
ARTÍCULO ORIGINAL

Trastornos emocionales, físicos y psiquiátricos en los familiares de pacientes con esquizofrenia en México

María Luisa Rascón,* Jorge Caraveo,* Marcelo Valencia*

* Dirección de Investigaciones Epidemiológicas y Psicosociales. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente.

Emotional, physical and psychiatric disorders in relatives of schizophrenia patients in Mexico

ABSTRACT

Background. A study was to investigate the frequency with which they have emotional disorders, physical and psychiatric symptoms in FCPI, knowing the relationship with demographic variables and clinical caregivers of patients with schizophrenia. **Methods.** It was a cross sectional, descriptive, correlational, study and ex-post-facto, of a non probabilistic sample, using 131 relatives carers. **Instruments.** 1-The Composite International Diagnostic Interview version 1.0 (CIDI) 2-Social Behaviour Assessment Schedule 2nd Ed. (SBAS). **Results.** 58% of the relatives presented 1 to 4 psychiatric diagnoses, the most frequent was: depression (20.6%), alcohol dependence (9.9 %) and dissociative disorders (7.6%); the relatives' carers reported some physical (48%) or emotional (74%) illness related to the presence of the schizophrenia in their relatives. **Conclusions.** The predictive variables associated with the presence of psychopathology in the relatives carers': the presence of active symptomatology in the patient, the years of evolution of the illness and the number of hospitalizations, $r = 0.38$; $p > 0.000$.

Key words. Psychopathology. Carers primary informal. Stress. Schizophrenia.

RESUMEN

Objetivo. Investigar la frecuencia de los trastornos, emocionales, físicos y psiquiátricos en los familiares cuidadores primarios informales (FCPI), relacionados con la experiencia de ser cuidador de su pariente con esquizofrenia en México, considerando que el conocimiento de estos aspectos puede ayudar al bienestar del paciente y por lo tanto a realizar un mejor manejo y evolución de la enfermedad. **Métodos.** Estudio descriptivo, correlacional, transversal y ex-post-facto, de una muestra no probabilística y de tipo circunstancial, 131 FCPI. **Instrumentos.** The Composite International Diagnostic Interview version 1.0 (CIDI); Social Behaviour Assessment Schedule 2a Ed. (SBAS). **Resultados.** Los FCPI reportaron alguna enfermedad física (48%) y algún trastorno emocional (74%) relacionado con el padecimiento de la esquizofrenia en un familiar; al ser evaluados diagnósticamente los trastornos psiquiátricos, 58% presentó de uno a cuatro diagnósticos: trastornos depresivos (20.6%), trastornos con etanol (9.9%) y trastornos dissociativos (7.6%). **Conclusiones.** Las variables que se asociaron con los trastornos en los FCPI fueron presencia de conducta sintomática en el paciente, el número de años de evolución de la enfermedad y el número de hospitalizaciones; $r = 0.38$; $p > 0.000$.

Palabras clave. Psicopatología. Cuidador primario informal. Carga familiar. Estrés. Esquizofrenia.

INTRODUCCIÓN

Diversos estudios realizados sobre la relación entre la persona con esquizofrenia y sus familiares, sostienen que tanto éstos como el paciente están involucrados en el cuidado y en la evolución de la enfermedad.¹⁻⁵ En virtud de que la esquizofrenia es una enfermedad procesal, esto es, que constituye una forma de ser, se requiere de una visión ho-

ística para comprender el impacto de la condición.

El término Familiar Cuidador Primario Informal (FCPI) se refiere a la persona que se hace cargo de proveer atención y asistencia al enfermo y guarda una relación familiar directa con el paciente, sean los padres, el cónyuge, los hijos o los hermanos; es informal porque no reciben capacitación para brindar los cuidados al paciente.

En el FCPI es sobre quien recaen las responsabilidades y tareas del cuidado del enfermo, las cuales pueden alterar su equilibrio provocando el agobio o estrés que está descrito en el "síndrome del cuidador"⁶ deviniendo en un "enfermo oculto", a veces con consecuencias en su estado de ánimo y en la forma de relacionarse dentro y fuera de la familia.

En los FCPI las alteraciones de salud van desde sentimientos de carga hasta el sentimiento de opresión constante, compartiendo con el paciente, el agobio, agotamiento y desesperanza.⁷⁻⁹

Para el Comité de Prevención de Trastornos Mentales¹⁰ el nivel de estrés que puede provocar el cuidado de un enfermo mental, no está claramente definido; sin embargo, consideran que la carga puede ocasionar la aparición de trastornos como la depresión, trastornos del sueño, problemas alimenticios, problemas de salud delicados, el abuso de alcohol o estimulantes, la violencia marital y la irritabilidad entre los familiares.

Para entender los efectos estresantes de cualquier enfermedad dentro del contexto familiar es necesario considerar el tipo de enfermedad, las fases temporales, el pronóstico, el grado de incapacidad (leve, moderada o grave) y el funcionamiento familiar, así como la comunicación afectiva en cada fase del ciclo de vida de la enfermedad.¹¹

Para el individuo o para la familia, una afección que comienza gradualmente, como es el caso de la esquizofrenia, representa un tipo de factor estresante diferente del que impone una crisis súbita; la magnitud del reajuste estructural en la familia es muy importante, el cambio en los roles, y la resolución de los problemas, entre otras.

Algunas familias están más preparadas que otras para hacer frente al cambio cuando la enfermedad es progresiva, por lo cual su reorganización y flexibilidad son muy necesarias. También, cuando existe una enfermedad crónica de larga duración en uno de los miembros de la pareja del FCPI, el patrón de intimidad en la diada puede desaparecer, se producen sentimientos de culpa y consecuentemente un desgaste emocional y físico importante.¹²

Cañive, *et al.*,¹³ reportaron que la convivencia con una persona con esquizofrenia provocaba en los familiares manifestaciones sintomáticas diversas: somáticas por un lado y afectivas por otro, como depresión y ansiedad, así como, obsesión y compulsión.

El significado que la familia le dé a la enfermedad funciona como un núcleo cognitivo que influye sobre las respuestas emocionales y motivacionales y, por tanto, sobre las estrategias de afrontamiento. Cada persona elabora un significado que refleja las expe-

riencias personales previas, sus creencias, el grado de conocimientos y el bagaje cultural.¹⁴ Así, las creencias sobre los malestares propios o de otro familiar se pueden relacionar con la culpa o con la victimización, lo que impide un adecuado afrontamiento.

En México, al igual que en otras partes del mundo, en las instituciones de salud mental encontramos que la familia es y será el agente responsable de cuidado comunitario para la mayoría de los pacientes psicóticos. En diversos estudios realizados, entre 60 y 85% de los pacientes vive con su familia.^{9,15-21} Sin embargo, en la institución médica-psiquiátrica se le brinda poca orientación y ayuda profesional a la familia, es decir, ésta tiene que manejar la problemática que manifiesta el paciente sin conocimiento de la enfermedad, ni entendimiento de la naturaleza biopsicosocial, ni de la importancia del tratamiento integral de la esquizofrenia.²² Esto se traduce en la presentación de padecimientos, trastornos emocionales y físicos, así como de las dificultades económicas para sobrelevar el costo del tratamiento médico.

El objetivo de este trabajo fue investigar la frecuencia con que se presentan los trastornos emocionales, físicos y psiquiátricos en el FCPI, conocer la relación con las variables demográficas del cuidador y clínicas del paciente con esquizofrenia.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo, correlacional, transversal y ex-post-facto de una muestra no probabilística de FCPI de personas con esquizofrenia (un cuidador por paciente), que asistieron a la consulta externa en el Instituto Nacional de Psiquiatría y que participaron posteriormente en un programa de tratamiento integral. El estudio fue dictaminado previamente por un comité de ética y cumplió con la normatividad internacional de bioética.

Para evaluar las características demográficas de los FCPI y los efectos adversos, psiquiátricos o físicos, se utilizó el siguiente instrumento:

- Escala de evaluación de la conducta social del paciente (Social Behaviour Assessment Schedule) (SBAS) 2a Ed.^{23,24} Es un instrumento estandarizado y semiestructurado, cuya confiabilidad global entre entrevistadores fue significativa Kappa = 0.78. Para el presente estudio se utilizaron las secciones de conducta sintomática del paciente, Kappa = 0.84, y de efectos adversos en los familiares, Kappa = 0.81; mayor información se encuentra en Otero, *et al.*²⁵

Para evaluar la presencia de trastornos psiquiátricos en los familiares:

- The Composite International Diagnostic Interview, (CIDI) version 1.0. Es una entrevista diagnóstica 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).²⁶ Research Diagnostic Criteria y el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales de la Asociación Psiquiátrica Americana (DSM-III R, 1987).²⁷ El diagnóstico psiquiátrico se obtiene a través del programa computarizado de la CIDI.

Respecto a la información clínica de los pacientes con esquizofrenia, al FCPI se registró el número de recaídas que ameritaron hospitalización en los dos años previos al momento del estudio, así como la presencia de 22 síntomas propios de la esquizofrenia, obteniéndose el puntaje global de éstos y considerando que a mayor puntuación menor estabilidad del paciente.

Procedimiento

El procedimiento fue contactar a los FCPI, en la consulta externa de la institución, una vez explicado el objetivo del estudio, se les invitó a participar y quienes aceptaron, firmaron la carta de consentimiento informado.

Análisis de datos

Se llevaron a cabo diferentes análisis de la información. Para la homogeneidad del grupo de estudio, se utilizó estadística descriptiva (frecuencias, medias, r de Pearson para medir correlación entre variables. Para la prueba del modelo conceptual predictor, se aplicó el modelo general de regresión logística utilizando la expresión algebraica:

$$y^i = B_{0X} + e_i$$

Bajo el principio de parsimonia, se buscó el mejor ajuste que generó el menor error por el método de mínimos cuadrados, por medio de los programas estadísticos SPSS 6.1.2 y el SYSTAT.

RESULTADOS

De los 135 participantes, 131 concluyeron el estudio (97.0%). Las características sociodemográficas

se muestran en el cuadro 1; se aprecia que predominó el cuidador femenino, con una edad promedio de cincuenta años, con escolaridad media baja, la mayoría reportaron estar casadas y la mitad reportaron tener empleo.

La información clínica, respecto al promedio de recaídas con hospitalización de los pacientes con esquizofrenia fue de 1.6 veces \pm 0.90 en los dos años anteriores al momento de la evaluación del FCPI; 58% de los FCPI reunieron criterios para algunos de los trastornos psiquiátricos explorados por el CIDI, con un rango entre uno a cuatro diagnósticos. La depresión fue el trastorno más frecuente, principalmente en las mujeres, seguido por el abuso o dependencia al alcohol que fue más frecuente en los familiares varones (Figura 1).

Las enfermedades físicas en los FCPI fueron agrupadas de la siguiente manera: del aparato digestivo 15.3%, cardiovasculares 13%, endocrinas 9.2%, del sistema óseo 9.2%, neurológicas 5.3%, cáncer 4.6% y el resto (43.4%) se distribuyeron entre las enfermedades respiratorias, infecciosas, alérgicas y auto-inmunes.

Los FCPI reportaron alguna enfermedad física (48%) y algún trastorno emocional (74%) relacionado con el padecimiento del familiar con esquizofrenia.

Cuadro 1. Datos demográficos de los familiares cuidadores de pacientes con esquizofrenia (N = 131).

	Porcentaje
Sexo	
Masculino (padres y hermanos)	19.1
Femenino (madres y hermanas)	80.9
Edad en años	\bar{X} : 54.6 DE: 13.3
Escolaridad	
Profesional	16.8
Bachillerato	22.9
Secundaria	24.4
Primaria	32.9
Nunca asistió	3.1
Estado civil	
Casado o unión libre	67.2
Soltero, separado o divorciado	19.1
Ocupación	
Trabaja	51.1
No trabaja	37.4
Hogar	11.5

Porcentajes obtenidos del total de la muestra.

La correlación entre la presencia de trastornos psiquiátricos en el FCPI y la esquizofrenia en el paciente fue superior, $r = 51.99$ $p > 0.000$, que la encontrada para la presencia de enfermedad física, $r = 27.22$ $p > 0.000$.

En el cuadro 2, se observa la correlación entre el número de diagnósticos psiquiátricos del FCPI y el

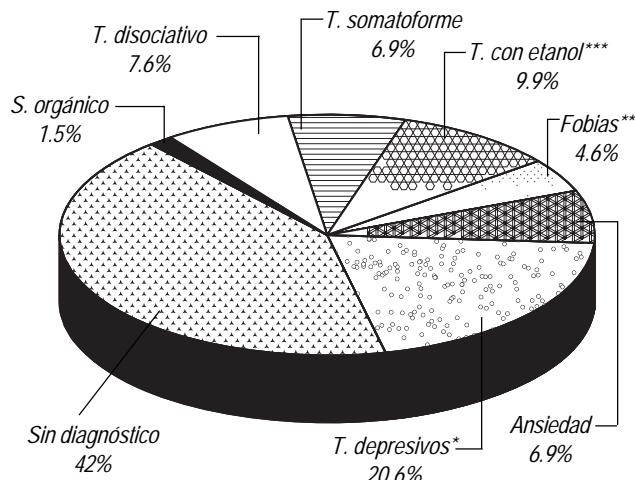


Figura 1. Diagnósticos psiquiátricos de los familiares cuidadores primarios informales ($N = 131$). *T. depresivos: incluye distimia. **Fobias: incluye fobia simple, social y agorafobia. ***T. con etanol: abuso y dependencia.

Cuadro 2. Relación entre el número de diagnósticos del familiar cuidador, las horas de convivencia con el paciente y el tiempo de evolución de la esquizofrenia ($N = 131$).

Número de diagnósticos psiquiátricos del familiar	Horas de convivencia semanal entre el FCPI y el enfermo*					Tiempo de evolución de la enfermedad**			
	< de 7 horas	7 a 22 horas	23 a 38 horas	39 a 54 horas	Total	< 1 mes a 2 años	> 2 años y < 4 años	> 4 años o más	Total
Ninguno	—	31.5	25.9	42.6	100	15.1	60.4	24.5	100
1	3.7	18.5	31.5	46.3	100	7.4	46.3	46.3	100
2	7.7	15.4	30.8	46.2	100	7.7	38.5	53.8	100
3	—	—	37.5	62.5	100	—	25.0	75.0	100
4	—	—	50.0	50.0	100	50.0	50.0	—	100

% obtenido por el cruce con el número de diagnósticos (por línea). *Pearson = 9.90473, p: ns. **Pearson = 15.666, p:< 0.0474.

Cuadro 3. Predictores de la psicopatología del familiar cuidador primario informal.

Predictores:			
	Beta	T	Sig T
Sintomatología psicótica del paciente ^a	0.273994	3.395	< 0.001
Tiempo de evolución de la enfermedad ^b	0.234816	2.827	< 0.005
Número de recaídas con hospitalización ^c	-0.158325	-1.911	< 0.05

Descripción de las variables del modelo de psicopatología del familiar: ^a: Incluyó 22 síntomas propios de la esquizofrenia; se tomó en cuenta un puntaje global, a mayor puntaje menor estabilidad. ^b: A mayor puntaje, mayor número de años de la esquizofrenia. ^c: A mayor puntaje, mayor número de hospitalizaciones.

tiempo de convivencia con su paciente. A pesar de que se aprecia que a mayor número de horas de convivencia mayor el número de diagnósticos, la correlación no fue significativa estadísticamente. Sin embargo, se encontró una correlación significativa entre mayor tiempo de evolución de la enfermedad y el mayor número de diagnósticos en el familiar, $r = 15.6$ $p < 0.04$.

Respecto a la relación entre el número de recaídas previas del paciente y los diagnósticos psiquiátricos del FCPI, en primer lugar se ubicó el trastorno somatoformes, seguido de abuso y dependencia al alcohol; en tercer lugar, la depresión y la distimia. A su vez, se observó que más de un diagnóstico en el FCPI se correlacionó con una o más recaídas en el pariente con esquizofrenia.

Para identificar la contribución de los mejores predictores del modelo de psicopatología del FCPI, se trabajó con diversas variables clínicas y demográficas, a través del uso de la regresión logística, con método libre, la variable dependiente fue la presencia o ausencia de uno o más diagnósticos psiquiátricos, las variables que predijeron el mejor ajuste fueron: sintomatología psicótica en el paciente, número de años de evolución de la esquizofrenia y presencia de recaídas con hospitalización, dos años antes de la evaluación (Cuadro 3).

DISCUSIÓN

La investigación arrojó que más de la mitad de los FCPI presentaron algún trastorno psiquiátrico; el diagnóstico psiquiátrico que destacó en primer lugar en las mujeres fue depresión y en los hombres, abuso y dependencia del alcohol, cifra muy superior a la reportada: 28.7%, en población general.²⁸

Tres cuartas partes de los FCPI relacionan su padecimiento emocional con la presencia de esquizofrenia en su pariente, casi la mitad padecen un trastorno físico; esto se relaciona con lo reportado por Cañive¹³ y Holden,²⁹ donde se menciona la relación de las manifestaciones somáticas, por un lado –como hipertensión, infartos cardíacos, entre otros– y los síntomas afectivos por otro –como depresión y ansiedad; así como, obsesión, compulsión y alcoholismo, fueron problemas de salud de familiares relacionados con la esquizofrenia de un pariente–.

Los hallazgos de la prueba del modelo de psicopatología en el FCPI fueron presencia de sintomatología psicótica en el paciente –es decir, de síntomas positivos en primer lugar y negativos en segundo–, número de recaídas con hospitalización y el mayor número de años de evolución de la esquizofrenia. Estos factores podrían ser considerados en la clínica para alertar sobre un posible problema en el FCPI, que podría impactar en el pronóstico de la enfermedad del paciente.

La presencia de trastornos psiquiátricos, enfermedades físicas y trastornos emocionales afectan negativamente la calidad de vida de los FCPI, siendo el resultado de una serie de necesidades en los mismos.

A continuación se ilustra con dos testimonios de familiares:

- **Caso A.** “Desde qué se enfermó mi muchacha, yo también padezco la enfermedad del alcoholismo crónico, yo atribuyo a eso que mi chamaca me salió así, es lo que a mi entender, mi muchacha puede estar enferma por eso a consecuencia de que yo también he sido muy cohibido, desde chamaco, su falta de carácter de ella, su inseguridad eso es lo que yo atribuyo a mi alcoholismo”.
Padre de 48 años. Diagnóstico: dependencia del alcohol y trastorno de ansiedad generalizada.
- **Caso B.** “Estoy todo el tiempo con mi hijo, no puedo salir..., yo me siento mal, sin ganas de hacer nada, me duele el cuerpo y no duermo nada bien; mis hijos no toleran a su hermano, me critican porque yo lo entiendo y lo cuido [...], todavía no se bien qué le pasa, espero que el tratamiento le sirva y pronto vuelva a ser el de antes.”

Madre de 52 años. Diagnóstico: distimia, episodio depresivo recurrente de severidad moderada con síntomas somáticos y trastorno del dolor somatoform.

La narrativa de los FCPI tiene la capacidad de combinar los aspectos subjetivos y objetivos de la experiencia del sufrimiento, el esfuerzo de adaptación, de la inestabilidad psicológica, como resultado de una serie de necesidades insatisfechas y la inminente necesidad de atención integral tanto para el FCPI como para el paciente, ya que la enfermedad mental no es un problema individual sino del grupo familiar, los padres suelen sobreproteger a sus hijos porque creen que la enfermedad fue causada por su descuido o por la violencia intrafamiliar.

La realidad es que el FCPI y/o la familia no es considerada como parte de la red de apoyo social en el proceso salud-enfermedad-atención.³⁰ El estudio del papel que juega el FCPI en el tratamiento y en la rehabilitación del enfermo mental, ha permitido entender que es elemental la participación familiar para la recuperación del mismo, y como el principal agente de apoyo en la evolución de la enfermedad, es de suma importancia tomar en consideración que la rehabilitación no se logra si el entorno social no se adapta a las necesidades de los enfermos.^{5,9}

Tomando en cuenta lo anterior, el FCPI y el paciente son víctimas de la enfermedad; consideramos que el FCPI no es el problema, sino que tiene un problema que se observa en su calidad de vida. Desde un primer momento, la sobrecarga por el cuidado, la carga económica por los costos directos (medicamentos, hospitalizaciones) o indirectos (pérdidas de horas de trabajo del FCPI, mal uso de servicios generales de salud, tasa de accidentes, entre otros), y subjetivas como el sufrimiento de los pacientes y de sus familiares, falta de tiempo libre, la falta de apoyo social, y la estigmatización. En este orden de ideas, los costos son elevados, tanto para la familia, como para los servicios de salud.^{16,31}

Los estudios^{1-2,8,9,21,22,32,33-35} demuestran los beneficios de brindar tratamiento integrado y apoyo psico-educativo a los familiares porque se reducen sus malestares emocionales y físicos, así como la carga familiar. En la clínica, corresponde considerar el rol del FCPI ya que ejerce un papel primordial en el cuidado del paciente con esquizofrenia y sus necesidades deben ser analizadas por el alto riesgo psicopatológico que representan.

El presente estudio tuvo la limitación de que no se realizó una corroboración del diagnóstico del FCPI y

su severidad; sin embargo, se les sugirió recibir tratamiento médico psiquiátrico a cada uno de los FCPI con algún diagnóstico, se recomienda a futuro el estudio de los riesgos para la salud –asociados con los ambientes sociales, explicado por las diferencias de género– y estudiar a los FCPI, sus roles y calidad de vida.

AGRADECIMIENTOS

Los autores quieren hacer patente su agradecimiento a los familiares de personas con esquizofrenia, a las Psic. María de Lourdes Gutiérrez L. y Cecilia Gómez C. por su colaboración; al CONACYT por el financiamiento del proyecto con clave 3335-H.

REFERENCIAS

1. Fadden GB, Bebbington PE, Kuipers L. The burden of care: The impact of functional psychiatric illness on the patient's family. *Br J Psychiatr* 1987; 150: 285-92.
2. Kuipers L. Family burden in schizophrenia: implications for services. *Soc Psychiat Epidemiol* 1993; 28: 207-10.
3. Lefley HP. Ageing parents as care givers of mentally ill adult children: an emerging social problem. *Hosp Community Psychiatr* 1987; 38: 1063-70.
4. MacCarthy B. The role of relatives. In: Lavender A, Holloway F (Eds.) *Community care in practice*. Wiley: Chichester; 1988.
5. Caqueo-Urizar A; Gutiérrez-Maldonado J; Miranda-Castillo C: Quality of life in caregivers of patients with schizophrenia: a literature review. *Health Qual Life Outcomes* 2009; 7: 84.
6. Rubio MML, Ibáñez A, Ibáñez EJA, Galve RF, Martí TN, Marrisal BJ. Perfil médico social del cuidador crucial ¿Se trata de un paciente oculto? *Aten Primaria* 1995; 16(4): 181-6.
7. Serrano CVM, Serrano CC. Estrés y enfermedades psicosomáticas. *Psiquiatr* 1991; 1: 37-47.
8. Mc Cubbin HI, Patterson J. Family adaptation to crisis. In: Mc Cubbin HI, Cauble A, Patterson J (Eds.). *Family stress, coping and social support*. Springfield: Charles C. Thomas; 1989.
9. Rascón GML, Díaz MLR, López JL, Reyes RC. La necesidad de dar atención a los familiares responsables del cuidado de pacientes esquizofrénicos. *Salud Mental* 1997; 2: S55-S64.
10. Mrazek PJ, Haggerty RJ (Eds.). *Reducing risks for mental disorders, frontiers for preventive intervention research*. Committee on Prevention of Mental Disorders. Washington, D.C.: National Academy Press; 1994.
11. Rolland JS. Family therapy: Systems approaches to assessment and treatment. En: Hales RE, Yudofsky, Talbott J (Comps). Washington: Am Psych Press. Textbook; 1994.
12. Velasco ML, Sinibaldi J. Manejo del enfermo crónico y su familia (Sistemas, historias y creencias). México: El manual moderno; 2001.
13. Cañive JM, Sanz-Fuentenebro J, Tuason V, Vázquez C, Schrader R, Alberdi J, et al. Psychoeducation in Spain. *Hosp and Community Psychiatr* 1993; 44(7): 679-81.
14. Nieto MJ. La conducta de enfermar. Informe interno. Universidad de Murcia, España; 2001.
15. Brown GW, Monck EM, Carstairs GM, Wing JK. Influence of family life on the course of schizophrenic illness. *British J Prev Soc Med*, 1962; 16: 55-68.
16. Organización Mundial de la Salud. Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias. Invertir en Salud Mental. Ginebra; 2004. En red: http://www.who.int/mental_health/advocacy/en/spanish_final.pdf
17. Valencia M, Saldívar G. Seguimiento comunitario de pacientes esquizofrénicos. En: VIII Reunión de Investigación Instituto Mexicano de Psiquiatría. *Anales IV*. México 1993; 145-156.
18. Ivanovié M, Vuletic Z, Bebbington P. Expressed emotion in the families of patients with schizophrenia and its influence on the course of illness. *Soc Psychiatr Epidemiol* 1994; 29: 61-5.
19. Scauzufca M, Kuipers E. Links between expressed emotion and burden of care in relatives of patients with schizophrenia. *Br J Psychiatr* 1996; 168: 580-7.
20. Stricker H, Schulz Mönking, Buchkremer G. Family interaction and the course of schizophrenic illness. *Psychopathol* 1997; 30: 282-90.
21. Valencia M, Rascón ML, Quiroga H. Aportaciones de la investigación respecto al tratamiento psicosocial y familiar de pacientes con esquizofrenia. *Salud mental* 2003; 26(5): 1-18.
22. Creer G, Wing JK. Schizophrenia at home. National Schizophrenia Fellowship 1974.
23. Platt S, Weyman A, Hirsch S. La escala de la conducta del paciente. London: Charing Cross Hospital; 1977.
24. Platt S, Weyman A, Hirsh S, Hewett S. The social behavior assessment schedule (SBAS): Rationale contents, scoring and reliability of a new interview schedule. *Social Psychiatr* 1980; 15: 43-55.
25. Otero R, Rascón ML. Confiabilidad de la Escala de Valoración de la Conducta Social (SBAS). *Salud Mental* 1988; 11(1): 8-12.
26. Organización Mundial de la Salud. CIE-10. Trastornos Mentales y del Comportamiento. Descripción Clínica y Pautas para el Diagnóstico. España; 1992.
27. Witcher HU, Robins LN, Cottler LB, Sartorius N, Burke JD, Regier D. Cross-Cultural feasibility, reliability and sources of variance of the Composite International Diagnostic Interview (CIDI) Multicenter WHO/ADAMHA Fields Trials. *Br J Psychiatr* 1991; 159: 650-3.
28. Caraveo AJ, Colmenares E, Saldívar GJ. Morbilidad psiquiátrica en la ciudad de México: prevalencia y comorbilidad a lo largo de la vida. *Salud Mental* 1999; 22: 62-7.
29. Holden DF, Lewine RR. How families evaluate mental health professionals, resources and effects of illness. *Schizophr Bull* 1982; 8(4): 626-33.
30. Koch A. A strategy for prevention: Role, flexibility and affective reactivity as factors in family coping. *Family Systems Medicine* 1985; 3, 70-81.
31. Magaña S, García J, Hernández M, Cortez R. Psychological distress among Latino family caregivers of adult with Schizophrenia: The roles of burden and stigma. *Psychiatr Serv* 2007; 58: 378-84.
32. Bebbington P, Kuipers L. The predictive utility of expressed emotion in schizophrenia: an aggregate analysis. *Psychologic Med* 1994; 24: 707-18.
33. Tarrier N, Barrowclough C, Vaughn C, Bamran J, Porceddu K, Watts S, et al. The community management of schizophrenia: a controlled trial of a behavioural intervention with families to reduce relapse. *Br J Psychiatr* 1988; 153: 532-42.
34. Tarrier N, Barrowclough C, Vaughn C, Bamrah J, Porceddu K, Watts S, et al. Community management of schizophrenia: two year follow up of a behavioural intervention with families. *Br J Psychiatr* 1989; 154: 625-8.

35. Leff J, Berkowitz N, Shavit N, Strachan A, Glass I, Vaughn Ch. A trial of family therapy versus relatives' group for schizophrenia. *Br J Psychiat* 1990; 157: 571-7.
36. Rubio-Martínez, Bash JE, Soler Bahio E, Romero AA, Martín García M. Repercusión en el estado de ánimo del CPI de los pacientes que precisan cuidadores (PAID). *Medicina Paliativa* 2000; 7(Supl.1): 20.

Reimpresos:

María Luisa Rascón Gasca

Dirección de Investigaciones
Epidemiológicas y Psicosociales
Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente
Calz. México-Xochimilco No. 101
Col. San Lorenzo Huipulco
14370, México, D.F.
Tel.: 4160-5156
Correo electrónico: rascong@imp.edu.mx

Recibido el 7 de septiembre de 2009.

Aceptado el 20 de mayo de 2010.