

**ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO MANIFESTADAS POR LAS
FAMILIAS CON UN MIEMBRO DIAGNOSTICADO CON ESQUIZOFRENIA,
EN LA CIUDAD DE SANTA MARTA**

LILA MARGARITA SIERRA SANCHEZ

**TESIS REALIZADA COMO REQUISITO PARA OPTAR AL TITULO DE
PSICOLOGA**

**UNIVERSIDAD DEL MAGDALENA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA DE PSICOLOGIA
SANTA MARTA, D.T.C.H.**

2006

**ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO MANIFESTADAS POR LAS
FAMILIAS CON UN MIEMBRO DIAGNOSTICADO CON ESQUIZOFRENIA,
EN LA CIUDAD DE SANTA MARTA**

LILA MARGARITA SIERRA SANCHEZ

**MANUEL RAMON CONSUEGRA
DIRECTOR**

**TESIS REALIZADA COMO REQUISITO PARA OPTAR AL TITULO DE
PSICOLOGA**

**UNIVERSIDAD DEL MAGDALENA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA DE PSICOLOGIA
SANTA MARTA, D.T.C.H.
2006
NOTA EVALUADORA**

JURADO

JURADO

DIRECTOR

Enero de 2007

Dedicatoria:

*A Dios, mis padres,
mis hermanos, a mi hijo
y mi esposo por su amor
apoyo y por no dejarme
renunciar a esta meta tan
importante para mi.*

Lila.

AGRADECIMIENTOS

A:

Instituto de Neurociencias del Caribe Clínica Santa Marta y su directora Mariana Escobar Borja por facilitar el ingreso a la institución y permitir el trabajo con la población, las familias de los pacientes.

José Antonio Camargo. Filósofo e Investigador Por su paciencia y empeño para que este trabajo saliera adelante.

Manuel Ramón Consuegra, Psicólogo y asesor por sus correcciones y aportes a este trabajo.

F. Robert Ferrel Ortega Psicólogo M. A por sus correcciones que fueron luces que permitieron mejorar y sacar adelante esta investigación.

La Universidad del Magdalena Institución que me ha brindado la oportunidad estudiar y crecer académica e integralmente y que me ha acogido y representado para poder ser profesional.

Mi Familia que ha sido mi sustento y apoyo incondicional durante el tiempo de mi carrera y todo el tiempo.

CONTENIDO

	Pagina
1. PLANTEAMIENTO DE PROBLEMA.....	10
2. JUSTIFICACION.....	15
3. OBJETIVOS.....	17
3.1 Objetivo General.....	17
3.2 Objetivos Específicos.....	17
4. MARCO TEORICO.....	18
5. METODOLOGIA.....	30
5.1 Tipo de Investigación.....	30
5.2 Definición de las variables.....	30
5.2.1 Definición Conceptual Estrategias de Afrontamiento.....	30
5.2.3 Definición Operacional.....	31
5.3 Población y muestra.....	32
5.4 Proceso de la Investigación.....	33
5.5 Instrumentos y procedimientos.....	34
5.6. Family Coping Questionnaire Cuestionario de Afrontamiento Familiar).....	35
5.8. Procesamiento de la Información.....	37
6. RESULTADOS.....	38
7. CONCLUSIONES.....	48
8. RECOMENDACIONES.....	50
ANEXOS.....	51
LISTA DE REFERENCIAS.....	57

Lista de Tablas

	Pagina
Tabla 1: Distribución por Edad de los Pacientes.....	38
Tabla 2: Estado Civil de los Pacientes.....	39
Tabla 3: Distribución por Edad de los Familiares.....	39
Tabla 4: Distribución por Estado Civil de los Familiares.....	40
Tabla 5: Herencia de Esquizofrenia.....	40
Tabla 6: Religión de las familias.....	40
Tabla 7: Hábitos de los pacientes.....	41
Tabla 8: Relación de las Puntuaciones en las Respuestas de los Familiares.....	46
Tabla 9: Resumen de la Grafica del Nivel de Afrontamiento Familiar.....	47

Lista de Graficas

	Página
Grafica 1 Edad de los Pacientes.....	38
Grafica 2 Estado Civil de los pacientes.....	39
Grafica 3 Estado Civil de los Familiares.....	40
Grafica 4 Herencia de la Esquizofrenia.....	41
Grafica 5 Religión profesada por las familias.....	41
Grafica 6 Hábitos de los Pacientes.....	42
Grafica 7: Nivel de Afrontamiento Familiar.....	47

Lista de Anexos

	Página
Anexo A: cuestionario de afrontamiento familiar.....	52
Family Coping Questionnaire (fcq)	
Anexo B: Entrevista Estructurada Dirigida a los Miembros de las Familias de Los Pacientes Esquizofrénicos de la Investigación.	56

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En la actualidad la esquizofrenia es considerada, según un estudio de la Organización Mundial de la Salud (OMS) (Asamblea Mundial de la Salud, 1990) como una de las diez principales causas de discapacidades en el mundo, incluyendo además las severas consecuencias tanto a quien padece la enfermedad, como a su familia y a la sociedad de la que hace parte; sus consecuencias, no solo son relacionadas con el aspecto moral sino que afecta la parte económica, debido al alto costo de la medicina para el tratamiento afirma el Psiquiatra José Bornacelli del Instituto de Neurociencia del Caribe Ltda. Santa Marta.

La Esquizofrenia significa literalmente Mente Dividida (mente escindida), es un síndrome crónico y gravemente discapacitante que altera el proyecto vital de la persona y de sus familias, además de que quedan afectadas múltiples funciones cognitivas como la capacidad ejecutiva, la memoria explícita, la memoria activa y la integración perceptiva, a menudo se hace una asimilación de la personalidad esquizoide con la esquizofrenia, por lo tanto se incluye esta en el grupo de los trastornos de personalidad del grupo A. Es pertinente, entonces, comprender la alteración la cual se manifiesta durante al menos 6 meses e incluye síntomas de fase activa, al menos un mes, caracterizados por alucinaciones, ideas delirantes, desorganización del lenguaje o conductual, síntomas catatónico y síntomas negativos (DSM-IV). (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV). Barcelona: Masson; 1995.)

Según un estudio de la Revista Cubana de Medicina Militar en 2004, 33 Vol. 2, se señala que uno de los pioneros en tratar el tema de la esquizofrenia es Kraepelin en 1896, quien utiliza el término demencia precoz y hace una descripción de esta condición mental cuya descripción aún tiene vigencia en la actualidad, identifica tres subgrupos: paranoide, catatónica y hebefrénica.

Luego en 1911, Eugen Bleuler introduce el término esquizofrenia para sustituir al de demencia precoz y describe sus características.

Con respecto a sus causas los científicos del estudio anterior coinciden en que no existe una causa única de la “esquizofrenia”, sino que su aparición resulta de la combinación de factores biológicos, psicológicos y culturales que configuran la personalidad en circunstancias normales.

La esquizofrenia puede tener cierta influencia familiar, así los familiares cercanos de los pacientes esquizofrénicos tienen más riesgo de padecer este trastorno que la población general (Yenia Sotolongo García 2004) El riesgo promedio de desarrollar la esquizofrenia está en torno al 1% y el 10% de los niños nacidos de padres esquizofrénicos.

Por su parte La Nacional Comorbidity Survey en Estados Unidos en 1992, manifiesta que la esquizofrenia tiene una prevalencia un poco menor, con cifras entre el 0.5 y 0.7% de la población entre los 15 y 54 años de edad.

En Colombia un estudio a cargo de la Dra. Yolanda Torres de Galvis en 1997, retoma el estudio de la Nacional Comorbidity Survey, OMS los criterios diagnóstico del DSM-IV y la CIE-10 y del CIDI-2 (Composite International Interview segunda edición), se concluyó que tal enfermedad afecta anualmente al 0.3% del total de los habitantes en Colombia, con lo que se puede afirmar el gran impacto e importancia a nivel nacional. Todavía no se sabe con certeza si ese elevado porcentaje se debe a la transmisión hereditaria de la enfermedad, o a las alteraciones psicológicas del niño educado por un progenitor con trastornos mentales.

En los últimos años se ha intentado demostrar que la esquizofrenia puede tener su origen en un defecto genético hereditario. Por ejemplo, entre los gemelos idénticos (que tienen los mismos genes), cuando uno de los dos es esquizofrénico, las posibilidades de que el otro presente el mismo trastorno van del 35 al 58%. Todavía se desconoce el factor que se transmite de forma hereditaria, muchos estudios consideran que la herencia juega un papel variable como causa de la esquizofrenia, y que tiene mayor o menor influencia según los casos.

La presencia de enfermedad o discapacidad (especialmente si es crónica) en un miembro de la familia produce un desgaste físico y emocional como resultado de los múltiples factores de estrés a los que afrontar. Algunos de los factores responsables de este desgaste son la sobrecarga de trabajo que supone la enfermedad y la falta de información o preparación para afrontar las situaciones que provoca, las consecuencias de estas situaciones pueden verse agravadas cuando en el seno familiar existen estilos de comportamiento con niveles elevados de ansiedad y escasas habilidades para resolverla, Según Zubin y Spring (1997), para que aparezca la enfermedad es necesaria la acción de un factor estresante sobre un organismo con cierta vulnerabilidad (genética, bioquímica, cognitiva...). A mayor vulnerabilidad, menos estrés será necesario para que se produzca la esquizofrenia, y viceversa. Entonces como la familia proporciona apoyo social y emocional a sus miembros frente a las diversas crisis que puedan presentar, lo cual apuntaría a expresar que una familia que funcione mal, sumada a una vulnerabilidad genética, sería considerada un factor de riesgo constante en sus miembros. Por lo tanto, la aplicación de programas de terapia familiar se ha incrementado y el interés por la familia del paciente ha puesto de manifiesto la importancia que el tratamiento comunitario ha provocado que mas de un 60% de los pacientes esquizofrénicos residan regularmente en su hogar, residencia que se ve interrumpida con estancias cada vez mas cortas en el hospital. (Navarro G, J y Beyebach M, 1995)

Involucrar el núcleo familiar en el tratamiento se basa en la modificación de la dinámica, estructura y patrones de comunicación familiar con el objetivo de cambiar el contexto de esta, ya que el comportamiento esquizofrénico puede ser un modo una respuesta adaptativa a un ambiente anormal.

De este modo y atendiendo a la importancia que adquiere la familia en el proceso de recuperación, el evento de tener un miembro diagnosticado con esquizofrenia conllevará a una situación estresante que causara disfuncionalidad. Ante tal situación se tienen unos recursos psicológicos orientados a manejar las demandas internas y ambientales a los cuales se denominan estrategias de afrontamiento, y se manifiestan en la familia al enfrentar un evento estresante.

La vida familiar es importante afirma J. Leff, 1983 en la aparición, curso y pronóstico de las enfermedades mentales, en este caso de la esquizofrenia ya que la familia es considerada como el agente primario de socialización, donde se adquieren creencias, actitudes, valores y conductas mediante la interacción cotidiana del sujeto con su medio y haciendo frente a las demandas de forma continuada a través de sus cogniciones y el aprendizaje. Por tal razón la familia adquiere un papel vital en el evento de que un paciente sea diagnosticado con esquizofrenia, pues esto provoca la fijación de la atención este evento estresante dando lugar así a un proceso de evaluación y preparación para dar una respuesta de adaptación manifestándose de esta forma las estrategias de afrontamiento.

La manifestación de dichas estrategias indica una conducta activa o negativa para enfrentar la disfuncionalidad presentada, puede dirigirse al problema o por el contrario afrontarse de forma indiferente.

Así mismo, los estudios y programas relacionados con esta problemática en el contexto de la Clínica Neurociencias del Caribe se han venido encaminados a brindar tratamiento a las familias para afrontar las consecuencias que produce la limitación y discapacidad de un ser querido aquejado con esquizofrenia y que este internado en este centro de rehabilitación psiquiátrico, programas que consisten en charlas de orientación a las familias encargadas de los pacientes, con las cuales se busca aumentar el número de visitas semanales a los pacientes, además de incentivarlos a demostrar un mayor compromiso con el proceso y un mejor manejo en el tratamiento farmacológico del paciente que internan o llevan regularmente a tratamiento; debido a que se ha detectó un gran vacío y poco compromiso lo cual es un punto negativo ya que en nuestra sociedad la familia es una unidad de gran importancia en el desarrollo de todos los procesos vitales y la personalidad, en el estudio sobre la Familia y la esquizofrenia de *Merino M. y Pereira C. (1990)* afirman que el estudio de los procesos de interacción familiar proporcionará la información más valiosa acerca de las formas de relación interpersonal de los sujetos en todos los contextos.

+emás (Liem 1980; Pág. 429) afirma que las condiciones de la vida familiar, especialmente ciertas formas de interacción entre los miembros familiares, pueden predisponer a un individuo a la esquizofrenia.

Por toda la importancia que tiene la familia en el proceso de enfermedad mental esquizofrenia de uno de sus miembros es pertinente realizar la investigación encaminada a observar e identificar las estrategias de afrontamiento que pueden manifestarse para hacer frente al estrés y la vulnerabilidad que ocasiona esta enfermedad por lo cual se pretendió responder a la pregunta:

¿Cuales son las estrategias de Afrontamiento manifestadas en la familia con un miembro diagnosticado con esquizofrenia, en la ciudad de Santa Marta?

2. JUSTIFICACION

La gran carga para el núcleo familiar de un enfermo lleva a que este sufra todas las consecuencias de los malestares y recaídas que este padece, en este caso una enfermedad mental totalmente discapacitante y nociva como es la esquizofrenia esto lleva a situaciones estresantes y desequilibrantes.

En la medida en que fue tomando conciencia del gran papel que juega la familia en el curso de la esquizofrenia Estudios como los de Leff, Kuipers, Berkowitz, Vaughn y Sturgeon (1983) se fueron centrando en la familia de los pacientes esquizofrénicos y en el efecto de esta sobre la enfermedad del paciente. En los esfuerzos por mejorar al enfermo psiquiatras se dirigían a los familiares como meras fuentes de información o como responsables de la mala evolución de la enfermedad. Se mostraba poco interés por el efecto que la enfermedad ejercía sobre los familiares y las medidas que adoptaban para enfrentarse a ella.

La eficacia de un tratamiento para la esquizofrenia se evaluaba casi exclusivamente en función de su capacidad para controlar determinados síntomas específicos. Posteriormente se han introducido como medidas de efectividad la capacidad de los tratamientos para disminuir los reingresos y/o acortar las hospitalizaciones. Sin embargo, tras la desinstitucionalización de los pacientes psiquiátricos, la evaluación de los programas de tratamiento comunitario requiere prestar atención al funcionamiento global, estado general de salud, calidad de vida e impacto de los comportamientos de los enfermos en la familia y la sociedad.

Es por esto que el abordaje de la familia vista como la red de apoyo y acompañamiento dentro de un proceso de enfermedad de uno de sus miembros implica que esta se encuentre involucrada en todo lo concerniente a la enfermedad y por tanto que dentro de este proceso ella presente una reacción y afrontamiento por parte de la familia. Este es el aspecto que interesa dentro de esta investigación.

El trabajo en común con la familia es muy acertado para reducir los niveles de estrés y emoción expresada cuando se tiene un familiar aquejado con esquizofrenia. Sin embargo el tema de esquizofrenia y compromiso familiar es muy escaso en nuestro contexto, es por esto que se hace necesario realizar estudios de este tipo que es encaminados al tratamiento integral que involucre además del tratamiento farmacológico el componente de apoyo familiar de pacientes con esquizofrenia, buscando observar su calidad de vida y la de su núcleo familiar.

El aporte de este trabajo es de importancia, por ser innovador en de las ciencias de la salud, en el contexto del Instituto Neurociencias del Caribe de Santa Marta, ya que es poca la investigación sobre la influencia familiar en la enfermedad de uno de sus miembros, y en la medida en que las familias desarrollen estrategias de afrontamiento y estas estrategias se integren al tratamiento como un complemento se para poder empezar un proceso de adaptación y asimilación de la condición de enfermedad y la toma de conciencia de que esta enfermedad continúa a lo largo de su vida, pero que es posible poder mejorar calidad de vida de estas personas en la medida en que se implementen los programas precisos teniendo presente los efectos devastadores en múltiples aspectos de la vida del paciente.

Sin duda se requiere de un manejo profesional, que parte de los factores ambientales locales con el propósito de proporcionar información de salud adaptada al medio siendo base para otros estudios y mejorando el nivel de participación de la familia programas psicológicos que apoyen al paciente tratando de minimizar los efectos estigmatizantes del trastorno, desde el punto de vista psicológico es de mucha importancia este estudio por que a través de él se conoció si las familias de los pacientes esquizofrénicos de las Instituciones de salud mental de Santa Marta, en este caso el Instituto de Neurociencias del Caribe manifiestan estrategias de afrontamiento para hacer frente a las demandas que implica la enfermedad y actuar como red de apoyo y observar como estos van mejorando la función familiar motivando la participación y la readaptación del paciente a la sociedad.

3. OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Establecer cuáles son las Estrategias de Afrontamiento manifestadas por las familias con un de miembro diagnosticado con esquizofrenia, mediante la aplicación de un Cuestionario de Afrontamiento Familiar y una entrevista semiestructurada.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Identificar las subescalas de información, comunicación positiva, interés social y coerción que se presentan en el cuestionario en las 28 familias de los pacientes esquizofrénicos, que son los niveles positivos de afrontamiento.
- Identificar las subescalas de evitación del paciente, resignación e implicación social del paciente en las 28 familias que son los niveles negativos de afrontamiento.
- Hacer una descripción de las estrategias que presentan las familias observando que niveles de afrontamiento son los más frecuentes en la muestra.

4. MARCO TEORICO

La psiquiatría moderna nació en Alemania a fines del siglo XIX, entre otros, con Kräpelin y Bleuler, cuya labor se extendió al siglo XX.

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

En el año 1868, Sander introduce el término paranoia para catalogar a un grupo de personas en las que sobresalen sentimientos de ser perjudicados, maltratados, perseguidos o humillados.

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

En 1896, Krepelin utiliza nuevamente el término demencia precoz y hace una descripción de esta condición mental cuya descripción aún tiene vigencia en la actualidad. Pone de manifiesto su inicio temprano, su evolución hacia el deterioro y su oposición a la psicosis maniaco-depresiva en donde éste no existe: Identifica tres subgrupos: paranoide, catatónica y hebefrénica.

En 1911, Bleuler introduce el término esquizofrenia para sustituir al de demencia precoz ya que éste se consideró inexacto porque no siempre conduce al deterioro y el mismo Krepelin aceptaba que un 13% se recuperaban. Para Bleuler la esquizofrenia era la enfermedad de cuatro As: autismo, ambivalencia, asociaciones laxas y efecto incongruente.

En 1933, Kasanin introduce el término esquizoafectivo para designar un grupo de esquizofrenias en las que además del trastorno formal de pensamiento, presentan

alteraciones afectivas importantes tanto en el sentido de la manía como en el de la depresión.

En 1939, Langfeldt hace distinción entre proceso esquizofrénico que significa para él inicio temprano, una gran desorganización mental y un curso irremisible hacia el deterioro y la reacción esquizofrénica que consiste en un cuadro menos severo, con una personalidad premórbida más adecuada, mejor ajuste social y laboral y capaz de remitir parcial o totalmente sin conducir a un deterioro progresivo.

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

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

Cabe finalmente referirse a la psiquiatría biológica, de vigencia actual. Ella comenzó a desarrollarse a mediados de siglo con el hallazgo empírico y casual de fármacos eficaces en ciertos cuadros psiquiátricos. En las últimas tres décadas del siglo XX se desarrolló una base racional de la psicofarmacología partiendo del supuesto de que el mecanismo de acción de los psicofármacos eficaces revelaba a su vez el mecanismo fisiopatológico subyacente del trastorno psíquico. Surge, por ejemplo, la hipótesis **dopaminérgica de la esquizofrenia.**

Hoy la Esquizofrenia es considerada un trastorno psiquiátrico grave y debilitante que suele aparecer al final de la adolescencia o al principio de la edad adulta y dura toda la vida, aunque muchos pacientes mejoran progresivamente con la edad, llegando en algunos casos a la remisión total de los síntomas en sus últimos años. Generalmente

tiene un curso episódico, interrumpido por exacerbaciones de los síntomas que requieren hospitalizaciones breves. Afecta aproximadamente al 1% de la población mundial y aunque la prevalencia es similar en ambos sexos, las mujeres experimentan un curso más leve, una aparición más tardía de los síntomas, un menor tiempo de ingreso hospitalario y un mejor funcionamiento social.

Existen dos amplias clases de síntomas esquizofrénicos: **Positivos:** se trata de cogniciones, experiencias sensoriales y conductas que normalmente no están presentes en las personas sin el trastorno, como por ejemplo alucinaciones, ideas delirantes y conductas extrañas. Suelen fluctuar a lo largo del curso del trastorno y suelen remitir entre los episodios. Normalmente responden a la medicación antipsicótica. **Negativos:** aparece una ausencia o disminución de las cogniciones, emociones o conductas que normalmente están en las personas sin el trastorno. Suelen ser síntomas estables y tienen menor respuesta a los fármacos antipsicóticos.

Según el DSM IV las características esenciales de la esquizofrenia son una mezcla de síntomas y signos (tanto positivos como negativos) presentes durante una parte significativa de tiempo, periodo de un mes y con algunos signos del trastorno que han persistido durante al menos seis meses (CRITERIOS A Y C).

Estos signos y síntomas se asocian a una marcada disfunción social y laboral (CRITERIO B). La alteración no es explicable por un trastorno del estado del ánimo con síntomas psicóticos y no es debida a efectos fisiológicos directos de sustancias o alguna enfermedad médica (CRITERIOS D Y E). El sujeto con un DX. previo de trastorno autista u otro trastorno generalizado del desarrollo el DX. adicional de esquizofrenia solo es pertinente si hay ideas delirantes o alucinaciones presentes durante un mes. (CRITERIO F).

Además la discapacidad que causa esta enfermedad y su connotación social y cultural ha provocado que esta enfermedad, tanto como el paciente que la padece sea discriminado y rechazado.

Dentro del estudio acerca de la enfermedad no se ha hecho mucho énfasis en el papel que juega la familia dentro del proceso de enfermedad del paciente, sin embargo se han hallado investigaciones tales que hacen referencia al tema de esquizofrenia y estrategias de afrontamiento, las cuales se relacionan a continuación..

Se puede decir que el interés acerca del papel de la familia cuidadora de la persona con discapacidad ha aumentado de forma considerable en las últimas décadas. Un acercamiento al tema se centra en considerar que estas familias están sujetas a altos niveles de estrés, por lo que las intervenciones familiares que se han desarrollado desde los años ochenta tienen en común su encuadre dentro de la teoría de la vulnerabilidad (Zubin y Spring, 1977) donde se potencian la toma de la medicación y la reducción del estrés, más concretamente de la emoción expresada familiar o EE. Variable que se muestra como el mejor predictor de las recaídas en esquizofrenia, ya que el riesgo aumenta 4 veces más tras alta hospitalaria y un ambiente familiar con altos niveles de EE (Leff y Vaughn, 1985).

Estudio de ventura, (Goldstein, Rodnick, Evans, May y Steinberg, 1978; Goldstein y Kopeikin, 1981). Para asistir pacientes y familiares en el período siguiente a la hospitalización, ya que este período puede producir un gran número de recaídas, familias, de un miembro esquizofrénico agudo con previa terapia familiar. Se comprobó que al trabajar con terapia familiar en crisis + 1mg. de flufenacina durante 2 meses no hubo recaídas.

Estudio de Camberwell, (Leff, Kuipers, Berkowitz, Eberlein-Vries y Stugeron, 1982; 1983; Leff, Kuipers, Berkowitz, y Stugeron, 1985; Leff, Kuipers, Berkowitz, Eberlein-Vries y Stugeron, 1986). Los familiares son evaluados por medio de la Entrevista Familiar de Camberwell o CFI (Vaughn y Leff, 1976). Donde se intervino con Programa Educativo, Grupo de familiares, sesiones quincenales, se discuten los problemas e intercambio mutuo de experiencias y Sesiones familiares en cada casa.

Estudio de Hamburgo, (Kottgen 1984). Por medio de entrevistas, donde el nivel de Emociones y Estrés disminuye en grupo experimental el 50% y en el grupo control el 75%.

Estudio de Sydney, (Vaughan, Doyle, McConaghy, Blaszcynski, Fox y Tarrier, 1992).

Estudio de Birmingham, (Tarrier y Birchwood,1995) Esta intervención se basa en la Psicoeducación y se entra en el alivio de la carga familiar y la resolución del sentimiento de pérdida por parte de los padres.

Estudio de Andalucía, Programa Educativo más tratamiento para disminuir el estrés, hubo un descenso significativo de la Emoción Expresada y se fortalecieron las Estrategias de afrontamiento.

Además del estudio internacional pasamos al estudio nacional donde podemos encontrar los trabajos llevados a cabo en la CES de Medellín en donde se elaboró un estudio piloto para averiguar la epidemiología de los trastornos Psiquiátricos en Colombia, en donde se encontró que la Esquizofrenia se encuentra entre las diez enfermedades mentales más frecuentes y prevalentes en Colombia encontrándose una prevalencia de vida de 1.4 % en la población mayor de 18 años, (ya que la esquizofrenia puede desarrollarse al final de la adolescencia y comienzos de la adultez) con el fin de generar información útil para la planificación de programas de prevención y servicios de tratamiento, a la vez para caracterizar el comportamiento de los trastornos estudiados de acuerdo a las variables demográficas y sociales.

Con respecto al tema de las estrategias de afrontamiento, concepto que proviene de la traducción del término inglés “Coping”, que se refiere a la acción de afrontar, de hacer frente a una amenaza, un peligro, un enemigo, una responsabilidad, etc.

Es un conjunto de respuestas - cognitivas o conductuales- que ejecuta un individuo para manejar una situación estresante y reducir de algún modo sus cualidades aversivas. Las Estrategias de Afrontamiento han sido definidas por Lazarus y Launier (1978), como "los esfuerzos intrapsíquicos positivos y conductuales orientados a la acción (cognitivos y afectivos), en aras de manejar demandas internas y ambientales que ponen a prueba o exceden los recursos personales, al ser valorados como excesivos por el individuo en relación con los recursos humanos de que dispone o cree disponer". (Cit. por Font, 1990: 91).

Más tarde Lazarus y Folkman (1984), definen al afrontamiento o "coping" como "*aquellos procesos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como desbordantes de los recursos del individuo*" además consideran la salud y la energía como una de las fuentes importantes de afrontamiento.

En este contexto y desde el modelo de Lazarus (Lazarus y Folkman, 1984), la aparición del estrés y otras reacciones emocionales están mediatizadas por el proceso de valoración cognitiva que la persona realiza, primero sobre las consecuencias que la situación tiene para el mismo (valoración primaria) y posteriormente, si el saldo de la valoración es de amenaza o desafío, el sujeto valora los recursos de que dispone para evitar o reducir las consecuencias negativas de la situación (valoración secundaria).

La valoración secundaria se refiere a la capacidad de afrontamiento ("coping"), siendo éste un proceso psicológico que se pone en marcha cuando el entorno se manifiesta amenazante.

Lazarus y Folkman también describen las dimensiones del afrontamiento y las categorizan, de acuerdo a dos enfoques principales. Uno de ellos enfatiza el **foco** del afrontamiento: la orientación y actividad de la persona en respuesta a un estresor. En función de la focalización pueden orientarse hacia la *resolución del problema*, o bien, hacia el *control de las emociones* un individuo puede acercarse al problema y realizar esfuerzos activos para resolverlo o tratar de evitar el problema y enfocar preferentemente en manejar las emociones asociadas con él.

El otro enfoque enfatiza el **método** que la gente usa para afrontar, esto se refiere a si la respuesta está vinculada principalmente con esfuerzos *cognitivos o conductuales*. Entonces, el afrontamiento puede estar *focalizado en el problema* y en este caso consiste en cambiar la relación ambiente–persona, se intenta manejar o alterar las fuentes generadoras de estrés, actuando sobre el ambiente o sobre sí mismo. Incluye estrategias que intentan resolver, reconceptualizar o minimizar los efectos de la situación estresante. Estas estrategias están dirigidas, generalmente, a la definición del problema,

la búsqueda de soluciones alternativas, la consideración de tales alternativas, en base a su costo, beneficio, elección y aplicación.

También se ha tratado el afrontamiento focalizado en la emoción como una forma de afrontamiento evitativo. Estos son contrapuestos al afrontamiento de aproximación en tanto los dos primeros no se dirigen a la resolución y confrontación directa con los estresores, sino que se focalizan más en la regulación de procesos mediacionales o evitación física inclusive. Incluyen respuestas como la distracción, el retraimiento, el fantaseo, que entran en la categoría de “Descarga emocional” e incluye la descarga de emociones negativas hacia otras personas. Holahan, Moos y Schaefer (1996) categorizan y hacen una clasificación combinando los dos enfoques: el *método* usado y la *focalización* de la respuesta. Consideran la orientación individual frente al estresor y realizan una discriminación del afrontamiento en dominios de confrontación (acercamiento) y de evitación. Además, cada uno de estos dominios se divide en dos categorías que reflejan el afrontamiento cognitivo y conductual.

Acorde a esto, proponen cuatro categorías básicas de los procesos de afrontamiento: **acercamiento-cognitivo, acercamiento-conductual, evitación-cognitiva, y evitación-conductual**. A su vez, a cada una de estas categorías básicas le corresponden ciertos subtipos de afrontamiento. Al acercamiento-cognitivo pertenecen las estrategias: **Análisis lógico y Reevaluación cognitiva**, al acercamiento-conductual: **Búsqueda de ayuda o guía y Solución del problema**, a la evitación-cognitiva: **Evitación cognitiva y Aceptación resignada**, y por último, a la evitación-conductual corresponden las estrategias: **Búsqueda de gratificaciones alternativas y Descarga emocional**.

En los últimos años se ha llegado a la generalización de que las familias con personas discapacitadas conforman un grupo homogéneo, es decir, que toda familia con un miembro discapacitado presenta estrés.

Byrne y Cunningham (1985) plantearon tres perspectivas distintas para analizar la respuesta familiar frente a un hijo o miembro discapacitado. La primera analiza qué familias son más vulnerables al estrés. La segunda subraya la importancia de los

problemas materiales y prácticos que experimentan tales familias. Y por último, la tercera hace hincapié en los diferentes recursos que utilizan las familias para desarrollar sus propias **estrategias de afrontamiento**. Todas estas líneas de investigación han proporcionado numerosos datos sobre el papel de distintas variables en el estrés familiar.

Entre las variables que han recibido mayor atención para el tema de estrés y familia destacamos las siguientes: el tipo y gravedad de la discapacidad, la independencia funcional de la persona discapacitada, las demandas de cuidado, el estatus socioeconómico de la familia, el apoyo de la pareja, el apoyo social, los recursos de la familia y las habilidades de resolución de problemas,

Dentro del proceso de afrontamiento el sujeto evalúa una determinada situación estresante y busca distintas alternativas de solución que para Lazarus son formas de afrontamiento.

Las Estrategias de afrontamiento son importantes al analizar cómo el individuo reacciona ante los Eventos Vitales y ha sido estudiado con enfoques variados, entre ellos el derivado de la experimentación tradicional con animales en el que se define el afrontamiento como aquellos actos que controlan las condiciones aversivas del entorno, disminuyendo el grado de perturbación psicológica producida por estos. N. Miller (1985) considera el afrontamiento como el conjunto de respuestas conductuales aprendidas que resultan efectivas para disminuir o neutralizar una situación peligrosa o nociva.

Ursin (1984) afirma que el “logro de una disminución gradual de la respuesta tanto en los experimentos con animales como en seres humanos es lo que llamamos afrontamiento. El animal va aprendiendo a afrontar la situación, disminuye la tensión que la provoca mediante un reforzamiento positivo”.

Menninger en 1963, con un enfoque psicobiológico identificó los recursos de afrontamiento como las estrategias necesarias para reducir las tensiones causadas por las situaciones estresantes que se dan en el curso de la vida diaria.

Del enfoque conductual se derivan las modalidades cognitivas en las que se establece una relación entre el aprendizaje y el valor emocional de este. Se valora que modificando modalidades de afrontamiento a partir de la conducta y su imagen psíquica y emocional se modifica síntomas y actitudes.

El afrontamiento ha sido tradicionalmente estudiado en su relación con el estrés y la enfermedad, considerada esta última como un evento estresante. Pero Lazarus y Folkman (1986) reconocen el valor que tiene el afrontamiento no solo en el contexto salud-enfermedad, sino también dentro de otros contextos como son la familia y el trabajo, y por ello demandan su estudio en estos ámbitos.

Kahn (1964), citado por Lazarus y Folkman, ve el afrontamiento independientemente del éxito adaptativo y por lo tanto, debe incluir tanto errores como éxitos. El afrontamiento eficaz incluiría todo aquello que permita al individuo tolerar, minimizar, aceptar, o incluso ignorar, aquello que no puede dominar. (Ileana Beatriz Díaz Corra. Universidad de Oriente)

Una de las primeras aportaciones propuso una categorización del afrontamiento en dos dimensiones básicas: el "método utilizado", según el cual el afrontamiento puede ser activo o de evitación y la "focalización de la respuesta" que da lugar a tres tipos de afrontamiento: Focalizado en la evaluación de la situación, dirigido al problema o a la emoción (Moos y Billings, 1986; Moos, Cronkite, Billings y Finney, 1986). Estos autores consideran un nuevo modo de afrontamiento centrado en la evaluación y ponen de manifiesto la importancia del papel que juega esta variable ante una situación de amenaza, constituyendo en sí misma un foco sobre el cual se centra una forma de afrontamiento. Ampliando el modelo anterior, Feuerstein, Labbé y Kuczmierczyk

(1986) añadieron una tercera dimensión básica atendiendo a la "naturaleza de la respuesta" que puede ser de tipo conductual o de tipo cognitivo.

Existe cierta confusión en cuanto a las denominaciones y las clasificaciones de los diferentes tipos de estrategias. Sin embargo, un aspecto crucial subrayado por la mayoría de ellos es que existe una cierta progresión cronológica en su ejecución en función de la gravedad de la crisis. Es decir, existen estrategias que se implementan en los actos normales como forma de *minimización de posibles riesgos* futuros; estrategias que se implementan cuando aparece una crisis para adaptarse a la misma, basadas en el *ahorro para preservar los recursos productivos* familiares; y, finalmente, cuando la crisis es grave, estrategias que buscan sobre todo garantizar la subsistencia de las personas y que pasan por la *enajenación progresiva de los bienes productivos* de la familia.

Dentro de este estudio se identificaron ocho estrategias de afrontamiento específicas (crecimiento personal; expresión activa/búsqueda información; confianza activa en otros; implicación activa-positiva; distracción; rumiación/ pasivo cognitivo; resignación pasiva; evitación/comportamientos pasivos) que son definidas por Lazarus y Folkman en 1986

Por otro lado existen las VARIANTES DEL AFRONTAMIENTO: **Afrontamiento Centrado en la Emoción:** cuando el elemento fundamental lo constituye el problema, el individuo dirige sus esfuerzos hacia la situación que origina el estrés para modificarlo o eliminarlo.

Cuando el aspecto esencial es la emoción: cuando el individuo dirige sus esfuerzos hacia el control de los estados emocionales que provocan la situación estresante.

Lazarus clasifica las estrategias de afrontamiento en cuatro categorías fundamentales que pueden dirigirse tanto al problema como a la emoción.

Búsqueda de información relevante., Calma la ansiedad, la ambigüedad y las concepciones erróneas cuando la ignorancia acerca del problema ha producido sufrimiento de impotencia y carencia de control

Sentimientos de control y de ventajas pueden ser alcanzados mediante la adquisición de la información.

Acciones directas. Son todos aquellos actos que el individuo realiza activamente para modificar los elementos del ambiente y las emociones que esto genera. Incluye el uso de soluciones cognitivas y conductuales orientadas hacia los problemas, aquellas medidas o acciones concretas realizadas por el individuo para su enfrentamiento directo al problema.

Inhibición de la acción.

Contenerse, renunciar, privarse de la realización de determinadas acciones, cuyas conductas implicadas podrían, aunque no necesariamente representar un riesgo para la salud o complicar aun más la situación que el individuo considera estresante. Consiste en la abstención de realizar nuevas acciones cuando conductas impulsivas pueden crear nuevos problemas o riesgos.

Igualmente investigaciones como la de Maria Dolores Martin Diaz, Maria del Pilar Jiménez Sánchez y Enrique G. Fernández Abascal (1997), se han centrado en el estudio de las estrategias de afrontamiento y su relación con el estrés que es producido por las enfermedades, y la forma como estas son efectivas para contrarrestar las enfermedades,

También se han desarrollado estudios sobre Estrategias de Afrontamiento al estrés personas en proceso de reinserción social, dentro del proyecto de hombre Cantabria (2005), para fortalecer las relaciones interpersonales en general y las del área familiar muy en particular, y analizar las situaciones estresantes, sería conveniente distinguir hasta dónde estos sucesos son afrontados por los sujetos, convirtiéndose así en fuente de bienestar y fomento de recursos personales nuevos.

El estudio del afrontamiento de enfermedades en como el Cáncer y la Esquizofrenia han puesto de manifiesto la importancia de desarrollar recursos psicológicos que

permitan hacerle frente a las demandas del medio y la importancia que tiene la familia como una red de apoyo al paciente dentro de un proceso de tratamiento y asimilación de la enfermedad.

Por último la teorización sobre la familia desde la psicología clínica ha tenido un desarrollo significativo, y se ha basado en los modelos evolutivos elaborados por diferentes autores que muestran la influencia del grupo familiar sobre el individuo en los primeros años de su vida. Estas teorías del desarrollo han servido como punto de orientación para el trabajo individual y sobre ellas se han sistematizado conceptualizaciones teóricas sobre el diagnóstico, la evaluación y las estrategias de intervención. Aunque estas teorías toman en cuenta el grupo familiar del individuo, no intervienen con la familia y los vínculos que se establecen en su interior.

Los psicólogos que se han interesado en la psicoterapia familiar han tenido que recurrir a los postulados psicoanalíticos y a los modelos sistémicos principalmente para poder dar un sustento teórico a sus intervenciones, lo cual evidencia los limitantes teóricos existentes en la psicología sobre la intervención familiar.

En Colombia en las últimas dos décadas los psicólogos han tenido que ampliar su rol hacia otras esferas diferentes a la psicoterapia individual debido a las exigencias del medio. Especialmente en el área clínica, el psicólogo ha tenido que salir del consultorio para empezar a intervenir con grupos. Posteriormente, la demanda del medio se ha extendido al trabajo con parejas y con familia, por lo que se ha hecho necesario construir y sistematizar los postulados teóricos de la psicología clínica para su posterior aplicación en el campo de la psicoterapia familiar., por lo cual se hace necesario investigar sobre los vínculos que se establecen en el interior de la familia, desarrollando postulados que permitan sistematizarlos en una teoría sólida. Esto permitiría aplicar estos conceptos en la clínica con familia, facilitando desarrollar puntos de vista diferentes a la psicoterapia familiar y su relevancia dentro del afrontamiento de las enfermedades en este caso específico la Esquizofrenia.

5. METODOLOGIA

5.1 TIPO DE INVESTIGACION

Por la naturaleza de las variables esta investigación se configura como un estudio de Orden Cualitativo, ya que los instrumentos utilizados proporcionaron información de este Tipo, y se organizó para mejor manejo con parámetros cuantitativos lo que demuestra que es una investigación de Carácter Descriptivo, por que su finalidad es realizar una descripción de las distintas estrategias de afrontamiento manifestadas por las familias que tienen un miembro diagnosticado con esquizofrenia, asignando niveles de afrontamiento y estrategias, que son las variables principales, sin intención de relacionarlas si no observar si se presentan estas como un factor de protector de las familias para hacer frente a la enfermedad del paciente. Estudio realizado en la ciudad de santa Marta, más específicamente el caso del Instituto de Neurociencias del Caribe, Clínica Santa Marta

5.2 DEFINICION DE LAS VARAIBLES

5.2.1 Definición Conceptual:

ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO: Esfuerzos intrapsíquicos positivos y conductuales orientados a la acción (cognitivos y afectivos), en aras de manejar demandas internas y ambientales que ponen a prueba o exceden los recursos personales, al ser valorados como excesivos por el individuo en relación con los recursos humanos de que dispone.

5.2.2 Definición Operacional

VARIABLES	DESCRIPCION	INDICADORES
ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO	1. Crecimiento personal	Autoestima Alta
	2. Expresión activa/comunicación positiva	Animo y buena energía para realizar las actividades para acompañar al paciente y comunicarse con el.
	3. Búsqueda información	Averiguar e investigar sobre la enfermedad, documentarse a cerca de los síntomas, reacciones.
	4. Confianza activa	Confiar en las posibilidades del paciente y en la ayuda que se brinda con el tratamiento.
	5. Implicación activa-positiva	Nivel de compromiso e implicación positiva frente al tratamiento del paciente.
	6. Distracción	Falta total de interés y compromiso con el paciente.
	7. Rumiación pasivo cognitiva	Desapego e inmovilidad para con el tratamiento del paciente
	8. Resignación pasiva/ evitación.	Conformismo pasivo y frustrado frente a la enfermedad de su familiar.

5.3 POBLACION Y MUESTRA

El número aproximado de pacientes que padecen esquizofrenia, fue investigado por medio de las estadísticas del Instituto de Neurociencias Clínica Santa Marta, , arrojando los siguientes resultados:

En los años 2005 hasta julio de 2006

Total 113 pacientes han estado internados por padecer esquizofrenia.

De los cuales 60 son hombres y 53 son mujeres.

De esta población se trabajo como muestra representativa con el 25% lo cual da un resultado de 28 familias, las cuales se eligieron por muestreo deliberado, es decir se contacto al numero necesario familias y se consulto con estos la aprobación para participar de la muestra y luego se tomo a dos miembros para aplicar los instrumentos y para la realización de prueba piloto se tomaron 4 familias.

Los criterios de inclusión y elección de los 2 familiares fueron el cuidado con el paciente, y por medio de los registros de visitas suministrados en el Instituto Neurociencias se decidió que los dos familiares que mas visitaban al paciente estaban en mayor contacto con el y que por medio del genograma se pudo establecer un vinculo afectivo fuerte con el paciente y por eso se les aplicaron los instrumentos Family Coping Questionnaire (Cuestionario de Afrontamiento Familiar) FCQ la entrevista semiestructurada y se descarto o confirmo la herencia de la esquizofrenia en su familia para omitir o aplicar el genograma .respectivamente

Al momento de aplicársele los instrumentos mencionados a los dos miembros de la familia se obtuvo un resultado individual el cual se promedio, es decir, se sumaron los dos resultados y se dividieron entre dos para obtener un resultado de afrontamiento familiar no individual.

N= 113. 25% porcentaje de la población con que se trabajara.

$$113 \rightarrow 100$$

$$X \rightarrow 25$$

$$X = \frac{113 \cdot 25}{100} = 28.25 = 28$$

El total de familias con que se trabajó fue de 28. La probabilidad de que una familia sea incluida en la muestra depende del cumplimiento de las condiciones: El paciente debe tener un Diagnóstico realizado por lo menos con 2 años de anterioridad al estudio y debe estar cumpliendo con un tratamiento farmacológico.

5.4. PROCESO DE LA INVESTIGACION

La investigación se llevó a cabo durante los III últimos semestres de la carrera que corresponden a el periodo segundo de 2005, primero y segundo de 2006 dentro de la cátedra de Proyecto de Investigación, y se realizó un proceso de recolección de información bibliográfica en la que se fue configurando los puntos esenciales del proyecto como son el planteamiento del problema, el marco teórico, los objetivos y la justificación, esto se podría configurar como una primera fase de la investigación.

Luego de la construcción teórica del documento se procedió a realizar la pertinente recolección de la información necesaria que justificara la realización de la revisión teórica y sustentara nuestra investigación. Cabe resaltar que aquí se utilizó el instrumento o los instrumentos necesarios para recolectar dicha información que fueron el Cuestionario de Afrontamiento Familiar (CFQ) y la Entrevista semiestructurada creada dentro de la investigación para efectos de recolección de información pertinente acerca de la familia, sus costumbres y hábitos.

Dentro de esta investigación el proceso de recolección de información se realizó según el siguiente procedimiento:

Fase I Información y sensibilización a los participantes. En esta fase se llevó a cabo un primer encuentro con la población que participó en la muestra y se le informó sobre las actividades que se realizaron, igualmente se firmó el contrato ético simbólico, lo cual consistió en hacerle saber a todos los participantes de la muestra que ellos estaban participando de un proceso de investigación en el cual toda la información suministrada por su parte sería confidencial y para uso exclusivo de la investigación respectiva sobre el afrontamiento de las familias con un miembro Diagnosticado con esquizofrenia.

Luego se realizó la prueba piloto con 4 familias con el fin de confirmar la adaptabilidad del Cuestionario de Afrontamiento Familiar dentro de la muestra escogida. fase ya cumplida en donde se confirmó la pertinencia de la prueba ya que las preguntas son de un dominio fácil, el lenguaje es claro y no se denotan muchas diferencias culturales pues no hay preguntas que cuestionen este aspecto así se procedió a realizar pequeñas correcciones de palabras para la aplicación final en la muestra.

Fase II Se realizó una entrevista semiestructurada (ver anexo B) para recolectar información sobre algunos aspectos importantes de la vida familiar, por ejemplo grado de identificación y afectividad de algún miembro en especial con el paciente, fecha del diagnóstico del paciente y hábitos cotidianos.

En una Fase III se aplicó el instrumento que es el Cuestionario de Afrontamiento Familiar (FCQ), el cual se aplicó a dos miembros de cada familia, para conformar una visión familiar del paciente y no reducirlo a una sola opinión por familia. Fase que se culminó con la entrega de los resultados y las conclusiones previas al informe definitivo de la investigación.

5.5 INSTRUMENTOS Y PROCEDIMIENTOS PARA LA RECOLECCION DE LA INFORMACION

Dentro de la investigación se utilizó un cuestionario FCQ y una entrevista creada con el fin de obtener la información necesaria y suficiente para establecer los niveles de afrontamiento que asumen las familias de los pacientes diagnosticados con esquizofrenia y algunos hábitos que llevan estas familias y que estresan o facilitan el proceso de enfermedad y así poder establecer una conclusión general que pueda extenderse a la población que es objeto de la investigación; además para el procesamiento de la información en lo referente a los datos de edad, sexo, estado civil entre otros se hizo necesaria la ayuda de los programas de procesamiento de datos Excel y el SPSS para la organización y obtención de porcentajes y gráficas.

El siguiente cuestionario es el destinado a los familiares que conviven con un paciente esquizofrénico.

5.6 Family Coping Questionnaire (Cuestionario de Afrontamiento Familiar) FCQ

Cuestionario de Afrontamiento Familiar (C.F.Q.) (Magliano, 1996), que evalúa las estrategias de afrontamiento de los familiares de pacientes esquizofrénicos, mediante una escala de cuatro puntos («siempre», «a menudo», «a veces» o «nunca»). Consta de 27 items que se agrupan en 7 subescalas: información, (búsqueda de información sobre la enfermedad y su manejo), comunicación positiva (definida como la capacidad de los familiares de reaccionar tranquilamente a las conductas del paciente y de expresar aprecio hacia su autocuidado y participación en la vida familiar), interés social (mantenimiento del interés social del propio familiar), coerción (reacciones agresivas a las conductas alteradas del paciente), evitación (del paciente por el familiar), resignación e implicación social de paciente (implicación del paciente en situaciones sociales).

El cuestionario fue validado en 1998, con 142 familiares que convivían con pacientes esquizofrénicos, en los servicios de salud mental italianos y para poder hacer uso de este dentro de esta investigación se realizó una prueba piloto en junio de 2006 con 4 familias para establecer la adaptabilidad de este instrumento a este contexto. Instrumento que se trata de una lista de afirmaciones dirigidas a explorar la frecuencia y los estilos de los familiares para enfrentarse con: (a) los síntomas del paciente, (b) sus conductas alteradas, c) su incapacidad social, y (d) el tratamiento prescrito.

El análisis factorial de los items identificó tres factores que explican del 70,9 % del total de la varianza (Magliano et al., 1996):

Factor 1 Estrategias de afrontamiento positivo orientadas al problema (que incluye cinco subescalas: implicación social del paciente, comunicación positiva, búsqueda de información, asociadas con bajos niveles de resignación y de evitación)

Factor 2 Estrategias Focalizadas en las emociones (basado en reacciones emocionales, incluye las subescalas resignación, evitación y coerción)

Factor 3 Mantenimiento de intereses sociales con poca inhibición y temor causado por la enfermedad de su familiar, es decir, que los problemas causados por la enfermedad de su familiar no le impiden llevar una vida social. .

Criterios para la Interpretación De Resultados

Puntuación Alta 82 a 108

Indica excelente Coping frente a la enfermedad del familiar, hay ayuda e interés en todos los procesos de tratamiento y evolución del paciente, en donde se tiene un afrontamiento positivo orientado al problema. Hay comunicación y apoyo. Hay búsqueda de información sobre la enfermedad.

Puntuación Media 55 a 81

Indica un buen nivel de Coping, la reacción es serena, pero hay interés en los procesos de paciente. Expresión afectiva y cuidado con el paciente.

Puntuación Medio Baja 28 a 54

El interés por el paciente es poco y la búsqueda de información es insuficiente.

Sin embargo ayudan al paciente a llevar el tratamiento, pero no hay un compromiso real.

Puntuación Baja 1 a 27

Existe resignación y falta de interés con el paciente el afrontamiento es indiferente, hay una Rumiación pasivo cognitiva que no permite darle un interés mayor al paciente.

5.8. PROCESAMIENTO DE LA INFORMACION

Por último se procedió al análisis y procesamiento que es la etapa que culmina con la exposición de resultados que sustentaran el desarrollo de la investigación, esta etapa es un de las mas extensas ya que implica un desempeño eficaz para poder obtener resultados óptimos y el logro de los objetivos, esta etapa culmina con la sustentación del trabajo de grado.

Esta se llevó a cabo con el análisis estadístico, la interpretación de los datos y así obtener los resultados a partir de los instrumentos.

Se realizó el análisis estadístico con base en el software estadístico SPSS, y el programa de Office EXCEL para poder calcular los porcentajes y valores sobre la información de la muestra y los pacientes y la muestra y se realizó todo lo concerniente al análisis cualitativo que corresponde a la interpretación de los puntajes del cuestionario y ubicarlos en los distintos niveles de afrontamiento y estrategias, igualmente se interpretaron los resultados arrojados por la entrevista.

6. RESULTADOS OBTENIDOS EN LA INVESTIGACION

El proceso de la investigación se ha cristalizado con la organización de la información y la presentación de los resultados realización por lo tanto he aquí el procesamiento estadístico y cualitativo de la investigación.

Estos resultados se pueden clasificar en Resultados de la entrevista que corresponden alas tablas 5, 6 y 7 y las graficas 4, 5 y 6.

Los resultados del Cuestionario de Afrontamiento Familiar que corresponden a la interpretación cualitativa por nivel de afrontamiento a la grafica 7 y tablas 8, 9 y 10.

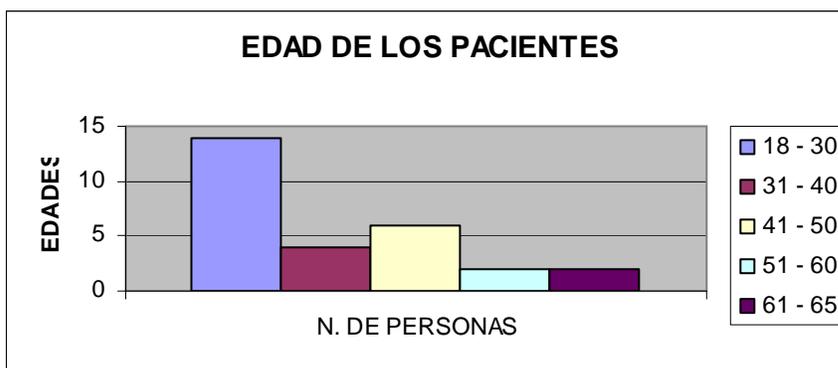
Además la presentación y descripción de los genogramas para la identificación de la herencia familiar.

Las tablas presentadas a continuación contienen información sobre las edades y estado civil de los 28 pacientes y sus 28 familias.

Tabla 1 DISTRIBUCION POR EDAD DE LOS PACIENTES

EDADES	N DE PERSONAS
18 – 30	14
31 – 40	4
41 – 50	6
51 – 60	2
61 – 65	2

Grafica 1 Edad de los Pacientes

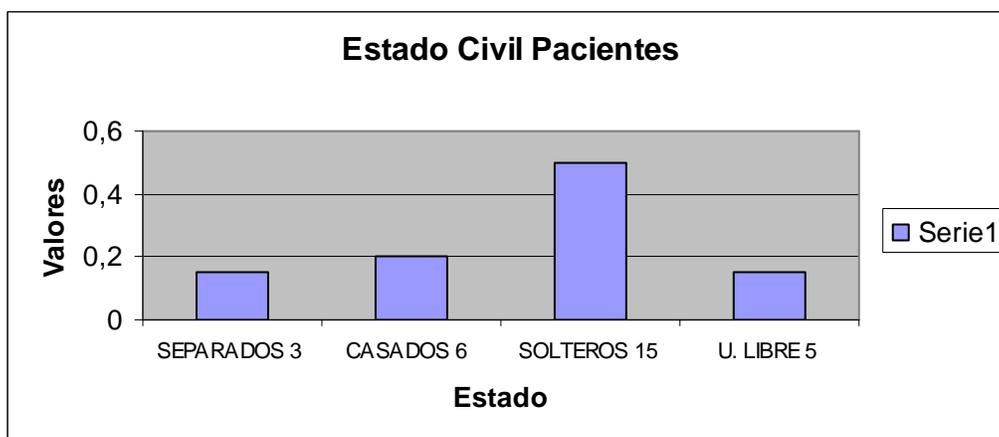


Las edades de los pacientes van desde los 18 años, hasta los 65 años. Dentro del estudio el promedio de las personas tienen entre 18 y 30 años.

Tabla 2 ESTADO CIVIL DE LOS PACIENTES

ESTADO CIVIL		PORCENTAJE %
CASADOS	6	20%
SOTEROS	16	50%
U. LIBRE	3	15%
SEPARADO	3	15%
TOTAL	28	100%

Grafica 2 Estado Civil de los pacientes



FUENTE: La Autora.

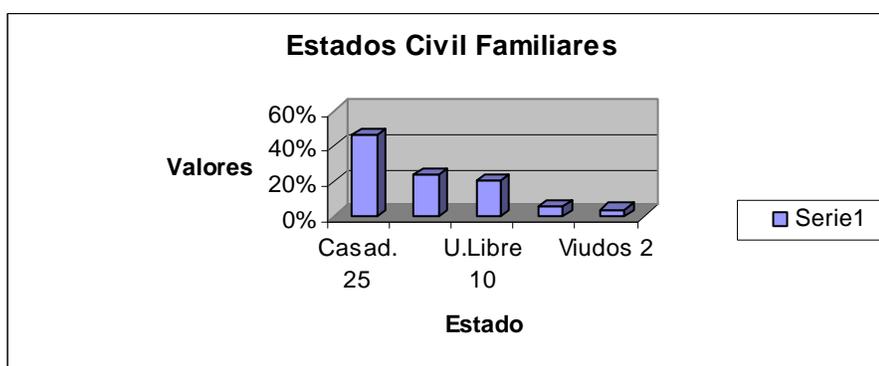
El 50% de los pacientes son solteros, el 20% son casados, un 15% viven en unión libre y el 15% restante están separados.

Tabla 3 DISTRIBUCION POR EDAD DE LOS FAMILIARES

EDADES	NUMERO DE PERSONAS
19 – 30	10
31 – 40	11
41 – 50	11
51 – 60	15
61 – 69	8

Tabla 4 DISTRIBUCION POR ESTADO CIVIL DE LOS FAMILIARES

ESTADO CIVIL		PORCENTAJE %
CASADOS	26	46%
SOTEROS	13	24%
U. LIBRE	10	20%
SEPARADOS	4	6%
VIUDOS	2	4%

Grafica 3 Estado Civil de los Familiares

Fuente: La autora.

El 46% de los familiares de la muestra son casados, un 24 % son solteros, un 20% vive en unión libre, separados conforman el 6% y los 4% restantes son viudos.

Tabla 5 HERENCIA DE ESQUIZOFRENIA

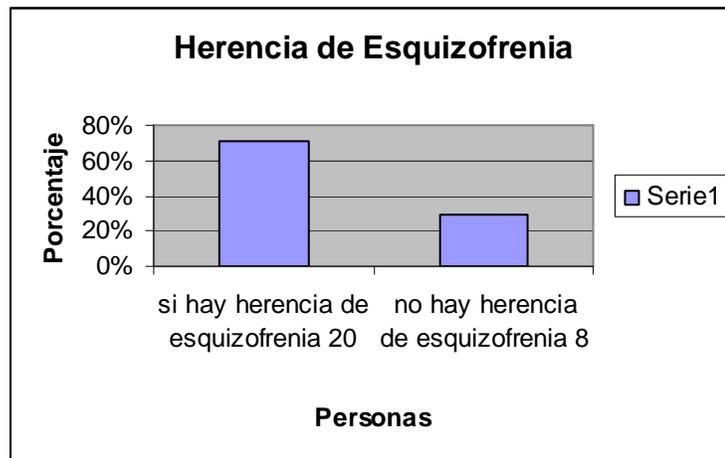
HERENCIA ESQUIZO.	
20	Si tienen herencia de esquizofrenia
8	No tienen herencia de esquizofrenia

Tabla 6 RELIGION DE LAS FAMILIAS

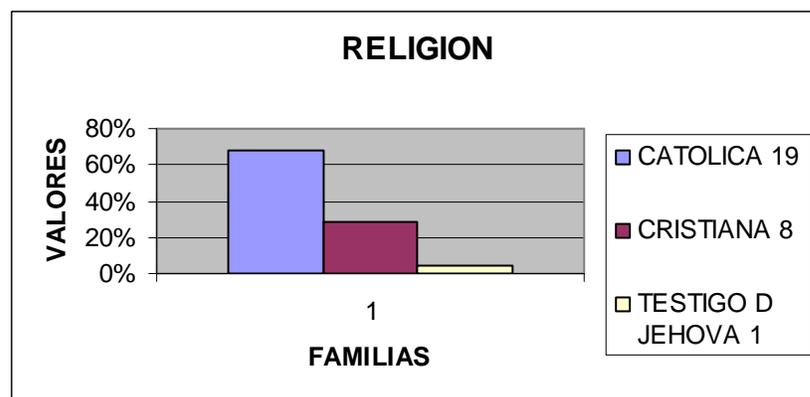
RELIGION	NÚMERO
CATOLICA	19
CRISTIANA	8
TESTIGO D JEHOVA	1

Tabla 7 HABITOS DE LOS PACIENTES

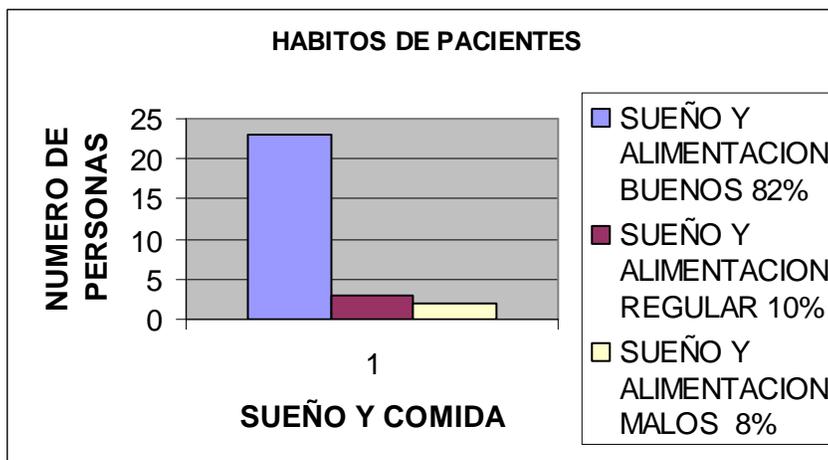
ALIMENTACION Y SUEÑO	
BUENOS	23
REGULAR	3
MALOS	2

Grafica 4 Herencia de la Esquizofrenia

La herencia de esquizofrenia esta representada en el 71% de los pacientes
Otras causas de esquizofrenia son en el 29% de los pacientes.

Grafica 5 Religión profesada por las familias

El 68% de las familias profesan la religión católica, el 29% de las familias son cristianas
y el 3% son testigos de Jehová

Grafica 6 Hábitos de los Pacientes

El 82% de los pacientes se alimentan y comen bien, afirman los familiares, el 10% de los pacientes se alimentan y comen de forma regular y el 8% de los pacientes se alimentan y comen de mala forma, afirman los familiares.

ANALISIS E INTERPRETACION

La interpretación del instrumento se hizo reuniendo o agrupando a las familias que obtuvieron iguales puntuaciones en la prueba para elaborar un conglomerado, de acuerdo con los resultados se pudo observar que las familias solo obtuvieron niveles de afrontamiento ubicados en los niveles MEDIO y ALTO, en un mínimo caso, los resultados de la investigación se han distribuido en la muestra de la siguiente manera; el 96.4% es decir, 27 de las 28 familias obtuvieron en la prueba una puntuación Media, o sea que sus dos familiares afrontan de forma positiva la enfermedad de su familiar. Lo cual significa que estas personas tienen un MUY BUEN Afrontamiento (Coping) frente a la enfermedad del familiar, la reacción es serena, pero hay interés en los procesos de paciente. Expresión afectiva y cuidado con el paciente. Hay comunicación, apoyo y búsqueda de información sobre la enfermedad.

En estas familias se presentan dos de los factores de la prueba que son: Factor 1 Estrategias de afrontamiento positivo orientadas al problema (que incluye cinco subescalas: implicación social del paciente, comunicación positiva, búsqueda de información, asociadas con bajos niveles de resignación y de evitación)

Hay una expresión afectiva y cuidado con el paciente, sin embargo hay algún grado de Evitación del paciente y algo de resignación.

En estas familias se puede ver buen manejo del estrés representado en las estrategias que utilizan pero los esfuerzos realizados por hacerle frente a la enfermedad pueden ser mejorados.

Nivel de Afrontamiento familiar Medio Alto demuestra que hay cuatro de las Estrategias de Afrontamiento principales: 1. Crecimiento personal, 2. Expresión activa, 3. Búsqueda información y 4. Confianza activa; esto corrobora que el nivel es proporcional a toda la familia pues dos de los miembros representan una parte considerable en cada familia. Esto confirma un pronóstico bueno de la enfermedad de los pacientes, recaídas con intervalos largos, mucha comprensión y afecto dentro del núcleo familiar.

Estas familias dicen haber asimilado la enfermedad, sin embargo hay tensión por alguna crisis que pueda sufrir su paciente, por eso están siempre con él, a si mismo el buen nivel de afrontamiento también coincide con que los pacientes se alimentan y duermen bien.

Sin embargo dentro de este nivel Medio existen algunas familias que obtuvieron los puntajes mas bajos, o sea los que están en el extremo inferior del intervalo de la puntuación que va desde 55 a 81 puntos, en estas familias aunque hay afrontamiento medio se encuentran bordeando la línea hacia el afrontamiento bajo, este fenómeno se presento en 4 familias lo cual esta indicó que el interés por el paciente es poco y la búsqueda de información es insuficiente.

Sin embargo ayudan al paciente a llevar el tratamiento, pero no hay un compromiso real.

Además el nivel de afrontamiento como familia es igual, medio bajo lo que incluye las 3 últimas estrategias principales de afrontamiento, 6. Distracción, 7. Rumiación/ pasivo cognitiva y 8. Resignación pasiva/ evitación.

Se nota muy poco interés y cuidado hacia el paciente, el pronóstico de estos pacientes es poco favorable debido a que recaen con frecuencia y son renuentes a tomarse la medicación. Además en estos pacientes es muy constante encontrar que a pesar de que no estén en crisis, hay un desprendimiento parcial de la realidad, puede ser por los medicamentos que los mantienen muy somnolientos y sedados.

Siguiendo con el nivel de afrontamiento un 3.6% de las familias, es decir, 1 caso presento un nivel de afrontamiento Alto lo que indica excelente Afrontamiento (Coping) frente a la enfermedad del familiar, hay ayuda e interés en todos los procesos de tratamiento y evolución del paciente, en donde se tiene un afrontamiento positivo orientado al problema. Hay comunicación apoyo y búsqueda de información sobre la enfermedad.

El afrontamiento familiar alto indica un buen pronóstico y las estrategias de afrontamiento principales 1. Crecimiento personal, 2. Expresión activa, 3. Búsqueda información, 4. Confianza activa, 5. Implicación activa-positiva.

En esta familia se manifiestan el factor 1 Estrategias de afrontamiento positivo orientadas al problema (que incluye cinco subescalas: implicación social del paciente, comunicación positiva, búsqueda de información, asociadas con bajos niveles de resignación y de evitación). Y el Factor 2 Estrategias Focalizadas en las emociones (basado en reacciones emocionales, incluye las subescalas resignación, evitación y coerción).

Y el factor 3 Mantenimiento de intereses sociales con poca inhibición y temor causado por la enfermedad de su familiar.

Al interior de esta familia se puede ver un alto manejo del estrés, manejo que se ha manifestado por los altos esfuerzos cognitivos o conductuales para hacerle frente a la situación de estrés, es decir las respuestas de afrontamiento.

Pasando al tema de la herencia de la enfermedad 20 de las 28 familias es decir, el 71% afirman que sus pacientes han adquirido la enfermedad por herencia y 8 es decir, el 29% dicen no conocer la causa de la enfermedad.

De este 71% todos han puntuado muy bien en nivel de afrontamiento, lo cual puede significar que el interés y el compromiso es mayor cuando hay varios casos, debido a que experiencias como esta de tener un familiar que padece esquizofrenia no se quiere volver a repetir en ninguna familia.

De acuerdo con los resultados dentro de la población de familiares de los pacientes tratados en el Instituto de Neurociencias de Santa Marta existen muy buenas respuestas de afrontamiento con respecto al estrés causado por la enfermedad esquizofrenia de los pacientes lo cual está relacionado con una buena capacidad de resolución de los problemas que pueden causar las crisis esquizofrenicas y que los pacientes tienen un apoyo social, emocional y económico por parte de su familia cuidadora.

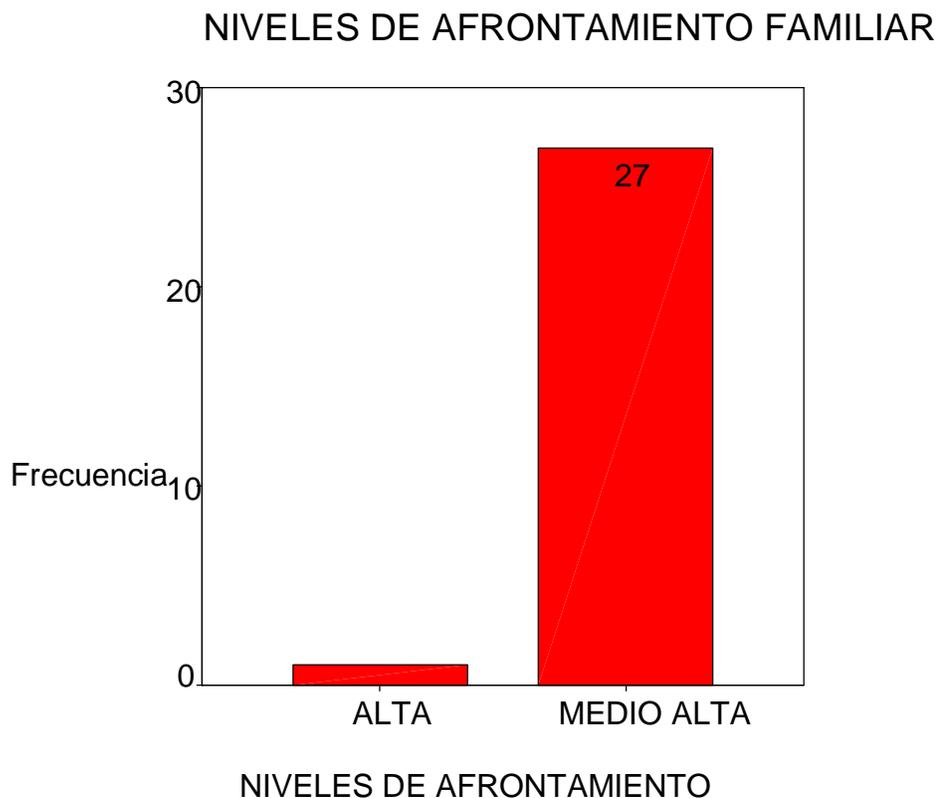
ANÁLISIS CUANTITATIVO DE LOS RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN

Las medidas de tendencia central están en un rango normal y se corresponden entre si, es decir, que se presentan en números aproximados lo cual es ideal.

Los Percentiles indican la posición de las respuestas de la población dentro del cuestionario.

Tabla 8: Relación de las Puntuaciones en las Respuestas de los Familiares

Puntuaciones	Frecuencia	%	Frecuencia Relativa	Frecuencia Acumulada
63	1	3.6	3.6	3.6
65	1	3.6	3.6	7.1
67	2	7.1	7.1	14.3
68	1	3.6	3.6	17.9
69	4	14.3	14.3	32.1
70	3	10.7	10.7	42.9
71	1	3.6	3.6	46.4
72	1	3.6	3.6	50
73	2	7.1	7.1	57.1
74	3	10.7	10.7	67.9
75	3	10.7	10.7	78.6
77	2	7.1	7.1	85.7
79	2	7.1	7.1	92.9
80	1	3.6	3.6	96.4
82	1	3.6	3.6	100
Total	28	100	100	

Grafica 7: Nivel de Afrontamiento Familiar**Tabla 9: Resumen de la Grafica Nivel de Afrontamiento Familiar**

AFRONTAMIENTO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Alto	1	3.6
Medio	27	96.4

La mayor parte de los familiares que corresponden al 96.4% obtuvieron una puntuación media, es decir, que tienen un buen afrontamiento, pero lo ideal es ir mejorando y solo un mínimo porcentaje equivalente a 3.6% tiene un afrontamiento alto, lo cual es el máximo y excelente nivel de afrontamiento.

7. CONCLUSIONES

En general las 28 estas familias han presentado un buen nivel de afrontamiento, positivo y asequibles a la entrevista para la investigación, el mayor numero de familias que conforman el 96.4% de la muestra se han posicionado en un nivel medio lo cual quiere decir que el proceso de afrontamiento se esta llevando a cabo y que han aprendido de la enfermedad del familiar y están haciendo lo posible por brindarle al paciente un ambiente de tranquilidad sin excluirlo de la dinámica cotidiana de la familia.

Un caso que equivale al 3.6% presenta un afrontamiento excelente orientado al problema, con búsqueda de información, actitud positiva, búsqueda de ayuda y alguna clase de terapia familiar, esto es lo ideal aquí se ve reflejado el Coping en su mayor presentación y en estos caso se asocia con pocas recaídas y buena alimentación, en realidad la una influencia de la educación y el nivel de cultura, puede sustentar este nivel de afrontamiento. Pero dentro de la investigación estos factores que no se manejaron

Los pacientes separados en su gran mayoría lo han hecho por la enfermedad, algunos cónyuges han optado por huir del problema dejando el paciente en manos de su familia paterna o materna.

El nivel de educación y estrato socioeconómico se han notado dejando ver que las familias con más educación han optado por buscar mas información sobre la enfermedad, a lo mejor por su capacidad de acceso y manejo de la tecnología y relaciones sociales.

También en las familias donde el paciente se torna agresivo en sus crisis con alguno de sus consanguíneos se notan las relaciones un poco fragmentadas, debido a que siempre se tiene presente con frustración el rechazo que le tiene el paciente.

Otro factor que ha salido a relucir ha sido la religión, ya que quienes son muy fervorosos y creyentes afirman que *Dios* los ha sanado de su enfermedad, razón por la cual descuidan su tratamiento farmacológico.

Ahora bien el tema de la Esquizofrenia en nuestro ámbito local es muy inexplorado en el Distrito, no hay evidencia de un estudio que busque el bienestar y calidad de vida de estos pacientes, quienes sufren mucho pues además de su compromiso mental y físico también pierden algunas veces la dignidad que por humanos se merecen y son denigrados lo cual es padecido por su familia, quien busca agritos una esperanza para no sentir y ver degradado a su ser querido.

Se puede afirmar que los objetivos de la investigación se han alcanzado, se ha demostrado que las familias desarrollan estrategias para afrontar la situación de su paciente, ya sean buenas representadas en altos niveles de afrontamiento permiten tener un grado de confianza para enfrentar las recaídas y crisis y también se presentaron estrategias poco orientadas a la resolución de los problemas y disminución del estrés pero que estos familiares se les noto interés por su paciente, solo que deben incentivar su apoyo social y emocional para con el paciente, ya que las relaciones familiares se convierten factores protectores para contrarrestar el curso de la esquizofrenia, el proceso de rehabilitación y educación para que el paciente pueda tener una mejor calidad de vida.

8. RECOMENDACIONES

Después de la realización de esta investigación se podría recomendar: realizar un Censo de la población Esquizofrenica de Santa Marta, sin incluir los casos remitidos de otros lugares del Departamento y la región,

Aumentar la cobertura y desarrollo de programas, que no se remitan solo al espacio del Instituto de Neurociencias para ayudar a los familiares en su proceso de asimilación y aceptación de la enfermedad y que puedan aprender habilidades de tratamiento para sus pacientes de tal modo que y que se tome conciencia de que hay que seguir un tratamiento muy sensato y cumplido para lograr disminuir en el paciente las recaídas y los síntomas que el pueda presentar.

Y además alimentar la idea de la creación un club de Familias de pacientes esquizofrénicos, para que así los seres queridos de los pacientes se puedan reunir en un lugar donde se sientan comprendidos por personas que pasan por la misma situación y se aprenda de las experiencias buenas, de casos que han tenido pronósticos satisfactorios y se eviten ciertas experiencias que pueden servir de ejemplo de vida para muchos y refugio en un lugar donde sean comprendidos para otros. Lugar donde se pueda incrementar la ayuda para que las personas que manifiestan pocos recursos de afrontamiento por la percepción que se tiene de la enfermedad para enfrentar la enfermedad de su familiar puedan aprender a desarrollar estos recursos, pues de acuerdo con la perspectiva de Lazarus la idea personal que se tiene de los recursos y la percepción de la situación de enfermedad permite manejar o alterar la situación estresante, así que la ayuda para implementar la confianza puede colaborar en el desarrollo de la capacidad de regular los propios malestares emocionales para poder afrontar el estrés.

ANEXOS

Anexo A

ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO MANIFESTADAS POR LAS FAMILIAS CON UN MIEMBRO DIAGNOSTICADO DE ESQUIZOFRENIA, EN LA CIUDAD DE SANTA MARTA

**CUESTIONARIO DE AFRONTAMIENTO FAMILIAR
FAMILY COPING QUESTIONNAIRE (FCQ)
(MAGLIANO et AL 1996)**

A continuación usted va a encontrar una serie de preguntas relacionadas con la enfermedad de su familiar, y responderá lo mas sincero posible en las categorías de Siempre, A menudo, A veces y Nunca con una X en la casilla de su elección.

NOMBRE:

EDAD:

PARENTESCO CON EL PACIENTE:

1. Cuando puedo, me aconsejo para comportarme de la mejor forma con X.

Siempre A menudo A veces Nunca

2. Cuando puedo, intento aprender tanto como puedo sobre la enfermedad de X.

Siempre A menudo A veces Nunca

3. En casa discutimos los problemas personales y los temas relacionados con el trabajo y la familia en presencia de X. e intentamos implicarle en la conversación.

Siempre A menudo A veces Nunca

4. Cuando X hace algo inadecuado, normalmente soy capaz de decirle tranquilamente lo que no me gusta.

Siempre A menudo A veces Nunca

5. Cada vez que X parece nervioso o ansioso intento hacer que se sienta, tranquilizarle y que me diga que es lo que va mal.

Siempre A menudo A veces Nunca

6. Cuando X hace algo que me gusta, me alegro, se lo digo y le doy las gracias.

Siempre A menudo A veces Nunca

7. Cuando veo que X cuida su ropa y su apariencia le alabo.

Siempre A menudo A veces Nunca

8. Tengo mis propios intereses personales agradables.

Siempre A menudo A veces Nunca

9. Soy capaz de salir y relacionarme con gente.

Siempre A menudo A veces Nunca

10. Los problemas de X no son la única cosa importante en mi vida. Hay otras cosas que también son importantes.

Siempre A menudo A veces Nunca

11. Me tomo descansos para pensar en mis propias necesidades o intereses personales.

Siempre A menudo A veces Nunca

12. Le digo cosas a X que le enfadan.

Siempre A menudo A veces Nunca

13. Soy capaz de mantenerme frío, incluso cuando X hace algo que me irrita o preocupa grandemente.

Siempre A menudo A veces Nunca

14. Cuando X dice cosas sin sentido le grito para que corte sus sinsentidos.

Siempre A menudo A veces Nunca

15. Cuando X habla de una manera extraña o sin sentido, tiendo a reñir con él.

Siempre A menudo A veces Nunca

16. Cuando X hace algo inadecuado tiendo a perder la calma sin pensar en las consecuencias.

Siempre A menudo A veces Nunca

17. Evito a X.

Siempre A menudo A veces Nunca

18. Evito quedar solo en compañía de X.

Siempre A menudo A veces Nunca

19. He pensado en cambiar de casa por causa de los problemas con X.

Siempre A menudo A veces Nunca

20. Yo creo que la única manera de que esto mejore es por medio de un milagro.

Siempre A menudo A veces Nunca

21. No tengo energía para reaccionar, solo espero que las cosas ocurran.

Siempre A menudo A veces Nunca

22. Cuando noto que X. tiende a quedarse solo, intento animarle para que se reúna con sus amigos.

Siempre A menudo veces Nunca

23. Intento interesar a X. en algo que le pueda ser agradable.

Siempre A menudo veces Nunca

24. Me siento deprimido constantemente por la enfermedad de X

Siempre A menudo A veces Nunca

25. X presenta constantemente interés por los amigos y familiares

Siempre A menudo A veces Nunca

26. Estoy siempre al pendiente de que X tome su medicación a tiempo.

Siempre A menudo veces Nunca

27. En general estoy preocupado por la enfermedad de X

Siempre A menudo veces Nunca

Anexo B**ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO MANIFESTADAS POR LAS FAMILIAS CON UN MIEMBRO DIAGNOSTICADO DE ESQUIZOFRENIA, EN LA CIUDAD DE SANTA MARTA**

A continuación usted encontrará una serie de preguntas encaminadas a conocer aspectos de su relación con el paciente.

Responda con la mayor sinceridad posible.

ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA

NOMBRE:

EDAD:

PRETESCO CON EL PACIENTE

1. ¿Desde cuando fue diagnosticado con Esquizofrenia su familiar?

- a. hace 1 año b. hace 3 años c. hace 6 años d. hace más de 6 años

2. ¿Hace cuanto su familiar se encuentra en tratamiento?

- a. hace 1 año b. hace 3 años c. hace 6 años d. hace más de 6 años

3. ¿Qué religión profesa la familia ?

- a. Católica b. Cristiana C. Testigo de Jehová d. Otra.

4. ¿En la familia alguien más ha sufrido de la misma enfermedad?

- a. Si b. No

5. ¿El paciente duerme bien y come bien?

- a. Si, Muy bien b. No, Regular c. Mal.

LISTA DE REFERENCIAS

- Arteaga Payares, C, Ospina Duque, J. (1999). *Recomendaciones Basicas para la Atención de los Trastornos Psiquiátricos*. Colombia: Asociación Colombiana de Psiquiatria, Editorial Noosfera.
- American Psychiatric Association. (1995). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV)*. Masson. Barcelona:
- Brannon, L, Feist J. (2001). *Psicología de la Salud*. España: Ed. Paraninfo Thosom Learning.
- Belloch, A, Snadin, B y Ramo. Francisco. (1995) *Manual de Psicopatología*, España: Ed. MacGraw Hill, Volumen 2.
- Badia Corbella, M, (2000). *Construcción de una escala de estrés y afrontamiento para familias con hijos afectados de Parálisis cerebral*. Tesis no publicada. Salamanca: Universidad de Salamanca.
- Biblioteca de Consulta Microsoft ® Encarta ® 2005. © 1993-2004 Microsoft Corporation.
- Bioestadística. Base para el analisis de las Ciencias de la Salud. Daniel. Editorial LimusaWiley, 4ª Edicion. Mexico 2004
- Caballo, V. E. (1993). *Manual de Evaluación y Entrenamiento de las Habilidades Sociales*. Madrid: Siglo XX
- Fernández-Abascal, E.G. (1997). *Estilos y Estrategias de Afrontamiento. Cuaderno de Prácticas de Motivación y Emoción*. Madrid: Pirámide.
- Greenglass, E. (2002). Proactive coping. In E. Frydenberg (Ed.). *Beyond coping: Meeting goals, vision, and challenges*. London: Oxford University Press.

Greenglass, E., Schwarzer, R., & Taubert, S. (2000). English version of the PCI. <http://userpage.fu-berlin.de/~health/greenpci.htm>

Investigación Científica en Ciencias de la Salud. Polit-Hungler. Ed. Mc Graw Hill, 6ª Edición. Mexico 2003.

Lazarus, R. S. y Folkman, S. (1986) *Estrés y Procesos Cognitivos*. Barcelona: Edición Martínez Roca.

Merino, H. y Pereira M. (1990) *Familia y Esquizofrenia: un punto de Vista desde la interacción familiar*. Anales de Psicología. 6, 11- 20. Disponible en <http://www.google.com>

Navarro G, J y Beyebach M. (compiladores). (1995). *Avances en Terapia Familiar Sistemica*. Barcelona: Paidós Terapia Familiar, 1ra Edición.

Shaffer, D. R. (2002). *Manejo teórico de la familia Desarrollo Social y de la Personalidad*. Madrid: 4ª Edición. Ed. Thomson.

Vallina, O, Fernández, S, Lemos G, García S, Aurora Otero García. 1998 Tratamiento Psicológico integrado De pacientes esquizofrénicos. *Psicothema, Volumen 10(22)*. 459-574.

Vallejo Ruiloba, J. y Masson. (1996). *Introducción a la Psicología y a la Psiquiatría*. S.A. Barcelona: Editorial Manual Moderno.

Zorrilla, S, Torres, M y otros. (1998). *Metodología de la Investigación*. México: Editorial McGraw Hill.

