

## CAUSAS DE REHOSPITALIZACIÓN DE PACIENTES ESQUIZOFRÉNICOS CRÓNICOS

Por JOSÉ LINING \*, MARTA RONDÓN \*\*, ROSA LUZ MINA \*\*\*  
y REYNALDO BALLÓN\*\*\*\*

### RESUMEN

*Aparte de la relativa gravedad de las manifestaciones psicóticas y la frecuente falta de respuesta frente a los antipsicóticos convencionales, se ha observado que otros factores de diversa índole, familiares y sociales, dan lugar a la continua rehospitalización de pacientes esquizofrénicos. Objetivo. Se busca determinar los factores relacionados con la alta tasa de rehospitalización de un grupo de pacientes esquizofrénicos.*

**Material y Métodos.** *Se estudió a 25 pacientes con diagnóstico de esquizofrenia o trastorno esquizoafectivo según CIE 10 con más de tres internamientos al año y sus familiares (grupo de estudio) y a 25 pacientes con los mismos diagnósticos, que sólo hubieran tenido una hospitalización menor a treinta días (grupo control). Se aplicó, a los familiares, una ficha demográfica, el Cuestionario General de Salud (CGS), el Cuestionario de Autovaloración de Horowitz y un cuestionario de conocimientos sobre esquizofrenia. Los pacientes se sometieron a Positive and Negative Symptom (PANSS) y Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS). Se buscó correlacionar los puntajes de CGS de los puntajes PANSS Y BPRS de los pacientes.*

**Resultados.** *Se encontró una alta frecuencia de puntajes superiores a 12 en CGS (probable caso) en los familiares del grupo de estudio y correlación positiva entre PANSS Y CGS solo entre los controles. Hubo predominio de mujeres entre los familiares responsables de los pacientes. Los niveles de conocimiento sobre esquizofrenia fueron uniformemente bajos.*

**Conclusiones.** *Existe un alto nivel de malestar psicológico entre los familiares de pacientes psicóticos, probablemente relacionado al rechazo al enfermo y a la falta de conocimientos sobre la enfermedad y su curso, que no les permite hacerse cargo del cuidado del paciente en casa. Por tanto, una mejor atención a las emocionales y educativas de las familias con un enfermo esquizofrénico podría redundar en una mayor permanencia del paciente en el seno de su familia.*

### ABSTRACT

*Besides the relative intensity of psychotic manifestations, and the frequent lack of adequate response to conventional anti-psychotic medication, other factors may play a role in the continuous need to hospitalize a schizophrenic patient.*

---

\* Jefe del Departamento de Salud Mental, Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins. Universidad Nacional Mayor de San Marcos.

\*\* Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins. Universidad Peruana Cayetano Heredia.

\*\*\* Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins.

\*\*\*\* Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins.

**Objective:** We try to determine personal and familial which may be related with a high rate of repeated hospital admissions in a group of patients diagnosed as suffering from schizophrenia and schizoaffective disorder (ICD 10).

**Material and Methods:** We studied 25 patients with F20 or F25 diagnoses, who had been admitted to hospital three or more times in a twelve month period, and their care givers (study group) and 25 patients with the same diagnoses, who had been in hospital only once, for not more than 30 days, during the same period, and their care givers (control group). Caregivers were given a demographic form, the General Health Questionnaire, Horowitz's Self-Assessment Scale and a questionnaire on knowledge about schizophrenia. Patients were assessed by means of Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) and Positive and Negative Symptom Scale (PANSS). Correlation between GHQ and BPRS and PANSS were assessed.

**Results:** A high rate of scores above 12 in the GHQ was found among the relatives in the study group. There was positive correlation between GHQ and PANSS and BPRS in the control group only. The majority of care givers are women. The level of knowledge about schizophrenia was uniformly low.

**Conclusions.** There is a high level of emotional distress among relatives of schizophrenic patients, probably related to rejection of the disease and lack of knowledge about schizophrenia and its course, that precludes their being able to care for the patient at home. Therefore more careful attention of the emotional and educational needs of the relatives might bring about longer permanence of the patient in the community.

**PALABRAS-CLAVE :** Esquizofrenia-rechazo familiar, cuidadores.

**KEY WORDS :** Schizophrenia, familial rejection, caregivers.

## INTRODUCCION

La esquizofrenia, enfermedad psiquiátrica severa e incapacitante genera altos costos tanto para el paciente y sus familiares como para el sistema de salud<sup>1</sup>; el espectacular avance en la investigación básica en esquizofrenia aún no se refleja en el campo clínico<sup>2</sup>.

Los tratamientos farmacológicos disponibles, a pesar de que sólo atenúan los síntomas positivos del trastorno, originan la fantasía de que todos los pacientes esquizofrénicos deberían residir en la comunidad; sin tomar en cuenta que entre el 30 y el 60% de los pacientes son refractarios a la terapéutica habitual<sup>3</sup>.

Una de las consecuencias preocupantes de la política de desinstitutionalizar a pacientes cuyos síntomas no se controlan adecua-

damente es el "síndrome de la puerta giratoria", que describe la situación de rehospitalizaciones psiquiátricas frecuentes<sup>4</sup>.

La refractariedad al tratamiento puede ser atribuida a diversos factores, tanto biológicos (anormalidades en la imagenología cerebral, con disfunción frontal; neurotoxicidad de los desequilibrios dopaminérgicos y del glutamato, entre otros)<sup>5</sup> como psicossociales: se señala que la alta frecuencia de recaídas y rehospitalizaciones estaría relacionada con algunas características familiares<sup>6</sup> como el alto nivel de emoción expresada, el grado de instrucción del familiar, el grado de conocimiento de la familia sobre la enfermedad, las actitudes hacia el paciente, la existencia de otros problemas de salud en el seno de la familia y la *violencia del paciente hacia los familiares*<sup>7</sup>.

En el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins de la Seguridad Social del Perú (HNERM-ESSALUD), la esquizofrenia ocupa el quinto lugar de demanda de consulta externa y el octavo en demanda de hospitalización. El 40% de los pacientes atendidos en los diversos servicios del Departamento de Salud Mental del HNERM-ESSALUD, en el año 2000 tuvieron diagnóstico de esquizofrenia según criterios de la 10ª Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10)<sup>8</sup>. Ese año, ESSALUD destinó alrededor de cinco millones de nuevos soles (un millón cuatrocientos veintiocho mil dólares aproximadamente), para la atención de pacientes psiquiátricos crónicos en clínicas contratadas en Lima.

De los pacientes atendidos en el sistema de ESSALUD, calculamos que el 40% de los pacientes que requieren hospitalizaciones prolongadas de hasta 60 días de una clínica contratada, se hospitaliza más de dos veces al año<sup>9</sup>. Aún admitiendo que el 80% de los pacientes esquizofrénicos se hospitalizan en los tres primeros años posteriores al diagnóstico<sup>10</sup>, esta cifra es muy alta y da lugar a que muchos pacientes registren 30 o 40 hospitalizaciones, con los consecuentes fenómenos de exclusión de la vida familiar y desadaptación a la vida fuera de la institución psiquiátrica.

El objetivo del presente trabajo es identificar, en un grupo de pacientes esquizofrénicos crónicos con hospitalización iterativa, los factores personales y familiares que pudieran relacionarse con la alta frecuencia de hospitalización y su consecuente exclusión del seno familiar.

## MATERIAL Y MÉTODOS

Se estudió un grupo de 25 pacientes con dos o más hospitalizaciones en una clínica con-

tratada por ESSALUD, en el período de un año. Cabe anotar que en nuestra institución, se decide el traslado de un paciente a una clínica cuando su caso requiere un internamiento mayor de dos semanas. En la clínica, los pacientes permanecen un promedio de 60 días más.

En el período de estudio, se identificó a aproximadamente 30 pacientes esquizofrénicos con dos o más hospitalizaciones en clínicas, de los que se eligió a 25 pacientes que cumplieran con los requisitos de inclusión.

**Inclusión.** Paciente entre 18 y 75 años de edad, con diagnóstico F20 o F25 (CIE-10), hospitalizados más de dos veces en un periodo de doce meses.

**Exclusión.** Paciente con diagnóstico diferente en sucesivas hospitalizaciones o que no tenga familiar responsable.

**Limitación.** Replanteo de diagnóstico durante alguna hospitalización.

**Ubicación espacio temporal.** Departamento de Salud Mental, Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, marzo 2000 a marzo 2001. La muestra se reclutó hasta llenar la cuota fijada. Se revisó la historia de los pacientes con diagnóstico F20 o F25 que se encontraron en su tercera hospitalización en el período de estudio. Se citó al familiar responsable para una entrevista que incluyó una ficha demográfica, el cuestionario sobre esquizofrenia<sup>11</sup>, el cuestionario de Horowitz<sup>12</sup> y el Cuestionario General de Salud de Goldberg<sup>13</sup>. (CGS). Se revisó la historia de los pacientes identificados y se les aplicó la Escala Breve de Evaluación Psiquiátrica<sup>14</sup>, BPRS por sus siglas en inglés (Brief Psychiatric Rating Scale) y la Escala de Síntomas Positivos y Negativos de la Esquizofrenia<sup>15</sup> o PANSS (Positive and Negative Symptom Scale).

Se reclutó a los pacientes del grupo "control" de los registros de hospitalización del

Servicio de Hospitalización y se procedió con ellos de manera similar; con excepción de los pacientes ambulatorios (después del alta) que fueron convocados al Departamento para la entrevista y aplicación de escalas.

La Ficha Demográfica fue elaborada por los investigadores y recoge datos demográficos del paciente y su familiar responsable, así como datos sobre la cronología de la enfermedad y antecedentes patológicos y psiquiátricos relevantes. Asimismo, pregunta sobre estresores severos o catastróficos (según DSM IV) que hubieran ocurrido en relación temporal con el inicio de la enfermedad o del periodo de hospitalización iterativa.

El Cuestionario sobre Esquizofrenia elaborado por Sotillo y cols. (1991) y modificado por Rojas<sup>16</sup> es un cuestionario que se busca determinar si el sujeto conoce la causa, características más saltantes y tratamiento habitual de la esquizofrenia y si puede las recaídas.

Asimismo, determina los recursos de afronte frente al paciente mediante preguntas de selección múltiple y abiertas. Se requiere un puntaje de 7.5 para "aprobar".

La Escala de autovaloración de Horowitz (Horowitz et al. 1996), es un instrumento de cinco preguntas que mide el impacto desfavorable del estrés sobre el autoconcepto mediante una escala visual tipo Likert. El puntaje (obtenido dividiendo la suma de subpuntajes entre cinco) está en el rango 0 - 10. Un puntaje bajo en Horowitz representa afectación de la autoestima y predice psicopatología a largo plazo. El Cuestionario ha sido traducido al español previamente y se ha usado en el país con anterioridad<sup>17</sup>.

El Cuestionario General de Salud (CGS) es una escala que mide el sentimiento de

bienestar psicológico y el estrés. Para cada uno de los sesenta ítems, el familiar debe elegir en una escala Likert (0-3) entre "menos de lo habitual", "no más de lo habitual", "más de lo habitual" y "mucho más de lo habitual". El punto de corte es 12, puntaje a partir del cual se considera que el sujeto pudiera tener alguna psicopatología. El CGS ha sido traducido al español, validado y usado previamente en el país.

Tanto la BPRS y la PANNS son instrumentos que cuantifican la intensidad de síntomas positivos y negativos de esquizofrenia. Existen traducciones y su uso está bastante difundido en el medio local. La BPRS consta de 18 ítems, con un rango entre 0 y 4. La PANSS consiste en 7 ítems para síntomas positivos, 7 ítems para síntomas negativos y 16 ítems para psicopatología general. Cada ítem puede recibir entre 1 y 7 puntos, con un puntaje máximo total de 210 puntos.

El grupo de estudio se contrastó con un grupo de control compuesto por veinticinco pacientes aparcados por diagnóstico, edad y sexo, con una sola hospitalización en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins.

Los datos se analizaron usando SPSS 9.0. Se aplicó la prueba *t* de Student, *chi* cuadrado, y se buscó correlación con *r* de Pearson.

## RESULTADOS

Se evaluó 25 casos y 25 controles. La tabla I muestra los datos de la ficha demográfica de ambos grupos. No hay diferencia estadísticamente significativa en edad, edad de inicio de la enfermedad, edad de inicio del tratamiento. Había 5 mujeres y 20 hombres entre los casos y 6 mujeres y 19 varones entre los controles. Notamos que en el grupo de los casos hay 14

que no viven con la familia completa. Esto sólo ocurre con siete "controles".

Los familiares de los casos fueron 17 mujeres y 8 varones. Las mujeres eran 10 madres, 6 hermanas y una hija del paciente. Los varones eran 4 padres, 2 hermanos y 2 esposos. Los familiares cuidadores de los casos fueron 16 mujeres y 9 varones. Las mujeres eran 9 madres y 7 hermanas. Los varones eran 4 padres, 4 hermanos y 1 esposo.

Entre los pacientes del grupo "casos" el puntaje de BPRS estuvo en el rango entre 6 y 41, con una media de 23.08 y una desviación estándar de 9.937. Los puntajes de PANSS estuvieron entre 46 y 140, con una media de 108 y una desviación estándar de 24.98. El puntaje de hostilidad de PANSS estuvo entre 1 y 7, con una media de 2.76 y una desviación estándar de 1.92.

Entre los pacientes del grupo "controles" el puntaje de BPRS estuvo en el rango entre 0 y 36, con una media de 10.16 y una desviación estándar de 9.16. Los puntajes de PANSS estuvieron entre 10 y 90, con una media de 56 y una desviación estándar de 19.52. El puntaje de hostilidad de PANSS estuvo entre 1 y 3, con una media de 1.44 y una desviación estándar de 0.82.

El CGS de los familiares cuidadores de "los casos" estuvo entre 0 y 75, con una media de 24.7 y una desviación estándar de 19.7. El CGS de los controles estuvo entre 0 y 46, con una media de 7.76 y una desviación estándar de 11.2. Al evaluar el CGS según el familiar cuidador, tenga o no puntaje para calificar como probable portador de psicopatología (punto de corte 12), encontramos los datos de la tabla II, que muestra un predominio de casos probables entre los cuidadores del grupo "casos".

La escala de Horowitz de los familiares de los casos, tuvo un rango entre 1 y 8.80, con un promedio de 6.06 (desv. est. 2.16). La escala de Horowitz de los controles tuvo un rango entre 3 y 10, con un promedio de 7.23 (desv. est. 1.88).

El puntaje en el Cuestionario sobre Esquizofrenia de los familiares de los casos, estuvo en el rango entre 2.5 y 9, con una media de 6.94 (desv. est. 1.54). El puntaje en el Cuestionario sobre Esquizofrenia de los controles estuvo en el rango entre 3.50 y 10, con una media de 7.46 (desv. est. 1.86). El Cuestionario sobre Esquizofrenia mereció puntaje desaprobatorio para ambos grupos, demostrando una carencia de conocimientos acerca de la enfermedad.

La tabla III muestra que los cuidadores del grupo "control", carecen de apoyo de otros familiares.

La tabla IV muestra que tanto casos como controles reportan escasos estresores al inicio de la enfermedad. Los estresores descritos, sin embargo, son severos, con frecuencia la muerte del padre o madre.

### ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

Existen una diferencia estadísticamente significativa entre los puntajes de PANSS y BPRS y del factor de Hostilidad de la PANSS de los pacientes de los grupos "casos" y "controles". También existe diferencia entre los puntajes de CGS de los cuidadores de los "casos" y "controles".

Asimismo, se encontró correlación significativa entre CGS y nivel de hostilidad del paciente medida según PANSS, entre CGS del cuidador y la intensidad de síntomas, medida según puntaje total del BPRS y entre CGS y Horowitz del cuidador del grupo control (Tabla VI a IX).

No se pudo establecer una correlación entre las escalas que miden intensidad de los síntomas de los pacientes (PANSS y BPRS) y la medida del impacto emocional sobre el familiar (CGS o Horowitz), entre los "casos" aunque hay una tendencia a que el resultado de BPRS y CGS correlacionen.

Se encontró correlación inversa entre el puntaje del Cuestionario sobre Esquizofrenia (nivel de conocimientos) y el CGS de los familiares cuidadores de los controles, pero no de los casos.

### DISCUSIÓN

Nuestros resultados muestran claramente mayores niveles de hostilidad y de intensidad psicopatológica en los pacientes que se hospitalizan repetidamente. Este resultado no es sorprendente y probablemente se relaciona con la severidad y cronicidad del cuadro y a su resistencia al tratamiento habitual<sup>18</sup> (es escaso el acceso a los antipsicóticos atípicos en la población estudiada). Estos pacientes permanecen tan poco tiempo en casa que la escasa adherencia al tratamiento no sería un factor importante, puesto que en los hospitales se les administra la medicación bajo supervisión.

Tampoco es sorprendente el alto grado de compromiso psicológico de los familiares (cuidadores), de los pacientes en puerta giratoria. El impacto desfavorable sobre el funcionamiento psicológico de los familiares ya ha sido descrito por otros autores<sup>19</sup>. Tanto el concepto de sí mismo venido a menos, como la presencia de diversos síntomas indicadores de ansiedad, depresión, fracaso en la resolución de problemas, disfunción social y falta de bienestar, son comunes entre los familiares de los pacientes de puerta giratoria.

En nuestro estudio, hay una correlación clara entre la intensidad del trastorno y el grado de afectación del cuidador sólo en el grupo control. Nos atrevemos a postular, vistos los altos puntajes de CGS y los bajos puntajes de Horowitz, que el grado de afectación de los cuidadores del grupo "casos" es de tal magnitud que ya no son capaces de discriminar los cambios en el estado de sus pacientes: este es un indicador de indiferencia o de depresión severa.

Los pacientes del grupo "casos", además, pasan temporadas prolongadas en el hospital; el familiar tiene pocas oportunidades para observar cambios en el paciente, percibiéndolo como uniformemente "enfermo".

La homogeneidad de bajos puntajes en Horowitz entre ambos grupos de cuidadores, indicadores de la afectación de la autoimagen, está probablemente relacionada por el hecho de tener un enfermo mental grave en el seno familiar durante mucho tiempo. Independiente de su evolución, hay sentimientos de culpa y temblores sobre la probable presencia de otros casos<sup>20</sup>.

La estigmatización del enfermo psiquiátrico en nuestro medio aún es alta. En un reciente estudio de familias de pacientes psiquiátricos realizado en Lima<sup>21</sup>, los investigadores encuentran que el paciente esquizofrénico es el más señalado como portador de anormalidad.

¿Sería entonces, la situación de tener un familiar esquizofrénico con episodios de violencia, que requiere constantes hospitalizaciones, por la fuerza, con la intervención de vecinos y de la policía, lo que causaría el deterioro del estado emocional del familiar? Ante esta lectura de los resultados, debemos recordar

las propuestas en sentido inverso, de que el ambiente familiar o social puede ser un factor etiológico importante de la enfermedad; sin contar con las hipótesis genéticas.

Boye (2001), usando un instrumento clínico como PANSS, informa que sus hallazgos no se correlacionan con el grado de afectación del cuidador ni con la manera cómo éste percibe al paciente. Algunas manifestaciones de síntomas particularmente disruptivos, para los familiares no serían evidentes en el contexto de la entrevista clínica y, algunos síntomas podrían ser el resultado de la interacción entre el paciente y el familiar. Este investigador encuentra que las manifestaciones ansiosas del paciente son las más perjudiciales para el familiar. Nosotros no hemos analizado por separado los diversos factores del CGS; pero debemos tener en cuenta que los síntomas negativos son mucho mejor tolerados por los familiares que los síntomas positivos.

Nos sorprende el escaso nivel de conocimiento sobre esquizofrenia, que la encuesta demuestra, en familiares que han convivido un promedio de 20 años con un enfermo esquizofrénico atendido en un sistema que proporciona, en diversas instancias y repetidamente, servicios de orientación y capacitación para familiares.

Nuestros encuestados por ejemplo, sólo recuerdan el biperideno entre los fármacos usados por el paciente y no son capaces de reconocer los prodromos de una recaída. Sin embargo, encontramos entre los cuidadores, que a mayor nivel de conocimientos, menos compromiso psíquico. La existencia de algún impacto positivo de los esfuerzos educativos, queda demostrada para familiares que aún no han llegado a la desmoralización.

Entre nuestros pacientes con múltiples hospitalizaciones, también resalta una propor-

ción mayor que la esperada de hogares dirigidos por una mujer sola: divorciada, abandonada o viuda. Además, un número importante de familiares (cuidadores) viven solos con el paciente, sin apoyo de los otros miembros de la familia, quienes no contribuyen económica, práctica ni emocionalmente en el sostén del enfermo. Este abandono social del familiar que sirve de soporte ha de estar relacionado con los altos niveles de desconocimiento sobre la enfermedad, que genera falsas expectativas que se frustran y con el alto grado de estigmatización del paciente mental en general.

Finalmente, el hallazgo más claro y dramático de la investigación es la miseria material, moral y emocional de los cuidadores (familiar responsable) y de los pacientes esquizofrénicos: a la mala evolución del cuadro clínico se suma la ignorancia sobre la enfermedad y las escasas alternativas para enfrentarla, la estigmatización y el abandono no sólo por parte de la comunidad sino también de los otros familiares. Esta situación da lugar a que los recursos emocionales de los familiares se desgasten, configurando una situación de desmoralización. En esta sentido, el trabajo de Mendoza y cols. cuantifica alta disfuncionalidad y dificultad en la resolución de conflictos en las familias con pacientes esquizofrénicos.

Nuestros resultados, refuerzan los Lineamientos para Tratamiento de la Esquizofrenia planteados por la Asociación Psiquiátrica Americana<sup>22</sup>, cuando describen el papel indispensable de la intervención en las familias para disminuir las recaídas y, demás, mejorar el funcionamiento del paciente, disminuir la carga familiar, y mejorar el funcionamiento de la familia<sup>23, 24, 25</sup>.

A partir de los resultados de la National Comorbidity Survey<sup>26</sup>, que muestran un alto grado de agrupamiento de la patología psi-

quiátrica, las familias donde hay un paciente identificado deben recibir atención especializada para la detección precoz y el manejo adecuado de otros trastornos psiquiátricos que pudieran aparecer.

### CONCLUSIONES

- Los pacientes con más de tres hospitalizaciones al año, muestran mayor cantidad de síntomas psicóticos que los que permanecen en casa. En este sentido, en general, los pacientes están hospitalizados primordialmente por causa de su mayor afectación.
- El nivel de conocimiento sobre esquizofrenia es pobre en todos los cuidadores.
- Los familiares cuidadores de los pacientes recicladores, están significativamente afectados desde el punto de vista emocional.

### RECOMENDACIONES

- Se recomienda optimizar el manejo psicofarmacológico de los pacientes esquizofrénicos crónicos que no responden al tratamiento o que están abandonados.
- Se recomienda el diseño e implementación de estrategias psicoseciales para el paciente y sus familiares, con la modalidad de Centros de Día descentralizados, con programas de psicoeducación acerca de la enfermedad y su curso, entrenamiento en afronte de situaciones difíciles y resolución de problemas dentro de la familia, comunicación y manejo del estrés.

Aunque el costo de estos programas sea alto, probablemente será menor que el precio que pagamos por la atención fragmentada que se proporciona actualmente y, sobre todo, mejorará la calidad de vida de nuestros pacientes.

TABLA I  
 CARACTERÍSTICAS DE PACIENTES, AMBOS GRUPOS

	CASOS	CONTROLES
EDAD (promedio)	41.6	42.3
SEXO	V=20, M=5	V=18, M=7
L. NACIMIENTO		
Lima	16	23
Provincia	9	2
L. PROCEDENCIA		
Urbana	17	18
Urbano marginal	8	7
VIVE CON		
Familia	11	18
Un familiar	10	7
Solo	2	0
Pensión	2	0
G. INSTRUCCIÓN		
Primaria	10	5
Secundaria	11	16
Superior	3	4
EST. CIVIL		
Soltero	21	21
Casado	3	4
Divorciado	1	-
EDAD INICIO ENF.	19	19.5
EDAD INICIO DE TRATAMIENTO	19.9	20
EDAD PRIM. HOSP.	22.3	23

TABLA II  
 CUIDADORES CALIFICADOS COMO  
 "PROBABLE CASO" SEGÚN CGS

	CASOS	CONTROLES	TOTAL
SI	18	5	23
NO	7	20	27
TOTAL	25	25	

TABLA III

## CUIDADORES SEGÚN SI TIENEN O NO APOYO

	CASOS	CONTROLES	TOTAL
TIENE APOYO	11	20	31
NO TIENE APOYO	14	5	19
	25	25	

TABLA IV

ESTRESORES SEVEROS AL MOMENTO  
DE INICIARSE LA ENFERMEDAD

ESTRESORES	CASOS	CONTROLES	
SL INICIO DE LA ENFERMEDAD	5	7	12
AL INICIO DE HOSPITALIZACIÓN ITERATIVA	5	0	0
TOTAL	10	7	

TABLA V

## TIPO DE ESTRESORES DESCRITOS

ESTRESOR		
MUERTE	TOTAL	14
	PADRE	7
	MADRE	3
	HUO HERMANO	2
	POR TERRORISMO	1
	SUCIDIO	1
PROBLEMA JUDICIAL		1
PRISIÓN		1
AMPUTACIÓN		1
GESTACIÓN		1

TABLA VI

**CORRELACION ENTRE NIVEL DE CONOCIMIENTOS  
SOBRE ESQUIZOFRENIA (CCUEST) Y CGS (CCGS)  
DE CUIDADORES DE LOS CONTROLES**

		<b>CCGS</b>	<b>CBPRS</b>
<b>CCGS</b>	Pearson Correlation	1.000	-.591
	Sig.(2-tailed)	.	.002
	N	25	25
<b>CCUEST</b>	Pearson Correlation	-.591	1.000
	Sig. (2-tailed)	.002	.
	N	25	25

*Correlación significativa al nivel 0.01 (dos colas)*

TABLA VII

**CORRELACION ENTRE PUNTAJE BPRS DEL PACIENTE (CBPRS) Y CUESTIONARIO  
GENERAL DE SALUD(CCGS) DEL CUIDADOR DEL GRUPO CONTROL**

		<b>CCGS</b>	<b>CBPRS</b>
<b>CCGS</b>	Pearson Correlation	1.000	-.591
	Sig.(2-tailed)	.	.002
	N	25	25
<b>CCUEST</b>	Pearson Correlation	-.591	1.000
	Sig. (2-tailed)	.002	.
	N	25	25

*Correlación significativa al nivel 0.05 (dos colas)*

TABLA VIII

CORRELACION ENTRE PUNTAJE DE HOSTILIDAD(CHTS) SEGÚN PANSS Y CGS(CCGS) DEL CUIDADOR EN EL GRUPO CONTROL

		<b>CCGS</b>	<b>CBPRS</b>
<b>CCGS</b>	Pearson Correlation	1.000	.418
	Sig. (2-tailed)		.037
	N	25	25
<b>CHST</b>	Pearson Correlation	.418	1.000
	Sig.(2-tailed)	.037	
	N	25	25

*Correlación significativa al nivel 0.05(dos colas)*

TABLA IX

CORRELACION ENTRE EL PUNTAJE DE CGS (CCGS) Y EL PUNTAJE DE LA ESCALA DE HOROWITZ (CHOROWIT) DEL GRUPO CONTROL

		<b>CCGS</b>	<b>CHOROWIT</b>
<b>CCGS</b>	Pearson Correlation	1.000	.662
	Sig. (2-tailed)		.000
	N	25	25
<b>CHOROWIT</b>	Pearson Correlation	.662	1.000
	Sig.(2-tailed)	.000	
	N	25	25

*\*\* Correlación significativa al nivel 0.01 ( 2 colas)*

## BIBLIOGRAFÍA

1. Black DE y Andreasen NC (2000) Esquizofrenia, trastorno esquizofreniforme y trastornos delirantes En: Tratado de Psiquiatría, Hales RE, Yudofsky SC y Talbott JA, Eds. Masson SA, Barcelona. pp. 419-471.
2. Andreasen, NC (1999) A Unitary Model of Schizophrenia: Bleuler's fragmented phrenea as schizencephaly. Arch Gen Psychiatry 56: 781-787.
3. Muller-Span, F.(1999) New drugs in Treatment Resistance. Current Opinion in Psychiatry.12 (Suppl.1). 96.
4. Kaplan HI y Sadock BI (1996): Concise Textbook of Clinical Psychiatry. Williams & Wilkins, Baltimore.
5. Liebermann, J.(1999) The development of Treatment Resistance in Schizophrenia: A Clinical and Pathological perspective. Current Opinion in Psychiatry 12: (Suppl. 1) p.95.
6. Sharma, T& Kerwin R(1996): Biological determinants of difficult to treat patients with schizophrenia. British Journal of Psychiatry 169 (Suppl.31). 5-9.
7. Kane JM(1996). Factors which can make patients difficult to treat. Br J of Psychiatry 169(suppl. 31) 10-14.
8. Organización Mundial de la Salud (1992) Décima Revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades, Trastornos mentales y del Comportamiento, Madrid, Meditor Ed. pp. 113-125.
9. Adán P. y Bocanegra R.(1993) Factores determinantes de hospitalización en 100 Pacientes del Servicio de Hospitalización Breve-HNERM. Revista Médica del IPSS 2(4):29-32.
10. Sipós A, Gunnell D, Amin S, Singh S.(2001) Patterns and predictors of hospitalisation in first episode psychosis. Br J of Psychiatry 178: 518-523.
11. Sotillo C y cols. (1995) Manual para el programa psico-educativo a familiares de pacientes esquizofrénicos crónicos INSM "Honorio Delgado-Hideyo Noguchi", Lima.
12. Horowitz M, Sonneborn D, Sugahara C, Maercker A(1996) Self regard: A New measure. Am J Psychiatry 153:382-385.
13. Goldberg, DP, HillierVF(1979) A scaled version of the General Health Questionnaire. Psychological Medicine, 9:139-145.
14. Overall JE y Gorham DR (1962) The Brief Psychiatric Rating Scale. Psychol Rep 10: 56-62.
15. Andreasen NC, Flaum M, Swayze V W II, Tyrrel G, Arndt S(1990): Positive and negative symptoms in schizophrenia: a critical reappraisal. Arch Gen Psychiatry 47: 615-621.
16. Rojas R.Habilidades Sociales: Psicoterapia grupal con pacientes esquizofrénicos crónicos. I Encuentro Nacional de Rehabilitación en Salud Mental. Lima, 1995.
17. Rondón MB(1999) Impact of work on the mental health of Peruvian women. XI World Congress of Psychiatry, Hamburg, August 1999, PO-14-107 Abstracts Vol II: 310.
18. Cabrejos, MA y Osnayo (2000) Eficacia y Seguridad Clínica del uso de Clozapina Genérica. XXI Congreso Latinoamericano de Psiquiatría y XVI Congreso Nacional de Psiquiatría. Sept. 2000, Libro de resúmenes, TL2-10 p.99.
19. Boye B; Bentsen H; Ulstein I; Notland TH; Lersbryggen A; Lingjaerde O; Malt UF(2001)