

11241



UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE
MÉXICO

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO

SUBDIVISIÓN DE ESPECIALIZACIÓN
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.

FACULTAD DE MEDICINA DEPTO. DE PSICOLOGÍA
MÉDICA, PSIQUIATRÍA Y SALUD MENTAL

SEDE: Hospital de Psiquiatría de San Fernando

TÍTULO: Los Trastornos Psiquiátricos Severos en Familiares y
su Relación con el Número de Hospitalizaciones de
los Pacientes con Esquizofrenia

T E S I S
PARA OBTENER EL DIPLOMA DE:
PSIQUIATRÍA
PRESENTA:

NOMBRE: Guevara Muñoz Anayancy

ASESORES: Teórico: Dr. José Novoa Ramos
Metodológico: Dr. Fernando Corona Hernández

CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN PSIQUIATRÍA
DEPTO. DE PSICOLOGÍA MÉDICA,
PSIQUIATRÍA Y SALUD MENTAL
FACULTAD DE MEDICINA
U. N. A. M.
Vo. Bo.
Alejandro Díaz Martínez
DR. ALEJANDRO DÍAZ MARTÍNEZ

MEXICO, D.F. Septiembre del 2004 MES AÑO



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.

ÍNDICE

1. Planteamiento del problema.....	3
2. Objetivos.....	4
3. Justificación.....	5
4. Marco Teórico.....	6
5. Hipótesis.....	9
6. Material y métodos.....	10
a) Diseño.....	10
b) Universo de trabajo.....	10
c) Variables.....	10
d) Definición e indicadores de las variables.....	10
e) Selección de la muestra.....	15
f) Criterios de selección.....	15
g) Procedimientos.....	16
h) Análisis estadístico.....	16
7. Análisis de los resultados.....	17
8. Conclusiones.....	23
9. Bibliografía.....	24
10. Anexos.....	27
a) Consentimiento informado.....	27
b) Hoja de recolección de datos.....	28

1. PLANTAMIENTO DEL PROBLEMA

Se desconoce el impacto que tienen los trastornos psiquiátricos severos en familiares sobre el número de hospitalizaciones de los pacientes con esquizofrenia.

2. OBJETIVOS

Determinar tipo y proporción de trastornos psiquiátricos severos que se presentan en los familiares de los pacientes con esquizofrenia y establecer el impacto que tiene en el número de hospitalizaciones en el Hospital de Psiquiatría San Fernando.

3. JUSTIFICACIÓN

Debido al empleo de fármacos antipsicóticos para pacientes con esquizofrenia, la ocupación de los hospitales psiquiátricos disminuyó de manera drástica. Las propuestas de asilos permanentes, fueron sustituidas en forma paulatina por una propuesta de inserción comunitaria y familiar, que para muchas familias de enfermos representa un problema grave y las hacen requerir de apoyo por parte de los servicios de salud.

Siendo la familia la principal cuidadora del paciente en todas las áreas de salud mental, deben existir programas de apoyo para los familiares de pacientes con esquizofrenia, ya que se ha demostrado, en general, que los individuos con esquizofrenia que están en contacto con padres más intolerantes, sobreinvolucrados, hostiles y críticos, aumenta al cuádruple el riesgo de recaída y por lo tanto de hospitalización, comparado con los individuos con padres con baja “expresión emocional” (8).

4. MARCO TEÓRICO

Esquizofrenia, una perspectiva biopsicosocial

La esquizofrenia es un trastorno neuropsiquiátrico que se presenta en la población mundial del 0.5% al 1%. Hay evidencia que factores genéticos y medioambientales influyen en la etiología de la esquizofrenia. De la primera, se ha relacionado que la enzima COMT (crucial en el metabolismo de las catecolaminas) confiere un riesgo para esquizofrenia, cuando existe una alteración, en la cual se sustituye valina por metionina (13). De los segundos, incluyen procesos que involucran el ambiente prenatal, un ejemplo es la incompatibilidad Rh, por interferir en el neurodesarrollo fetal (22). Y factores socioeconómicos e historia familiar psiquiátrica incrementa el riesgo de esquizofrenia cuando se correlaciona con edad paterna avanzada, de 50 años o más (4). Aunque no se han realizado suficientes estudios que lo confirmen, otro aspecto de riesgo para presentar esquizofrenia, es ser hijo de padres con dependencia o abuso de alcohol (7). Sin embargo, hay otros factores que influyen en el inicio y evolución de la enfermedad, uno de ellos es la clase social, pues se ha demostrado que un nivel socioeconómico bajo se relaciona con un retraso en el comienzo del tratamiento (17), lo que empeora el pronóstico del paciente. Sin embargo, en las primeras descripciones del padecimiento se creía que su etiología estaba dentro de la familia, Haley (1959) refiere que hay una transición en el estudio de la esquizofrenia, primero se estableció que el problema de la familia era secundario al paciente esquizofrénico, pasando por la idea de que la madre era patógena, luego por el descubrimiento de que el padre era inadecuado, y posteriormente que los tres miembros de la familia estaban implicados en un sistema patológico de acción recíproca. En los '40 se hace hincapié en la madre esquizofrenogénica (From, Reichmann), la cual se caracteriza por ser agresiva, dominante, insegura y rechazante; mientras que el padre se le describió como pasivo, inadecuado y más bien indiferente. El "síndrome de autismo infantil", descrito por Kanner (1949), refiere que el niño es incapaz de utilizar la relación simbiótica con la madre para orientarse hacia el mundo interior o al exterior. Ellison y Hamilton (1949) manifiestan que los padres son crueles y repulsivos. Mientras Jackson (1957) desarrolla la teoría de la "homeostasis familiar", estado hipotético en el que el cambio en un miembro de la familia, produce cambios en otros miembros de la misma. Las tensiones generadas en un sistema familiar patológico se reducen mediante una proyección de la tensión sobre un determinado miembro de la familia. (3). Hamilton (1949) habla de que la etiología de la esquizofrenia es un quebrantamiento de la estabilidad familiar por la muerte precoz de un miembro, o por divorcio o separación (3), Bhugra y colaboradores (1999) lo reafirma, proponiendo una autoestima baja, secundario al rompimiento temprano del vínculo, (2) y, Mallet y colaboradores (2002), considera que por este motivo, hay más pacientes en emigrantes y en población urbana, aunado a otros factores de estrés como el desempleo (14), pero Bhugra y Mallet manifiestan que la fragmentación del vínculo mantiene los síntomas, pero no produce la enfermedad (2,14).

Un factor protector, en familias con alto riesgo para esquizofrenia, son las relaciones positivas entre padres e hijos; pero el principal problema de los padres es el pobre control de la conducta ingobernable del paciente (9), asociándose al escaso apoyo del sistema legal y de los servicios de salud (16). Por ello es importante que se le ayude al familiar, para que resuelvan los problemas de una forma asertiva (9) y para lograr que el paciente sea más independiente u objetivo (32). Diversas investigaciones se enfocan en la Expresión Emocional (EE) de los familiares, el cual, refiere Lenior y colaboradores (2002), no es un predictor de episodios psicóticos, pero estos episodios incrementan la actitud crítica de los padres (11), mientras Clerici y colaboradores (1998) opinan lo contrario, es decir, si interfieren en las agudizaciones de la esquizofrenia (5).

Los padres con menor EE, forman vínculos fuertes, proporcionan cuidado, asociado a una mayor aceptación, y co-funcionamiento con el paciente. Los padres que evitan el vínculo disminuyen el cuidado, son menos sensibles y accesibles, así como menos tolerante a las faltas lo que los lleva a ser más críticos y hostiles, es decir, tienen altos niveles de EE (21). Además la EE se ha relacionado con la aceptación de la ingesta de medicamentos por parte del paciente, teniendo como resultado una disminución de las recaídas (28,5).

El espectro de la genética

Bowen (1969) considera que la reacción esquizofrénica era síntoma de la patología de la familia (3), y no era errónea esta propuesta, ya que un año antes, Kety y colaboradores (1968) presentan el “espectro de la esquizofrenia”, término que se refiere a todos los trastornos que son transmitidos genéticamente con la esquizofrenia, dificultando aún más la contención del paciente (29). Los padres de pacientes con el primer episodio de esquizofrenia durante la niñez tienen mayor riesgo de presentar trastornos del espectro de esquizofrenia, que los padres de pacientes que inician el trastorno durante la adultez, esto se debe a que el ataque en la niñez es debida, al menos en parte, a la gran diátesis familiar para el trastorno (18). Un estudio mexicano corrobora la alta prevalencia de trastornos mentales en los familiares de segundo grado, seguidos por los de primer grado en los pacientes con esquizofrenia, aunque no especifica el tipo (19). Y aunque no siempre existen trastornos del espectro de la esquizofrenia, hay un deterioro significativo en la pruebas oculomotoras y neuropsicológicas, en los parientes de primer grado sanos (padres), considerándolo como un marcador endofenotípico de predisposición genética para la esquizofrenia (25); sin embargo, Kathman y colaboradores (2003) refieren que las alteraciones oculomotoras también se presentan en familiares sanos de pacientes con depresión (12) y, Turetsky y colaboradores (2003) refieren que un marcador endofenotípico es la disminución del volumen del bulbo olfatorio derecho en los familiares sin esquizofrenia (30).

La esquizofrenia afecta profundamente a la familia y no solo al individuo enfermo

La respuesta de los padres ante un hijo con esquizofrenia son sentimientos de pérdida y pena, pues se menoscaba la versión pre-mórbida de su hijo, es decir, se pierden las esperanzas y aspiraciones para el futuro. Estos sentimientos son más frecuentes cuando el diagnóstico es tardío o cuando la familia no tiene un apoyo para afrontar la enfermedad, (20) lo que es común, dada la falta de soporte del sistema legal y de los servicios de salud, afectando negativamente su función (16). Anderson (1986) hace hincapié en el estudio de la familia, pues provoca un impacto en todos sus miembros y experimentan un estrés grave y crónico producido por la convivencia con el enfermo, MacCarthy y colaboradores (1989) encuentran que al menos uno de tres familiares, tiene niveles altos de ansiedad y depresión; originando conflictos conyugales entre los padres, depresión y conductas inadecuadas en los hermanos y síntomas físicos en casi todos los miembros de la familia. McGilloway y cols (1997) reporta que el 45% de los familiares que cuidan al paciente son clasificados como casos psiquiátricos menores (19). Los cuales no solo se dan en la esquizofrenia pues aumentan las proporciones de depresión mayor, fobia social y aumento de consumo de alcohol en parientes de primer grado de pacientes con autismo (10). En los parientes, las más afectadas son las madres, pues como principales cuidadoras, presentan los efectos negativos, como trastornos psicológicos y somáticos, perturbaciones del sueño y del apetito, depresión, desesperación, así como sentimientos de culpa y pena (16); con la incorporación de la mujer al sistema laboral disminuye la atención al paciente con esquizofrenia dentro de su núcleo familiar, lo que contribuye al deterioro del paciente y a la impotencia de sus familiares. Un estudio realizado en la ciudad de México arrojó que el 30.5% de los familiares presentan de uno a tres diagnósticos psiquiátricos. El diagnóstico más frecuente fueron los trastornos afectivos; los trastornos fóbicos y somatomorfos fueron el segundo lugar, seguidos de

los trastornos por alcohol y por último los de ansiedad. Se observaron más familiares con una combinación de trastornos físicos y emocionales (19).

Las enfermedades psiquiátricas de los padres influyen en los hijos en su autoconcepto, en su estilo de pensar y comportamiento, siendo los factores de mayor riesgo la hostilidad, la irritabilidad, la agresión y la violencia. Además los padres con manifestaciones psiquiátricas, desatienden sus obligaciones hacia con los hijos, pues se ha demostrado que las madres con trastornos psicóticos no se atienden durante el embarazo (23). Es por eso que los hijos de de pacientes con esquizofrenia, también sufre los estragos de la enfermedad. Para los niños con un padre con psicosis aguda puede llevar a una reacción en crisis. En el caso de enfermedad severa y antigua del padre, el niño puede tener una gran carga. La enfermedad puede interferir con su desarrollo, en su comportamiento y aumenta el riesgo de problemas psicológicos (15). Schiffman y colaboradores (2002) encontraron una mayor probabilidad de malas relaciones entre los padres con esquizofrenia y su descendencia, en comparación con los padres con trastorno de la personalidad esquizotípica o sin ningún trastorno psiquiátrico. Además cuando las relaciones se encuentran deterioradas entre los hijos y sus padres con esquizofrenia son más susceptibles de desarrollar esquizofrenia (26). Ross y Compagnon (2001) encontraron que el setenta y cuatro por ciento de los hijos con un padre con esquizofrenia cumplían criterios para el Eje I del DSM-IV. El diagnóstico más común fue el TDAH (40%), seguido por cualquier trastorno de ansiedad (23%), después cualquier trastorno depresivo (12%) y finalmente los cuadros psicóticos estuvieron presentes en un 9%. De los niños con un diagnóstico psiquiátrico, el 47% presentó un deterioro de moderado a severo (24). Mientras Tienari y colaboradores hallan que el 17.5% de los hijos de madres con esquizofrenia tiene un trastorno del “espectro de la esquizofrenia” (29). Walsh y colaboradores encuentran que los hijos de padres con esquizofrenia presentaron abuso sexual y físico, aunque este es menor que los hijos de padres con depresión, tal información es importante para disminuir el riesgo de maltrato en los niños. (31). Además Amminger y colaboradores, encuentran mayor comorbilidad en el Eje I, en la edad adulta, cuando presentan trastornos del comportamiento los hijos de padres con esquizofrenia, aunque como en el estudio anterior es mayor el porcentaje en los hijos de padres con trastornos afectivos (1).

Para evaluar el pronóstico de la enfermedad no puede restringirse a un solo individuo, sino que debe abarcar el individuo dentro del grupo familiar. Pues se ha demostrado que entre el 79% y el 85% de los pacientes regresan a vivir con la familia después de ser dados de alta (Valencia 1993). Y el riesgo de sufrir una recaída es mayor para aquellos que retornan al mismo hogar conyugal o parental, en comparación con los que regresan a otras condiciones de vida (Brown y col., 1972) (19). Por ello intervenir en los familiares, disminuye el riesgo de recaídas, demostrándose que la terapia cognitivo-conductual es alternativa de ayuda, para prevenirlas (27). Tal apoyo hace que el paciente se adapte a su familia y comunidad, se construyan redes sociales, y se desarrollen percepciones más positivas de la vida en el paciente (6).

5. HIPÓTESIS

HIPÓTESIS DE TRABAJO

La presencia de trastornos psiquiátricos severos en familiares aumenta el número de hospitalizaciones de los pacientes con esquizofrenia.

HIPÓTESIS NULA (0)

La presencia de trastornos psiquiátricos severos en familiares disminuye el número de hospitalizaciones de los pacientes con esquizofrenia.

HIPÓTESIS ALTERNA

La presencia de trastornos psiquiátricos severos en familiares aumenta el número de hospitalizaciones de los pacientes con esquizofrenia.

6. MATERIAL Y METODOS

Diseño:

Transversal, comparativo, observacional y prospectivo

Universo de trabajo

Pacientes con esquizofrenia y sus familiares, atendidos en el Hospital de Psiquiatría de San Fernando.

Variables:

- a) Independiente: Trastornos psiquiátricos severos de los familiares
- b) Dependiente: Número de hospitalizaciones
- c) De confusión: Sexo, edad, escolaridad, ocupación, nivel socioeconómico, parentesco, tipos y número de familiares con diagnóstico psiquiátrico, disfunción familiar y duración de la enfermedad del paciente.

DEFINICIÓN:

Esquizofrenia: disociación, división de la capacidad mental.

Trastorno psiquiátrico: comportamiento o grupo de síntomas identificables en la práctica clínica, que en la mayoría de los casos se acompañan de malestar o interfieren en la actividad del individuo.

DESCRIPCION OPERATIVA:

Esquizofrenia: Enfermedad mental que se caracteriza por distorsiones fundamentales y típicas de la percepción, del pensamiento y de las emociones. El trastorno compromete las funciones esenciales que dan a la persona normal la vivencia de su individualidad, singularidad y dominio de si mismo. Dividiéndose los *síntomas en positivos* que incluye las alucinaciones, las ideas delirantes, un trastorno formal del pensamiento (incoherencia, descarrilamiento, tangencialidad o falta de lógica) y un comportamiento extravagante o desorganizado. Y los *síntomas negativos* siendo la alogia (pobreza del lenguaje o del contenido del lenguaje); aplanamiento afectivo, anhedonia/asociabilidad (incapacidad para experimentar placer, pocos contactos sociales), abulia/apatía (anergia, falta de persistencia en el trabajo o en la escuela) y deterioro atencional.

Puede aparecer una fase prodrómica caracterizada como pérdida de interés por el trabajo y la actividad social, descuido de la apariencia e higiene personales, ansiedad generalizada y grados moderados de depresión y preocupación, los cuales preceden a los síntomas psicóticos en semanas o incluso meses.

INDICADOR DE LA VARIABLE ESQUIZOFRENIA

Criterios para el diagnóstico de esquizofrenia

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

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

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

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

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

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

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

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

Trastornos psiquiátricos severos: cada trastorno mental es conceptualizado como un síndrome o un patrón comportamental o psicológico de significación clínica, que aparece asociado a un malestar, a una discapacidad, o a un riesgo significativamente aumentado de morir o de sufrir dolor, discapacidad, o pérdida de libertad. No debe ser una mera respuesta culturalmente aceptada a un acontecimiento particular.

INDICADOR DE LA VARIABLE TRASTORNOS PSIQUIATRICOS.

Familiares de pacientes que cumplan los criterios diagnósticos de cualquiera de las categorías descritas en el DSM/IV TR, excluyendo los Trastornos de la niñez y de la adolescencia y otros que se considere que no influyen directamente en el número de hospitalizaciones del paciente con esquizofrenia, por ejemplo las fobias, el trastorno de deseo sexual hipoactivo, etc.

Familiares: conjunto de personas que proviene de una misma sangre, de un mismo linaje, de una misma casa, especialmente el padre, la madre y los hijos. Familiares de primer grado: padres, hermanos e hijos. De segundo grado: abuelos, tíos, sobrinos.

Número de internamientos: (ordinal) veces la que se ha hospitalizado el paciente.

Sexo:	(nominal)	1. Femenino 2. Masculino
Edad:	(ordinal)	1. 18 y 19 años 2. 20 – 29 años 3. 30 – 39 años 4. 40 – 49 años 5. 50 – 59 años 6. 60 – 69 años 7. Mayores de 70
Escolaridad:	(nominal)	1. Analfabeta 2. Primaria 3. Secundaria 4. Bachillerato 5. Profesional
Ocupación:	(nominal)	1. Ama de casa 2. Estudiante 3. Empleado 4. Profesionista 5. Pensionado 6. Desempleado 7. Comerciante 8. Campesino

Parentesco

(nominal)

1. Hijo (a)
2. Padre, madre
3. Pareja
4. Hermano (a)

Nivel socioeconómico: (nominal) el cual se evaluará acorde a las categorías de Leñero Otero Luis, este se tipifica según el ingreso económico familiar medido acorde al salario mínimo, este último se establece según el Diario Oficial, publicado el 26 de diciembre del 2002, en el que se implementan los salarios mínimos vigentes a partir de enero del 2003.

1. Nivel de subsistencia: 0 a 2 SM
2. Nivel popular pobre: 2.01 a 4 SM
3. Nivel medio: 4.01 a 8 SM
4. Nivel acomodado: 8.01 y más SM

DESCRIPCION OPERATIVA RELACIÓN FAMILIAR:

Familia funcional: es la que cumple sus funciones acorde con la etapa del ciclo vital en que se encuentra y en relación con las demandas que percibe de su entorno.

Disfunción Familiar: familia disfuncional es aquella que no cumple sus funciones de acuerdo con la etapa del ciclo vital en que se encuentra y en relación con las demandas que percibe de su entorno, para evaluarla se utilizará la clasificación triaxial de la familia de Luis Ramirez.

A. Disfunción en el desarrollo familiar.

a) Disfunciones del desarrollo.

1. *Disfunción familiar primaria:* disfunción de pareja, por una incapacidad para establecer una relación compatible y un fracaso para tomar responsabilidades maritales.
2. *Disfunción relacionada con el primer hijo:* inadecuada preparación de la pareja, desplazando el rol parental y marital.
3. *Disfunción relacionada con la educación de los hijos:* falla para proporcionar un ambiente psicológico adecuado para la familia en expansión o una dificultad para organizar a la familia como grupo.
4. *Disfunción familiar en la madurez:* la pareja tiene dificultad para separarse de sus hijos adultos y/o restablecer el equilibrio marital.
5. *Disfunción de la familia en la época de contracción:* falta de preparación o la incapacidad de aceptación de la pérdida de un miembro, con falla para reajustar el patrón de vida familiar.

b) Complicaciones del desarrollo y variaciones

6. *Familia interrumpida:* crisis familiar asociada a la separación o divorcio de la familia, con dificultad para manejar la separación y el acercamiento, problemas para manejar sentimientos negativos no resueltos y falla para negociar la custodia de los hijos.

7. *Familia de un solo padre*: las dificultades se centran alrededor del mantenimiento, cuidado y disciplina de los niños así como en la identificación psicosexual.
8. *Familia reconstruida*: Junto con la familia substituta, hay una dificultad para la división de los roles, entre la pareja, entre padres e hijos y entre hijos.
9. *Familia crónicamente inestable*: caracterizada por frecuentes cambios, separaciones o divorcios. Existe confusión de los roles y en los límites familiares.

B. Disfunción de la familia como sistema.

a) Disfunción en el subsistema conyugal.

10. *Disfunción marital complementaria*: la pareja tiene conductas patológicas o problemas de carácter complementarias. Ejem: dominante vs. sumisa, obsesiva compulsiva vs. histérica.
11. *Disfunción marital conflictiva*: combinación de dos personas que tiene la misma tendencia a controlar y a ejercer poder.
12. *Disfunción marital dependiente*: la pareja son mutuamente dependientes, inseguras y emocionalmente inmaduras.
13. *Disfunción marital desvinculada*: es una interacción e involucración pobre en la pareja.
14. *Disfunción marital por incompatibilidad*: se caracteriza por diferencias en las personalidades, los sistemas de valores y los estilos de vida, con un caos en el reajuste.

b) Disfunción en el subsistema padre-hijo.

15. *Reacción ante uno de los padres*: el padre interfiere con las habilidades del hijo, por sus expectativas, identificaciones proyectadas y reacciones distorsionadas. O bien, conductas inadecuadas de uno de los padres, así como extremo favoritismo y rechazo.
16. *Reacción ante uno de los hijos*: la disfunción se da por patología de un niño, de tipo orgánico, del desarrollo o de la maduración.
17. *Disfunción en la relación padre-hijo*: sobreprotección del padre hacia el hijo, o un padre excesivamente controlador.
18. *Disfunción triangular*: el hijo se involucra intensamente en la conflictiva de sus padres.

c) Disfunción en el subsistema de los hermanos.

19. *Rivalidad destructiva*
20. *Sobreidentificación o falta de diferenciación.*
21. *Coaliciones en contra de uno o ambos padres.*

C. Disfunciones en subsistemas familiares.

a) Disfunciones estructurales y funcionales.

22. *Familia de bajo rendimiento*: los padres son inmaduros, con dificultad para organizarse, para comunicarse y para tomar decisiones.
23. *Familia excesivamente estructurada*: uno de los padres o ambos son perfeccionistas, la familia básicamente se orienta hacia la tarea, preocupándose por la disciplina y el rendimiento.
24. *Familia patológicamente integrada*: hay una inapropiada división de roles.
25. *Familia desvinculada*: los miembros tiene dificultades para integrarse como grupo.
26. *Familia desorganizada*: existen múltiples problemas que incluyen división de roles, comunicación y organización.

b) Disfunciones sociales.

27. *Familia socialmente aislada*: pobre o ningún contacto de los miembros con la familia extensa o con la comunidad.
28. *Familia socialmente desviada*: se caracteriza por una revolución en contra de las normas comunitarias, no compromiso con los estándares sociales.
29. *Familia con tema especial*: la familia está dominada por temas. Mitos, secretos o creencias culturales comúnmente compartidas

INDICADOR DE LA VARIABLE RELACIÓN FAMILIAR.

1. Familia funcional
2. Familia disfuncional
 - a. Leve: cuando cumple un ítem.
 - b. Moderada: cuando cumple dos.
 - c. Severa: cuando cumple de tres o más ítems.

Duración de la enfermedad: tiempo transcurrido desde el diagnóstico de esquizofrenia a la fecha del estudio.

Selección de la muestra:

Se entrevistaron consecutivamente a familiares de 75 pacientes con esquizofrenia, que fueron hospitalizados en el Hospital de Psiquiatría de San Fernando, a partir del 1ro de septiembre del 2003.

Criterios de selección:

a) De Inclusión:

- Ser familiar de 1° y 2° grado del paciente, de cualquier sexo.
- Diagnóstico de algún trastorno psiquiátrico o sin el, en los familiares que acompañan al paciente durante la entrevista clínica.
- Mayores de 18 años de edad.
- Vivir en la misma casa o asistir diariamente a la misma con el objeto de atender al paciente, mínimo un año.
- Haber firmado consentimiento informado.

b) De Exclusión:

- No ser familiar del paciente.
- Menor de 18 años de edad.
- No vivir en la misma casa, ni asistir diariamente al paciente.
- No firmar el consentimiento informado.

c) De Eliminación:

- Familiares de pacientes psiquiátricos en su primer internamiento.
- Familiares con diagnóstico de algún trastorno psiquiátrico que se nieguen a participar en el estudio.
- Retirar consentimiento informado.

PROCEDIMIENTOS:

1. El investigador entrevistó propositivamente a los familiares de los pacientes psiquiátricos que asistieron al Hospital de Psiquiatría San Fernando del IMSS, para diagnosticar trastornos psiquiátricos de acuerdo con los criterios del DSM-IV-TR. También proporcionará información necesaria para obtener el consentimiento de cada entrevistado (anexo 1).
2. Los resultados se anotarán en una hoja de recolección como la que se muestra en el anexo 2.

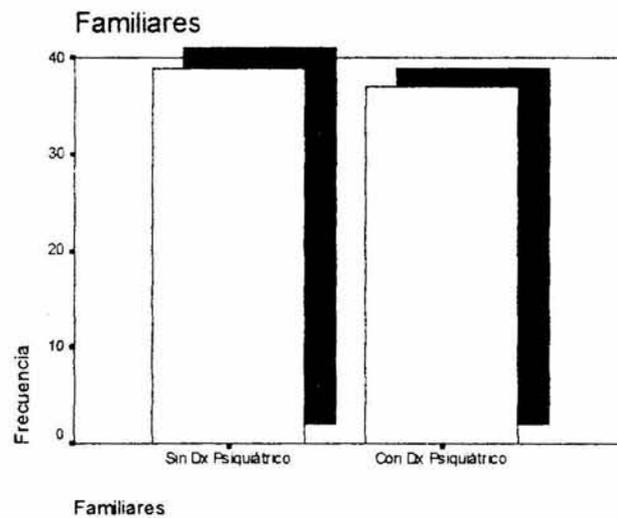
ANÁLISIS ESTADÍSTICO.

Se realizará el análisis con estadísticas descriptiva, con pruebas paramétricas de Chi Cuadrada y para las variables con el Coeficiente de Correlación de Pearson. Con un Nivel de Confianza (Nc) de .95 o 95%.

7. ANÁLISIS DE RESULTADOS.

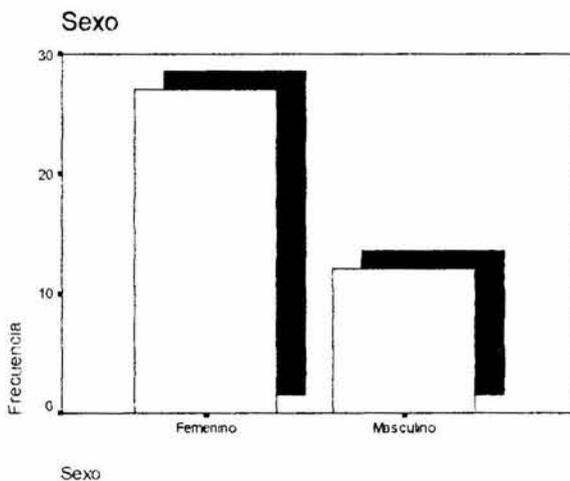
En el estudio participaron 76 familiares de los pacientes con Esquizofrenia paranoide, de estos 39 (51.3%) no tenían ningún diagnóstico psiquiátrico y 37 (48.7%) si lo presentaban (ver gráfica 1).

GRÁFICA 1
SIN Dx PSIQUIÁTRICO (n=39) CON Dx PSIQUIÁTRICO (n=37)

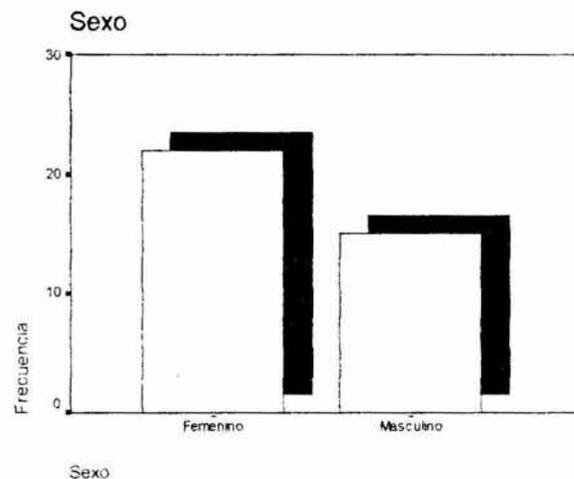


La muestra estuvo representada principalmente por mujeres en ambos grupos, 27 (69.2%) en el grupo control y 12 (30.8%) en los familiares con trastornos severos, mientras que 12 (30.8%) y 15 (19.7%), respectivamente, son hombres (ver gráficas 2 y 3).

GRÁFICA 2
FAMILIARES SIN Dx PSIQUIÁTRICO (n=39)



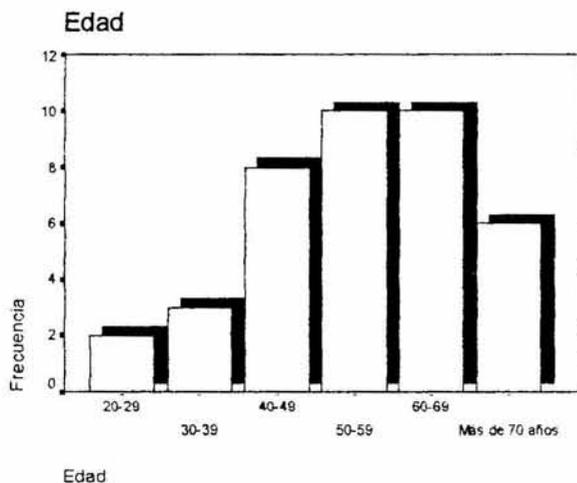
GRÁFICA 3
FAMILIARES CON Dx PSIQUIÁTRICO (n=37)



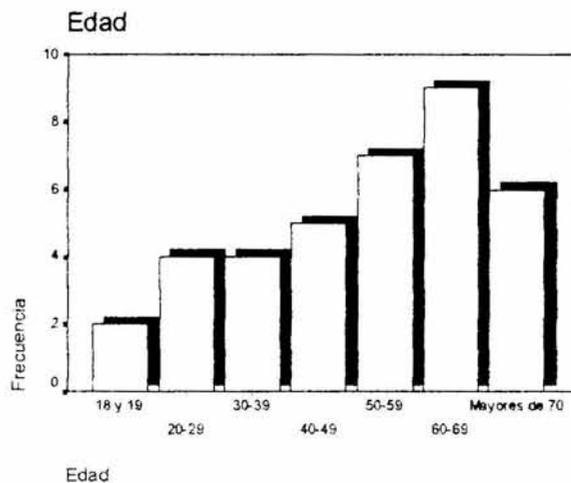
La edad mínima del total de la muestra fue de 18 años y la máxima de 92 años, el promedio de edad fue de 53.86. Los familiares del grupo de 18 y 19 años (5.4%) se les diagnosticó trastorno

psiquiátrico severo. En el de 20 a 29 años fueron 2 (5.1%) para el grupo control y 4 (10.8%) presentaron trastorno psiquiátrico. En el de 30 a 39 años fue 3 (7.7%) y 4 (10.8%), respectivamente. En el de 40 a 49 años fue 8 (20.5%) y 5 (13.5%). En el grupo de 50 a 59 fue de 10 (25.6%) y 7 (18.9%), respectivamente. En el de 60 a 69 años fue de 10 (25.6%) y 9 (24.3%). Y en mayores de 70 años fue de 6 (15.4%) y 6 (16.2%), respectivamente (ver gráficas 4 y 5).

GRÁFICA 4
FAMILIARES SIN Dx PSQUIÁTRICO (n=39)

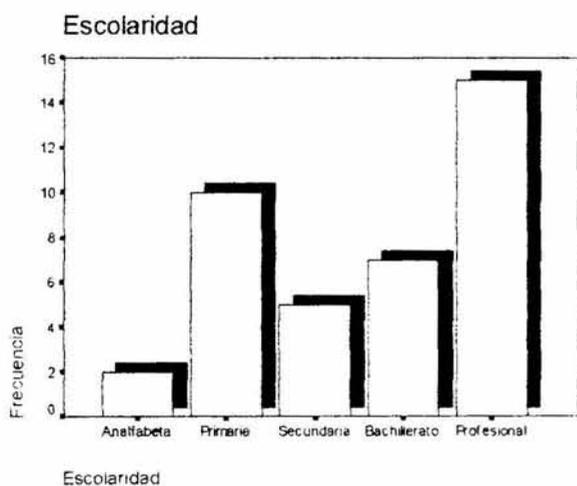


GRÁFICA 5
FAMILIARES CON Dx PSQUIÁTRICO (n=37)

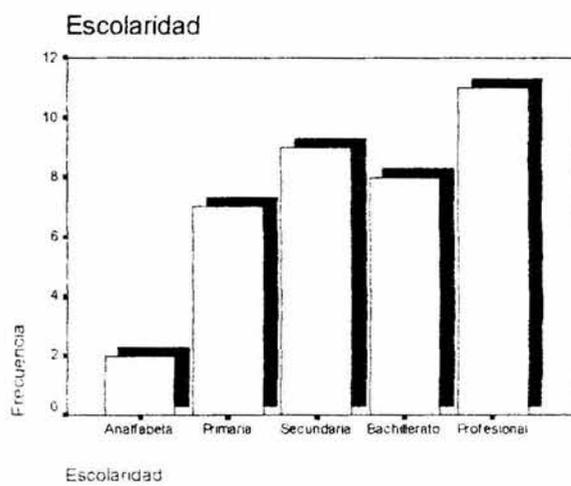


En ambos grupos, los profesionistas tuvieron una mayor proporción, 15 (38.5%) para los voluntarios control y 11 (29.7%) del grupo con diagnóstico psiquiátrico. Bachillerato fue de 7 (17.9%) y 8 (21.6%), respectivamente. Secundaria, 5 (12.8%) y 9 (24.3%). Primaria fueron 10 (25.6%) y 7 (18.9%), respectivamente. Y dos individuos de cada grupo eran analfabetas (5.1% y 5.4%, respectivamente) (ver gráficas 6 y 7).

GRÁFICA 6
FAMILIARES SIN Dx PSQUIÁTRICO (n= 39)



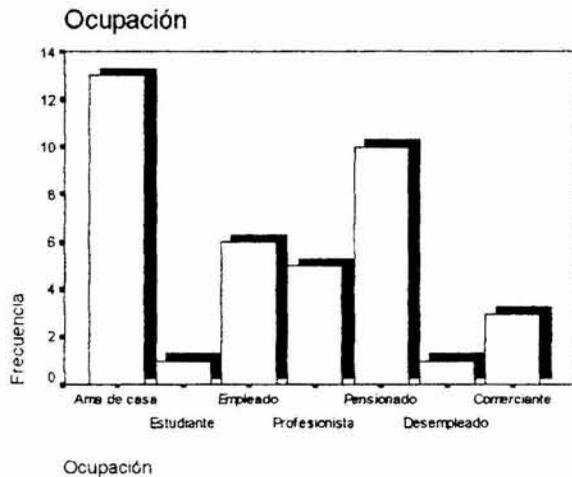
GRÁFICA 7
FAMILIARES CON Dx PSQUIÁTRICO (n=37)



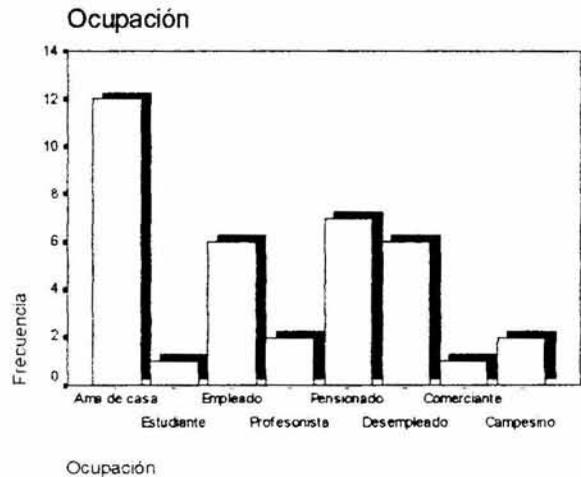
Del total de los voluntarios la ocupación con mayor número de familiares fue amas de casa para ambos grupos. 13 (33.3%) en el grupo control y 12 (34.4%) en el grupo con trastornos psiquiátricos severos. Seguidos de los pensionados, 10 (25.6%) y 7 (18.9%) respectivamente. Y

en ambos, en tercer lugar están los empleados con 6 (15.4% y 5.4%, respectivamente), sin embargo, en el grupo con trastorno psiquiátrico el tercer lugar lo comparte con los desempleados, mientras en el grupo control solo hubo un desempleado ((2.6%). Profesionistas fueron 5 de los voluntarios sin diagnostico (12.8%) y 2 (5.4%) con diagnostico. Solo hubo un estudiante en cada grupo (2.6% y 2.7%, respectivamente). Comerciantes hubo 3 (7.7%) y uno (2.7%). Y ambos campesinos pertenecieron al grupo con trastorno psiquiátrico (5.4%) (ver gráficas 8 y 9).

GRÁFICA 8
FAMILIARES SIN Dx PSQUIÁTRICO (n=39)

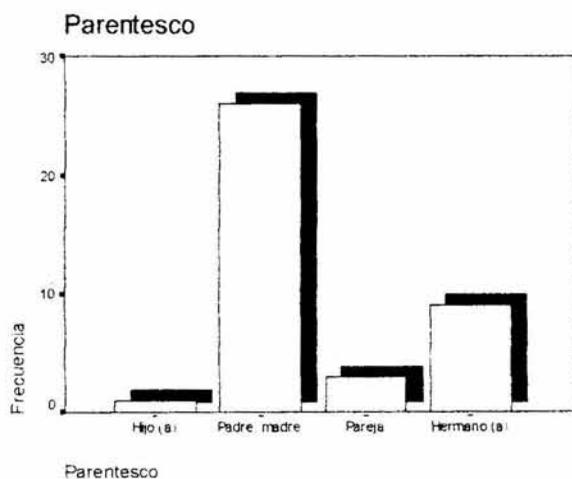


GRÁFICA 9
FAMILIARES CON Dx PSQUIÁTRICO (n=37)

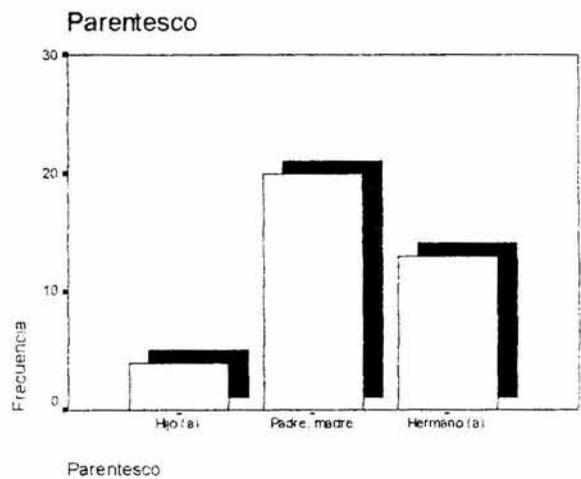


En los dos grupos, los padres tuvieron una mayor proporción, 26 (66.7%) en los voluntarios sin diagnostico y 20 (54.1%) con diagnostico. En segundo lugar estuvieron los hermanos, 9 (23.1%) y 13 (35.1%), respectivamente. Hijos fueron uno en el primer grupo (2.6%) y 4 (10.8%) en el segundo. Se entrevistaron a tres parejas (7.7%), pero en ninguna de ellas se encontró algún trastorno psiquiátrico severo (ver gráficas 10 y 11).

GRÁFICA 10
FAMILIARES SIN Dx PSQUIÁTRICO (n=39)



GRÁFICA 11
FAMILIARES CON Dx PSQUIÁTRICO (n=37)



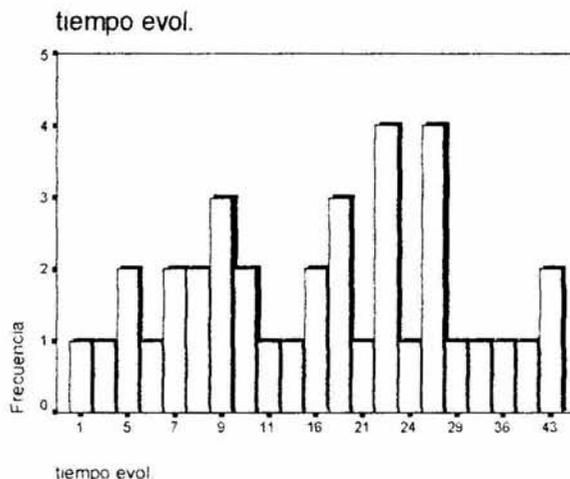
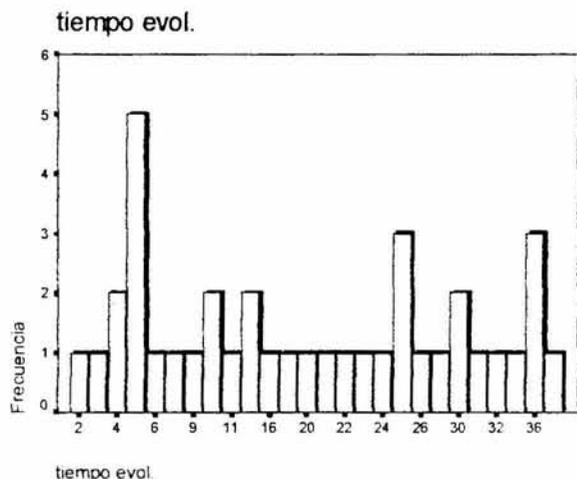
El promedio del tiempo de evolución, para toda la muestra fue de 18.13, con un mínimo de un año y un máximo de 43 años. En el grupo control el tiempo de evolución de la esquizofrenia paranoide, se distribuyó de la siguiente forma: 2, 3, 6, 8, 9, 11, 16, 18, 20, 21, 22, 23, 24, 26, 29,

31, 32, 35, 43 años de evolución del padecimiento solo se presentaron en un individuo en cada uno (2.6% c/u). 4, 10, 13, 30 años tuvieron 2 (5.15% c/u). 25 y 36, tres (7.7% c/u) y 5 pacientes tenían 5 años de evolución (12.8%) (ver gráfica 12).

En el grupo de pacientes con familiares con trastorno psiquiátrico, tuvieron un (1.35% c/u) individuo 1, 4, 6, 11, 13, 21, 24, 29, 30, 36 y 40 años de evolución; 5, 7, 8, 10, 16, y 43 años de evolución tuvieron dos (2.6%) individuos. 9 y 19 años de evolución tenían tres (3.9%) pacientes cada uno. Y 23 y 25 años tenían 4 (5.3%) (ver gráfica 13).

GRÁFICA 12
FAMILIARES SIN Dx PSIQUIÁTRICO (n=39)

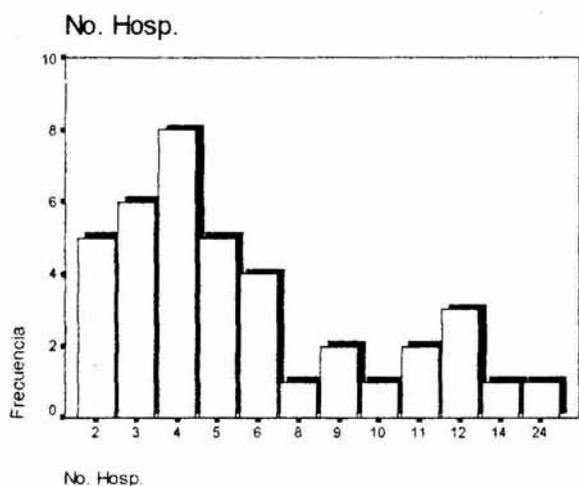
GRÁFICA 13
FAMILIARES CON Dx PSIQUIÁTRICO (n=37)



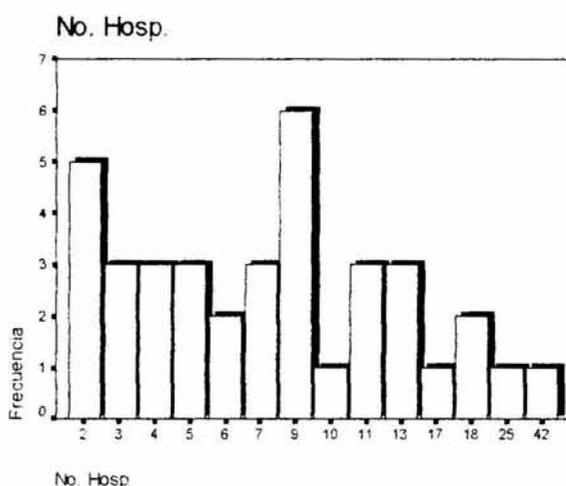
El promedio de hospitalizaciones fue de 7.58, con un mínimo de 2 y máximo de 42, para todos los pacientes. De los pacientes del grupo control 8, 14 y 24 hospitalizaciones tuvieron un solo individuo (2.6%); 9 y 11 hospitalizaciones, dos individuos, cada uno (5.1%); tres (7.7%) paciente tuvieron 12 hospitalizaciones, y cuatro (10.35%) 6 hospitalizaciones. 2 y 5 hospitalizaciones presentaron cinco individuos (12.8% c/u). Seis (15.4%) pacientes tuvieron tres hospitalizaciones y ocho (20.5%) 4 hospitalizaciones (ver gráfica 14).

Los pacientes con familiares con trastorno psiquiátrico severo, solo cuatro tenían 10, 17, 25 y 42 hospitalizaciones, cada uno (1.3% c/u); 6 y 18 hospitalizaciones tenían dos (2.6% c/u). Y tenían tres pacientes (3.9%) 3, 4, 5, 7, 11, 13 hospitalizaciones. Cinco (6.6%) individuos tenían 2 hospitalizaciones y seis (7.9%) tenían 9 hospitalizaciones (ver gráfica 15).

GRÁFICA 14
FAMILIARES SIN Dx PSIQUIÁTRICO (n=39)

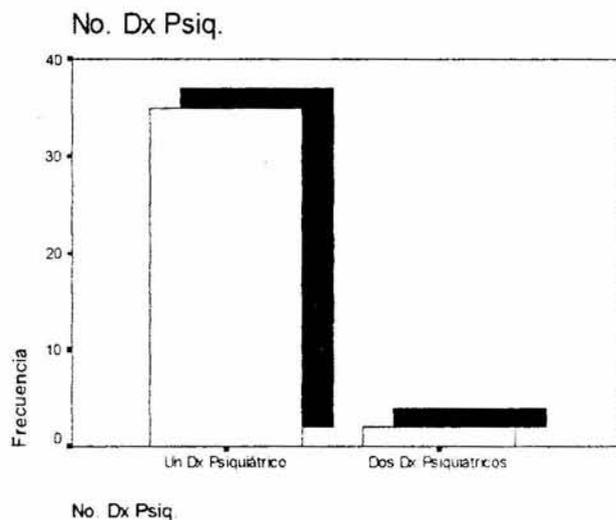


GRÁFICA 15
FAMILIARES CON Dx PSIQUIÁTRICO (n=37)



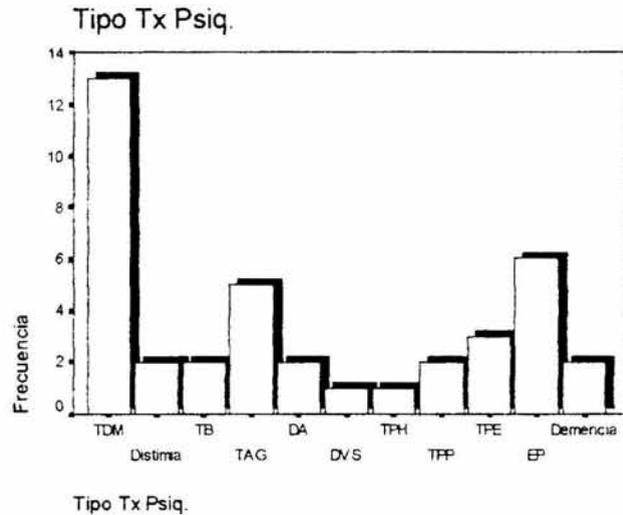
En los 37 familiares con trastorno psiquiátrico severo se diagnosticaron 39 trastornos, 35 (94.6%) tenían solo un diagnóstico y 2 (5.4%) presentaban dos diagnósticos psiquiátricos severo (ver gráfica 16).

GRÁFICA 16
UN Dx (n=35) DOS Dx (n=2)



De los diagnósticos encontrados fueron Trastorno depresivo mayor (TDM) con 13 (33.3%), Tx distímico 2 (5.1%), Trastorno bipolar (TB) 2 (5.1%), Trastorno de ansiedad generalizada (TAG) 5 (12.8%), Dependencia al alcohol (DA) 2 (5.1%), Dependencia a varias sustancias (DVS) 1 (2.6%), Trastorno de personalidad histriónico (TPH) 1 (2.6%), Trastorno de personalidad paranoide (TPP) 2 (5.1%), Trastorno de personalidad esquizoide (TPE) 3 (7.7%), Esquizofrenia paranoide (EP) 6 (15.4), Demencia 2 (5.1%) (ver gráfica 17).

GRÁFICA 17
TIPOS DE TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS (n=39)



Se realizó la Prueba chi-cuadrada, Correlación de Pearson y de Regresión a las variables de relación familiar, nivel socioeconómico, trastorno psiquiátrico severo en familiares y tiempo de evolución del padecimiento del paciente para correlacionar cual de ellas influye con el número de hospitalizaciones del paciente con esquizofrenia.

Los pacientes con familiares con diagnóstico psiquiátrico severo presentaron significancia estadística ($p=0.000$), la prueba de ANOVA tiene una significancia al igual que la Correlación de Pearson de 0.049, en relación con el número de hospitalizaciones.

El tiempo de evolución de la esquizofrenia paranoide, la prueba de ANOVA tiene una significancia al igual que la Correlación de Pearson de 0.001, en relación con el número de hospitalizaciones.

8. CONCLUSIONES

Los hallazgos en estudios han demostrado que los pacientes con esquizofrenia tienen más probabilidad de recaída cuando retornan al mismo núcleo familiar (19); así como también se ha encontrado en los familiares trastornos psiquiátricos, dentro y fuera del espectro de la esquizofrenia (16,19,24, 29), sin embargo, en estos últimos estudios no se han relacionado con el número de hospitalizaciones de los pacientes y de los primeros no se especifican las causas que llevan al paciente a agudizaciones de la enfermedad.

Los resultados de esta investigación demuestran que casi la mitad de los familiares presentaron un trastorno psiquiátrico severo, y de estos el 5.4% presentaron dos diagnósticos. Al realizar la evolución con todos los diagnósticos contenidos en el DSM/IV TR (excepción de los trastornos de la niñez y la adolescencia) se encontró que casi dos terceras partes de la muestra cumplían los criterios para algún diagnóstico, pero se descartaron los trastornos menores (para fines prácticos de la investigación), es decir, los que se consideraba que no influían en las hospitalizaciones de los pacientes; pero ayudó a confirmar lo encontrado por otros investigadores (Anderson, 1986; MacCarthy, 1989 y McGilloway, 1997) que los familiares deben de considerarse como casos psiquiátricos menores (16, 19).

Los padres presentaron una proporción mayor de trastornos psiquiátricos severos, seguido de los hermanos, siendo menor en los hijos y no encontrándose ningún trastorno en las parejas.

Al igual que el estudio realizado en el IMP (Instituto Mexicano de Psiquiatría), los trastornos afectivos, son los principales que se encuentran en los familiares con esquizofrenia (19), pero a diferencia de este, el segundo lugar lo obtuvo la esquizofrenia paranoide junto con los trastornos de personalidad (Trastorno de personalidad esquizotípico, paranoide e histriónico), además de que reportamos un caso de trastorno de personalidad histriónico, el cual no se ha reportado en otros estudios de esta índole (16,19, 24, 29) y el tercer lugar fueron los trastornos de ansiedad, el cual se ha considerado como uno de los principales (16,19).

Este estudio indica que los trastornos psiquiátricos severos en familiares influyen en el número de hospitalizaciones del paciente con esquizofrenia, como también lo hace en menor grado el tiempo de evolución de la enfermedad del paciente.

Debido al reducido tamaño del estudio y a la pequeña población que se abarca, la interpretación de los resultados deberá ser conservadora; pero abre una brecha para continuar investigando en este campo. Además estas investigaciones dan pauta para la realización de programas de detección y tratamiento de trastornos psiquiátricos en familiares y evaluar, posteriormente, si estas intervenciones disminuyen el número de hospitalizaciones, para dar mayor beneficio al paciente y disminuir los costos en la familia e institución.

9. BIBLIOGRAFÍA

1. Amminger, P. Pape, S. Rock, D et al. The New York high-risk project. comorbidity for axis I disorders is preceded by childhood behavioral disturbance. *J Nerv Ment Dis* 2000; 188 (11): 751-756.
2. Bhugra, D. Mallett, R. Leff, J. Schizophrenia and african-caribbeans: a conceptual model of aetiology. *International Review of Psychiatry*; May-Aug 1999; 11 (2/3):145-148.
3. Boszormeny-Nagy Ivan, Framo, James. *Terapia familiar intensiva. Aspectos teóricos y prácticos*. Trillas, México, 1988.
4. Byrne, M. Agerbo, E. Ewald, H et al. Parental age and risk of schizophrenia: a case-control study. *Archives of General Psychiatry* 2003; 60(7): 673-678.
5. Clerici, M. Bertrando, P. Beltz, J et al. Family adaptation to institutionalized mentally retarded patients. A preliminary report on an Italian population. *International Journal of Social Psychiatry* 1998; 44(2): 135-146.
6. Clinton, M. Lunney, P. Edwards, H et al. Perceived social support and community adaptation in schizophrenia. *Journal of Advanced Nursing*; May; 1998; 27 (5):955-1011.
7. Cuijpers, Pim. Psychiatric disorders in adult children of problem drinkers: prevalence, first onset and comparison with other risk factors. *Addiction*; Oct 1999, 94 (10):1489-1510.
8. Díaz, J. González, E. Varela, C. Psicoeducación. modelos para esquizofrenia, depresión, trastornos por déficit de atención, trastornos de la alimentación. *PAC* 2001; 3 (6): 293:347.
9. Hall, M. Parent coping styles and schizophrenic patient behavior as predictors of Expressed Emotion. *Family Process* 2000; 39 (4):435-510.
10. Lainhart, Janet E. Psychiatric problems in individuals with autism, their parents and siblings. *International Review of Psychiatry*; Nov1999; 11 (4):278-321.
11. Lenior, M. Dingemans, P. Schene, A et al. The course of parental expressed emotion and psychotic episodes after family intervention in recent-onset schizophrenia. A longitudinal study. *Schizophrenia Research* 2002; 57 (2/3):183-188.
12. Kathmann, N. Hochrein, A. Uwer, R et al. Déficit en los movimientos finos de búsqueda ocular en pacientes con un trastorno afectivo y esquizofrenia y en sus familiares no afectados. *The America Journal of Psychiatry* 2003; 160:687-695.
13. Kremer, I. Pinto, M. Murad, I et al. Family-based and case-control study of catechol-O-methyltransferase in schizophrenia among Palestinian Arabs. *American journal of medical genetics* 2003; 15: 35-39.

14. Mallett, R. Leff, J. Bhugra, D et al. Social environment, ethnicity and schizophrenia: A case-control study. *Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology*; Jul2002; 37 (7): 329-337.
15. Melle I. Johansen R. The invisible children--when mother or father have Schizophrenia. *Tidsskrift for den Norske laegeforening* 2002; 30: 2299-2302.
16. Milliken, P. Disenfranchised mothers: caring for an adult-child with schizophrenia. *Health Care for Women International* 2001; Jan; 22 (1/2):149-18.
17. Mulvany, F. O'Callaghan, E. Takei, N et al. Effect of social class at birth on risk and presentation of schizophrenia: case-control study. *British Medical Journal* 2001; 323: 1398-4.
18. Nicolson, R. Brookner, F. Lenane, M et al. Parental schizophrenia spectrum disorders in childhood-onset and adult-onset schizophrenia. *American Journal of Psychiatry* 2003; 160 (3): 490:6.
19. Ortega Soto, H. Valencia Collazos, M. *Esquizofrenia. Estado actual y perspectivas*. Láser, México, 2001.
20. Osborne, J.Coyle, A. Can parental responses to adult children with schizophrenia be conceptualized in terms of loss and grief? A case study analysis. *Counselling Psychology Quarterly* 2002; 15 (4):307-317.
21. Paley, G. Familial origins of expressed emotion in relatives of people with schizophrenia. *Journal of Mental Health* 2000; 9 (6):655-659.
22. Palmer, C. Turunen, J. Sinsheimer, J et al. RHD maternal-fetal genotype incompatibility increases schizophrenia susceptibility. *American Journal of Human Genetics* 2002; 71 (6): 1312-1318.
23. Ramsay, R. Howard, L. Kumar, C. Schizophrenia and safety of parenting of infants: a report from a U. K. mother and baby service. *International Journal of Social Psychiatry* 1998; 44(2): 127-134.
24. Ross R. Compagnon N. Diagnosis and treatment of psychiatric disorders in children with a schizophrenic parent. *Schizophrenia Research* 2001; 30: 121-129.
25. Rybakowski, J. Borkowska, A. Eye movement and neuropsychological studies in first-degree relatives of schizophrenic patients. *Schizophrenia Research* 2002; 54 (1/2):105-106.
26. Schiffman, J. LaBrie, J. Carter, J et al. Perception of parent-child relationships in high-risk families, and adult schizophrenia outcome of offspring. *Journal of Psychiatric Research* 2002; 36: 41-47.
27. Sellwood W., Barrowclough C. y cols. Needs-based cognitive-behavioural family intervention for carers of patients suffering from schizophrenia: 12-month follow-up. *Acta Psychiatr Scand* 2001: 104: 346-355.

28. Sellwood, W. Tarrier, N. Quinn, J et al. The family and compliance in schizophrenia: the influence of clinical variables, relatives' knowledge and expressed emotion. *Psychological Medicine* 2003; 33 (1): 91-96.
29. Tienari, P. Wynne, L. Läksy, K et al. Genetic boundaries of the schizophrenia spectrum: evidence from the Finnish adoptive family study of schizophrenia. *American Psychiatric Association* 2003; 160(9):1587-94.
30. Turetsky, B. Moberg, P. Arnold, S et al. Menor volumen del bulbo olfatorio en familiares de primer grado de pacientes con esquizofrenia. *The American Journal of Psychiatry* 2003; 160:703-708.
31. Walsh, C. MacMillan, H. Jamieson, E et al. The relationship between parental psychiatric disorder and child physical and sexual abuse: findings from the Ontario Health Supplement. *Child abuse & neglect* 2002; 26 (1):11-22.
32. Wuerker, A. Fu, V. Haas, G. Bellack, A. Age, expressed emotion, and interpersonal control patterning in families of persons with schizophrenia. *Psychiatry Research* 2002; 109 (2):161-210.

ANEXO I

Consentimiento informado para participar en proyecto de investigación clínica epidemiológica.

Lugar y fecha: _____

Por medio de la presente acepto participar en el proyecto de investigación titulado “Los trastornos psiquiátricos en familiares y su relación con el número de hospitalizaciones de los pacientes con esquizofrenia”, registrado ante el H. Comité de Investigación.

El objetivo del estudio es determinar la existencia y tipos de trastornos psiquiátricos que presentan los familiares de pacientes con esquizofrenia internados en el Hospital de Psiquiatría de San Fernando del IMSS.

Se me ha explicado que mi participación consistirá en una entrevista clínica para detectar si padezco algún trastorno psiquiátrico actualmente, de existir se me canalizará a la consulta externa para recibir tratamiento.

Declaro que se me ha informado ampliamente sobre los inconvenientes, molestias y beneficios derivados de mi participación en el estudio.

Entiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento en que lo considere conveniente, sin que ello afecte la atención médica que recibe mi paciente o yo mismo, por parte del IMSS.

El investigador principal me ha dado seguridad de que no se me identificará en las presentaciones o publicaciones que deriven de éste estudio y que de los datos relacionados con mi privacidad, serán manejados en forma confidencial. También se ha comprometido a proporcionarme la información actualizada que obtenga durante el estudio, aunque este pudiera hacerme cambiar de parecer respecto a la permanencia del mismo.

NOMBRE Y FIRMA DEL FAMILIAR.

DRA. ANAYANCY GUEVARA MUÑOZ.
MATRÍCULA 10885765

NOMBRE Y FIRMA DEL TESTIGO

NOMBRE Y FIRMA DEL TESTIGO

ANEXO II
Hoja de recolección de datos.

Fecha: _____ **No. de folio:** _____

Nombre del Familiar: _____

Nombre del Paciente: _____

Sexo: _____ () **Edad:** _____ () **Escolaridad** _____ ()

Ocupación: _____ () **Parentesco:** _____ ()

Tipo (s) de disfunción: (), (), (), (), (), (). **Intensidad de disfunción familiar:** ()

Relación Familiar: ()

Ingreso mensual familiar: _____ **Número de dependientes:** _____

Nivel socioeconómico ().

Número de hospitalizaciones: _____ **Duración de la enfermedad:** _____

Síntomas:

Diagnóstico (s):