



Ciencias Sociales Online

revista electrónica

ISSN 0718-1671

URL: <http://www.uvm.cl/csonline>

Email: jgibert@uvm.cl

Ciencias Sociales Online, julio 2006, Vol. III, No. 2. Universidad de Viña del Mar – Chile

ESQUIZOFRENIA, GÉNERO, DEBERES SOCIALES Y PARTICIPACIÓN EN LA FAMILIA

Schizophrenia, gender, social duties and involve in family life

Jorge Chuaqui

Doctor en Ciencias Humanas, Universidad Adam Mickiewicz

RESUMEN

En este artículo analizamos resultados de una investigación FONDECYT realizada en los años 2002-2003; más específicamente resultados de una muestra de 112 pacientes esquizofrénicos compensados (57 hombres y 55 mujeres) y de 101 tutores de dichos pacientes, muestra dirigida no aleatoria pero que tiene bastante representatividad sustantiva de acuerdo a indicadores demográficos y socioeconómicos. Se intenta validar una hipótesis en cuanto a que las mujeres pacientes por realizar quehaceres domésticos (mínimo social para las mujeres no así para los hombres) serían mejor aceptados y evaluadas por sus familias que los pacientes hombres. En cuanto a la mayor aceptación de las mujeres pacientes por la familia, se daría una contradictoria realidad: por un lado se las estaría aceptando de hecho al haber una mayor comunicación de las pacientes mujeres con la familia, lo que contrastaría con la evaluación de los tutores de considerarlas

menos integradas a la familia. En cuanto a sus capacidades y habilidades, se las considera más maduras, más sociables y, en general, se las evalúa más positivamente en el índice de doce ítem de pacientes compensados, pero, al mismo tiempo, son peor evaluadas en capacidad de autodeterminación y de hacer una vida independiente.

EL PROBLEMA

Aquí analizaremos aspectos específicos que surgen de la relación de personas con esquizofrenia y la familia en que viven, especialmente relacionadas con las tareas socialmente aceptadas que cumplen personas con esquizofrenia de los dos diferentes géneros y las consecuencias para la forma en que son vistas por la familia (o el hogar) que los acoge. No encontramos referencias explícitas de este problema en la bibliografía, pero es bueno exponer también hallazgos respecto a la relación entre personas con esquizofrenia y sus familias en general tal como son vistas por la bibliografía nacional, antes de adentrarnos a nuestro tema.

La familia pasa por diversas etapas negativas desde el inicio de la enfermedad, hasta que llega a aceptarla de manera madura y esperar sólo cambios razonables en el paciente [Mahaluf, Jorge y otros, 1989]. La esquizofrenia causa un serio problema no sólo al paciente, sino también a la familia, por lo que esta frecuentemente se ve aliviada cuando el paciente es hospitalizado, lo que en ciertos casos lleva a que la familia deje abandonado al paciente en el asilo [Cordero, Martín, 1997]. La falta de manejo adecuado de la familia respecto a la enfermedad, influida por la formación de imágenes negativas de la familia respecto al paciente puede llevar a situaciones como las descritas.

Ante esta situación, ha surgido una estrategia denominada intervención familiar, destinada a reducir los problemas que la esquizofrenia causa a la familia, y por tanto al paciente. Se trata de asistir a las familias de esquizofrénicos ambulatorios para que reduzcan el clima hostil al interior de la familia, aumentar la habilidad de la familia de adelantarse y resolver los problemas, reducir expresiones de culpa y enojo de la familia, mantener expectativas razonables de la familia respecto al paciente, mantener un grado de distancia adecuado respecto al paciente (cuando sea necesario) y alcanzar un cambio deseable del comportamiento. Se ha concluido que la intervención familiar disminuye la frecuencia de recaídas y hospitalización en períodos de entre siete meses y dos años, estimula la aceptación de la medicación y podría ayudar a los pacientes a mantener sus trabajos. No obstante, no tiene efecto sobre la propensión al suicidio ni sobre la tendencia de individuos/familia a abandonar el tratamiento, ni los niveles de emotividad expresada, ni la sensación de carga familiar [Sepúlveda, Rafael, 1993]. También hay ejemplos de intervención familiar realizados en Chile con algunos resultados positivos [Zúñiga, Sonia y J. Jobet, 1993].

Hay experiencias que plantean fortalecer los mecanismos protectores del estrés y de la incapacidad de procesar adecuadamente respuestas adaptativas, tanto en la familia como en la comunidad [Morales, Eliana, 1994]. Es nuestra idea que los mecanismos protectores no se traduzcan en discriminación y prejuicios de la familia respecto al paciente, tarea que dada la naturaleza de la enfermedad, en ningún caso es fácil. Por lo anterior, vistos los problemas que se producen en las familias que requieren de una ayuda externa, hace que no pueda ser vista la rehabilitación como adecuación a los estándares o normas de la familia, como una "adaptación a" la familia. Un ideal de logro sería transformar al paciente en un agente de cambio, para lo cual habría que trabajar con las redes sociales, tanto micro como macro sociales [Morales, Eliana, 1994]. Dentro de los esfuerzos por reinsertar al paciente en la sociedad ha surgido el "cuidado en la comunidad" en las políticas de salud mental.

Pero en este artículo no nos interesa el problema de la relación entre esquizofrenia y familia en general, ni tampoco el problema del estigma en el ámbito del trabajo que ya hemos analizado en otras publicaciones [Chuaqui, Jorge, 2002], sino el problema del impacto en la percepción de la familia respecto al paciente del cumplimiento o no de deberes sociales por este último definidos para los dos diferentes géneros (lo que puede llevar a anular parcialmente la eventual discriminación del paciente por parte de la familia).

Un breve análisis de información de una investigación anterior (1) nos sugirió una hipótesis que en este artículo será contrastada con la información recogida en la presente investigación (2).

Según la información del estudio anterior, pensamos que desde el punto de vista de la aceptación familiar la mujer esquizofrénica se ve favorecida socialmente, ya que si colabora en las tareas del hogar (actividad que no está sujeta a la discriminación de un potencial empleador), se está cumpliendo el mínimo social aceptado y, por tanto, sería menos rechazada. El análisis de los resultados de la investigación FONDECYT ya mencionada, en la encuesta de pacientes, apoya de manera preliminar esta hipótesis. Un 23% de los hombres declara realizar quehaceres domésticos (en la pregunta: ¿en qué emplea su tiempo en general?) contra un 64% de la mujeres, y, al indagar por el nivel de satisfacción con la vida que lleva (en la pregunta: ¿está Ud. muy satisfecho, satisfecho, regular o insatisfecho con la vida que lleva?) según sexo, los resultados se distribuyen según la tabla N° 1:

TABLA N° 1: Grado de satisfacción / insatisfacción con la vida según género

SATISFACCIÓN CON LA VIDA QUE LLEVA	HOMBRES (%)	MUJERES (%)
Muy satisfecho	6	14
Satisfecho	38	32
Regular	27	42
Insatisfecho	28	12

No sabe/No responde	1	-
TOTAL	100	100

Como hemos mencionado más arriba, las mujeres realizan mucho más quehaceres domésticos que los hombres y, en relación con el problema, hay más del doble de mujeres muy satisfechas y menos de la mitad insatisfechas con la vida que llevan respecto a las mismas cifras en los hombres, lo que puede deberse a que son menos rechazadas por la familia y la sociedad por cumplir con el mínimo realizando quehaceres domésticos, opción que implicaría aceptación en menor medida para los pacientes hombres aunque estos lo hicieran. Planteamos de manera formal la hipótesis que validaremos en el presente artículo:

“En el caso de las mujeres adultas, la realización de los quehaceres domésticos (desempeño de la tarea socialmente aceptada que no depende de la discriminación social de la enfermedad como en el trabajo remunerado pues se realiza en el hogar), aumenta la aceptación del paciente por la familia y ayuda a que estos evalúen más positivamente sus capacidades y habilidades sociales en general”.

METODOLOGÍA

En nuestra investigación comenzamos por la discusión de la problemática en grupos focales, discusión guiada por una pauta de tópicos que en el caso de los padres se aplicó a dos grupos de la organización de rehabilitación “Reencuentros”, a un grupo de AFADIS y a un grupo de padres del Consultorio 1 (del Servicio Nacional de Salud Metropolitano Centro), todos de la Región Metropolitana. En base a los hallazgos en estos grupos de discusión (complementados con otros dos grupos focales de hermanos y siete entrevistas en profundidad a vecinos de personas con esquizofrenia y a parientes indirectos), se elaboraron 4 tipos de cuestionarios: (1) uno para pacientes (que fue aplicado a una muestra dirigida de algo más de 100 pacientes esquizofrénicos ambulatorios compensados de la Región Metropolitana); (2) otro para tutores de dichos pacientes (alrededor de 100); (3) otro para vecinos de dichos pacientes (algo menos de 100, por algunos problemas para contactarlos) y (4) un último para parientes indirectos de dichos pacientes (alrededor de 60, ya que aquí sí que hubo problemas para contactarlos debido a que la existencia de la enfermedad debilita los vínculos entre la familia de origen del paciente y el resto de sus parientes). Aquí analizaremos los resultados de las más de 100 entrevistas de la muestra de pacientes combinadas con resultados de las alrededor de 100 entrevistas de la muestra de tutores, para validar, corregir y especificar la hipótesis planteada. El trabajo en terreno se realizó en los años 2002 y comienzos del 2003.

Las muestras

Se seleccionaron y entrevistaron a 57 hombres (50,9%) y 55 mujeres (49,1%) con esquizofrenia respecto a los cuales también se entrevistó a sus tutores. Como los tutores corresponden a los pacientes, la eventual representatividad de la muestra de tutores depende fundamentalmente de la de la muestra de pacientes, por lo que aquí nos concentraremos en la muestra de pacientes.

Los pacientes seleccionados se atienden en distinto tipo de dispositivos de salud de la Región Metropolitana. La distribución de los casos de la muestra es la siguiente:

TABLA N° 2: Pacientes según origen

DISPOSITIVO DE SALUD	HOMBRES (%)	MUJERES (%)
Hospitales Generales	35,1	27,3
Hospitales Psiquiátricos	17,5	41,6
Hospitales Diurnos	28,1	10,9
Centros de Reinserción	12,3	7,3
Otros Centros	7,0	1,8
T O T A L E S	100 %	100 %
N	57	55

En cuanto a edades, la mayor parte de los pacientes se concentra en edades medianas, como vemos:

TABLA N° 3: Distribución por edades

DISTRIBUCIÓN POR EDADES	HOMBRES (%)	MUJERES (%)
Hasta 24 años	5,3	3,6
De 25 a 49 años	82,5	60,0
De 50 a 74 años	12,2	34,6
75 años y más	-	1,8
T O T A L E S	100,0	100,0
N	57	55

En cuanto al nivel educacional, el porcentaje de pacientes con educación superior completa o incompleta para el total de hombres y mujeres (34,8%) es mayor que el de la población mayor de 15 años del censo de 1992 para el Gran Santiago (15,5%), siendo menor en las mujeres (que sin embargo superan a los hombres en educación superior completa) como vemos en la tabla N° 4:

TABLA N° 4: Nivel Educativo

NIVEL EDUCACIONAL	HOMBRES (%)	MUJERES (%)	TOTAL (%)
Sin educación	-	1,8	0,9
Educación Básica Incompleta	8,8	16,4	12,5
Educación Básica Completa	10,5	14,5	12,5
Educación Media Incompleta	19,3	16,4	17,9
Educación Media Completa	19,3	23,6	21,4
Educación Superior Incompleta	38,6	12,7	25,9
Educación Superior Completa	3,5	14,5	8,9
T O T A L E S	100,0	100,0	100,0
N	57	55	112

Como es típico en personas con esquizofrenia, la mayor parte son solteros o separados:

TABLA N° 5: Estado civil

ESTADO CIVIL	HOMBRES (%)	MUJERES (%)
Soltero(a)	89,5	80,0
Casado(a)	-	3,6
Separado(a)	8,8	10,9
Viudo(a)	1,8	5,5
TOTALES	100,0	100,0
N	57	55

En cuanto a la situación de trabajo, un gran número no lo hace o lo hace en trabajos protegidos, siendo una de las principales causas la existencia del estigma asociado a la enfermedad [Chuaqui, Jorge, 2002].

TABLA N° 6: Situación laboral

SITUACIÓN DE TRABAJO	HOMBRES (%)	MUJERES (%)
Con un empleador no pariente o familiar	14,0	7,3
Independientemente y por cuenta propia	5,3	5,5
Trabaja con parientes o familiares	7,0	3,6
En una empresa social para discapacitados	1,8	3,6
En trabajos protegidos en instituciones de salud	10,5	9,1
En talleres laborales en instituciones de salud	10,5	29,1
No trabaja remuneradamente	50,9	41,8
T O T A L E S	100,0	100,0
N	57	55

Para determinar la representatividad socioeconómica de la muestra, además de la educación (que ya hemos examinado) y la situación de trabajo del paciente (fuertemente influida por el estigma o discriminación) es importante considerar la ocupación de los padres de la familia de origen, que como vemos, se distribuye en todos los estratos:

TABLA N° 7: ocupación del jefe de familia

OCUPACIÓN DEL PADRE (MADRE) JEFE DE LA FAMILIA DE ORIGEN	HOMBRES (%)	MUJERES (%)
Grandes o medianos empresarios o directivos	-	3,6
Profesionales universitarios independientes y funcionarios	7,5	5,5
Pequeños industriales y medianos comerciantes	8,8	7,3
Empleados públicos y particulares con funciones directivas limitadas. Técnicos con educación superior.	12,3	18,2
Empleados con escasas o sin funciones directivas	7,0	5,5
Comerciantes minoristas o al detalle	10,5	5,5
Técnicos sin título y artesanos que poseen taller	17,5	12,7
Obreros especializados y capataces	1,8	21,8
Obreros y trabajadores no especializados con trabajo estable	10,5	7,3
Personal de servicio doméstico	-	1,8
Trabajador no especializado con actividad inestable	10,5	3,6
No trabajaba	3,5	5,5
No recuerda	-	1,8
T O T A L E S	100,0	100,0
N	57	55

Respecto a los tutores de estos pacientes, la relación de parentesco con ellos es la siguiente:

TABLA N° 8: Relación de parentesco con tutores

RELACIÓN DE PARENTESCO DE TUTORES CON LOS PACIENTES	%
Madre	46,1
Padre	13,7
Hermano(a)	14,7
Tío(a)	3,8
Otro parentesco o relación	7,0
Coordinador o monitor del hogar en que vive el paciente	14,7
T O T A L	100 %
N	101

RESULTADOS

Como mencionamos, se entrevistaron a 112 pacientes (57 hombres y 55 mujeres), y a 101 tutores de dichos pacientes (50 tutores de pacientes hombres y 51 tutores de pacientes mujeres). En cuanto a pacientes que realizan o no quehaceres domésticos, las distribuciones son las siguientes:

Para la muestra de pacientes:

TABLA N° 9: Realización de quehaceres domésticos según género

¿REALIZA QUEHACERES DOMÉSTICOS?	HOMBRES (%)	MUJERES (%)
Sí	56,1	85,5
No	43,9	14,4
T O T A L	100,0	100,0
N	57	55

Para la muestra de tutores:

TABLA N° 10: Percepción de realización de tareas domésticas por los pacientes

¿EL PACIENTE REALIZA QUEHACERES DOMÉSTICOS?	PACIENTES HOMBRES (%)	PACIENTES MUJERES (%)
Sí	50,0	82,4
No	50,0	17,6
T O T A L	100,0	100,0
N	50	51

Como vemos hay una pequeña diferencia, la que se debe en parte a quién responde el cuestionario y en parte a que hay casos incluidos en la muestra de pacientes que están fuera de la muestra de tutores (no fue posible entrevistar a todos los tutores de los pacientes). La diferencia con los resultados de la investigación anterior ya mencionados, se debe a que en el estudio anterior les preguntamos a que dedicaban su tiempo en general y mencionaron espontáneamente que realizaban quehaceres domésticos y, en esta última investigación les preguntamos directamente si realizaban quehaceres domésticos con lo que incluimos todos los casos (por esto las cifras son más abultadas).

De acuerdo a estas cifras observamos que la inmensa mayoría de las mujeres realiza quehaceres domésticos y, por otra parte, las frecuencias absolutas para las mujeres que no realizan quehaceres domésticos (8 o 9 de acuerdo a la muestra) son muy bajas lo que no permite comparaciones con las que realizan quehaceres domésticos que sean significativas. Por otro lado, de acuerdo a nuestra hipótesis el que los hombres realicen quehaceres domésticos no los obvia de otras obligaciones como en las mujeres y por ello es menos relevante que para las

mujeres. Dado que casi todas las mujeres de nuestra muestra realizan quehaceres domésticos, y el que en los hombres es menos relevante, para validar la hipótesis simplemente compararemos las cifras de las variables dependientes con el género (hombre o mujer) como variable independiente, lo que, como es claro, es sólo una primera aproximación al problema. No calcularemos pruebas de significación estadística, ya que por no tratarse de una muestra aleatoria, sino de una muestra dirigida, no se cumplen los requisitos estadísticos para aplicarlas.

Veamos la relación entre el género del paciente y el grado de satisfacción con la vida que lleva actualmente:

TABLA Nº 11: Satisfacción / insatisfacción de pacientes

SATISFACCIÓN CON LA VIDA QUE LLEVA ACTUALMENTE	HOMBRES (%)	MUJERES (%)
Está muy satisfecho, satisfecho o regularmente satisfecho	70,1	78,2
Está poco satisfecho o insatisfecho	29,9	21,8
T O T A L	100,0	100,0
N	57	55

Se percibe una diferencia en el sentido de que las mujeres están más satisfechas que los hombres, aunque estas cifras no serían absolutamente concluyentes. Las diferencias respecto a la satisfacción en cuanto a su integración con su familia directa son más leves:

TABLA Nº 12: Satisfacción / insatisfacción con su integración a la familia

SATISFACCIÓN CON SU INTEGRACIÓN A LA FAMILIA DIRECTA	HOMBRES (%)	MUJERES (%)
Está muy satisfecho, satisfecho o regularmente satisfecho	87,7	91,0
Está poco satisfecho o insatisfecho	12,3	9,0
T O T A L	100,0	100,0
N	57	55

Examinemos ahora como los tutores evalúan a los pacientes en los períodos que están compensados para uno u otro género. Si nuestra hipótesis es válida, las mujeres deberían ser mejor evaluadas. Les pedimos a los entrevistados que se pronunciaran por un puntaje de 1 a 10 para cada una de 12 afirmaciones respecto a los pacientes estando compensados. '1' para la opinión más negativa ascendiendo hasta '10' como la opinión más positiva. Además de los puntajes de cada ítem por separado, calculamos también el puntaje promedio de los 12 ítem para cada entrevistado. En el análisis dicotomizaremos las variables, poniendo en una categoría los que se inclinan por aceptar la proposición (que está formulada

en términos negativos), que serían los puntajes de 1 a 5, y en la otra los que se inclinan por rechazar la proposición, que serían los puntajes de 6 a 10; esto para cada uno de los ítem y para el promedio de todos los ítem.

Analizaremos siete ítem representativos por separado y luego el promedio de los doce ítem.

Respecto a cómo evalúan la madurez del paciente, preguntamos si consideran que el paciente “se comporta como un niño”; mientras más en desacuerdo con la proposición significa que lo consideran más maduro. Veamos las cifras:

TABLA N° 13: Evaluación madurez del paciente según tutores

“SE COMPORTA COMO UN NIÑO”	HOMBRES (%)	MUJERES (%)
Se inclina por aceptar la afirmación	52,0	39,2
Se inclina por rechazar la afirmación	46,0	60,8
No responde	2,0	-
T O T A L	100,0	100,0
N	50	51

Como vemos, los tutores consideran que las mujeres son más maduras.

También consideran que son menos desaseadas que los hombres como vemos:

TABLA N° 14: Percepción de higiene personal

“ES DESASEADO CON SU PERSONA O CON SU ROPA”	HOMBRES (%)	MUJERES (%)
Se inclina por aceptar la afirmación	34,0	11,8
Se inclina por rechazar la afirmación	66,0	86,3
No responde	-	1,9
T O T A L	100,0	100,0
N	50	51

Además se comunican más con la familia y amigos, lo que indica una forma objetiva de integración (que, aunque parezca paradójico, no coincide con la percepción subjetiva de los tutores en otra pregunta en que se les pregunta directamente, valga la redundancia, si están integrados a la familia, en que los hombres son mejor evaluados).

TABLA N° 15: Percepción integración con la familia y amigos

“CONVERSA POCO CON LA FAMILIA Y AMIGOS”	HOMBRES (%)	MUJERES (%)
Se inclina por aceptar la afirmación	54,0	39,2
Se inclina por rechazar la afirmación	44,0	56,9
No responde	2,0	3,9
T O T A L	100,0	100,0
N	50	51

Ante el ítem “se cierra en si mismo, habla poco”, relacionado con el que acabamos de ver, los porcentajes muestran diferencias aún más marcadas en cuanto a una comunicación más fluida de las mujeres.

Todo esto no significa que las mujeres sean mejor evaluadas en la totalidad de los ítem, ya que en todo lo que tiene que ver con autoafirmación, en la perspectiva de los tutores, los hombres superan a las mujeres. Así, se los considera más capaces de tener una pareja estable, más capaces de vivir solos con ayuda económica de la familia y más capaces de vivir solos y mantenerse económicamente, aunque las diferencias en los porcentajes a favor de los hombres en estos ítem son menos marcadas que las diferencias a favor de las mujeres en los ítem anteriores.

Si consideramos el promedio de la batería de 12 ítem de evaluación de los tutores respecto a los pacientes cuando están compensados, las mujeres superan largamente a los hombres, como vemos:

TABLA N° 16: Evaluación promedio de pacientes compensados

EVALUACIÓN PROMEDIO DE PACIENTES COMPENSADOS	HOMBRES (%)	MUJERES (%)
Evaluación negativa	48,0	29,5
Evaluación positiva	52,0	70,5
T O T A L	100,0	100,0
N	50	51

CONCLUSIONES

Las muestras no son aleatorias estadísticamente, pero en cuanto a nivel educacional, composición socioeconómica, sexo y edades, tienen bastante representatividad desde un punto de vista sustantivo.

Intentamos validar la hipótesis: “En el caso de las mujeres adultas, la realización de los quehaceres domésticos (desempeño de la tarea socialmente aceptada que no depende de la discriminación social de la enfermedad como en el trabajo

remunerado pues se realiza en el hogar), aumenta la aceptación del paciente por la familia y ayuda a que estos evalúen más positivamente sus capacidades y habilidades sociales en general". La inmensa mayoría de las mujeres de la muestra realizan quehaceres domésticos y las frecuencias absolutas de las que no lo hacen son tan ínfimas que no permiten hacer comparaciones y, de acuerdo a la hipótesis, el que los hombres realicen quehaceres domésticos es menos relevante, por lo que para validar la hipótesis, comparamos entonces las cifras de hombres con mujeres. En cuanto a la mayor aceptación de las mujeres pacientes por la familia, se daría una contradictoria realidad: por un lado se las estaría aceptando de hecho al haber una mayor comunicación de las pacientes mujeres con la familia, lo que contrastaría con la evaluación de los tutores de considerarlas menos integradas a la familia. En cuanto a sus capacidades y habilidades, se las considera más maduras, más sociables y, en general, se las evalúa más positivamente en el índice de doce ítem de pacientes compensados, pero, al mismo tiempo, son peor evaluadas en capacidad de autodeterminación y de hacer una vida independiente.

NOTAS

1. "Esquizofrenia, estigma e inserción laboral", Proyecto FONDECYT N° 1000001, años 2000-2001. Investigador responsable: Renán Jorge Chuaqui K. Ayudante: Pablo Guzmán V. Experto psiquiatra: Augusto Gonzáles O.
2. "Esquizofrenia y discriminación familiar", Proyecto FONDECYT N° 1020027, años 2002-2003. Investigador responsable: Renán Jorge Chuaqui. Ayudante: Ricardo Fuentealba.

BIBLIOGRAFÍA

- Cordero, Martín: "Esquizofrenia y familia", REVISTA DE PSIQUIATRIA. N° 1, vol. XIV, 1997, pp. 42-45.
- Chuaqui, Jorge: "Esquizofrenia, estigma e inserción laboral". PSIQUIATRÍA Y SALUD MENTAL. Año XIX N° 1 Enero-Marzo 2002, pp. 4-11.
- Mahaluf, Jorge y otros: "Expectativas de la familia en torno a la mejoría del paciente esquizofrénico". REVISTA DE PSIQUIATRIA CLINICA. N° 1, vol. XXVI, 1989, pp. 47-51.
- Morales, Eliana: "Familia, paciente y reinserción social". REVISTA DE PSIQUIATRIA. N° 1, vol. XI, 1994, pp. 16-20.
- Sepúlveda, Rafael: "Intervención familiar para personas con esquizofrenia. Crónica a partir de una revisión sistemática del tema". REVISTA DE PSIQUIATRIA. N° 3, vol. XIII, 1993, pp. 155-157.

Zúñiga, Sonia y J.Jobet: "Evaluación del programa de psicoeducación para familiares de pacientes esquizofrénicos: Una intervención complementaria al tratamiento psicofarmacológico y psicoterapéutico". REVISTA DE PSIQUIATRÍA. Nº 1, 1993, pp. 25-30.