

ORIGINALES Y REVISIONES

La carga familiar en una muestra de pacientes esquizofrénicos en tratamiento ambulatorio

RESUMEN: La atención a los pacientes psicóticos crónicos en la comunidad ha supuesto una sobrecarga para las familias sin que en general los profesionales de la psiquiatría parezcan dar a este hecho la importancia que tiene. Las familias de los esquizofrénicos crónicos están sobrecargadas, tanto por el malestar subjetivo que les ocasiona la conducta del enfermo y la ausencia de un desempeño adecuado de sus papeles sociales, como por los problemas que los pacientes crean en la vida habitual de las mismas. Se hace preciso atender las necesidades de estas familias ante esa situación de estrés crónico.

PALABRAS CLAVE: Carga familiar, esquizofrenia crónica, servicios comunitarios de salud mental.

SUMMARY: Attention paid to chronic psychotic patients in the community has implied an extra burden to their families without professionals of psychiatry seeming to give to this fact the due importance. *Conclusions.* The families of chronic schizophrenic patients are overloaded, as much by the subjective malaise that the patient's behaviour produces and the absence of an adequate performance of his social roles, as by the problems that patients provoke in their daily life. To pay attention to these needs of the families is required with regard to this situation of chronic stress.

KEY WORDS: Family burden, chronic schizophrenic patients, community care.

1. *Introducción*

Los trastornos crónicos constituyen hoy en día el mayor reto clínico para la psiquiatría (1), así como una población cuyas necesidades de atención se están incrementando (2). La llamada psiquiatría comunitaria, surgida tras la segunda guerra mundial y puesta en práctica, entre otros países, en Francia y Estados Unidos en los años 60, y en nuestro país a partir de los 70 (3), condujo a un proceso de desinstitucionalización de la población asilada y a centrar la atención de los pacientes psicóticos crónicos en la comunidad. Estudios al respecto indican que esta modalidad de atención comunitaria es la estrategia de tratamiento más efectiva (4, 5), aunque se han subrayado aspectos positivos en el internamiento (6). También se ha señalado la sobrecarga que para la familia supone el mantenimiento del paciente psicótico en la comunidad (7, 8). Pero parece que el sistema centrado en la comunidad induce una menor dependencia de los servicios y menor utilización crónica de los mismos que el sistema basado en el hospital (9).

Sin embargo, si bien es cierto que la atención de los pacientes psicóticos crónicos en la comunidad se ha hecho posible gracias al establecimiento de una red de servicios extrahospitalarios o comunitarios que se han venido ocupando del tratamiento y seguimiento de estos pacientes y de su rehabilitación y reinserción,

ciertos autores (10) piensan que los dispositivos comunitarios no han cubierto todas las necesidades que antes cubrían los hospitales debido a las dificultades de funcionamiento social de estos pacientes que, en el caso de los esquizofrénicos, por ejemplo, es claramente inferior al de la población general (11). Otros (12, 13) han planteado dudas sobre la calidad de vida de algunos enfermos mentales mantenidos fuera de las instituciones psiquiátricas. Por otra parte, así como hay estudios que señalan que la desinstitutionalización podría haber beneficiado a los pacientes de larga hospitalización, también se constata la aparición en la comunidad de una población de pacientes psicóticos crónicos adultos jóvenes sobre los que no existen suficientes referencias en la literatura (9, 14).

Vemos, pues, que nos encontramos con una población de psicóticos crónicos residiendo en la comunidad con sus familias, sobre los que no se han hecho estudios en nuestra provincia y tampoco parecen haberse hecho suficientes en nuestra Comunidad Autónoma. Coincidimos con los que piensan que es necesario conocer cuáles son las características de esta población de pacientes y valorar su calidad de vida (10) así como evaluar la carga que para sus familias y para la comunidad supone su atención (15). En relación a este último aspecto, se ha resaltado (7, 16) que así como se ha venido estudiando desde hace tiempo la influencia de la familia en los trastornos mentales del paciente son muchos menos los estudios que se han hecho sobre el impacto de la esquizofrenia en los miembros de la familia, a pesar de que en el trabajo psiquiátrico comunitario cada vez se pide más a las familias que cuiden de sus pacientes psicóticos. Además, parece que los profesionales de la psiquiatría, al evaluar la carga que para los familiares supone el cuidado del paciente, tienen una visión de ésta distinta de los propios familiares, valorándola como menos intensa (17), lo que hace importante la investigación en este campo, para saber cual pueda ser la realidad.

En el estudio que exponemos se pretende conocer cuáles son algunas de las características sociodemográficas, clínicas y asistenciales de los pacientes esquizofrénicos crónicos de una población no hospitalizada, así como su desempeño social y la carga familiar que suponen, a fin de valorar sus necesidades y la de sus familiares, y establecer posibles programas de apoyo familiar y comunitario y de rehabilitación.

2. *Objetivos*

2.1. General

Conocer las características sociodemográficas, clínicas y asistenciales de la población objeto de estudio.

2.2. Específico

Evaluar la carga familiar que supone el paciente.

Conocer la posible asociación entre la carga familiar y las características sociodemográficas y clínico-asistenciales de la muestra estudiada.

3. Metodología

3.1. Muestra

En este estudio han sido incluidos todos los pacientes con esquizofrenia crónica diagnosticada a través de la DSM III-R, con una edad de 18 ó más años y que han sido atendidos en consulta psiquiátrica al menos una vez durante el año 1993 en los cinco Centros de Salud Mental de la Diputación Provincial de Valladolid, los cuales prestan asistencia a los 5/6 de la población de la provincia mayores de 18 años.

Se han excluido los deficientes mentales y las patologías orgánico-cerebrales, con el fin de evitar elementos contaminantes que harían muy difícil las comparaciones.

Se ha recogido una muestra de 191 pacientes, de la cual se han estudiado un total de 124 que son aquellos a los que se ha considerado posible aplicar la Social Behaviour Assessment Schedule (SBAS). De los 67 restantes, hasta los 191, 13 corresponden a pacientes que se encuentran en hogares protegidos por lo que a ellos no se les ha aplicado la SBAS dado que viven solos (sin familiares) y con tutela parcial de miembros del equipo asistencial. Los otros 54 pacientes corresponden a un grupo que, por las razones que a continuación se citan, no pudieron ser incluidos en el estudio. Estas razones fueron las siguientes:

– Terapéuticas	9
– No colabora la familia	20
– No lo acepta el paciente.....	3
– No localizable o ausente de Valladolid.....	7
– Vive solo y sin relaciones	9
– Vive en Residencia de ancianos.....	4
– Vive con otro psicótico	2

3.2. Variables

3.2.1. *Sociodemográficas*: sexo, edad, estado civil, nivel de estudios, ocupación, lugar de convivencia.

3.2.2. *Clínico-asistenciales*: diagnóstico, duración de la evolución de la enfermedad, tiempo de contacto con el Servicio de Salud Mental, número de ingresos en los últimos tres años, número de consultas realizadas por el paciente en los últimos doce meses, y aspectos relacionados con la medicación y la administración de la misma. Estos últimos han sido recogidos de la información de los familiares.

3.2.3. *Carga familiar*: se ha evaluado a través de la Escala de Valoración de Desempeño Social de Platt *et al.* (Social Behaviour Assessment Schedule-SBAS) (18, 19), adaptada a nuestro medio por V. Otero, D. Navascues y S. Rebolledo, en 1990 (20). Esta escala se basa en los datos recogidos en una entrevista semiestructurada con el familiar o informante más implicado en la relación con el paciente. En ella se distingue entre carga objetiva (problemas propios de la familia) y carga subjetiva (estrés que generan estos problemas y los derivados de la conducta y funcionamiento del paciente). El contenido que de esta escala hemos tenido en cuenta en nuestro estudio se presenta en la Tabla I.

3.2.4. *Características de los informantes y/o familiares*: edad, sexo, frecuencia de contacto, convivencia con el paciente y relación de parentesco con el mismo y número de niños menores de 12 años presentes en la familia.

3.3. Recogida y registro de datos

Se ha llevado a cabo a través de:

- Revisión de historias clínicas.
- Información del terapeuta que trata al paciente.
- Entrevista con un familiar o persona más cercana al paciente.

Los datos han sido recogidos durante el primer semestre del año 1994. Previamente, se llevó a cabo una jornada de 8 horas de familiarización con la SBAS, a cargo de Dña. Virginia Otero (coautora de la adaptación española de la SBAS) y Dña. Carmen Jurado, psicóloga y trabajadora social respectivamente del Centro de Rehabilitación Psicosocial «Los Cármenes» de Madrid. En esta jornada participaron los que iban a ser entrevistadores de los informantes y/o familiares. Dichos entrevistadores (autores de este estudio) han sido seis médicos (tres psiquiatras y tres médicos residentes en psiquiatría) integrantes de los cinco equipos de salud mental responsables de los pacientes de la muestra.

3.4. Análisis de los datos

3.4.1. En la *valoración de la SBAS* se ha tenido en cuenta lo siguiente: Se ha entendido por informante el familiar que conviviera con el paciente y/o

conociera mejor su situación. En ausencia de un familiar, aquella persona que tuviera más relación con él.

La puntuación 3 en la variable estrés se ha considerado, para el cómputo global, igual a 0, por lo que 0 equivale a ausencia de estrés o resignación; ≤ 1 estrés moderado; y >1 estrés severo.

Se ha calculado el estrés global de la familia mediante la media aritmética de las puntuaciones totales de estrés de cada una de las variables (conductas, roles, carga objetiva).

La presencia de alteraciones en la conducta y en el desempeño de roles, o la presencia de carga objetiva, ha sido valorada del modo siguiente: importante o severa, para una puntuación >1 , y moderada para puntuaciones ≤ 1 . Para la valoración de las conductas se las ha agrupado siguiendo los criterios de Brown *et al.* (21).

3.4.2. Para establecer la correlación existente entre las variables de la SBAS y el total de carga subjetiva, o estrés global, del informante, hemos agrupado las variables del modo siguiente:

La valoración de las conductas se ha hecho siguiendo los criterios de Brown *et al.* (21), agrupando las conductas en cuatro categorías: A (conducta dañina, amenazante y escandalosa), B (alucinaciones o delusiones), C (conductas posiblemente esquizofrénicas) y D (otras: depresión, ansiedad...).

Hemos agrupado las alteraciones en el desempeño de roles en tres categorías: A (papeles caseros: tareas en casa, administración de la casa, decisiones en casa), B (papeles familiares: cuidado de niños, conversación diaria, apoyo, afectividad/amistad, relaciones de pareja) y C (papeles extrafamiliares: ocio, trabajo/estudio, manejo de recursos comunitarios, intereses socioculturales, relaciones interpersonales).

En lo que atañe a la carga objetiva, hemos establecido cinco grupos: A (problemas en casa: en los niños, en las relaciones niños-paciente, en las relaciones en casa), B (problemas económicos), C (problemas emocionales del informante, repercusiones en su vida familiar y laboral), D (problemas en la vida social y el tiempo libre) y E (problemas en la vida de otros).

3.4.3. El procesamiento informático y estadístico se ha realizado mediante el paquete estadístico SPSS 5.0.

Para establecer la asociación entre las puntuaciones de la SBAS y el nivel de estrés global de la familia, se ha calculado el coeficiente de correlación por rango de Spearman, como prueba no paramétrica de independencia entre dos caracteres cuantitativos.

Para valorar la posible asociación entre las variables sociodemográficas y clínico-asistenciales y el estrés global, hemos utilizado la prueba no paramétrica de Kruskal-Wallis de análisis de varianza para comparación de grupos independientes.

Se ha considerado como nivel de significación estadística una $p \leq 0,05$ para pruebas de dos colas.

3.5. Consideraciones éticas

- Se ha garantizado el anonimato de la información recogida.
- Se ha asegurado el consentimiento informado de la familia antes de ser entrevistada.
- También el consentimiento del paciente, salvo que su terapeuta no considerase que estuviera capacitado para ello, en cuyo caso se consideró suficiente el consentimiento familiar.

4. Resultados

4.1. Características generales de la muestra

4.1.1. Características de los pacientes

Sociodemográficas (Tabla II)

La edad media de los pacientes de nuestro estudio ha sido de 38,8 años, encontrándose el 66% entre los 21 y los 40 años. El 63% son varones y el 78% solteros. Viven con su familia de origen cerca del 70%. Más de la mitad tienen reconocida una invalidez para el trabajo y reciben pensión del Estado (57%). El nivel de estudios, salvo un 3,2% de analfabetos, se encuentra entre primarios (40,3%) y nivel de graduado escolar u otra titulación superior.

Clínico-asistenciales

Predomina el diagnóstico de esquizofrenia paranoide (63%) seguido del tipo residual (21%). Algo más del 50% de los pacientes lleva en contacto con el Servicio de Salud Mental entre 1 y 5 años, y el 44% más de 5 años. En el 61% de los casos la enfermedad supera los diez años de evolución.

En los tres últimos años no ha existido ningún ingreso psiquiátrico en el 56,5% de los pacientes; con un solo ingreso se encuentra el 28,2%. Es decir, sólo el 15,3% de los pacientes ha tenido más de un ingreso hospitalario en los últimos tres años.

El 93,5% tiene prescrito tratamiento psicofarmacológico con medicación neuroléptica, pero el 14,5% no la tomaba o sólo lo hacía a veces. En cuanto a la actitud de la familia ante la medicación, la considera necesaria solamente el 82% de los informantes. El paciente no la veía necesaria en el 64% de los casos (a juicio de los informantes). Un 44% de los pacientes toma medicación *depot* y un 36,2% *depot* más oral.

4.1.2. Características de los informates (Tabla III)

El 73,4% son mujeres. El 64,5% son padres, de los cuales el 70,3% son mujeres (madres). El 18,5% de la muestra son allegados distintos de la familia nuclear o de origen. La edad media de los informantes es de 57 años, teniendo el 44,3% más de 60 años, y el 13,7% más de 70.

El contacto con el paciente era constante (todos los días) en el 90% de los casos, viviendo en la misma casa con el paciente el 89% de los informantes. Únicamente el 11,3% de los informantes referían tener niños menores de doce años viviendo en casa.

4.2. Resultados de las S.B.A.S.

Los resultados obtenidos en la SBAS nos han permitido valorar: 1) La gravedad de las alteraciones de conducta y de los déficits en el desempeño de roles del enfermo, así como la severidad de los problemas que el informante refería tener en su vida y en su familia (carga objetiva); la frecuencia con que éstos se atribuían al paciente; y el grado del apoyo que recibían los informantes. 2) La frecuencia de las alteraciones de conducta del enfermo y de los déficits en el desempeño de sus roles, así como la frecuencia con que los informantes decían tener apoyos y la frecuencia con que éstos les producían alivio. 3) La gravedad del estrés o tensión que sufría el informante.

4.2.1. Alteraciones de conducta

Presentaban un grado de intensidad de tipo severo ($1,26 \pm 0,26$) (Tabla IV). El 69,4% de los informantes refería en los pacientes alteraciones severas de conducta. Del total de todas las alteraciones de conducta, las más frecuentes eran las relacionadas con ansiedad, depresión, etc. (ausentes sólo en el 5,6%) (Grupo D), y las catalogables como posiblemente esquizofrénicas (no presentes en el 11,3%) (Grupo C). Destaca la ausencia de alucinaciones e ideas delirantes (Grupo B) en un 66,9% de los casos. Las conductas dañinas, amenazantes y escandalosas (Grupo A) presentaban una frecuencia del 71%.

La puntuación media del estrés que ocasionaban estas alteraciones de conducta era de $0,97 \pm 0,46$ (Tabla IV), es decir, un nivel de estrés entre moderado y severo. Generaban malestar severo en el 45,2% de los familiares, siendo las conductas del Grupo A las que más tensión ocasionaban (severa en el 62,5% de los casos). El 5,6% de los familiares decía no sufrir estrés derivado de las alteraciones de conducta o bien estar resignado. Las puntuaciones totales y agrupadas se muestran en la Tabla V.

La frecuencia pormenorizada de alteraciones de conducta y la frecuencia del estrés que ocasionan en la familia, se exponen en la Tabla VI.

4.2.2. Desempeño social del paciente

La gravedad de los déficits en el desempeño de roles fue de $0,98 \pm 0,44$ (Tabla IV), correspondiente a la categoría de moderada-severa. El 42,7% de los pacientes nunca o casi nunca desempeñaba sus papeles sociales. El malestar generado por la ausencia de un desempeño adecuado de los roles era menos frecuente que el derivado de la conducta alterada, pues estaba ausente o había resignación en el 14,5% de los casos; con menor frecuencia era severo (20,2%) (Tabla VII). La frecuencia de mal desempeño de los distintos roles por parte del paciente, así como la frecuencia de estrés que cada uno de ellos genera, se presentan en la Tabla VIII.

Vemos, pues, que aunque algunos papeles con frecuencia no eran desempeñados, como las relaciones de pareja, trabajo/estudio, administración de la casa, no por ello generaban gran malestar en la familia; mientras que otros, no tan frecuentemente deficitarios, como el cuidado de los hijos, eran motivo de un frecuente estrés familiar cuando no eran desempeñados.

4.2.3. Carga objetiva

La gravedad de los problemas que el informante refería tener era moderada ($0,55 \pm 0,34$) (Tabla IV). Pero la frecuencia de los mismos era importante, pues solamente estaban ausentes en el 3,2% de los casos. Ahora bien, los informantes los catalogaban generalmente como de grado moderado (89,5%), ocasionando estrés con menos frecuencia que las alteraciones de conducta y que la ausencia de un adecuado desempeño de roles por parte del paciente; el 20,2% de los informantes refería no tener estrés o estar resignado ante la carga objetiva que soportaba (Tabla IX).

En el 83% de los casos la carga objetiva era atribuida al paciente, pero una atribución clara solamente la señalaban el 41,9% de los informantes. La frecuencia de atribución de la carga objetiva al paciente, se presenta en la Tabla X.

La frecuencia detallada de la carga objetiva así como el malestar que generaba en los informantes, se expone en la Tabla XI. En ella nos encontramos con que las relaciones alteradas en casa (relaciones en casa) ocasionaban malestar con mucha frecuencia (95,5%), aunque solamente eran referidas por el 36,3% de los informantes, y se atribuían de modo claro al paciente solamente en cerca del 40% de los casos.

Por el contrario, los trastornos ocasionados en la vida de personas ajenas a la familia (trastornos en la vida de otros), aunque eran referidos como poco frecuentes (12,1%), sin embargo eran fuente de frecuente malestar en los informantes

(80%) y se atribuían al paciente de un modo claro en el 86,7% de los casos. También los problemas económicos eran referidos como no muy frecuentes (33%), pero ocasionaban con frecuencia estrés en la familia (76,3%); ahora bien, sólo en un 7,3% de los casos se atribuían claramente al paciente.

Las repercusiones negativas que en el trabajo o la casa tenían los problemas económicos, emocionales y de la vida social y tiempo libre del informante (trastornos en la vida del informante) eran manifestadas frecuentemente (72,5%), y eran generadoras de estrés frecuente (77%), así como atribuidas de modo claro al paciente en más del 50% de los casos. También los problemas emocionales propios del informante eran generadores de estrés frecuente (86,6%) y atribuidos al paciente de modo claro en el 43,4% de los casos.

Los problemas emocionales que podían tener los niños (referidos en el 28,6%), y los que hacían referencia a las relaciones entre los niños y el paciente (presentes en el 14,3% de los casos) nunca se atribuían claramente al paciente, pero con mucha frecuencia se señalaba como posible esa atribución (66,7% y 100%, respectivamente).

4.2.4. Apoyos (Tabla XII)

Hacen referencia a los contactos tenidos por el informante y la ayuda recibida, así como al alivio que ambos han ocasionado a los informantes.

La puntuación media de apoyos fue de $0,98 \pm 0,45$, es decir un grado de apoyo moderado-alto (Tabla IV). Todos los informantes, excepto uno, manifestaban haber recibido algún tipo de apoyo en el mes anterior al momento en que se les entrevistó.

Los contactos del informante con instituciones sociosanitarias generaban alivio al 94,7% de los mismos, mientras que los contactos con familiares, a pesar de ser los más frecuentes, ocasionaban alivio con menor frecuencia (79,2%). En el caso de haber recibido algún tipo de ayuda, ésta ocasionaba con más frecuencia un alivio considerable si provenía de la familia; el 62,9% de los informantes así lo referían.

4.2.5. Estrés global

La puntuación en estrés global se utilizó como índice del grado de tensión y sobrecarga familiar. El 98,4% de los informantes manifestaba estar estresado.

La puntuación media de estrés global fue de $0,88 \pm 0,43$, que hemos catalogado de moderada. Solamente un 1,6% de los familiares carecían de estrés o estaban resignados; el estrés era severo en cerca de un tercio de los mismos (31,5%), y moderado en el 66,9%.

Variables de la SBAS y estrés global

Hemos estudiado la posible correlación entre las puntuaciones de las variables de la SBAS (conductas, roles, carga objetiva, apoyos) y el estrés global de los informantes, con la finalidad de conocer cuál de estas variables podría ser más determinante del nivel de tensión o sobrecarga familiar.

Hemos encontrado una correlación positiva más alta entre carga objetiva y estrés global ($r_s=0,3853$; $p<0,001$). Dentro de ésta es la carga correspondiente a los grupos A ($r_s=0,3581$; $p<0,001$) y C ($r_s=0,4215$; $p<0,001$) la que parece influir más en el nivel de estrés global familiar.

En lo que hace referencia a los roles, una puntuación alta en éstos, es decir, un peor desempeño de los mismos, está correlacionado positivamente con el estrés global ($r_s=0,2583$; $p=0,004$), pero al hacer agrupaciones de los roles, el grupo A parece ser más claramente determinante del estrés global familiar ($r_s=0,1699$) aunque su significación estadística es de $p=0,059$.

Por lo que respecta a las alteraciones de conducta, también están correlacionadas positivamente con el grado de tensión global de los informantes ($r_s=0,2159$; $p=0,016$), siendo las conductas correspondientes a los grupos A ($r_s=0,2622$; $p=0,003$) y D ($r_s=0,2134$; $p=0,017$) las que parecen influir más en el estrés global, por ese mismo orden.

Si tenemos en cuenta los apoyos recibidos por el informante, éstos están correlacionados positivamente con el estrés global ($r_s=0,2241$; $p=0,012$), lo que indica que a más apoyos referidos más cantidad de estrés global. De los apoyos, son los recibidos de instituciones los que tienen una más alta correlación ($r_s=0,1690$), aunque con una significación estadística de $p=0,061$.

Características de los pacientes e informantes y estrés global

Hemos examinado algunas de las características de los pacientes y de los familiares informantes en relación al nivel de estrés global, con los resultados que a continuación se señalan.

En cuanto a las *características de los pacientes*, hemos estudiado el sexo, edad y estado civil. No había diferencias significativas ligadas al estado civil, pero sí en cuanto al sexo y a la edad del paciente. El nivel de estrés que generaban los varones era mayor que el causado por las mujeres ($p=0,0206$). En cuanto a la edad, el nivel de estrés era más severo en los informantes que tenían pacientes con menos de 41 años ($p=0,0221$).

De las *características clínico-asistenciales*, hemos estudiado el diagnóstico, el número de consultas realizadas en los últimos doce meses, el número de ingresos en los últimos tres años, el tiempo que llevaba el paciente en contacto con el Servicio de Salud Mental, el tiempo de evolución de la enfermedad, el tipo de

medicación neuroléptica que tomaba, así como la actitud del paciente ante la medicación (referida por el informante). En el caso del diagnóstico (aunque con una significación de $p=0,0841$), los pacientes con esquizofrenia desorganizada e indiferenciada parecen ser los que generan un estrés más severo al informante. En relación al tipo de medicación neuroléptica, los pacientes que tomaban solamente medicación oral parecían generar un mayor estrés en el familiar informante, pero la significación estadística era de $p=0,1213$. Los pacientes que consideraban la medicación no necesaria generaban mayor estrés, siendo la asociación estadística significativa ($p=0,0212$). No se encontraron diferencias significativas ligadas al resto de las características clínico-asistenciales estudiadas.

En relación a los *informantes*, estudiamos el sexo, edad, la relación del informante con el paciente, el número de adultos y niños en casa, las expectativas ante la evolución del paciente, la administración y cumplimiento de la prescripción del tratamiento por parte del paciente, la actitud del informante y del paciente ante la medicación.

Los informantes que referían que la medicación era necesaria parecían ser los más estresados, aunque no hay una asociación estadísticamente significativa ($p=0,1014$). Tampoco hemos encontrado asociación estadísticamente significativa entre la edad de los informantes y el estrés global de los mismos ($p=0,0611$); sin embargo, los que tenían entre 51-60 años parecían presentar un nivel de estrés más severo. Por otra parte, los más jóvenes (21-30 años), aunque tenían un nivel de estrés importante, parecían ser los que con más frecuencia decían carecer de él o estar resignados.

5. *Discusión*

Para valorar los resultados obtenidos es preciso tener en cuenta que los datos aportados por la familia hacen referencia únicamente a lo mencionado por un único familiar del paciente, por lo que no es posible colegir de ello necesariamente que toda la familia piense y sienta igual que el informante, aunque cabe suponer que los datos recogidos reflejen la sobrecarga familiar en general. También es necesario recordar que esta sobrecarga hace referencia a la existente en el mes anterior a la fecha de la entrevista con la SBAS.

Podemos considerar este estudio representativo de la situación de los pacientes y familiares de la provincia de Valladolid, ya que nuestra muestra corresponde a los 5/6 del total de la población mayor de 18 años que consulta en los servicios públicos.

Las características de los pacientes de nuestro estudio no son diferentes de las que otros han descrito para este tipo de enfermos (21, 22, 23). Las personas que

los atienden son padres (padres y madres) fundamentalmente. En esto coincide nuestra muestra con lo que se refiere, en general, a este respecto (24).

En cuanto a las características clínico-asistenciales, vemos que casi 2/3 de los pacientes presentan una esquizofrenia de más de diez años de evolución, y que más de la mitad no han tenido ningún ingreso hospitalario en los últimos tres años; una frecuencia de ingresos reducida para lo que se suele referir para pacientes de este tipo (25, 26). Un 12% de los informantes no consideraba necesaria la medicación prescrita por el psiquiatra, porcentaje mucho menor del señalado en algún otro estudio sobre pacientes esquizofrénicos (27). Según los informantes, los pacientes que no consideraban necesaria la medicación suponían un 38% del total de la muestra estudiada. Un 44% tomaba medicación *depot*, porcentaje similar al que se cita para la utilización de esta medicación en gran parte de Europa (28). El 15% de los pacientes no tomaba la medicación prescrita; y, aunque las cifras de no cumplimiento en pacientes esquizofrénicos ambulatorios suelen ser del 33-54% (29), hemos de tener en cuenta que nuestros datos son aportados por el informante, que puede suponer que el paciente sigue el tratamiento aunque no sea así.

Vemos, pues, que nuestra muestra se caracteriza por la presencia de un paciente de alrededor de 40 años, varón, soltero, que vive con sus padres y está incapacitado para el trabajo; con diagnóstico de esquizofrenia paranoide de más de diez años de evolución y que sigue tratamiento psicofarmacológico aunque no lo considera necesario.

Se aprecia que las familias están sobrecargadas, como ya han señalado autores diversos (7, 24, 30). En nuestro estudio, el 98,4% de los informantes refieren encontrarse sobrecargados por la presencia del paciente. Cerca de un tercio de los informantes presentan un estrés global catalogado de severo; algo similar a lo ya observado por otros (31, 32), aunque con una metodología distinta. Como prácticamente todos los informantes están en contacto diario con el paciente, es posible imaginarse la importante carga de tensión que el cuidado del paciente supone para las familias.

Comparando las puntuaciones medias de las variables de la SBAS, vemos que la carga objetiva genera un estrés medio mayor que las alteraciones de conducta y el mal desempeño de roles, a pesar de que los problemas en la familia (carga objetiva) estaban puntuados como de intensidad menos severa (0,55), y aparecían con menos frecuencia (79,8%); y hemos de tener en cuenta que eran atribuidos al paciente, de modo claro o posible, en un 83,8% de los casos. El que la carga objetiva sea lo que genera más estrés en las familias de esquizofrénicos ha sido señalado también en algún otro estudio (21); sin embargo, otros autores (16) encuentran que son las conductas las que generan más estrés, aunque en su estudio la muestra de esquizofrénicos es muy pequeña.

La presencia del paciente afecta de modo claro a la familia en su funciona-

miento general. Más del 40% de los informantes achacan de modo claro al paciente los problemas que tienen en su vida emocional, social y en las relaciones en casa, y más de un 50% atribuye al paciente repercusiones en su vida laboral y familiar. Restricciones en la vida social han sido señaladas por otros autores (33, 34, 35); también alteraciones emocionales como consecuencia del impacto psicológico del cuidado del paciente (31, 32).

Si valoramos la influencia en el estrés global, la carga objetiva es lo más determinante o lo que más influye en el estrés global de la familia. Los problemas en los informantes que más determinan el estrés global son los del grupo C (emocionales y en la vida familiar y laboral del informante), que se encuentran correlacionados significativamente con el estrés global. Les siguen en nivel de influencia en el estrés global los del grupo A (problemas en casa).

No hemos encontrado que los problemas económicos sean frecuentemente referidos, ni tampoco que cuando estén presentes sean atribuidos claramente al paciente, ni sean de los más generadores de estrés. Quizá influya en ello el alto porcentaje de pacientes que recibían una pensión estatal. Se ha señalado (36, 37) que los niveles altos de carga familiar derivada de problemas económicos se detectan sobre todo en los pacientes que han estado trabajando anteriormente, principalmente si los familiares eran cónyuges, pero no así si se trataba de padres; y esto es lo que también ocurre en nuestra muestra.

En relación a las alteraciones de conducta, son las conductas dañinas, amenazantes y escandalosas (Grupo A) las que desempeñan un mayor papel en el estrés familiar. También este tipo de conductas han sido reseñadas en otros estudios como generadoras de gran malestar en la familia (21, 38, 39). Otros problemas de conducta que también influían claramente en el estrés global son los incluidos en el grupo D. No hemos percibido que los síntomas negativos destaquen por el estrés generado en los informantes de nuestra muestra, en contra de lo que se ha señalado a este respecto (32, 21, 40). Tal vez esto último pueda estar en relación con una mayor tolerancia de la inactividad, o quizá los informantes prefieran los síntomas negativos a una actividad mayor del paciente, pues las conductas dañinas, amenazantes y escandalosas son las más preocupantes para las familias, o los síntomas negativos no sean vistos como fruto de la enfermedad sino como derivados del modo de ser y sujetos al control voluntario (41).

Los déficits en el desempeño de los roles de tareas y administración de la casa (Grupo A) parecen influir en el nivel de estrés global, aunque su correlación no es estadísticamente significativa. No obstante, parece lógico que el hecho de que el paciente esté en casa permanentemente y no ayude en las tareas de la misma sea algo que puede ser mal tolerado por la familia.

Una gran mayoría de los familiares de los pacientes dicen tener apoyos diversos en su vida, a pesar de la sobrecarga que reflejan, lo que indica que éstos no

son suficientes para aliviar el grado de tensión que el familiar sufre como consecuencia de la presencia del paciente en la familia. Parece que los más estresados buscan más apoyos dado que existe una correlación positiva entre apoyos y estrés global.

El nivel de estrés generado por los varones era mayor que el ocasionado por las mujeres. Son los pacientes con edades inferiores a los 45 años los que generaban más estrés; algo ya señalado en otros estudios (21). Nuestra muestra se caracteriza precisamente por tener una mayoría de pacientes de esa edad, pues el 68,6% son de 40 o menos años.

Los pacientes con diagnóstico de esquizofrenia desorganizada o indiferenciada parecen influir más en el estrés global de la familia aunque la significación estadística es de $p=0,0841$; quizá esto pueda estar en relación con una sintomatología más desconcertante e imprevisible.

Parecería lógico pensar que la toma de medicación oral influyera más en el estrés global por estar sujetos los familiares de estos pacientes a más incertidumbre en cuanto a posibles recaídas, pero no hemos encontrado una asociación significativa estadísticamente. Ahora bien, los pacientes que consideraban no necesaria la medicación generaban un mayor estrés, probablemente por el temor del familiar a una recaída o por los conflictos que suele originar la pugna por tomarla.

6. Conclusiones

Las familias están sobrecargadas por la difícil y dura función de cuidar a un paciente esquizofrénico. Esto se percibe tanto objetivamente, en los problemas propios del funcionamiento familiar, como, sobre todo, en términos de la repercusión emocional de la enfermedad en la familia.

Esta sobrecarga afecta a distintos campos de la vida familiar, pero fundamentalmente supone un importante impacto en el funcionamiento emocional y en la vida laboral y familiar del informante.

El modelo comunitario en salud mental ha supuesto un incremento en la carga familiar sin que exista probablemente un apoyo suficiente para las familias. Cabe preguntarse si esta situación es sostenible o puede llegar a afectar la salud de la propia familia. Estudios diversos sobre la carga familiar han señalado una alta probabilidad de aparición de trastornos psíquicos en los familiares de los pacientes esquizofrénicos (21, 42, 43, 44).

Además, altos niveles de carga familiar están relacionados con niveles altos de emoción expresada (45, 46), y está demostrada la influencia de un nivel alto de emoción expresada en la recaída de los pacientes esquizofrénicos (47, 48).

Por ello, si queremos ser eficaces en el tratamiento comunitario, es preciso

prevenir la morbilidad futura en las familias y aportar apoyo a las mismas tras valorar sus necesidades. En este sentido, hay que pensar también en la importancia que en esta sobrecarga pueda tener la ausencia de alternativas comunitarias para los pacientes (38).

Desde luego, la larga duración de esta sobrecarga, teniendo en cuenta la cronicidad de la enfermedad, requiere soluciones a largo plazo (43) y soluciones flexibles que se amolden a las diversas circunstancias de familias y pacientes y a los distintos momentos de la evolución de la enfermedad, contando siempre con los recursos asistenciales disponibles y con los nuevos que pudieran crearse.

Tabla I
Social Behaviour Assessment Schedule (SBAS). Adaptación española de Otero y Rebolledo

Conducta del paciente		Desempeño de roles sociales del paciente
Tristeza	Hiperactividad	Participación en las tareas de la casa
Retraimiento	Reacciones imprevisibles	Participación en la administración de la casa
Lentitud	Irritabilidad	Cuidados de los niños
Falta de memoria	Descortesía	Actividades de ocio y tiempo libre
Inactividad	Violencia	Conversación diaria paciente-informante
Dependencia	Ideas suicidas	Afectividad paciente-informante
Indecisión	Conducta exhibicionista	Relaciones de pareja
Preocupación	Consumo de sustancias tóxicas	Trabajo/estudio
Miedo	Descuido personal	Toma de decisiones en casa
Obsesiones	Dolores corporales	Manejo de recursos comunitarios
Ideas extrañas	Conducta extraña	Interés por acontecimientos socioculturales
		Relaciones interpersonales
Carga objetiva del informante		Apoyos al informante
Problemas emocionales en los niños		Apoyo de familiares
Relaciones del niño/s con el paciente		Apoyo de amigos y vecinos
Problemas emocionales del informante		Apoyo de instituciones
Vida social del informante		
Tiempo libre del informante		
Problemas económicos del informante		
Trastornos en la vida del informante		
Relaciones en casa		
Trastornos provocados en la vida de otros		

Tabla II
Características sociodemográficas de los pacientes (N=124)

Sexo	N	%	Edad	N	%	Estado civil	N	%	Ocupación	N	%	Convivencia	N	%
Varón	78	62,9	<21	3	2,4	Casado/Pareja	20	16,1	En paro	13	10,5	Familia propia	22	17,7
Mujer	46	37,1	21-30	26	21,0	Soltero	97	78,2	En activo	5	4,0	Familia origen	86	69,4
Ed. Media			31-40	56	45,2	Viudo	2	1,6	Invalidez	71	57,3	Otros familiares	2	1,6
para el conjunto	38,8 (19-69)	D.E.: 11,06	41-50	22	17,7	Sep./Divorc.	5	4,0	Jubilado	8	6,5	Vive solo	12	9,7
varones	35,95	D.E.: 8,77	51-60	10	8,1				Estudiante	4	3,2	Residencia	2	1,6
mujeres	41,7	D.E.: 13,49	61-70	7	5,6				Ama de casa	23	18,5			

Tabla III
Características generales de los informantes (N=124)

Sexo	N	%	Edad	N	%	Relación con el paciente	Total	N	%	Varones	N	%	Mujeres	N	%
Varones	33	26,6	21-30	5	4,0	Pareja	14	11,3	8	24,2	6	6,6			
Mujeres	91	73,4	31-40	12	9,7	Padre/madre	80	64,5	16	48,5	64	70,3			
Edad media			41-50	17	13,7	Hijo/hija	4	3,2	2	6,1	2	2,2			
para el conjunto	57 (21-80)	D.E.: 13,29	51-60	35	28,2	Pariente	23	18,5	7	21,2	16	17,6			
varones	59,00	D.E.: 13,64	61-70	38	30,6	Amigo/vecino	2	1,6	0	0,0	2	2,2			
mujeres	56,26	D.E.: 13,17	71-80	17	13,7	Otra relación	1	0,8	0	0,0	1	1,1			

Tabla IV
Puntuaciones medias (Las desviaciones típicas, entre paréntesis)

Variables SBAS	Puntuaciones	Estrés
Alteraciones de conducta	1,26 (0,26)	0,97 (0,46)
Deficiencias en el desempeño de roles	0,98 (0,44)	0,63 (0,47)
Carga objetiva del informante	0,55 (0,34)	1,06 (0,71)
Apoyos recibidos por el informante	0,98 (0,45)	

Tabla V
Alteraciones de conducta y estrés

Frecuencia alteraciones conducta (N=124)						Frecuencia del estrés del informante					
ausentes		moderadas		severas		ausente		moderado		severo	
N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
0	0,0	38	30,6	86	69,4	7	5,6	61	49,2	56	45,2

Tabla VI
Frecuencia detallada de las alteraciones de conducta y del estrés que generan

Frecuencia de las conductas	%	Frecuencia del estrés	%
Retraimiento	60,4	Exhibicionismo	100,0
Inactividad	57,3	Reac. imprevisibles	91,8
Dependencia	50,8	Violencia	88,6
Preocupación	49,2	Conducta extraña	86,8
Irritabilidad	47,6	Consumo de tóxicos	85,3
Lentitud	47,6	Irritabilidad	83,1
Descuido personal	46,0	Descortesía	82,9
Dolores físicos	42,8	Hiperactividad	82,4
Tristeza	42,8	Ideas suicidas	81,3
Indecisión	41,1	Ideas extrañas	80,9
Falta de memoria	40,3	Tristeza	79,3
Reac. imprevisibles	39,5	Descuido personal	73,7
Miedo	36,3	Falta de memoria	70,0
Ideas extrañas	33,1	Preocupación	69,3
Obsesión	31,5	Dolores físicos	68,6
Conducta extraña	29,8	Miedos	66,7
Descortesía	28,2	Inactividad	64,8
Violencia	28,2	Retraimiento	62,6
Consumo de tóxicos	27,5	Obsesiones	58,9
Hiperactividad	27,4	Indecisión	56,8
Ideas suicidas	12,9	Dependencia	54,8
Exhibicionismo	2,4	Lentitud	54,3

Tabla VII
Desempeño de roles y estrés

Frecuencia del desempeño de roles (N=124)						Frecuencia del estrés					
habitual		a veces		casí nunca		ausente		moderado		severo	
N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
0	0,0	71	57,3	53	42,7	18	14,5	81	65,3	25	20,2

Tabla VIII
Frecuencia de las deficiencias en el desempeño de roles y del estrés generado

Tipo de roles	grado de desempeño		Frecuencia del estrés	%
	casi nunca	a veces		
Relaciones de pareja	81,5	8,1	Conversación diaria	67,7
Trabajo/estudio	68,5	9,7	Cuidado de hijos	66,7
Administración casa	52,4	21,0	Ocio y tiempo libre	66,6
Toma decisión en casa	37,9	34,7	Relaciones interpersonales	65,9
Interés acontecimientos socioculturales	33,1	25,0	Apoyo al informante	57,5
Relaciones interpersonales	32,3	35,5	Afectividad/amistad	55,9
Apoyo al informante	29,8	29,8	Manejo recursos comunitarios	52,9
Tareas de casa	29,8	41,1	Toma decisiones casa	47,2
Conversación diaria	22,6	28,2	Trabajo/estudio	43,4
Ocio y tiempo libre	22,6	34,7	Administración casa	42,9
Afectividad/amistad	17,7	28,2	Tareas de casa	41,8
Manejo recursos comunitarios	8,9	17,7	Interés acontecimientos socioculturales	37,1
Cuidado de hijos	0,0	23,1	Relaciones de pareja	29,9

Tabla IX
Carga objetiva y estrés

Frecuencia de la carga objetiva (N=124)						Frecuencia del estrés					
ausente		moderada		severa		ausente		moderado		severo	
N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
4	3,2	111	89,5	9	7,3	25	20,2	39	31,5	60	48,4

Tabla X
Frecuencia de atribución de la carga objetiva al paciente

Tipo de carga	Frecuencia de atribución (%)		Grado global de atribución de la carga objetiva al paciente (N=124)					
	clara	posible	ninguna		posible		clara	
			N	%	N	%	N	%
Trastornos vida informante	51,6	39,6	20	16	52	42	52	42
Problemas emocionales informante	43,4	33,7						
Relaciones en casa	42,2	28,9						
Vida social informante	41,4	22,4						
Tiempo libre informante	31,8	40,9						
Problemas económicos informante	7,3	34,1						
Problemas emocionales niños	0,0	66,7						
Relaciones niños-paciente	0,0	100						

Tabla XI
Frecuencia de la carga objetiva y del estrés referido por los informantes

Frecuencia de la carga objetiva	%	Frecuencia del estrés	%
Trastornos vida informante	72,5	Relaciones en casa	95,5
Problemas emocionales informante	66,9	Problemas emocionales informante	86,6
Vida social informante	46,8	Trastornos en vida de otros	80,0
Relaciones en casa	36,3	Trastornos vida informante	77,0
Tiempo libre informante	34,7	Problemas económicos informante	76,3
Problemas económicos informante	33,0	Tiempo libre informante	61,4
Problemas emocionales niños	28,6	Vida social informante	54,4
Relaciones niños-paciente	14,3	Problemas emocionales niños	50,0
Trastornos en vida de otros	12,1	Relaciones niños-paciente	50,0

Tabla XII
Apoyos recibidos por los informantes

Contactos (N=124)	Familiares		Amigo/vecino		Inst. sociosanit.		Ayuda recibida (N=124)	Familiares		Amigo/vecino		Inst. sociosanit.	
	N	%	N	%	N	%		N	%	N	%	N	%
Ninguno	13	10,5	20	16,1	28	22,6	Ninguna	62	50,0	79	63,7	39	31,5
Al menos uno al mes	111	89,6	104	83,9	96	77,5	Ha recibido ayuda	62	50,0	45	36,3	85	68,5
Alivio por contactos	n	%	n	%	n	%	Alivio por la ayuda	n	%	n	%	n	%
Ninguno	23	20,7	27	26,0	5	5,2	Ninguno	2	3,2	0	0,0	3	3,5
Alguno	35	31,5	53	51,0	52	54,1	Alguno	21	33,9	28	62,2	44	51,2
Considerable	53	47,7	24	23,1	39	40,6	Considerable	39	62,9	17	37,8	39	45,3

BIBLIOGRAFÍA

- (1) TURNER, T., «Community care», *Br. J. Psych.*, 1988, 152, pp. 1-3.
- (2) WHITMAN, L.; LERNER, Y., «Classification System for the chronic mentally ill outpatient», *Isr. J. Psychiatry Relat. Sci.*, 1990, 27, pp. 17-28.
- (3) GONZÁLEZ, E., *Treinta años de psiquiatría en España: 1966-1986*, Madrid, Libertarias, 1987.
- (4) STEIN, T., «Alternative to mental hospital treatment. Conceptual model, treatment program, and clinical evaluation», *Arch. Gen. Psych.*, 1980, 37, pp. 392-397.
- (5) HOULT, J., «Community care of the mentally ill», *Br. J. Psych.*, 1986, 149, pp. 137-144.
- (6) WELLER, M.P.I., «Friern Hospital: where have all the patients gone?», *The Lancet*, 1985, i, pp. 569-571.
- (7) FADDEN, G.; BEBBINGTON, P.; KUIPERS, L., «The burden of care: the impact of functional psychiatric illness on the patient's family», *Br. J. Psych.*, 1987, 150, pp. 285-292.
- (8) BLEULER, M., *The schizophrenic disorders: long-term patient and family studies*, New Haven, Yale University Press, 1978.
- (9) VISCOGLIOSI, L.; MICCIOLO, R.; TANSELLA, M., «Patterns of care chronic patients after the italian psychiatric reform. A longitudinal case register study», *Soc. Sci. Med.*, 1990, 31, pp. 815-822.
- (10) HOGG, L.; BROOKS, N., «New chronic schizophrenic patients: a comparison of daypatients and inpatients», *Acta psychiatr. Scand.*, 1990, 81, pp. 271-276.
- (11) CUTTING, J., «Outcome of schizophrenia: overview», en KERR, A; SCNEITH, P., *Contemporary issues in schizophrenia*, Londres, Gaskell, 1986, pp. 430-440.
- (12) HASLAM, M. T., «Psychiatric hospitals and long-stay schizophrenics», *Br. J. Soc. Clin. Psych.*, 1984, 2, pp. 96-99.
- (13) JONES, K.; ROBINSON, M.; GOLIGHTLEY, M., «Long term psychiatric patients in the community», *Br. J. Psych.*, 1986, 149, pp. 537-540.
- (14) BACHRACH, L., «Young adult chronic patients: an analytical review of the literature», *Hosp. Comm. Psych.*, 1982, 33, pp. 189-197.
- (15) GUIMÓN, J., *Psiquiatras: de brujos a burócratas*, Barcelona, Salvat, 1990.
- (16) OTERO, V.; REBOLLEDO, S., «Evaluación de la carga familiar en pacientes esquizofrénicos después de un programa de rehabilitación», *Psiquiatría Pública*, 1993, 5, pp. 217-223.
- (17) MUESER, K. T., y otros, «Family burden of shizophrenia and bipolar disorder: perceptions of relatives and professionals», *Psych. Services*, 1996, 47, pp. 507-511.
- (18) PLATT, S., y otros, «The social behaviour schedule (SBAS): rationale, contents, scoring and reliability of a new interview schedule». *Soc. Psych.*, 1980, 15, pp. 43-55.
- (19) PLATT, S.; WEYMAN, A.; HIRSH, S., *Social Behaviour Assessment Schedule (SBAS)*, NFER-Nelson, Windsor Berks, 1983.
- (20) OTERO, V.; NAVASCUÉS, D.; REBOLLEDO, S., «Escala de desempeño psicosocial. Adaptación española del SBAS (social behaviour assessment schedule)», *Psiquis*, 1990, 11, pp. 395-401.
- (21) GIBBONS, J. S., y otros, «Schizophrenic patients and their families. A survey in a psychiatric service based on a DGH unit», *Br. J. Psych.*, 1984, 144, pp. 70-77.
- (22) SALLEH, M. R., «The burden of care of schizopenia in Malay families», *Acta Psych. Scand.*, 1994, 89, pp. 180-185.
- (23) BORGÑOS, E., *Estudio de calidad de vida en pacientes esquizofrénicos*, Tesis Doctoral, Universidad de Murcia, 1993.
- (24) KUIPERS, L., «Family burden in schizophrenia: implications for services», *Soc. Psych. Epidemiol.*, 1993, 28, pp. 207-210.

ORIGINALES Y REVISIONES

- (25) KISSLING, W., «Ideal and reality of neuroleptic relapse prevention», *Br. J. Psych.*, 1992, 161, pp. 133-139.
- (26) JOHNSON, Daw., «The expectation of outcome from maintenance therapy in chronic schizophrenic patients», *Br. J. Psych.*, 1976, 128, pp. 246-250.
- (27) ANGERMEYER, M. C.; MATSCHINGER, H., «Lay beliefs about schizophrenic disorder: the results of a population survey in Germany», *Acta Psych. Scand.*, 1994, 89 (supp), pp. 39-45.
- (28) DUCKER, S. J.; AXELSSON, R., «Optimización del uso de antipsicóticos depot», *CNS Drugs, New Zealand: Adis International*, 1996, 6, pp. 367-381.
- (29) HALE, A., «Combatiendo el no cumplimiento con los nuevos antipsicóticos atípicos», *Prelapse*, 1996, 4, pp. 4-5.
- (30) KREISMAN, D. E.; JOUY, V. D., «Family response to the mental illness of a relative: a review of the literature», *Schizophrenia Bulletin*, 1974, 10, pp. 34-57.
- (31) CREER, C.; STURT, E.; WYKES, T., «The role of relatives, en WING, J. K. (ed), Long-term community care: Experience in a London borough», *Psychol. Med.*, 1982, Suplemento monográfico, 2, pp. 29-39.
- (32) MCCARTHY, B. y otros, «Needs for care among the relatives of long-term users of day care», *Psychol. Med.*, 1989, 19, pp. 725-736.
- (33) MANDELBROTE, B. M.; FOLKARD, S., «Some problems and needs of schizophrenics in relation to developing psychiatric community service», *Compr. Psychiatry*, 1961, 2, pp. 317-328.
- (34) WING, J. K., y otros, «Morbidity in the community of schizophrenic patients discharged from London mental hospitals in 1959», *Br. J. Psych.*, 1964, 110, pp. 10-21.
- (35) WATERS, M. A.; NORTHOVER, J., «Rehabilitated long-stay schizophrenic in the community», *Br. J. Psych.*, 1965, 111, pp. 258-267.
- (36) HOENIG, J.; HAMILTON, M. W., «The Schizophrenic patient in the community and his effect on the household», *Inter. J. Soc. Psych.*, 1966, 12, pp. 165-176.
- (37) STEVENS, B., «Dependence of schizophrenic patients on elderly relatives», *Psychol. Med.*, 1972, 2, pp. 17-32.
- (38) LEFLEY, H. P., «Ageing parents as care givers of mentally ill adult children: an emerging social problem», *Hosp. Comm. Psych.*, 1987, 38, pp. 1.063-1.070.
- (39) GARCÍA, P.; CIVEIRA, J. M.; GONZÁLEZ, L., «Repercusión de la esquizofrenia sobre el grupo familiar», *Psiquis*, 1991, 12, pp. 57-67.
- (40) MCCARTHY, B., y otros, «Needs for care among the relatives of long-term users of day care: A report from the Camberwell High Contact Survey», *Psychol. Med.*, 1989, 19, pp. 725-736.
- (41) VAUGHN, C. E., «Patterns of interactions in families of schizophrenics», en KATSCHING, H. (ed.), *Schizophrenia: The Other Side*, Vienna, Urban & Schwarzenberg, 1976.
- (42) SCOTTISH SCHIZOPHRENIA RESEARCH GROUP, «The first episode schizophrenia study. IV. Psychiatric and social impact on relatives», *Br. J. Psych.*, 1987, 150, pp. 340-344.
- (43) SALLEH, M. R., «Psychiatric morbidity in schizophrenic relatives - use of self-reporting questionnaires (SRQ)», *Singapore Med. J.*, 1990, 31, pp. 457-462.
- (44) OLDRIDGE, M. L.; HUGHES, ICT. «Psychological well-being in families with a member suffering from schizophrenia. An investigation into long-standing problems», *Br. J. Psych.*, 1992, 161, pp. 249-251.
- (45) JACKSON, H. T.; SMITH, N.; MCGORRY P. «Relationship between EE and family burden in psychiatric disorders: an exploratory study», *Acta Psych. Scand.*, 1990, 82, pp. 243-249.
- (46) SMITH, J., y otros, «The needs of high and low expressed emotion families: a normative approach», *Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol.*, 1993, 28, pp. 11-16
- (47) LEFF, J., y otros, «A controlled trial of social intervention in the families of the schizophrenic patients: Two year follow-up», *Br. J. Psych.*, 1985, 146, pp. 594-600.

(48) LEFF, J., y otros, «Controlled trial of social intervention in the families of schizophrenic patients», en GOLDSTEN, M. J.; HAND, I.; HAHNBERG (comp), *Treatment of schizophrenia: family assessment and intervention*, Nueva York, Springer, 1986, pp. 153-170.

* A. Castilla, M. López, V. Chavarría, M. Sanjuán, P. Canut, M. Martínez, J. L. Cáceres, psiquiatras de los Servicios de Salud Mental de la Diputación de Valladolid. J. M. Martínez, psiquiatra del Centro Hospitalario Benito Menni.

Correspondencia: Aurelio Castilla, Hospital Psiquiátrico «Dr. Villacián», Avda. Dr. Villacián, s/n, 47014 Valladolid.

** Fecha de recepción: 18-XI-1997.