

La necesidad de dar atención a los familiares responsables del cuidado de pacientes esquizofrénicos

María Luisa Rascón Gasca^{1,3}

Rosa Díaz Martínez L.²

Jorge Luis López Jiménez¹

Claudia Reyes Ruiz¹

Summary

Schizophrenia is one of the mental disorders that cause more difficulties within the family environment, in most cases with a negative effect on the disorder, as the burden basically falls on the patient himself and on those living with him.

An important alteration on the family dynamics is observed when there is a member of the family with an schizophrenic disorder. Clinical characteristics generate a great number of negative effects such as: difficult family relations which decrease the quality of life, social isolation that interferes and with home, work and education increase of the existing stress. All these turn into additional anguish for the family and the patient, which result in relapses, symptom exacerbation, and re-hospitalizations. It is evident that the family members need help in order to be able to manage these patients at home and at the hospital.

A long-term integral treatment of the patient is convenient when dealing with such a complex disease as schizophrenia. The family can play a fundamental role in trying to increase the global functioning on the patient, his quality of life and his treatment attachment. To meet these goals, the patient himself, his family, an interdisciplinary team of professionals and a social supporting network are needed.

This work is part of the study of the family functioning and schizophrenia, which is integrated within the "Project for the study, treatment and rehabilitation of the schizophrenic patient" (13) carried out at the Mexican Institute of Psychiatry. Its objective is to describe through structured and semi-structured interviews, the way in which the relative responsible of the patient replies to the following questions: Is there comorbidity in the relative in charge? Which is the burden of the responsible relative? How does the relative in charge conceive mental disease? Do relatives receive any kind of family, social or professional support from an integral service? Which are the attention needs of the relative in charge of a chronic schizophrenic patient? All these questions were made in order to strategically include them in an integral service.

The study is descriptive, a prospective study of cases where the sample was circumstantial and not probabilistic.

Families were contacted at a third level hospital in the outpatient service. The relative responsible of the schizophrenic patient was always selected on the basis of voluntary cooperation. From 50 relatives evaluated only 36 remained in the study. We obtained an approximate rate of 28.0 % of rejection or abandonment either from the relative or from the patient.

The instruments used were: 1. SBAS (The Patients Behavioral Evaluation Schedule) (second edition) by Platt S., Weyman and Hirsch. (30) and Platt. (31). SBAS is an standardized semistructured instrument. Interviewers confidence was obtained for Mexico; global confidence was significant (Kappa: .78). Otero. R.; Rascón ML: (29)

2. CIDI (The Composite International Diagnostic Interview 1.0 version). This is a totally structured diagnostic interview for the evaluation of the mental disorders according to the definitions and criteria of the International Classification of Disorders (ICD-10), (32), the Diagnostic Criteria of Research and the Statistical Manual of Mental Disorders of the American Psychiatric Association (DSM-III-R, 1987). (42).

3. CONENF. (Disease conception) A questionnaire was designed ad hoc for the purpose of evaluating the conception of disease of the relative in charge of the patient. A 4307 internal global Alpha consistency of the scale was obtained. The following areas were covered: Disease causality, type of disorder, future perception of the disease, social and family perception, type of family cost, support and help perception of the patient and attitudes towards disease.

The relationship of the relative who takes care of the patient, with him, is as follows: his mother, 72.2 %, and his father, 27.7 %. Their age was 54.5 years with an standard deviation of 13.6. From 30 % of the relatives presenting one or more diagnoses, 16.6 presented affective disorders and 11.1 % phobic or somatoform disorders. The relation between psychiatric disorders and any other disorder, either physical or emotional (clinically diagnosed) was 13.8 %.

As for the family history 39.4 % had first level relatives (parents or brothers), 44.7 % second level relatives (grandparents, uncles and cousins) and finally, 7.9 % third level relatives (other relatives) affected by some mental dysfunction.

The cost of the illness was reported as follows: emotional 72.2 %, economical 52.7 %, physical 44.4 %, social 33.3 % and only 19.4 % considered there was no cost.

As for the cause of the disease, relatives mention mostly family problems (55.5 %), unfavorable situations (41.6 %), study or working pressures (36.1 %), witchcraft or sorcery (11.1 %), which shows lack of the necessary information. 94.3 % of the relatives consider that the cause of the dysfunction is mental disease or schizophrenia, 58.2 % perceive it as a nervous and physical disease and 11.1 % consider the mentally ill as bewitched.

¹ Investigadores de la División de Investigaciones Epidemiológicas y Sociales del Instituto Mexicano de Psiquiatría. Calz. México-Xochimilco 101, Sn. Lorenzo Huipulco, 14370 México, DF.

² Investigadora de la División de Investigaciones Clínicas del Instituto Mexicano de Psiquiatría.

³ Jefe del Proyecto "Funcionamiento Familiar y Esquizofrenia" financiado por CONACYT Clave 3335-H.

The results of this study show the need to integrally approach the patient and his family. An informative psychoeducational and therapeutic attention model for relatives is presented for solving the detected needs for the purpose of diminishing relapses and modifying family dynamics caused by the clinical characteristics of this illness.

Key words: Relatives needs, schizophrenia, family study, relative's mental disorder.

Resumen

La esquizofrenia es uno de los trastornos mentales que producen más dificultades a nivel familiar. El efecto negativo de la enfermedad, generalmente, recae básicamente en quienes la padecen y en las personas que conviven con ellas.

Cuando algún miembro de la familia tiene esquizofrenia se afecta gravemente la dinámica familiar. Las características clínicas de esta enfermedad generan un gran número de situaciones negativas, como dificultad en las relaciones familiares, empobrecimiento de la calidad de vida, aislamiento social, que interfiere con el funcionamiento laboral, escolar y en el propio hogar; lo que aumenta el nivel de estrés y lo convierte en un factor adicional de angustia, tanto para el paciente como para su familia, llegando a considerarse como un precipitante de las recaídas, de la exacerbación de síntomas y de las rehospitalizaciones. Es evidente que los integrantes de la familia requieren ayuda y apoyo para que puedan manejar a estos pacientes tanto en la casa como en el hospital.

El tratamiento integral del paciente a largo plazo es muy conveniente cuando se trata de una enfermedad tan compleja como la esquizofrenia en la que la familia desempeña un papel fundamental cuando se pretende mejorar el nivel del funcionamiento global del paciente, su calidad de vida y su apego al tratamiento. Para cumplir estos objetivos, es necesaria la participación del paciente, de su familia, de un equipo interdisciplinario de profesionistas y de las redes de apoyo social.

El presente trabajo forma parte del modelo para el estudio del funcionamiento familiar y la esquizofrenia que, a su vez, se integra en el "Proyecto para el estudio, tratamiento y rehabilitación del paciente esquizofrénico" (13) que se lleva a cabo en el Instituto Mexicano de Psiquiatría y tiene como objetivo describir, por medio de entrevistas estructuradas y semiestructuradas, la forma en que el familiar responsable responde a las siguientes interrogantes: ¿existe comorbilidad en el familiar responsable?, ¿cuál es el costo o la carga para el familiar responsable del paciente?, ¿cuál es la concepción de enfermedad mental?, ¿reciben los familiares algún tipo de apoyo familiar, social o profesional?, ¿cuáles son las necesidades del familiar que atiende a un paciente esquizofrénico? Estas preguntas se hicieron con la finalidad de apoyarlos estratégicamente en un servicio integral.

El estudio es de tipo descriptivo y prospectivo, de estudio de casos, en el que la muestra fue de tipo circunstancial y no probabilística. Las familias fueron contactadas en la consulta externa de un centro hospitalario de tercer nivel. Se seleccionaron únicamente los familiares responsables de los pacientes esquizofrénicos, contando con su colaboración voluntaria. Aunque se evaluaron 50 familiares sólo quedaron finalmente 36. Una tasa aproximada de 28.0 % de familiares o pacientes, rechazó o abandonó el estudio.

Los instrumentos utilizados fueron: 1. La Cédula de Evaluación de la Conducta del Paciente (SBAS) (segunda edición) elaborada por Platt S, Weyman y Hirsch (30) y Platt S (31). La SBAS es un instrumento estandarizado, semiestructurado. Se obtuvo la confiabilidad entre entrevistadores para escenarios mexicanos; la confiabilidad global obtenida fue significativa (Kappa: .78). (Otero R, Rascón ML.) (29).

2. La *Composite International Diagnostic Interview*, versión 1.0 (CIDI) que es una entrevista diagnóstica totalmente estructurada para la evaluación de los trastornos mentales de acuerdo con las definiciones y los criterios de la Clasificación Internacional de las Enfermedades ICD-10; el *Diagnostic Criteria of Research* (32) y el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales de la Asociación Psiquiátrica Americana (DSM-III-R, 1987) (42). Se aplicaron

para evaluar la comorbilidad psiquiátrica en el familiar a cargo del paciente. Se utilizaron las siguientes secciones: trastornos de ansiedad, trastornos depresivos, esquizofrenia, distimia, trastorno somatoforme, trastornos fóbicos, manía y dependencia del alcohol.

3. Concepción de enfermedad (CONENF). Se elaboró un cuestionario *ad hoc* para evaluar la concepción de enfermedad mental del familiar responsable del paciente. Se obtuvo una consistencia interna *alpha* global de la escala de .4307 (actualmente en proceso de modificación). Se tomó en cuenta la opinión del familiar en las siguientes áreas: causalidad de la enfermedad, tipo de enfermedad, percepción del futuro de la enfermedad, percepción social y familiar, tipo de carga o costo familiar, percepción de apoyo o ayuda al paciente y actitudes hacia la enfermedad.

Entre los resultados más importantes se encontró el parentesco del familiar responsable del paciente. El mayor porcentaje correspondió a la madre con 72.2 %, mientras que el del padre fue de 27.7 %. La edad promedio fue de 54.5 años, con una desviación estándar de 13.6 años.

El 30.5 % de los familiares presentó uno o más diagnósticos; el diagnóstico más frecuente fue el del trastorno afectivo con 16.6 %; en segundo lugar, los trastornos fóbicos y somatoformes con 11.1 %. El trastorno psiquiátrico relacionado con algún otro tipo de trastorno físico o emocional (diagnosticado por el médico) se encontró en 13.8 % de la muestra.

Respecto a los antecedentes de los trastornos familiares, 39.4 % tenía familiares de primer grado (padres o hermanos), seguido de 44.7 % de familiares de segundo grado (abuelos, tíos y primos) y por último, 7.9 % de familiares de tercer grado (otros parientes).

El costo por tener un paciente esquizofrénico en la familia fue reportado como 72.2 % de costo emocional, 52.7 % de costo económico, 44.4 % de costo físico, 33.3 % de costo social y 19.4 % no lo percibieron como carga o costo.

Los familiares adjudican las atribuciones de causalidad de la enfermedad principalmente a los problemas familiares (55.5 %), en segundo lugar a los eventos adversos (41.6 %), en tercer lugar, a la presión laboral o de estudio (36.1 %); 11.1 % lo atribuyeron a brujería o al algún hechizo, observándose que carecen de la información necesaria. La mayoría de los familiares atribuye el trastorno de los pacientes a una enfermedad mental y a la esquizofrenia (94.3 %), a una enfermedad de los nervios y a una enfermedad física (58.2 %) y 11.1 % lo atribuye a la brujería.

Los resultados de este estudio ponen de manifiesto la necesidad de atender de manera integral al grupo familiar y al paciente. Se plantea un modelo de atención informativo, psicoeducativo y terapéutico para los familiares, que venga a resolver de manera eficaz las necesidades detectadas con el propósito de disminuir las recaídas y modificar la dinámica familiar provocada por las características clínicas de esta enfermedad.

Palabras clave: Necesidad familiar, esquizofrenia, estudio familiar, trastornos mentales en el familiar.

Introducción

Los propósitos de los servicios de salud son promover la salud, prevenir la morbilidad (malestar, enfermedad, incapacidad) y reducir la mortalidad (10).

En el área de la salud mental, y particularmente en la de la esquizofrenia, los problemas del manejo del paciente en el hogar, la sobrecarga emocional y la falta de conocimientos sobre la enfermedad (11), obligan a pensar en las necesidades que presenta este tipo de población. En muchos casos, estas son únicamente sentidas por la familia, pero por muchas razones se pasa por alto la posibilidad de recibir atención y apoyo, buscando sólo atención para el paciente.

Un error comúnmente observado es el de pasar por alto en el diagnóstico la valoración del funcionamiento

familiar, pues se considera al paciente de manera individual, separándolo del grupo familiar y evitando conocer bien el ambiente familiar como unidad.

La dinámica entre el individuo y su grupo familiar influye en el funcionamiento emocional, mental, social, ocupacional, sexual, etc., así como en la precipitación de la enfermedad, en su curso, en la posibilidad de recuperación y en el riesgo de recaída.

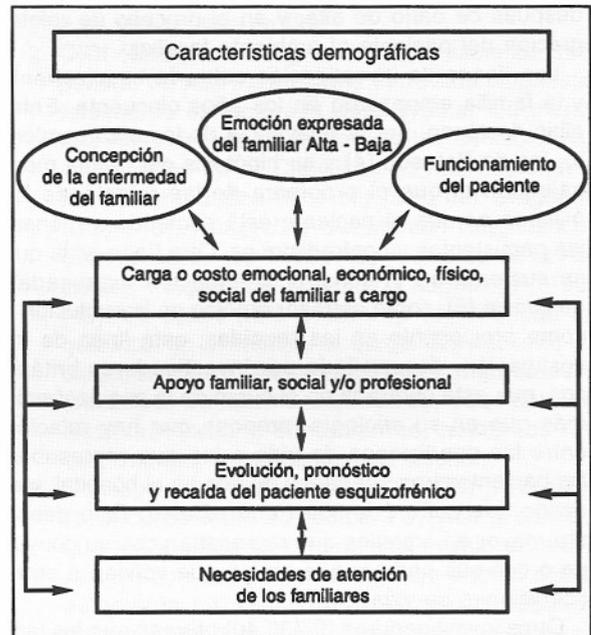
Las dificultades que surgen en las relaciones familiares son una fuente de estrés que contribuye al aislamiento social, al mal funcionamiento laboral y social, y a empobrecer la calidad de vida, entre otros. Así mismo, pueden ser consideradas como predictoras de la exacerbación de los síntomas, de recaídas y de rehospitalizaciones. La familia desempeña un papel fundamental no sólo para aliviar los signos y síntomas del paciente, sino también para mejorar el nivel de funcionamiento global y su apego terapéutico.

En nuestro país hay pocas alternativas para atender al paciente esquizofrénico y a su familia. A pesar de que las familias de los pacientes esquizofrénicos casi siempre están a cargo del cuidado primario, usualmente no reciben la capacitación ni la ayuda profesional que requieren, es decir, es raro que las familiares reciban la atención que necesitan para poder manejar la problemática que manifiesta el paciente.

El presente trabajo forma parte del Estudio sobre Funcionamiento Familiar y Esquizofrenia* (gráfica 1) en el cual se investigan los factores psicosociales de la familia que intervienen en la evolución, pronóstico y recaída del paciente. Estos indicadores son aplicables a las familias de cualquier nivel socioeconómico. En un primer nivel se evalúa la concepción de enfermedad mental, la emoción o la actitud expresada por el familiar y el funcionamiento del paciente según el familiar. Estos elementos conducen al segundo nivel, en el que se estudia la carga o costo emocional, económico, físico y social que expresa el familiar por convivir con el paciente, el cual, a su vez lleva al tercer nivel de estudio, que se refiere al tipo de apoyo que recibe el familiar. Cada uno de los indicadores planteados conlleva un peso relativo a la evolución, pronóstico y recaída del paciente. Los resultados del estudio permiten conocer la necesidad de dar atención a los familiares de los pacientes esquizofrénicos en los servicios de salud.

El modelo de estudio, "Funcionamiento Familiar y Esquizofrenia", se integra en el "Proyecto para el Estudio, Tratamiento y Rehabilitación del Paciente Esquizofrénico". Se trata de un estudio de corte longitudinal-prospectivo en el que se incluyen dos grupos: uno control y otro experimental. En él se evalúa la rehabilitación de los pacientes esquizofrénicos sometidos a un programa de tratamiento psicosocial (De la Fuente R, Díaz R) (13).

GRAFICA 1
Modelo de estudio del funcionamiento familiar y la esquizofrenia



Antecedentes

En nuestro país, con más de 90 millones de habitantes, los trastornos mentales y, en particular, "los trastornos mentales psicóticos oscilan entre 10.1 y 14 por 1000 habitantes en la población mayor de 14 años. Se estima que la proporción más elevada corresponde a la esquizofrenia y a las psicosis funcionales, seguidas de los trastornos ocasionados por daño orgánico cerebral" (38).

Los resultados de la Encuesta Nacional de Salud Mental, realizada por medio de la encuesta en hogares a personas adultas de entre 18 y 65 años, arrojó cifras de prevalencia de la esquizofrenia de por vida de 1.2 % en sexo masculino y de .09 % en el femenino (8,25).

Los estudios internacionales muestran porcentajes similares y mayores; en los Estados Unidos, 1.5 % entre la población adulta mayor de 18 años (26), y en Argentina, Brasil, Colombia, Costa Rica, Chile, Perú y Puerto Rico, se plantea una prevalencia para la población adulta de 1.1 (mediana) y 0.2-8.6 (rango) (20).

En 1995, Caraveo (9) llevó a cabo un estudio entre la población hospitalizada en las unidades psiquiátricas de la Secretaría de Salud. Los diagnósticos más frecuentes resultaron ser el retraso mental y la esquizofrenia, con 32 % cada uno, y otras psicosis orgánicas crónicas con 28 %.

En un estudio realizado entre pacientes agudos de un hospital psiquiátrico de la ciudad de México, Ryan (33), encontró que la familia era el único agente comunitario que cuidaba del paciente psicótico cuando éste era dado de alta. De 75 % de los pacientes que habían sido internados en el hospital por sus familiares, 79 % regresaron a vivir con ellos después de ser dados de alta. En otro estudio, Valencia (39) mencionó que 88 % de los pacientes vive con su familia. Se

* Rascón Gasca María Luisa: Funcionamiento Familiar y Esquizofrenia. Proyecto de Investigación de la División de Investigaciones Epidemiológicas y Sociales. Instituto Mexicano de Psiquiatría, 1994.

puede concluir que la familia interviene en todas las etapas de la enfermedad: cuando se inicia, al internar al paciente en el hospital, durante la hospitalización y después de darlo de alta, y en el proceso de reintegración del paciente al ambiente familiar.

Las líneas de investigación sobre la esquizofrenia y la familia empezaron en los años cincuenta. Entre ellas destacan, por la relevancia de los planteamientos, las de Bateson (4) y su hipótesis del "doble mensaje", en el que el problema de las relaciones familiares es que el paciente está sometido a mensajes persistentes y contradictorios. Otra línea es la que se sustenta en el constructo "emoción expresada", de Brown (5), como estresor crónico en la evolución y como precipitante en las recaídas; esta línea de investigación, desarrollada por investigadores británicos, que está centrada en el curso de la esquizofrenia más que en su etiología, propone que hay relación entre las condiciones de vida a las que regresaban los pacientes tras ser dados de alta en el hospital, y el riesgo que corren de sufrir una recaída. Este riesgo era mayor en aquellos que regresaban con su cónyuge o con sus padres, que en los que volvían a otras condiciones de vida (5).

Otros investigadores (27,36,40) afirman que los factores individuales del paciente influyen menos en las recaídas que las emociones expresadas, sobre todo por los familiares que tienen un alto nivel de EE.

Anderson, Hogarty, Bayer y Needlerman (1), demostraron que los familiares sin apoyo social tendían a tener una alta emoción expresada.

Otro modelo explicativo sobre la esquizofrenia es el de la "vulnerabilidad-estrés", de Zubin y Spring (43), quienes reconocen que el medio familiar y social influye en las recaídas y en la necesidad de hacer frente a los potenciadores o estresores ambientales que inciden en la recaída mediante las intervenciones psicosociales.

Algunos de los resultados más importantes en relación con los efectos de las enfermedades mentales sobre la familia, son los siguientes: los miembros de la familia no tiene suficientes conocimientos sobre la naturaleza de la enfermedad: a menudo no conocen la enfermedad del paciente; les da vergüenza y tratan de ocultarla; sienten temor ante los síntomas de la enfermedad: la agresión, las ideas delirantes o las alucinaciones. Los síntomas negativos, como el aislamiento, la inactividad, la lentitud y la falta de cuidado personal, son incomprensibles (Seeman) (34).

Anderson (2) menciona tres puntos importantes por los que es necesario estudiar a la familia de los pacientes esquizofrénicos: primero, porque se afectan todos los miembros de la familia; segundo, porque la familia experimenta estrés grave y crónico por convivir con el enfermo, y si ésta no recibe asistencia ni apoyo, sus miembros serán menos capaces de continuar ayudando al paciente de manera efectiva. Es frecuente ver surgir conflictos conyugales entre los padres, depresión y *acting-out* entre los hermanos, y síntomas físicos en casi todos los miembros de la familia. Por último, el autor menciona que la familia puede ayudar a que mejore la situación del paciente siempre y cuando se le de la información y la ayuda que requiere.

Por otra parte, se ha estudiado poco la morbilidad

en el familiar responsable del paciente esquizofrénico. Lidz (22) señala que en los padres de los pacientes esquizofrénicos se ha encontrado psicopatología e inestabilidad; que sus relaciones son deficientes y con frecuencia se deshace el matrimonio.

Las dificultades y los problemas de la familia del paciente se han considerado en algunos estudios como la carga o el costo emocional, físico, económico y social (30). Esta carga se suele pasar por alto con excesiva frecuencia. En algunos estudios, como el de Cabrero (6), se pone de manifiesto el costo o la tensión que origina la estigmatización, el temor a la conducta impredecible, la pérdida de los vínculos sociales, el descuido de las necesidades personales y el trabajo excesivo del familiar que atiende al paciente, así como las consecuencias económicas cuando el paciente era el jefe de familia. Plantea dos rasgos íntimamente relacionados con el costo: la sobrecarga y la desesperanza de los integrantes de la familia.

Por otra parte, el estudio internacional sobre la esquizofrenia demostró que el contacto social con los familiares era uno de los predictores más importantes del buen funcionamiento del paciente (37).

La actitud hacia la enfermedad predispone a reaccionar frente al problema, y a tomar una posición emocionalmente determinada por un componente afectivo que es resultado de la experiencia adquirida en el orden cultural. En general, la neurosis se identifica como neurosis o "enfermedad de los nervios"; tiene un pronóstico y se cura, mientras que los demás trastornos mentales se pierden en la nebulosa de la "locura". Para la familia del enfermo es difícil comprender la esquizofrenia y las demás psicosis; las viven con desconfianza por considerarlas como incurables (23).

Para elaborar un programa eficiente de atención para la salud mental, habrá que basarse en el conocimiento de las concepciones, creencias y actitudes de la población a la que se dirijan (12). También Levav (21) plantea que la información obtenida en torno a la representación psicológica y social de la salud y la enfermedad mental puede ser de utilidad para planear los servicios de salud mental y lograr su óptima utilización.

En cuanto a la atención que brindan los servicios de salud a los familiares del paciente, es conveniente destacar que Caraveo (10) señaló las características que impiden buscarla y obtenerla. Frenk (15) las resumió de la manera siguiente: son poco accesibles (no concuerdan las características de los recursos de atención a la salud con los de la población que trata de obtener la atención), el obstáculo principal es el aspecto financiero y el nivel educativo de la población, pero también la organización y la falta de capacitación para identificar y manejar los trastornos mentales. Es importante señalar que la atención de la morbilidad no recae por completo en el personal médico, sino en los profesionales de la educación y de la psicología, por lo que se recomienda promover la disponibilidad de un equipo interdisciplinario adecuado para brindar un tratamiento integral.

El presente trabajo tiene por objeto describir la información que se pide al ingresar al programa de tratamiento y la forma en que el familiar responsable responde a las siguientes interrogantes: ¿hay

comorbilidad en el familiar del paciente?, ¿cuál es el costo que paga el familiar responsable del paciente?, ¿cuál es su concepción sobre su enfermedad mental?, ¿los familiares reciben algún tipo de apoyo familiar, social o profesional?, ¿qué tipo de atención necesita el familiar del paciente esquizofrénico crónico para poder incluirlo en un servicio integral?

Material y método

Se utilizó un diseño prospectivo de estudio de casos en el que la muestra fue no probabilística y de tipo circunstancial.

Población de estudio

Las familias fueron contactadas en la consulta externa del Instituto Mexicano de Psiquiatría, después de que el paciente había sido diagnosticado. Se seleccionaron únicamente los familiares que fungían como responsables de los pacientes esquizofrénicos crónicos. El tiempo de evolución promedio fue de 7.5 años con una desviación estándar de 5.3 años. Su participación fue voluntaria. Se entrevistaron 50 familiares, de los cuales quedaron 38, en los cuales la tasa aproximada fue de un 28.0 % de rechazo o abandono del familiar o del paciente.

Criterios de inclusión para los familiares responsables de los pacientes:

1. Que tengan a su cargo la manutención y el cuidado del paciente.
2. Que convivan cotidianamente con el paciente.
3. Que residan en la ciudad de México o zona conurbada.
4. Que estén dispuestos a acudir cuando se requiera su presencia.

Criterios de exclusión del familiar responsable del paciente:

1. Que esté gravemente enfermo o incapacitado.
2. Que no reúna alguno de los criterios de inclusión.

Instrumentos

Se eligieron los siguientes instrumentos:

1. Para evaluar la presencia de trastornos emocionales o físicos se utilizó únicamente la sección D: Efectos adversos sobre otros. La SBAS (Cédula de Evaluación de la Conducta del Paciente) segunda edición, elaborada por Platt, Weyman y Hirsch (30) y Platt (31). La SBAS es un instrumento estandarizado y semiestructurado. Se obtuvo la confiabilidad global entre entrevistadores para escenarios mexicanos, con una Kappa de: .78. Se encontraron algunos reactivos de baja confiabilidad ya que 35 % del total de los reactivos aplicados se codificaron como conductas ausentes. La consis-

tencia obtenida de las respuestas planteó la necesidad de hacerle algunas modificaciones al contenido de la escala: algunas preguntas se redujeron y se reestructuraron (29).

2. CIDI (Entrevista Diagnóstica Internacional Compuesta, versión 1.0). Es una entrevista diagnóstica totalmente estructurada para evaluar los trastornos mentales de acuerdo con las definiciones y los criterios de la Clasificación Internacional de las Enfermedades (ICD-10) (32), del *Diagnostic Criteria of Research* y del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales de la Asociación Psiquiátrica Americana (DSM-III R, 1987) (42). Se aplicó para evaluar la comorbilidad psiquiátrica en el familiar a cargo del paciente. Se utilizaron las siguientes secciones: trastornos de ansiedad, trastornos depresivos, esquizofrenia, distimia, trastorno somatoforme, trastornos fóbicos, manía y dependencia del alcohol.
3. Concepción de enfermedad (CONENF). Se elaboró un cuestionario *ad hoc* para evaluar el concepto que tenía sobre la enfermedad mental el familiar responsable del paciente. En este trabajo sólo se estudiarán los siguientes conceptos: causalidad de la enfermedad, tipo de enfermedad, tipo de carga o costo familiar y percepción de apoyo o ayuda al paciente. Como marco de referencia se consideraron las investigaciones realizadas y se tomaron algunos reactivos para la sección de actitudes de Stefani (35).

En 1994 se llevó a cabo un estudio piloto de los familiares de los pacientes que tenían trastornos psiquiátricos y que habían acudido a la consulta externa del Instituto Mexicano de Psiquiatría. Se hicieron 15 entrevistas con el objeto de comprobar que las preguntas y el lenguaje fueran comprensibles. El cuestionario fue de tipo mixto, con preguntas abiertas y cerradas, que intentaban que el entrevistado respondiera libremente sin restringirlo ni influirlo (como sucede en las preguntas cerradas). Posteriormente, se modificó el cuestionario categorizando las respuestas abiertas y reestructurando el formato de respuesta de tipo *likert* de 5 a 3 opciones. Este cambio fue necesario por lo confuso que les resultaba a los familiares del paciente elegir la respuesta. Se obtuvo una consistencia interna *alpha* global de la escala: .4307, la cual se puede interpretar como relativamente baja por la limitada distribución de la varianza. Este cuestionario fue exploratorio, por lo cual se le hicieron algunas modificaciones al contenido de la escala: se redujo y se reestructuró.

Procedimiento

Una vez seleccionados los familiares, se les entrevistó en la propia institución hospitalaria durante un promedio de 3 horas, garantizándoles confidencialidad en el manejo de la información. Las entrevistas fueron llevadas a cabo por psicólogos capacitados en la aplicación de los instrumentos: la SBAS (Cédula de Evaluación de la Conducta del Paciente),

segunda edición, y la CONENF (Concepción de enfermedad). Posteriormente se obtuvo el diagnóstico psiquiátrico por medio del CIDI, de acuerdo con las definiciones y los criterios del ICD-10 y el DSM-III-R.

Resultados

En primer lugar se presentan los datos demográficos más importantes correspondientes a los familiares (cuadro 1) y a los pacientes (cuadro 2).

Con respecto al lugar que ocupó el paciente entre sus hermanos por su nacimiento encontramos que el mayor porcentaje (44.4 %) correspondió a los últimos lugares, seguido de los primeros lugares (33.3 %) y de los lugares intermedios (22.2 %).

Los trastornos psiquiátricos entre los familiares

El número de diagnósticos encontrados en cada individuo tuvo un rango de 0 a 3; 30.5 % de los familiares presentó de uno a tres diagnósticos, 22.2 % presentó un diagnóstico y 8.3 %, 2 o más diagnósticos. En el cuadro 3 se observa la frecuencia con la que se dieron los diferentes diagnósticos: el diagnóstico más frecuente fue el de trastornos afectivos con 16.6 %, después los trastornos fóbicos y somatoformes con 11.1 %, la dependencia del alcohol con 8.3 % y, por último, los trastornos de ansiedad con 2.7 %.

La enfermedad física y emocional

Se incluyó a los familiares que sufrieron alguna enfermedad física (A) (diagnóstico médico, con o sin tratamiento) y algún trastorno emocional (B) (diagnóstico médico con o sin tratamiento). La relación entre los trastornos del familiar y la enfermedad del paciente esquizofrénico fue de 30.5 % en ambos trastornos (AB), 2.7 % reportó sólo trastorno físico (A) y 8.3 % (B) algún trastorno emocional (gráfica 2).

La enfermedad física, emocional o psiquiátrica

Finalmente se separó a los familiares que dijeron padecer de alguna enfermedad física y emocional asociada o no con la enfermedad del paciente, y se relacionó con uno o más diagnósticos psiquiátricos. La asociación entre los trastornos del familiar y la enfermedad del paciente fue de 13.8 % (ABC). La asociación entre el trastorno emocional y uno o más diagnósticos psiquiátricos fue de 2.7 % (BC). La asociación entre los trastornos no relacionados con la enfermedad del paciente fue de 25.0 % (ABC) y la asociación (BC) con 5.5 % (gráfica 2).

Los antecedentes de los trastornos familiares

La distribución de algún trastorno mental en los familiares de primer grado (padres o hermanos) fue de 39.4 %, seguido por los familiares en segundo grado (abuelos, tíos y primos) que fue de 44.7 % y, por último, los de tercer grado (otros parientes) que fue de 7.9 %. En el 28.9 % no se encontraron antecedentes familiares.

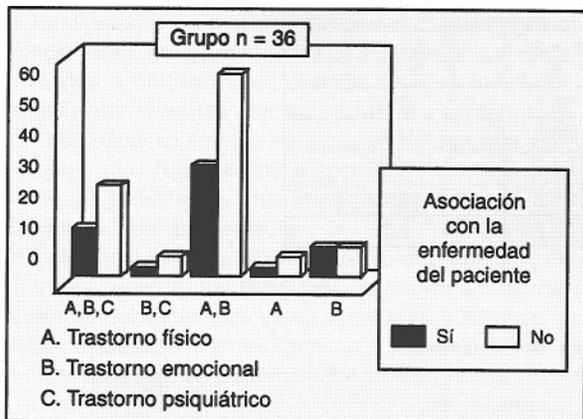
CUADRO 1
Características demográficas de los familiares y de los pacientes

Datos demográficos familiares	Grupo n = 36
<i>Sexo</i>	
Masculino	27.7
Femenino	72.2
<i>Relación con el paciente</i>	
Padre	16.7
Madre	75.0
Hermano(a)	8.3
<i>Edad</i>	
30 a 50 años	27.7
51 a 70 años	61.1
70 o más años	11.1
Media: 54.5 años DS: 13.6	
<i>Estado civil</i>	
Casada o unión libre	72.2
Separado o divorciado	8.3
Soltero	2.7
Viudo	16.7
<i>Ocupación</i>	
Empleado	33.3
Obrero calificado	8.3
Obrero no calificado	19.4
Hogar	25.0
Jubilado	13.8
<i>Escolaridad</i>	
1 o más años de universidad	36.1
1 o más años de bachillerato	13.8
Secundaria o equiv. comp.	10.5
1 o 2 años de secundaria	8.3
Primaria completa	5.6
Primaria incompleta	22.2
Nunca asistió	2.7
<i>Tiempo de vivir familiar y paciente</i>	
Menos de 1 año	2.7
De 1 a 5 años	5.6
De 6 a 10 años	5.6
De 11 años o más	10.5
Siempre	72.2
No viven en el mismo dom.	2.7
<i>Circunstancia de vida familiar y paciente</i>	
Vive con 1 o ambos padres	86.1
Vive con sus hijos	2.7
Vive con otros parientes	8.3
Vive en un hospital	2.7
<i>Frecuencia de contacto familiar y paciente</i>	
Todos los días	94.4
Dos a 6 veces por semana	2.7
Una vez a la semana	2.7

El costo o la carga para el familiar responsable del paciente

Los familiares mencionaron, en primer lugar, el costo emocional (irritabilidad, angustia, problemas para dormir, diversos sentimientos de culpa, enojo, frustración y resentimiento) 72.2 %; en segundo lugar, el costo económico (gasto excesivo por sus medicamentos, su manutención, por faltas laborales sin goce de sueldo) 52.7 %; en tercer lugar, el costo físico (las enfermedades gastrointestinales, diabetes, hipertensión y otros trastornos) 44.4 %; y el costo social (alejamiento, falta de interacción social por la ver-

GRAFICA 2
Trastornos de los familiares de los pacientes esquizofrénicos



CUADRO 2
Características demográficas de los familiares y de los pacientes

Datos demográficos pacientes	Grupo n = 36
Sexo	
Masculino	77.7
Femenino	22.2
Edad	
< 20 a 25 años	44.4
26 a 35 años	41.6
36 a 45 años	13.8
Media: 28.6 años DS: 5.7	
Estado civil	
Soltero	92.1
Separado o divorciado	2.7
Ocupación	
Obrero no calificado	25.0
Oficio	2.7
Estudia	8.3
Desocupado	63.8
Escolaridad	
1 o más años de universidad	22.2
1 o más años de preparatoria	58.3
Secundaria o equiv. completa	13.8
1 o 2 años de secundaria	2.7
Primaria incompleta	2.7

CUADRO 3
Diagnóstico psiquiátrico de los familiares de pacientes esquizofrénicos

Diagnósticos psiquiátricos (CIDI)	n = 36 %
Trastornos afectivos	16.6
Trastornos fóbicos y somatoformes	11.1
Dependencia del alcohol	8.3
Trastornos de ansiedad	2.7
Sin trastorno	61.3

güenza de tener un enfermo mental, molestias por problemas legales, etc.) 33.3 %; 19.4 % dijeron que para ellos no era una carga cuidar a un paciente con diagnósticos de esquizofrenia.

Al analizar la relación entre el costo y el parentesco del familiar, se encontró que la madre era la que pade-

cía más carga emocional, económica, social y física, aunque algunas madres mencionaron que para ellas no era ninguna carga atender al hijo enfermo. El padre y los hermanos experimentaron en menor medida la carga emocional, económica, física y social (cuadro 4).

Las atribuciones de causalidad de la enfermedad

Los familiares de los pacientes atribuyeron la enfermedad, en primer lugar, a los problemas familiares; en segundo lugar, a los acontecimientos adversos; en tercer lugar, a las presiones laborales o por los estudios y, en penúltimo lugar, a la brujería o a los hechizos (cuadro 5).

La mayoría de los familiares de los pacientes consideraban la enfermedad como enfermedad mental y esquizofrenia (94.3 %), como enfermedad de los nervios y física (58.2 %), como enfermedad del alma (2.7 %) y como embrujamiento (11.1 %) (respuestas múltiples).

El apoyo que buscó y recibió el familiar para atender al paciente de parte de otros familiares, fue de 86.1 % y de amigos o vecino, 58.3 %. Los familiares indicaron que casi siempre acudieron a la institución hospitalaria por recomendación de algún familiar o amigo.

Discusión

En los datos demográficos de los familiares predomina la participación de la madre sobre el padre u otros familiares en el cuidado del enfermo, lo que coincide con lo reportado en otros estudios (28). Con respecto al estado civil, predominaron los casados y los que vivían en unión libre, sin embargo, frecuentemente las parejas estaban separadas. Observamos que la familia se desintegra fácilmente cuando no recibe orientación; es frecuente que surjan conflictos entre los padres o entre los hermanos y el paciente. La ocupación principal del familiar responsable del paciente era la de empleado, en segundo lugar la de las labores del hogar o estaban jubilados. La mayoría había cursado uno o más años de universidad, contrastando con otros que sólo tenían primaria incompleta, por lo que puede considerarse como una población heterogénea respecto a la escolaridad.

En este estudio se encontró que la mayoría de los pacientes eran los menores de su familia, lo que coincide con los estudios llevados a cabo por Farina y cols. (14). Sin embargo, en otros estudios recientes, los resultados son contradictorios (Guerra) (17).

La tercera parte de la muestra presentó uno o más diagnósticos. Llama la atención que el porcentaje sea muy superior al reportado en la población general (8,24,25).

El diagnóstico reportado era similar al descrito en otras poblaciones generales (8,25), en las que los trastornos afectivos destacan en primer lugar; seguidos por los trastornos de ansiedad, incluyendo los trastornos fóbicos y somatoformes.

La tercera parte de los familiares creía padecer algún trastorno físico o emocional asociado con la enfermedad del paciente.

CUADRO 4
Costo emocional, físico, económico y social reportado por los familiares

<i>Tipo de costo</i>	<i>grupo completo n = 36 %</i>	<i>madre n = 26 %</i>	<i>padre o hermano(a) n = 10 %</i>
Emocional	72.2*	55.5	22.2
Económico	52.7	38.8	16.6
Físico	44.4	30.5	13.8
Social	33.3	33.3	8.3
No es carga	19.4	22.2	2.7

* Porcentaje obtenido de respuestas múltiples.

CUADRO 5
Atribuciones de causalidad de la enfermedad

	<i>n = 36 %</i>
Problemas familiares: separación de los padres, ausencia del padre, etc.	55.5*
Acontecimientos adversos, accidentes, reclusión penal, abuso sexual y problemas económicos.	41.6
Por presión laboral o de estudio: presión excesiva, cambio, pérdida, etc.	36.1
Características de personalidad: antisocial, cohibido, sensible, etc.	33.3
Problema de nacimiento neurológico, hereditario, físico, etc.	27.7
Por uso de drogas y/o alcohol.	16.6
Por causa de brujería o hechizos.	11.1
Por decepciones y frustraciones.	8.3

* Porcentaje obtenido de respuestas múltiples

Si se considera por una parte la enfermedad del paciente y la amplia gama de problemas relacionados con ella, y por la otra, la presencia de uno o más diagnósticos psiquiátricos en el familiar responsable del paciente, es de esperar que la evolución de ambos sea insatisfactoria, a menos de que esta comorbilidad se detecte y se trate profesionalmente.

El estudio de la prevalencia de trastornos psiquiátricos en los familiares responsables de los pacientes esquizofrénicos se ha estudiado poco, y por la información obtenida en este estudio es recomendable llevar a cabo investigaciones que apoyen el estudio integral de la familia.

En cuanto a los antecedentes de trastornos mentales en los familiares del paciente, en primer lugar se encuentran en los familiares de segundo grado, seguidos de los familiares de primer grado. El porcentaje de familiares sin antecedentes psiquiátricos ocupó el tercer lugar, con lo que se demuestra que el trastorno psiquiátrico se asocia con los trastornos mentales de los familiares del paciente.

Respecto al costo de tener a un paciente esquizofrénico en casa, destaca, en primer lugar, el costo emocional (irritabilidad, angustia, problemas para dormir, diferentes sentimientos de culpa, enojo, frustración, resentimiento), después, el costo económico (gasto excesivo por los medicamentos, su manutención, por faltas laborales sin goce de sueldo), luego, el costo físico (diabetes, gastritis, colitis, herpes y otros trastornos) y, finalmente, el costo social (alejamiento, falta de interacción social por la vergüenza de tener un paciente esquizofrénico, molestias por problemas legales). Llama la atención que siete familiares hayan reportado que no representaba ninguna carga

para ellos cuidar del paciente. Estos resultados concuerdan con otros estudios (1,6,22,30,34). Cabrero menciona que la familia paga un alto costo por convivir con un paciente con dicha enfermedad, y plantea dos rasgos íntimamente relacionados con el costo: la carga y la desesperanza de los familiares. Vine (41) plantea la carga excesiva que representa para el familiar cuidar del paciente y su desesperación por sentirse atrapado y no tener alternativas de apoyo ni de rehabilitación.

Si estudiamos la relación que hay entre el costo y el parentesco del familiar, observamos que el mayor costo es para la madre, lo que coincide con los resultados de otros estudios (1,2,18). La madre es la que normalmente se resigna a cuidar del paciente, y mientras ella padece un estrés grave y crónico, los demás parientes se alejan sin brindarle apoyo ni ayuda.

Los familiares atribuyen la enfermedad, en primer lugar, a los problemas familiares y en segundo lugar a los acontecimientos adversos y a las presiones laborales o académicas. Estos datos demuestran que los familiares requieren de la información necesaria para comprender mejor la enfermedad.

Los familiares generalmente denominan apropiadamente el trastorno de los pacientes como enfermedad mental, esquizofrenia, enfermedad de los nervios y enfermedad física, así como enfermedad del alma, mientras que otros consideran que el paciente está embrujado. Esta es una atribución de orden mágico por las creencias culturales (16,23,35). El no conocer las causas que pudieron provocar la enfermedad, puede desencadenar actitudes negativas de hostilidad, ansiedad y rechazo. Creen que la única forma de librarse de ella consiste en no aceptarla, mientras que

si tienen información adecuada podrán conocer, aceptar y ayudar al paciente y a la propia familia.

La mayoría indicó que había recibido el apoyo de sus familiares, y en menor grado, el de sus amigos o vecinos. Este apoyo consistió básicamente en recomendarles a dónde acudir a pedir ayuda para el paciente, pero después frecuentemente perdían contacto con ellos. El estudio de Strauss y Carpenter (37) demostró que tener buenos contactos sociales era uno de los predictores más importantes del buen funcionamiento del paciente.

En otros estudios (5,30) se observó que después de la primera recaída, los familiares de los enfermos van perdiendo contacto con otros familiares y amigos, y tienden a aislarse y a restringir sus redes sociales.

Los resultados de este estudio ponen de manifiesto la importancia que tiene la familia para mejorar el funcionamiento del paciente.

El propósito de atender a los familiares de los pacientes esquizofrénicos es el de disminuir las recaídas y reducir las situaciones perturbadoras para los pacientes y para los familiares, así como facilitar que los miembros de las familias se integren y se apoyen para manejar a los pacientes, tanto en la casa como en el hospital, desde que empieza la enfermedad, durante el tratamiento y en las crisis. Para cumplir estos objetivos es necesaria la participación del paciente y de su familia, de un equipo interdisciplinario de profesionales y de las redes de apoyo social.

Anderson (1,2,3) plantea un modelo estructurado para las familias y los pacientes, junto con una farmacoterapia de mantenimiento que puede ser útil para disminuir la estimulación ambiental y la hipotética vulnerabilidad del paciente.

Para hacer una adecuada evaluación familiar se debe considerar lo siguiente:

A. Seleccionar correctamente los instrumentos para obtener el diagnóstico de la familia. B. Los instrumentos deben permitir conocer las actitudes de la familia (quién rechaza al paciente, con quién se lleva mejor, etc.), la dinámica familiar (los dobles mensajes, la emoción expresada, el nivel de cohesión, la adaptabilidad familiar, etc.). C. Los instrumentos deben permitir evaluar la actitud anterior de la familia hacia la enfermedad, a fin de evaluar la actitud actual y valorar si en el ambiente familiar hay aspectos conductuales que favorezcan el desarrollo de las capacidades y la rehabilitación de las disfunciones. D. Entrevistar a los familiares de primer grado o a los responsables del paciente. E. Elaborar un pronóstico en términos de rehabilitación.

Los modelos de la atención para la salud mental deben reconocer la necesidad de los pacientes y de sus familiares de superar el estigma social causado por la enfermedad mental, y de abogar por una sociedad más tolerante que acepte el derecho de que sean diferentes, sin por ello marginarlos (Otero) (28).

El esquema para atender a los familiares tiene por objeto reducir las recaídas y equilibrar el funcionamiento familiar, y considera un conjunto de medidas y recursos técnicos de tipo psicológico, médico y psicosocial. De acuerdo con el Modelo de Estudio del Funcionamiento Familiar y Esquizofrenia, se plantea lo siguiente:

1. Abordar de manera integral la diada paciente-familia con un equipo interdisciplinario de profesionales y de redes de apoyo social.
2. Evaluar y atender psiquiátricamente al familiar.
3. Dar información a los familiares sobre la etiología y las causas de la enfermedad, las alternativas para manejar al paciente, la sintomatología, el tratamiento, las posibilidades de evolución y el pronóstico; el seguimiento y la desconexión progresiva (1,2).
4. Integrar un grupo psicoterapéutico de familiares para modificar las actitudes y las emociones expresadas, crear expectativas de funcionamiento real para el paciente, reducir el costo o la carga en el familiar, identificar los problemas y buscar soluciones rápidas, así como apoyo continuo para afrontar las situaciones difíciles y reforzar los vínculos familiares (3).
5. Crear redes sociales de apoyo, como asociaciones y grupos.

La atención a las necesidades de los familiares y de los pacientes requiere información y formación actualizada. Esta tendrá que ser una labor conjunta de cuantos trabajan en el campo de la salud mental y en la educación.

Agradecimientos

Los autores quieren hacer patente su agradecimiento a la doctora Ma. Elena Medina-Mora por su apoyo, respaldo y comentarios en la realización del estudio; a la maestra Guillermina Natera por las sugerencias en la elaboración del cuestionario CONENF y OPAF; a los psicólogos que participaron en la aplicación del instrumento CIDI a los familiares: María del Carmen Acevedo, Elsa K. López Lugo, Shoshana Berenzon y Guillermo Pérez; a Lorena Basaldúa por la captura y procesamiento computarizado del CIDI, además de agradecer muy especialmente la colaboración de los familiares y pacientes que participaron en el proyecto.

El presente proyecto fue financiado por CONACYT clave 3335-H.

REFERENCIAS

1. ANDERSON CM, HOGARTY G, BAYER G, NEEDIEMAN R: Expressed emotion and the social networks of parents of schizophrenic patients. *British Journal of Psychiatry*, 144:247-255, 1984.
2. ANDERSON CM, HOGARTY GE, REISS DJ: *Esquizofrenia y familia*. Amorrortu, Buenos Aires, 1986.
3. ANDERSON CM, HOGARTY GE, REISS D: Family treatment of adult schizophrenic patients: a psycho-educational approach. *Schizophr Bull*, 6:490-505, 1980.
4. BATESON G, JACKSON DD, HALEY J, WEAKLAND J: Toward a theory of schizophrenia. *Behavioral Science*, 1:251-264, 1956.
5. BROWN GW, BIRLEY JLT, WING JK: Influence of family life on the course of schizophrenic disorder, a replication. *Br J Psychiatry*, 121:241, 1972.
6. CABRERO LJ: Familia y tratamiento integral en la esqui-

- zofrenia. Trabajo presentado en el simposio: Abordajes Psicosociales en la Esquizofrenia en el XIX Congreso Nacional de la Sociedad Española de Psiquiatría. Bilbao, mayo, 1993.
7. CARAVEO AJ, GONZALEZ C, RAMOS L, MENDOZA P: Necesidades y demandas de atención en servicios de salud mental. *Rev Salud Pública de Mex*, 28(5):504-514, 1986.
 8. CARAVEO AJ, MEDINA-MORA ME, RASCON GML, VILLATORO J, LOPEZ EK, JUAREZ F, GOMEZ M, MARTINEZ NA: Características psicopatológicas de la población urbana adulta en México. Resultados de una encuesta nacional de hogares. *Anales V, Reseña de la IX Reunión de Investigación*. Instituto Mexicano de Psiquiatría, 22-42, 1994.
 9. CARAVEO AJ, ESPINOSA M, SALDIVAR G, GONZALEZ RE: Encuesta nacional de pacientes psiquiátricos hospitalizados. *Salud Mental*, 18(4):1-9, 1995.
 10. CARAVEO AJ, MAS CC: Necesidades de la población y desarrollo de servicios de salud mental. *Salud Pública de Mex*, 32(5):523-531, 1990.
 11. CREER G, WING JK: Schizophrenia at home. National Schizophrenia. Fellowship, 1974.
 12. DE LA FUENTE R: Enseñanza e investigación en salud mental en América Latina: prioridades e implementación. *Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina*, 31:269-273, 1985.
 13. DE LA FUENTE R, DIAZ MR: Proyecto para el estudio, tratamiento y rehabilitación del paciente esquizofrénico. Instituto Mexicano de Psiquiatría, 1993.
 14. FARINA A, BARRY H, GARMEZY N: Birth order of recovered schizophrenics. *Arch Gen Psychiatry*, 9:224-228, 1963.
 15. FRENK J: El concepto y la medición de accesibilidad. *Salud Publica de Mex.*, 27(5):483-453, 1985.
 16. GARCIA SS, ANDRADE PP: El significado psicológico y social de la salud y la enfermedad mental. *Salud Mental*, 17(1):32-44, 1994.
 17. GUERRA CM, NICOLINI H: Estudio del efecto del orden de nacimiento en esquizofrenia familiar y esporádica. *Salud Mental*, 15:25-30, 1992.
 18. LEBELL M, MARDER RE, MINTZ J, MINTZ L, TOMPSON M, WSHING W, JOHNSTON-CRONK K, MCKENZIE J: Patients, perceptions family emotional climate and outcome in schizophrenia. *British Journal of Psychiatry*, 162:751-754, 1993.
 19. LEFF J, KUIPERS L, BERKOWITS R, EBERLEIN-VRIES R, STURGEON D: A controlled trial of social intervention in the families of schizophrenia patients. *Brit J Psych*, 141:121-134, 1982.
 20. LEVAV L, LIMA B, SOMOSA-LENON M, KRAMER M, GONZALEZ R: Salud mental para todos en América Latina y el Caribe. Bases epidemiológicas para la acción. *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, 107(3):196-219, 1989.
 21. LEVAV I: Adecuando los recursos. *Salud Mental*, 12(2):66-67, 1989.
 22. LIDZ T, PAKER BY, CORNELISON AR: *Am J Psychiat*, 113(1):1, 1956.
 23. MARTI TJL, MURCIA GMJ: Enfermedad mental y entorno urbano. Metodología e investigación. De Hombre, Anthopos. 1988.
 24. MEDINA-MORA, ME, PADILLA GP, MAS C, EZBAN M, CARAVEO AJ, CAMPILLO C, CORONA J: Prevalencia de trastornos mentales y factores de riesgo en una población de práctica médica general. *Acta Psiquiat Psicol Amer Lat*, 31:53-61, 1985.
 25. MEDINA-MORA ME, RASCON ML, TAPIA R, MARIÑO J, VILLATORO J, CARAVEO J, GOMEZ M: Trastornos emocionales en población urbana mexicana: Resultados de un estudio nacional. *Anales. III Reseña de la VII Reunión de Investigación*. Instituto Mexicano de Psiquiatría, 48-55, 1992.
 26. MENTAL ILLINESS AWARENESS, SELF-AWARENESS: Advocacy and action. *Am J Psychiatry*, 150(10):1443-1465, 1993.
 27. MIKLOWITZ DJ, GOLDSTEIN MJ, FALOON IRH, DOANE JA: Interactional correlates of expressed emotion in the families of schizophrenics. *Br J Psychiatry*, 144:482-87, 1984.
 28. OTERO V, REBOLLEDO S: Evaluación de un programa de rehabilitación psiquiátrica. *Psiquis*, 13(3):54-61, 1992.
 29. OTERO R, RASCON ML: Confiabilidad de la Escala de Valoración de la Conducta Social (SBAS). *Salud Mental*, 11(1):8-12, 1988.
 30. PLATT S, HIRSCH S, WEYMAN A: *Training Manual and Rating Guide. Social Behaviour Assessment Schedule*. Nelson, Londres, 1983.
 31. PLATT S, WEYMAN A, HIRSH S, HEWETT S: The social behaviour assessment schedule (SBAS): Rationale contents, scoring and reliability of a new interview schedule. *Social Psychiatry*, 15:43-55, 1980.
 32. ROBINS LN: The composite international diagnostic interview. *Arch Gen Psychiatry*, 45:1069-1077, 1988.
 33. RYAN PJ, VALENCIA M, MARTINEZ OB, OTERO B: Características demográficas de pacientes mentales y la posibilidad de recaída. Reporte interno, IMP, 1981.
 34. SEEMAN M, THORNTON J: *Schizophrenia Courses and Outcome*. Clarke Institute of Psychiatry. Canada, 1982.
 35. STEFANI D: Escala de actitudes hacia la enfermedad mental. *Acta Psiquiat Psicol-Amer Lat*, 23:202-207, 1977.
 36. STRACHAN AM, LEFF JP, GOLDSTEIN MJ, DOANE JA, BURT C: Emotional attitudes and direct communication in the families of schizophrenics: A cross-national replication. *Br J Psychiatry*, 149:279-287, 1986.
 37. STRAUSS JS, CARPETER T: The prediction of outcome in schizophrenia. Characteristics of outcome, *Arch Gen Psychiatry*, 27:739, 1972.
 38. TOVAR AH: La ampliación de la cobertura a la población abierta en la atención primaria de la salud mental. *En: La Psiquiatría al Filo del Siglo XXI*. Asociación Psiquiátrica Mexicana. México, 1987.
 39. VALENCIA M, SALDIVA G: Seguimiento comunitario de pacientes esquizofrénicos. *Anales. IV. Reseña de la VIII Reunión de Investigación*. Instituto Mexicano de Psiquiatría, 145:156, 1993.
 40. VALONE K, NORTON JP, GOLDSTEIN MJ, DOANE JA: Parental expressed emotion and affective style in an adolescent sample at risk for schizophrenia spectrum disorder. *J Abnormal Psychol*, 92:399-407, 1983.
 41. VINE P: Social stress, chronic illness and the family MPH. Tesis. *Columbia University School of Public Health*, 1985.
 42. WITCHEN HU, ROBINS LN, COTTLER LB, SARTORIUS N, BURKE JD: Regier in the multicenter WHO/ADAMHA fields trials: Cross-cultural feasibility, reliability and sources of variance of the Composite International Diagnostic Interview (CIDI). *Br J Psychiatry*, 159:645-653, 1991.
 43. ZUBIN J, SPRING B: Vulnerability: A New view of schizophrenia. *J Abnorm Psychol*, 86:103-126, 1977.