

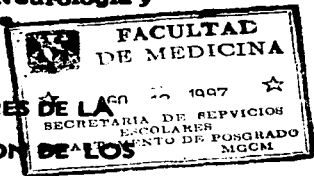
11241 6  
24.



# UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

## FACULTAD DE MEDICINA

División de Estudios de Posgrado  
Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía



**CONOCIMIENTOS FAMILIARES DE LA ESQUIZOFRENIA: ¿ INFLUYE SOBRE EVOLUCION DE LOS PACIENTES ?**

**TESIS DE POSGRADO**  
Que para obtener la **Especialidad en PSIQUIATRIA**  
p r e s e n t a

**DRA. HILDA PATRICIA CERVERA SILVA**

ASESOR: DR. IGNACIO RUIZ LOPEZ

México, D. F.



**TESIS CON FALLA DE ORIGEN**



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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

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

**CONOCIMIENTOS FAMILIARES  
DE LA ESQUIZOFRENIA:  
¿INFLUYE SOBRE LA EVOLUCION  
DE LOS PACIENTES?**

**Tesis de Postgrado**

**QUE PARA OBTENER LA ESPECIALIDAD EN:**

**PSIQUIATRIA**

**PRESENTA**

**Dra. Hilda Patricia Cervera Silva**  
**Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía**  
**Manuel Velasco Suárez**

**Dr. Enrique Otero Siliceo**  
**Subdirector General de Enseñanza**

**Dr. Ignacio Ruíz López**  
**Tutor**

**Mexico, D.F. Febrero 1994.**



**Dr. Enrique Otero Siliceo**

***SUBDIRECTOR GENERAL DE ENSEÑANZA***

## **DEDICATORIA**

**A TI MADRE:**

**POR HABERME DADO EL DON DE LA VIDA, POR EL TIEMPO QUE ME HAZ DADO, TODAS LAS OPORTUNIDADES Y EL APOYO INCONDICIONAL QUE ME HAZ BRINDADO PARA CRECER Y LLEGAR A UNA META MAS EN MI VIDA**

**GRACIAS DE MANERA INFINITA**

**A MI PADRE:**

**EN HONOR A SU MEMORIA, POR QUE ESTA CONMIGO, POR TODAS LAS VIVENCIAS Y HERMOSAS EXPERIENCIAS QUE ME DEJO; POR QUE SIN ELLOS ESTOY SEGURA QUE NUNCA HUBIERA LLEGADO A SER LO QUE SOY**

**GRACIAS Y HASTA SIEMPRE**

## AGRADECIMIENTOS

DR. IGNACIO RUIZ LOPEZ:

GRACIAS POR TUS  
ENSEÑANZAS, TUS EXPERIENCIAS, POR TU GRAN  
PACIENCIA, APOYO QUE ME HAZ BRINDADO Y SOBRE  
TODO GRACIAS POR TU AMISTAD.

DR. MARIO MENDOZA SILVA

DR. GUILLERMO S. GARCIA RAMOS

DR. ENRIQUE OTERO SILICEO

DRA. TERESA CORONA VAZQUEZ

DR. ALFONSO ESCOBAR IZQUIERDO

DR. FCO. JAVIER ORTIZ NESME

**A MI HERMANO:**

**DR. JOSE LUIS CERVERA SILVA**

**A MI AMIGA:**

**DRA. MARIA LUISA VARGAS RADILLO**

**Y A MIS GRANDES AMIGOS:**

**ROCIO, JORGE, ARTURO, ULISES**

**Y MUY EN ESPECIAL A**

**LUIS ENRIQUE**



## INDICE

1.-	INTRODUCCION.....	1
2.-	ANTECEDENTES DE LA ESQUIZOFRENIA.....	3
	a) Historia	
	b) Epidemiología	
	c) Neuroimagen	
	d) Neuropatología	
3.-	MANIFESTACIONES CLINICAS.....	14
4.-	FAMILIA Y ESQUIZOFRENIA.....	18
5.-	JUSTIFICACION.....	26
6.-	MATERIAL Y METODOS.....	28
7.-	RESULTADOS.....	32
8.-	DISCUSION.....	45
9.-	CONCLUSIONES.....	50
10.-	BIBLIOGRAFIA.....	52

## **INTRODUCCION**

**La esquizofrenia es un trastorno psiquiátrico, que afecta a personas en edad productiva (15 a 35 años), por igual en ambos sexos, dejando deterioro importante del nivel previo de funcionamiento.(22,23)**

**A pesar de la mejoría de los pacientes con el uso de neurolépticos se ha demostrado que la familia también desempeña un papel primordial en el tratamiento y rehabilitación de los pacientes; sin embargo la familia puede contribuir en forma negativa para el curso y pronóstico de la enfermedad lo cual se manifiesta por incremento en el número de recaídas.(72,74)**

**Se ha visto que existe una expresión emocional en el ambiente familiar, y las que tienen un nivel elevado de expresión emocional presentan mayor número de recaídas los pacientes, que las de expresión emocional baja.(70,86)**

**La incidencia de recaída posterior al egreso hospitalario es del 40% (9 meses) y puede llegar hasta el 85%, (12 meses).(71)**

**La familia de los pacientes generalmente desconoce en ocasiones hasta el nombre de la enfermedad por lo que la información que manejan puede ser equivocada, ya que hay quienes llegan a pensar que es contagiosa, les duele, o se cura.(73)**

**La calidad de vida de los pacientes mejora si la familia tiene conocimientos acerca de la Esquizofrenia. La importancia de los medicamentos, adecuada adherencia a ellos, identificando síntomas en la enfermedad, brindando un apoyo dirigido, reflejandose en una disminución en el número de recaídas y rehabilitación del paciente.(83-84)**

**Por lo anterior expuesto la educación de los familiares de pacientes da beneficios importantes en la calidad de vida de los enfermos con esquizofrenia.(85)**

## **ANTECEDENTES DE LA ESQUIZOFRENIA**

**Historia:** La importancia cualitativa y cuantitativa de la Psiquiatría denota que nos encontramos ante una disciplina que no es simplemente una especialidad médica más. Su distinción cualitativa más peculiar consiste en ser la rama humanista o antropológica por excelencia de la medicina. De aquí que algunos antiguos autores hayan equiparado la Psiquiatría a la medicina psicológica en la sección de la Psiquiatría. En línea de importancia cuantitativa debe señalarse que todos los enfermos tienen; aspectos psíquicos tributarios de la medicina psicológica, aspectos psíquicos de estirpe etiopatogénica.

La peculiaridad histórica más importante de la psiquiatría es la de ser una de las ramas más jóvenes de la medicina: por razones muy vinculadas a los griegos, sobre todo a Galeno, que en sus estudios parece haber prescindido de las enfermedades psíquicas. El establecimiento de la psiquiatría como ciencia, acaeció unos dos siglos después del inicio científico de las demás disciplinas médicas.

El movimiento de la psiquiatría ilustrada se extiende desde 1740 - 1800 .El inicio de sus manifestaciones en el campo de la medicina, de acuerdo con Lafné Entralgo, sin embargo no acaba de configurarse hasta los primeros años del siglo XIX. El honor del renacimiento científico de la psiquiatría, que se produce en el límite cronológico entre la ilustración y el Romanticismo, debe adjudicarse al haber de la Ilustración. La tradición y la fe son absorbidas en el siglo XVIII por la confianza en la razón y la ciencia.

Witter describe que la Psiquiatría comienza en Francia hacia el año 1800, con la obra de Pinel (Philippe Pinel 1745 - 1826), decía que no quería construir nuevas hipótesis, sino limitarse a la observación y descripción de hechos, de datos fácticos. Pinel había recibido luces ilustrativas de los escritos de Condillac y De Cabani, igualmente influyeron Descartes y Los enciclopedistas del siglo XVIII; contribuyen a la Psiquiatría por haber naturalizado el espíritu del hombre, con lo que el pensamiento del mismo se vuelve más racional (1,2 ,3).

Riese señala que Pinel ha pasado a la historia de la Psiquiatría : a) Por haber liberado al alienado de sus cadenas intelectuales y físicas , b) inicio el tratamiento moral, que no significa una acción moralizante, sino una actividad psicoterapéutica. Existe otra razón para perpetuar la memoria de Pinel en la historia: es haber introducido el método experimental, es decir, la observación repetida de los hechos y el análisis racional de los mismo.

En 1810, en la cuarta edición de su "Nosographie Philosophique ", Pinel define la medicina experimental contraponiendola a lo que él llamo empirismo estricto, como una ciencia que consiste en observar con atención, no referirse más que a signos sensibles, repetir varias veces las observaciones. Con la obra de Pinel y de su discípulo Esquirol, la Psiquiatría se libera casi definitivamente de las interpretaciones demonológicas y sustituye las construcciones especulativas por la colección de material empírico, en el que se incluyen, sobre todo las investigaciones somáticas, con lo que se estrechan las relaciones entre la Psiquiatría y la medicina.

El Romanticismo científico queda comprendido entre 1800 y 1848. En Alemania aparece una Psiquiatría enteramente "romántica". En Francia siguió desarrollándose por un sendero estrictamente técnico y científico. La Psiquiatría

entra en esta época bajo el égida de Pinel (fallece 1826), quien había distribuido las enfermedades psíquicas en los cuatro tipos siguientes : La manía o delirio general, donde se incluían cuadros esquizófrénicos, maníacos e hipomaníacos, La melancolía o delirio exclusivo ,que comprendería, sobre todo, las depresiones ciclotímicas y las formas depresivas de la esquizofrenia. La demencia o destrucción del pensamiento, donde se incluían los paralíticos generales y los esquizofrénicos crónicos . La idiocia o ausencia de todas las facultades mentales; escritos en su libro titulado *Tratado Médico Filosófico de la Enagenación del Alma o Manía* (1801) Pinel tuvo muchos discípulos en medicina interna, pero en Psiquiatría solo tuvo dos: Ferrus y Esquirol. La labor del primero se limita a la lucha por la reforma de los asilos psiquiátricos. Esquirol se destaca como brillante reformador de la asistencia psiquiátrica y fundador de una gran escuela, ayudante de Pinel en la Salpêtrière, superó al maestro, sobre todo, en las dotes clínicas de observación y en eficacia didáctica; incorpora a la Psiquiatría la teoría cerebral de Gall. Establece rasgos diferenciales entre ilusiones y alucinaciones(4,5).

En el período del Positivismo naturalista cuando nuevamente se imponen la observación y el experimento sobre las especulaciones en el desarrollo de las ciencias.Sus límites son los años 1848 - 1914. Al principio de esa época aparece la obra del Pinel alemán, Griesinger (1817 - 1869). Fue primero profesor de medicina interna en Tubinga, Keil y Zurich. En 1864 se le nombró profesor de Psiquiatría y Neurología de Berlín, con lo que de acuerdo a las expresiones de Jaspers, la Psiquiatría de asilo comienza a transformarse en Psiquiatría de Universidad. Griesinger, a pesar de su conocida fórmula (las enfermedades psíquicas son enfermedades del cerebro), se ocupa de los aspectos psicológicos del enfermo (6,7).

Aunque la aportación teórica de Griesinger fue fundamental para el desarrollo de la Psiquiatría, la falta de comprobación empírica para la identificación de las causas de varias enfermedades mentales creó el clima de especulaciones. Por ese motivo, se hacía necesario ventilar el ambiente mediante un nuevo enfoque que combatiera los vicios acumulados mediante un razonamiento sencillo pero contundente, si bien era cierto que la anatomía patológica fracasaba en demostrar lesiones cerebrales en muchos enfermos mentales, era un hecho incontrovertible que los pacientes existían.

Los asilos seguían siendo ocupados por cantidades constantes de enfermos mentales cuyas conductas eran abigarradas y algunas de sus manifestaciones, incomprensibles. Por tanto, era fundamental identificar cuadros clínicos, describir síntomas y realizar clasificaciones que permitieran el uso de lenguaje común entre quienes habían decidido dedicarse al estudio de la especialidad, esto fue lo que hizo Kraepelin mediante un razonamiento sencillo y contundente.

Si Griesinger es el padre de la Psiquiatría, Kraepelin es un gran ordenador, clasificador, se guió por un principio fundamental para el médico: el de la observación. Afirma que la comprensión y elaboración teórica de los cuadros clínicos que, se abarcaban a la patología mental debían hacerse a la cabecera del enfermo. Creía en la experimentación animal y el método científico le era totalmente familiar. Se dió a la tarea laboriosa de aislar entidades clínicas. Para cuando publicó la primera edición de lo que sería su tratado de Psiquiatría, el compendio en un solo volumen, esa primera vez (1883), se habían hecho descripciones de varias enfermedades: la Demencia Precoce de Morel (1860); la paranoia, de Sander (1868), la Hebefrenia de Hecker (1870); la Catatonía, de Kahlbaum (1874). Tanto la primera edición como en las sucesivas Kraepelin insiste

en la descripción clínica e identificación de las entidades; así en 1898, durante el vigésimo noveno congreso de Psiquiatría del sur de Alemania propone dos formas clínicas de lo que ahora conocemos como esquizofrenia: una deteriorante que comprendía la hebefrenia de Hecker y otra no deteriorante que incluía a la catatonía y la paranoia. Pero sobre todo acaba por convencer a su tiempo de que la Dementia Praecox era una sola enfermedad con formas o tipos clínicos diversos, que la "locura circular" o "locura de doble forma" es una entidad única, la psicosis maniaco-depresiva, como él la llamó, con manifestaciones de diversa naturaleza según el momento en que el paciente sea estudiado (8,9).

Bleuler en 1911 es el hombre que introduce el término de esquizofrenia, consideró a la enfermedad como incurable porque no permite la restitución adintegrum. Mencionó que había sintomatología fundamental o esencial y sintomatología accesoria; llamando los síntomas fundamentales: asociaciones anormales del pensamiento, conducta y pensamiento autista, afecto anormal, ambivalencia conociéndose, como las 4 "A" de Bleuler; describe un nuevo subtipo de esquizofrenia llamada esquizofrenia simple (10,11).

Langfeldt menciona que la enfermedad tiene un curso crónico y deteriorante como elemento esencial. Uno a uno la correlación entre etiología, sintomatología coincide con la clasificación de la enfermedad, después de muchos años concluye en especialmente en dos síntomas: despersonalización y desrealización son encontrados frecuentemente en esta enfermedad (12).

Karl Jaspers (1883-1969) escribe a la edad de 30 años, su Psicopatología General (primera edición en 1913, la última en 1946), la quinta y última edición fué realizada con la colaboración de Kurt Schneider y Oehlkers.



Jaspers explica uno a uno los síntomas que aquejan al psicótico y lo ubica dentro de su contexto clínico; ayuda así al diagnóstico por el estudio del fenómeno y su relación con otros síntomas, integra síndromes y deja un camino abierto para arribar al concepto de las enfermedades (8,13).

Kurt Schneider, profesor de la Universidad de Heidelberg, enfocó su atención en el estadio agudo de la enfermedad, describió sintomatología que consideraba definitiva para el diagnóstico de la esquizofrenia (síntomas de primer rango): algunos tipos específicos de alucinaciones auditivas, alucinaciones táctiles, trastornos del pensamiento como difusión, interferencia, adivinación, telepatía; en ausencia de enfermedad cerebral evidente. Describió que algunos pacientes con enfermedad esquizofrénica típica nunca exhibían ninguno de estos síntomas tales como psicosis epilépticas o en presencia de enfermedad cerebral de diversos tipos y a los cuales llamó síntomas de segundo rango: perplejidad, embotamiento emocional, alucinaciones y delirios de otras clases(14,15).

Kraepelin en sí mismo, constituye la nosología psiquiátrica que sirve de base para las clasificaciones del presente: La segunda nosología estándar llamada DSM I de la Asociación Psiquiátrica Americana editada en 1952. Fué entonces cuando se dió inicio a la etapa de clasificación de criterios diagnósticos en la Psiquiatría (16). En 1968 se reviza la nomenclatura nacional de EUA con la finalidad de unificar como fuese posible la clasificación de enfermedad (ICD-IMS), generándose años después el DSM III (17,18). En 1987 se reviza el DSM III publicándolo como DSM III-R, en donde se agrega trastornos del espectro de la esquizofrenia, tales como trastorno de personalidad esquizotípica, trastorno de personalidad paranoide así como varios tipos de trastornos delirantes. Teniendo que se publicará el DSM IV con las siguientes propuestas: en los subtipos de

esquizofrenia simple se presentará 2 subdivisiones de esta enfermedad, que no aparecía en el anterior manual , por citar algunos de los cambios propuestos para el futuro manual (19,20). Se publicó en 1993 el ICD 10 es la versión moderna y actualizada del ICD-9 (21).

**Epidemiología:** la esquizofrenia tiene una prevalencia del 1-1.5% en la población general, aproximadamente el 0.025 a 0.05 % de la población total es tratada por esquizofrenia al año. Dos terceras partes de estos pacientes requieren hospitalización. Se presenta entre los 15 -25 años en los hombres, en las mujeres de 25 -35 años (22,23).

El riesgo de padecer esquizofrenia según algunos estudios es del 2.6% ,sin embargo existen otros estudios que mencionan puede ser del 3.7% a 5%. En familias con antecedentes de esquizofrenia el riesgo: en parentesco de primer grado, padres 4.4%, hijos de ambos padres con esquizofrenia 36.6%, segundo grado de parentesco nietos 2.8%, tercer grado de parentesco 2.9% (24,25).

Una de las características más importantes en la esquizofrenia es la edad de inicio ya que puede darnos claves para tratar de establecer su origen, incluso considerable número de estudios toma en cuenta este punto aunque también se toma en cuenta la edad al momento de la primera hospitalización. Por otro lado, los antecedentes heredofamiliares han evidenciado diferencias en cuanto a género, siendo estas diferencias las que podrían ayudar a esclarecer los mecanismos genéticos en la producción de la enfermedad. Es conocida una predisposición genética para la esquizofrenia, sin embargo series grandes de pacientes

esquizofrénicos no han podido definir un patrón mendeliano clásico (26,27).

Los modelos genéticos son divididos en: a) proceso multifactorial, este asume que la esquizofrenia es un trastorno multifactorial determinado por una serie única de factores etiológicos que inician con el mismo proceso patógeno básico; b) la esquizofrenia puede ser dividida dentro de los trastornos en el nivel de la etiología o de la fisiopatología, ejemplo de esto es la reciente evidencia de la unión entre la esquizofrenia y algunos marcadores cromosómicos en estudio, otro es la distinción entre casos familiares y no familiares, anormalidades cerebrales por TAC e IRM (28).

La esquizofrenia catatónica es asociada con un alto rango de mutación, con compensación por disminución de la fertilidad. Se ha considerado como una colección de varios genotipos (29).

Se han observado diferencias de género específicamente en la primera admisión hospitalaria; los hombres muestran un inicio más temprano que las mujeres con una punta más aguda en los lugares de incidencia, estas diferencias de género no deben de ser pasadas por alto así como también la diferencia en el curso de la enfermedad ya que es más favorable en las mujeres por mejor respuesta al tratamiento (30).

La esquizofrenia es una entidad clínica y ningún marcador diagnóstico (paraclínico) ha llegado a definirlo (31). Raramente ha interesado como una entidad neurológica por 2 razones: a) las manifestaciones clínicas son casi exclusivas del comportamiento y no es fácil su manejo dentro de la terminología neurológica, b) las bases neurológicas de la esquizofrenia permanecen sin esclarecerse a pesar de la

investigación realizada en forma intensa a través de varias décadas en diferentes disciplinas de las neurociencias. Sin embargo es importante mencionar que existen signos neurológicos "blandos" documentados en pacientes esquizofrénicos con una prevalencia del 50 al 60%, esto es significativo a pesar de que la correlación con otras entidades nosológicas es variable (32); de esta forma la exploración neurológica revelará algunas manifestaciones clínicas consistentes en: postura anormal, manierismos, movimientos estereotipados, marcha peculiar y otros movimientos anormales incluso en algunas ocasiones difícil de clasificar, lo anterior se ha descrito en pacientes libres de tratamiento y en lugar de clasificarlos como trastornos del movimientos generalmente son atribuidos al cuadro de la enfermedad mental (33).

A la exploración neuropsicológica también se han reportado en las pruebas con figuras geométricas en correlación con los movimientos oculares de búsqueda reflejan que la función de la parte posterior del hemisferio derecho frontal se encuentra alterada y en relación con síntomas negativos que presentaban los pacientes (34).

Las deficiencias en las funciones cognitivas han sido documentadas, los avances en las técnicas neuropsicológicas confirman una disfunción frontal así como diferentes tipos de hipofrontalidad que se encuentra tanto en medidas estructurales. Se ha demostrado impedimento cognitivo generalizado y no específico en esquizofrénicos. La ejecución de los pacientes esquizofrénicos revela más errores de perseveración, más respuestas perseverantes y menor número de categorías obtenidas en gente normal (35).

El déficit cognitivo que presentan los pacientes esquizofrénicos se ha estudiado en forma controlada con gemelos monocigotos discordantes teniendo un resultado desfavorable en memoria, abstracción, atención y en test de inteligencia ya que se compara el gemelo con esquizofrenia al que no la tiene. Los resultados sugieren una disfunción cortical que puede tener correlación funcional de anomalías estructurales en el lóbulo temporal, en particular en el hipocampo (36,37).

**Estudios de neuroimagen:** la tomografía axial computada de cráneo (TAC), se ha encontrado un significativo crecimiento de los ventrículos laterales en pacientes con esquizofrenia. El crecimiento no es progresivo ya que los estudios de seguimiento muestran que la dilatación se mantiene estática (39,40,41).

Se ha descrito en imágenes de resonancia magnética la presencia de alargamiento ventricular aproximadamente en un 67% de los casos, con un tamaño significativamente mayor del lóbulo temporal derecho en relación al izquierdo. Se ha relacionado la presencia de síntomas negativos con un menor tamaño craneal, cerebral así como un deterioro en los exámenes cognitivos lo que avala la alteración en corteza prefrontal y promueve la evidencia de hipótesis de la hipofrontalidad (42,43,44).

**Neuropatología:** varios reportes neuropatológicos describen una importante disminución del volumen total de la formación hipocampal del lado izquierdo aunque esto aún no ha sido concluyente. El daño hipocámpico en la esquizofrenia da lugar a pérdida de algunas eferencias hipocámpicas, núcleo acumbens, septum, tálamo y otros sitios de proyección cortical y subcortical, lo que podría conducir a renevración aberrante compensatoria o expansión del receptor de catecolaminas así

como de otros sistemas de neurotransmisores que se proyectan a estos sitios en respuesta a la reducción de eferencias hipocámpicas (45,46). En 1972 se describió la presencia de gliosis de variable intensidad que envuelve la formación reticular del mesencéfalo, hipotálamo y a lo largo de la sustancia gris periacueductal. La gliosis se extiende lateralmente por la línea media hacia la cápsula interna. En 1982 se realizaron estudios que muestran gliosis fibrilar en regiones similares anteriormente descritas; la gliosis se encuentra presente en regiones que contienen mayor número de tractos y núcleos del sistema límbico (47,48,49,50).

## **MANIFESTACIONES CLINICAS**

- La esquizofrenia tiene una forma de inicio común; puede ser con agitación psicomotriz, aislamiento o una conducta bizarra.
- El paciente presenta una apariencia deteriorada observada en la pérdida de la higiene así como aseo personal.
- Motivación ausente: no tiene interés por su trabajo, amigos o familia, presenta falta o disminución de planeación y voluntad.
- Conducta estereotipada que se presenta en formas más frecuentes en pacientes de larga evolución manifestada por patrones repetitivos de movimientos al caminar, gestos extraños al hablar, etc.
- Deterioro social: el aislamiento notorio y muy común.
- Alteraciones en la ingesta de los alimentos manifestada por aumento o disminución, siendo más frecuente esto último, pueden presentar ingesta excesiva de agua que los puede llevar a una intoxicación secundaria y desencadenar consecuencias fatales (51,52,53).
- Afecto alterado: exageradamente disminuido, inapropiado, aunque con mucha frecuencia presentan disociación ideoafectiva (54).

• **Alteraciones perceptuales:** alucinaciones en cualquiera de las modalidades: auditivas, visuales, gustativas, olfatorias y táctiles; de estas las auditivas son las que en un 50 a 75% de los pacientes presentan en forma más frecuente. Se describen como gente que habla alrededor del paciente, de dos o más voces que lo critican, mencionan cosas obscenas, le aconsejan en cuanto a sus actividades o los llegan a mandar a realizar actos aún en contra de su vida o de los demás (55,56).

• **Trastornos del pensamiento:** divididos en trastornos del contenido, del curso y de su forma. Contenido: ideas delirantes (daño, referencia), delirio de tipo persecutorio, grandiosidad, religioso o somático. Interpretaciones de los estímulos: el paciente puede tener la creencia de que sus conductas o pensamientos son controlados desde el exterior o tener la creencia de que él puede controlar los eventos externos. Tiene la plena seguridad acerca de que sus ideas expresadas son correctas. Trastornos de forma y curso: se encuentran en el lenguaje, escritura del paciente, pérdida de las asociaciones, incoherencia, ensalada de palabras, tangencialidad, fuga de ideas, neologismos, ecolalia, verbigeración, mutismo, bloqueo, disminución de la atención, alteración en la abstracción, circunstancialidad (57,58).

• El control de impulsos frecuentemente puede estar disminuido, manifestado por agitación psicomotriz, conducta impulsiva, irritabilidad, y baja tolerancia al medio externo. Esto se encuentra en relación directa con las alucinaciones auditivas de mando (suicidas u homicidas) (59).



• Los intentos de suicidio ocurren frecuentemente entre personas con esquizofrenia, reportándose desde un 18 hasta un 55%. En considerable el incremento en la mortalidad en esquizofrénicos debido al suicidio, esto comparándolo con la población. Estudios de seguimiento de 20 a 30 años mostraron que aproximadamente el 4% de pacientes con esquizofrenia cometieron suicidio, abarcando un 10-24% del total de las muertes. Se considera como factores de riesgo para cometer suicidio el ser hombre, soltero, con deterioro importante y mal ajuste psicosocial (60,61).

• Frecuentemente se encuentran desorientados en tiempo, lugar y ocasionalmente en persona.

• Su memoria se encuentra conservada en general.

• Presentan juicio generalmente sin alteraciones aunque existe poca conciencia de enfermedad.

• Existen tipos de esquizofrenia: paranoide, catatónica, desorganizada, indiferenciada y residual, ubicando a cada paciente de acuerdo a la sintomatología que predomine en el cuadro clínico del paciente. El deterioro llega a presentarse en relación con el tipo de la esquizofrenia (62,63,64).

• Se ha descrito por Andreasen la presencia de síntomas "positivos y negativos". Los primeros se caracterizan por un buen ajuste premórbido, inicio agudo, buena respuesta al tratamiento y remisión del cuadro clínico, estos son predictores de un curso de buen pronóstico. Los síntomas "negativos" son: pobre ajuste premórbido, inicio insidioso, trastorno cognitivo, embotamiento afectivo,

**pobreza del lenguaje, pobreza en el contenido del pensamiento, apatía, anhedonia y pobre contacto social, estos síntomas son deficitarios y de mal pronóstico así como también existen reportes de estudios paraclínicos que correlacionan la sintomatología ya que demuestran que los pacientes con síntomas "negativos" tienen alteraciones estructurales en los hemisferios cerebrales observados en TAC e IRM comparado con otros pacientes que muestran ausencia de tales síntomas así como de las anomalías estructurales (65,66,67,68).**

## FAMILIA Y ESQUIZOFRENIA

La esquizofrenia es una enfermedad crónica, tratada farmacológicamente. Durante muchos años ha sido tema de investigación la falta de adherencia al tratamiento de los pacientes portadores de esquizofrenia y con el consecuente incremento en el número de recaídas.

Los neurolépticos de depósito se desarrollan en los años 60's siendo su mayor ventaja la seguridad que ofrecen en el mejor cumplimiento de la aplicación así como del tratamiento por parte de los pacientes y sus familiares, ya que antes de su ingreso a esta forma terapéutica las recaídas eran en 3 a 7 meses posterior al cese del tratamiento (70). Los estudios de seguimiento muestran un alto índice de recaídas con tratamiento neuroléptico oral o de depósito siendo muy parecido entre las 2 formas de tratamiento. Durante el primer año posterior al egreso hospitalario existe un índice aproximado de recaídas que va del 30 al 40% y a dos años es del 50%, sin embargo existen otros reportes que indican que la probabilidad de regresar al hospital era del 50% en +/- 140 días en los 5 primeros meses posterior al egreso hospitalario, con neuroléptico de acción prolongada era de 14 meses por lo cual los rangos de recaída son altos (85% con tratamiento oral y 40% con depósito a 12 meses) (71).

Destaca que se ha disminuido la incidencia de recaídas en forma importante gracias a la información proporcionada a familiares acerca de la enfermedad conjuntamente con tratamiento psicofarmacológico; con lo cual se disminuye el estrés de la familia y se encuentran con otro punto de vista hacia la enfermedad por ende hacia su familiar (72). Los familiares de los pacientes con esquizofrenia generalmente no tienen conocimientos de la enfermedad demostrado

lo anterior por Liakos; el concepto de enfermedad en padres de los pacientes esquizofrénicos es muy subjetivo, se realizó una investigación a un grupo de padres de enfermos con esquizofrenia y a otro grupo de padres de pacientes con enfermedades físicas teniendo una lista de enfermedades: neumonía, sepsis, cáncer, tuberculosis, así como depresión, esquizofrenia y neurosis, los grupos fueron de edad similar, nivel sociocultural y económico, se les proporcionó la misma lista a ambos grupos conteniendo preguntas de información general de las diferentes enfermedades, los padres de los pacientes esquizofrénicos respondieron de la siguiente forma: la enfermedad es una gran preocupación, se puede curar, es un padecimiento mental, los pacientes tiene culpa, es causada por daño (hechicería), es contagiosa, hereditaria, se puede curar con cirugía, presentan un gran daño, sangran. Con lo anterior corroboramos que los familiares ignoran y tienen conocimientos no adecuados de la enfermedad de sus parientes por, lo que no saben como apoyarlos para obtener mejoría y por el contrario pueden llegar a tener sobre el paciente un efecto adverso (73).

Los pacientes esquizofrenicos tardan en recuperarse y ser productivos para la sociedad, existen muchos otros factores que los limitan, entre ellos un ambiente familiar estresante, así como el familiar más allegado los presione de forma inadecuada y esto los precipita para una recaída. Solinsky desarrolló una entrevista para poder saber la capacidad de desempeño laboral que tendrán, con este instrumento será encontrado que es importante la escolaridad, tiempo de hospitalización, edad de inicio de la enfermedad, número de empleos que ha tenido, duración de los mismos, teniendo un lugar importante la sintomatología residual que presenten, ya que los síntomas negativos tales como la alógi, anhedonia, afecto aplanado, abolición, y la alteración de la atención tienen un efecto directo en el desempeño laboral (74).

En 1992, se realizó un estudio retrospectivo acerca del suicidio; en Suiza 53 pacientes esquizofrenicos cometieron suicidio, las conclusiones del porqué lo realizaron fueron en forma particular ; la incapacidad que les dió la enfermedad y el deterioro psicosocial consecuentemente. Del 20 al 40%, los pacientes con esquizofrenia tienen historia de haber cometido intentos suicidas, y el 4% suicidios concluídos . Los hombres ocupan el 74%, mujeres el 26%. Un 62% se suicidan en las siguientes formas: 42% en salto de altura, 21% colgados y 17% ahogados. El intento suicida en edad temprana es signo precoz de disturbio en el ajuste psicosocial así como también el grado de estudios y el deterioro profesional son indicadores de mal pronóstico (60,61,75).

Desde hace tiempo se ha trabajado acerca de la estructura familiar de los pacientes esquizofrenicos, del rol que juega el paciente psiquiátrico; desarrollandose el concepto de estructura familiar en Belmont en la unidad de rehabilitación. En el es tu dio de Rapaport de las relaciones familiares de pacientes esquizofrenicos como significativa, condición y limitación para su rehabilitación y tratamiento adecuado; se presentó 3 areas: (76).

- 1) La posición del paciente dentro de la familia.
- 2) Normas personales , familiares y sociales del paciente.
- 3) Factores personales de la historia particular del paciente.

Los expertos en comportamiento familiar han mencionado que los padres de los pacientes con esquizofrenia se distinguen de los padres de otros pacientes con enfermedades psiquiátricas, es el ambiente estresante, así como serios disturbios psicológicos familiares seguidos del inicio de la enfermedad de su paciente (77 ).

**En el hospital psiquiátrico de la Habana , el tratamiento del enfermo mental crónico, especialmente del esquizofrénico, se parte del criterio que junto a la terapia ocupacional y los psicofármacos ; la psicoterapia constituye la triada básica para lograr cierto grado de recuperación en dicha enfermedad (78).**

**Frecuentemente los pacientes esquizofrénicos tienen constantes ingresos a hospitales psiquiátricos y es, por la desinstitucionalización que se ha dado; con la triada anterior se ha disminuido el número de pacientes psiquiátricos en instituciones públicas y la familia se ha hecho responsable de su paciente. Aunque para entender el tipo de tratamiento que requieren las personas con esquizofrenia es importante entender su enfermedad; la cual es caracterizada por exacerbaciones y remisiones. Durante los eventos psicóticos agudos, los pacientes presentan dificultad para valorar la realidad, tienen alteraciones de la sensoropercepción, comportamiento bizarro; en la mayoría de los casos , se trate con medicamentos (neurolépticos) y en ocasiones con hospitalización. Durante las remisiones, los pacientes generalmente se encuentran en contacto con su realidad, sin embargo, ellos sufren trastornos que interfieren con su capacidad para organizar y mantener los recursos necesarios para ser asistidos y tener un ajuste adecuado a la comunidad. Las personas con esquizofrenia son particularmente sensibles al estrés, tienen dificultad para establecer relaciones interpersonales para realizar cualquier tipo de destreza, así como para transferir lo ya aprendido de una situación a otra.**

**La estrategia terapéutica, debe estar dirigida, tanto a tratar la fase psicótica como la fase de remisión. Ellos necesitan que se les brinde la oportunidad para socializar, ampliar su vida, darle sentido a esta, así como apoyo económico y laboral, y lo anterior debe estar basado en la familia. Por lo que es**

básico la educación familiar acerca del manejo adecuado de su paciente, al igual que a la comunidad , para obtener resultados adecuados de pacientes productivos a la sociedad y bien integrados, así como rehabilitados (79).

En forma reciente se ha incrementado el interés por el conocimiento de la esquizofrenia en los familiares de estos. La información que solicitan es: ¿Qué es la esquizofrenia? , ¿Cómo se maneja al paciente? , ¿Cuál es el desarrollo de la enfermedad? , ¿Es hereditaria? , entre otras; por lo que se han realizado programas que incluyen educación de la familia del paciente esquizofrénico. Es indiscutible el impacto de la familia en el paciente con esquizofrenia. El incrementar la responsabilidad en el cuidado del paciente a la familia seguido de su egreso hospitalario y disminución de la carga que siente la familia , son puntos importantes para el mejoramiento del enfermo mental.

Desde hace más de 15 años se han venido desarrollando programas de cómo mejorar la habilidad de la familia para el manejo del paciente esquizofrénico en su hogar; con la consecuente mejora en el ambiente familiar posterior a recibir la información acerca de la enfermedad y un apoyo dirigido y adecuado al paciente, lo que disminuye los efectos negativos de la familia. Por lo que se vuelve más sencillo el manejo del miembro enfermo; así como también se obtiene una educación para el paciente en sí, a través de su familia, con la consecuente disminución de recaídas(80).

Fry consideró que se ha presentado un incremento importante en el conocimiento de factores sociales, en el curso de la esquizofrenia y se han comenzado intervenciones psicosociales de manera profiláctica para tratar de disminuir el número de recaídas. Se desarrolla el concepto de expresión

emocional (Vaughn y Leff) , en donde se manejaron las dimensiones del estres psicosocial siendo operacionalizado y cuantificado así como las relaciones posteriores al egreso hospitalarios que han sido motivo de investigación. En estudios Británicos (81) se menciona que la crítica y el ambiente expresivo, son clave importante como predictor en recaídas de pacientes esquizofrenicos. En un estudio de seguimiento (81), pacientes que viven con sus padres, solteros, y con tratamiento farmacológico óptimo, se encontró que la atmósfera emocional en casa es un factor de importancia para la falla terapéutica..

Después de un seguimiento de 2 años, el estudio internacional de esquizofrenia (82), reveló que los pacientes esquizofrénicos provenientes de países en vías de desarrollo tienen un mejor pronóstico que aquellos provenientes de países europeos y de Estados Unidos de Norte America, concluyendo que la posible causa para el entendimiento de estas diferencias se debe tanto al ambiente social como al cultural. Se encontró que es posible predecir la recaída de la esquizofrenia, nueve meses después de haber dado de alta al paciente, usando un índice de expresión emocional portado por el familiar, durante la entrevista realizada cuando el paciente es admitido en el hospital; el mantenimiento de los neurolépticos y disminución del contacto cara a cara con el familiar de expresión emocional alto, prevenía la recaída en casi todos los casos. Por otro lado, los niveles altos de expresión emocional en un sólo miembro del hogar durante el período previo a la admisión , cuadruplicaba la posibilidad de episodios agudos subsecuentes.



El índice de expresión emocional se deriva del Camberwell Family Interview (CFI), la cual es una entrevista semiestructurada. La medición se realiza sobre 5 escalas: 1. Comentarios críticos.

2. Hostilidad.

3. Exceso de involucramiento afectivo.

4. Afecto.

5. Comentarios positivos.

Las únicas con valor pronóstico para las recaídas en esquizofrenia son:

1. Comentarios críticos.

2. Hostilidad.

3. Exceso de involucramiento afectivo.

Se postuló, que el ambiente social, de países en vías de desarrollo fomenta los lazos familiares, en los cuales, el miembro familiar, toma actitudes de cuidado no crítico hacia el paciente con esquizofrenia, lo que repercute en un mejor pronóstico (82).

Los pacientes que tienen un ambiente familiar con expresión emocional alto, tienen un mayor número de recaídas en comparación con los que tienen un ambiente familiar de expresión emocional bajo, se debe investigar la información acerca de la esquizofrenia dada a los padres y familiares de pacientes esquizofrénicos así como valorar el efecto que tiene dicha información en ellos, ya que esto no se ha efectuado en México. En la mayoría de los casos, los padres y familiares, son el primer agente en el desarrollo y cuidado en la rehabilitación del enfermo psiquiátrico crónico. Tarrier, menciona cómo la información acerca de la naturaleza, curso, tratamiento y manejo de la esquizofrenia podría asistir en la ayuda de la rehabilitación del paciente.(83,84,85).

Un estudio controlado (86), de seguimiento posterior al egreso hospitalario, dividiéndose en 2 grupos de pacientes esquizofrénicos; Uno con tratamiento y otro grupo con tratamiento e información a la familia acerca de la enfermedad. Observándose importante colaboración familiar en este último grupo al detectar síntomas y mejorar el trato de su enfermo. Por lo que la familia es la base para el programa de manejo de la esquizofrenia en la reducción de morbilidad asociado con la condición incapacitante de la enfermedad. Es posible que el acceso a información adecuada de la enfermedad, sea un factor pronóstico positivo, por lo que se postula que si se capacita a la familia para dar un adecuado trato a su familiar, tendrá como consecuencia reducir el impacto de estrés en el paciente esquizofrénico obteniendo con esto menor número de recaídas y mejor calidad de vida (86).

El seguimiento realizado en Inglaterra en 4 hospitales, reportó que después de dos años de observación, la prueba de intervención social a las familias de pacientes con esquizofrenia, con alta expresión emocional, tuvieron un índice de recaída del 14% comparado con el grupo control que no tuvo intervención social que fue del 78% ( $P=0.002$ ). Los pacientes que tuvieron ajuste premorbido adecuado, presentaron un mejor pronóstico (87).

## **JUSTIFICACION**

**La esquizofrenia tiene una incidencia del 1% en la población general (6). Es una enfermedad crónica con exacerbaciones y remisiones; los pacientes con esquizofrenia son muy sensibles al estrés. La adherencia al tratamiento farmacológico ha representado un problema importante ya que del 40% hasta el 60% de los pacientes presentan una recaída en el primer año posterior al egreso hospitalario (71,72).**

**Una forma en que se han disminuido el número de recaídas en pacientes con adherencia adecuada al tratamiento ha sido con información a los familiares de los pacientes acerca de la enfermedad. Que tipo de enfermedad es, el curso de la misma, entre otros; con lo que se disminuye el estrés de la familia y entiende así la enfermedad y por ende a su familiar.**

**Pero los familiares generalmente no cuentan con conocimientos acerca de dicha enfermedad, según se ha demostrado en la literatura internacional (73,74). El presente estudio lo demuestra y además corroboramos que no existen reportes al respecto en la literatura mexicana.**

**El concepto de la esquizofrenia en los familiares llega a ser inadecuado, la familia es un punto básico para la rehabilitación del paciente ya que por ausencia del conocimiento de la enfermedad se le exige, crítica, se estresa al paciente en el hogar y lejos esto de ayudarlos incrementa la posibilidad de una recaída a pesar de un tratamiento farmacológico óptimo.**

**Durante las remisiones los pacientes generalmente se encuentran en contacto con la realidad, sin embargo, ellos sufren trastornos que interfieren en su capacidad para organizar y mantener los recursos requeridos para ser asistidos y tener un ajuste adecuado en la comunidad. Las personas que sufren esta enfermedad son sensibles al estrés en forma más importante que el resto de la población general, tiene dificultad para las relaciones interpersonales. Por lo que es importante educar a la familia acerca del manejo adecuado de su paciente al igual que a la sociedad, para obtener resultados favorables para los pacientes y así mejorar su calidad de vida.**

**El objetivo de la rehabilitación es, reincorporar al individuo a la sociedad, ya sea en su actividad laboral previa o en otra que se pueda desempeñar en la manera más satisfactoria posible. (89)**

**Es indiscutible el impacto de la familia en el paciente con esquizofrenia. El incrementar la responsabilidad del cuidado del paciente a la familia seguido de su egreso hospitalario es importante para la mejor calidad de vida del enfermo.**

**En la mayoría de los casos los padres son realmente el primer agente en el desarrollo y cuidado de la rehabilitación en el enfermo psiquiátrico.(79,81,82).**

**Ya mencionados todos los puntos anteriores, es indiscutible la imperiosa necesidad de orientar a los familiares en cuanto al manejo, cuidados, importancia del tratamiento, así como ayudarlos a entender el concepto y que es la enfermedad, ya que de esta manera el principal beneficiado será el paciente.**

## **MATERIAL Y METODOS**

**Para realizar este trabajo se capturaron a los pacientes de la clínica de esquizofrenia del Instituto Nacional de Neurología, así como a los familiares de los mismos.**

**El diagnóstico de esquizofrenia, como ya mencionamos se realizó en base a los criterios del DSM III R. Se incluyeron a todos los pacientes con esquizofrenia, independientemente del tipo de la enfermedad (paranoide, desorganizada, indiferenciada, etc).**

**Una vez contactados los pacientes y familiares, se les explicó detalladamente en que consistía el estudio, se excluyeron a todos aquellos que se rehusaron a participar en el.**

**Una vez explicada a los familiares la metodología a seguir, se procedió a realizar una entrevista en forma individual al familiar responsable en el cuidado del paciente (vigilancia, administración del medicamento, etc).**

**El cuestionario practicado consistió:**

- a) Datos generales sobre el paciente.**
- b) Datos generales sobre el familiar entrevistado.**
- c) Fecha de inicio de la enfermedad, así como la fecha en que se estableció el diagnóstico preciso de la enfermedad.**
- d) Factores que el familiar considera como precipitantes de la enfermedad.**
- e) Historia familiar de enfermedades psiquiátricas.**

- f) Antecedentes perinatales del paciente.**
- g) Presencia o antecedentes de tabaquismo, alcoholismo así como otras toxicomanías.**
- h) Creencias en cuanto a la enfermedad: nombre, concepto de la misma, si es o no contagiosa, si es hereditaria, curable con o sin tratamiento.**
- i) Evolución de la enfermedad: número de internamientos, antecedentes de autolesiones.**
- j) Tratamiento utilizado anterior y actualmente.**
- k) Creencias en cuanto al tratamiento: sirve o no, si es de por vida, si crea adicción al paciente.**
- l) De que forma ha influido la enfermedad del paciente en la familia.**
- m) Si desea saber más en cuanto a la enfermedad de su paciente, así como si le gustaría ser informado de cuales son las formas de poder ayudarlo.**
- n) En las mujeres de investigó en lo que respecta a antecedentes gineco-obstétricos.**

Además se revizaron los expedientes de cada paciente para saber si contaba con estudios de neuroimágen, electrofisiología, así como pruebas neuropsicológicas.

Una vez realizada la entrevista a todo el grupo de familiares seleccionados se les impartió una plática acerca del tema de esquizofrenia, la cual incluyó los siguientes puntos:

- a) Definición de la enfermedad.
- b) Epidemiología.
- c) Factores genéticos.
- d) Manifestaciones clínicas.
- e) Curso de la enfermedad.
- f) Tipo de esquizofrenia ejemplificando cada uno de ellos.

Además de proporcionar una explicación amplia y detallada del tratamiento: tipos, necesidad de adherencia a él, clases de fármacos así como sus posibles efectos adversos, las diversas vías de administración del medicamentos. Explicamos que la base del tratamiento farmacológico en la esquizofrenia son los neurolépticos y que estos no crean adicción.

Se hizo énfasis en el papel que desempeña la familia en la rehabilitación de su paciente, puntualizamos en como se debe apoyar, vigilar al paciente sin que esto sea negativo en él, y sea una ayuda positiva para disminuir la incidencia de recaídas.

Es importante señalar que el investigador que realizó la primera entrevista fué el mismo quien impartió la plática así como fué quien aplicó la segunda entrevista a los familiares, esto se menciona debido a que una vez recopilados los resultados de la primera entrevista, se analizaron los datos enfatizando sobre la escolaridad, nivel cultural del familiar y de esta forma poder modificar el lenguaje, la forma de

presentación e incluso la duración de la plática para que de esta forma fuera más comprensible, menos tediosa y se pudiera captar en la forma deseada el contenido de la información.

Un mes después de impartida la plática se citó nuevamente a los mismos familiares encargados del pacientes y que habáin acudido a recibir la información, procediendo a la aplicación de una segunda entrevista la cual incluía los mismos puntos mencionados en la primera entrevista pero enfatizando en el papel que juega la familia en el manejo y rehabilitación de su paciente.

Una vez obtenidos los resultados tanto de la primera como la segunda entrevistas se procedió a darles validez mediante un análisis estadístico para lo cual se utilizó la prueba de Fisher así como la X<sup>2</sup>.

Por lo que corresponde a los paciente estos continuarán su seguimiento por la consulta externa de Psiquiatría del Instituto Nacional de Neurología citándolo cada 2 meses e indicándole al familiar que ante cualquier problemática acuda a esta institución. El periodo de seguimiento se planea sea a 2 años y se procurará que el mismo investigador sea quien siempre valore a los pacientes, probablemente esto último no se pueda sobre todo si el paciente acude en forma urgente a la institución.



## RESULTADOS

En el presente estudio se incluyeron 41 familiares y pacientes.

### Datos de pacientes

La edad promedio de los paciente fue de 32 años ( rango de edad 13-73), del sexo masculino 26 (64%), femenino 15 (36%) (tabla 1).

<b>ESQUIZOFRENIA PACIENTES</b>		
<b>PROMEDIO DE EDAD 32 AÑOS</b>		
	<b>1° ENCUESTA</b>	<b>2° ENCUESTA</b>
<b>MASCULINO</b>	<b>26</b>	<b>21</b>
<b>FEMENINO</b>	<b>15</b>	<b>9</b>

**TABLA 1**

Antecedentes heredofamiliares psiquiátricos: 10 ( 24%) tuvieron antecedentes psiquiatricos en primer, segundo y tercer grado, de los cuales 8 (19.5%) con esquizofrenia y 2 no especificados.

Antecedentes perinatales: 3 presentaron problemas durante el parto (parto prolongado y cianosis), el resto aparentemente normal.

Los meses de nacimiento de los pacientes en orden decreciente: diciembre 7, septiembre 6, julio 4, abril 3, resto de los meses 2 en cada uno.

Estado civil : 33 (80%) solteros, 1 (3%) divorciado , 2 (5.5%) viudos, 1 (3%) unión libre, 2 (5.5%) casados, 1 (3%) separado (tabla2).

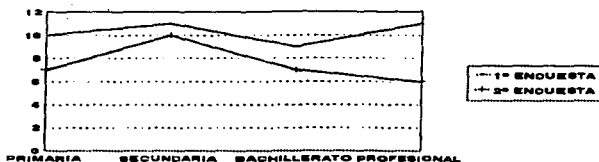
**ESQUIZOFRENIA  
ESTADO CIVIL DEL PACIENTE**

	1° ENCUESTA	2° ENCUESTA
<b>SOLTEROS</b>	<b>33</b>	<b>25</b>
<b>CASADOS</b>	<b>3</b>	<b>3</b>
<b>DIVORCIADOS</b>	<b>1</b>	<b>1</b>
<b>VIUDOS</b>	<b>2</b>	<b>1</b>
<b>SEPARADOS</b>	<b>1</b>	<b>0</b>
<b>UNION LIBRE</b>	<b>1</b>	<b>0</b>

**TABLA 2**

Escolaridad: 10 (24%) primaria, 11 (27%) secundaria, 9 (22%) bachillerato, 11 (27%) profesional .(gráfica 1)

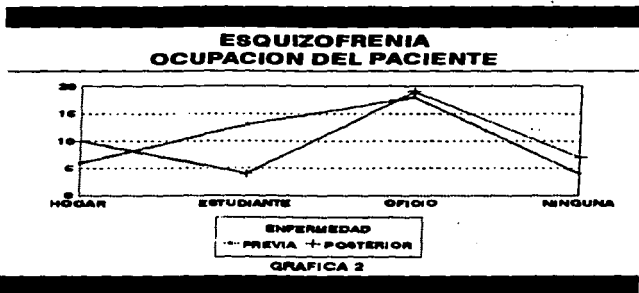
**ESQUIZOFRENIA  
ESCOLARIDAD DEL PACIENTE**



**GRAFICA 1**

Ocupación previa a la enfermedad: 6 (15%) en el hogar, 13 (32%) estudiantes, 18 (49%) con oficio, 4 (9%) ninguna.

Ocupación posterior al inicio de la enfermedad 10 (24%) en el hogar, 5 (12%) estudiantes, 19 (46%) con oficio, 7 (17%) ninguno.(gráfica 2)



Ninguno tuvo problemas legales.

Tabaquismo 13 (31%) consumían en promedio 6 cigarrillos al día, en cuanto al alcoholismo 3 (7%) en forma ocasional, el resto de los pacientes tenían antecedentes negativos en lo que a toxicomanías se refiere.

El promedio de edad al inicio de la enfermedad fue de 21 años, sin embargo el diagnóstico de esquizofrenia en forma definitiva se estableció en promedio a los 22

años. En cuanto a los tipos de esquizofrenia encontramos que en su mayoría (85%) fueron paranoide ( 35 pacientes) , desorganizada correspondió a 6 pacientes (15%) y catatónica sólo a un paciente (2%).

#### Datos del Familiar:

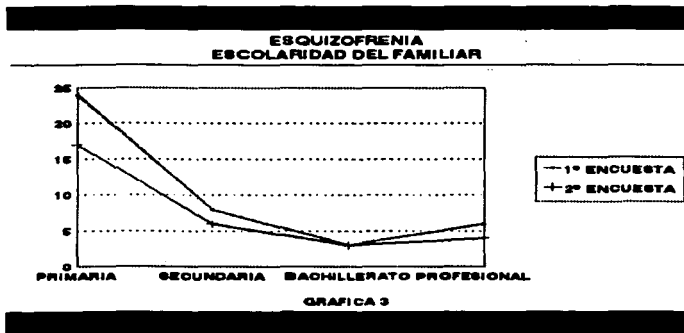
El promedio de edad de los 41 familiares entrevistados fue de 51 años con un rango de 23 a 79. Encontrando que el parentesco establecido fue : padres 68% (28 casos), hermano (a) 17% (7 casos), hijo (a) 7% ( 2 casos), esposo (a) 7% ( 2 casos ) y tía 2% (.1 caso).(tabla 3)

### ESQUIZOFRENIA PARENTESCO

	1° ENCUESTA	2° ENCUESTA
PADRES	28	20
HERMANO (A)	7	7
ESPOSO (A)	3	2
HIJO (A)	2	1
TIO (A)	1	0

TABLA 3

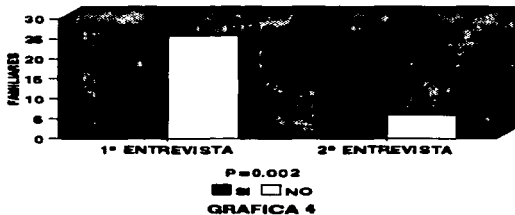
En cuanto a la escolaridad encontramos que el 58% tenía primaria completa (24 casos), secundaria 19% ( 8 casos), bachillerato 8% ( 3 casos) y profesional 15% ( 6 casos ).(gráfica 3)



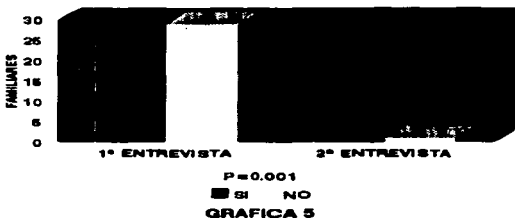
Los resultados encontrados a las preguntas formuladas en la primera entrevista encontramos que el 64% de los familiares (26 casos) no aceptaron que su familiar estuviera siempre enfermo (gráfica 4). En cuanto al nombre de la enfermedad el 65% (27 casos) lo conocía adecuadamente mientras que los restantes 14 familiares ignoraban completamente (gráfica 5). En lo que respecta al tratamiento farmacológico del paciente el 87% de los familiares (36 casos) lo conocía adecuadamente (gráfica 6). Destaca que el 25% (10 casos) consideraban a la esquizofrenia como una enfermedad contagiosa (gráfica 7); el 64% (26 casos) creían que la enfermedad es curable (gráfica 8), es decir que al salir de la etapa productiva ya no requería ningún tipo de

medicamento, por otro lado es importante comentar que el 70% (29 casos) afirmaron que el tratamiento farmacológico provocaría algún tipo de adicción hacia ese medicamento. (gráfica 9)

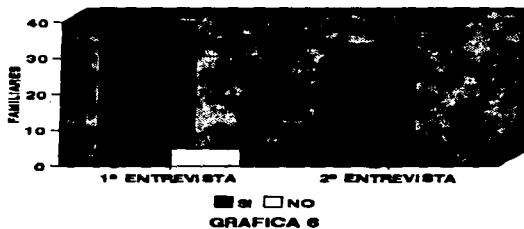
### ESQUIZOFRENIA SIEMPRE ESTA PRESENTE



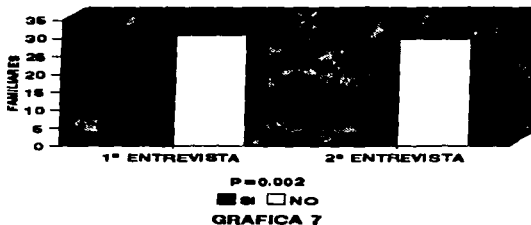
### CONOCIMIENTO DEL NOMBRE DE LA ENFERMEDAD



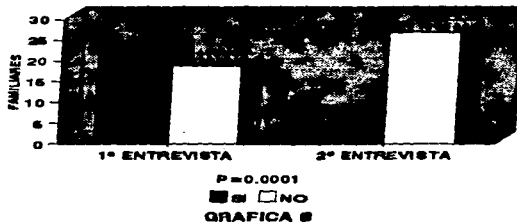
## CONOCIMIENTO DEL TRATAMIENTO FARMACOLOGICO



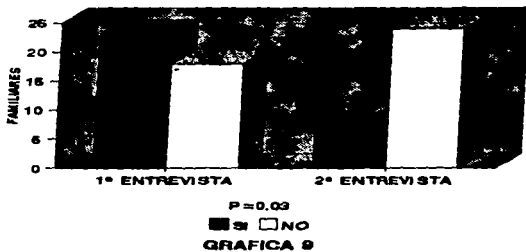
## ESQUIZOFRENIA ¿ES CONTAGIOSA?



## ESQUIZOFRENIA ¿ES CURABLE?

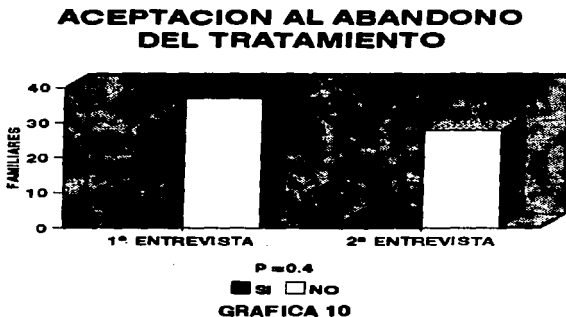


## ADICCIÓN A LOS MEDICAMENTOS

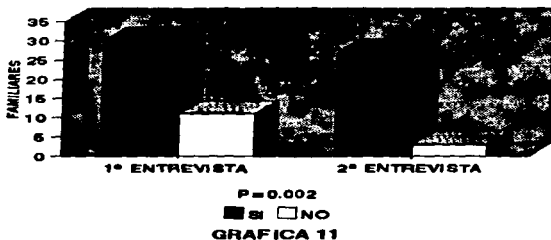




Al cuestionar acerca si al estar en control (aparentemente sano) su paciente y este decidiera abandonar el tratamiento, el familiar estaría de acuerdo en ello el 92% (38 familiares) tuvieron una respuesta negativa (gráfica 10); e incluso, al preguntar sobre si sería adecuado mantener una supervisión, tanto médica como por parte del familiar para la administración del medicamento el 73% (30 casos) respondió afirmativamente (gráfica 11). Se investigó si el familiar en alguna ocasión había tenido problemas en la administración del medicamento hacia su paciente encontrando que en ninguna el 83% , ocasionalmente el 37% , en forma continua 7%.



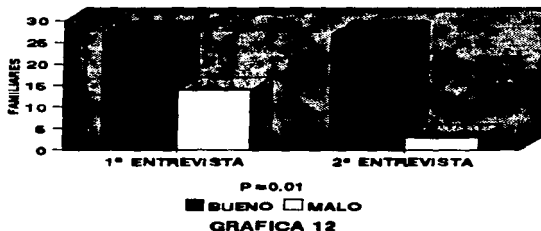
## ¿ES ADECUADO SUPERVIZAR EL TRATAMIENTO?



Se investigó también si el padecimiento de su enfermo ha provocado algún tipo de problemática dentro del ambiente familiar encontrando una respuesta afirmativa en el 59% (24 casos). La problemática observada consiste fundamentalmente en desintegración familiar, miedo hacia su paciente, tristeza así como preocupación por ver enfermo a su familiar y principalmente una gran incertidumbre en cuanto a cual será el futuro de su paciente.

En cuanto al último punto señalado, futuro del paciente, encontramos que el 58% (24 casos) considera que este será bueno, es decir que podrá tener una rehabilitación adecuada y de esta forma integrarlo nuevamente al núcleo familiar así como a la sociedad. (gráfica 12)

## CUAL ES EL FUTURO DEL PACIENTE SEGUN SU FAMILIAR



A la plática sobre el tema de esquizofrenia solo acudieron el 73% (30 casos) de los originalmente entrevistados, se investigó la causa por la cual los otros 11 familiares no acudieron encontrando en común que estos no "tenían" tiempo para acudir a ella dando excusas variadas como: tener otras citas más importantes, tener que acudir a otros lugares, estar muy retirado del lugar donde se impartió la entrevista, etc.

Un mes después de proporcionar la información sobre el tema se aplicó una segunda entrevista a los 30 familiares asistentes a ella y encontramos con agrado que la mayoría de ellos la habían entendido y asimilado adecuadamente lo cual se refleja en los siguientes resultados:

- El 80% (24 casos) de los familiares aceptó que su paciente está enfermo ( $p=0.002$ ). Aceptando que la enfermedad es controlable en 27 casos (90%) ( $p=0.0001$ ).

- b) El 97% (29 casos) ya identificaba y conocía el nombre de la enfermedad ( $p=0.001$ ).
- c) El conocimiento farmacológico de la enfermedad incremento ya que el 100% de los familiares lo conocían actualmente sin embargo esto no tuvo valor estadístico significativo ( $p=0.1$ ) lo cual se atribuye a que desde la primera entrevista el 87% de ellos la lo conocían.
- d) Otro cambio importante fué en cuanto a la creencia de que la esquizofrenia es contagiosa ya que posterior a la entrevista el 100% afirmó que no lo era, con significancia estadística ( $p=0.002$ ).
- e) Otra idea modificada se refiere a la adicción en vista que el 80% (24 casos) acepto que los medicamentos (neurolépticos) no crean algún tipo de dependencia ( $p=0.035$ ).
- f) Es importante mencionar que el 94% (28 casos) confirmaron el no aceptar en caso de que su paciente decidiera abandonar el tratamiento aunque esto tampoco tiene una validez significativa ( $p=0.4$ ) esto es explicado en razón a que en la primera entrevista la mayoría de los familiares manifestó no estar de acuerdo en ello.
- g) Se creó una mayor conciencia en cuanto a la supervisión en la administración del tratamiento, ya que en esta ocasión el 90% (27 casos) aceptó que sería de gran utilidad en el manejo de su paciente ( $p=0.01$ ).

h) Se logró cambiar el punto de vista en lo que el futuro del paciente se refiere manifestado en que el 90% (27 caso) de los familiares aceptó que su paciente tendría un futuro promisorio ( $p=0.01$ ).

Es importante resaltar que el porcentaje de padres que acudieron a la primera y segunda entrevista fué similar (68% en la primera y 67% en la segunda) sin embargo a la plática y por lo tanto a la 2a entrevista acudieron solo 20 de los 28 padres inicialmente entrevistados (71%) y esto lo mencionamos ya que es bien documentado que los padres son la base para una adecuada rehabilitación.

## DISCUSION

Como se ha reportado en trabajos anteriores, la edad de presentación es de 15 a 35 años ( 22 , 23 ), lo que concuerda con los datos de nuestro trabajo.

Sin embargo la relación al sexo el mayor porcentaje fue para hombres, lo cual no se relaciona con los resultados de la literatura (23 , 24); tomando en cuenta, que nuestra muestra es de 41 pacientes, los resultados no fueron significativos.

En el trabajo realizado por Fry ( 1984 ), se encontró una mayor incidencia de esquizofrenia en sujetos de sexo masculino, quienes éran solteros y vivían con sus padres, además demostró que el ambiente familiar fue un factor importante en las recaídas de las enfermedad; a pesar de llevar un tratamiento farmacológico adecuado.

En nuestro estudio, acorde con el de Fry, mostró que más del 80% eran solteros y vivían con sus padres , siendo el 60% al sexo masculino, sin embargo no se pudo obtener información completa del ambiente familiar, por lo que no se confirmó si verdaderamente influye sobre el número de recaídas.

En la mayoría de los casos, los padres son por lo general la base en el desarrollo y cuidado en la rehabilitación del paciente psiquiátrico (Tarrier, 1986 ).

La escolaridad de los familiares de los pacientes, en aproximadamente más de un 55% fue de primaria, por lo que la exposición y didáctica de la plática fue de manera sencilla.

Nuestro primer objetivo pretendía demostrar que los familiares de los pacientes

esquizofrénicos carecen de conocimientos mínimos a cerca de está enfermedad, fué cumplido. En la primera entrevista realizada, acudieron 41 familiares se demostró que el 64% pensaban que la enfermedad era intermitente, es decir que en las épocas de remisión su paciente no estaba enfermo, mientras que el resto de los familiares si aceptaron que su paciente en forma constante se encuentra enfermo; al contestar cual era el nombre de la enfermedad que padecía su familiar, el 65% respondieron adecuadamente mientras que el 35% la desconcían; así como el conocimiento acerca de tratamiento farmacológico, el 67% respondieron bien, y el 13% no lo conocían. Al interrogarlos si la enfermedad era contagiosa el 24% respondió afirmativamente y el 76% en forma negativa. Al preguntar si la enfermedad es curable respondieron el 64% en forma afirmativa y no en el 36% . Se les preguntó a los familiares si los medicamentos que tomaban sus pacientes les creaban una adicción , respondieron que si el 70% y no el 30% . Se les cuestionó que si en caso de que su paciente al estar en un periodo de remisión deseara suspender el tratamiento, el familiar estaría de acuerdo en ello a los cual contestaron un 98% que no. Se les interrogó también si ellos creen que sería adecuada una supervisión del tratamiento contestando afirmativamente un 73%; en cuanto al futuro del paciente el 73% consideró que tendría una buena evolución.

Los resultados anteriores, revelan lo postulado en nuestra hipótesis en cuanto al conocimiento de la enfermedad por parte de los familiares de pacientes esquizofrénicos, ya que observamos desde el inicio que una gran mayoría no conoce ni por lo menos el nombre de la enfermedad, por lo que es de esperarse ignoraran todo lo referente a su evolución. Otro punto importante es lo referido al tratamiento, ya que la mayoría de la población entrevistada aseguró que con los fármacos su paciente tendría una alta probabilidad de adicción al medicamento independientemente la vía de administración. Otro dato importante, es la creencia que existe durante la etapa no

productiva (síntomas psicóticos) de la enfermedad, ya que en esta, cuando el paciente aparentemente se encuentra sano, la mayoría de los familiares piensan que su enfermo ya se curó, lo cual incluso puede fomentar el abandono de tratamiento farmacológico por parte del familiar hacia su paciente.

El segundo objetivo del trabajo, fué el de proporcionar la información necesaria a los familiares para tratar de orientar y cambiar los falsos conceptos acerca de la enfermedad, para esto se impartió una plática tratando de abarcar todos los puntos antes señalados. En cuanto a este punto, es importante señalar que en un principio se entrevistaron a 41 familiares, mientras que a la plática y a la segunda entrevista acudieron únicamente 30. Lo anterior está plenamente demostrado por estudios realizados a finales de la década de los 70's, los cuales mostraron que los familiares de pacientes esquizofrénicos no tenían interés en cuanto al conocimiento, evolución y tratamiento de la enfermedad; sin embargo en trabajos realizados a mediados de los 80's (Tamier; Leff; Vauehn), ya se observa una mayor demanda de información por parte de los familiares para el manejo de su paciente encontrando como resultado una mejor evolución y menor índice de recaídas de la enfermedad.

Posterior a proporcionar la información necesaria acerca de la enfermedad, pudimos corroborar lo postulado en el tercer objetivo de nuestro trabajo, ya que en la segunda entrevista realizada se encontraron cambios notables en cuanto al conocimiento de la esquizofrenia, cabe mencionar que esta entrevista se realizó un mes después de impartida la plática, de esta forma, tenemos que el 80% de los familiares entrevistados ya aceptaba que su paciente estaba enfermo de por vida, reconocieron que la enfermedad cursa con remisiones y exacerbaciones pero, que en general, la esquizofrenia es controlable e incluso un 80% de los entrevistados, aceptó que no era curable, destacando que ahora el 97% ya sabían el nombre de la



enfermedad, así como la evolución; en cuanto al pronóstico el 90% de los familiares aceptó que este sería bueno en su paciente.

Un objetivo primordial del trabajo, fué tratar de hacer entender a los familiares la importancia del tratamiento farmacológico; en cuanto a este punto, obtuvimos que el 90% de los familiares estuvo de acuerdo en que su paciente debe tener una estrecha vigilancia en la administración del medicamento, también modificamos la creencia de adicción al medicamento, ya que el 80% de los entrevistados aceptó que el manejo mediante fármacos (neurolépticos), no traera ningún tipo de dependencia a su paciente, cabe mencionar, aunque esto no fué evaluado, que también se les proporcionó a los familiares información en lo referente a ¿Qué es un neuroléptico?, algunas propiedades farmacológicas y posibles efectos colaterales, así como vías de administración. Todo esto resultó en el entendimiento acerca de la no suspensión del medicamento (94% de los entrevistados).

Como hemos visto los tres primeros objetivos de nuestro trabajo han sido cumplidos, sin embargo, aún queda por corroborarse la hipótesis de que al proporcionar toda esta información a los familiares de los pacientes con esquizofrenia, se reflejará en una menor incidencia de recaídas, así como, en una mejor evolución de la enfermedad. A la fecha aún no podemos demostrar lo anterior, esto se debe a que el tiempo de seguimiento actual de los pacientes es de 5 meses, tiempo que consideramos muy corto, en vista de que el promedio general observado para recaídas en pacientes con esquizofrenia, es de 9 a 12 meses (aproximadamente 40% de los casos), según fue observado en los estudios realizados por William y Hogarty, mientras que a los 2 años se observan recaídas en un 50% de los pacientes (Falloon 1982, Domenici 1993).

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

Por lo anterior, este estudio continuará por lo menos por un periodo de 2 años en cuanto a su seguimiento.

Una falta que podría encontrarse en nuestro estudio, por el momento, es la falta de un grupo control, sin embargo, esto ya se ha tomado en cuenta, por lo que se verá la posibilidad de incluir un número similar de familiares de pacientes con esquizofrenia para comparar su evolución. Aunque por otro lado, existen otros puntos de comparación (como por ejemplo, las referencias antes mencionadas en donde se hace alusión al porcentaje de recaídas: 40% en el primer año y 50% en el segundo).

## CONCLUSIONES

Del presente trabajo se pueden obtener las siguientes conclusiones:

- a) Los familiares de pacientes esquizofrénicos, desconocen la mayor parte de la información acerca de la enfermedad: nombre, si es curable, si es controlable, manifestaciones clínicas, evolución, tratamiento y pronóstico.
- b) Por lo antes mencionado, el familiar se encuentra limitado para ofrecer una adecuada ayuda a su paciente.
- c) Afortunadamente, por lo menos en nuestro grupo estudiado, encontramos un gran interés por conocer acerca de la enfermedad y de esta forma, poder brindar una ayuda en la rehabilitación del paciente, sin embargo, corroboramos que existe aún una pequeña parte de familiares que no se interesan por el conocimiento de la enfermedad, lo cual correspondió a un 27% de nuestra muestra de trabajo.
- d) En vista de lo señalado, en el punto anterior, es evidente que resulta importante establecer programas para estimular a la gente y crear interés por la problemática de sus pacientes, así como, cual es la mejor forma de ayudarlos y hacerles entender que la dinámica familiar juega un papel muy importante en su buena rehabilitación.

- e) Este estudio deberá continuar, para demostrar que efectivamente, la participación familiar juega un papel importante en el adecuado manejo, menor índice de recaídas de la enfermedad y de esta forma sentar las bases para establecer programas de orientación, información y ayuda para estos pacientes en nuestra comunidad.

## BIBLIOGRAFIA

- 1.- Alonso Fernandez Fco. : Historia de la Psiquiatría; Alonso Fernandez Fco: Fundamentos de la Psiquiatría tomo I, Ed Paz Montalvo, Madrid España.1979, 1 - 15.
- 2.- Morales M, Historia de la Psiquiatría. Lopez Ibor J, Bracia D, Ruiz C, Psiquiatría tomo I ;Ed Toray, Madrid España,1982: 9 - 43.
- 3.-Turner T: Schizophrenia as a permanent problm. Some aspects of history evidence in the recenty (new disease) hypotesis. History of Psychiatry. 1992: 413 - 429.
4. Cancro R, Pruyser P; A historical review of the development of the concept of schizophrenia. Bull of the Menninger Clinic.1970; 34(2): 61 - 71.
- 5.- Pinel F, Tratado medico filosofico de la enagenación del alma o Manía. Ed Imprenta Real.; Madrid España, 1804.
- 6.- Kaplan H y Sadock b. : Equizofrenia ; compendio de psiquitria V, Ed William y Wilkins Nueva York
7. Schuartz S, Africa B; Trastornos esquizofrenicos; Golman H: Psiquiatría general ;Ed Manual Modemo Mexico 315-331.
- 8.- Gamica R.: Nacimiento de y evolución de la psiquiatría Ed Trillas; Mexico
- 9.- Kraepelin E.: Clínica Psiquiátrica , Ed Saturnino Calleja, Madrid España.
- 10.- Raskin D, Bleuler and schizophrenia. Brit.J.Psychiat. 1975,127. 231-4.
- 11.- Cancro R, L eahmann, H; Schizophrenia clinical features:Kaplan H, Sadock Comprehensive textbook of psychiatry IV ED William and wilkins 1985; 680 ' 713..
- 12.- Rieder R.: The origins of our confusion about schizophrenia. Psychiatry.1974,37:1997 - 208.
- 13.- Jaspers K.: Psicopatología general; Ed Fondo de cultura económica,Mexico.
- 14.- Trimble M. : First rank symptoms of Schneider a new perspective ?. Brit.J/Psychiat 1990, 156: 195 - 200.
- 15.- Schneider K.: Psicopatoloia clínica .Ed Paz Montalvo, Madrid España.
- 16.- American Psychiatric Asociation.: Mental disordes diagnostic y stadistico manual (DSM II, 1952).
- 17.- Trastornos Mentales y del comportamiento, clasificación internacional de las enfermedades mentales! (ICD-9-OMS)

- 18.- Asociación americana de psiquiatría.: Manual diagnóstico y estadístico de trastornos mentales (DSM III) Ed Masson.
- 19.- Asociación americana de psiquiatría.: Manual diagnóstico y estadístico de trastornos mentales ( DSM III - R) Ed Masson
- 20.- Apendix D: Proposed Criteria for the DSM IV subtypes of Schizophrenia. Schizophrenia Bull,1991 17(4).
- 21.- Trastornos Mentales y del comportamiento, Revisión de las clasificación internacional de las enfermedades mentales ( CIE - 10 );Ed Meditor ,España.
- 22.- Kaplan H y Sadock B .: Esquizofrenia en Sinopsis de Psiquiatría ;Ed William y Wilkins 6a Edición .320 - 342.
23. Alan M, et al. Están la esquizofrenia y el trastorno afectivo relacionados? Datos preliminares de un estudio de familias.Am J Psychiatry 1993.
- 24.-Tscang M .:Genetic Counseling; Am J Psychiatry 1978; 135 (12) : 1471.
- 25.- Murphy j y Helzer J.: Epidemiology of adult schizophrenics; Michels y cols Psychiatry Vol I ;Ed Lippincott , Philadelphia E.U.A 1990.
- 26.- Kremen y cols : Using vulnerability indicators to compare conceptual models of genetic heterogeneity in schizophrenia; J Nerv Ment Dis 1992; 180: 141 152.
- 27.- McGlasham T.: A selective review of recent north america long term followup studies of schizophrenia. Schizophrenia Bull, 1988; 14(4): 515 - 543.
- 28.- Cannon T y cols.: Genetic and perinatal determinants of structural brain deficits in schizophrenia; Arch Gen Psychiatry. 1989; 46: 883 - 889.
- 29.- Ritsnes M y cols. Genetic epidemiological study of schizophrenia: reproduction behavior, Acta Psychiatr Scand 1992;85: 423 - 429.
- 30.- Lynn E, La importancia de la edad de inicio para la esquizofrenia, Schizophrenia Bull,1992; 18 (2).
- 31.- McGlasham T, Carpenter W y Bartko J, Issues of design and methodology in long term Followup studies. Schizophrenia Bull, 1988; 14 (4) :569 -574.
- 32.- Wilson K, Cooper S y Waddington, Brit J Psychiatr,1991; 158: 770 - 775.
- 33.- Hyde T y Weinberger D. The brain in schizophrenia , Seminars in neurology,1990;10 (3) :276 - 302.
- 34.- Takuya et al , Movimientos oculares exploratorios y valoración neuropsicológica en pacientes esquizofrénicos.Schizophrenia Bulletin, 1992; 18 (1).
- 35.-Goldman et al, Desempeño de claves instruccionales en la ejecución de pacientes esquizofrénicos en el test de wisconsin. Am J Psychiatr,1992;149(12).

- 36.- Andreasen n, Coffman J y Nasrallah. Left hemispheric density deficits in chronic schizophrenia. *biological Psychiatry*, 1984;19 (8): 1237 -1247.
- 37.- Timble M, *Psychopathology of frontal lobe syndromes, seminars in neurology* 1990;10 (3): 287 - 284.
- 38.- Weinberger d, Torrey F et al, Lateral cerebral ventricular enlargement in chronic schizophrenia, *Arch Gen Psychiatry* 1979;36: 735 - 739.
- 39.- Gamica R, La neuroimagen del defecto cerebral en esquizofrenia, *Salud mental* 1992;15 (1): 42 - 51.
- 40.- Pillowsky b, Weinberger D et al Satability of sacan findings in schizophrenia: results of an 8 year follo up study, 1988;51: 209 - 213.
- 41.- Van Ongeval W , et al, ventricular enlargement, clinical correlates and treatment outcome in chronic schizophrenic inpatients, *Acta Psychiatr Scand* 1992;85: 306 - 312.
- 42.- Weinberger D, Faith K y Zec R. Physiologic dysfunction of dorsolateral prefrontal cortex in schizophrenia, *Arch Gen psychiatry* 1986; 4: 114 - 124.
- 43.- Andreasen N et al, Magnetic resonance imaging of the brain in Schizophrenia, *Arch Gen psychiatry*.1990;47: 35 - 44.
- 44.- Stratta P et al, Hemispheric Asymetries and schizophrenia a preliminary magnetic resonance imaging study, *Biol Psychiatry*. 1989; 25: 275 - 284.
- 45.- Heckers S, et al, Hippocampal neuron number in schizophrenia, *Arch Gen Psychiatry*.1991;48: 1002 - 1008.
- 46.- Stevens J, Abnormal Reinnervation as basis for schizophrenia: a hypotesis. *Arch Gen Psychiatr* 1992;49: 238 - 243.
- 47.- Weinberger D, Schizophrenia and lobe frontal .*TINS* 1988; 11 (8): 367 - 370.
- 48.- Escobar a, Nieto D, *Psychosis Mayor; Pathology of the Nervous System ED Doard vol III Nueva York.*
- 49.- Stevens J, neuropathology in schizophrenia. *Arch Gen Psychiatry* .1982; 39: 1131 - 1139.
- 50.- Weinberger D, implications of normal brain development for the pathogenesis of schizophrenia. *Arch Gen psychiatr* 1987;44 : 660 - 669.
- 51.- Kendel R, Schizophrenia clinical features; Michels y cols *Psychiatry Vol I Ed Lippincott Filadelfia.*

52. Fuentenebro Fy Santos J .: Las esquizofrenias (II) aspectos etiologicos; Fuentenebro f, VazquezC. psiquiatría y psicología clínica vol II ED MaGraw Hill 997 - 1040.
- 53.- Vieweg W, et al. Death from self induced water intoxication among patients with Schizophrenic disorders. J Nerv Men Dis, 1985;174(3): 161 - 165.
- 54.- Andrew C, Clínica en esquizofrenia; Andrew C .Esquizofrenia una perspectiva biopsicologica Ed Lawrence Erlbaw Asociados 1979, 109- 146.
- 55.- Hellerstein D et al, the clinical significance of command hallucinations, Am J Psychiatry.1987;144: 219 - 221.
- 56.- Brown J, Hallucinations, Handbook of clinical Neurology vol 1 (45) 251 - 372..
- 57.- Fish F, Psicopatología Clínica signos y síntomas en psiquiatría ED Aleph 47 -78.
- 58.- Jimenz T, La terapia electroconvulsiva en la esquizofrenia Tesis 1- 34.
- 59.- Humpheres M, Johnstone E, y Taylor P. Dangerous behavior preciding first admissions for schizophrenia, Br J Psychiatr 1992;161: 501 - 505.
- 60.-Modestin J, A study of suicide in schizophrenic in patients. Br J Psychiatr 1992; 160: 398 - 401.
- 61.- Addington D,Attempted suicide and depression in schizophrenia. Acta Psychiatr Scand ,1992: 85;288 - 291.
- 62.- Curran J and Cirell V; The role of psychosocial factors in the etiology, courseand outcome of schizophrenia: Suang T: Handbook of schizophrenia Vol 3, Nosology epidemiology and
- 63.- Ken-Ming L, Kleiman A, Psychopatrolgy and clinical course of schizophrenia : A cross cultural perspective; 14 (4) : 555 - 567.
- 64.- Andreasen N, et al Clinical phenomenology, Schizophrenia Bull, 1988, 14 (3): 345 - 363.
- 64.- Andreasen N, et al Clinical phenomenology, Schizophrenia Bull, 1988, 14 (3): 345 - 363.
- 65.- Andreasen N , Positive and negative symptoms historical and conceptual aspects Schizophrenia : positive and negative symptoms, and syndroms; Ed Karger 1992 1 - 42.
- 66.- Barnes T, Evidence for validity of negative symptoms: Schizophrenia : positive and negative symptoms and syndroms Ed Karger 1992 :43 - 72.
- 67.- McGlashan T, Heinsen R, Fenton W, Psychosocial treatment of negative systoms in Schizophrenia Ed Karger 1992.



- 68.- De León J. M.D. et al. Negative Symptoms and Emotional Blunting in Schizophrenic patients. *J Clin Psychiatry*.54:3, 1993.
- 69.- Alvarez C. y cols. Las esquizofrenias y aspectos biológicos, en *Psiquiatría y Psicología Clínicas*, vol II, I edición , pgs. 993-996. Mac Graw Hill, 1990.
- 70.- Glazer W. Terapia con Neurolépticos de depósito, una opción de tratamiento subutilizada. *J Clin Psychiatry* 53:426-433. 1992.
- 71.- Hogarty G, et.al. Fluphenazine and social Therapy in the aftercare of Schizophrenic Patients. *Arch Gen Psychiatry*. 36: 1283-1293. 1979.
- 72.- Berkowitz R, Eberlein-Fries Rosemarie. Educating Relatives about Schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*. 10;418-429. No.3. 1984.
- 73.- A.Liakos, I. Papacostas. A Repertory Grid Investigation of the concept of Illness by parents of Schizophrenic Patients. *Brit. J. Psychiat*. 126,354-359. 1975.
- 74.- Solinsky S, Jackson H. Prediction of Empliyability in Schizophrenic Patients. *Schizophrenia Research*. 7;141-8. 1992.
- 75.- Ciompi L. The Natural History of Schizophrenia in the long Term. *Brit. J.Psychiat*. 136,413-420. 1980.
- 76.- Rapoport R. The family and Psychiatric Treatment, a conceptual Approach. *Psychiatry*. 1;23. 1960.
- 77.- Stanley R. Palombo, John Merrifield. Recognition of parents of Schizophrenics from excerpts of family therapy interviews. *Psychiatry*. vol3-4. 1967.
- 78.- Calzadilla Fierro L. Psicoterapia de grupo y rehabilitación del esquizofrenico crónico.Hospital psiquiátrico de la Habana, 3 (2), 1971.
- 79.- Stein L. A System approach to reducing relapse in schizofrenia. *J.Clin.Psychiatry*, 54;3 (suppl) March 1993.
- 80.- Mueser KJ, Bellack A. An assessment of educational needs of chronic Psychiatric patients and their relatives. *British Journal of Psychiatry*. 160, 674-680. 1992.
- 81.- Vaughn. Ch. Family Factors in Schizophrenic Relapse. *Arch Gen Psychiatry*. vol 14. dec. 1984.
- 82.- Pustilnik S. Expresividad emotiva y esquizofrenia. Influencia de la familia en el curso de la enfermedad. *Salud Mental* V. 13. no. 3. 1990.
- 83.-N. Tarrier, et.al. Providing Information to relatives about Schizophrenia; some comments. *British Journal of Psychiatri*. 149, 458-463. 1986.

84.- Strachan A. Emotional attitudes and Direct Communication in the families schizophrenics. *British Journal of Psychiatry*. 149, 279-287. 1986.

85.- Tarrier N. Some aspects of family interventions in Schizophrenia. I: Adherence to intervention Programmes. *British Journal of Psychiatry*. 159, 475-480. 1991.

86.- Domenici N and Griffin-Francell C. The role of family Education. *J.Clin Psychiatry*. 54;3 (suppl) March. 1993.

87.- Falloon I et.al. Family Management in the prevention of exacerbations of schizophrenia. A Controlled Study. *The New Engl Jour. Med*. 306-24; 1982.

88.- Leff J. A Controlled trial of social intervention in the families of schizophrenic patients; Two year follow up. *BJP* 146, 594-600, 1985.

89.- Pucheu C. Conceptos y Alternativas para la Rehabilitación del Enfermo Mental. *Salud Mental* 1981;4 (3): 4 - 12