptación de pacientes esquizofrénicos (Tobey, 1990)

Debido a la necesidad de cuidado familiar que tiene el paciente esquizofrénico, es preciso conocer como

este trastorno afecta al paciente en una de las relaciones más importantes: la relación de pareja. En lo que respecta a las esposas de pacientes esquizofrénicos se ha encontrado que perciben a la enfermedad como un estigma y tienen miedo a la discriminación social (Yarrow, 1955).

La tensión del hogar aumenta ante las molestias que ocasionan los pacientes, además, el sentimiento de vergüenza y el miedo ante los comportamientos agresivos de los pacientes varones, hacen que el ambiente familiar se vuelva más tenso y hostil hacia el paciente (Walters y Nothover 1965).

Los efectos negativos, así como las creencias sobre el paciente se viven tanto en la esfera de la familia de origen sino también en la nuclear, cuando el paciente es el esposo o pareja. La relación de pareja, al ser concebida como una relación cercana, donde la intimidad y compromiso son centrales a su definición y evolución (Sánchez, 1995), en algunos casos puede verse sumamente deteriorada por los síntomas, signos de un trastorno como lo es la esquizofrenia (Turner, op. cit.), esto tiene diversos efectos dentro de la relación y la calidad y cantidad de apoyo que se le brinda al paciente esquizofrénico. Estos efectos son muy importantes, por esto, es necesario comprender la cercanía como uno de los elementos que se verán

más afectados dentro de la relación de pareja del paciente esquizofrénico, para lograrlo, se requiere de una revisión de éste constructo.

La cercanía se compone de dos dimensiones que la definen:

- Intimidad: que incluye aspectos positivos como son el contacto, el compromiso, el compartir, interdependencia, el cuidado, calidez, altruismo, involucramiento emocional y reciprocidad, asimismo aspectos negativos como son mayor dolor al término de la relación, sentimientos de vulnerabilidad y pérdida de la individualidad. La interacción de estos elementos determinara la propensión o evitación hacia las relaciones cercanas, la disposición ante la interacción y factores de convivencia diaria (Sánchez op. cit.).
- Compromiso: es una fuente de interdependencia e involucramiento en la relación influido por la satisfacción dada por los beneficios y costos que se obtienen en la relación. El compromiso determina la probabilidad de que una persona continúe dentro de la relación (Sánchez op. cit.).

Una vez que han sido descritos los elementos de la cercanía, cabe resaltar su importancia como factor determinante del apoyo que recibirá un paciente

esquizofrénico por parte de su pareja para lograr una mejor evolución de su trastorno.

Ya que ha sido establecida la importancia de la familia y la pareja dentro de éste padecimiento, es necesario buscar maneras para predecir los elementos que influirán y determinarán el apoyo familiar, en el apego al tratamiento del enfermo. Una de las teorías más importantes para explicar y predecir la conducta humana es la Teoría de Acción Razonada de Azjen y Fishbein (op. cit.) la cual utiliza diversos componentes que presumiblemente nos ayudarán a conocer los elementos que determinarán el apoyo familiar en el apego al tratamiento. Por lo cual, esta teoría se describe en el siguiente capítulo.

CAPÍTULO 2

TEORÍA DE ACCIÓN RAZONADA

La Teoría de la Acción Razonada (Ajzen y Fishbein, 1975) está basada en la afirmación de que los seres humanos siempre tratan de ser racionales y usan sistemáticamente la información disponible en el medio ambiente con el fin de predecir y entender la conducta, la cual está regida por un proceso previo que determina la acción, no se asume que la conducta está controlada por procesos inconscientes o irreflexivos sino se propone que la gente considera las implicaciones de realizar o no ciertas conductas antes de hacerlo, es por esto que se llama "Teoría de Acción Razonada".

Esta teoría tiene como meta principal predecir y entender la conducta del individuo, para lo cual primero hay que definir y, posteriormente, medir la conducta en cuestión, una vez que la conducta ha sido definida claramente (en este caso, apego a tratamiento esta dada por tres conductas: toma de medicamentos, asistencia a consulta Psiquiátrica, asistencia a psicoterapia) es posible establecer que es lo que la determina, se asume que la mayoría de las acciones, al menos éstas tres conductas, están bajo control voluntario de quienes las realizan y por tanto la Intención determina de manera directa

la realización de la conducta, esto es, si se desea predecir la realización de una conducta es determinante preguntar si se tiene o no la intención de realizarla, sin embargo, conforme a lo señalado por Ajzen y Fishbein, esto no significa que haya una correspondencia perfecta entre Intenciones y Conducta, sin embargo, a menos que se den situaciones extremas o que salgan del control de los sujetos las personas usualmente actúan de acuerdo a sus intenciones (Ajzen y Fishbein, 1975).

Así pues, para poder predecir la conducta humana es necesario identificar los determinantes de las intenciones, de acuerdo con la Teoría de Acción Razonada las intenciones de las personas están determinadas por dos factores:

1. Un factor personal, esto es, la evaluación positiva o negativa que hace el individuo acerca de realizar una conducta dada, esto es llamado "Actitud hacia la conducta", que se refiere simplemente al juicio personal acerca de efectuar una conducta, puede ser a favor o en contra de realizarla.

2. Un factor que refleja la influencia social, o sea la percepción de sujeto sobre las presiones sociales asociadas a su realización o no de una conducta en especial, a este factor se le denomina "Norma Subjetiva".

Generalmente hablando, los individuos tenderán a realizar una conducta dada cuando ellos la evalúan positivamente y cuando ellos creen que otros que son importantes para ellos piensan que debe realizar la conducta. Pero en el momento que la Actitud hacia la conducta y La Norma subjetiva son contrarias, las Intenciones estarán determinadas por otros factores, es por esto que es necesario conocer la importancia relativa de los factores actitudinales y normativos (Ajzen y Fishbein, 1975).

La Teoría de Acción Razonada propone que la importancia relativa de éstos factores depende de la intención, esto es, para algunas intenciones la actitud será más importantes mientras que para otras la Norma subjetiva predominará.

Generalmente ambos factores son importantes y los pesos que tengan cada uno de éstos, será diferente de persona a persona, por lo tanto medir el valor que tienea ambos factores incrementará la posibilidad de predecir conducta adecuadamente (Ajzen y Fishbein, 1975).

Para entender de manera más específica a las intenciones, es necesario explicar cómo es que la gente adquiere ciertas actitudes y normas subjetivas. De acuerdo con esta Teoría, las actitudes están en función de las creencias, así es como, si una persona cree que realizar una conducta dada le traerá resultados positivos, la persona adquirirá una actitud favorable ante la realización de la conducta, de la misma manera, si una persona cree que el realizar cierta conducta le traerá consecuencias negativas tendrá una actitud desfavorable hacia realizar la conducta en cuestión. A este tipo de creencias se les llama "Creencias conductuales" (Ajzen y Fishbein, 1975).

Asimismo, la Norma subjetiva esta en función de las creencias, pero éstas son de un diferente tipo, ya que son las creencias que tiene un individuo acerca de lo que otros sujetos o grupos piensan que deben o no de realizar, estas creencias se llaman "Creencias normativas", por lo tanto, cuando una persona cree que a aquellos a quienes está motivado a complacer, piensan que debe de comportarse de cierta manera, el sujeto percibirá presión social para actuar como cree que los demás quieren. Así la norma subjetiva ejercerá presión para realizar o no una conducta dada sin importar la actitud del sujeto hacia la conducta en cuestión.

Con el fin de entender de mejor manera cómo es que la Teoría de Acción Razonada predice conducta es necesario conocer cómo es que surge la teoría, lo cual se describe brevemente en el siguiente apartado.

HISTORIA

Como se planteó anteriormente, para predecir una conducta de manera adecuada, primero es necesario definirla para así, poder medirla. Es por esto, que es necesario resaltar la diferencia entre conductas y resultados de las mismas, por ejemplo: Una recaída de un paciente esquizofrénico (Resultado) puede ser tomada como criterio para medir conducta, en este caso Apego al Tratamiento, sin embargo, ésta puede ser resultado de diversas acciones como son: No tomar los medicamentos, no recibir el cuidado necesario, etcétera, debido a esto, es necesario determinar que tipo de conducta se va a medir ya sea:

- Una Acción Simple (por ejemplo Toma de Medicamentos)
- Una categoría conductual (por ejemplo Cuidado Médico, que puede incluir diversas acciones)

Además de definir la Acción es necesario tomar en cuenta otros tres elementos:

1. El Objetivo hacia el cual se dirige la conducta.
2. El Contexto en el que se puede dar la conducta.
3. El tiempo en el cual una conducta debe realizarse.

Una vez que se ha definido la importancia de especificar la conducta a predecir, cabe resaltar la importancia de las actitudes para lograrlo.

A principios de siglo XX, las actitudes se definieron como la "tendencia para actuar en una determinada situación", esto es un proceso mental que determina las respuestas potenciales de los sujetos, así, se supone que las actitudes pueden ser usadas para explicar la conducta, lo cual, hace que se vean como disposiciones conductuales, además se asume que cualquier cambio de actitud afectará a la conducta. A la par de que el concepto de actitud fue tomando importancia, fue desarrollándose la necesidad de crear técnicas adecuadas para medirlas, por lo cual, Thurstone aplicó técnicas psicométricas para evaluar a las actitudes, planteando un continuo de actitud que va de Favorable hasta No Favorable o Positivo hasta Negativo en el cual, el sujeto debía de situarse para conocer su actitud hacia algún objeto. Además, propuso que para medir las opiniones o creencias de los sujetos era necesario considerar las expresiones verbales de sus actitudes, de esta manera, diferentes expresiones

demuestran el grado de favor hacia un objeto de actitud. Los métodos utilizados por Thurstone resaltan la importancia de la relación entre la actitud y la conducta (Ajzen y Fishbein, 1975).

Asimismo, Allport define a la actitud como "esa predisposición mental o neutral, organizada a través de la experiencia que influencía la respuesta de los individuos en todas las situaciones u objetos con las cuales se relaciona"

Algunos trabajos, como por ejemplo el de LaPiere en 1934 (Cit. en Díaz, 2000) han investigado la relación entre actitud y conducta, los resultados obtenidos en estas investigaciones provocaron serias dudas acerca de la relación actitud-conducta, por lo cual se hizo necesario buscar explicaciones alternativas ante la falla de las actitudes para predecir conducta. Por esto, Roseberg y Hovland en 1960 proponen a la actitud como un constructo compuesto de tres elementos que se muestran en la Figura 1:

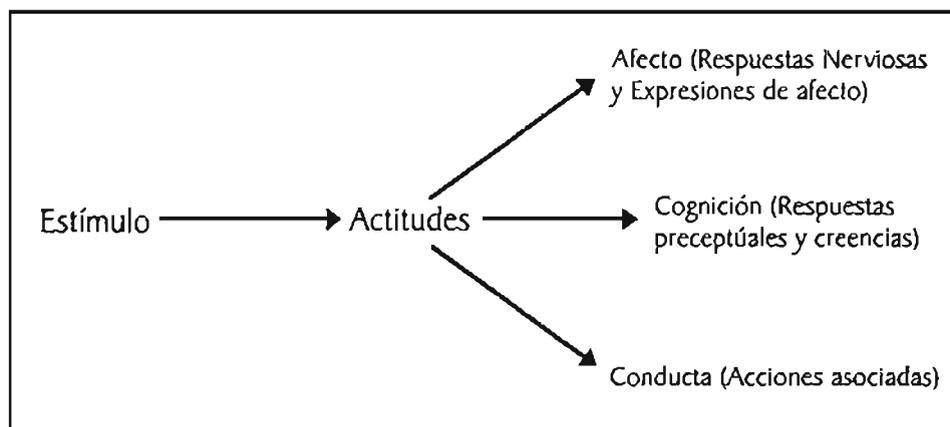


Figura 1: Elementos de las actitudes

Las actitudes siempre provocarán presión para comportarse de acuerdo a ellas, sin embargo, pueden existir otros factores externos que provoquen que la gente se comporte de manera inconsistente de acuerdo a sus actitudes. Es por esto que se afirma que la relación existente entre la Actitud y la Conducta puede ser moderada por otras variables, las cuales sí son contempladas por la Teoría de Acción Razonada.

Conforme a la afirmación hecha en el párrafo anterior, es necesario hacer una descripción de cada uno de los elementos de la Teoría de la Acción Razonada que se muestran en la Figura 1, la cual permitirá comprender mejor la participación de éstos elementos dentro del modelo de predicción de conductas.

ELEMENTOS

La Figura 2 ilustra los componentes de la Teoría de Acción Razonada

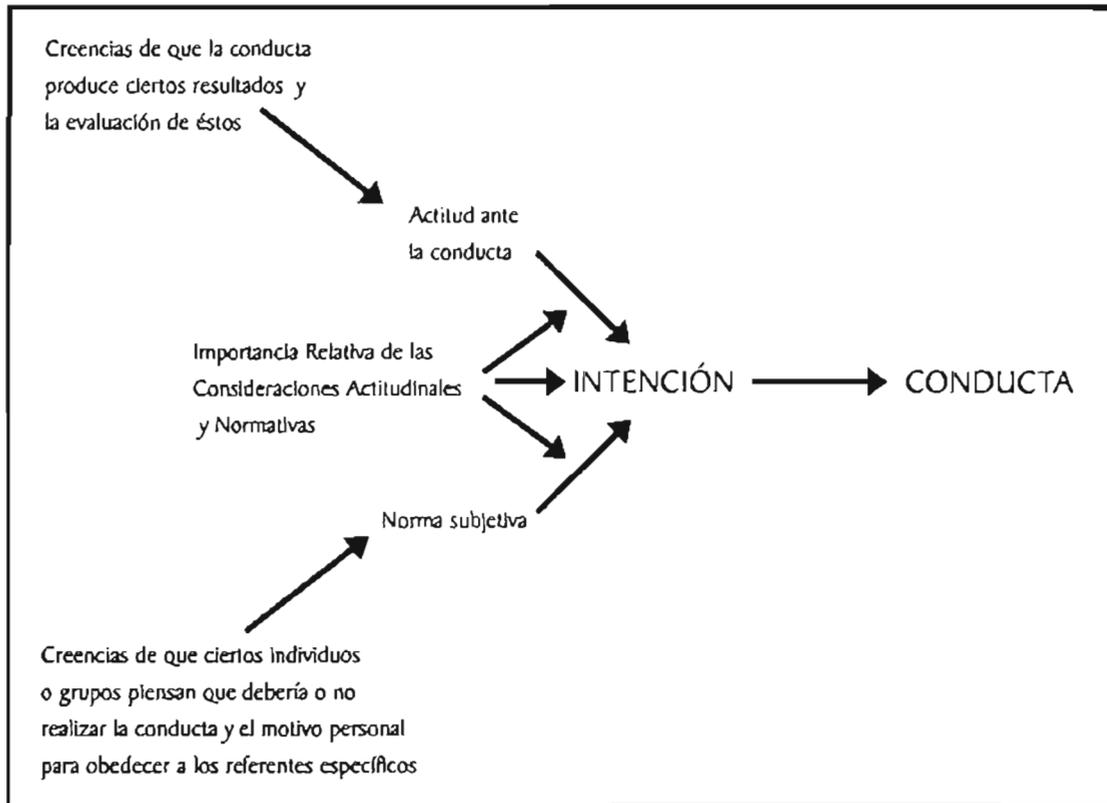


Figura 2: Elementos de la Teoría de Acción Razonada (Ajzen y Fishbein 1990)

INTENCIÓN CONDUCTUAL

Se ha afirmado que las conductas de relevancia social se encuentran bajo el control voluntario de los sujetos y son predecibles a partir de las Intenciones (Ajzen y Fishbein, 1975), además se sugiere que todas las conductas implican una elección, una elección entre Realizar o No Realizar las conductas, así, para predecir cual será la Elección de los sujetos es necesario plantearle las alternativas y preguntarle cuál es su intención de realizarlas.

De esta manera, para predecir una conducta a través de la Intención, es esencial asegurarse que la medida de Intención corresponda a la medida de Conducta, esto implica ver a la Intención con las mismas cualidades que a la conducta:

1. Acción
2. Objetivo
3. Contexto
4. Tiempo

Por lo tanto, la Intención de un sujeto con respecto a una Conducta simple puede ser medida a través de la preguntarle si realizó o no la conducta en cuestión, esta medida de la probabilidad de que un sujeto realice una conducta dada es lo que se conoce como Intención Conductual (Ajzen y Fishbein, 1975).

La relación entre Intención y conducta está influenciada por la estabilidad de la Intención. Ya que se argumenta que las Intenciones pueden cambiar con el tiempo y una medida de Intención hecha antes de que se realice una conducta específica, puede diferir de la conducta observada, lo cual, hace que a veces la Intención no sea un predictor adecuado de conducta, esto hace necesario medir las Intenciones lo más cercanamente posible a la realización de la conducta.

La estabilidad de las Intenciones también puede verse modificada cuando la Intención está basada en las expectativas del sujeto acerca de la conducta de otra u otras personas, entonces cuando la expectativa no se cumple, la Intención se verá modificada.

Además pueden existir otras variables extrañas que modifiquen la relación Intención-Conducta

Resumiendo, la relación entre intención y conducta esta determinada por dos elementos:

Primero la medida de la intención debe corresponder al criterio conductual en acción, objetivo, contexto y tiempo.

Segundo la medida de intención predecirá conducta solo si ésta no cambia antes de que la conducta sea observada (Fishbein, op. cit.).

Asimismo, como se mencionó al principio del presente capítulo, la intención conductual esta compuesta por dos componentes que se explican a continuación: Actitud hacia la conducta y Norma subjetiva, elementos que se explican a continuación.

ACTITUD HACIA LA CONDUCTA

La actitud hacia la conducta es un juicio personal sobre realizar una conducta. Por lo cual, un juicio más favorable resulta en una mayor probabilidad de intentar realizar una conducta (Fishbein, op. cit.).

La actitud hacia la conducta está determinada por las creencias conductuales acerca de los resultados de la conducta y la evaluación de éstos (Fishbein, op. cit.).

Para conocer la Actitud hacia la conducta es necesario medir la actitud del sujeto tomando en cuenta sus determinantes (acción, objetivo, tiempo y contexto).

Una de las técnicas más simples que se han usado para medir la Actitud hacia la Conducta es el Diferencial Semántico de Osgood, la cual, mide de la siguiente manera: se menciona un enunciado que represente la conducta a medir y se presenta un continuo de Adjetivos

Bipolares en el cual debe de situarse el sujeto, resultando en una medida del juicio del sujeto acerca de la Conducta estímulo.

Por ejemplo:

"El que yo acompañe siempre a mi paciente al hospital es....."

Bueno _____ Malo

Esta técnica nos proporciona una manera de medir las actitudes de manera sencilla y efectiva, por lo cual será la técnica adecuada para medir las actitudes hacia el Apego al Tratamiento

NORMA SUBJETIVA

El segundo elemento normativo de la Teoría de Acción Razonada es la Norma Subjetiva la cual se define como "la percepción de un sujeto con respecto a lo que otras personas importantes para él piensan que se debe o no de hacer en una conducta en cuestión" (Fishbein y Ajzen op. cit.).

La norma subjetiva se refiere a una prescripción conductual atribuida a un agente generalizado de socialización, en contraste con las normas, las cuales, son vistas como reglas socialmente acordadas que definen lo que es correcto y apropiado. Así pues, la Norma subjetiva se refiere a la Percepción de la Persona acerca de lo que otros (que

son importantes para él) piensan que debe hacer respecto a una conducta específica. Al ser una percepción del sujeto, lo que piensa puede o no reflejar lo que piensan otros realmente.

El formato utilizado para evaluar la norma subjetiva es el siguiente:

“Para (El sujeto determina la persona que es importante) es importante que yo realice (la conducta específica)”

Mientras mayor sea la percepción que tiene un sujeto acerca de lo que otros desean que realice, entonces, más intentará complacerlos, comportándose de manera que el sujeto cree satisfacer las expectativas de otros, por lo cual, la norma subjetiva está determinada por la Motivación del individuo a complacerlas (Fishbein, op. cit.). Esto implica que una persona usualmente tenderá a realizar aquellas conductas evaluadas positivamente por él y por los demás.

Para evaluar la relación existente entre la Norma Subjetiva y La Intención es necesario tomar en cuenta que ambos elementos coincidan en Acción, Objetivo, Contexto y Tiempo, una vez que esto es seguro es posible medirlas para ver si existe congruencia, esto es, si el sujeto percibe que los otros importantes para él tienen actitudes positivas hacia una conducta, él tendrá también actitudes positivas lo cual, aumentará su intención de realizarlas (Azjen y Fishbein, 1975).

Sin embargo, cuando estos dos componentes no coinciden, la intención de la persona estará determinada por la importancia relativa que tengan los dos elementos, la cual estará dada por el peso de cada uno de los elementos, este peso varía:

Como función de la conducta (Azjen y Fishbein, 1975): para algunas personas es más importante su percepción acerca de lo que piense otros importantes (consideraciones normativas) que se evaluación sobre realizar la conducta (consideraciones actitudinales)

Como función de las diferencias individuales (Azjen y Fishbein, 1975): la importancia está dada por variables demográficas (sexo, edad, estatus) variables de personalidad, entre otras. Por ejemplo las mujeres ponen mayor énfasis en las actitudes que los hombres.

Se ha asumido que la Intención de una persona con respecto a realizar una conducta estará determinada por la Actitud hacia la conducta y la Norma Subjetiva, cuando se realizan medidas apropiadas los componentes Actitudinales y Normativos predecirán Intención y su habilidad para predecir conducta dependerá de la Relación Intención-Conducta (Azjen y Fishbein, 1975).

Como lo muestra la Figura 1, la Teoría de Acción Razonada sugiere

que la conducta de los sujetos está determinada por su Intención de realizar la Conducta, y la Intención, a su vez, está en función de la Actitud hacia la Conducta y la Norma Subjetiva, las cuales, están determinadas por otros elementos, que son los Componentes Actitudinales y Los Componentes Normativos, respectivamente, los cuales mencionaremos a continuación:

DETERMINANTES DE LA ACTITUD HACIA LA CONDUCTA

La actitud hacia la conducta esta determinada por las Creencias acerca del Objeto, esto es, las creencias sobre un objeto se forman a partir de la asociación de las características, cualidades y atributos de éste, lo cual hace que automáticamente se adquiera una actitud hacia el objeto. Mas específicamente, tendremos actitudes favorables hacia los objetos que consideramos que tienen características positivas, mientras que tendremos actitudes negativas hacia los objetos que consideramos con características negativas (Azjen y Fishbein, 1975).

Las creencias de los sujetos pueden resultar de la observación directa, o bien, pueden ser adquiridas de manera indirecta; y pueden permanecer a través del paso del tiempo, ser modificadas o

eliminadas.

Las creencias que determinan inmediatamente las actitudes de las personas son conocidas como Creencias Salientes (Azjen y Fishbein, 1975) por lo cual, para entender porque un sujeto tiene una actitud determinada hacia un objeto es necesario evaluar las creencias salientes sobre éste mismo objeto.

La gente generalmente cree que el realizar una conducta dada le traerá consecuencias positivas o negativas y sus actitudes hacia realizar la conducta serán positivas o negativas como resultado de la evaluación que hagan los sujetos basados en todas sus creencias salientes asociadas a la conducta (Azjen y Fishbein, 1975).

Asimismo, es posible obtener las creencias salientes de una población dada, lo cual, a pesar de ser útil para brindar información acerca de los determinantes de la actitud, no necesariamente reflejará las creencias salientes individuales por lo cual, no será útil para predecir una conducta en especial.

La manera más simple de evaluar las Creencias salientes es dejar que la persona conteste libremente acerca del objeto, lo cual en el presente trabajo es realizado a través de la aplicación de Redes Semánticas (Reyes, 1991).

DETERMINANTES DE LA NORMA SUBJETIVA

De igual manera que la Actitud hacia la Conducta, la Norma Subjetiva estará determinada por Creencias, sin embargo, en el caso de la Norma Subjetiva, las creencias no son creencias conductuales, sino creencias normativas, ya que para formar la norma subjetiva, el sujeto toma en cuenta las expectativas normativas de otros con respecto a su ambiente, es decir, el sujeto considera si otros importantes para él piensan que debe realizar o no una conducta y usa esta información para crear su norma subjetiva.

La norma subjetiva de una persona puede ser medida a través de evaluar las creencias normativas, con la motivación a complacer de otros importantes.

En el caso de la Norma subjetiva, también es posible evaluar las Creencias normativas salientes de un grupo específico en las cuales está basada la Norma Subjetiva.

Una vez que tenemos los elementos que según esta Teoría son los necesarios para predecir conducta, es necesario resaltar que tal vez esta predicción resulte inadecuada, no por tener instrumentos de medida mal diseñados sino por que tal vez la Teoría de La Acción Razonada

no sea aplicable a la predicción de todas las conductas (Fishbein y Ajzen, op. cit.) es por esto que este trabajo requiere que ésta teoría sea probada en el contexto del Apego al Tratamiento en pacientes esquizofrénicos.

APLICACIÓN DEL MODELO A PACIENTES ESQUIZOFRÉNICOS

APEGO AL TRATAMIENTO

Uno de los problemas más importantes con que se encuentran los profesionales de la salud es conseguir que los pacientes se apeguen a las prescripciones de los médicos, asimismo los efectos que tienen los tratamientos puede ser un factor que dificulte el apego al tratamiento (Agras, 1985).

Para Buceta (op. cit.) el apego al tratamiento constituye un hábito de adherencia a medidas favorecedoras para la salud, en este caso toma de medicamentos, asistencia a consulta psiquiátrica y asistencia a psicoterapia.

Para Meichenbaum y Turk (1987) el apego al tratamiento incluye una gran cantidad de conductas entre las cuales, se encuentran asistir a consulta puntual y regularmente, tomar los medicamentos prescritos y asistir a psicoterapia. Sin embargo, cuando los tratamientos son

a largo plazo un gran porcentaje de los pacientes abandonan los tratamientos y deja de asistir a las consultas médicas (Peck y King 1985). Asimismo, el poco apego al tratamiento se debe también a la complejidad de algunas prescripciones, cuando la eficacia del tratamiento es lenta y a los efectos secundarios y molestias que ocasionan algunos tratamientos (Fernández y Trespalacios, 1984). Además, el incumplimiento de las prescripciones médicas puede deberse al alto costo económico de los tratamientos, lo cual, produce mayores gastos, ya que se presenta una exacerbación de los síntomas de los pacientes requiriendo hospitalizaciones mas largas, así como, mayor cantidad de medicamentos (Méndez y Mancía 1987).

Las investigaciones realizadas acerca de los factores que afectan el apego al tratamiento se han centrado en variables relacionadas al paciente, al tratamiento, al trastorno entre otras, observando que la forma en que los sujetos perciben la implicación del terapeuta, el régimen terapéutico y su enfermedad influye ampliamente en el apego al tratamiento (Méndez y Mancía op. cit.).

En lo que respecta a las variables del paciente Melchenbaum y Turk (op. cit.) señalan que puede abandonar los tratamientos por varias situaciones:

- El paciente no sabe que hacer
- No posee los recursos necesarios

para seguir un tratamiento (ya sean económicos, conductuales o afectivos)

- El paciente cuestiona la utilidad del tratamiento
- El paciente percibe más costos que beneficios de seguir el tratamiento
- Existen más sensaciones no gratificantes.
- No existe buena relación entre el terapeuta y el paciente
- No hay continuidad en la atención
- Desaparecen los síntomas de la enfermedad, esto es muy común en un trastorno como la esquizofrenia, en donde al desaparecer los síntomas de la enfermedad los pacientes se alejan del tratamiento provocando recaídas y las complicaciones que esto conlleva.

Las formas más comunes de evaluar el apego al tratamiento son las siguientes:

- Entrevista
- Estimación de la mejoría del paciente por parte del terapeuta
- La observación sea directa o indirecta
- Auto registros
- Recuento de tabletas o medicamentos
- Evaluación bioquímica

El cumplimiento de las prescripciones de salud es una conducta, y por lo tanto está controlada por las mismas leyes

que determinan a las conductas, de esta manera, para intervenir y elaborar estrategias para fomentar el apego al tratamiento es necesario conocer las variables o factores que lo influyen.

Ahora bien, debido a que la esquizofrenia es una enfermedad crónica degenerativa, en la mayoría de los casos el paciente requiere del cuidado de sus familiares para lograr una buena calidad de vida (DSM-IV, op. cit.). Sin embargo, es necesario determinar la probabilidad de que los parientes (en este caso esposas y madres) del paciente esquizofrénico fomenten el apego al tratamiento (Toma de medicamentos, asistencia a consulta psiquiátrica y a psicoterapia) Ya que la Teoría de Acción Razonada es una propuesta que, para predecir el comportamiento humano toma en cuenta creencias, actitudes, valores, presiones sociales, intención y motivación de los individuos a realizar una conducta dada, puede considerársele como adecuada para determinar el grado de apoyo familiar en el apego al tratamiento de pacientes esquizofrénicos.

Este modelo propone que para predecir el apego al tratamiento en

pacientes esquizofrénicos es necesario considerar tres conductas diferentes:

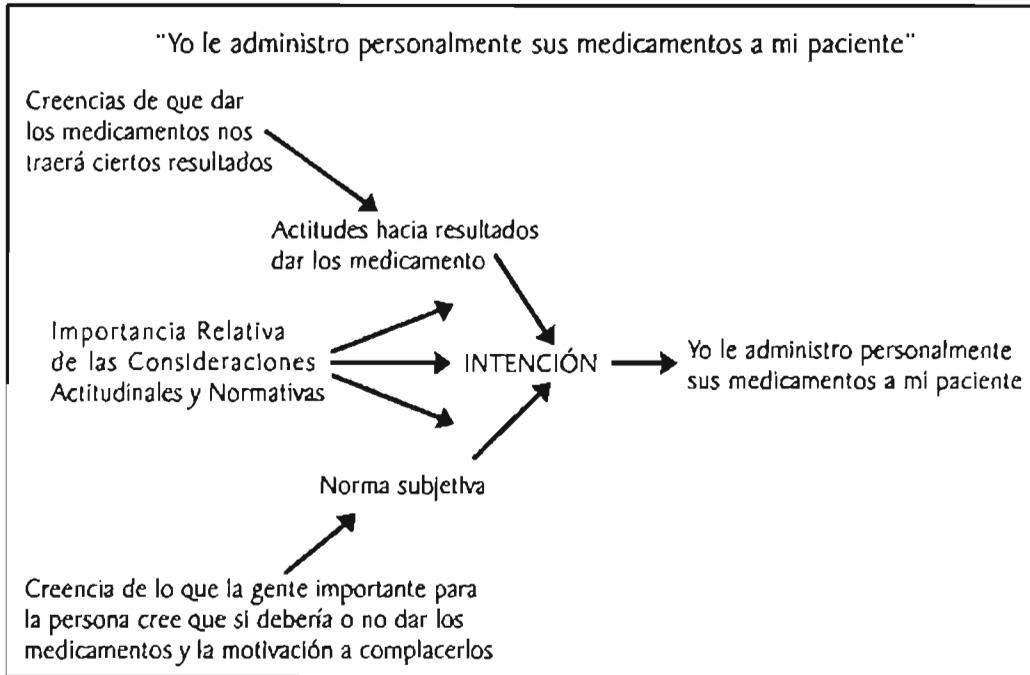
- Toma de medicamentos
- Asistencia a consulta psiquiátrica
- Asistencia a psicoterapia

Estas conductas pueden darse de dos maneras, que las madres y esposas las realicen personalmente o que se cercioren de que otros las realicen por ellas, quedando así, seis conductas a evaluar:

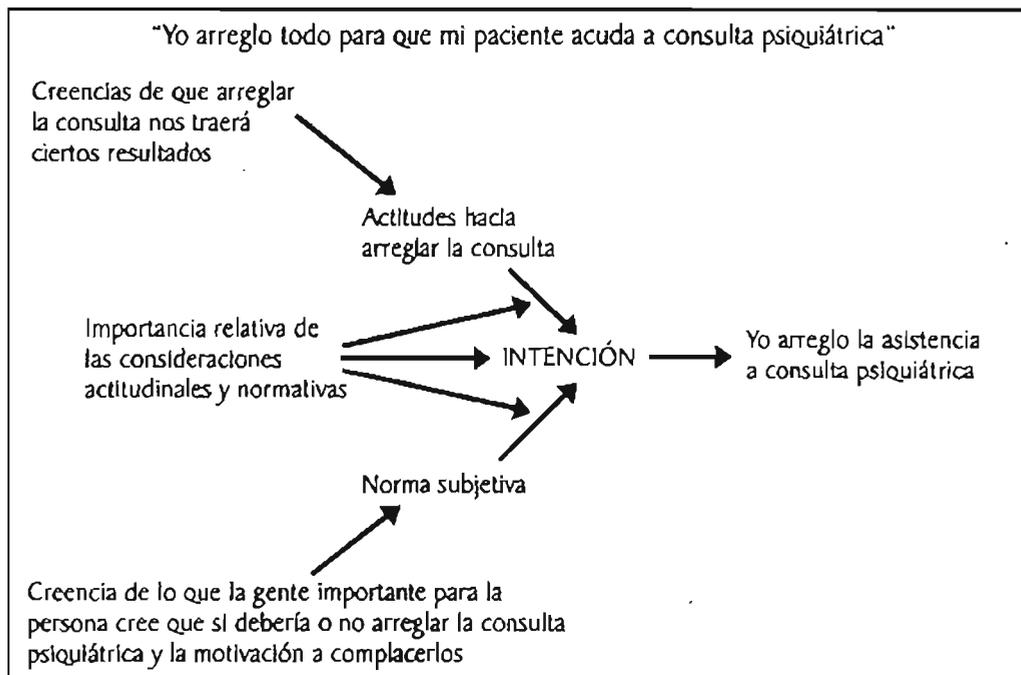
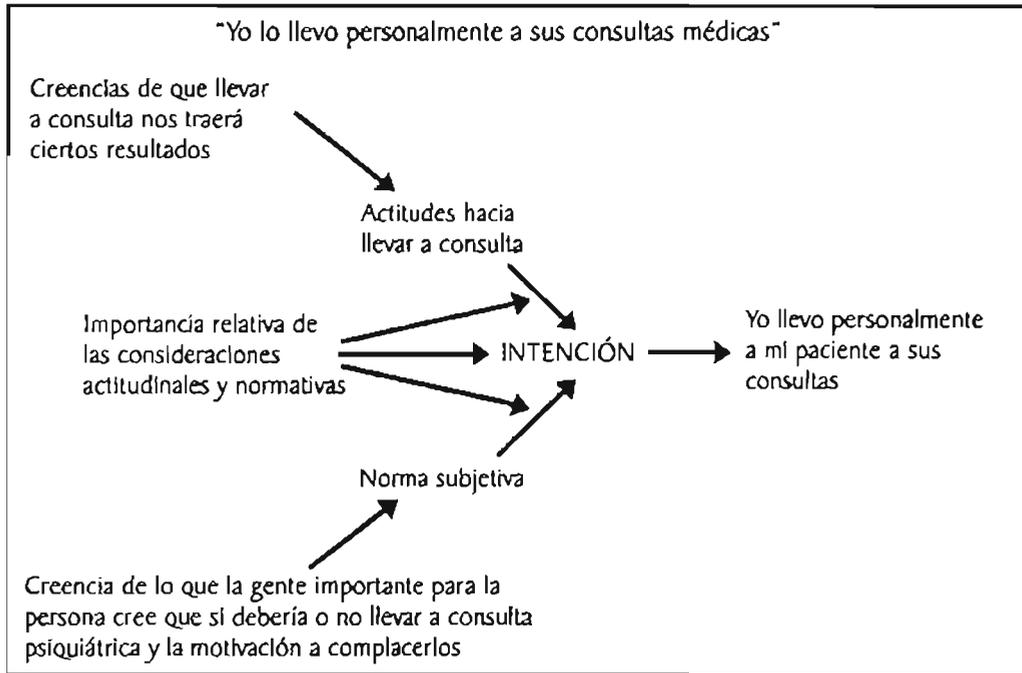
1. Yo arreglo todo para que mi paciente acuda a sus consultas.
2. Yo llevo a mi paciente a consultas medicas.
3. Yo me aseguro que mi paciente tome sus medicamentos.
4. Yo le administro sus medicamentos a mi paciente.
5. Arreglo todo para que mi paciente acuda a psicoterapia
6. Yo llevo a mi paciente a sus sesiones de psicoterapia.

De esta manera, el modelo se representa así para cada una de las conductas:

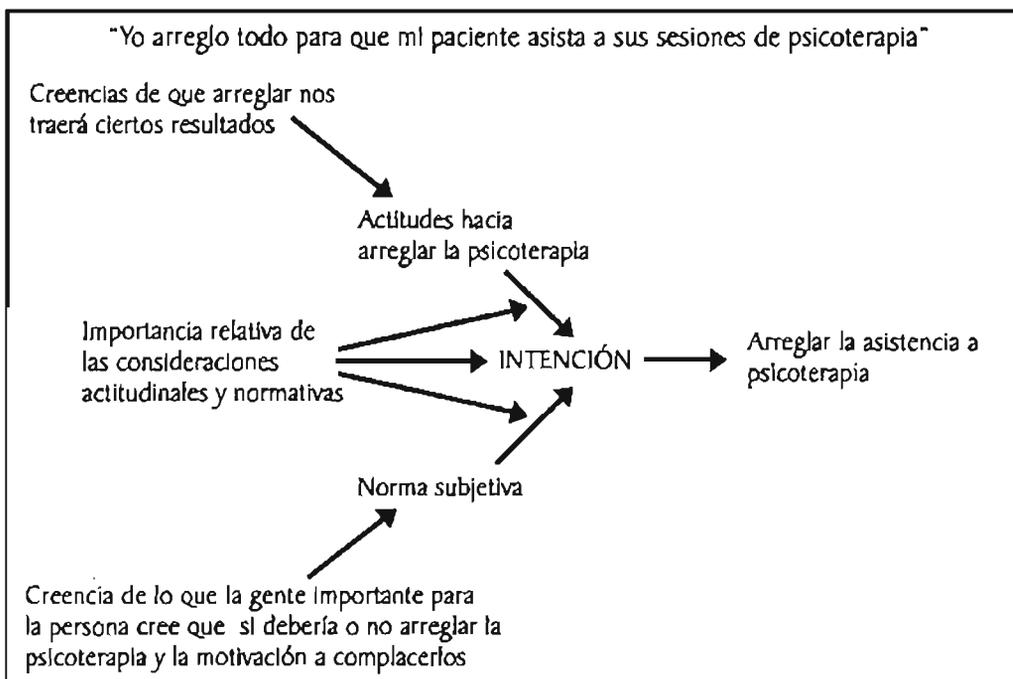
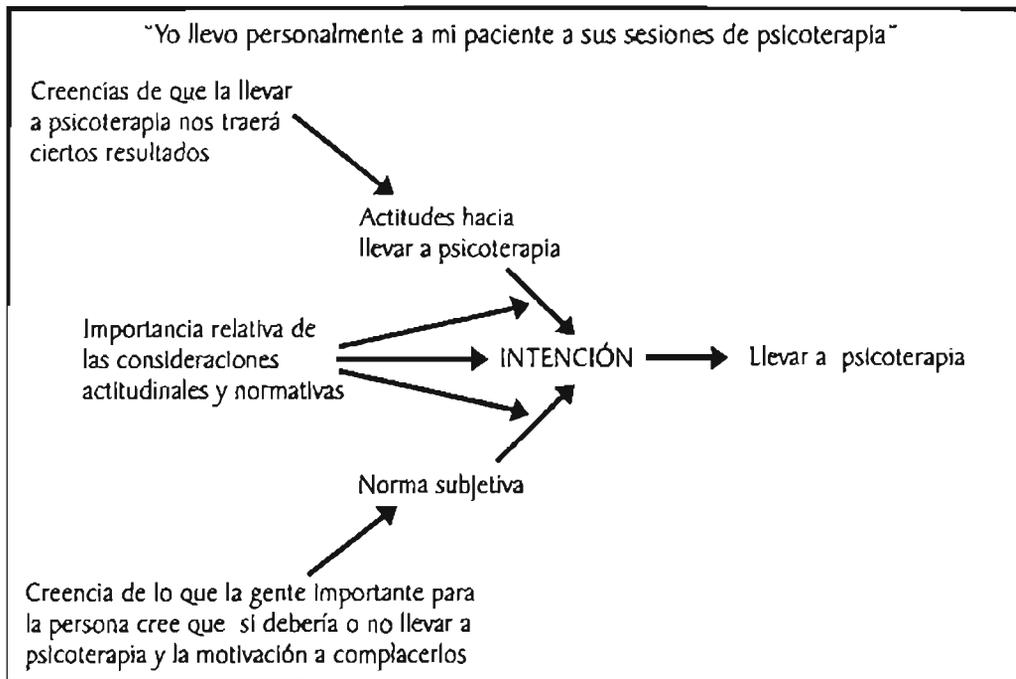
TOMA DE MEDICAMENTOS



ASISTENCIA A CONSULTA PSIQUIÁTRICA



ASISTENCIA A PSICOTERAPIA



Sin embargo, como es posible observar, esta Teoría para predecir el apego al tratamiento, no toma en cuenta otros factores que pueden explicar la conducta, solo los considera Variables externas, como son:

- Características de personalidad
- Variables demográficas (sexo, edad, escolaridad)
- Rol social (esposa, madre)

Este trabajo utilizará la Teoría de Acción Razonada con la intención de poder predecir la conducta de manera adecuada, aunado a esto, se toman en cuenta como influyen los dos últimos factores (Variables demográficas y rol social) en la realización de las conductas que nos interesan (apego a tratamiento, determinada por: asistencia a psicoterapia, toma de medicamentos y asistencia a consulta Psiquiátrica) para así, poder ofrecer una mejor predicción.

MÉTODO

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Conocer la aplicabilidad de la Teoría de Acción Razonada en la predicción del apego al tratamiento de pacientes esquizofrénicos, así como el impacto que tienen el grado de Cercanía y el tiempo de enfermedad en las actitudes, conductas, creencias, intenciones y norma subjetiva de madres y esposas de pacientes esquizofrénicos.

PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN

¿Es posible evaluar el apego al tratamiento en pacientes esquizofrénicos a través de la medición de los elementos de la Teoría de la Acción Razonada?

¿El grado de cercanía con las madres y/o las esposas tiene un impacto en la manera en que funcionan los elementos de la Teoría de Acción Razonada con respecto al Apego al Tratamiento?

¿El tiempo de diagnosticada la enfermedad afecta la forma en la que funcionan los elementos de la Teoría de Acción Razonada con respecto al Apego al Tratamiento?

OBJETIVO

El objetivo de este trabajo es conocer la aplicabilidad de la Teoría de Acción Razonada para la predicción de conductas que definen al apego al tratamiento, así como conocer como afectan otras variables, como son la cercanía con las madres o esposas y el tiempo de enfermedad.

OBJETIVOS PARTICULARES

- a) Desarrollo y validación de un instrumento que evalúe cada uno de los componentes de la Teoría de la Acción Razonada aplicado a familiares de pacientes esquizofrénicos.
- b) Validación de la Teoría de la Acción Razonada en la evaluación del apego al tratamiento en pacientes esquizofrénicos.
- c) Conocer los efectos del grado cercanía con el paciente en los componentes de la Teoría de Acción Razonada con respecto a las conductas que definen el Apego al Tratamiento.
- d) Conocer los efectos del tiempo de diagnosticada la enfermedad en

los componentes de la Teoría de Acción Razonada con respecto a las conductas que definen al Apego al Tratamiento.

JUSTIFICACIÓN

La esquizofrenia es un trastorno mental muy complejo que se caracteriza por afectar diversas áreas del funcionamiento del individuo. Es una enfermedad crónica e inhabilitante que deteriora el rendimiento personal y familiar del paciente, esto es de vital importancia ya que en la mayoría de los casos el paciente requiere del cuidado de sus familiares para lograr un buen apego a su tratamiento (DSM-IV op. cit.).

Para conocer si los familiares de los esquizofrénicos, (en este caso madres y esposas, quienes son las que generalmente cuidan al enfermo) realizan las conductas que definen al apego al tratamiento, se propone a La Teoría de Acción Razonada de Ajzen y Fishbein (op. cit.) la cual, al evaluar creencias, actitudes, presiones sociales, intención y motivación de los individuos, que presumiblemente predecirá la realización de las conductas que representan al Apego a Tratamiento, por parte de madres y esposas. De igual manera es necesario incluir variables que matizan a los elementos de la Teoría de Acción Razonada, como puede ser el tiempo que tenga enfermo el paciente, y

el grado de cercanía que exista entre él y su familiar, ya sea esposa o madre.

HIPÓTESIS

1. Existe una relación significativa y causal entre los factores de la Teoría de Acción Razonada y las conductas del Apego al tratamiento.
2. Existen diferencias estadísticamente significativas entre el Parentesco, el Grado de Cercanía y el tiempo de diagnosticada la enfermedad y las variables de la Teoría de Acción Razonada: creencias, actitudes, norma subjetiva e intención de cada una de las conductas del apego al tratamiento.

VARIABLES

DE CLASIFICACIÓN

- Parentesco
 1. Madre
 2. Esposa
- Tiempo transcurrido desde el diagnóstico.
- Grado de cercanía

PREDICTORAS/ INDEPENDIENTES

- Parentesco
- Tiempo transcurrido desde el diagnóstico
- Intención conductual
- Actitud
- Creencia
- Norma subjetiva
- Motivación a complacer

CRITERIO/DEPENDIENTE

- Apego a tratamiento con 6 tipos de conductas:
 1. Administrar personalmente sus medicamentos a mi paciente
 2. Asegurarse que el paciente se tome su medicamento
 3. Llevar personalmente al paciente a sus consultas médicas
- 4. Arreglar todo para que el paciente acuda a sus consultas médicas
- 5. Llevar personalmente al paciente a sus sesiones de psicoterapia
- 6. Arreglar todo para que el paciente acuda a sus sesiones de psicoterapia.

DEFINICIÓN CONCEPTUAL

- Parentesco: deudo de una persona, el que forma parte de su familia, cada uno de los ascendiente, descendiente o colateral de la misma familia con consanguinidad o afinidad (Océano Uno 1993)
- Tiempo transcurrido desde el diagnóstico: Periodo transcurrido desde que se cumplieron los criterios diagnósticos de un padecimiento (Larousse 1989)
- Edad: Tiempo trascurrido desde el nacimiento (Larousse op. cit.)
- Intención conductual: es la probabilidad de que una persona realice una conducta dada (Fishbein op. cit.).
- Actitud: comprende sentimientos afectivos del individuo, ya sean positivos o negativos, con respecto a un objeto psicológico (Fishbein op. cit.).
- Creencia: Actitudes subyacentes y norma subjetiva acerca de la obtención de resultados exitosos (Fishbein op. cit.).
- Norma subjetiva: percepción del sujeto acerca de lo que la mayoría de la gente importante para él piensa que se debe o no hacer en una conducta en cuestión (Fishbein op. cit.).
- Motivación a complacer:

Predisposición del un individuo a actuar consistentemente con las expectativas de otros (Fishbein op. cit.).

- Cercanía: Dos entidades interconectadas, confundidas e incluidas mutuamente (Aron 1992)
- Apego al tratamiento: Seguimiento de un conjunto de prescripciones diagnosticas y terapéuticas que comprenden el tratamiento, como son en el caso de pacientes esquizofrénicos la toma de medicamentos, asistencia a consultas psiquiátricas así como, a psicoterapia (Buena y Caballo op. cit.).

DEFINICIÓN OPERACIONAL

De las variables de clasificación, estará dada por las respuestas que los sujetos proporcionen a la sección de datos sociodemográficos.

De las variables independientes estará en función del puntaje que los sujetos obtengan en el instrumento diseñado para este estudio con base en la Teoría de la Acción Razonada (Fishbein y Ajzen, op. cit.).

De la variable independiente Cercanía estará en función del puntaje que obtengan los sujetos en la Escala

Inclusión del Otro en el Yo (Aron 1992)

De las variables dependientes, estará en función de las respuestas que los sujetos brinden ante la evaluación de cada conducta emitida.

INSTRUMENTO

A) ESTUDIO EXPLORATORIO INICIAL

Como primera fase del estudio y con el fin de conocer cuales son las creencias relativas a los pacientes esquizofrénicos, se aplico a 50 mujeres (todas ellas madres y/o esposas de varones esquizofrénicos), la técnica de Redes Semánticas Naturales, el estímulo presentado fue "El paciente esquizofrénico es'..." de la cual se obtuvieron una serie de definidoras, con las cuales se conformaron los reactivos de la parte de Creencias sobre los esquizofrénicos.

Los resultados obtenidos del Estudio exploratorio inicial se presentan en el anexo I. No obstante aquí se presentan algunos ejemplos de los reactivos.

¹ Los estímulos obtenidos de la aplicación de redes semánticas se muestran en el Anexo 1.

B) DISEÑO Y VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO PARA MEDIR APEGO A TRATAMIENTO A TRAVÉS DE LA TEORÍA DE ACCIÓN RAZONADA²

Con el propósito de evaluar a la Teoría de Acción Razonada tal y como lo propone Fishbein (op. cit.) se construyeron reactivos dependiendo del componente de la Teoría que median:

I. La sección que evalúa Conducta se midió a través de reactivos tipo Likert con 5 opciones de respuestas que iba desde Siempre (5) hasta Nunca (1)

Por ejemplo:

“Yo me aseguro que mi paciente asista a sus sesiones de psicoterapia”

Siempre	La mayoría de las veces	
Algunas veces	Casi nunca	Nunca

II. Para evaluar la Intención hacia realizar la conducta se usaron reactivos de Diferencial Semántico de Osgood (1975) que cuyos adjetivos bipolares eran Muy Probable (5) hasta Nada probable (1).

Por ejemplo:

“Que tan probable es que usted... de a tomar el medicamento a su paciente cuando esto sea necesario?”

Muy probable _____ Nada Probable

III. Asimismo las Actitudes se evaluaron a través de la técnica de Diferencial Semántico de Osgood (1975) con diversos adjetivos bipolares para evaluar a las conductas:

Por ejemplo:

El que yo lleve a mi paciente a sus consultas médicas es:

Agradable _____ Desagradable
Caro _____ Barato
Inteligente _____ Tonto

IV. La Norma Subjetiva se evaluó con reactivos con la siguiente estructura “Para (El sujeto determina la persona que es importante, en este caso las opciones fueron: Pareja, Amigos, Familia y Otros) es importante que yo realice (la conducta específica que, como previamente son las siguientes: Llevar personalmente a mi paciente a consulta, arreglar que mi paciente asista a consulta, dar personalmente los medicamentos, arreglar que se tome los medicamentos, llevar al paciente a psicoterapia y arreglar que el paciente acuda a psicoterapia)”, (Fishbein, op. cit.) que contestaban de manera dicotómica.

Por ejemplo:

“Para mi familia es importante que yo me haga responsable de que mi paciente

² Los resultados y la discusión correspondientes a esta sección se presentan en el Anexo 2.

tome sus medicamentos"

Cierto Falso

- V. Para evaluar las Creencias, como ya se mencionó, se realizaron reactivos con creencias tanto positivas como negativas cuya forma de respuesta era dicotómica

Por ejemplo:

"El paciente esquizofrénico es peligroso"

Cierto Falso

- VI. Para la sección de Cercanía, se utilizó la Escala de Inclusión del Otro en el Yo de (Aron, 1992) que a través de círculos traslapados evalúa grados de Cercanía. (Ver Anexo 3)

El instrumento quedó compuesto por 73 Reactivos (Anexo 4), se aplicó a 50 sujetos, una vez aplicado el instrumento fue sometido a Análisis de frecuencias con el fin de conocer la capacidad de discriminación de cada reactivo. Finalmente la prueba quedó conformada por 67 reactivos tal y como se muestra en el Anexo 5.

Los resultados obtenidos de este instrumento, sus características psicométricas y la discusión de los resultados se presentan en el Anexo 2.

MUESTRA

MUESTRA DEL PILOTEO

La muestra de esta fase de piloteo fue Intencional por cuota, y quedó comprendida por 50 mujeres, de las cuales 34 eran madres y 16 eran esposas de pacientes esquizofrénicos, las edades iban de los 22 hasta los 79 años, con una media de 53.3 años, y cuyo pariente tenía desde 5 meses hasta 20 años de diagnosticado el padecimiento.

MUESTRA FINAL

La muestra quedó comprendida por 300 madres y esposas de varones diagnosticados con esquizofrenia que vivían con ellos y que eran responsables de su cuidado. De las cuales, 161 (53.6%) eran madres y 139 (46.4%) esposas de pacientes esquizofrénicos.

El rango de edad de la muestra iba desde los 18 hasta los 93 años, cuya media de edad fue de 49.4 años, el tiempo de diagnosticado el padecimiento iba desde 1 mes hasta 20 años con una media de 8.2 años.

TIPO DE ESTUDIO

El tipo de estudio realizado fue de Campo confirmatorio transversal.

PROCEDIMIENTO DEL ESTUDIO CONFIRMATORIO

Para la aplicación del instrumento en la sección de consulta externa del hospital psiquiátrico "Fray Bernardino Álvarez" se pidió autorización a las instancias correspondientes, la cual, fue otorgada en junio de 2003, empezando con las aplicaciones el 23 de junio del mismo año, la aplicación del instrumento se realizó a madres y esposas que fueran responsables de su cuidado de los paciente y que vivieran con ellos. La aplicación de los instrumentos fue de manera voluntaria y se les proporcionaba la siguiente información: "El siguiente cuestionario forma parte de una investigación realizada por la Facultad de Psicología de la UNAM, con el propósito de conocer a los pacientes esquizofrénicos y a sus familiares, la información que nos brinde es confidencial y será tratada estadísticamente. Gracias".

PROCEDIMIENTO ESTADÍSTICO

Para la construcción del instrumento:

- Se evaluaron las creencias que se tienen acerca de los pacientes esquizofrénicos a través de la técnica

de Redes Semánticas naturales.

Para la validación del instrumento que evalúa cada uno de los componentes de la Teoría de Acción Razonada se realizaron:

- Análisis de discriminación de reactivos
- Análisis factorial de componentes principales con rotación ortogonal (Varimax)
- Análisis de confiabilidad Alpha de Cronbach

Para la validación de la Teoría de Acción Razonada en la predicción de las conductas del apego al tratamiento en pacientes esquizofrénicos se realizaron:

- Análisis de regresión múltiple

Para la evaluación del efecto diferencial del grado de cercanía sobre cada uno de los componentes de la Teoría de Acción Razonada con respecto al apego al tratamiento³:

- Análisis de varianza

Para la evaluación del impacto del tiempo de diagnosticada la enfermedad en los componentes de la Teoría de Acción Razonada con respecto al apego al tratamiento⁴:

- Análisis de varianza

³ Para evaluar a la variable Cercanía se hicieron recodificaciones con el fin de agrupar a los sujetos en 2 grupos (lejanos y cercanos) con un tamaño de muestra similar, para poder realizar análisis de varianza adecuados.

⁴ Para poder evaluar dicha variable, se formaron 5 grupos con un número similar de sujetos quedando en diferentes grupos los sujetos quienes tenían de 0 a 2 años de diagnosticada la enfermedad, en otro grupo los que tienen de 2 a 4 años, en otro los de 4 a 5 años, en un grupo diferente a los sujetos con 5 a 15 años y en un grupo mas a los sujetos con 15 a 20 años de enfermedad

RESULTADOS

B) VALIDACIÓN DEL MODELO DE TEORÍA DE ACCIÓN RAZONADA PARA EL APEGO AL TRATAMIENTO

Ya validados y confiabilizados los instrumentos se procedió a la Validación de la Teoría de Acción Razonada (Fishbein op. cit.) aplicada al Apego al Tratamiento por separado para madres y esposas para cada una de las conductas evaluadas por auto-reporte:

1. Yo le administro personalmente sus medicamentos a mi paciente
2. Yo me aseguro mi paciente tome sus medicamentos
3. Yo llevo personalmente a mi paciente a sus consultas médicas
4. Yo arreglo todo para que mi paciente acuda a sus consultas médicas
5. Yo llevo personalmente a mi paciente a sus sesiones de psicoterapia
6. Yo arreglo todo para que mi paciente acuda a sus sesiones de psicoterapia

Cada una de las cuales esta determinada por La Teoría de la Acción Razonada (Fishbein op. cit.) la cual propone que cada una de estas conductas puede ser predicha a través de los siguientes elementos:

- Creencias de que la conducta nos traerá ciertos resultados
- Actitudes hacia la conducta determinada
- Creencia de lo que la gente importante para la persona cree que si debería o no efectuar dicha conducta y motivación a complacerlos
- Norma subjetiva
- Intención hacia la conducta

Se realizaron análisis de regresión múltiple para cada una de las conductas del apego al tratamiento, tomándolas como variables dependientes, mientras que los elementos de la Teoría de Acción Razonada fueron tomados como variables de clasificación, los resultados obtenidos se presentan por separado para madres y esposas:

1. Yo le administro personalmente sus medicamentos a mi paciente

Los hallazgos obtenidos se muestran en la figura 1 para las madres de pacientes esquizofrénicos y en la figura 2 para las esposas de pacientes esquizofrénicos. Fig. 1

Fig. 1

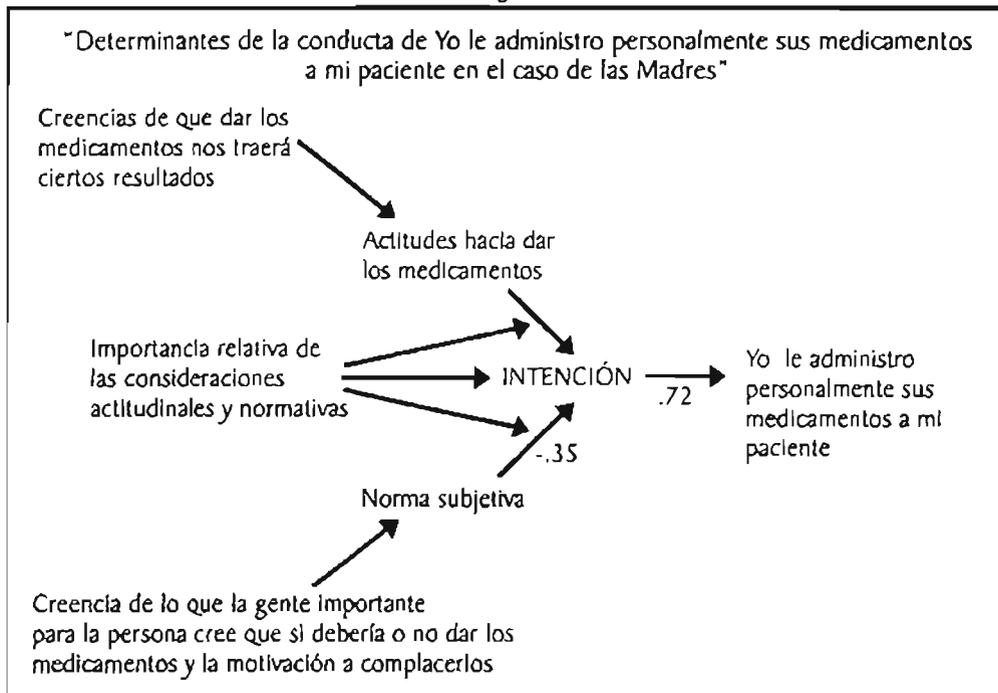
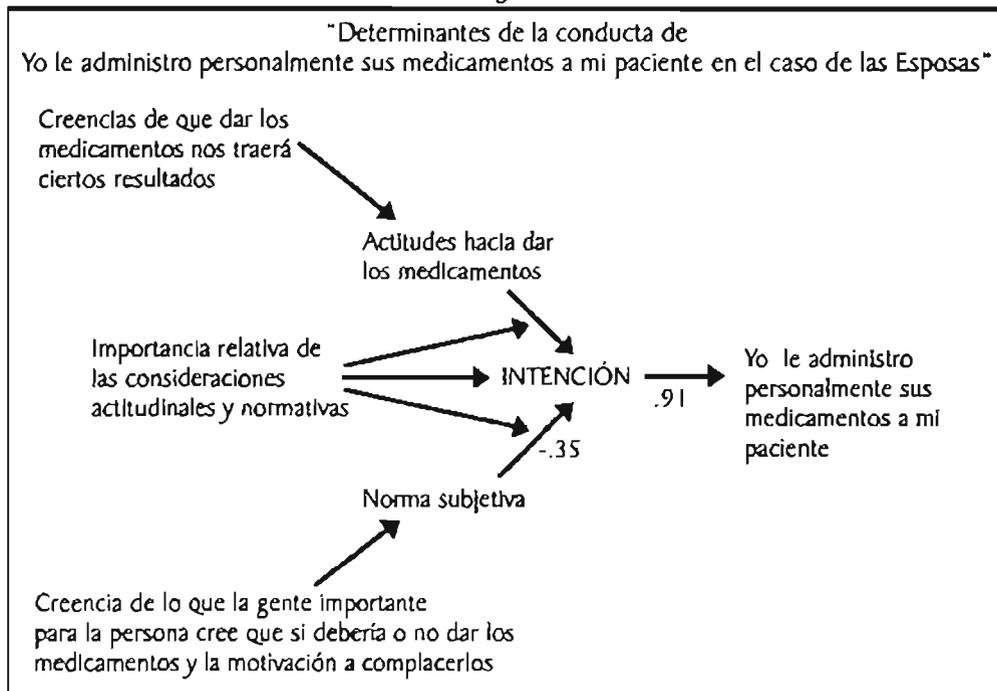


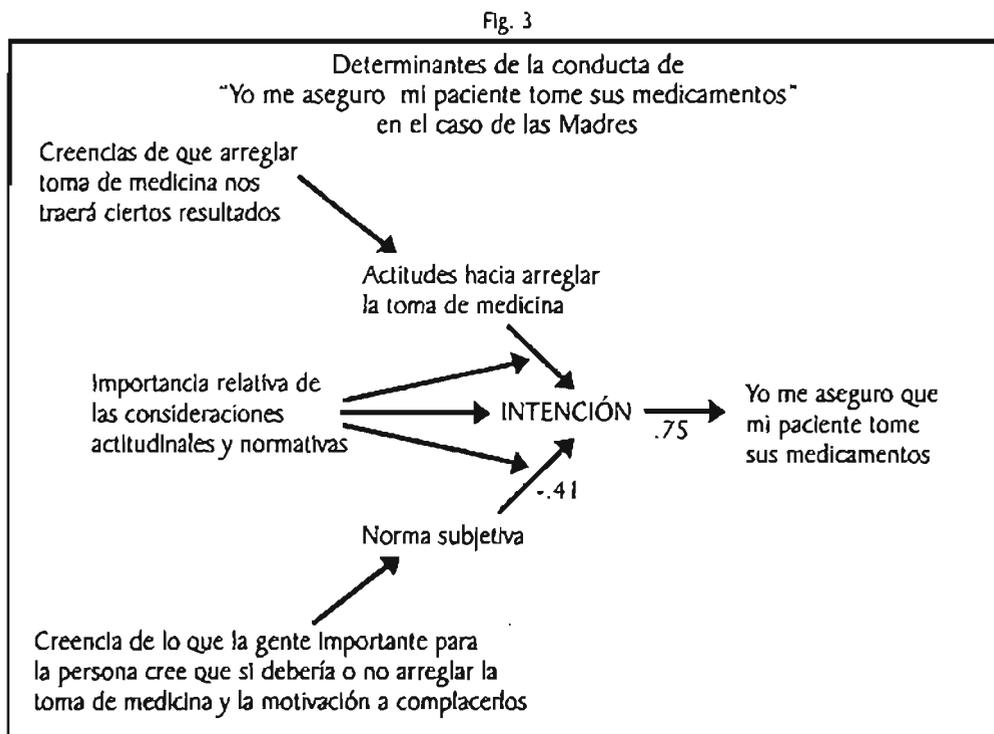
Fig. 2



Para que madres y esposas le administren personalmente sus medicamentos a su paciente, es porque hay la Intención de realizar la conducta, así como, la norma subjetiva, que indica que para que se den personalmente los medicamentos no es importante tomar en cuenta a los otros importantes para la persona (a saber esposos, amigos y familiares).

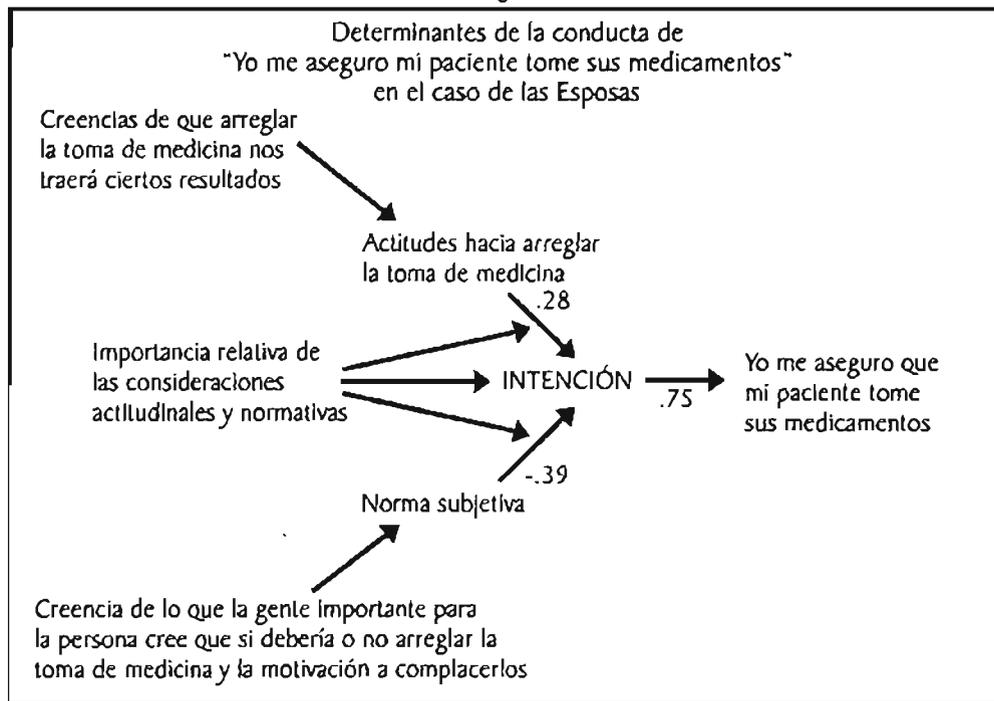
2. Yo me aseguro que mi paciente tome sus medicamentos

Los predictores obtenidos se muestran en la Figura 3 para las madres y en la Figura 4 para las esposas.



En el caso de las Madres de Pacientes esquizofrénicos los predictores son la Intención de arreglar que el paciente se tome sus medicamentos, así como la Norma Subjetiva.

Fig. 4



Para las esposas de los esquizofrénicos se encuentran tres determinantes principales: la Intención de arreglar que el paciente tome sus medicamentos, la norma subjetiva, que indica que no es importante lo que opinen otros acerca de la conducta, así como, las Actitudes hacia "Yo me aseguro mi paciente tome sus medicamentos"

3. Yo llevo personalmente a mi paciente a sus consultas médicas

En el caso de las madres los resultados obtenidos se muestran en la Fig. 5 mientras que en la Fig. 6 se muestran los de las esposas de pacientes esquizofrénicos:

Fig. 5

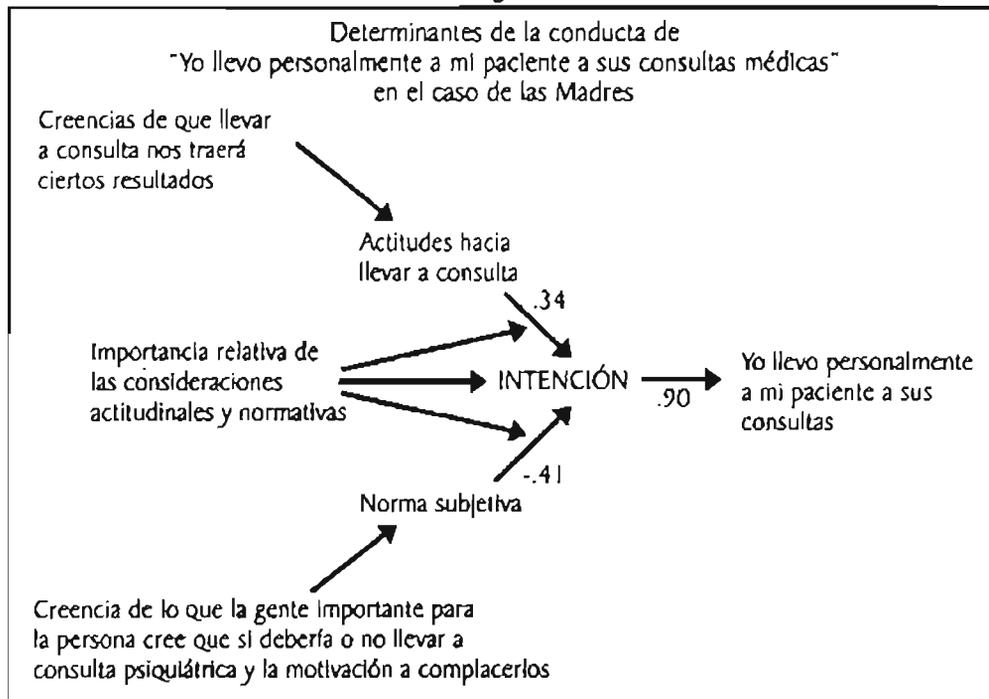
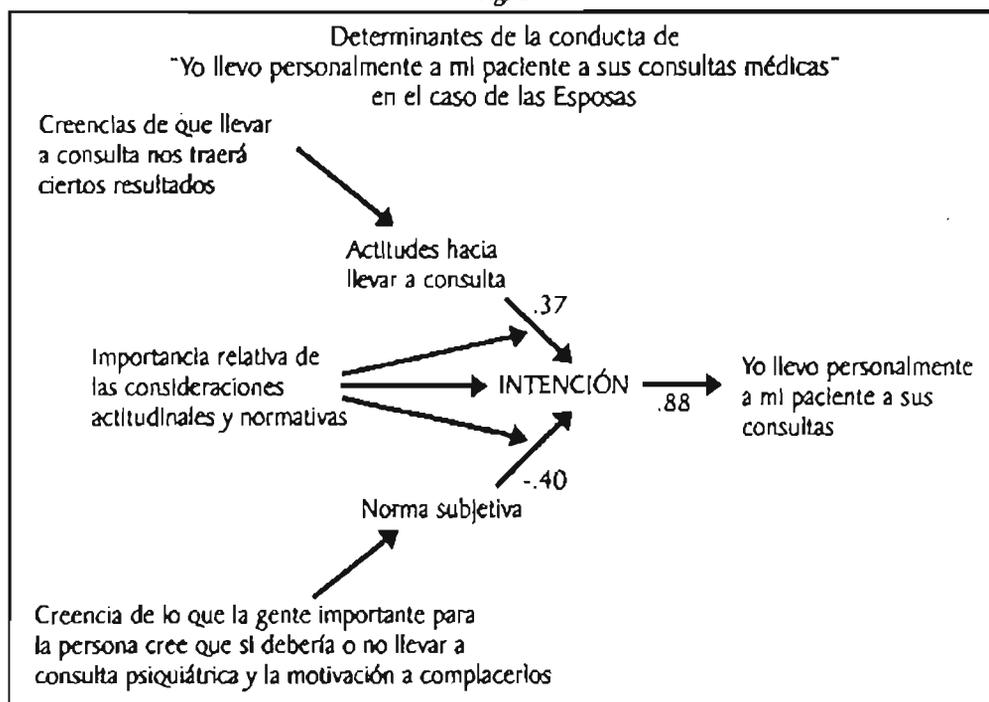


Fig. 6



Respecto a llevar personalmente a consulta psiquiátrica se observa que tanto para las esposas de los pacientes como para las madres de los pacientes es necesario tener la Intención, así como, percibir que a los demás no les importa que ellas sean las responsables de llevar al paciente (Norma Subjetiva) aunado a las actitudes hacia la consulta psiquiátrica.

4. Yo arreglo todo para que mi paciente asista a consulta psiquiátrica

Para poder predecir si las esposas y las madres de pacientes esquizofrénicos se harán responsables de arreglar la asistencia del paciente a consulta psiquiátrica es necesario conocer si existe la Intención de arreglar la consulta, así como si tienen actitudes favorables hacia arreglar la consulta, además si perciben que a los demás (esposos, familiares y amigos) no les importa que ellas se hagan responsables de arreglar la consulta, esto es la Norma Subjetiva (Ver figuras 7 y 8).

Fig. 7

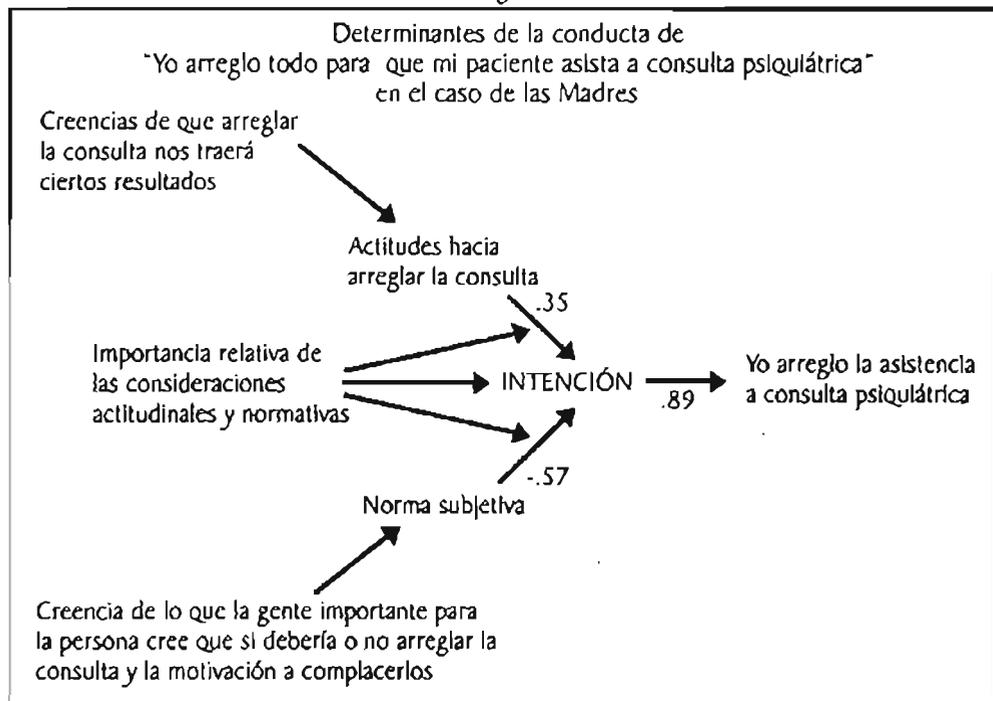
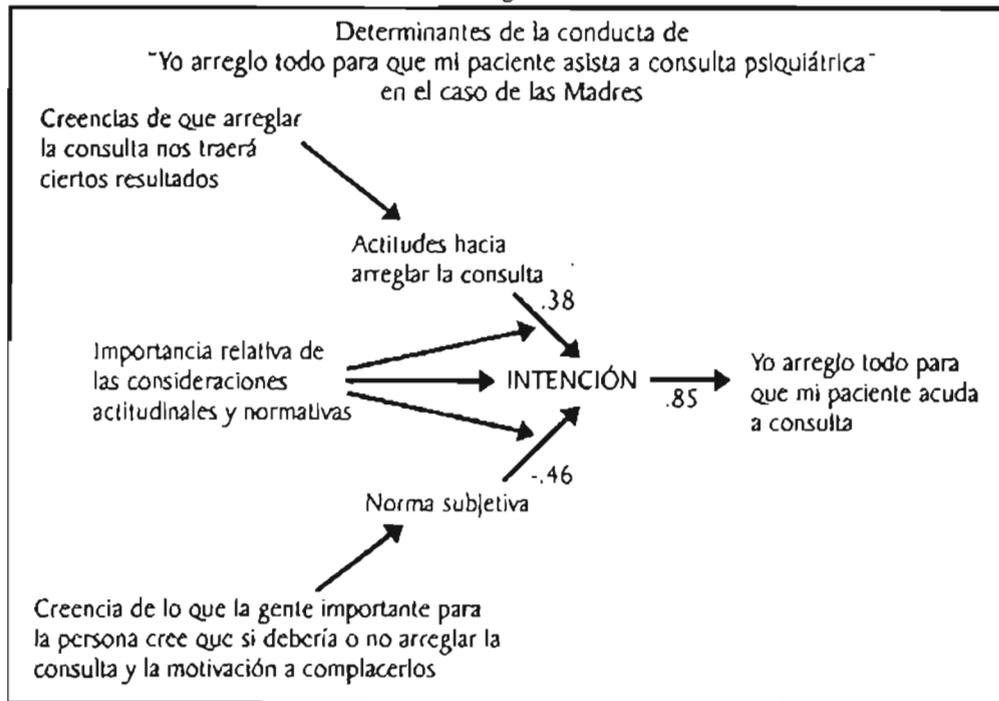


Fig. 8



5. Yo llevo personalmente a mi paciente a sus sesiones de psicoterapia

Para esta conducta los hallazgos obtenidos se ilustran en la Fig. 9 para madres y en la Fig.10 para esposas.

Fig. 9

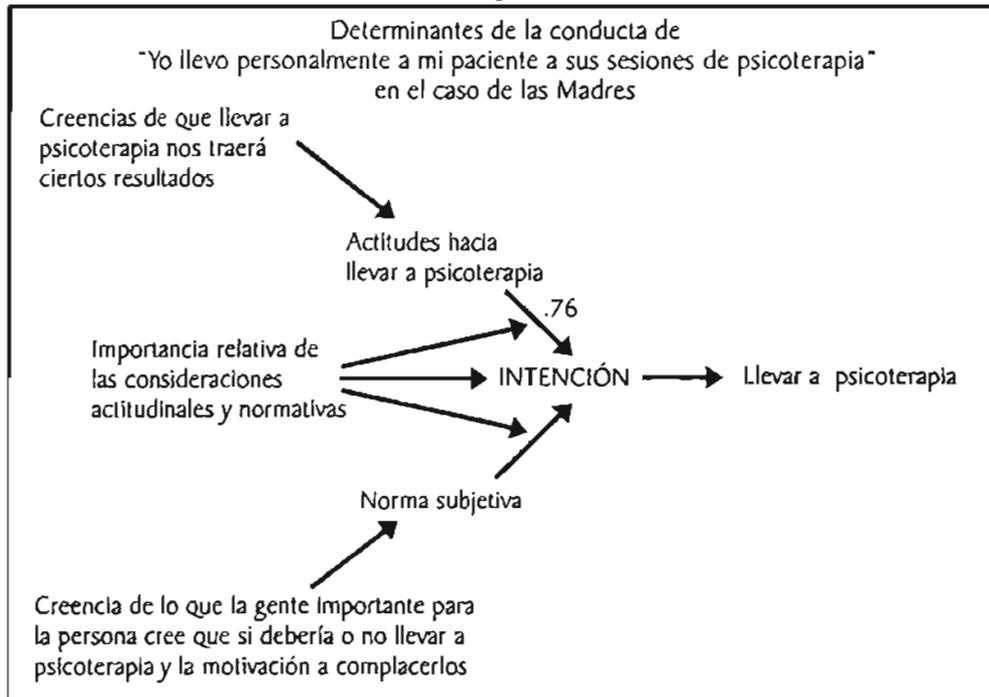
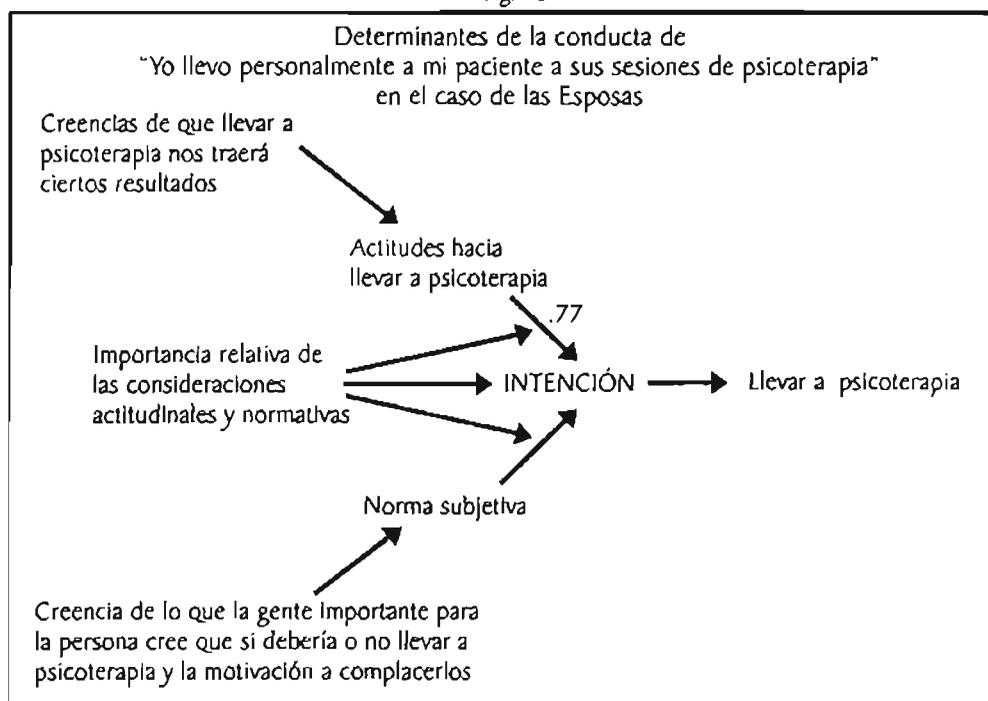


Fig. 10



Tanto para las madres como para las esposas de pacientes esquizofrénicos quienes influyen son las Actitudes hacia "Llevar personalmente a psicoterapia".

6. Yo arreglo todo para que mi paciente asista a sus sesiones de psicoterapia

De igual manera para la conducta "Yo arreglo todo para que mi paciente asista a psicoterapia" los hallazgos se ilustran en la Fig. 11 para madres y en la Fig. 12 para las esposas de pacientes esquizofrénicos.

Fig. 11

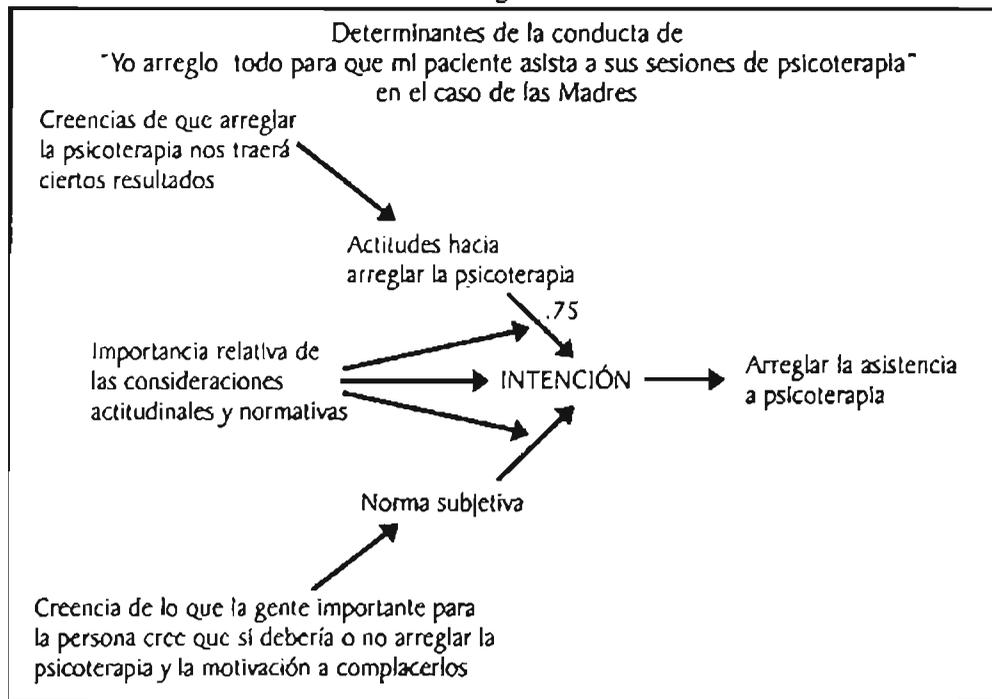
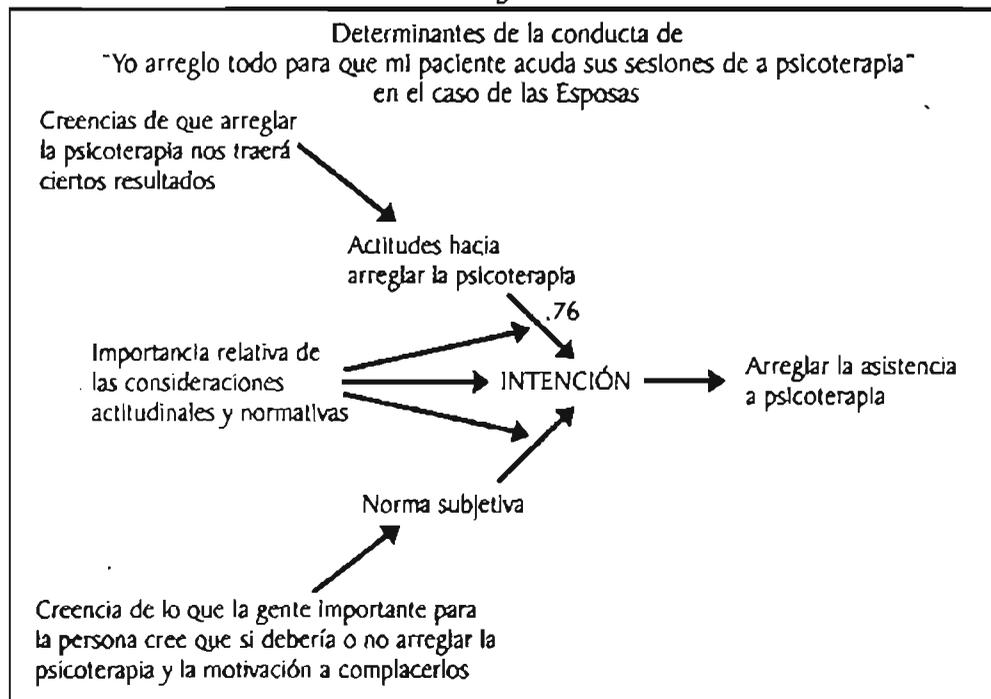


Fig. 12



Para la conducta "Arreglo todo para que mi paciente asista a psicoterapia" es posible observar que el predictor tanto para madres como para esposas es la variable Actitudes.

Haciendo un resumen y una comparación de los puntajes obtenidos para madres y esposas encontramos a los determinantes de cada una de las conductas, así como los puntajes y significancias para madres y para esposas:

CONDUCTA	MADRES			ESPOSAS		
	Determinante	Beta	Sig.	Determinante	Beta	Sig.
Dar personalmente el medicamento	Intención	.72	.000	Intención	.91	.000
	Norma subjetiva	-.35	.011	Norma Subjetiva	-.35	.001
Arreglar que el paciente se tome el medicamento	Intención	.75	.000	Intención	.75	.000
	Norma subjetiva	-.41	.009	Norma subjetiva	-.39	.000
				Actitud		.040
Llevar a consulta psiquiátrica	Intención	.90	.000	Intención	.88	.000
	Norma subjetiva	.34	.030	Norma subjetiva	.37	.000
	Actitud	-.41	.009	Actitud	-.40	.000
Arreglar la consulta psiquiátrica	Intención	.89	.000	Intención	.85	.000
	Norma subjetiva	.35	.026	Norma subjetiva	.38	.000
	Actitud	-.57	.000	Actitud	-.43	.000
Llevar a Psicoterapia	Actitud	.76	.000	Actitud	.77	.009
Arreglar la asistencia del paciente a psicoterapia	Actitud	.75	.000	Actitud	.76	.012

A través de la revisión de esta tabla es posible observar que los determinantes de la mayoría de las conductas, son los mismos para madres y para las esposas de pacientes esquizofrénicos, sin embargo aunque los coeficientes que se obtuvieron para ambos grupos varían, es posible resumir los siguientes hallazgos:

- Tanto para madres como para esposas Dar personalmente el medicamentos esta determinado por la Intención y la Norma Subjetiva.
- El Llevar personalmente a consulta psiquiátrica en ambos casos esta determinado por la Intención, la Norma Subjetiva y La Actitud hacia la Consulta psiquiátrica.
- Por lo que respecta a Arreglar la consulta psiquiátrica también intervienen La Intención, la Norma subjetiva y la Actitud hacia la consulta psiquiátrica.
- En el caso de la psicoterapia, tanto Llevar al paciente personalmente, como Arreglar la asistencia del paciente está determinado por la actitud que tienen tanto madres como esposas hacia la Psicoterapia.

En el caso de la Conducta "Arreglar que el paciente se tome su medicamento" se encontraron los siguientes resultados para cada uno de los grupos:

En las madres, la conducta está determinada por la Intención y por la Norma Subjetiva, mientras que para las esposas aparte de la Intención y la Norma Subjetiva la conducta está determinada por la Actitud que tienen hacia dicha conducta.

Estos son los resultados que arrojó el análisis de Regresión múltiple que se realizó para probar las diferencias en el modelo de Acción Razonada, sin embargo, con el fin de conocer como es que se están comportando madres y esposas de pacientes esquizofrénicos es necesario explorar otro tipo de variables, en este caso se midió a la Cercanía y los resultados que se obtuvieron en ambos grupos se muestran en el siguiente apartado.

C) EFECTO DIFERENCIAL DEL GRADO DE CERCANÍA CON EL PACIENTE SOBRE CADA UNO DE LOS COMPONENTES DE LA TEORÍA DE ACCIÓN RAZONADA CON RESPECTO AL APEGO AL TRATAMIENTO.

Con el propósito de conocer los efectos que tiene la variable Cercanía⁵ en los dos grupos (madres y esposas que se perciben Lejanas y Cercanas) con respecto a las conductas, Intenciones, actitudes, creencias y norma subjetiva de la Teoría de Acción Razonada⁶, se han evaluado estas variables a través de análisis de varianza, lo cual proporcionó los siguientes resultados:

En cuanto a las diferencias por Parentesco resultaron:

Respecto a las Conductas se obtuvo:

- Utilizando a la Conducta "Yo me aseguro que mi paciente tome su medicamento" como variable dependiente y al parentesco como variable de clasificación es posible observar que las madres muestran una media más alta, lo que significa que dicha conducta es realizada con mayor frecuencia por las madres. Tabla D.1

Tabla D.1

Parente	Yo me aseguro que mi paciente tome su medicamento
Medias	
Madres	4.45
Esposas	3.82
F=(1/272);16.123;p=.000	

- Para la conducta "Yo llevo a mi paciente a consultas médicas" se observa que el grupo de Madres de pacientes esquizofrénicos tienen una media mas alta lo que representa que realizan con mayor frecuencia dicha conducta (Tabla D.2)

Tabla D.2

Parente	Yo llevo a mi paciente consultas médicas
Medias	
Madres	4.63
Esposas	4.15
F=(1/272);13.52;p=.000	

⁵ Para evaluar a la variable Cercanía se hicieron recodificaciones con el fin de agrupar a los sujetos en 2 (lejanos y cercanos) grupos con un tamaño de muestra similar, para poder realizar análisis de varianza adecuados.

Por su parte, para la conducta "Yo le administro su medicamento a mi paciente" es posible observar que, al igual que las otras conductas, las madres presentan una media mas alta, lo cual representa una mayor frecuencia al realizar dicha conducta (Tabla D.3):

Tabla D.3

Pariente	Yo le administro sus medicamento a mi paciente
Medias	
Madres	4.39
Esposas	3.77
F=(1/292);14.906;p=.000	

Por lo que respecta a la conducta "Yo arreglo todo para que mi paciente acuda a sus consultas médicas", (Variable dependiente) y tomando al parentesco como variable de clasificación, se encuentran una media mas alta para las madres de pacientes esquizofrénicos que para las esposas, tal y como lo muestra la tabla D.4:

Tabla D.4

Pariente	Yo arreglo todo para que mi paciente acuda a consultas médicas
Medias	
Madres	4.72
Esposas	4.14
F=(1/292);21.142;p=.000	

Por su parte en la sección de Intención, los resultados son los siguientes:

Utilizando a la "Intención hacia dar a tomar el medicamento" como variable dependiente y al parentesco como de clasificación, el grupo de Madres obtuvo una media de 4.40 mientras que las Esposas mostraron una media de 3.78, lo cual significa que el primer grupo presenta una mayor probabilidad de realizar la conducta dada.(Tabla D.5)

Tabla D.5

Pariente	Intención hacia dar a tomar el medicamento
Medias	
Madres	4.40
Esposas	3.78
F=(1/292);13.803;p=.000	

En lo que corresponde a las Actitudes las medias encontradas son las siguientes:

Para la "Actitud hacia llevar a consulta" se encontraron diferencias significativas al tomar al Factor "Evaluación de llevar a consulta" como variable dependiente y como variable de clasificación al parentesco, se encontró que las madres tienen una media más alta, considerando a dicha conducta como más inteligente, buena, benéfica, útil y necesaria que las esposas de pacientes esquizofrénicos (Tabla D.6)

Tabla D.6

Parente	Evaluación de Llevar a consulta
Medias	
Madres	3.17
Esposas	2.82
F=(1/39);4.965;p=.012	

Para la Norma Subjetiva, los resultados se ilustran a continuación:

A través del análisis de varianza de la "Norma Subjetiva hacia llevar a consulta" como variable dependiente y del parentesco como de clasificación resulta que las madres perciben que el

que ellas realicen dicha conducta no es importante para otros, lo cual se observa en la siguiente tabla, donde presentan una media más alta que el otro grupo:

Tabla D.7

Parente	Norma subjetiva hacia llevar a consulta
Medias	
Madres	1.39
Esposas	1.30
F=(1/39);6.019;p=.019	

Por su parte, para la "Norma subjetiva hacia dar a tomar el medicamento" es posible observar que las madres presentan una media mayor que las esposas, considerada como una percepción de que a los demás no les importa el que ellas realicen la conducta.(Tabla D.8)

Tabla D.8

Parente	Norma subjetiva hacia dar a tomar el medicamento
Medias	
Madres	1.33
Esposas	1.21
F=(1/66);7.883;p=.007	

De igual manera, para la "Norma Subjetiva hacia la Psicoterapia" es posible observar que las madres presentan medias mas altas, lo cual se interpreta como que para ellas existe una percepción menor de presión por parte de otros hacia realizar la conducta. (Tabla D.9):

Tabla D.9

Pariente	Norma subjetiva hacia la psicoterapia
Medias	
Madres	2.13
Esposas	1.37
F=(1/39); 6.137;p=.018	

Con respecto al impacto de la Cercanía se obtuvieron los siguientes resultados:

Para las Intenciones, los hallazgos obtenidos son:

· Cuando existe cercanía los sujetos tienen una mayor intención de Arreglar la Consulta Médica, en comparación a cuando se perciben lejanos del paciente, tal y como lo muestran las medias de la Tabla D.10

Tabla D.10

Cercanía	Intención hacia arreglar la asistencia a consulta
Medias	
Lejanos	2.43
Cercanos	4.46
F=(1/66); 22.150;p=.000	

En el caso de las Actitudes:

· Tomando a la "Actitud hacia Dar el medicamento" como variable dependiente y al nivel de cercanía como variable de clasificación, existen diferencias en los dos factores que comprenden a dicha actitud. Para el factor "Evaluación del beneficio de dar medicamentos" se presentan medias mas altas para los sujetos que presentan un mayor nivel de cercanía, lo cual supone que, mientras mas cercanos sean los sujetos, el dar el medicamento se percibe como mas inteligente, bueno, benéfico útil y necesario.(Tabla D.11), mientras que, para el factor "Comodidad de dar los medicamentos" la media mayor la presentan los sujetos mas Cercanos, percibiendo a la conducta agradable, entretenida, cómoda, recompensante y fácil.(Tabla D.12)

Tabla D.11

Cercanía	Actitud Evaluación del Beneficio de dar medicamentos
Medias	
Lejanos	3.41
Cercanos	4.75
F=(1/39);12.249;p=.001	

Tabla D.12

Cercanía	Actitud Comodidad de dar medicamentos
Medias	
Lejanos	2.99
Cercanos	3.73
F=(1/272);6.170;p=.014	

En el análisis de la variable dependiente "Actitud Evaluación de llevar a consulta" tomando como variable de clasificación al nivel de cercanía, es posible ver que los sujetos Cercanos presentan una media mayor, siendo para ellos mas Barato, cómodo, ligero, descansado, entretenido, recompensante y fácil realizar dicha conducta. Las medias obtenidas para este análisis se presentan en la tabla D.13

Tabla D.13

Cercanía	Actitud Evaluación llevar consulta
Medias	
Lejanos	1.45
Cercanos	3.25
F=(1/39);9.033;p=.005	

Para la Actitud "Resultados de llevar a consulta" se presenta una media mas alta para el grupo Cercanos que para el grupo Lejanos, siendo evaluada dicha conducta como Inteligente, buena, benéfica, útil, necesaria (Tabla D.14):

Tabla D.14

Cercanía	Actitud Resultados de llevar consulta
Medias	
Lejanos	3.88
Cercanos	4.91
F=(1/30);69.425;p=.000	

Por lo que corresponde a la Actitud "Comodidad de Asistencia a Consulta" cuando se es Cercano, se tiene una media de 3.41 a diferencia de cuando el nivel de cercanía es lejano, que tiene una media de 1.56, siendo mas agradable, mas cómodo mas entretenido, recompensante y fácil para los cercanos.(Tabla D.15)

Tabla D.15

Cercanía	Actitud Comodidad de asistencia a consulta
Medias	
Lejanos	1.56
Cercanos	3.41
F=(1/39);9.178;p=.004	

Usando a la Actitud hacia la "Evaluación de los resultados de asistir a consulta" como variable dependiente y a la Cercanía como de clasificación se observa que los Cercanos presentan una media mayor que los lejanos, representando que para los cercanos la conducta es mas inteligente, buena, benéfica, útil y necesaria.(Tabla D.16)

Tabla D.16

Cercanía	Actitud evaluación de resultados de asistir a consulta
Medias	
Lejanos	3.76
Cercanos	4.71
F=(1/39);8.205;p=.007	

Respecto a la Actitud hacia la "Comodidad de arreglar la psicoterapia" mientras mas Cercanos la conducta es considerada como mas agradable, barata, inteligente, buena, benéfica, cómoda y ligera; lo cual se deduce por presentar una media mayor.(Tabla D.17)

Tabla D.17

Cercanía	Actitud Comodidad de arreglar psicoterapia
Medias	
Lejanos	4.10
Cercanos	4.86
F=(1/207);4.001;p=.047	

Con respecto a las Creencias se observa que:

- Para el factor que engloba a las creencias relativas al "Apoyo Familiar", los sujetos con un nivel de Cercanía de tipo Lejano, perciben como menos ciertas a las creencias de la necesidad de apoyo en los pacientes, ya que presentan una media mas alta(Tabla D.18):

Tabla D.18

Cercanía	Creencias Apoyo Familiar
Medias	
Lejanos	1.30
Cercanos	1.04
F=(1/227);30.920;p=.000	

- Para lo que corresponde a las creencias acerca de la incomodidad que representa el convivir con un paciente se observa que cuando se es Cercano se perciben estas creencias como falsas, tal y como los muestras las medias de la Tabla (D.19):

Tabla D.19

Cercanía	creencias Incomodo
Medias	
Lejanos	1.28
Cercanos	1.47
F=(1/227);6.957;p=.009	

- Asimismo, para las Creencias acerca del Optimismo del pronóstico, se observa una media de 1.40 para los sujetos Cercanos y una media de 1.16 para los lejanos, quienes perciben como más falsas a las creencias de dicho factor. (Tabla D.20)

Tabla D.20

Cercanía	Creencias Optimismo del pronostico
Medias	
Lejanos	1.40
Cercanos	1.16
F=(1/227);16.015;p=.000	

- En lo que se refiere a las creencias acerca de las medidas a tomar por síntomas, se observa que al evaluarla junto con la cercanía, los sujetos mas

cercanos presentan una media mayor, lo cual indica que consideran como falsas a las creencias relacionadas con esto; las medias para ambos grupos se presentan en la Tabla D.21

Tabla D.21

Cercanía	Creencias Medidas a tomar por síntomas
Medias	
Lejanos	1.36
Cercanos	1.53
F=(1/210); 7.044;p=.009	

Por su parte, al evaluar como variable dependiente al factor de creencias "Incurable" y a la cercanía como variable de clasificación, es posible observar, que las medias para cada según el nivel de cercanía, son diferentes, siendo mayores para los sujetos con un mayor nivel de cercanía, lo cual se traduce en que éstos sujetos perciben como falso el hecho de que el paciente sea Incurable.(Tabla D.22)

Tabla D.22

Cercanía	creencias Incurable
Medias	
Lejanos	1.06
Cercanos	1.50
F=(1/210); 27.977;p=.000	

Respecto a las creencias sobre si el paciente esquizofrénico es Violento, las medias obtenidas son: para los sujetos con nivel Lejanos es de 1.11, mientras que para los que puntúan mas altos en cercanía, la media es de 1.46, lo que refleja una mayor percepción de dichas creencias como falsas para el grupo de Cercanos.

Tabla D.23

Cercanía	creencias Es violento
Medias	
Lejanos	1.11
Cercanos	1.46
F=(1/207); 14.449;p=.000	

En lo que respecta a la evaluación de los diferentes factores que evalúan a la Norma Subjetiva, tomando éstos como variables dependientes y a la Cercanía como variable De clasificación, se obtuvieron las siguientes medias:

En la evaluación de la Norma subjetiva respecto a la Asistencia a psicoterapia, es posible observar que los sujetos con un nivel de cercanía de tipo Lejanos presentan una media mas alta (1.94), que los sujetos Cercanos (1.25), lo cual indica que para los primeros, existe una mayor percepción de que para los otros no es importante que ellos realicen dicha conducta. Estos resultados se ilustran en la Tabla D.24.

Tabla D.24

Cercanía	Norma subjetiva hacia la psicoterapia
Medias	
Lejanos	5.94
Cercanos	3.25
F = (1/39); 28.307; p = .000	

De igual manera, en la evaluación de la Norma Subjetiva hacia la Toma de Medicamentos, es posible observar que la media obtenida por los sujetos Lejanos, es mayor que para los sujetos Cercanos, lo cual, representa que los sujetos Lejanos perciben en mayor medida que a los otros (pareja, amigos y familiares) no es importante que ellos sean quienes se encarguen de la toma de los medicamentos del paciente.

Tabla D.25

Cercanía	Norma subjetiva hacia la toma de medicamentos
Medias	
Lejanos	1.86
Cercanos	1.22
F = (1/66); 22.503; p = .000	

Finalmente, al evaluar los efectos de interacción de las variables Parentesco y Nivel de Cercanía con respecto a los factores obtenidos de los elementos

de la Teoría de Acción Razonada, se encontró lo siguiente:

Con respecto a las Conductas:

Se observa que en la conducta "Yo arreglo todo para que mi paciente acuda a Psicoterapia" las madres, sin importar que sean Lejanas o Cercanas, obtienen medias mas altas (5.30 y 4.78 respectivamente) que las esposas (4.62 para las cercanas y 3.50 para las lejanas), siendo las Madres Lejanas quienes presentan una mayor frecuencia para realizar dicha conducta. Las medias se presentan en la tabla D.26:

Tabla D.26

Arreglo todo para que mi paciente acuda a Psicoterapia		
Medias		
	Madres	Esposas
Lejanos	5.30	3.50
Cercanos	4.78	4.62
F = (1/272); 4.352; p = .038		

En lo que corresponde a las Actitudes:

En la Actitud, "Evaluación de los resultados de llevar al médico" es posible observar que la media mas alta la obtienen las Madres Cercanas

(4.94), seguidas por las Esposas Cercanas (4.91), luego por la Esposas Lejanas y finalmente están las madres Lejanas. Estos resultados muestran que, para las Madres Cercanas existe una mejor actitud hacia los resultados de llevar al paciente al médico, siendo benéfico, bueno, útil, necesario e inteligente. (Tabla D.27)

Tabla D.27

Actitud Evaluación de los resultados de llevar al médico		
Medias		
	Madres	Esposas
Lejanos	1	4.6
Cercanos	4.94	4.91
F = (1/39); 132.350; p = .000		

y barato. (Tabla D.28)

Tabla D.28

Actitud Evaluación del Beneficio de dar medicamentos		
Medias		
	Madres	Esposas
Lejanos	2	3.7
Cercanos	4.95	4.46
F = (1/39); 6.471; p = .015		

En cuanto al factor que evalúa la actitud "Evaluación del Beneficio de dar medicamentos" se observa que la media mas alta es para las Madres Cercanas, siendo de 4.95, seguida por la media de las Esposas Cercanas, 4.46 y después por las Esposas lejanas y las Madres Lejanas cuyas medias con 3.7 y 2 respectivamente. El presentar una media mayor representa que para las Madres cercanas la actitud es mas favorable considerando a la conducta de dar los medicamentos como mas descansado, ligero, fácil, cómodo, entretenido, agradable, recompensante

D) EVALUACIÓN DEL EFECTO DIFERENCIAL DEL TIEMPO DE DIAGNÓSTICO DE LA ENFERMEDAD SOBRE LOS COMPONENTES LA TEORÍA DE ACCIÓN RAZONADA CON RESPECTO AL APEGO AL TRATAMIENTO.

Con el fin de conocer el impacto que tiene el tiempo de enfermedad en los elementos de la Teoría de Acción Razonada (Conductas, Intenciones, Actitudes, Creencias y Norma Subjetiva), se evaluó dicha variable a través de un Análisis de Varianza tomando como variables dependientes a los elementos de la Teoría y como variable de clasificación al Tiempo de diagnosticada la enfermedad⁷, obteniendo los siguientes resultados:

En lo que corresponde a la Intención:

Tomando a la Intención hacia "Arreglar que el Paciente se tome su medicamento" como Variable dependiente y al tiempo de diagnóstico de la enfermedad como variable de clasificación, se observa que, existe una mayor probabilidad de que se realice dicha conducta cuando se tiene entre 5 y 15 años de tiempo de diagnóstico de la enfermedad, después siguen quienes presentan de 15 a 20 años, de 2 a 4 años, posteriormente de 0 a 2 años y finalmente presentan menos probabilidad quienes tienen entre 4 y 5 años de tiempo de padecimiento. (Tabla E.1)

Tabla E.1

Tiempo de enfermedad	Intención hacia "Arreglar que el Paciente se tome su medicamento"
Medias	
0-2 años	3.54
2-4 años	3.79
4-5 años	3.33
5-15 años	4.63
15-20 años	4.44
$F = (4/60); 3.526; p = .012$	

Por otro lado, para la Norma Subjetiva se encuentra lo siguiente:

A través del análisis de varianza realizado tomando a La percepción de que "Para otros es necesaria la toma de medicamentos" como variable dependiente y al tiempo de diagnóstico el padecimiento como variable de clasificación se observa que es menor cuando se tiene de 0 a 2 años de tiempo de enfermedad, después para quienes tienen de 15 a 20 años de enfermedad, posteriormente para quienes tienen de 4 a 5 años, después para quien tiene de 5 a 15 años y finalmente para quienes tienen de 2 a 4 años de enfermedad de su pariente. (Tabla E.2)

⁷ Para poder evaluar dicha variable, se formaron 5 grupos con un número similar de sujetos, quedando en diferentes grupos los sujetos quienes tenían de 0 a 2 años de diagnosticada la enfermedad, en otro grupo los que tienen de 2 a 4 años, en otro los de 4 a 5 años, en un grupo diferente a los sujetos con 5 a 15 años y en un grupo más a los sujetos con 15 a 20 años de enfermedad.

Tabla E.2

Tiempo de enfermedad	"Para otros es necesaria la toma de medicamentos"
	Medias
0-2 años	1.62
2-4 años	1
4-5 años	1.22
5-15 años	1.13
15-20 años	1.44
F=(4/60);7.107;p=.000	

Asimismo, para la conducta "Arreglar la asistencia a consulta" (Variable Dependiente) se percibe que para la pareja, amigos y otros, no es importante que se realice esta conducta en el periodo de 15 a 20 años de enfermedad del paciente (Variable de clasificación), tal y como lo muestran las medias de la Tabla E.3

Tabla E.3

Tiempo de enfermedad	Norma subjetiva de "Arreglar la asistencia a consulta"
	Medias
0-2 años	1
2-4 años	1.2
4-5 años	1.3
5-15 años	1
15-20 años	1.7
F=(3/34);3.116;p=.028	

Finalmente, respecto a las creencias se obtuvieron las siguientes medias:

En cuanto al análisis de varianza usando como variable dependiente a las creencias acerca de los Síntomas Cognoscitivos y como variable de clasificación al tiempo de diagnosticada la enfermedad, se observa que entre los 4 y los 5 años se tienen creencias mas falsas con respecto a dichos síntomas. (Tabla E.4):

Tabla E.4

Tiempo de enfermedad	Creencias acerca de los Síntomas Cognoscitivos
	Medias
0-2 años	1.33
2-4 años	1.18
4-5 años	1.36
5-15 años	1.27
15-20 años	1.21
F=(4/220);2.461;p=.047	

DISCUSIÓN

A través de la revisión bibliográfica realizada, ha sido posible conocer los aspectos más importantes que definen a la esquizofrenia; siendo concebida como una enfermedad crónico-degenerativa que perturba todas las áreas del sujeto que lo padece, modificando el comportamiento y el rendimiento personal y familiar del paciente. La esquizofrenia es un padecimiento tratable y puede tener un buen pronóstico siempre y cuando, tanto el paciente como el familiar se apeguen al tratamiento adecuadamente, lo cual incluye desde el seguimiento de tratamiento psiquiátrico (asistencia a consulta, toma de medicamentos), hasta la asistencia a tratamiento psicológico.

En el caso de la esquizofrenia, son las madres de los pacientes y los cónyuges, quienes generalmente se encargan del cuidado y toman la responsabilidad del paciente (Biagini, op. cit., Díaz, op. cit., Green, op. cit., Turner, op. cit., Tobey, op. cit.). Aunado a esto, este trabajo se realizó con familiares de pacientes varones, quienes tienen un peor pronóstico, peor evolución en general y son más agresivos (DSM-IV). Es por esto que es comprensible, que la esquizofrenia, al afectar el entorno personal y familiar del enfermo, crea problemas y tensiones que pueden

dificultar que el paciente y su familia sigan los tratamientos adecuadamente.

Con el fin de conocer a las variables que intervienen en las conductas de apego a tratamiento que hacen madres y esposas, se tomó la Teoría de Acción Razonada (Fishbein op. cit.), que ayuda a predecir conducta al tomar en cuenta a las creencias, actitudes, presiones sociales e intenciones, asimismo, al tomar en cuenta otro tipo de variables, como son, el tiempo de enfermedad de los pacientes, y el grado de Cercanía que hay entre paciente y cuidador, es posible observar el efecto del tiempo sobre los elementos de la Teoría de Acción Razonada, así como conocer como afecta la cercanía a las creencias, actitudes, intenciones, norma subjetiva y conductas de apego al tratamiento que realizan madres y esposas hacia su paciente esquizofrénico.

Respecto a las investigaciones realizadas acerca de los factores que afectan el apego al tratamiento, en su conjunto se han centrado en estudiar diferentes variables, ya sean variables relacionadas al paciente, al tratamiento y al trastorno (Méndez y Mancía 1995). Centrándose en situaciones tales como, que el paciente no conoce el tratamiento, no cuenta con los recursos para seguirlo,

hasta los efectos desagradables de los medicamentos (Meichenbaum y Turk, op. cit.). Es notable que estos trabajos no tomen en cuenta a las conductas que realiza la familia del paciente, lo cual es un grave error, ya que en la mayoría de los casos, el paciente requiere del cuidado familiar para lograr una buena calidad de vida (DSM-IV op. cit.).

Por su parte, la Teoría de la Acción Razonada (Fishbein, op. cit.) no ha sido utilizada con el fin de predecir conductas como las que definen al Apego al tratamiento, es por esto, que en el presente trabajo se propone la utilización de dicha teoría ya que ofrece una evaluación global y tal vez una mayor conocimiento de cómo es que actúan dichas variables sobre las conductas que realizan madres y esposas con el fin de ayudar a sus familiares enfermos de esquizofrenia.

A manera de resumen, es importante mencionar de nueva cuenta a los objetivos de este trabajo:

- a) Desarrollo y validación de un instrumento que evalúe cada uno de los componentes de la Teoría de la Acción Razonada aplicado a familiares de pacientes esquizofrénicos⁸.
- b) Validación de la Teoría de la Acción Razonada en la evaluación del apego al tratamiento en pacientes esquizofrénicos.

- c) Conocer los efectos del grado Cercanía con el paciente en los componentes de la Teoría de Acción Razonada con respecto a las conductas que definen el Apego al Tratamiento.
- d) Conocer los efectos del tiempo de Diagnosticada la enfermedad en los componentes de la Teoría de Acción Razonada con respecto a las conductas que definen al Apego al Tratamiento.

Los resultados obtenidos para cada uno de los objetivos se describen a continuación:

VALIDACIÓN DE LA TEORÍA DE LA ACCIÓN RAZONADA EN LA EVALUACIÓN DEL APEGO AL TRATAMIENTO EN PACIENTES ESQUIZOFRÉNICOS

Con el fin de comprender de una mejor manera la influencia de los componentes de la Teoría de Acción Razonada (Fishbein, op. cit.) en las conductas de madres y esposas con respecto al apego al tratamiento es necesario describir a cada una de las conductas con sus principales predictores por separado para ambos grupos:

⁸ Para este inciso la discusión de los resultados se muestran en el Anexo 2.

MADRES

En cuanto a las conductas que realizan las madres, es posible observar que, tanto para la conducta de "Yo le administro personalmente sus medicamentos a mi paciente" como para la conducta "Yo me aseguro que mi paciente se tome sus medicamentos" existen dos determinantes:

- La Intención que tienen de realizar la conducta, esto es, a mayor intención es más probable que den personalmente los medicamentos o que arreglen que el paciente se los tome.
- La norma subjetiva, la cual actúa de manera contraria a la intención, por lo cual, mientras menor interés se percibe por parte de otros importantes para la persona (a saber esposos, amigos y familiares) mayor probabilidad habrá de que las madres de pacientes esquizofrénicos realicen estas conductas.

En lo que respecta a los determinantes de que las madres realicen las siguientes conductas "Llevar personalmente al paciente a consulta psiquiátrica" y "Arreglar todo para que el paciente acuda a sus consultas médicas" los hallazgos indican lo siguiente:

- La Intención es relevante, ya que, mientras más tendencia tengan las madres hacia estas conductas es más probable que en realidad lo hagan.

- Asimismo esta intención esta influida por la Norma Subjetiva, en la cual, las madres al percibir que a los demás no les importa que se hagan cargo de llevar al paciente a consulta, es más probable que en realidad realicen dicha conducta.
- Además intervienen Las Actitudes hacia estas conductas, que actúan de la siguiente manera, mientras se tengan mejores actitudes hacia la asistencia a consulta psiquiátrica habrá una mayor posibilidad de que las madres lleven personalmente a sus pacientes al médico o arreglen que su familiar asista a consulta.

Para que las madres "Lleven personalmente al paciente sus sesiones de psicoterapia" y "Arreglen todo para que el paciente acuda a sus sesiones de psicoterapia" solo se encuentra un determinante:

- Las Actitudes que tengan las madres hacia el beneficio que proporciona la psicoterapia, ya que, cuando las madres consideran benéfico y fácil llevar al paciente a psicoterapia o arreglar que el asista, aumenta la probabilidad de que se den estas conductas.

Es posible que estos hallazgos se deban a que debido a la enfermedad, se hacen necesarios cambios en la rutina y responsabilidades que presentan las madres para cuidar y convivir con el paciente esquizofrénico. (Mandelbrote,

Folkard, 1961), ya que la familia es quien se encarga de la organización de sus recursos dentro de la enfermedad (Biagini op. cit.) además, su conducta es de vital importancia en las recaídas de su familiar (Brown, 1972; Vaughn y Leff, 1976), lo cual resalta la importancia de la conducta familiar en el apego al tratamiento (Buela et al. op. cit.).

Asimismo, el que las madres se perciban como únicas responsables del cuidado del paciente, sin importar las presiones de otros, es posible que se deban a que los padres experimentan sentimientos de culpa y vergüenza y se sienten responsables del origen y la evolución del trastorno (Kreisman, 1974).

Cuando existen Actitudes positivas hacia la realización de las conductas que definen al Apego al tratamiento, existe mayor probabilidad de realizarlas, ya que, se ha encontrado que la presencia de actitudes negativas hacia el paciente y el tratamiento correlaciona de manera importante con las recaídas (Brown, 1966). Además se plantea que la presencia de determinadas actitudes en el núcleo familiar del paciente una vez que es dado de alta puede influir en el curso de la enfermedad, siendo los pacientes cuyas familias son menos hostiles, con actitudes menos críticas quienes presentan menor riesgo de recaída (Brown, Birley, Wing 1972; Vaughn y Leff 1976; Vaughn 1984)

ESPOSAS

Para conocer si las esposas de pacientes esquizofrénicos van a realizar la conducta "Yo le administro personalmente el medicamento a mi paciente" es necesario conocer dos elementos:

- Si tienen la Intención de hacerlo, ya que a mayor intención mayor probabilidad de darles el medicamento a los pacientes.
- También es necesario conocer que es lo que perciben acerca de las presiones de otros, esto es la Norma subjetiva, en la cual, mientras ellas perciban que a los demás no les importa si se hacen responsables de los medicamentos o no, es más probable que realicen la conducta de administrar personalmente los medicamentos a su paciente.

En el caso de las conductas de "Yo me aseguro que mi paciente tome sus medicamentos", "Yo llevo personalmente a mi paciente a sus consultas médicas" y "Arreglar todo para que el paciente asistiera a sus consultas médicas" se encuentran tres determinantes principales:

- Cuando las esposas tienen una mayor Intención de realizar estas conductas es más alta la probabilidad de que arreglen personalmente la toma de medicamentos, asistan con el paciente

a consulta, o bien arreglen que el paciente vaya.

- Además mientras se percibe que para otros no es importante que las esposas de pacientes esquizofrénicos arreglen que el paciente se tome los medicamentos (la norma subjetiva) aumenta la probabilidad de que ellas se encarguen de realizar dichas conductas.
- Aunado a esto, las Actitudes también influyen, ya que cuando se percibe a las conductas como cómodas y benéficas para el paciente crece la probabilidad de que ellas realicen tales conductas.

En lo que corresponde a las conductas "llevar personalmente al paciente a sus sesiones de psicoterapia" y "Arreglar todo para que el paciente acuda a sus sesiones de psicoterapia" se encontró que para que las esposas los determinantes son:

- Las Actitudes, ya que, si perciben un mayor beneficio y una mayor facilidad para realizar la conducta es más probable que se encarguen de llevar a psicoterapia a sus esposos.

Los hallazgos encontrados en las esposas son respaldados por diversas investigaciones, ya que, se plantea que, aunque existen enfrentamientos con la pareja (Jarne op. cit.) debido a la pérdida de interés sexual y aislamiento; la pareja representa una de las fuentes de apoyo mas importantes para el paciente (Tobey, op. cit.).

También resalta la importancia de las actitudes hacia el tratamiento ya que, cuando existen actitudes favorables hacia el tratamiento (Brown, 1966) existe un riesgo menor de recaída (Brown, Birley, Wing 1972; Vaughn y Leff 1976; Vaughn 1984)

Tanto para madres como para esposas, resalta la importancia del conocimiento de la enfermedad, lo cual las capacita para dar una mejor solución de sus problemas, mejorando la comunicación, y expandiendo las redes sociales; esto influye directamente en su ayuda, porque el paciente muchas veces no es consciente de que padece una enfermedad y esto lo lleva a no cumplir con el tratamiento (García, op. cit.). Finalmente se ha encontrado que en enfermos crónicos, las fuentes de apoyo mas importante la pareja y la familia (Tobey, 1990)

**ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA**

EFFECTOS DEL GRADO DE CERCANÍA CON EL PACIENTE EN LOS COMPONENTES DE LA TEORÍA DE ACCIÓN RAZONADA CON RESPECTO A LAS CONDUCTAS QUE DEFINEN EL APEGO AL TRATAMIENTO

Se ha planteado que los signos y síntomas de la esquizofrenia provocan tensión en la esfera que rodea al paciente, siendo afectadas la familia de origen y la familia nuclear, (Turner, 1993) por lo tanto el grado de Cercanía que existe entre madres y esposas con su paciente esquizofrénico es afectado por las tensiones que conlleva el convivir con un paciente esquizofrénico (Walthers, Nothover, 1965) debido a esto, se evaluó al nivel de Cercanía y como es que este influye en los elementos de la Teoría de Acción Razonada. Para poder analizar mejor las diferencias encontradas se presentarán primero a las diferencias entre madres y esposas, luego a las diferencias por grado de cercanía y finalmente como interactúan estas variables sobre la Teoría de Acción Razonada con respecto al Apego al Tratamiento:

PARENTESCO

Al evaluar las diferencias entre madres y esposas, se observa que son las madres

quienes se encargan en mayor medida de realizar conductas tales como asegurarse que el paciente se tome su medicamento, darle personalmente la medicina, llevar al paciente a sus consultas médicas, arreglar que el paciente asista a consulta, asimismo, son las madres quienes presentan una mayor intención hacia dar el medicamento a su paciente, y que en comparación con las esposas, consideran que el llevar a consulta al paciente es mas bueno, benéfico, inteligente, útil y necesario.

Finalmente, las madres perciben que para los demás, no es importante que lleven personalmente al paciente a consulta, ni que se encarguen de dar los medicamentos y tampoco se encarguen de llevar a psicoterapia al paciente.

El que las madres sean quienes realizan estas conductas con mayor frecuencia se explica por diversas investigaciones, en las cuales se plantea tienen que modificar sus actividades cotidianas por ser las cuidadoras principales, (Mandelbrote y Folkard, 1961) ya que requieren estar mas tiempo con el paciente para evitar que se lastime, (Leff op. cit.).

El que las madres tengan una actitud mas positiva hacia realizar el apego al tratamiento y tengan menos creencias negativas se debe a que, como lo plantea Fadden (op. cit.), al convivir mas con el paciente esquizofrénico, las creencias y las actitudes negativas desaparecen,

ya que, se empieza a percibir a las conductas del paciente como producto de su enfermedad y no como actos que el enfermo controla a voluntad.

El que las madres ofrezcan mas ayuda y tengan mejores actitudes y creencias es posible que se deba a los que se plantea en algunas investigaciones, acerca de que es mas difícil el tener un paciente esquizofrénico para las esposas que para las madres, esto se da por diversos aspectos, como son: existe una disfunción social, que provoca problemas con la pareja (Jarne op. cit.); existe una pérdida de interés en cualquier tipo de contacto sexual, así como una perdida de patrones y habilidades sociales, los enfermos no pueden mantener un trabajo, no muestran interés por las cosas, no hablan, vagabundean, etcétera (Jarne op. cit.). Ya que hay un peor ajuste para los hombres en la adecuación marital y sociosexual (Glick, Quinlan y Zingler 1987) se da una ruptura de los acuerdos recíprocos que las personas mantienen en sus relaciones, de tal forma, que la esposa debe de hacer por la otra parte mas de lo que equitativamente le corresponde (Corbeira op. cit.). Además hay un trastorno de la relación conyugal ocasionado por la enfermedad, y por la falta de cumplimiento de las responsabilidades dentro de la relación de pareja. Las esposas de pacientes esquizofrénicos perciben a la enfermedad como un estigma y tienen miedo a la discriminación social (Yarrow, 1955).

Asimismo la tensión del hogar aumenta ante las molestias que ocasionan los pacientes, el sentimiento de vergüenza y el miedo ante los comportamientos agresivos de los pacientes varones (Walters y Nothover op. cit.).

GRADO DE CERCANÍA

En cuanto al grado de cercanía, se observa que cuando madres y esposas se perciben mas cercanas se tiene una mejor evaluación de todo en general, ya que tienen una mayor intención de arreglar la asistencia a consulta, consideran que el administrar los medicamentos es inteligente, bueno, benéfico, útil, necesario, entretenido, agradable, cómodo, recompensante y fácil.

De igual manera, para quienes se perciben cercanos el llevar y arreglar la asistencia a consulta es barato, cómodo, ligero, descansado, entretenido, agradable, recompensante y fácil, así como inteligente, bueno, benéfico, útil y necesario. Por su parte, cuando se perciben mas cercanía se considera que arreglar la psicoterapia es agradable, barato, inteligente, bueno, benéfico, cómodo y ligero.

Es posible que este patrón favorable se deba a que, cuando se siguen las prescripciones del tratamiento, éste se conoce mejor, por lo cual se tiene una mejor actitud hacia él ya que se

le percibe como útil para el enfermo (Arevalo, 1991).

Por lo que corresponde a las creencias, se observa que los sujetos cercanos perciben una mayor necesidad de apoyo familiar, se percibe como menos incomodo el convivir con el paciente, son mas optimistas respecto al pronóstico y toman menos medidas agresivas para controlar al paciente, y tienen la creencia de que el paciente se va a curar, y no se le percibe al paciente como violento. Es posible que estos hallazgos estén relacionados con los que plantean investigaciones como las de Brown (1972) Vaughn y Leff (1976) quienes han resaltado la importancia del comportamiento de los familiares en la conducta del paciente, y cuando se convive mas con el paciente existe mayor conocimiento de la enfermedad, con lo cual se tienen creencias mas positivas hacia la enfermedad y el paciente (Fadden, op. cit.).

Asimismo, para quienes se perciben cercanos, piensan que los demás no los consideran responsables de llevar al paciente a psicoterapia, pero que si son responsables de la toma de medicamentos, posiblemente esto se debe a que tradicionalmente no se concibe a la psicoterapia como parte del tratamiento del esquizofrénico (DSM-IV)

Cuando existe un mayor grado de

cercanía hay una patrón de resultados mas favorable, ya que el haber Cercanía entre los sujetos existe mayor contacto, compromiso, cuidado, calidez, altruismo, involucramiento emocional y reciprocidad, así como mayor interdependencia e involucramiento (Sánchez, op. cit.)

PARENTESCO Y CERCANÍA

En cuanto a la interacción de estas dos variables se encontró que las madres, tanto cercanas como lejanas, arreglan la asistencia a psicoterapia con mayor frecuencia, tal como lo plantea Leff (op. cit.), el que las madres presenten estos resultados había sido planteado anteriormente por Kreisman (1974) quien observó que las madres se perciben como las responsables de cuidar a sus hijos, siendo mayor la responsabilidad cuando están enfermos; además, son las madres y esposas cercanas quienes tienen una mejor actitud hacia llevar al medico y hacia dar los medicamentos, estos resultados están sustentados por lo que plantean Mandelbrote y Folkard, (1961) con respecto a que las madres son quienes mas se encargan del paciente que aunado a un mayor nivel de cercanía hacen que el involucramiento con las conductas del paciente sea mayor ya que, existe un mayor compromiso con el tratamiento debido a que se observa mejoría (DSM-IV).

**EFFECTOS DEL TIEMPO
DE DIAGNOSTICADA LA
ENFERMEDAD
EN LOS COMPONENTES
DE LA TEORÍA DE
ACCIÓN RAZONADA
CON RESPECTO A LAS
CONDUCTAS DE APEGO AL
TRATAMIENTO**

Respecto al efecto del paso del tiempo sobre los elementos de la Teoría de la Acción Razonada, se observa cuando se tiene mas tiempo de enfermedad, entre 5 y 15 años, y entre 15 a 20 años, existe una mayor intención de arreglar que el paciente se tome su medicina y se percibe menos presión por parte de otros para arreglar la asistencia a consulta, y para dar los medicamentos, es probable que esto se deba a lo que plantea Fadden (op. cit.) que señala que para la familia el paciente es una carga, por lo cual las madres y la pareja son quienes a lo largo del tiempo toman la responsabilidad del paciente (Jarne op. cit.). Asimismo, al comienzo la familia responde a la enfermedad con angustia y miedo, porque se presentan cambios emocionales y en la conducta en el enfermo y temen a lo desconocido, sin embargo este miedo disminuye con el paso del tiempo y todo se percibe como normal (Díaz, op. cit.).

También se observa que, cuando se tiene entre 4 y 5 años de diagnosticada la enfermedad, se percibe como falso

el que el paciente sea distraído, no entienda la realidad y sea nervioso, tal y como lo plantea García (1993) que las creencias se van modificando con el paso del tiempo y al aumentar el conocimiento sobre la enfermedad, así como por las diferentes etapas que definen a la enfermedad (Cannon-Spoor, Potkin y Wyatt 1982). De igual manera se asume que al principio existen mas creencias negativas acerca de la enfermedad, se plantea que al ser una enfermedad incapacitante es lógico que provoque un fuerte sentimiento de desesperanza entre los familiares, siendo estas creencias mayores para la esquizofrenia que para otros trastornos psiquiátricos (García, op. cit.). Sin embargo conforme transcurre el tiempo existe un mayor involucramiento con la enfermedad por lo cual, van desapareciendo creencias negativas y el apego al tratamiento empieza a formar parte de las conductas realizadas de manera cotidiana (Díaz, op. cit.).

ALCANCES Y LIMITACIONES

El presente trabajo permite conocer de manera amplia, como es que actúan los elementos de la Teoría de la Acción Razonada en la predicción de las conductas del Apego al Tratamiento en el caso específico de los pacientes varones que son cuidados por sus madres y sus esposas.

Sin embargo, es posible que, al ser prácticamente las mismas conductas las que definen al Apego al tratamiento para la mayoría de las enfermedades mentales, la teoría de acción razonada sea aplicable para predecir estas conductas.

Asimismo, al evaluar como es que influyen la cercanía y el tiempo de enfermedad se obtuvo información que matiza las conductas evaluadas por la teoría de acción razonada.

Finalmente, se propone un instrumento para medir el apego al tratamiento a través La teoría de Acción Razonada.

Entre los aspectos que pueden enriquecer los hallazgos encontrados en este trabajo, se encuentran los siguientes:

- Variables socioeconómicas
- Diferencias de género
- Incluir aspectos que evalúen el apoyo social,
- Premisas histórico-socioculturales

Factores que pueden afectar como es que se dan las conductas del apego al tratamiento con respecto a las enfermedades mentales.

Aunado a esto, puede ampliar el tamaño de la muestra, así como abrir el estudio para diferentes enfermedades.

Bibliografía

- Agras, (1985) Panic, facing fears, phobias, and anxiety New York W.H. Freeman and Company
- Alves, K. (1995) Family drawing by a group of schizophrenic patients
- Andreasen, M., (1982) Negative vs. Positive schizophrenia; definition and validation. Archives of general psychiatry 39, pags 789-794
- Bakan, D (1966). The duality of human existence: An essay on psychology and religion. Chicago. Edit. Rand McNally.
- Barofsky, J.L. (1980) The chronic psychiatric patient in the community Nueva York. Plenum Press
- Batenson, G. (1971) Hacia una teoría de la esquizofrenia. Interacción Familiar, Edit. Tiempo Contemporaneo. Argentina. Pags 19-56.
- Bateson, G. (1985) El doble vinculo afectivo. Edit. Fondo de Cultura Económica. México.
- Berembaum, S. (1994) Family study of schizophrenia and personality. Journal of abnormal psychology Vol 103 (3) Aug. Pags 475-484
- Brenner, H.U. (1992) Treatment of cognitive dysfunctions and behavioral deficits in schizophrenia Schizophrenia Bulletin 18, Pags 21-26
- Biagini M. (1994) Estructura y dinámica familiar y su relación con el paciente esquizofrénico Salud mental 17 (4)

Bourgeoise, F. (1987) Les evolution des schizophrenies Annales Medico-Psychologiques 145, pags 608-620

Brown D., Birley T., Wing I., (1972) Influence of the family live on the course of schizophrenic disorder A replication British Journal of Psychiatry 12, pags 1241-1258.

Brown, D., Monck, H., Castairs S, y Wing, I. (1962) Influence of the family live on the course of schizophrenic disorder. British Journal of preventive social medicine 16 pags. 56-68

Buceta, C.A. (1990) Las nuevas implicaciones de la clinica y la modificacion de la conducta en el area de la salud. Modificacion de la conducta y Salud Madrid. Eudema.

Buela-Casals y Caballo (1995) Manual de psicopatología y trastornos psiquiátricos: fundamentos conceptuales trastornos por ansiedad, afectivos y psicóticos. Pag 713-727.

Cannon-Spoor, R., Potkin, O. y Wyatt, Y., (1982) Measurement of premorbid ajustment in chronic schizophrenia Schizophrenia Bulletin 8, pags 470-482

Carlson N. (1996) Fundamentos de psicología fisiológica Tercera edición McGraw-Hill pag. 472-479

Cerney, M. (1985) Unravelling the symbiotic bond: psychoterapeutic change in schizophrenia patient. Bulletin of the Menninger Clinic Vol 48 Nov.

- Corbeira, G., (1991) El impacto familiar de la esquizofrenia. Anales de Psiquiatria. Vol 11(1) pags 21-34.
- Cortéz Vázquez B. (2001) Evaluación de las creencias de familiares de pacientes con esquizofrenia crónica Tesis de licenciatura UNAM.
- Creer, G., Wing, I., (1974) Measurement and clasificación of psychiatric Syndromes. Cambridge. Cambridge University Press.
- Crow, B., (1987) Cerebro Izquierdo y esquizofrenia, British Medical Journal 2, pags 8-9
- Kimble, C., Hirt, E., Díaz-Loving, R., Hosch, H., Lucker, W., Zárate, M., (2000) Psicología Social de las Américas. Prentice-Hall Pags. 145-498.
- Díaz M. S, (1996). El manejo integral del paciente esquizofrénico: Un modelo del Instituto mexicano de Psiquiatria Salud mental 4. pag 1-7
- DeNiro D. (1996) Perceived alianiation in individual with residual tipe of schizophrenia. Issues of mental nursing Vol 16(3) May-Jun
- Dollfus S. (1996) Stability of positive and negative symptoms in schizophrenic patients. A 3 year follow-up study. European psychiatry Vol. 10 (5) pags 228-236.
- Dworkin E., (1988) A multidimensional approach to genetics schizophrenia America Journal of Psychiatry 145 pags 1077-1083.

Eggers M., (1978) Course and prognosis of childhood schizophrenia Journal of autismo and childhood schizophrenia 8, pags. 21-36

Fadden G, (1987). The burden Care. The Impacto f functional psychiatric illness on patient's family. British Journal of Psychology, 150, pags. 385-392.

Fernández F., Trespalacios J., (1984) Esquizofrenia. Manual de Modificación de la Conducta Madrid. Alambra.

Fishbein, M. Ajzen, I. (1975) Belief, attitude, intention and behavior: An introduction to theory and research. Reading MA: Addison-Wesley.

Fishbein M. (1980) Understanding Attitudes and predicting behavior

Fishbein M., Ajzen, I. (1990) Factores que influyen en la decisión de estudiantes en decir a sus parejas que utilicen condon Revista de Psicología Social y Personalidad Vol. 6(1) pags.

Fukui S (1984) Psychopathology of psychiatric patients in terms of personal space: A comparative study of schizophrenic, depressive and neurotic patients. Neuro psiquiatric Vol 29 (2) Aug. Pags 181-204.

García S.S. (1993) Creencias y actitudes hacia la enfermedad mental y el psiquiatra: estudio exploratorio. Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina 39(2) pags. 159-168.

- Garcia S.S. (1998) The social representation of mental health and illness among Mexican students Salud Mental Vol.21 (5) Oct.
- Glick, H., Quinlan G., y Zingler A., (1987) Premorbid competence, role orientation, and gender differences in DSM-III schizophrenic patients Journal of Consulting and Clinical Psychology 55 pags. 609-611
- Goldman, M. (1982) La adhesión al tratamiento médico: Análisis y Modificación. Revista Española de Terapia del Comportamiento 5, pags. 157-164.
- Gotlieb B. (1989). Social Support measurement and interventions. Cohen S. Underwood
- Green, E. (1993) A behavioral medicine perspective on adherence to long-term medical regimens. Journal of Consulting Clinical Psychology, 50 pags. 960-971.
- Hansen, Y., (1990) Perceived personal immunity: Beliefs about susceptibility to AIDS. The Journal of Sex Research 27(4) pags. 622-628.
- Hirsch F., Leff, P., (1975). Parental abnormalities of verbal communication in the transmission of schizophrenia. Psychological Medicine 1, pags 118-123.
- Hoover C (1982) Family closeness of young schizophrenics. American Journal of Family Therapy Vol 9 (4) pags 52-60.
- Jarne, Y., (1989), Evaluación Neuropsicológica del deterioro en la esquizofrenia Informaciones Psiquiátricas 116 pags. 169-175.

- Jarne, Y., (1987) Evaluación del deterioro en la esquizofrenia. Psicología Clínica. Valencia. Promolibro.
- Kahn M., (1984) Group treatment interventions for schizophrenics. International journal of group psychotherapy Vol.34 Jan pags 149-153.
- Kay, G., Opler T., y Fiszbein, U., (1986) Significance positive and negative syndromes in chronic schizophrenia British Journal of Psychiatry 155 pags. 59-65.
- Keefe R., (1987) Characteristics of very poor outcome in schizophrenia American Journal of Psychiatry 144, pags 889-895
- Keefe R., (1989) Premorbid psychosexual functioning and long term outcome in schizophrenia American Journal of Psychiatry 146, pags 206-211
- Kreisman H., (1974) Syndromes of psychosis. Oxford. Pergamon Press.
- LaPiere, R. (1934) Attitudes versus action. Social Forces, 13 pags. 230-237.
- Lidz, Cornelison, Carlson D, Fleck D, (1958). El medio intrafamiliar del paciente esquizofrénico: la transmisión de la Irracionalidad. Interacción Familiar. Ed. Tiempo contemporaneo. Pags. 81-110.
- Leff, P., (1982) Chronic syndromes of schizophrenia Handbook of psychiatry 1 pags 13-16

López M., Villagrán G., Diaz R., (1994) Percepción de riesgo, atribución del contagio y aspectos emocionales en relación con el SIDA. La Psicología Social en México Vol. 5 pags 594-600.

Malm, M., May U., Dencker, R., (1981) Evaluation of quality of live of the schizophrenic outpatient: a checklist Schizophrenia Bulletin 7 pags 477-487.

Mandelbrote, L.U., Folkard A. (1961) The quality of life scale: an instrument for rating the schizophrenic syndrome. Schizophrenia Bulletin, 10 pags. 388-398.

Masson (1995) Manual estadístico y diagnóstico de los trastornos mentales pag. 280-297.

Meichenbaum, M. y Turk, G. (1987) Facilitating treatment adherente: a practitioners guidebook. Nueva York. Plenum Press.

Méndez y Mancía (1987). Aproximación a la medicina conductual, Aproximación a la psicología 11 (6) pags 115-151

Mills, R., (1962) Schizophrenia: a global review. British Journal Psychiatric, 5 11-23.

Nuechterlein, Y., Dawson, J., (1984). Psicopatología de la psicosis. Barcelona. Toray.

Obiols O.J. y Obiols A. (1989) Esquizofrenia Barcelona, Martinez Roca.

- Olvera, H. (1971) Hospitalización psiquiátrica: Su impacto en la familia. Tesis de Licenciatura UNAM.
- Osgood, C. E., Tannebaum, P.H., (1962) The principle of congruity in prediction of attitude change *Psychological Review*, 62, 42-55.
- Paez F., (1994) *Revista de Psicología General y aplicada* 47(2)
- Peck A. y King K., (1985) Increasing patient compliance with prescriptions *Journal of American Medical Association* 248, pages 2874-2877.
- Riestra, M. (1992) Evaluación comparativa de decisiones y adaptabilidad entre familias de pacientes psiquiátricos y familias de estudiantes universitarios. *Psiquis* Vol 1(2) pages. 1-10.
- Rodin U., (1989) *Health psychology. Annual Review of Psychology*
- Rodríguez, J.L. (1991). Representación social de la enfermedad mental en pacientes psiquiátricos institucionalizados. Tesis de licenciatura UNAM.
- Ruiz, P., (1981) Evaluación del déficit cognitivo esquizofrénico. *Evaluación Conductual*. Madrid. Pirámide.
- Sainsbury, K. (1962) The assessment of social adjustment. *Archives of General Psychiatry*, 32, 357-365.

- Sánchez A.R. (1995) El amor y la cercanía en la satisfacción de pareja a través del ciclo de vida Tesis de Maestría pag. 8-22
- Shao Z., (1998). A controlled family environment closeness and adaptability of schizophrenics in a rural community. Chinese mental health journal Vol 12(5) pages 292-293.
- Schlegel, L. (1978) Negative and positive symptoms in schizophrenia and depression. Schizophrenia Bulletin, 11, 370-387.
- Stone S., 1982 Psychology and the health system. Handbook of social psychology.
- Stroebe R., (1988) Strategies and attitudes change. Introduction to Social Psychology
- Turner, T., (1993). El deterioro en pacientes esquizofrénicos. Psiquis Vol 12 (2) Pages. 32-40.
- Tobey, B., (1990) Cognitive impairment patterns in schizophrenic and affective disorder. Journal of Neurology 10, 289-291.
- Varela, C. (1993) Evaluación de conocimiento en familias de pacientes psiquiátricos. Psiquis Vol 18(1) Pages. 1-10.
- Vaughn J.S. y Leff P. (1976) The influence of family and social factors on the course of the psychiatric illness. British Journal of Psychiatry 29, pages 125-137
- Vaughn, J.S., (1984). Family factors in schizophrenia relapse: a replication study. Schizophrenia Bulletin 8(2) Pages 425-426.

www.psicoplanet.com

Walters W., y Nothover G., (1965). Family enviroment in schizophrenic patients. Schizophrenia Bulletin 12 (1) Pags. 23-37.

Weisman Y.,, Sholomkas A., y John, L., (1981), The assesment of social adjustment: A review of techniques. Archives General of Psychiatry, 32 pags. 357-365.

Wynne B., (1958)Thought disorders and family relations of schizophrenia. Archives of General Psychiatric 9, pags 33-40.

Yarrow, S., (1955) Schizophrenia: treatment, management and rehabilitation. Orlando. Grune and Stratton.

Zelin M (1984) The sustaining fantasy questionnaire: measurement of sustaining functions of fantasies in psychiatric inpatients. Journal of personality assesment Vol 47(4) Aug. Pags 427-439.

Zingler, L.G., Phillips S., (1961) Social competence and outcome in psychiatric disorder Journal of abnormal and social psychology 63, pags 264-271

Zubin, J., Magazimer, P., Steinhauer, (1983), The metamorphosis of schizophrenia from cronicity to vulnerability. Psychological Medicine 13, 551-571.

Zubin, J., Spring, B., (1977) Vulnerability: a new view of schizophrenia. Journal of abnormal psychology, 86 pags. 103-126.

ANEXO 1

ESTUDIO EXPLORATORIO INICIAL

Como primera parte de la construcción del instrumento y con el propósito de conocer aquellos mitos que se tienen acerca de los pacientes y con ellos operacionalizar a las creencias acerca de los pacientes esquizofrénicos, se realizó un estudio exploratorio.

La manera de evaluar las creencias al respecto fue a través de la técnica de Redes Semánticas, cuyo estímulo fue "El paciente esquizofrénico es...".

A los sujetos se les solicitó que en un minuto dieran algunas definidoras relativas al estímulo. Se obtuvieron 31 definidoras, de las cuales, se tomaron en cuenta las primeras 14 debido a su peso semántico mayor de 15, el cual se tomó como punto de quiebre. Las definidoras resultantes así como su peso semántico se muestran en la siguiente Tabla 1:

Tabla 1

DEFINIDORA	PESO SEMANTICO
AGRESIVO	64
NERVIOSO	54
ALUCINADO	48
DISTRAIDO	37
ENOJON	32
FLOJO	32
DEPRESION	27
VULNERABLE	27
IMPULSIVO	23
ANSIOSO	21
IMPACIENTE	20
ENFERMO	19
LOCO	16
MIEDO	16

Una vez que se obtuvieron dichas definidoras, con base en la literatura acerca de la enfermedad, (DSM-IV, op. cit.) se calificaron como Positivas a aquellas creencias que resultaron ciertas dentro del contexto de la enfermedad (García op. cit.; Cortes 2002), y se tomaron como creencias Negativas aquellas que resultan falsas con respecto a los síntomas de la enfermedad, resultando en las siguientes afirmaciones acerca de los pacientes, (ver Tabla 2):

Tabla 2. Creencias resultantes de las Técnicas de Redes Semánticas

Creencias Negativas	Creencias Positivas
El paciente esquizofrénico es algo desagradable	El paciente esquizofrénico es inasible
El paciente esquizofrénico puede ser un asesino	El paciente esquizofrénico está enfermo
No es posible convivir con un paciente esquizofrénico	El paciente esquizofrénico es grosero
El paciente esquizofrénico debe estar encerrado	El paciente esquizofrénico está rontunido
El paciente esquizofrénico puede curarse si quiere	El paciente esquizofrénico necesita el apoyo de su familia
El paciente esquizofrénico está poseído	El paciente esquizofrénico no está consciente de lo que hace
El paciente esquizofrénico es un inútil	El paciente esquizofrénico necesita que lo ayuden a cuidarse
El paciente esquizofrénico nunca se va a curar	El paciente esquizofrénico puede curarse si sigue su tratamiento
El paciente esquizofrénico se desespera con facilidad	El paciente esquizofrénico necesita de la comprensión de su familia
El paciente esquizofrénico se enoja fácilmente	El paciente esquizofrénico puede tener una buena calidad de vida
El paciente esquizofrénico no piensa bien lo que hace	El paciente esquizofrénico es agresivo
El paciente esquizofrénico es peligroso	El paciente esquizofrénico es flojo
El paciente esquizofrénico debe de estar amarrado para poder controlarse	El paciente esquizofrénico ve cosas raras
El paciente esquizofrénico es malo por naturaleza	El paciente esquizofrénico tiene miedo
El paciente esquizofrénico se irrita fácilmente	La esquizofrenia requiere un buen tratamiento para controlarse
El paciente esquizofrénico es nervioso	Es posible ayudar a un paciente esquizofrénico
El paciente esquizofrénico es distraído	El paciente esquizofrénico no sabe quien es
El paciente esquizofrénico es impulsivo	El paciente esquizofrénico hace cosas extrañas
El paciente esquizofrénico es irresponsable	El paciente esquizofrénico no debe aislarse
El paciente esquizofrénico es gríton	La esquizofrenia se puede tratar exitosamente
El paciente esquizofrénico a veces finge que se siente mal	Al paciente esquizofrénico le cuesta trabajo entender la realidad

ANEXO 2

RESULTADOS

A) DISEÑO Y VALIDACIÓN DE UN INSTRUMENTO PARA MEDIR APEGO A TRATAMIENTO A TRAVÉS DE LA TEORÍA DE ACCIÓN RAZONADA

Posteriormente y con base en la propuesta de Fishbein (op. cit.) para evaluar cada uno de los componentes de la Teoría de Acción Razonada aplicada al contexto del Apego al Tratamiento en Pacientes Esquizofrénicos; se construyó el instrumento tal y como se describió en el método.

En cuanto a las características psicométricas de cada una de las secciones evaluadas se encontró lo siguiente: el instrumento para predecir las conductas del apego a Tratamiento a través de la Teoría de acción Razonada (Fishbein, op. cit.) tiene una Alpha de Cronbach de .96 total y cada una de sus secciones se describe a continuación:

La sección que evalúa Conductas después de haber sido sometida a Análisis Factorial de componentes principales con Rotación Ortogonal (Varimax) se obtuvo un factor con valor propio mayor a 1, que explica un 56% de la varianza. A continuación se aplicó el análisis de confiabilidad Alpha de Cronbach y se obtuvieron los coeficientes que aparecen en la Tabla 3:

Factor 1 Conductas que realizo	Peso factorial	Alpha del Factor
1. yo arreglo todo para que mi paciente acuda a sus consultas	.817	.8249
2. Yo llevo a mi paciente a consultas medicas	.816 .792	
3. yo me aseguro que mi paciente tome sus medicamento	.778	
4. yo le administro sus medicamentos a mi paciente	.747	
5. arreglo todo para que mi paciente acuda a psicoterapia	.739	
6. yo llevo a mi paciente a sus sesiones de psicoterapia		

Por lo que respecta a la parte que evalúa a la Intención hacia realizar las conductas, al realizar análisis factoriales de componentes principales se obtuvo un solo factor con valor propio mayor a 1 que explica el 78% de la varianza, y que obtuvo un alpha de Cronbach de .90, tal y como se muestra en la Tabla 4:

Tabla 4 Intención Conductual		
Factor 1 Intención hacia la conducta	Peso factorial	Alpha del Factor
1. probabilidad de arreglar que acuda a sus consultas	.912	.9007
2. probabilidad de llevar al paciente a consulta	.902	
3. probabilidad de dar a tomar medicamento	.871	
4. probabilidad de arreglar todo para que tome su medicamento	.852	

Asimismo para la parte que evalúa Actitudes, se obtuvieron los siguientes factores a través del Análisis Factorial de componentes principales con rotación ortogonal. Cabe mencionar que se obtuvieron factores para cada una de las conductas evaluadas; dichos factores poseen un valor propio mayor a 1 y explican el 39% de la Varianza, de la misma forma, se realizaron análisis de Confiabilidad resultando los coeficientes que se exponen en las siguientes tablas:

Para la Conducta Yo me aseguro mi paciente tome sus medicamentos, la actitud tiene 2 factores (Ver tabla 5):

Tabla 5 Actitud hacia Arreglar la toma de Medicamentos		
Factor 1 Evaluación De Comodidad	Peso factorial	Alpha del Factor
El que yo arregle que mi paciente se tome el medicamento es...		.9325
1. Cansado-descansado	.881	
2. Pesado-ligero	.857	
3. Cómodo-incomodo	.856	
4. Fácil-Difícil	.833	
5. Aburrido-Entretenido	.808	
6. Agradable-desagradable	.759	
7. Recompensante-Castigante	.600	
8. Caro-Barato	.502	
Factor 2 Evaluación del Beneficio	Peso factorial	Alpha del Factor
El que yo arregle que mi paciente se tome el medicamento es...		.9459
1. Útil-Íntil	.896	
2. Malo-bueno	.893	
3. Inteligente-Tonto	.881	
4. Necesario-Innecesario	.831	

Para la actitud hacia la conducta "Yo le administro personalmente sus medicamentos a mi paciente" también se obtuvieron 2 factores (Tabla 6).

Tabla 6 Actitud hacia Administrar los Medicamentos		
Factor 1 Evaluación del Beneficio de dar medicamentos	Peso factorial	Alpha del Factor
El que yo Administre los medicamentos a mi paciente ...		
1. Cansado-descansado	.911	.9252
2. Pesado-Ligero	.873	
3. Fácil-Difícil	.824	
4. Cómodo-Incomodo	.801	
5. Aburrido-Entretenido	.704	
6. Agradable-desagradable	.702	
7. Recompensante-Castigante	.670	
8. Caro-Barato	.417	
Factor 2 Comodidad de dar medicamentos	Peso factorial	Alpha del Factor
El que yo arregle que mi paciente se tome el medicamento es ...		
1. Dañino-Benéfico	.943	.9552
2. Útil-inútil	.919	
3. Malo-bueno	.917	
4. Necesario-innecesario	.874	
5. Inteligente-Tonto	.752	

En lo que respecta a la actitud hacia "yo arreglo todo para que mi paciente acuda a sus consultas médicas" resultan 2 factores cuyos reactivos, peso factorial y alpha se muestran en la Tabla 7:

Tabla 7 Actitud hacia Arreglar la asistencia a consulta		
Factor 1 Comodidad de la asistencia a consulta	Peso factorial	Alpha del Factor
El que yo arregle que mi paciente asista a consulta es...		
1. Fácil-Difícil	.863	.9096
2. Aburrido-Entretenido	.838	
3. Cómodo-Incomodo	.830	
4. Agradable-desagradable	.763	
5. Recompensante-Castigante	.687	
Factor 2 Resultados de la asistencia a consulta	Peso factorial	Alpha del Factor
El que yo arregle que mi paciente asista a consulta es...		
1. Malo-bueno	.917	.9587
2. Dañino-Benéfico	.909	
3. Inteligente-Tonto	.886	
4. Útil-Inútil	.870	
5. Necesario-Innecesario	.844	

Para la Actitud hacia la conducta "Yo llevo personalmente a mi paciente a sus consultas medicas" se obtuvieron 2 factores los cuales se ilustran en la Tabla 8.

Tabla 8 Actitud hacia llevar a consulta		
Factor 1 Evaluación de llevar a consulta	Peso factorial	Alpha del Factor
El que yo lleve a mi paciente a consulta es...		
1. Pesado-Ligero	.881	.8905
2. Fácil-Difícil	.879	
3. Cansado-descansado	.874	
4. Cómodo-Incomodo	.801	
5. Aburrido-Entretenido	.734	
6. Recompensante-Castigante	.584	
7. Caro-Barato	.401	
Factor 2 Evaluación de los resultados de llevar a consulta	Peso factorial	Alpha del Factor
El que yo lleve a mi paciente a consulta es...		
1. Dañino-Benéfico	.922	.8993
2. Malo-bueno	.903	
3. Útil-inútil	.854	
4. Necesario-Innecesario	.773	
5. Inteligente-Tonto	.662	

Para la actitud hacia "Yo arreglo todo para que mi paciente acuda a sus sesiones de psicoterapia" se obtuvieron los resultados que se muestran en la Tabla 9:

Tabla 9 Actitud hacia arreglar la asistencia a psicoterapia		
Factor 1 Comodidad de arreglar la psicoterapia	Peso factorial	Alpha del Factor
El que yo arregle que mi paciente asista a psicoterapia es...		
1. Aburrido-Entretenido	.968	.9692
2. Cansado-descansado	.955	
3. Recompensante-Castigante	.951	
4. Pesado-Ligero	.951	
5. Inteligente-tonto	.950	
6. Útil-inútil	.939	
7. Cómodo-Incomodo	.937	
8. Fácil-Difícil	.936	
9. Malo-bueno	.933	
10. Dañino-Benéfico	.929	
11. Necesario-Innecesario	.921	
12. Agradable-desagradable	.906	
13. Caro-barato	.863	

De igual manera, en el caso de la actitud hacia la conducta "Yo llevo personalmente a mi paciente a sus sesiones de psicoterapia" se obtuvo lo que se presenta en la tabla 10:

Tabla 10 Actitud hacia llevar a Psicoterapia		
Factor 1 Beneficios y facilidad	Peso factorial	Alpha del Factor
El que yo lleve a mi paciente a psicoterapia es...		
8. Útil-Inútil	.966	.9752
9. Malo-bueno	.951	
10. Inteligente-Tonto	.944	
11. Dañino-Benéfico	.940	
12. Recompensante-Castigante	.931	
13. Necesario-Innecesario	.919	
14. Agradable-desagradable	.909	
15. aburrido-entretenido	.886	
16. caro-barato	.856	

Para la Parte de Creencias resultaron 8 factores lo cuales se obtuvieron a través del Análisis Factorial por componentes principales con Rotación ortogonal (Varimax) lo cual arrojó factores con autovalores mayores a 1 y cuyos coeficientes se muestran en la Tabla 11:

Tabla 11 Creencias		
Factor 1 Apoyo Familiar	Peso factorial	Alpha del Factor
El paciente esquizofrénico necesita de la comprensión de su familia	.866	.7867
Es posible ayudar a un paciente esquizofrénico	.864	
El paciente esquizofrénico necesita del apoyo de su familia	.584	
Factor 2 Es Incomodo	Peso factorial	Alpha del Factor
No es posible convivir con un paciente esquizofrénico	.759	.5795
El Gritón	.521	
Es impulsivo	.412	
Es desagradable	.404	
Factor 3 Optimismo del pronóstico	Peso factorial	Alpha del Factor
La esquizofrenia puede tratarse exitosamente	.737	.6540
Requiere un buen tratamiento para controlarse	.718	
Esta confundido	.512	
Puede tener una buena calidad de vida	.438	
Factor 4 Síntomas Conductuales	Peso factorial	Alpha del Factor
Se enoja fácilmente	.864	.6450
Es agresivo	.848	
Es grosero	.501	

Factor 5 Medidas a tomar por síntomas	Peso factorial	Alpha del Factor
Ve cosas raras	.672	.6326
Debe estar encerrado	.621	
finje que se siente mal	.565	
Debe de estar amarrado para poder controlarlo	.504	
No piensa bien lo que hace	.499	
Factor 6 Síntomas Cognoscitivos	Peso factorial	Alpha del Factor
Es distraído	.799	.5575
Le cuesta trabajo entender la realidad	.684	
Es nervioso	.474	
Factor 7 Incurable	Peso factorial	Alpha del Factor
Puede curarse si sigue el tratamiento(-)	.831	.6823
nunca se va a curar	.791	
Es un irresponsable	.470	
Factor 8 Es violento	Peso factorial	Alpha del Factor
Es inestable	.714	.6834
Es peligroso	.603	
Puede ser asesino	.464	

Para la sección del Instrumento que evalúa a la Norma Subjetiva, los hallazgos obtenidos a través de Análisis Factorial y análisis de confiabilidad se obtuvieron dos factores, los cuales, se muestran en las siguientes tablas (Ver Tablas 12, 13):

Tabla 12 Norma Subjetiva acerca la asistencia a psicoterapia		
Factor 1 Importancia para otros	Peso factorial	Alpha del Factor
Para mis amigos es importante la asistencia a psicoterapia	.989	.8432
Para otros es importante la asistencia a psicoterapia	.982	
Para mi familia es importante la asistencia a psicoterapia	.970	
Para mi pareja es importante la asistencia a psicoterapia	.948	

Tabla 13 Norma Subjetiva acerca la asistencia a consulta		
Factor 1 Amigos, Familiares, otros importantes	Peso factorial	Alpha del Factor
Para otros es importante la asistencia a consulta	.954	.8010
Para mi pareja es importante la asistencia a consulta	.839	
Para mis amigos es importante la asistencia a consulta	.720	

DISCUSIÓN

DESARROLLO Y VALIDACIÓN DE UN INSTRUMENTO QUE EVALÚE CADA UNO DE LOS COMPONENTES DE LA TEORÍA DE LA ACCIÓN RAZONADA APLICADO A FAMILIARES DE PACIENTES ESQUIZOFRÉNICOS

En cuanto a la evaluación del Apego al Tratamiento a través de la Teoría de Acción Razonada (Fishbein, op. cit.) es importante resaltar que no existen instrumentos parecidos que usen esta teoría, por lo tanto fue necesario construir un instrumento válido y confiable que consta de 67 reactivos divididos en 6 secciones cuyas características se describen a continuación:

La Teoría de Acción Razonada, tiene como meta principal predecir y entender la conducta del individuo, para lo cual primero tiene que definir y medir la conducta en cuestión (Fishbein, op. cit.), por lo cual, la sección que evalúa Conductas, quedó compuesta por 6 reactivos tipo Likert, y las conductas evaluadas son las siguientes:

- 1) Administrar personalmente sus medicamentos a mi paciente
- 2) Asegurarse que el paciente se tome su medicamento
- 3) Llevar personalmente al paciente a sus consultas médicas
- 4) Arreglar todo para que el paciente acuda a sus consultas médicas
- 5) Llevar personalmente al paciente a sus sesiones de psicoterapia
- 6) Arreglar todo para que el paciente acuda a sus sesiones de psicoterapia.

Estas conductas quedaron agrupadas en un solo factor cuya definición es la siguiente:

FACTOR 1	Conductas que realizo	$\alpha = .8249$
Se refiere aquellas acciones que realizan las madres y esposas de pacientes esquizofrénicos como parte de la ayuda que le brindan a su paciente, estas conductas son de dos tipos, las que realizan personalmente los sujetos y aquellas en las que se cercioran que otros las realicen por ellas.		

En la Teoría de Acción Razonada la Intención de un sujeto con respecto a una Conducta puede ser medida a través de la preguntarle si realizó o no la conducta en cuestión, esto ofrece una medida de la probabilidad de que un sujeto realice una conducta dada (Ajzen y Fishbein, 1975). Por lo cual, la sección que evalúa Intención quedó conformada por 4 reactivos de tipo Diferencial Semántico (Osgood, 1975)

La definición del factor resultante quedó conformada de la siguiente manera:

FACTOR 1	Intención hacia la conducta	$\alpha = .9007$
Se ilustra la tendencia que las madres y esposas tienen hacia realizar personalmente o arreglar la realización de diversas conductas, entre las cuales se encuentran acompañar o arreglar la consulta médica y dar o arreglar la toma de los medicamentos.		

Estos resultados están sustentados por aquellas investigaciones que proponen que las madres y esposas son quienes se encargan del cuidado del pacientes esquizofrénico (Biagini op. cit.), siendo los familiares quienes a pesar de los comportamientos violentos de los esquizofrénicos, ofrecen apoyo y ayuda (Díaz, op. cit.), asimismo brindan los recursos disponibles (Green, op. cit.) y evitan que se agrave la enfermedad ofreciendo apoyo social, familiar (Turner, op. cit.) así como aceptación de los pacientes esquizofrénicos (Tobey, op. cit.).

La **Actitud** hacia la conducta es un juicio personal sobre realizar una conducta. Por lo cual, un juicio más favorable resulta en una mayor probabilidad de intentar realizar una conducta (Fishbein, op. cit.). En este Instrumento la sección que mide Actitudes quedó compuesta por los siguientes adjetivos bipolares⁹: Agradable-Desagradable, Caro-Barato, Inteligente-Tonto, Bueno- Malo, Dañino-Benéfico, Cómodo-Incomodo, Pesado Ligero, Útil-Inútil, Cansado-descansado, Necesario-Innecesario, Aburrido-Entretenido, Recompensante-Castigante y Fácil-Difícil.

Los factores obtenidos son los siguientes:

⁹ Para el reactivo "El que yo lleve a mi paciente a sus consultas medicas es"... se eliminó el par de adjetivos Agradable-Desagradable, mientras que para el reactivo "El que yo lleve a mi paciente a sus sesiones de psicoterapia es..." se eliminaron las opciones Cómodo-Incómodo, Pesado-Ligero, Cansado-Descansado y Fácil-Difícil. En ambos reactivos, se eliminaron tales reactivos por su baja capacidad de discriminación.

Para la Conducta "Yo me aseguro que mi paciente tome sus medicamentos" se obtuvieron dos Factores:

FACTOR 1	Evaluación de Comodidad	$\alpha = .9325$
Representa a la percepción tanto de madres como de esposas hacia que tan cómodo, fácil y pesado es para ellas arreglar que el paciente se tome los medicamentos.		
FACTOR 2	Evaluación del beneficio	$\alpha = .9459$
Se refiere a la utilidad que madres y esposas de pacientes esquizofrénicos consideran que tiene el arreglar que su paciente se tome los medicamentos que le corresponden como parte de su tratamiento.		

Para la conducta "Yo le administro personalmente sus medicamentos a mi paciente" resultaron 2 factores:

FACTOR 1	Comodidad de dar medicamentos	$\alpha = .9252$
Manifiesta la percepción que tienen madres y esposas de pacientes esquizofrénicos respecto a la facilidad que implica el darles personalmente el medicamento a sus familiares.		
FACTOR 2	Evaluación del Beneficio de dar medicamentos	$\alpha = .9552$
Es una manifestación de la utilidad que le representa al paciente esquizofrénico el que ellas realicen personalmente la conducta de Dar el medicamento.		

De igual manera, para la actitud hacia la conducta "Yo arreglo todo para que mi paciente acuda a sus consultas médicas" se obtuvieron 2 factores:

FACTOR 1	Comodidad de la asistencia a consulta	$\alpha = .9096$
Proporciona una evaluación acerca de que tan cómodo, fácil, agradable, aburrido y recompensante es para las madres y esposas, el arreglar que el paciente asista a su consulta		
FACTOR 2	Resultados de la asistencia a consulta	$\alpha = .9587$
Es la percepción que tienen tanto madres como esposas de pacientes esquizofrénicos con respecto de los resultados que se obtienen al arreglar que el paciente asista a su consulta.		

Por otra parte, para la actitud hacia "Yo llevo a mi paciente a sus consultas médicas" se obtienen 2 factores:

FACTOR 1	Evaluación de llevar a consulta	$\alpha = .8905$
Representa una estimación de que tan factible es para las madres y esposas de pacientes esquizofrénicos asistir a consulta junto con el paciente.		
FACTOR 2	Resultados	$\alpha = .8993$
En este factor se proporciona una calificación acerca de que tan ventajoso es que el familiar del paciente, (ya sean madres o esposas) acudan a consulta con ellos.		

Para la actitud hacia "Yo arreglo todo para que mi paciente acuda a sus sesiones de psicoterapia" se obtuvo un Factor que proporciona una evaluación global de lo que representa para las madres y esposas el arreglar la asistencia a psicoterapia.

FACTOR 1	Comodidad de arreglar la psicoterapia	$\alpha = .9692$
En este factor se engloban todos aquellos beneficios que representa para las madres y esposas el arreglar que el paciente acuda a su sesión de psicoterapia, asimismo se evalúa la comodidad que representa para los sujetos el arreglar la psicoterapia.		

De igual manera, para la actitud hacia "llevar personalmente a psicoterapia" se obtuvo un factor el cual, se define a continuación:

FACTOR 1	Beneficios y facilidad	$\alpha = .9752$
Representa una evaluación completa que hacen tanto madres como esposas de pacientes esquizofrénicos hacia el ir personalmente a terapia con el paciente, implica tanto la utilidad que conlleva la acción como la facilidad que implica el realizarla.		

La actitud hacia la conducta esta determinada por las Creencias acerca del Objeto, por lo cual, para entender porque un sujeto tiene una actitud determinada hacia un objeto es necesario evaluar las creencias (Azjen y Fishbein, 1975) De esta manera, en la sección que evalúa a las Creencias, quedó compuesta por 38 reactivos dicotómicos, de los cuales, se obtienen 8 factores que se definen a continuación:

FACTOR 1	Apoyo Familiar	$\alpha = .7867$
Se compone de aquellas creencias que expresan la necesidad del paciente de comprensión, apoyo y ayuda por parte de su familia.		

Esto coincide con lo que plantea Leff (1982) quien ha resaltado la importancia del comportamiento de los familiares en las recaídas psicóticas, siendo alto el porcentaje de pacientes que requieren del apoyo familiar para lograr una buena calidad de vida (DSM-IV, op. cit.).

El siguiente factor se define de la siguiente manera:

FACTOR 2	Es Incomodo	$\alpha = .5795$
Se compone por aquellas creencias negativas hacia el paciente esquizofrénico en donde se habla de las molestias relativas a la convivencia con el paciente		

Estos resultados tienen congruencia con lo que plantea Jarne (op. cit.) que propone que debido a la esquizofrenia se percibe al paciente como una carga y como algo incomodo (Fadden op. cit.) ya que se considera al paciente como egoísta, perezoso o inútil (Fadden, op. cit.) siendo un problema la convivencia con un enfermo (Mills, 1962) (Sainsbury, 1962, Goldman, op. cit.).

A continuación se define al factor 3 Optimismo del pronóstico:

FACTOR 3	Optimismo del pronóstico	$\alpha = .6560$
Refleja la conciencia de que la esquizofrenia es un trastorno tratable y que es necesario seguir un tratamiento		

Cuyas creencias están avaladas por las descripciones del DSM-IV con respecto a la evolución y pronóstico de la enfermedad (op. cit.).

A continuación se presenta la definición del Factor 4:

FACTOR 4	Síntomas Conductuales	$\alpha = .6440$
Se refiere a todas aquellas conductas que realiza un paciente esquizofrénico como producto de su enfermedad.		

Los hallazgos obtenidos en este factor coinciden con lo planteado en algunas investigaciones donde se menciona que la convivencia con el paciente esquizofrénico genera tensión (Sainsbury, op. cit.; Goldman op. cit.) ya que se perciben actitudes y conductas trastornadas y desconcertantes en los pacientes (Fadden, op. cit.).

El Factor 5 Medidas a tomar por síntomas se describe a continuación:

FACTOR 5	Medidas a tomar por síntomas	$\alpha = .6326$
Son aquellas creencias que se supone se deben de implementar dentro del núcleo familiar del paciente para sobrellevar los síntomas de la enfermedad		

Dentro de estas creencias, se percibe al paciente como un sujeto que ve cosas raras, que finge que se siente mal y no piensa bien lo que hace por lo cual debe de estar amarrado o debe de estar encerrado. Estas creencias son erróneas y negativas, y tal y como lo plantea Fadden (op. cit.) son normales cuando los familiares no interpretan a la conducta del enfermo como parte de su enfermedad.

El siguiente Factor se define a continuación:

FACTOR 6	Síntomas Cognoscitivos	$\alpha = .5575$
Se refiere al deterioro de los procesos de pensamiento del paciente debido a la enfermedad		

Los elementos de este factor coinciden con síntomas de la enfermedad, en los cuales, se muestra un deterioro de los procesos de pensamiento (DSM-IV op. cit.), tales como distracción, nerviosismo y falta de comprensión de la realidad.

El Factor 7 Incurable se describe de la siguiente forma:

FACTOR 7	Incurable	$\alpha = .6823$
Refleja la creencia de que la esquizofrenia es una enfermedad que no tienen cura.		

Estos resultados tienen congruencia con los hallazgos de Fadden (op. cit.), García (1991) y Jarne (op. cit.) donde el paciente se percibe como irresponsable y que la acción de los familiares no contribuye a su recuperación, por lo cual, hay desesperanza en cuanto al buen pronóstico (García 1991).

Finalmente se presenta el Factor 8:

FACTOR 8	Es violento	$\alpha = .6834$
Se compone de creencias acerca de lo peligroso que es el paciente para la familia		

Aquí, se percibe al paciente como peligroso, inestable y como asesino, estas creencias están sustentadas en lo que plantean Walters y Nothover (1965) respecto a los comportamientos agresivos de varones esquizofrénicos y a la conducta amenazante que presentan ante sus familiares (García, op. cit.).

Finalmente para la **Norma Subjetiva**, el sujeto toma en cuenta las expectativas normativas de otros con respecto a su ambiente, es decir, el sujeto considera si otros importantes para él, piensan que debe realizar o no una conducta y usa esta información para crear su norma subjetiva (Azjen y Fishbein, 1975).

Por su parte, la sección que evalúa a la **Norma Subjetiva** quedó compuesta por 11 reactivos dicotómicos, que se dividen en 2 factores:

FACTOR 1	Norma Subjetiva acerca la asistencia a psicoterapia	$\alpha = .8432$
Refleja que es lo que piensan tanto madres como esposas acerca de la importancia que otros (familia, amigos, pareja y otros) le dan al hecho de que ellas sean las responsables de llevar a su paciente a psicoterapia.		

FACTOR 1	Norma Subjetiva acerca la asistencia a consulta	$\alpha = .8010$
Es la percepción que tienen madres y esposas acerca de los que ellas creen que otros (Familia, pareja y amigos) piensan acerca de su responsabilidad de llevar a su paciente a consulta.		

Estos hallazgos de cierta manera concuerdan con lo encontrado por Leff (op. cit.) donde las madres interrumpen sus actividades cotidianas (Mandelbrote, Folkard 1961), que requieren permanecer más tiempo con el paciente para evitar que se lastime. Además ellas se perciben como las responsables del cuidado del paciente para evitar las recaídas (Brown, 1966).

Estos hallazgos de cierta manera concuerdan con lo encontrado por Leff (op. cit.) donde las madres interrumpen sus actividades cotidianas (Mandelbrote, Folkard 1961), que requieren permanecer más tiempo con el paciente para evitar que se lastime. Además ellas se perciben como las responsables del cuidado del paciente para evitar las recaídas (Brown, 1966).

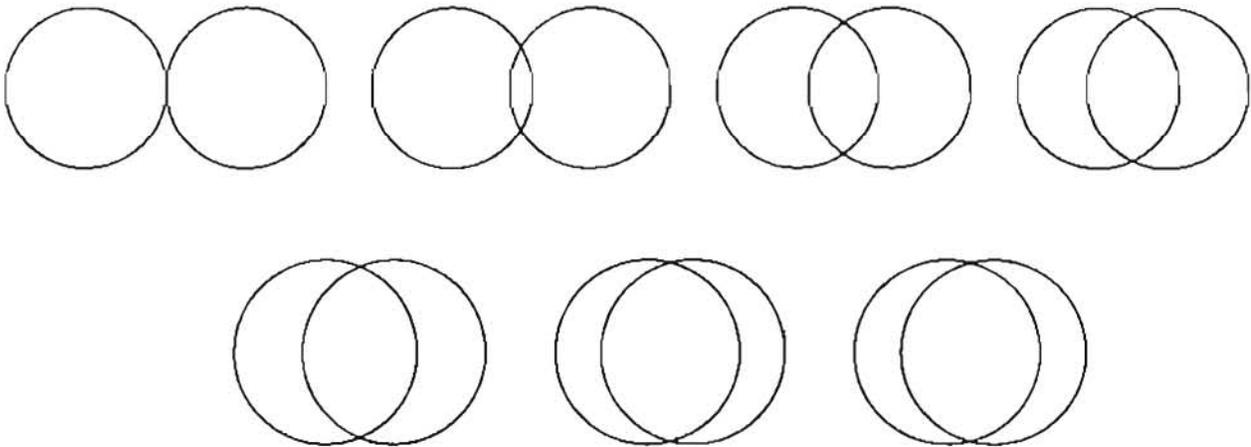
Anexo 3

Escala de Inclusión del Otro en el Yo (Aron, 1992)

Instrucciones

Seleccione y marque con una cruz (X) la imagen que mejor describa la relación con su paciente; considerando que el primer círculo de cada par es usted y el segundo es su paciente.

Yo *MI paciente*



Anexo 4

El siguiente cuestionario forma parte de una investigación de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México para conocer aspectos de los pacientes esquizofrénicos.

La información que usted pueda proporcionarnos será tratada con absoluta confidencialidad, en forma anónima y procesada estadísticamente, por lo cual se le pide que conteste en forma honesta y sincera. Recuerde que no hay respuestas correctas o incorrectas.

AGRADECEMOS DE ANTEMANO SU COOPERACIÓN

Datos personales

Edad: _____ años

Parentesco con el paciente: Madre () Esposa ()

Tiempo de enfermedad de su familiar: _____ años _____ meses

Escolaridad: Primaria () Secundaria () Preparatoria () Licenciatura ()

Posgrado () Otra _____

Instrucciones

A continuación hay una serie de afirmaciones, usted debe indicar con una (X) que tan frecuentemente es cierta cada una de esas afirmaciones en su caso. Elija una de cinco posibles respuestas que se le presentan a continuación:

Siempre

La mayoría de las veces

Algunas veces

Casi nunca

Nunca

Por favor conteste sinceramente.

1. Yo me aseguro que mi paciente tome sus medicamentos

Siempre La mayoría de las veces Algunas veces Casi nunca Nunca

2. Yo arreglo todo para que mi paciente acuda a sus sesiones de psicoterapia

Siempre La mayoría de las veces Algunas veces Casi nunca Nunca

3. Yo llevo a mi paciente a sus consultas medicas

Siempre La mayoría de las veces Algunas veces Casi nunca Nunca

4. Yo llevo a mi paciente a sus sesiones de psicoterapia

Siempre La mayoría de las veces Algunas veces Casi nunca Nunca

Caro	_____	_____	_____	_____	Barato
Inteligente	_____	_____	_____	_____	Tonto
Bueno	_____	_____	_____	_____	Malo
Dañino	_____	_____	_____	_____	Benéfico
Cómodo	_____	_____	_____	_____	Incómodo
Pesado	_____	_____	_____	_____	Ligero
Útil	_____	_____	_____	_____	Inútil
Cansado	_____	_____	_____	_____	Descansado
Necesario	_____	_____	_____	_____	Innecesario
Aburrido	_____	_____	_____	_____	Entretenido
Recompensante	_____	_____	_____	_____	Castigante
Fácil	_____	_____	_____	_____	Difícil

17. El que yo arregle todo para que mi paciente acuda a sus consultas medicas es:

Agradable	_____	_____	_____	_____	Desagradable
Caro	_____	_____	_____	_____	Barato
Inteligente	_____	_____	_____	_____	Tonto
Bueno	_____	_____	_____	_____	Malo
Dañino	_____	_____	_____	_____	Benéfico
Cómodo	_____	_____	_____	_____	Incómodo
Pesado	_____	_____	_____	_____	Ligero
Útil	_____	_____	_____	_____	Inútil
Cansado	_____	_____	_____	_____	Descansado
Necesario	_____	_____	_____	_____	Innecesario
Aburrido	_____	_____	_____	_____	Entretenido
Recompensante	_____	_____	_____	_____	Castigante
Fácil	_____	_____	_____	_____	Difícil

18. El que yo arregle todo para que mi paciente acuda a sus sesiones de psicoterapia es:

Agradable	_____	_____	_____	_____	Desagradable
Caro	_____	_____	_____	_____	Barato
Inteligente	_____	_____	_____	_____	Tonto
Bueno	_____	_____	_____	_____	Malo
Dañino	_____	_____	_____	_____	Benéfico
Cómodo	_____	_____	_____	_____	Incómodo
Pesado	_____	_____	_____	_____	Ligero
Útil	_____	_____	_____	_____	Inútil
Cansado	_____	_____	_____	_____	Descansado
Necesario	_____	_____	_____	_____	Innecesario
Aburrido	_____	_____	_____	_____	Entretenido
Recompensante	_____	_____	_____	_____	Castigante
Fácil	_____	_____	_____	_____	Difícil

Instrucciones

A continuación encontrará una serie de afirmaciones, lea cuidadosamente cada una e indique con una (X) si está usted de acuerdo o en desacuerdo tomando una de las dos posibles respuestas. Conteste solo aquellas con las que esté de acuerdo:

SI NO

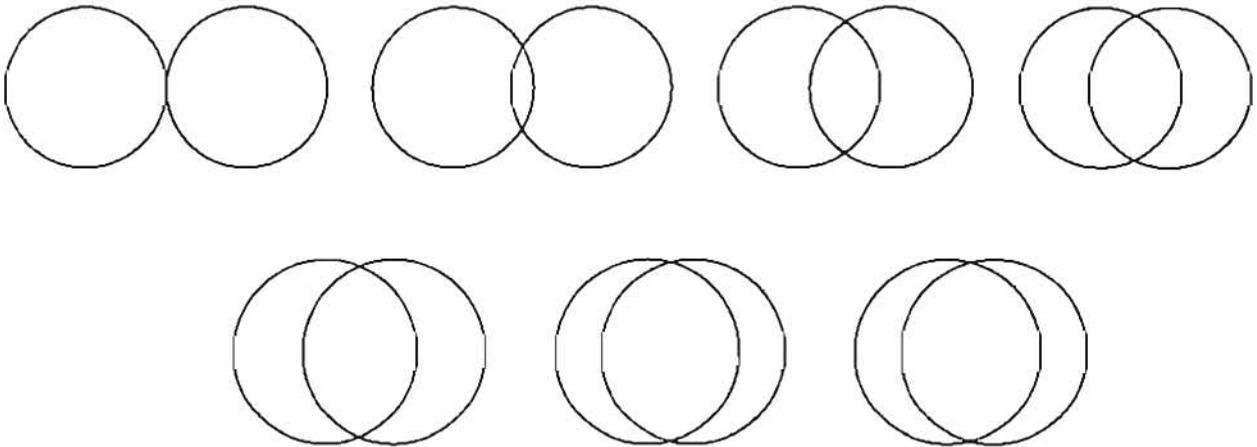
19. El paciente esquizofrénico es agresivo	Si	No
20. El paciente esquizofrénico se enoja fácilmente	Si	No
21. El paciente esquizofrénico es flojo	Si	No
22. Para mi familia es importante que yo me haga responsable de que mi paciente tome sus medicamentos	Si	No
23. Para mi pareja, yo debo cuidar que mi paciente tome sus medicamentos	Si	No
24. El paciente esquizofrénico ve cosas raras	Si	No
25. El paciente esquizofrénico es algo desagradable	Si	No
26. El paciente esquizofrénico esta enfermo	Si	No
27. Para mis amigos (as) es bueno que yo sea quien le de sus medicamentos a mi paciente.	Si	No
28. El paciente esquizofrénico no piensa bien lo que hace	Si	No
29. El paciente esquizofrénico puede ser un asesino	Si	No
30. El paciente esquizofrénico tiene miedo	Si	No
31. El paciente esquizofrénico es peligroso	Si	No
32. El paciente esquizofrénico es inestable	Si	No
33. El paciente esquizofrénico debe de estar amarrado para poder controlarse	Si	No
34. El paciente esquizofrénico es grosero	Si	No
35. El paciente esquizofrénico a veces finge que se siente mal	Si	No
36. El paciente esquizofrénico esta confundido	Si	No
37. Para mi pareja, yo debo cuidar que mi paciente asista a sus consultas medicas	Si	No
38. No es posible convivir con un paciente esquizofrénico	Si	No
39. El paciente esquizofrénico no sabe quien es	Si	No
40. El paciente esquizofrénico no esta consciente de lo que hace	Si	No
41. El paciente esquizofrénico es malo por naturaleza	Si	No
42. Para mi familia es importante que yo me haga responsable de que mi paciente asista a consulta	Si	No
43. El paciente esquizofrénico hace cosas extrañas	Si	No
44. Para mi familia es importante que yo me haga responsable de que mi paciente acuda a su psicoterapia.	Si	No
45. El paciente esquizofrénico necesita que lo ayuden a cuidarse	Si	No
46. El paciente esquizofrénico debe estar encerrado	Si	No
47. Para mi pareja, yo debo cuidar que mi paciente acuda a sus sesiones de psicoterapia	Si	No
48. El paciente esquizofrénico no debe aislarse	Si	No
49. El paciente esquizofrénico se irrita fácilmente	Si	No
50. El paciente esquizofrénico puede curarse si quiere esta fingiendo	Si	No

51. El paciente esquizofrénico es nervioso	Si	No
52. El paciente esquizofrénico esta poseído	Si	No
53. El paciente esquizofrénico puede curarse si sigue su tratamiento	Si	No
54. La esquizofrenia se puede tratar exitosamente	Si	No
55. El pacientes esquizofrénico necesita de la comprensión de su familia	Si	No
56. El paciente esquizofrénico es distraído	Si	No
57. Al paciente esquizofrénico le cuesta trabajo entender la realidad	Si	No
58. A mis amigos (as) les gustaría que yo llevara a mi paciente a sus consultas medicas	Si	No
59. A mis amigos (as) les gustaría que yo llevara a mi paciente a sus sesiones de psicoterapia	Si	No
60. El paciente esquizofrénico es un inútil	Si	No
61. El paciente esquizofrénico es impulsivo	Si	No
62. El paciente esquizofrénico nunca se va a curar	Si	No
63. El paciente esquizofrénico puede tener una buena calidad de vida	Si	No
64. El paciente esquizofrénico es irresponsable	Si	No
65. La esquizofrenia requiere un buen tratamiento para controlarse	Si	No
66. El paciente esquizofrénico se desespera con facilidad	Si	No
67. El paciente esquizofrénico es gritón	Si	No
68. Es posible ayudar a un paciente esquizofrénico	Si	No
69. El paciente esquizofrénico necesita el apoyo de si familia	Si	No
70. Para _____ es necesario que yo le de sus medicamentos a mi paciente	Si	No
71. Para _____ es necesario que yo lleve a mi paciente a psicoterapia	Si	No
72. Para _____ es necesario que yo lleve a mi paciente a sus consultas médicas.	Si	No

Instrucciones

Seleccione y marque con una cruz (X) la imagen que mejor describa la relación con su paciente; considerando que el primer círculo de cada par es usted y el segundo es su paciente.

Yo *Mi paciente*



Anexo 5

El siguiente cuestionario forma parte de una investigación de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México para conocer aspectos de los pacientes esquizofrénicos.

La información que usted pueda proporcionarnos será tratada con absoluta confidencialidad, en forma anónima y procesada estadísticamente, por lo cual se le pide que conteste en forma honesta y sincera. Recuerde que no hay respuestas correctas o incorrectas.

AGRADECEMOS DE ANTEMANO SU COOPERACIÓN

Datos personales

Edad: _____ años

Parentesco con el paciente: Madre () Esposa ()

Tiempo de enfermedad de su familiar: _____ años _____ meses

Escolaridad: Primaria () Secundaria () Preparatoria () Licenciatura ()

Posgrado () Otra _____

Instrucciones

A continuación hay una serie de afirmaciones, usted debe indicar con una (X) que tan frecuentemente es cierta cada una de esas afirmaciones en su caso. Elija una de cinco posibles respuestas que se le presentan a continuación:

Siempre

La mayoría de las veces

Algunas veces

Casi nunca

Nunca

Por favor conteste sinceramente.

1. Yo me aseguro que mi paciente tome sus medicamentos

_____ siempre _____ La mayoría de las veces _____ Algunas veces _____ Casi nunca _____ Nunca

2. Yo arreglo todo para que mi paciente acuda a sus sesiones de psicoterapia

_____ Siempre _____ La mayoría de las veces _____ Algunas veces _____ Casi nunca _____ Nunca

3. Yo llevo a mi paciente a sus consultas medicas

_____ Siempre _____ La mayoría de las veces _____ Algunas veces _____ Casi nunca _____ Nunca

4. Yo llevo a mi paciente a sus sesiones de psicoterapia

_____ Siempre _____ La mayoría de las veces _____ Algunas veces _____ Casi nunca _____ Nunca

5. Yo le administro sus medicamentos a mi paciente

 Siempre La mayoría de las veces Algunas veces Casi nunca Nunca

6. Yo arreglo todo para que mi paciente acuda a sus consultas medicas

 Siempre La mayoría de las veces Algunas veces Casi nunca Nunca

Instrucciones

Ahora encontrará otra serie de afirmaciones ante las cuales usted debe marcar con una (X) la opción que mejor describa la probabilidad de que usted realice cada una de las siguientes actividades:

Por ejemplo:

Que tan probable es que usted...

Se encargue de realizar las compras en su casa?

Muy probable Nada Probable

La X indica la probabilidad de que usted realice esa actividad. Por favor conteste las siguientes afirmaciones siguiendo la lógica del ejemplo presentado.

¿Que tan probable es que usted...

7. De a tomar el medicamento a su paciente cuando esto sea necesario?

Muy probable Nada Probable

8. Arregle todo para que su paciente acuda a sus consultas médicas cuando se requiera?

Muy probable Nada Probable

9. Lleve a su paciente a sus consultas médicas cuando se requiera?

Muy probable Nada Probable

10. Arregle todo para que su paciente tome su medicamento?

Muy probable Nada Probable

Instrucciones

Ahora, marque con una (X) la línea que mejor describa su forma de pensar:

Por ejemplo:

El que llueva en las tardes es:

Agradable X Desagradable

La X indica cual es su opinión al respecto, de esta manera conteste sinceramente cada una de las siguientes afirmaciones:

11. El que yo le administre sus medicamentos a mi paciente es:

Agradable	_____	_____	_____	_____	_____	Desagradable
Caro	_____	_____	_____	_____	_____	Barato
Inteligente	_____	_____	_____	_____	_____	Tonto
Bueno	_____	_____	_____	_____	_____	Malo
Dañino	_____	_____	_____	_____	_____	Benéfico
Cómodo	_____	_____	_____	_____	_____	Incómodo
Pesado	_____	_____	_____	_____	_____	Ligero
Útil	_____	_____	_____	_____	_____	Inútil
Cansado	_____	_____	_____	_____	_____	Descansado
Necesario	_____	_____	_____	_____	_____	Innecesario
Aburrido	_____	_____	_____	_____	_____	Entretenido
Recompensarte	_____	_____	_____	_____	_____	Castigante
Fácil	_____	_____	_____	_____	_____	Difícil

12. El que yo lleve a mi paciente a sus consultas medicas es:

Caro	_____	_____	_____	_____	_____	Barato
Inteligente	_____	_____	_____	_____	_____	Tonto
Bueno	_____	_____	_____	_____	_____	Malo
Dañino	_____	_____	_____	_____	_____	Benéfico
Cómodo	_____	_____	_____	_____	_____	Incómodo
Pesado	_____	_____	_____	_____	_____	Ligero
Útil	_____	_____	_____	_____	_____	Inútil
Cansado	_____	_____	_____	_____	_____	Descansado
Necesario	_____	_____	_____	_____	_____	Innecesario
Aburrido	_____	_____	_____	_____	_____	Entretenido
Recompensante	_____	_____	_____	_____	_____	Castigante
Fácil	_____	_____	_____	_____	_____	Difícil

13. El que yo lleve a mi paciente a sus sesiones de psicoterapia es:

Agradable	_____	_____	_____	_____	_____	Desagradable
Caro	_____	_____	_____	_____	_____	Barato
Inteligente	_____	_____	_____	_____	_____	Tonto
Bueno	_____	_____	_____	_____	_____	Malo
Dañino	_____	_____	_____	_____	_____	Benéfico
Útil	_____	_____	_____	_____	_____	Inútil
Necesario	_____	_____	_____	_____	_____	Innecesario
Aburrido	_____	_____	_____	_____	_____	Entretenido
Recompensante	_____	_____	_____	_____	_____	Castigante

14. El que yo arregle todo para que mi paciente tome sus medicamentos es:

Agradable	_____	_____	_____	_____	_____	Desagradable
Caro	_____	_____	_____	_____	_____	Barato
Inteligente	_____	_____	_____	_____	_____	Tonto
Bueno	_____	_____	_____	_____	_____	Malo
Dañino	_____	_____	_____	_____	_____	Benéfico
Cómodo	_____	_____	_____	_____	_____	Incómodo
Pesado	_____	_____	_____	_____	_____	Ligero
Útil	_____	_____	_____	_____	_____	Inútil

Cansado _____ Descansado
 Necesario _____ Innecesario
 Aburrido _____ Entretenido
 Recompensante _____ Castigante
 Fácil _____ Difícil

15. El que yo arregle todo para que mi paciente acuda a sus consultas medicas es:

Agradable _____ Desagradable
 Caro _____ Barato
 Inteligente _____ Tonto
 Bueno _____ Malo
 Dañino _____ Benéfico
 Cómodo _____ Incómodo
 Útil _____ Inútil
 Necesario _____ Innecesario
 Aburrido _____ Entretenido
 Recompensante _____ Castigante
 Fácil _____ Difícil

16. El que yo arregle todo para que mi paciente acuda a sus sesiones de psicoterapia es:

Agradable _____ Desagradable
 Caro _____ Barato
 Inteligente _____ Tonto
 Bueno _____ Malo
 Dañino _____ Benéfico
 Cómodo _____ Incómodo
 Pesado _____ Ligero
 Útil _____ Inútil
 Cansado _____ Descansado
 Necesario _____ Innecesario
 Aburrido _____ Entretenido
 Recompensante _____ Castigante
 Fácil _____ Difícil

Instrucciones

A continuación encontrará una serie de afirmaciones, lea cuidadosamente cada una e indique con una (X) si está usted de acuerdo o en desacuerdo tomando una de las dos posibles respuestas. Conteste solo aquellas con las que esté de acuerdo:

SI NO

17. El paciente esquizofrénico es agresivo	Si	No
18. El paciente esquizofrénico se enoja fácilmente	Si	No
19. El paciente esquizofrénico es flojo	Si	No
20. Para mi familia es importante que yo me haga responsable de que mi paciente tome sus medicamentos	Si	No

21. Para mi pareja, yo debo cuidar que mi paciente tome sus medicamentos	Si	No
22. El paciente esquizofrénico ve cosas raras	Si	No
23. El paciente esquizofrénico es algo desagradable	Si	No
24. El paciente esquizofrénico esta enfermo	Si	No
25. Para mis amigos (as) es bueno que yo sea quien le de sus medicamentos a mi paciente.	Si	No
26. El paciente esquizofrénico no piensa bien lo que hace	Si	No
27. El paciente esquizofrénico puede ser un asesino	Si	No
28. El paciente esquizofrénico tiene miedo	Si	No
29. El paciente esquizofrénico es peligroso	Si	No
30. El paciente esquizofrénico es inestable	Si	No
31. El paciente esquizofrénico debe de estar amarrado para poder controlarse	Si	No
32. El paciente esquizofrénico es grosero	Si	No
33. El paciente esquizofrénico a veces finge que se siente mal	Si	No
34. El paciente esquizofrénico esta confundido	Si	No
35. Para mi pareja, yo debo cuidar que mi paciente asista a sus consultas medicas	Si	No
36. No es posible convivir con un paciente esquizofrénico	Si	No
37. El paciente esquizofrénico no sabe quien es	Si	No
38. El paciente esquizofrénico no esta consciente de lo que hace	Si	No
39. Para mi familia es importante que yo me haga responsable de que mi paciente asista a consulta	Si	No
40. El paciente esquizofrénico necesita que lo ayuden a cuidarse	Si	No
41. El paciente esquizofrénico debe estar encerrado	Si	No
42. Para mi pareja, yo debo cuidar que mi paciente acuda a sus sesiones de psicoterapia	Si	No
43. El paciente esquizofrénico no debe aislarse	Si	No
44. El paciente esquizofrénico se irrita fácilmente	Si	No
45. El paciente esquizofrénico es nervioso	Si	No
46. El paciente esquizofrénico esta poseído	Si	No
47. El paciente esquizofrénico puede curarse si sigue su tratamiento	Si	No
48. La esquizofrenia se puede tratar exitosamente	Si	No
49. El pacientes esquizofrénico necesita de la comprensión de su familia	Si	No
50. El paciente esquizofrénico es distraído	Si	No
51. Al paciente esquizofrénico le cuesta trabajo entender la realidad	Si	No
52. A mis amigos (as) les gustaría que yo llevara a mi paciente a sus consultas medicas	Si	No
53. A mis amigos (as) les gustaría que yo llevara a mi paciente a	Si	No

sus sesiones de psicoterapia		
54. El paciente esquizofrénico es un inútil	Si	No
55. El paciente esquizofrénico es impulsivo	Si	No
56. El paciente esquizofrénico nunca se va a curar	Si	No
57. El paciente esquizofrénico puede tener una buena calidad de vida	Si	No
58. El paciente esquizofrénico es irresponsable	Si	No
59. La esquizofrenia requiere un buen tratamiento para controlarse	Si	No
60. El paciente esquizofrénico se desespera con facilidad	Si	No
61. El paciente esquizofrénico es gritón	Si	No
62. Es posible ayudar a un paciente esquizofrénico	Si	No
63. El paciente esquizofrénico necesita el apoyo de su familia	Si	No
64. Para _____ es necesario que yo le de sus medicamentos a mi paciente	Si	No
65. Para _____ es necesario que yo lleve a mi paciente a psicoterapia	Si	No
66. Para _____ es necesario que yo lleve a mi paciente a sus consultas médicas.	Si	No

Instrucciones

67. Seleccione y marque con una cruz (X) la imagen que mejor describa la relación con su paciente; considerando que el primer círculo de cada par es usted y el segundo es su paciente.

Yo *Mi paciente*

