

231  
2ej.



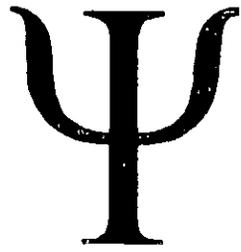
**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA  
DE MEXICO**

FACULTAD DE PSICOLOGIA

**"NIVEL DE EMOCION EXPRESADA EN FAMILIARES  
DE PACIENTES ESQUIZOFRENICOS  
FUNCIONALES"**

**T E S I S**  
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:  
LICENCIADO EN PSICOLOGIA  
P R E S E N T A  
CLAUDIA REYES RUIZ

DIRECTOR DE TESIS: LIC. BLANCA ELENA MANCILLA GOMEZ



MEXICO D. F.

JULIO 1998

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

264043



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

**Señor:**

Gracias Padre, porque contigo a mi lado nada me falta, sin ti nada en mi vida hubiera sido posible TE AMO.

**A mis viejos:**

Decir gracias no basta cuando se ha recibido todo, cuando tantos sueños han hecho una realidad en mi vida y éste sólo uno más. LOS AMO.

**Chiquito lindo:**

Gracias por ser mi más grande motivo, por la libertad que a tu lado experimento, pero sobre todo por tanto y tanto amor. ¡Soy feliz! TE AMO.

**Javier, Eduardo y Oscar:**

Es padre saber que en todo momento tengo algo más que hermanos, tres grandes amigos, los QUIERO MUCHO.

**Ma. Luisa:**

Te quiero, admiro y respeto. Gracias por todo, por ser una jefa excelente, una asesora comprensiva, pero sobre todo gracias por ser mi amiga

**Patito:**

No es fácil encontrar seres humanos tan especiales como tú, gracias por estar en todo momento. TE QUIERO MUCHO.

**Chayo:**

Es increíble saber que existes y sobre todo que eres mi amiga. TE QUIERO MUCHO.

**Mtra. Blanca E. Mancilla:**

Gracias por su ayuda, consejos y por creer en mí.

**Jorge:**

Gracias por tu apoyo y por ser mi amigo.

**Marcelo:**

# INDICE

<b>RESUMEN</b>	1
<b>INTRODUCCIÓN</b>	2
<b>CAPÍTULO 1</b>	
<b>Antecedentes</b>	
1.1 Prevalencia	4
1.2 Algunas consideraciones teóricas	6
1.3 Familia	9
1.3.1 La familia y la enfermedad psiquiátrica	11
1.4 Esquizofrenia (Descripción de la enfermedad)	12
<b>CAPÍTULO 2</b>	
<b>Emoción Expresada y Funcionamiento Psicosocial</b>	
2.1 Antecedentes y teoría acerca de la Emoción Expresada	18
2.2 Emoción	24
2.3 Manual de Emoción Expresada	28
2.4 Análisis cualitativo (parte teórica del FMSS)	34
2.5 Emoción Expresada y Funcionamiento Psicosocial	39
2.6 Antecedentes y teoría acerca del Funcionamiento Psicosocial	41
2.7 Manual del Funcionamiento Psicosocial	44

## **CAPÍTULO 3**

### **Método**

3.1	Planteamiento del problema	47
3.2	Hipótesis de trabajo	47
3.3	Muestreo	48
3.3.1	Población	48
3.4	Tipo de estudio	49
3.5	Variables	49
3.6	Instrumentos o material	52
3.7	Procedimiento	60
3.8	Análisis cualitativo (parte práctica del FMSS)	61
3.9	Análisis estadístico	64

## **CAPÍTULO 4**

### **Resultados**

4.1	Presentación de datos demográficos	
4.1.1	Presentación de datos demográficos acerca de los pacientes	65
4.1.2	Presentación de datos demográficos acerca de los familiares	66
4.1.3	Presentación de datos demográficos de ambos	67
4.2	Presentación de resultados acerca del nivel de EE en familiares	
4.2.1	Resultados por categoría	68
4.2.2	Presentación de resultados de baja o alta según el FMSS	74
4.3	Presentación de cruces más sobresalientes EE y datos demográficos	75
4.4	Presentación de resultados acerca del nivel de Funcionamiento Psicosocial de pacientes esquizofrénicos	78
4.5	Correlaciones entre EE y Funcionamiento Psicosocial.	81

## **CAPÍTULO 5**

### **Consideraciones Finales**

5.1	Discusión	82
5.2	Conclusiones	87
5.2	Sugerencias	90
5.4	Limitaciones	92

### **ANEXOS**

Anexo 1	Tres ejemplos de entrevistas codificadas de FMSS	
	a) EE alta tendiente a crítica	93
	b) EE alta tendiente a sobre involucramiento emocional	95
	c) EE baja	97
Anexo 2	Cuestionario y hoja de respuesta de EFS	99
Anexo 3	Tres ejemplos de hojas de respuestas del EFS	100

<b>BIBLIOGRAFIA</b>	<b>101</b>
---------------------	------------

## Resumen:

Cuando un miembro de la familia se encuentra enfermo de un padecimiento como lo es la esquizofrenia, donde las características clínicas de esta enfermedad generan un gran número de situaciones negativas como dificultad en las relaciones familiares, empobrecimiento en la calidad de vida, aislamiento social que interviene en el funcionamiento laboral, escolar y en el propio hogar, se da una alteración muy importante dentro de la misma, provocando un gran nivel de estrés familiar. Este fenómeno propicia ciertas actitudes de los familiares responsables hacia sus enfermos tales como: hostilidad, crítica, agresión o sobreprotección y en mayoría de las ocasiones se fomenta un freno o retroceso de la enfermedad lo que podría considerarse como un factor precipitante de reingresos hospitalarios, exacerbación de síntomas y recaídas, así como menor Funcionamiento Psicosocial.

El presente trabajo tiene como objetivo: evaluar, analizar y describir la Emoción Expresada, de un grupo de familias de pacientes esquizofrénicos así como su Funcionamiento Psicosocial de éstos, con la finalidad de brindar una atención más integral a tal padecimiento.

Este estudio es de tipo exploratorio, descriptivo, y se empleó un diseño transversal, donde la muestra fue no probabilística y de tipo circunstancial.

Las familias fueron contactadas en consulta externa de un centro hospitalario. Seleccionando únicamente a los familiares responsables de los pacientes esquizofrénicos, contando con su colaboración voluntaria. Se evaluaron 40 familiares, obteniéndose finalmente 33. Se observó una tasa aproximada de 17.5% de rechazo o abandono por parte del familiar y/o paciente.

Los instrumentos utilizados fueron: 1.- La Cédula de evaluación de la conducta del paciente SBAS (segunda edición) elaborada por Platt S (1980). 2.- Muestra de Conversación de Cinco Minutos FMSS (Magaña y cols. 1986). 3.- Escala de Funcionamiento Psicosocial EFPS (Valencia 1988).

Dentro de los resultados más sobresalientes encontramos que el 40% de la muestra de pacientes tenía de 25 a 35 años de edad, el 94% eran solteros y hasta el 58% se encontraban desempleados. En relación a los familiares el 70% eran madres de los pacientes y 67% tenían una edad de 50 a 69 años. Sólo el 33% de los familiares presentaron una Emoción Expresada (EE) baja y hasta el 67% de éstos era EE alta donde el 30% era con actitudes críticas, el 18% en forma sobreprotectora y otro 18% presentaba ambas formas de expresión negativa hacia sus pacientes. En la mayoría de los pacientes se encontró que el nivel de Funcionamiento Psicosocial era satisfactorio. Otro resultado muy importante fue que a mayor nivel de EE en los familiares, el nivel de Funcionamiento social es menos satisfactorio.

En conclusión se considera que las actitudes positivas de los familiares dentro del hogar de pacientes esquizofrénicos es fundamental para el mejor desarrollo en el curso del padecimiento.

## **Introducción:**

Los trastornos mentales en nuestro país en particular los psicóticos, oscilan entre 10.1 y 14 por cada 1000 habitantes en la población mayor de 17 años, estimándose que la porción más elevada corresponde a la esquizofrenia y psicosis funcionales, así como en en la encuesta nacional de hogares, tanto mujeres como hombres de 18 a 65 años, el trastorno de esquizofrenia se presentó en un .7% de esta población; resultando evidente y necesario el estudio continuo de este tipo de trastornos. Por lo que el presente trabajo buscará enfatizar la importancia ó el impacto que tiene la familia de los pacientes esquizofrénicos, para describir algunas de las emociones que este tipo de familiares expresan hacia sus pacientes y como es que estas se relacionan con el diario desarrollo de los pacientes en sus diversas areas de contacto (social, laboral, familiar, económica, sexual).

Por lo que considero importante mencionar que Zubin en 1977 postuló su teoría sobre Vulnerabilidad, donde resalta la importancia de acontecimientos cotidianos que pueden ser elementos potencialmente estresantes en los individuos vulnerables(trastornos esquizofrénicos) y dar lugar a un trastorno. En base a esto resulta interesante describir la Emoción Expresada (critica, hostilidad o sobre-involucramiento) de algunas familias con pacientes esquizofrénicos con la finalidad de describir y observar qué tanto este tipo de emoción se da en la diaria convivencia de estas familias para convertirse en un factor que se relacione con el bajo funcionamiento psicosocial de este tipo de enfermos.

Por tales razones en este trabajo se presentó un método para medir la Emoción Expresada en los parientes o familiares responsables de un grupo de pacientes con un bajo Funcionamiento Psicosocial, proporcionando la posibilidad de describir todas aquellas características de la (EE) de este grupo de familiares, así como señalar algunas de las relaciones que pudieran encontrarse en cuanto a las características de la muestra.

También es necesario mencionar que el estudio de la EE se ha realizado en muchos países, sin embargo han sido pocos los encontrados en familias hispanas (Magaña y cols), en nuestro país se encontró que en el Instituto Mexicano de Psiquiatría hay algunas investigaciones sobre EE y familia (Rascón y Cols), sin embargo considero necesario y enriquecedor seguir esta línea de estudio para proporcionar la oportunidad de exponer posibles diferencias socio-culturales importantes para el mejoramiento del instrumento (FMSS), y con esto optimizar la ayuda a los pacientes esquizofrénicos y sus familias en nuestro país.

El presente trabajo emana del estudio de la familia de un macro proyecto del Instituto Mexicano de Psiquiatría, donde se les proporcionó a un grupo de pacientes esquizofrénicos, la posibilidad de un programa donde se les daría una atención integrada, con una serie de terapias y actividades a los pacientes y sus familias enfocadas a su mejoramiento integral y funcional, durante más de 2 años, a la fecha.

Ya que la emoción expresada de los familiares de pacientes esquizofrénicos tiene relación con el Funcionamiento Psicosocial de los pacientes esquizofrénicos, así como con su tiempo de contacto y de evolución del padecimiento.

El objetivo general del presente estudio es evaluar, analizar y describir la Emoción Expresada, de un grupo de familias con pacientes esquizofrénicos, así como su Funcionamiento Psicosocial de éstos.

Los objetivos específicos fueron:

- Evaluar el Funcionamiento Psicosocial de los pacientes esquizofrénicos.
- Evaluar la EE de los familiares responsables de los pacientes esquizofrénicos.
- Describir y comparar la EE de los familiares responsables de los pacientes esquizofrénicos en dos intervalos de tiempo, uno mayor de 15 años, y otro menor de 15 años de tiempo de evolución de su padecimiento.
- Describir y comparar la EE de los familiares responsables de los pacientes esquizofrénicos en el tiempo de contacto (cara-cara) con este.
- Presentar, analizar y describir las características demográficas de los familiares y los pacientes esquizofrénicos.

# CAPÍTULO 1

## ANTECEDENTES

### 1.1 Prevalencia:

Desde 1960 se llevó a cabo la primera investigación nacional sobre trastornos neuropsiquiátricos en centros hospitalarios y con personal médico. Los resultados encontrados mostraron una prevalencia de 4.43% de población afectada por alguna enfermedad neurológica o psiquiátrica. (S.S.A. 1960)

Padilla y cols. (1980) en un estudio realizado durante cinco semanas en una hospital privado de la Ciudad de México con población de 18 a 64 años de edad que asistió a consulta médica general, encontró que el 34% de dicha población presento algún tipo de padecimiento que requería atención especializada, siendo la prevalencia de trastornos emocionales mayor en la población femenina con el 38% mientras en la masculina del 26%. En los trastornos mentales lo suficientemente severos como para ser hospitalizados, la prevalencia es mayor en hombres (5.4 %) que en mujeres (4.1 %). En las psicosis, la diferencia entre ambos sexos es muy pequeña siendo ligeramente más frecuente en la población masculina.

Estudios en la población general han estimado una prevalencia entre el 15 y 18% de los trastornos psiquiátricos entre la población adulta. Entre los pacientes psiquiátricos hospitalizados se encontró que las condiciones más frecuentes son los trastornos esquizofrénicos, al igual que en otros países, ocupan el primer lugar (Caraveo, 1996). No obstante, citando como ejemplo a la Ciudad de México, en donde existe un mayor número de servicios de psiquiatría y salud mental en el primer nivel de atención, se ha observado que estos pacientes hacen poco uso de ellos (Gutierrez, 1986).

En la Encuesta Nacional de Salud Mental (ENSM), la cual intentó estimar la prevalencia de los trastornos psiquiátricos específicos en México, reportó un estudio, en el cual se encontró que entre las clases diagnósticas relativas a las psicosis, existía una prevalencia de 0.7 por ciento para las referentes al trastorno esquizofrénico, las cuales afectan por igual a hombres y mujeres, predominando en el grupo de edad más joven. La psicosis inespecífica presentó un 0.9 %, y se observó un incremento con la edad y afectó por igual a ambos géneros (Caraveo, 1996).

Por lo que al observar los datos anteriormente mencionados consideró que el trastorno de esquizofrenia es un problema inquietante, significativo y recurrente por lo que resaltó la importancia de realizar una revisión profunda acerca de los factores que más afectan el transcurso de la enfermedad y que probablemente influyen en el curso ulterior de ésta, así como en la respuesta al tratamiento de individuos ya afectados.

## 1.2 Algunas consideraciones teóricas:

La mejor visión de la base biológica de la esquizofrenia se tiene, quizás, en trabajos tan representativos como los ofrecidos últimamente por Gottesman y Shields (1982), quienes proponen la teoría del estrés-diátesis. En su formulación etimológica, donde señalan que hasta el 70% de las causas de la esquizofrenia son biológicas ( genéticas ) y el 30% (ambientales).

Otra teoría importante es la que presentó Zubin, Magaziner y Steinhauer (1983), donde ellos estiman que los "síntomas negativos" de la esquizofrenia son provocados por ambientes empobrecidos, aunque también intervienen factores orgánicos. Es decir, existen individuos los cuales ya poseen cierta predisposición orgánica hacia algún tipo de trastorno, que al unirse con factores del ambiente negativos pueden desencadenar una crisis.

Este modelo también puede explicar un poco más acerca de los factores que afectan o precipitan el curso de la enfermedad, ya que expone que cada uno de nosotros tiene un grado de vulnerabilidad, el cual bajo circunstancias difíciles podría expresar un episodio de enfermedad esquizofrénica, sin embargo, hoy en día existen otros elementos en nuestra formulación donde la vulnerabilidad individual nace desde su herencia genética hasta los componentes adquiridos, es decir, que estamos tratando de capturar empíricamente aquellas características de los individuos que podrían predecir la probabilidad de que estos desarrollaran un episodio esquizofrénico. También hay dos componentes mayores de la vulnerabilidad, el innato y el adquirido, de manera que la vulnerabilidad innata o congénita es aquella que yace en los genes y se refleja en el ambiente interno y en la neuropsicología del organismo y el componente adquirido de la vulnerabilidad se debe a la influencia de traumas, enfermedades específicas, complicaciones prenatales, experiencias familiares, interacción con sus compañeros adolescentes y otros sucesos de la vida que se encargan ya sea de aumentar o inhibir el desarrollo de trastornos subsecuentes (Spring and Zubin, 1977).

Ahora bien, los "momentos difíciles" pueden perturbar la adaptación de cualquier individuo vulnerable y son capaces de provocar una crisis temporal o inclusive un episodio de enfermedad de tipo adquirido por sucesos de la vida, tales como pérdida de algún ser querido, promoción, matrimonio o divorcio, y por lo tanto enfrentar un ajuste para provocar que haya una reorganización en la vida de la persona, los eventos se presentan sin importar el temperamento o conducta de los individuos, sin embargo, pueden jugar un rol mayor en provocar trastornos físicos y mentales (Brown, 1968; Doherenwend 1972; Rahe, Mayer Smith, Kjaer y Holmes 1964).

Cuando el estrés causado por los "difíciles momentos" de la vida permanece en un nivel inferior al límite de la vulnerabilidad de cada individuo, éste responde al estresante de una manera adaptable y se mantiene estable dentro de los rangos de la normalidad. Pero, si el estrés excede los límites de la vulnerabilidad, la persona es propensa a desarrollar episodios psicopatológicos de algún tipo. (Zubin 1977).

Otro autor que apoya esto es Andy (1971), el cual sugirió que el cuidado de la salud requiere del mantenimiento de un equilibrio constante que luche en contra de esos "momentos difíciles" que continuamente emanan del ambiente social, psicológico, y físico de cada individuo. Cuando este equilibrio se altera más allá de su capacidad de restablecer su propio equilibrio, entonces se presenta un trastorno.

Algunos datos recogidos por investigadores británicos en las décadas de 1960 a 1970 indican que, en la historia clínica de los pacientes esquizofrénicos, los hechos de la vida son abundantes en las semanas inmediatamente anteriores a un episodio psicótico. Si son lo bastante graves o numerosos, parecen suficientes para vencer el influjo protector de la quimioterapia y provocar un episodio psicótico (Leff, Hirsch, Gajnd, Rhode y Stvens, 1973). Según la teoría actual, los hechos de la vida son más bien "disparadores" del episodio psicótico, no elementos formativos de la enfermedad; además, son claramente modificados o influidos por otras importantes variables sociales y ambientales, como la red social, el sistema de apoyo, la experiencia anterior con el mismo hecho o los medios para hacerle frente (Rabkin, 1980).

Una persona vulnerable es aquella cuyas numerosas contingencias que se encuentran en su diaria vida son los suficientes para provocar una episodio, por lo que otros poseen un grado tan bajo de vulnerabilidad que ningún evento raro o difícil los inducirá a un episodio, y en caso de que se presentara uno, éste sería muy breve.

De modo que la persona vulnerable a la esquizofrenia y los episodios de trastorno psiquiátricos puede ser frecuentemente acompañada de períodos de estrés agudo al tratar de enfrentarse a un problema, es decir, que el exponerse un inconveniente no es la causa de la esquizofrenia, sino que es solamente la enfermedad la que provee la oportunidad para las personas vulnerables de desarrollarse.

Selye. (1973) presentó un modelo, el cual manifiesta que los estresantes sucesos de vida invaden el organismo induciéndolo a un estado de tensión, la cual pone en acción capacidades adaptativas para vencer el estrés o para contenerlo. Cuando se entiende por estrés a la discrepancia entre las demandas que invaden a una persona, entre si son externas o internas, si son desafíos o metas y la manera en que el individuo percibe sus respuestas potenciales a estas demandas.

Wilkins, (1974) y Gross, (1970) sugieren que la tensión ocurre como resultado del fracaso de los métodos de rutina para controlar o manejar las amenazas.

Lazarus, Averill y Opton. (1974), han hecho una distinción entre los momentos difíciles y los fáciles, donde los primeros se caracterizan por una capacidad positiva y saludable del individuo para encontrar un equilibrio y los segundos son el resultado de intentos naturales y mal adaptados en situaciones problemáticas (severa amenaza, frustración y conflicto).

La expresión de un alto grado de afectividad así como aceptación y características positivas, cuando las emociones negativas por parte del medio ambiente son menores o escasas, se espera un mejor resultado en el curso de la esquizofrenia. (Brown, 1972, Vaughn and leff; 1976).

Después de hacer una breve revisión acerca de algunas teorías que nos relatan la importancia del medio ambiente como un factor que interviene en el inicio y desarrollo de la enfermedad de esquizofrenia, me gustaría relatar en mi trabajo la necesidad de la familia como parte de este medio ambiente que por tanto es considerado como agente próximo y en muchos de los casos el más cercano de sus contactos de cada uno de los afectados por esta enfermedad. Es esencial considerar a esta para poder entender su significado dentro de mi investigación.

### 1.3 La familia:

Me gustaría iniciar por algunos conceptos, características y factores que conforman a las familias, para ubicarnos dentro de la dinámica y comprenderla de la mejor manera.

Vasconcelos, 1978 denomina a la familia en todo momento como una asociación temporal (o definitiva) de individuos que constituyen: Una "unidad biológica", de reproducción de personas, una "unidad económica" de abastecimiento de recursos (se realice o no, en forma cooperativa) y de intercambio de actividades de mutuo beneficio, además afirma que la familia toma parte al igual que el médico en la recuperación de la salud en la génesis de la patología.

También la familia es la instancia mediadora entre el individuo y la sociedad, es decir que la familia ayuda a la persona a participar en el total social como un individuo más, a la vez que le proporciona un nicho social de protección, identificación propia, intimidad y autoevaluación. La familia, reproduce a los individuos biológica, social y culturalmente y es el camino de la identificación, afiliación y participación social (Nolasco, 1978).

Miissner en 1966, ha señalado que la enfermedad en el ser humano, además de tener una patología, consta de una ecología. En consecuencia, para que haya una mejor comprensión de la enfermedad es indispensable conocer sus aspectos ecológicos, en términos de sanidad mental, tanto familiares como sociales.

Chagoya (1975) denomina a la dinámica familiar normal como la mezcla de sentimientos, comportamientos y expectativas entre cada miembro de la familia, que permite a cada uno de ellos desarrollarse como individuo y le da el sentimiento de no estar aislado y de poder contar con el apoyo de otros miembros.

Ahora bien, el término de "familia" se aplica indiscriminadamente a dos unidades sociales básicamente diferentes en su composición y en sus posibilidades funcionales. La palabra puede designar o bien un grupo íntimo y fuertemente organizado compuesto por los cónyuges y los descendientes, o bien un grupo difuso y poco organizado de parientes consanguíneos. Designándose a estos dos tipos de agrupación con los nombres de familia conyugal y familia consanguínea, respectivamente (Fromm, 1972).

La familia conyugal se ajusta también a lo que consideramos condiciones óptimas para el desarrollo de la personalidad de los individuos jóvenes. El niño requiere mucho afecto y una correspondencia por parte de los adultos, por encima de la satisfacción de sus necesidades fisiológicas. A medida que este crece los hermanos y hermanas desempeñan un papel muy importante en su socialización y en el desarrollo de su personalidad flexible (Fromm, 1972).

Benston en 1972, dice que la función fundamental de la familia es la de ser estabilizadora y satisfactora de necesidades.

Para Blager, la función institucional de la familia es la de servir de protector, control y seguridad para la satisfacción de la parte más inmadura o primitiva, narcísica de la personalidad, pero al mismo tiempo por el establecimiento de una buena relación simbiótica dentro del grupo familiar (relación simbiótica normal y necesaria), el grupo familiar dentro de la dinámica normal permite el desarrollo de las partes más adaptadas o más maduras de la personalidad en el extragrupo (medio ambiente).

No podríamos negar que a través de la historia nos hemos venido haciendo hombres y mujeres en el seno de la familia, el grupo íntimo que comparte cotidianamente techo, calor y alimento. Sobre la mera necesidad biológica de supervivencia, cuya satisfacción es la función primaria de la familia. Ahora una segunda función más significativa es la de satisfacer una necesidad específicamente humana, la de trascender la condición, compartida con todos los seres de la naturaleza de criatura "pasiva", en un intento de crecimiento de nuestro ser limitado como criaturas pasivas. Es donde la función de la familia resulta muy importante para formar seres menos vulnerables a eventos externos o internos, en efecto sin un sólido sentimiento de identidad y de pertenencia a un grupo o sin el sentimiento de dignidad y valor personal que se deriva únicamente de la actividad creativa y trascendente, nuestra propia vía fisiológica decae, se deteriora y enferma.

Si bien es improbable que las interacciones familiares problemáticas ocasionen la esquizofrenia, se piensa que tienen influencia. Ciertos datos nos indican que las familias podían manifestar pautas de interacción que mostraba una vulnerabilidad preexistente en los pacientes, como mínimo, podían constituir factores de estrés precipitantes para los individuos vulnerables o señalar la existencia de un grave problema familiar, causado por la convivencia prolongada con una persona enferma (Zubin, 1977).

### 1.3.1 La familia y la enfermedad Psiquiátrica:

Los familiares cuentan con dos opciones, cuando se tienen que enfrentar con un comportamiento anormal de un integrante de su familia: pueden hacer una atribución externa o interna sobre las causas del cambio. La primera se enfoca a culpabilizar a la enfermedad, la segunda culpa al paciente. Desafortunadamente para los familiares de los pacientes y para ellos mismos, las dificultades psiquiátricas que conllevan a la hospitalización, no son percibidas como manifestaciones de la enfermedad, por lo que en muchas ocasiones este tipo de problemas se atribuyen a ciertos cambios en la conducta o algunos problemas psicológicos o bien, debido a una debilidad de carácter. Aún después de la hospitalización de sus enfermos, sólo algunos familiares manifiestan interpretaciones adecuadas respecto a las atribuciones de la enfermedad padecida por su paciente.

La habilidad de los integrantes de la familia para aceptar que el paciente esta genuinamente enfermo, juega un papel crucial para determinar el nivel de aceptación y la tolerancia frente a comportamientos adecuados (Hooley).

Vaugh. Leff (1976), en su interacción con familiares de pacientes Esquizofrénicos, han sugerido que el culpar a la enfermedad en lugar del paciente, se asocia con una baja EE por parte de este, dentro del ambiente familiar.

Algunos de los familiares muestran un alto nivel de crítica y hostilidad hacia sus pacientes debido a su propia incapacidad de distinguir los síntomas psiquiátricos de manera física u objetiva, es decir, para los familiares es muy difícil aceptar el padecimiento psiquiátrico como una enfermedad cuando no se puede medir, cuantificar, ni percibir, esto da lugar a un sentimiento de impotencia y frustración por parte de los familiares y en muchas de las ocasiones se considera al enfermo como el culpable o incapaz de salir por sí mismo de su problemática, lo que provoca en los parientes rangos o niveles altos de EE.

Después de comprender la importancia de la familia dentro del ambiente que rodea a los pacientes con una enfermedad como lo es la esquizofrenia, quisiera adentrarme describiendo a la enfermedad por sí misma en este camino teórico acerca de la Emoción Expresada en familiares de pacientes Esquizofrénicos.

#### **1.4 Esquizofrenia (Descripción de la enfermedad):**

La sintomatología esencial de este tipo de trastornos (DSM-III, R, 1987) consiste en la presencia de síntomas psicóticos característicos durante la fase activa de la enfermedad y un deterioro antes de la fase activa de la enfermedad (en los niños o adolescentes y dificultad para alcanzar el nivel de desarrollo social adecuado), con una duración mínima de seis meses, que puede implicar síntomas prodrómicos o residuales característicos. En algunas de las fases de la enfermedad esquizofrénica se encuentran siempre ideas delirantes, alucinaciones, o ciertas alteraciones características del contenido y curso del pensamiento. El diagnóstico sólo se establece si no puede demostrarse que una causa orgánica inició y mantuvo la alteración. Tampoco se establece este diagnóstico si los síntomas responden a un trastorno de ánimo o un trastorno esquizoafectivo.

Para el diagnóstico del trastorno de esquizofrenia es necesario utilizar criterios clínicos que incluyen tanto un mínimo de duración como un conjunto de síntomas característicos que identifican una serie de estados homologables por sus antecedentes familiares, su respuesta a tratamientos somáticos y su tendencia a aparecer al inicio de la edad adulta, con recurrencias y deterioro de la actividad laboral y social.

**Fase Prodrómica.** Durante el curso de la alteración, la actividad en las áreas laborales, de las relaciones sociales y del cuidado personal está notablemente deteriorada con respecto al nivel de actividad previo al inicio del trastorno.

**Síntomas característicos que implican múltiples procesos psicológicos.** Siempre se encuentran alteraciones características en algunas de las siguientes áreas: contenido y curso del pensamiento, percepción, afectividad, sentido del yo, voluntad, relación con los demás y conducta psicomotora. Deberá señalarse que ninguno de los síntomas está siempre presente o se encuentra únicamente en la esquizofrenia.

A) Contenido del pensamiento: la mayor alteración del contenido del pensamiento implica ideas delirantes, que a menudo son múltiples, fragmentadas o extrañas (por ejemplo, incluyendo fenómenos completamente inverosímiles para cualquier individuo de su medio cultural, como la disfunción del pensamiento, o estar controlado por una persona muerta). Es habitual que las ideas delirantes de tipo persecutorio impliquen creencias de espionaje, difusión de falsos rumores, o planes de perjuicio hacia el propio sujeto. También son habituales las ideas autoreferenciales, en las que los acontecimientos, objetos o personas adquieren un significado particular o insólito, generalmente de naturaleza peyorativa o negativa, por ejemplo, el sujeto puede estar convencido de que los comentarios de la televisión son burlas hacia él.

Algunas ideas delirantes son mucho más frecuentes en la esquizofrenia que en otros trastornos psicóticos. Tales ideas incluyen difusión del pensamiento, inserción del pensamiento, robo de pensamiento e ideas de creerse controlado. Se observaron con menor frecuencia ideas delirantes de tipo somático, de grandeza, religiosas y nihilistas.

B) Curso del pensamiento: Con frecuencia, hay una alteración del curso del pensamiento, denominada como "trastorno formal del pensamiento" y se distingue comúnmente por la pérdida de la capacidad asociativa, donde las ideas cambian de un tema a otro sin relación, o quizá con una relación indirecta, sin que él que habla tenga conocimiento de que los temas están desconectados. Cuando la pérdida de la capacidad asociativa es grave, puede presentarse incoherencia y el lenguaje puede llegar a ser incomprensible. Los neologismos, la perseveración, la asonancia y los bloqueos son alteraciones menos habituales.

C) Percepción: Las mayores alteraciones de la percepción corresponden a diversos tipos de alucinaciones, siendo más frecuentes las de tipo auditivo que comprenden voces que el sujeto percibe como si procedieran del exterior. Las voces pueden ser familiares y a menudo son comentarios insultantes; puede haber una sola voz o varias a la vez, en ocasiones, estas alucinaciones auditivas son más bien sonidos que voces.

Puede haber alucinaciones táctiles, manifestándose normalmente en forma de sensaciones eléctricas, hormigueos o quemazones. A veces se experimentan alucinaciones somáticas como movimientos de hormigueo en el abdomen. Con menor frecuencia pueden presentarse alucinaciones visuales, olfativas y gustativas que, en ausencia de alucinaciones auditivas sugieren la posibilidad de un trastorno orgánico. Otras anomalías perceptivas incluyen sensaciones de cambio corporal, hipersensibilidad a los sonidos, a las imágenes visuales y a los olores e ilusiones ópticas.

D) Afectividad: La alteración comprende a menudo una afectividad inapropiada o aplanada. En la afectividad embotada hay una grave reducción en la intensidad de la expresión de los afectos: la voz es con frecuencia monótona y la cara inmóvil. El sujeto puede quejarse de que ya no responde con la intensidad emocional normal o, en casos extremos, de que no tiene sentimientos. En la afectividad inapropiada, la afectividad es claramente discordante con el contenido del lenguaje y la ideación del sujeto, donde el sujeto con esquizofrenia de tipo desorganizado puede reír o sonreír mientras explica que está siendo torturado por shocks eléctricos. Pueden aparecer cambios súbitos e imprevisibles de la afectividad, que se acompañan de inexplicables ataques de furia.

E) Sentido del yo: El sentido de sí mismo que da a una persona normal un sentimiento de individualidad, singularidad y autodirección está con frecuencia alterado. Esto se manifiesta por una pérdida del yo, y se expresa por una perplejidad extrema acerca de la propia identidad y de significado de la existencia misma, o por algunas ideas delirantes, en especial aquellas que implican control por fuerzas extrañas.

F) Voluntad: Casi siempre hay una alteración de la actividad dirigida hacia metas concretas, la cual deteriora visiblemente la actividad laboral o de una acción hasta llegar a concluirla de forma lógica, y esto puede ser debido a una falta de interés o de motivación adecuada. La notable ambivalencia influye en las alternativas de la acción, dando lugar a la imposibilidad de continuar la acción hasta la meta propuesta.

G) Conducta interpersonal y relaciones con el mundo externo: Casi siempre hay una dificultad en las relaciones interpersonales. A menudo, ésta consiste en un retraimiento social y en un distanciamiento emocional. Se habla de "autismo" cuando el sujeto está profundamente preocupado con sus ideas egocéntricas e ilógicas y distorsiona o excluye el mundo externo. Algunos sujetos afectados por este trastorno, abrazan a la gente y se entrometen con desconocidos sin darse cuenta de que su excesiva intimidad hace que los demás se sientan incómodos y los rechacen.

H) Conducta psicomotora: En las formas crónicas graves y en la forma aguda florida se observan varios tipos de alteraciones en la psicomotricidad. Puede haber una notable disminución de la reactividad al entorno, con una reducción de los movimientos espontáneos y de la actividad.

**Sintomatología Asociada.** Casi cualquier sintomatología puede presentarse como sintoma asociado. El sujeto puede estar perplejo, despeinado, o vestido y aseado de forma excéntrica. Son habituales las anomalías de la actividad psicomotora, como por ejemplo, deambulación sin finalidad, balanceo o inmovilidad apática. Con frecuencia, hay una pobreza del lenguaje con una disminución de la cantidad de lenguaje espontáneo, con respuestas breves, concretas y poco elaboradas. A menudo, aparece una conducta ritual o estereotipada con pensamiento mágico. Es común el estado de ánimo disfórico en forma de depresión, ansiedad o ira, o una mezcla de estos tres estados. Frecuentemente se presentan ideas autoreferenciales, despersonalización, desrealización e ilusiones, así como preocupaciones hipocondriacas, que pueden o no ser delirantes. De forma típica, la conciencia no está alterada, si bien, durante los periodos de exacerbación del trastorno el sujeto puede estar confuso o incluso desorientado.

**Edad de comienzo.** El inicio se presenta habitualmente durante la adolescencia o al inicio de la vida adulta, pero puede darse en la plena madurez o más tarde. Muchos estudios señalan un inicio precoz en los hombres que en las mujeres.

El diagnóstico de la esquizofrenia requiere que los signos de la enfermedad estén presentes durante un periodo ininterumpido de seis meses como mínimo, siempre en la fase activa con síntomas psicóticos. Cuando la sintomatología activa o positiva es predominante, pueden presentarse síntomas negativos, como retraimiento social y falta de iniciativa, que resultan difíciles de identificar.

Generalmente, la fase activa de la enfermedad está precedida de una fase predrómica, en la que hay un claro deterioro del nivel previo de actividad. Esta fase se caracteriza por el retraimiento social, deterioro en la actividad, conducta peculiar, deterioro en el vestido e higiene personal, afectividad embotada o inapropiada, alteraciones en la comunicación, ideación extraña, experiencias perceptivas poco habituales y falta de iniciativa, interés o energía.

Durante la fase activa predomina los síntomas psicóticos, como ideas delirantes, alucinaciones, pérdida de la capacidad asociativa, incoherencia y conducta catatónica. Para establecer el diagnóstico, los síntomas psicóticos deben persistir durante una semana como mínimo.

La fase activa va seguida de una fase residual, la cual es parecida a la fase predrómica, excepto en que el embotamiento o el derrumbamiento afectivo y el deterioro la actividad son más frecuentes en la fase residual. Durante tal fase pueden persistir algunos síntomas psicóticos, como ideas delirantes o alucinaciones, pero ya no se acompañan de vivencia afectiva intensa.

En alguna fase del trastorno hay un deterioro en varios aspectos de la actividad diaria, ya sea en el trabajo, en las relaciones sociales y en el cuidado personal. Existe un empobrecimiento de su juicio crítico, de su deterioro cognitivo o de los actos derivados de sus ideas delirantes o de la respuesta a sus alucinaciones.

Se sabe que la expectativa de vida en los sujetos con esquizofrenia es más corta que en la población general debido al aumento de la incidencia de suicidio y a la muerte por otras causas.

Desde 1960 se ha observado en los pacientes con diagnóstico de esquizofrenia, que logran una estabilización de la enfermedad dentro de las instituciones hospitalarias, sin embargo cuando éstos vuelven a sus familias los síntomas y forma de relación vuelve a ser alterada. Encontrándose que más de la mitad de los pacientes vuelven con sus familias, por lo que el interés clínico y teórico se enfocó en la familia, que es la principal cura y el mejor sistema de apoyo para la mayoría de los pacientes.

Los pacientes esquizofrénicos con percepciones más positivas acerca de sus familiares tuvieron significativamente mejores resultados (es decir, un grado menor de exacerbación psicótica), (Lebell 1993). Encontrándose, que este resultado es consistente con la literatura reciente, reportando que las percepciones de los pacientes esquizofrénicos de sus ambientes familiares predicen las recaídas Baker (1984), Schnur. (1986), Spiegel. (1986), Warner. (1988).

Karno (1987), Leff. (1983), encontraron que el apoyo que emite o proporciona el ambiente familiar y principalmente el pariente responsable, puede proteger al paciente esquizofrénico de alteraciones o exacerbación de signos o síntomas psicóticos y con esto propiciar su recaída.

Otro hallazgo importante dentro de la investigación de la esquizofrenia fue lo que observó Hooley. acerca de la sintomatología de los pacientes con esquizofrenia en relación a como los perciben sus familiares, y nos describe el supuesto fundamental del modelo atributivo, el cual consiste en que ciertos síntomas psicológicos que se presentan frecuentemente son atribuidos a la enfermedad en lugar de los pacientes. Él sugiere que los comportamientos que hacen referencia con síntomas psiquiátricos como por ejemplo: negligencia, apatía y aislamiento, son más probables que se perciban como conductas controlables. En cambio, será más difícil para los familiares aceptar síntomas negativos como: inhabilidad para hablar, moverse, encargarse de su propia persona, los cuales reflejan síntomas de una enfermedad genuina y no como en los primeros, correspondientes a "funciones normales".

En contraste, los síntomas positivos, reflejan un comportamiento excesivo y son típicos como alucinaciones, comportamientos bizarros inapropiados, los cuales se basan en un padecimiento y por tanto, son imposibles de controlar voluntariamente. Los familiares pueden más fácilmente culpar a la enfermedad más que al paciente, por las consecuencias difíciles de interpretación que surgen por los síntomas.

Lo que confirma el análisis de las tasas obtenidas en la Universidad Estatal de Nueva York, en el estudio (COSS) del patrón de sintomatología, predice que los síntomas positivos fueron percibidos por los familiares como mayormente improbables de poder ser controlados, que aquéllos síntomas negativos; no obstante, de encontrar que los síntomas negativos se observan más fácilmente que los positivos.

Al terminar de hacer un breve recorrido por algunas de las variables más importantes de mi estudio, me permito describir y argumentar el concepto de Emoción Expresada, el cual explica la relación entre el medio ambiente y el enfermo de esquizofrenia.

## **CAPÍTULO 2**

### **Emoción Expresada y Funcionamiento Psicosocial.**

#### **2.1 Antecedentes y teoría acerca de la Emoción Expresada**

Al intentar entender la complejidad de diversos factores que propician, desencadenan o afectan el diagnóstico de esquizofrenia surge la pregunta: ¿Por qué algunos comentarios agresivos de un pariente surgen en algunas familias y no en otras?

La discusión comienza considerando la unión entre Emoción Expresada (EE) y la angustia o insatisfacción familiar. La atención se enfoca en la asociación entre los síntomas del paciente y su estrés familiar.

La naturaleza de la EE se clasifica en un inicio en los integrantes de la familia con alta y baja Emoción Expresada y se basa en el contenido y tono de los comentarios acerca del paciente, vertidos durante la Entrevista Familiar de Camberwell (CFI). Aquéllos que hacen referencia con críticas, hostilidad o ambiente sobre cargado se catalogan con Alta EE y los que no presentan estas características como con baja EE. (Hooley).

Ciertas formas o atributos del ambiente familiar de los pacientes se relacionan directamente con el curso y resultado de desórdenes psiquiátricos. Otros estudios han encontrado que las actitudes específicas de la familia y las conductas, llamadas Emoción Expresada alta, se asocian con la recaída dentro de un período de nueve meses después de que el paciente sale del hospital.

Observaciones tempranas de pacientes esquizofrénicos mostraron un incremento en los rangos de recaída cuando fueron dados de alta por las instituciones para ir con sus familiares, comparado con aquellos pacientes que fueron dados de alta para ir a albergues. Brown, Carstairs, y Topping (1958). Esto fue guiado para la investigación de aspectos de la vida familiar que puede explicar esta diferencia. Estas investigaciones resultaron en medidas del conocimiento de la vida familiar por algún tiempo en la actualidad como EE (Vaughn y Leff, 1976). La medición de la EE en la entrevista con los familiares de pacientes psiquiátricos, fue llamada Entrevista Familiar Camberwell (CFI) Rutter y Brown (1986), ésta contiene un número de aspectos de la vida familiar y puede ser muy confiable. En su formato original, es larga y toma de 2 a 4 horas para completarla por lo que fue acortada y refinada más tarde por Vaughn y Leff (1976). La calificación de EE de las actitudes y conducta que el familiar expresa siempre son acerca de su paciente enfermo, ambos rangos son basados en emociones y conductas expresadas durante la entrevista. Tal entrevista comprende de 5 escalas básicas para su medición: comentarios críticos, hostilidad, sobre-involucramiento emocional, afecto y comentarios positivos.

Los comentarios críticos son frecuentemente considerados del número total de críticas hechas en el curso de la entrevista. La hostilidad es definida como cualquiera de los dos, críticas generales o de la individual del rechazo de los parientes o bien una combinación de ambas. El sobre-involucramiento emocional y los afectos son ambas medidas en escalas globales. Los comentarios positivos, son frecuentemente considerados como declaraciones que expresan alabanza, apreciación o aprobación de la conducta o personalidad del paciente. (Hodes y Grange. 1993)

Las relaciones caracterizadas con alta Emoción Expresada (EE) tienen un clima más negativo, una estructura conflictiva y especialmente interacciones conflictivas entre los familiares.

Dentro de los estudios de Falloon (1982) y (1984), así como el estudio de Leff (1982), donde la revisión principal del enfoque de la intervención es la familia con la que los pacientes estaban viviendo; y los pacientes son seleccionados, tomando como base los factores que existen dentro de su familia juegan un rol causal en la recurrencia de síntomas esquizofrénicos agudos, Tarrier y cols (1984).

En un estudio Lebell (1993), realizado en treinta y nueve familias de pacientes esquizofrénicos crónicos para valorar las percepciones de sus actuales relaciones por medio de la escala de cinco minutos (FMSS), se encontró entre sus hallazgos más importantes que aquellos pacientes que ven a sus familiares responsables de forma positiva y se sienten aceptados por ellos, obtendrán una mejor sintomatología, por lo que la familia del paciente esquizofrénico se convierte en un factor de protección en contra de la exacerbación de los síntomas de la enfermedad.

Actualmente investigadores han mostrado gran interés en las causas de la EE alta en las familias, las cuales previamente no han recibido mucha atención. Teniendo como primer nivel de acercamiento al sujeto varios aspectos tales como: factores del paciente (síntomas, habilidad psicosocial y funcionamiento social) y factores de los miembros de la familia ( conocimiento de enfermedad y psicopatología de los miembros de la familia) y fondo cultural y financiero.

La EE alta podría reflejar el estilo de los familiares en relación con varios problemas que ocurren cuando están viviendo con una paciente con trastorno mental ( Mintz. 1987). Un problema importante de los familiares en relación con sus pacientes es la carencia de información de éstos acerca de la esquizofrenia, lo que les impide justificar o reconocer la condición de los pacientes como una enfermedad y su sobreprotección con respecto a las actividades sociales del paciente los conduce a emociones críticas e insatisfacciones (Berkowitz. 1984; Vaughn, 1981).

En contraste, aquellos parientes que cuentan con suficiente información acerca de la enfermedad, presentan un bajo nivel de EE debido a que consideran que el paciente sufre de una enfermedad, más que combinar una empatía objetiva con una gran tolerancia respecto a comportamientos perturbantes. Muestran también, mayor inclinación a usar un lenguaje neutral al describir la forma de comportarse de su paciente.

Los reportes de parientes con un Bajo nivel de EE, en relación con su propio comportamiento hacia el paciente sugieren una mayor flexibilidad y adaptación que sus contrapartes de Alta EE, los cuáles manifiestan menor disposición y/o destreza para enfrentar la situación (Hooley).

Vaughn, Leff. (1976) y (1981) encontraron una correlación entre la actitud de los pacientes y los comentarios críticos de sus familiares, la cual ha sido significativa, por lo que se puede entender que la reducción en la ocurrencia de los comentarios críticos y la intervención terapéutica estarían acompañadas por un incremento en la cordialidad de los pacientes.

Sin embargo, no sólo los comentarios críticos y agresivos provocan efectos negativos en los pacientes, sino también la expresión de un amor excesivo es en ocasiones para éstos inadecuado.

Mintz (1987), sugiere que el sobre-involucramiento emocional podría ser un intento de los familiares para aliviar los síntomas negativos de la esquizofrenia crónica.

Sin embargo, Miklowitz (1983) y Kuipers (1991), comentaron que el cuidado sobre-involucrado podría conducir a una pérdida de habilidades y confianza necesaria para la vida independiente y el sobre-involucramiento, los cuales son usualmente expresados en la forma de sobre-protección y más baja Función Social de los pacientes.

Algunos resultados preliminares que han sido publicados muestran que el nivel de evaluación de los familiares así como la sobre-protección influyen de manera considerable en las actitudes emocionales de los pacientes con esquizofrenia (Ohta, 1987; 1989 y Otsuka 1991)

El valor de Sobre Involucramiento Emocional alto (EOI), es más común en Japón que en otros países. Sin embargo, el nivel de EE alto se da con mayor frecuencia en culturas violentas, por lo que en las familias de Japón es más bajo que aquellos reportados por los Anglo-Americanos y Canadienses, pero similares a los reportados por los México-Americanos (Otsuka, 1994). Algunos reportes sugieren que el número de familias con EE alta es bajo en locaciones culturales relativamente tranquilas y conservadoras Karno, (1987) , Montero, (1992), Wig, (1987).

Brown, (1972), dice "un alto grado de Emoción Expresada en una ocasión es una medida de qué tan propenso está el familiar para reaccionar de esa manera particular hacia un paciente, aún cuando otros factores pueden ser necesarios para precipitar esto". Él resumió su posición así: " el nivel de Emoción Expresada en el tiempo de la admisión del paciente será tomada para representar una característica permanentemente potencial de la conducta del familiar en relación al paciente".

Leff (1989), propone que la ausencia del problema se puede explicar en dos supuestos: qué tan propenso esta el paciente y cuanto potencial tiene para desarrollar el padecimiento, ambas implican que la conducta de la Emoción Expresada alta puede estar inactiva por periodos de tiempo, pero brotará cuando ocurran circunstancias que la puedan provocar.

Numerosos estudios, con muy pocas excepciones han encontrado una correlación entre la severidad en la forma de la sintomatología de los pacientes y las actitudes de la EE o conductas interactivas (Goldstein, 1994).

Goldstein (1994), encontró que en particular, en los hogares de pacientes esquizofrénicos con alta Emoción Expresada, es más usual pensamientos y verbalizaciones hostiles en dirección con sus familiares que aquellos hogares de baja EE.

Al encontrar continuamente que aún cuando después de medicar a los pacientes, estos continúan presentando recaídas, lo que nos sugiere una mayor preocupación acerca de otros factores del medio ambiente que están precipitando un mayor nivel de recaída.

Una importante investigación Britanica acerca de este tema, fue la realizada por Brown, (1972), Vaughn y Leff, (1976). Cada uno de estos estudios concluyó que en los pacientes que están viviendo con sus familiares, el mejor predictor de recaída sintomática en los nueve meses después de su dada de alta del hospital fue la Emoción Expresada por el familiar clave hacia el paciente durante una entrevista administrada poco después de la admisión del mismo. El índice de Emoción Expresada (EE) empleada en ambos estudios tuvo tres componentes: (1) El número de comentarios críticos hechos por el familiar cuando platica acerca del paciente; (2) hostilidad (la cual raramente ocurre en ausencia de la crítica alta); y (3) Marcada sobreprotección emocional. En un inicio fue usado para categorizar pacientes como provenientes de hogares con alta o baja EE. En ambos estudios los pacientes que venían de hogares con alta EE tuvieron recaídas significativamente más seguidas (3.5 a 8 veces) que aquellos de hogares con baja EE. En ambos casos esta asociación fue independiente de la perturbación conductual previa del paciente y del deterioro en el trabajo. Sin embargo, la relación entre el índice de EE y la recaída fue medida por el estado de medicación del paciente y por la cantidad de contactos cara a cara con la familia. Sus resultados sugirieron que la combinación de la medicación

antipsicótica regular y el contacto mínimo con crítica alta o sobre-involucramiento de los familiares reducirá la proporción de recaída.

Desde 1968 cuando Brown encontró que la Emoción Expresada (EE) de los miembros de la familia precipitaba la recaída y resultado de la esquizofrenia, se catalogó al estudio de la EE como uno de los más importantes cuando de familia de pacientes esquizofrénicos se habla.

Leff en 1976, nos indicó que el porcentaje de recaída de los pacientes que retornaban a ambientes hostiles en el hogar es mucho mayor que el de los pacientes que retornaban a ambientes del hogar benignos.

Jablenski y Sartorius (1975), mencionaron que el porcentaje de recaída en los países en vías de desarrollo es menor que en los países desarrollados, a pesar de que las proporciones en déficits del padecimiento de los pacientes, en los diferentes países es comparable.

El valor de la afectividad, como indicador de rangos más bajos de recaída es también encontrado por investigadores psicofisiológicos en una serie de estudios (Tarrrier. 1979, 1988; Sturgeon. 1984).

Otro factor importante dentro de la medición del nivel de EE, fue el tiempo de contacto (cara a cara), entre el paciente y su familiar responsable, es decir, el periodo que pasan juntos viéndose o realizando actividades que requieran que tanto el pariente como el enfermo tengan contacto visual de manera constante y prolongada.

Los pacientes que permanecen más de 35 horas a la semana con familiares que presentan alta Emoción Expresada pueden presentar recaída hasta en el 92% de los casos (Hooley, 1985).

Observándose que existe un mayor riesgo de recaídas cuando hubo contacto más frecuente entre los familiares y los pacientes (Brown, 1972).

En un estudio realizado por Lebell (1993), se encontró que los pacientes que están en contacto frecuente con un pariente percibido como muy positivo, tiene significativamente mejor capacidad de supervivencia sin exacerbación psicótica.

Al igual que el tiempo de contacto, el tiempo de evolución de la enfermedad también se considera importante en el estudio de la EE. Este periodo se describe como el tiempo que el paciente tiene desde el inicio de su enfermedad hasta la fecha actual.

Sobre la importancia del Tiempo de Evolución de la Enfermedad se han enfatizado una serie de propuestas las cuales dicen:

Considerando que los síntomas psiquiátricos no pueden ser controlados por el paciente, los esfuerzos coercitivos de los familiares, es poco probable, que redunden en cambios positivos del comportamiento.

Por lo que pueden crearse dos tipos diferentes de resultados:

1. Cuando los parientes se dan cuenta que su familiar enfermo es incapaz de responder a sus demandas externas para cambiar, modifican su propia percepción acerca de la posibilidad de controlar su sintomatología y que el paciente está genuinamente enfermo. De esta manera , con ese entendimiento los pacientes pueden pasar de una Alta EE a Baja EE, con la experiencia que van adquiriendo para tratar o enfrentar al paciente.
2. Los esfuerzos para controlar el comportamiento del paciente fallan, y los familiares no modifican sus atribuciones continúan siendo enjuiciantes y coercitivos sociales. Con el tiempo se frustran cada vez más, llegando a ser hostiles y por lo tanto presentan Altos niveles de EE (Hooley).

Un estudio de Leff and Brown, en 1977 señala que el nivel de Emoción Expresada se vuelve más alto como el periodo de la enfermedad es prolongado.

## 2.2 Emoción:

Al hablar de la Emoción Expresada, considero muy importante hacer un alto en describir más ampliamente a la Emoción como un fenómeno afectivo y de manera más específica.

Claude Bernard, quien inició un cambio radical mencionando que "El sentimiento está en el origen de todo. El hombre empieza por crearse una hipótesis que no es más que la expresión de su sentimiento, puesto que razona sobre él". Pero fue hasta los años treinta de nuestro siglo que dos fisiólogos atribuyeran atrevidamente a la misma célula la capacidad emocional: Von Monakow y Mourgue supusieron que en estos trabajos un germen afectivo en cada célula formulándolo como "un sentir de presión y de sufrimiento".

Para English, como para muchos otros, la emoción es un "disturbio", una "alteración aguda" en el comportamiento del hombre, en conexión con "amplios cambios viscerales". La emoción. ¿Simplemente un "disturbio", tanto como la de amor como de odio?. Definida así, es característica de la gente que cree en el poder de la razón y hasta en la llamada "razón pura". Encontramos también que la emoción es una experiencia o un estado psíquico "acompañado" de sentimiento; o que es un "tonus afectivo"; "cambios corporales marcados por un sentimiento"; actividad inspirada por las "situaciones sociales"; "predisposiciones sensorio-motrices innatas".

En la segunda mitad de nuestro siglo en 1952, J. Drever, dice: "Emoción: Directamente descrita y explicada por lo psicólogos, pero todos están de acuerdo en que es un estado complejo del organismo, envolviendo cambios corporales de carácter extenso en la respiración, pulso, secreción glandular y en la parte mental, un estado de excitación o perturbación; marcado por un fuerte sentimiento (feeling), siendo usualmente un impulso hacia una forma definida de comportamiento". Al termino sentimiento lo encontramos definido como "aspecto afectivo de la experiencia", la respuesta sobre lo que es el afecto o lo afectivo, en un uso moderno, cualquier categoría de sentimiento o emoción". Todos estos fenómenos de sentimiento y emoción pertenecen al mismo efecto biósico, lo afectivo en general. La definición de Drever la de que la emoción es un "impulso hacia una forma de comportamiento".

Piéron (1957), dice de la emoción: "esta palabra de lenguaje común, se aplica en la psicología a una reacción afectiva de intensidad bastante grande, dependiente de los centros diencefálicos, y que engloba normalmente unas manifestaciones de orden vegetativo. Las emociones fundamentales, fuera de una emoción-shock, comprenden la alegría y la pena (dolor), el miedo y la ira, el amor y el disgusto". Otros más comprenden a la emoción como una "reacción afectiva", pero procuran dar un paso más, al definir a su vez el efecto mediante el principio del placer-displacer, lo agradable-desagradable.

Kant clasificó las emociones como "enfermedades mentales", y hasta Jenet, ya en nuestros días, se atrevió a llamar al amor una enfermedad... Hay emociones que nos estorban; son desagradables el odio, el miedo, la ira, los celos, etc. Pero hay muchas otras que nos son benefactoras: las religiosas, las éticas, las estéticas, etc. Y sin embargo éstas se componen de los mismos factores, también ellas nacen en las mismas células que las anteriores.

Una importante teoría llamada órctica considera la función afectiva del organismo persona como un modo general de todo lo vivo que le permite la orientación frente a las presiones y los riesgos de sobrevivir. Postula además que las expresiones del lenguaje común tales como emoción, sentimiento, afecto, etc., apuntan hacia el mismo fenómeno afectivo, órctico, y que éste fenómeno surge en todos los sitios del organismo en los que se lleva a cabo una operación de orientación vital, trátase de una célula o de muchas. Pertenecen al fenómeno afectivo en primer lugar las grandes categorías emocionales, analizables también conscientemente por el hombre y para las cuales tanto el lenguaje común como el científico tradicional emplean los términos de emoción y sentimiento, tales como el amor, el odio, el miedo o la angustia, la ira, la paz, las emociones de lo bueno, de lo bello, de lo religioso, del éxito o de la frustración, etc. Pero la teoría órctica reclama para lo afectivo también algunas categorías que hasta ahora se han atribuido al dominio de la razón, insistiendo en que, como por ejemplo en la comprensión y en general en toda la valoración de las situaciones vitales, de cosas y de personas, lo afectivo es lo que predomina y determina la orientación. Esto vale igualmente para la autovaloración que produce los fenómenos órcticos de orgullo o de soberbia, de moderación y de humildad, la indiferencia, la duda, el aburrimiento, etc. Viene después la serie de los fenómenos que hemos llamado paraemociones: la atención, la curiosidad, la espera, la simpatía o antipatía, etc. Y la numerosísima categoría de las emociones reactivas, del tono afectivo-reactivo que representa la serie de nuestras sintonías y distonías (llamadas también "timias"), de nuestras alegrías y penas, del placer y del disgusto con sus variaciones de sentirse uno libre u oprimido, inferior o inseguro, solitario o comprendido en la convivencia.

La lógica bio-lógica del concepto órético descansa sobre el concepto de que toda elaboración de un estímulo en el organismo, consciente o subconsciente, obedece a las mismas leyes de la orientación vital en cualquier ser viviente; que la orientación vital empieza con la llegada del estímulo a un receptor; que el mecanismo de tal elaboración, a lo largo de la integración de los factores y regido por los criterios de la utilidad vital patotrópica, es igual en un protozario como en el hombre, y que la igualdad esencial de estas comparaciones de la orientación vital descansa en el procedimiento órético, el del sentir subjetivo.

Con tal extensión radical de lo afectivo sobre toda elaboración del estímulo, la teoría órética subraya tan sólo la evidencia de que el organismo no hace otra cosa que elaborar estímulos en cada momento y en todos sus niveles, procurando sobrevivir entre las presiones que le vienen por fuera y por dentro, significa la obligación de valorar y que esta valoración, nada mecánica, le cuesta esfuerzos y tensiones para cuya medición dispone de criterios en el sentir subjetivo. Que las situaciones concretas de cada momento, en todos los niveles del organismo, cambian constantemente dentro de las grandes líneas filogenéticas de su especie. Gran parte de la orientación consciente es, en el hombre, preverbal, compuesta de signos y de imágenes interiores que si bien no tienen nombres en el vocabulario racional, son completamente suficientes para guiar su comportamiento, V.J. Wukmir (1967).

Hace mucho tiempo que la emoción ha sido importante dentro de los conceptos psicológicos, pero se ha referido principalmente, en lo histórico, a estados o experiencias mentales conscientes. Sin embargo, en algunas teorías contemporáneas, se les están asignando funciones centrales en la teoría de la motivación. Ésta teoría hace hincapié en el afecto, y con mayor atención en lo placentero y lo desagradable, donde se afirma que el goce afectivo es un factor importante en organizar, dirigir y vigorizar la conducta, y se cree que no puede explicarse el goce afectivo (en todas sus formas, de cualquier modo) en base al aprendizaje.

La teoría motivacional también utiliza lo placentero y lo desagradable y define a estos estados como desviaciones de un nivel de adaptación; las desviaciones pequeñas producen placer, las grandes desagrado. Las claves asociadas con experiencias placenteras y desagradables, pueden evocar anticipaciones de placer o desagrado y, por consiguiente, el acercamiento o la evitación vigorizante, los estados afectivos juegan un papel motivacional. Para esta teoría todos los motivos son aprendidos.

Si bien, el afecto es usado como un factor de dirección para la conducta que como un agente motivador, entonces se plantea que la motivación surge cuando consecuencias psicológicas mutuamente pertinentes se relacionan en forma discrepante. Hasta donde la emoción, se usa como una concepto motivacional que esta asociado con la redefinición de la emoción según el nivel de activación (también tiene aspectos de dirección). La activación varía desde un mínimo (en el sueño o en coma) hasta una máximo (como en una excitación profunda). Se cree que varias emociones (y tal vez también los impulsos) se correlacionan con puntos situados en este continuo de alertamiento. Se supone que varias medidas fisiológicas indican niveles de alertamiento, y entonces se comparan dichos niveles con otras medidas de eficiencia conductual, Cofer y Appley (1978).

Después de hacer una revisión acerca de la emoción, considero que si comprendemos que ésta es el origen de todo lo afectivo y provien de cada parte humana y cualquier emoción en los individuos provoca una alteración que puede ser de amor o de odio, y que al igual que la enfermedad de esquizofrenia también tiene componentes adquiridos que provienen de experiencias del medio ambiente (familia) podríamos relacionar el porque de nuestra investigación sobre las emociones que emanan del entorno de los enfermos y porque estas provocan alteraciones en el curso de la enfermedad de este tipo de pacientes.

## **2.3 Manual de Codificación de Emoción Expresada de la Muestra de Conversación de Cinco Minutos**

### **I. Introducción:**

El sistema de codificación denominada de Conversación de Cinco Minutos (FMSS-Five Minutes Speech Sample), identifica las emociones, los sentimientos y las actitudes expresadas por la persona acerca de un miembro de su familia durante un monólogo con duración de cinco minutos. Se analizan tanto el contenido como el tono de esta breve charla. El sistema está compuesto de cuatro categorías:

a) concepto inicial, b) relaciones c) crítica y d) sobre-involucramiento emocional. Las críticas el sobreinvolucramiento emocional se basan fundamentalmente, en aquellos conceptos que se usaron para codificar la emoción expresada de la Entrevista de Camberwell, un instrumento estandarizado utilizado para calificar la emoción expresada (CFI; Brown y Rutter, 1966).

La investigación ha demostrado que el FMSS es un instrumento confiable y del que se obtienen calificaciones que son comparables con las que se derivaron del CFI (Magaña y Cols, 1986).

### **II. Lineamientos generales para calificar :**

- La muestra de conversación se califica directamente de la audiograbación, transcribirla podría ser de utilidad.
- Cada frase debe ser tomada en cuenta con mucho cuidado.
- Considérese el contexto
- Considérese el tono de voz
- No se desvíe de las reglas específicas.

### III.- Categorías de calificaciones:

#### Segmentos:

1.- **Concepto inicial:** Es el concepto que el entrevistado expresa por primera vez acerca de su familiar. Se califica como positivo, negativo o neutral y es independiente del resto de la muestra.

#### a) Positivo

- Descripción positiva (expresa aprobación, valoración, apreciación del comportamiento o la personalidad del familiar).
- Relación positiva.

#### b) Neutral

- Débil/confusa (utiliza calificativos débiles, información descriptiva o de hechos, pero considérese el tono).
- Descripción neutral.
- Condicional (pero, si, sin embargo, siempre y cuando, algunas veces, cuando, generalmente, ocasionalmente).
- Tiempo pasado.
- Ambos, positivo y negativo.
- Atribución a causas externas.

#### C) Negativo:

- Descripción negativa.
- Relación negativa.

**Nota: el tono es muy importante.**

## **Calificaciones basadas en el total de la muestra:**

### **1.- Relaciones**

Están basadas en los conceptos que describen la relación entre el entrevistado y su familiar. Las calificaciones pueden ser positivas, negativas o neutrales. (Sin evidencia es lo mismo que neutral).

#### **a) Positiva**

- Relación positiva.
- Intereses/actividades.

#### **b) Neutral**

- Débil)confusa.
- Condicional.
- Tiempo pasado.
- Relación positiva y negativa (esté alerta en las palabras como "global" "la mayoría del tiempo" "usualmente").
- Ninguna información acerca del pariente.

#### **c) Negativo:**

- Relación negativa.
- Incapacidad para comunicarse.

**Nota: El tono y la evidencia reciente (de los últimos 2 o 3 años) son importantes.**

## **2.- Sobre-involucramiento Emocional (SIE)**

Son los conceptos que indican que el entrevistado está excesivamente involucrado con su familiar. Esta calificación tiene lugar cuando existen uno o más de los siguientes puntos:

- Auto-sacrificio/sobreprotección (falta de objetividad)
- Demostración emocional
- Detalles excesivos acerca del pasado

### **Conteo de frecuencias:**

#### **1.- Crítica**

Son uno o más conceptos que indican resentimiento, enojo, desaprobación, o molestia determinada por el contenido y/o el tono. Se hace un conteo de la frecuencia . (Esta es una categoría muy sensitiva porque una sola crítica genera un perfil alto de EE).

#### **A) Contenido**

- Frases de crítica (disgusto, desaprobación, resentimiento, odio, fastidio).
- Sobreadornamiento (3 o más calificativos negativos).

#### **B) Tono**

- Cargado de charlatanería, inflexión de la voz, capacidad de conversación.
- Tiempo pasado con tono.
- Serie de críticas.

## **2.- Sobre-involucramiento Emocional (SIE)**

a) Un concepto de actitud:

- Amor/adoración
- Disposición para hacer algo por su familiar

b) Valoración excesiva (5 a más comentarios positivos)

**Nota: No se califiquen los siguientes puntos como observaciones positivas.**

- a. Débil/confuso
- b. Descriptivo
- c. Condicional
- d. Tiempo pasado
- e. Temas de relaciones
- f. No expresadas en la primera persona.
- g. Que indiquen mejoras
- h. Expresados en negativo

## **IV.- Criterio para determinar la calificación final de la Emoción Expresada.**

**A. - Alta Emoción Expresada: se determina cuando una de los siguientes puntos está presente:**

1.- Crítica

Se requiere la presencia de uno de los siguientes conceptos para calificar la crítica alta:

- A. Un concepto negativo inicial
- b. Una calificación de relaciones negativas
- c. Una o más críticas

## 2.- Sobre-involucramiento Emocional (SIE)

La presencia de cualquiera de los siguientes conceptos y/o comportamientos es necesaria para calificar un SIE con alto:

A) Autosacrificio/comportamiento sobreprotector.

B) Demostración de emociones durante la entrevista.

C) Dos de los siguientes conceptos:

- Detalles excesivos acerca del pasado
- Uno o más conceptos de actitud
- Evaluación excesiva (5 o más comentarios positivos)

## 3.- Crítica y SIE

Se dá esta calificación cuando tanto el punto 1 como el 2 anteriores están presentes.

### **B.- Baja Emoción Expresada:**

Esta calificación se da cuando **ninguna** de las calificaciones anteriores arriba mencionadas de 1 al 3, tiene aplicación.

## 2.4 Análisis cualitativo parte teorica del FMSS

### Fundamento Teórico:

Una de las teorías que influye de manera importante en los estudios cualitativos fue la fenomenológica con un largo historial de autores tales como: Berger y Luckmann, (1967); Bruyn, (1966); Husserl, (1973); Psatha, (1973); Schutz, (1962 y 1967). Buscando entender los fenómenos sociales desde la propia perspectiva del autor, es decir la realidad que importa es lo que las personas perciben como importante. Estas investigaciones luchan por lo que Max Weber (1968) denomina verstehen, esto es, comprensión en un nivel personal de los motivos y creencias que están detrás de las acciones de la gente.

La investigación cualitativa tiene una gran historia desde la observación descriptiva, las entrevistas y otros métodos cualitativos son tan antiguos como la historia escrita (Wax, 1971). Él señaló que los orígenes del trabajo de campo pueden retrasarse hasta historiadores, viajeros y escritores que van desde el griego Heródoto hasta Marco Polo. Pero sólo a partir del siglo XIX y principios del XX lo que ahora denominamos métodos cualitativos fueron empleados conscientemente en la investigación social.

La metodología cualitativa se refiere en su más amplio sentido a la investigación que produce datos descriptivos: las propias palabras de las personas, habladas o escritas y la conducta observable (Taylor y cols). Es un modo de encarar el mundo empírico:

1. La investigación cualitativa es inductiva. Los investigadores desarrollan conceptos, intelecciones y comprensiones partiendo de pautas de los datos, y no recogiendo datos para evaluar modelos, hipótesis o teorías preconcebidas.
2. En la metodología cualitativa el investigador ve al escenario y a las personas en una perspectiva holística; las personas, los escenarios o los grupos no son reducidos a variables, sino considerados como un todo.
3. Los investigadores cualitativos son sensibles a los efectos que ellos mismos causan sobre las personas que son objeto de su estudio. Son naturistas, es decir, interactúan con los informantes con un modelo natural y no intrusivo.
4. Los investigadores cualitativos tratan de comprender a las personas dentro del marco de referencia de ellas mismas. Ellos se identifican con las personas que estudian para poder comprender cómo ven las cosas.
5. El investigador cualitativo suspende o aparta sus propias creencias, perspectivas y predisposiciones, como si las cosas sucedieran por primera vez y todas las perspectivas son valiosas.

6. Los métodos cualitativos son humanistas, es decir, experimentan lo que ellas sienten en sus luchas cotidianas en sociedad, aprendiendo y descubriendo la vida interior de las personas.
7. Ellos dan énfasis a la validez de su investigación, están destinados a asegurar un estrecho ajuste entre los datos y lo que la gente realmente dice y hace. Observando a las personas en la vida cotidiana, escuchándolas hablar sobre lo que tienen en mente y viviendo los documentos que producen. Dichos investigadores subrayan la validez, mientras que los cuantitativos hacen hincapié en la confiabilidad.
8. El estudio cualitativo es una pieza de investigación sistemática conducida con procedimientos rigurosos, aunque no necesariamente estandarizados. Y están sujetas al error humano.
9. Para él, todos los escenarios y personas son dignos de estudio, y a la vez estos son similares y únicos.

El científico social cualitativo es alentado a crear su propio método (Mills, 1959). Se siguen lineamientos orientados, pero no reglas. Los métodos sirven al investigador; nunca es el investigador el esclavo de un procedimiento o técnica.

Los estudios cualitativos constan de 2 enfoques centrales siendo:

- a) **El interaccionismo simbólico:** el cual atribuye una importancia primordial a los significados sociales que las personas asignan al mundo que las rodea.
- b) **La etnometodología:** no se refiere a los métodos de investigación sino al tema u objeto de estudio: es cómo las personas mantienen un sentido de la realidad externa, donde los significados de las cosas son en su mayoría poco claros y objetivos así como confusos.

Los estudios cualitativos contienen datos descriptivos ricos: las palabras pronunciadas o escritas de la gente y las actividades observables. Este tipo de investigación proporcionaría una "descripción íntima" de la vida social.

**El propósito:** de estos estudios teóricos consiste en comprender a explicar rasgos de la vida social que van más allá de las personas escenarios estudiados en particular. En estos estudios los investigadores señalan activamente lo que es importante. Utilizan los datos descriptivos para ilustrar sus teorías y conceptos y para convencer a los lectores de lo que ellos dicen es la verdad.

Glaser y Strauss opinan que los sociólogos cualitativos (y otros) deben dirigir su atención al desarrollo o generación de teorías y conceptos sociales. Su enfoque de la teoría fundamentada tiene la finalidad de permitir que estos los hagan. Ellos proponen las estrategias principales para desarrollar teoría fundamentada. La primera es el método comparativo constante, por el cual el investigador simultáneamente codifica y analiza datos para desarrollar conceptos. La segunda es el muestreo teórico; el investigador selecciona nuevos casos a estudiar según su potencial para ayudar a refinar o expandir los conceptos y teorías ya desarrollados. Otra estrategia es la inducción analítica, es un procedimiento para verificar teorías y proposiciones basado en datos cualitativos tal como lo formuló Znaniecki en 1934, su finalidad consiste en identificar proposiciones universales y niveles causales.

El investigador cualitativo codifica sus propios datos, en este caso no existe una división del trabajo entre recolectores de datos y codificadores. El análisis de los datos es un proceso dinámico y creativo. A lo largo del análisis, se trata de obtener una comprensión más profunda de lo que se ha estudiado, y se continúa refinando las interpretaciones. Los investigadores también dan en su experiencia directa con escenarios, informantes y documentos, para llegar al sentido de los fenómenos partiendo de los datos.

El análisis de los datos cualitativos:

- La primera es una fase de descubrimiento en progreso: identificar temas y desarrollar conceptos y proposiciones.
- La segunda fase, que típicamente se produce cuando los datos ya han sido recogidos, incluye la codificación de los datos y el refinamiento de la comprensión del tema de estudio.
- En la fase final, el investigador trata de relativizar sus descubrimientos, es decir de comprender los datos en el contexto en que fueron recogidos.

En los estudios cualitativos, los investigadores le van dando sentido a lo que estudian combinando perspicacia e intuición y una familiaridad íntima con los datos.

Proceso general para identificar temas y desarrollar conceptos:

1. Leer repetidamente los datos. En el momento en que esté listo para iniciar el análisis intensivo, se debe conocer totalmente los datos.

2. Seguir la pista de los temas, intuiciones, interpretaciones e ideas. Se debe registrar toda idea importante que se tenga durante la lectura y reflexión sobre los datos.
3. Buscar temas emergentes. Es preciso buscar en los datos los temas o pautas prioritarios: temas de conversación, vocabulario, actividades recurrentes, significados, sentimientos, dichos y proverbios populares (Spradley, 1980).
4. Elaborar tipologías, o esquemas de clasificación, pueden ser ayudas útiles para identificar temas y desarrollar conceptos y teorías.
5. Desarrollar conceptos y proposiciones teóricas. El investigador pasa de la descripción a la interpretación y la teoría a través de conceptos y proposiciones. En esta investigación los conceptos son instrumentos sensibilizantes (Blumer, 1969; Bruyn, 1966). Los conceptos sensibilizadores, proporcionan un "sentido de referencia general" y sugieren "direcciones para la observación". Este desarrollo es intuitivo, en el cual primero se buscan palabras y frases del propio vocabulario de los informantes que capte el sentido de lo que ellos dicen o hacen. Segundo descubrir un tema en sus datos, comparando los enunciados y acciones entre sí para ver si existe un concepto que lo unifique. Y por último identificar temas diferentes, buscando las semejanzas subyacentes que puedan existir entre ellos.
6. Leer el material bibliográfico. Los investigadores cualitativos comienzan sus estudios comprometiéndose mínimamente con teorías y supuestos a priori (Glaser y Strauss).
7. Desarrollar una guía de la historia. Siguiendo una línea guía de la historia para orientar el análisis. Esta es la hebra analítica que une e integra a los principales temas de los datos. Es la respuesta a la pregunta "¿sobre qué trata este estudio?".

#### La codificación de los datos cualitativos:

En la investigación cualitativa, la codificación es un modo sistemático de desarrollar y refinar las interpretaciones de los datos. Este proceso incluye la reunión y análisis de todos los datos que se refieren a temas, ideas, conceptos, interpretaciones y proposiciones de la siguiente manera:

1. Desarrollo de categorías de codificación. Empezando por redactar una lista de todos los temas, conceptos, interpretaciones, tipologías y proposiciones identificados o producidos durante el análisis inicial.
2. Calificar todos los datos. Codificar todas las notas de campo, las transcripciones, los documentos y otros materiales, escribiendo en el margen el número asignado o la letra correspondiente a cada categoría.
3. Separación de los datos pertenecientes a las diversas categorías de codificación. La separación de los datos es una operación mecánica, no interpretativa (Drass, 1980). El investigador reúne los datos codificados pertenecientes a cada categoría.
4. Observar qué datos han sobrado. Después de haber codificado y separado todos los datos, repase el remanente de datos que no han ingresado al análisis. Algunos datos de estos probablemente se ajusten a las categorías de codificación ya existentes. También se pueden plantear nuevas categorías que se relacionen con las desarrolladas plenamente y con la guía de la historia subyacente. Pero debe observarse que ningún estudio utiliza todos los datos recogidos. Si no se ajustan no debe forzarse el ingreso de todos los datos en el esquema analítico.
5. Refinar el análisis. La codificación y separación de los datos permite comparar diferentes fragmentos relacionados con cada tema, concepto, proposición etc, y en consecuencia ajustar y refinar las ideas.

En la investigación cualitativa no hay líneas guías que determinen la cantidad de datos necesarios para refrendar una conclusión o interpretación. Las mejores aprehensiones provienen a veces de una cantidad pequeña de datos. Glaser y Strauss (1967), sostuvieron que un único incidente es suficiente para desarrollar una categoría conceptual para la teoría fundamentada.

## 2.5 Emoción Expresada y Funcionamiento Psicosocial

Sappington (1975), reportó que la evaluación del estado mórbido del paciente reportado por los miembros de la familia es más certero o exacto que la evaluación clínica y como tal, mayor atención debería poseer por parte de éstos. También en una evaluación de Funcionamiento Social de los pacientes, se observó que aquéllos familiares que presentaron una EE alta, sus enfermos tenían un nivel de Funcionamiento Social más bajo que el esperado, en comparación con los familiares con EE baja, los cuales tendieron a mostrar menor insatisfacción con las actividades de tiempo libre de los pacientes que los familiares de EE alta.

En un estudio realizado por Otsuka (1994), encontró que los familiares con EE alta, percibían a los síntomas de los pacientes de manera negativa en la conducta social, encontrándose diferencias significativas en conductas tales como: agresividad, negativismo y debilidad ( $P < 0.05$ , respectivamente). En contraste con los familiares con EE baja los cuales evaluaron un mayor nivel de estabilidad en sus pacientes que aquellos familiares con EE alta ( $P < 0.05$ ).

En un estudio realizado con familiares y sus pacientes esquizofrénicos, cuyo propósito fue conocer la relación entre la Emoción Expresada de la familia, la evolución familiar de los síntomas y el Funcionamiento Social de los pacientes esquizofrénicos, se tomó como muestra a pacientes externos esquizofrénicos en Costa Rica y se evaluaron con la Muestra de Conversación de Cinco Minutos (FMSS) para la EE y la Escala de Funcionamiento de Katz (KAS) para la evaluación de la familia. Se encontró que el nivel de la EE fue alto entre los familiares los cuales pensaron que el paciente era agresivo, negativista, inestable o desvalido. Esta EE alta de los familiares tendió a evaluar el Funcionamiento de los pacientes de actividades sociales escasas y mostró una elevada insatisfacción con las actividades de ratos de ocio del paciente. También se encontró un valor alto de sobre-involucramiento emocional (EOI), el cual se observó ser más común en Japón que en otros países. En un subgrupo de la FMSS-EOI, se encontraron que todas madres (6 madres), fueron evaluadas con sobre-involucramiento emocional y 5 de ellas por expresión emocional (llanto al momento de hablar sobre su paciente). Finalmente se encontró que los familiares enfatizaban el Funcionamiento Social de los pacientes en el área laboral, es decir, ellos esperaban que los pacientes se desempeñaran más actividades productivas que en su tiempo libre, por lo que la sobre-expectación de los familiares en la relación de las actividades productivas del paciente y su actitud negativa alrededor de las actividades de tiempo libre de los pacientes fueron emitidas como EE alta. Esto ha influido negativamente en la esquizofrenia crónica de los pacientes.

En estudios tales como los de Berkowitz (1984), se argumentó que otro importante problema al cual se enfrentan los familiares, es que a menudo ellos no tienen ningún conocimiento de la enfermedad de esquizofrenia y por lo tanto no pueden justificar o reconocer la condición de los pacientes como una enfermedad, formando una sobre expectativa con respecto a las actividades sociales del paciente, la cual los lleva a emociones críticas e insatisfacción.

En un reciente estudio realizado por Inove (1997), tomó 29 pacientes con diagnóstico de esquizofrenia encontrándose una relación significativa ( $p > 0.05$ ) entre los familiares con altos niveles de EE y el funcionamiento social en sus pacientes con esquizofrenia, dividiéndose en dos grupos: el primero con altos niveles de EE y el segundo con bajos niveles de EE, donde el primero en el desempeño de expectativas sociales como en las actividades de tiempo libre declinaron en el seguimiento. En contraste con el segundo, la escala incrementó en el desempeño de expectativas sociales y actividades de tiempo libre.

## 2.6 Antecedentes y teoría acerca del Funcionamiento Psicosocial

Es muy importante entender a la enfermedad mental de manera más globalizada, ya que es afectada desde diversos factores internos y externos que determinan su evolución.

Un factor externo que día a día cobra mayor trascendencia en el campo de la salud mental es el que se refiere a la importancia e influencia de los factores sociales y culturales en las enfermedades y padecimientos que antes eran considerados exclusivamente desde el punto de vista orgánico y psicológico (Valencia, 1985).

Forman, (1968) encontró relación entre los factores sociales, emocionales y el diagnóstico. Sheppherd (1966), señaló que los factores sociales deberían ser considerados como elementos importantes en la etiología de la enfermedad mental. Sylph (1969), observó que algunos pacientes neuróticos crónicos presentaban problemas de ajuste social y psicosocial. Cooper (1976), mencionó una asociación entre desórdenes psiquiátricos y varias formas de dificultad social. Tarnopolsky (1973), encontró que algunas personas afectadas por síndromes psiquiátricos sufrían de incapacitación social. Dekker y Webbs (1974), consideraron que los eventos que producen tensión están relacionados con cierto deterioro psicológico.

El ambiente social es un determinante significativo que indica si el sujeto debe ser hospitalizado, enviado a psicoterapia o si debe recibir otra clase de tratamiento (Valencia, 1985).

También se menciona que los pacientes con familiares con Emoción Expresada baja fueron más adaptables para vivir fuera de su casa de manera social. (Imber, 1989).

Sin embargo, Leff y Wing (1971), estimaron que aproximadamente de un 40 a un 50% de los pacientes con medicamento recayeron en el transcurso de 1 a 2 años, lo que podría argumentarse debido a factores como lo son la eliminación de los síntomas a través del buen Funcionamiento social del paciente, su calidad de vida, efectos sobre otras personas significativas así como su medio ambiente social inmediato Barrowclough y tarrier (1984).

Barrowclough y Tarrier (1984), presentaron al indicador de Emoción Expresada el cual ha influido directamente la atención en algunas investigaciones dentro de los factores psicosociales en el curso de la Esquizofrenia.

Waters y Northover (1965), reportaron que muchos de los pacientes causaron aflicción de moderada a severa en sus familiares en términos de vergüenza social, aislamiento y conducta que les asusta o da un incremento en la tensión de la familia.

Una de las consecuencias de vivir con un familiar mentalmente enfermo es el decremento a las actividades de tiempo libre y social. Esto fue observado por Yarrow. (1955) en un estudio donde las esposas creyeron que la enfermedad mental es considerada por otros como un estigma por lo que provocaba miedos expresados en aislamiento social por parte de los familiares.

Creer y Wing (1974), observaron que los síntomas más problemáticos para los familiares de aquellos pacientes con esquizofrenia, eran los negativos que se asociaban con el aislamiento social tales como la carencia de conversación, subactividad, mayor lentitud y poco interés en las actividades de tiempo libre.

En un estudio realizado por Jackson. (1990) se encontró que el déficit en el desenvolvimiento o desempeño del rol social, se presentó en el 78% de los casos causando más angustia en los familiares. Sin embargo, se observó que un alto nivel de EE estaría asociada con niveles más altos de carga subjetiva (angustia) en los parientes a diferencia de un nivel bajo de EE con respecto a trastornos en la conducta del paciente, déficit en el desenvolvimiento social y efectos adversos sobre otros. Dentro de éste déficit, lo que provocó mayor nivel de angustia en los familiares fue:

- a) Actividades en el tiempo libre (55%)
- b) Conversación diaria o cotidiana (40%)
- c) Apoyo (40%)
- d) Aflicción (40%)
- e) La falta o carencia del desenvolvimiento del paciente en la conversación diaria, así como las actividades durante su tiempo libre causaron una severa angustia (35%) en los familiares.

También en este estudio se agregó que este tipo de carencia social inducía a los familiares a fuertes críticas hacia sus pacientes en un grado significativo.

Un estudio mostró que la observación de la habilidad social en los pacientes esquizofrénicos predispuso aún mejor funcionamiento social independientemente de la severidad de los síntomas psicóticos de éstos (Halford, 1995).

La incapacidad en el desenvolvimiento social y/o aislamiento son pensamientos significativos en el origen del estrés de los pacientes, para tener un impacto negativo en su funcionamiento en comunidad y para contribuir en la recaída Anthony y Liberman (1986) y Falloon (1984).

Muchos estudios acerca de la Emoción Expresada, han sido conducidos sobre las causas de varias actitudes emocionales de los familiares. Brown (1972), reportó que la incapacidad de la conducta de los pacientes y la imposibilidad en el trabajo más que sus síntomas mentales son posibles causas de Emoción Crítica en los miembros de la familia. Se ha reportado que la EE se vuelve tan alta como el periodo de la enfermedad es prolongado Ito (1992) y Mavreas (1992), por lo que en tales casos el Funcionamiento Social de los pacientes fue significativamente bajo Barrowclough (1990) y Leff (1985).

Así mismo, Katz (1963, 1988), reportó que síntomas clínicos de indiferencia, fuerte expresión de los familiares de insatisfacción con los pacientes que no están desarrollando su rol social, ejercieron una influencia perjudicial en el transcurso de la esquizofrenia.

Finalmente, considero que revisión de algunos de los antecedentes así como teorías sobre el papel de la familia dentro del estudio de la esquizofrenia y de manera específica del concepto de Emoción Expresada, nos lleva a empezar a describir la metodología de mi investigación.

## 2.7 Manual de Funcionamiento Psicosocial:

La escala de Funcionamiento Psicosocial (EFPS) como su nombre lo indica está diseñada para evaluar el Funcionamiento Psicosocial de un sujeto, a través de una entrevista semi-estructurada.

### Descripción de la escala:

La escala de Funcionamiento Psicosocial esta compuesta de los siguientes aspectos:

- Datos de identificación
- Condiciones de vivienda
- Composición familiar
- Areas de Funcionamiento Psicosocial:

1. área ocupacional
2. área social
3. área económica
4. área sexual
5. área familiar

### Número de reactivos:

La escala está compuesta de un total de 56 reactivos distribuidos de la siguiente manera:

<b>Aspectos de la escala</b>	<b>Reactivos</b>
Datos de identificación	10
Condiciones de vivienda	10
Composición familiar	01
Area ocupacional	07
Area social	07
Area económica	07
Area sexual	07
Area familiar	07

### **Sistema de calificación:**

Para evaluar el Funcionamiento Psicosocial se utiliza una escala de 1 al 5. El sistema de calificación está conceptualizado en términos de las categorías de calificación.

1. Muy satisfecho
2. Satisfecho
3. Neutral, indiferente
4. insatisfecho
5. Muy insatisfecho

### **Informante:**

Se utiliza como informante al paciente, ya que se considera que éste es el que mejor conoce su problema, sin embargo, se puede utilizar otro informante directo. También se puede utilizar otro informante; ya sea un familiar o amigo cercano del paciente que esté en condiciones de dar información confiable.

### **Período de Evaluación:**

El período de evaluación puede variar dependiendo del tipo de estudio que se vaya a realizar, pudiendo tomarse como parámetro de evaluación el funcionamiento del paciente durante la última semana, el último mes, últimos seis meses, último año, etc., previos a la aplicación de la escala.

### **Tipo de Entrevista:**

La Escala ha sido desarrollada y está presentada en forma de una entrevista semi-estructurada que incluye preguntas que sirven como guía al entrevistador, dándole al mismo tiempo la oportunidad de hacer otras preguntas adicionales y complementarias hasta que se haya obtenido toda la información necesaria de parte del paciente.

### **Duración de la Entrevista:**

El tiempo aproximado de duración de la entrevista es de 30 a 45 minutos, dependiendo de la cooperación que preste el paciente y de la habilidad del entrevistador para obtener la información.

### **Forma y Condiciones para la Aplicación de la Escala:**

La Escala debe ser aplicada por un entrevistador, previamente capacitado en su manejo, mediante una entrevista directa al paciente.

La aplicación de la Escala debe llevarse a cabo bajo condiciones adecuadas de entrevista, es decir, en un lugar; ya sea un consultorio o cubículo, donde no se presenten interrupciones de ningún tipo, de manera que exista privacidad para la realización de la entrevista con el entendimiento, tanto para el entrevistador como para el paciente, de que el manejo de la información se realiza en forma confidencial.

### **Capacitación:**

Se considera totalmente indispensable que el entrevistador participe en un programa de capacitación que le permita familiarizarse con el instrumento de la investigación y su manejo, de tal manera que pueda aplicar la Escala así como las técnicas de entrevista, sistema de calificación, codificación etc.

# CAPÍTULO 3

## Método

### 3.1 Planteamiento del Problema

La presencia y/o ausencia de Emoción Expresada (EE) en 33 familias en relación con algunas variables tales como tiempo de contacto (cara a cara) entre el pariente y su enfermo, periodo que tiene el paciente con el diagnóstico de esquizofrenia, así como su nivel de Funcionamiento Psicosocial.

### 3.2 Hipótesis de trabajo:

Hi Sí hay diferencias significativas en el funcionamiento psicosocial del paciente esquizofrénico, siendo que a mayor funcionamiento psicosocial mayor será la EE negativa, por parte del familiar responsable.

Ho No hay diferencias significativas en el funcionamiento psiosocial del paciente esquizofrénico, siendo que a mayor funcionamiento psicosocial, mayor será la EE negativa por parte de su familiar responsable.

Hi Sí hay diferencias significativas en la EE del familiar responsable de los pacientes esquizofrénicos, siendo que a un periodo mayor de 15 años de evolución de la enfermedad, será menor la EE negativa del familiar responsable menor.

Ho No hay diferencias significativas en la EE del familiar responsable de los pacientes esquizofrénicos, siendo que a un periodo mayor de 15 años de evolución de la enfermedad, será menor la EE negativa del familiar responsable.

Hi Sí hay diferencias significativas en la EE de los familiares responsables de los pacientes esquizofrénicos, siendo que a un mayor tiempo de contacto cara-cara con su familiar responsable mayor será la EE negativa del familiar responsable.

Ho No hay diferencias significativas en la EE de los familiares responsables de los pacientes esquizofrénicos, siendo que a un mayor tiempo de contacto cara-cara con su familiar responsable mayor será la EE negativa del familiar responsable.

### **3.3 Muestreo:**

La muestra fue no probalística y de tipo circunstancial.

#### **3.3.1 Población:**

La muestra total de los sujetos fue de 40 al inicio del estudio en pacientes que presentaron un diagnóstico de esquizofrenia, los cuales fueron contactados en el medio hospitalario cuando acudieron a consulta externa, donde uno o más de los integrantes de su familia se autonombraron parientes responsables del cuidado y manutención económica en la mayoría de los casos. Sin embargo, no fue posible la aplicación de todos los instrumentos en el total los pacientes, así como a sus familiares, debido a factores tales como: negativa al momento de la aplicación o recaída. Obteniéndose una tasa de deserción de abandono del estudio aproximada del 17.5 %, por lo que nuestra muestra final fue de 33 pacientes con sus familiares. Llevándose acabo la aplicación del FMSS a cada uno de los parientes responsables, de la misma manera se procedió a la aplicación de la escala de Funcionamiento Psicosocial en cada uno de los pacientes, así como se preguntó los datos demográficos necesarios para nuestra investigación. El sexo tanto de los pacientes como de sus familiares fue mixto, los enfermos fueron ambulatorios y estables, su rango de edad fue de 19 a 44 años y sus familiares presentaron un rango de edad aproximado de 31 a 78 años.

#### **Criterios de inclusión de la muestra del paciente así como de sus familiares:**

1. Que cada paciente cuente con un familiar responsable, él cual tenga la posibilidad de contactarse y de preferencia que este a su cargo, es decir que sea responsable de su manutención y cuidado.
2. Que cada paciente posea un diagnóstico de esquizofrenia (CIDI).
3. Que sea un paciente esquizofrénico ambulatorio y estable, es decir, que se pueda trasladar de un lugar y que sus síntomas positivos se encuentren controlados por medicamento.
4. Que tenga residencia en la Ciudad de México o zona conurbada.
5. Que cada familiar responsable se autonombre como tal, de preferencia el que esté a cargo, es decir, que sea responsable de su manutención y cuidado.
6. Contar con la colaboración constante del familiar del paciente.
7. Que presente una convivencia cotidiana con el paciente.

8. Que posea residencia en la Ciudad de México o zona conurbada.

9. Que uno o más familiares asistan cuando se les requiera.

**Criterios de exclusión de familiares responsables y pacientes:**

1. Que no presente alguno de los criterios de inclusión.

2. Familiares gravemente enfermos.

### **3.4 Tipo de estudio**

El presente estudio fue exploratorio, descriptivo y se empleó un diseño transversal

### **3.5 Variables:**

**Variable dependiente:**

En el presente estudio se tomó como variable dependiente el Nivel de Emoción Expresada por parte de los pacientes esquizofrénicos.

**Variable Independiente:**

En el presente estudio se tomaron como variables independientes el nivel de Funcionamiento Psicosocial, el Tiempo de Contacto cara a cara entre el familiar responsable y su paciente, así como el Tiempo de Evolución de la Enfermedad.

## **Definición Conceptual y Operacional de Variables:**

### **Emoción expresada**

Es la medida de las actitudes y sentimientos que el familiar expresa acerca del miembro de la familia que se encuentra mentalmente enfermo, tales como crítica, hostilidad, sobre-involucramiento y tipo de relación, tomando en cuenta características tales como tono y contenido. (Manual de codificación de la EE de la Muestra de Conversación de Cinco Minutos Magaña y cols (1986).

Este concepto de Emoción Expresada (EE), fue desarrollado inicialmente en Inglaterra por Brown y sus col, Brown, Carstairs y Topping (1958).

La cual se midió con el sistema de codificación denominado Muestra de Conversación de Cinco Minutos (FMSS) Five Minutes Speech Sample, la cual señala las emociones, sentimientos y actitudes expresadas por el familiar responsable a cerca de un miembro de su familia (paciente) durante 5 minutos, donde se analizó el contenido y tono de esta breve charla. El sistema está compuesto de cuatro categorías: A) concepto inicial, B) relaciones, C) crítica y D) sobre-involucramiento emocional Magaña y cols, (1985).

### **Funcionamiento Psicosocial:**

Es el grado de satisfacción o insatisfacción que reporta el individuo en relación al desempeño de los roles en las áreas ocupacional, social, económica, sexual y familiar. Entendiendo por roles a todas las acciones que realiza el individuo en relación a las condiciones en que se desenvuelve dentro del grupo social al que pertenece. Dándose este en las áreas anteriormente mencionadas (Valencia Cols. 1989).

El cual se obtuvo por medio de la Escala de Funcionamiento Psicosocial, la cual como su nombre lo indica está diseñada para evaluar el Funcionamiento Psicosocial de un sujeto, a través de una entrevista semi-estructurada. Esta escala está compuesta por las siguientes áreas: a) datos de identificación, b) condiciones de vivienda, c) composición familiar y d) áreas de funcionamiento (ocupacional, social, familiar, sexual y económica).

### **Tiempo de contacto con el familiar responsable (cara a cara)**

Es el tiempo promedio en el cual el familiar responsable permanece en contacto, relación directa o personal con su paciente esquizofrénico. Es decir, es el período en el que se establece una cercanía de lugar o espacio físico (estar en el mismo cuarto juntos), emocional bajo la condición de vínculos afectivos o convivencia verbal (platicar, cantar, etc.) o la realización de una actividad en común ( ver a TV, escuchar la radio, ir de compras, etc.), entre el pariente responsable y el enfermo de esquizofrenia, donde exista un contacto temporal de cara con cara en cualquiera de sus manifestaciones anteriormente mencionadas.

Para la medición de este concepto se utilizó la pregunta incluida en Cédula de Evaluación de la Conducta del Paciente SBAS (segunda edición), con una pregunta alterna a dicho instrumento, en la cual se cuestionó al familiar responsable acerca del tiempo aproximado de convivencia cara a cara con su paciente enfermo (con diagnóstico de esquizofrenia), obteniendo una respuesta calculada y aproximada por parte de éste.

### **Tiempo de Evolución de la enfermedad**

Es el lapso que ha transcurrido desde que se diagnosticó el trastorno de esquizofrenia en cada paciente hasta el momento actual en que se toma la muestra, es decir el tiempo que el paciente lleva con su padecimiento desde sus primeros signos y síntomas hasta que se le aplicó la prueba.

Para la medición de este concepto se utilizó la pregunta incluida en la Cédula de Evaluación de la Conducta del Paciente SBAS (segunda edición). Para la obtención de esta variable sólo se tomó la parte introductoria, en la pregunta: "Tiempo de aparición del problema del paciente", con respuestas opcionales tales como: 1. Menos de un mes, 2. Más de un mes y menos de tres meses, 3. Más de tres meses y menos de un año, 4. Más de un año y menos de dos, 5. Más de dos años. Sin embargo, se modificó la exactitud de las respuestas, ya que su mayoría se categorizaba en el rango numero 5, de tal forma éste se manejó con mayor precisión obteniéndose las siguientes categorías: de uno a 10 años y de 11 en adelante.

## **Esquizofrenia**

Es un tipo de psicosis que altera profundamente la personalidad y que debe ser considerada como una especie dentro de su género, el de la psicosis delirantes crónicas. Se caracteriza por una transformación profunda y progresiva de la persona, quien cesa de construir su mundo en comunicación con los demás, para perderse en un pensamiento autístico, es decir en un caos imaginario.

También generalmente se entiende por tal un conjunto de trastornos en los que denominan la discordancia, la incoherencia ideoverbal, la ambivalencia, el autismo, las ideas delirantes, las alucinaciones mal sistematizadas, y perturbaciones afectivas profundas, en el sentido del desapego y la extrañeza de los sentimientos, trastornos que tienden a evolucionar hacia un déficit y hacia una disociación de la personalidad.

### **Datos demográficos**

Los datos demográficos de identificación tanto del familiar responsable así como el paciente esquizofrénico, fueron tomados de la Cédula de Evaluación de la Conducta del Paciente SBAS (segunda edición) elaborada por Platt s y cols. Para el logro de este objetivo se tomó la parte introductoria de dicha prueba, la cual es parte de información generalmente obtenida antes de la entrevista (datos demográficos). La información que contiene esta parte es:

## **3.6 Instrumentos o materia**

### **Datos demográficos**

#### **a) Paciente**

- \* Sexo
- \* Edad
- \* Status Marital (Estado Civil)
- \* Ocupación
- \* Escolaridad
- \* Lugar que ocupa en la familia
- \* Circunstancias domésticas
- \* Frecuencia de recaída y hospitalización
- \* Frecuencia de contacto
- \* Tiempo de aparición del problema

## **b) familiar**

- \* Relación con el paciente
- \* Tiempo de vivir en el mismo domicilio
- \* Ocupación
- \* Sexo
- \* Escolaridad
- \* Edad
- \* Estado civil

## **Muestra de Conversación de Cinco Minutos (FMSS).**

Es un instrumento el cual indica las emociones, los sentimientos y las actitudes expresadas por una persona a cerca de un miembro de su familia (durante 5 minutos) sin embargo, en nuestra aplicación no se limitó el tiempo para poder tener una respuesta más libre y de esta manera lograr establecer en nuestra población el tiempo más adecuado para la obtención de una información con mayor validez). donde se analiza el contenido y tono de esta breve charla. El sistema está compuesto de cuatro categorías: A) concepto inicial, B) relaciones, C) crítica y D) sobre-involucramiento emocional (Magaña y cols. 1985). Se basa fundamentalmente en aquellos conceptos que usaron para codificar la Emoción Expresada de la entrevista familiar Camberwell (1), un instrumento estandarizado para calificar la EE (CFI, Brown y Rutter 1966). Los estudios enfocados a la investigación de la utilidad del FMSS ha sido aplicados en diferentes poblaciones que incluyen pacientes esquizofrénicos (Magaña y cols, 1986, Hahlweg y cols, 1987, Hahlweg y cols, 1989), pacientes con enfermedad bipolar (Miklowitz y cols, 1988) y con lesión cerebral (Jacobs, 1990), niños con trastorno de atención (Marshall, Logwell, Goldstein y Swansun 1990), veteranos y parejas de pacientes con enfermedad de Alzheimer.

La Muestra de Conversación de Cinco minutos (FMSS), describe un método para la evaluación de las actitudes de la Emoción Expresada, la cual utiliza la variación del discurso de 5 minutos, que fue originalmente desarrollado por Goltsehalte y Gleser (1969), la medida es resultado de las respuestas hechas por un familiar encargado del paciente por un periodo de 5 minutos. Se desarrolló de un sistema de códigos para sacar la puntuación de las conductas análogas con aquellas clasificadas en el CFI, tales como crítica e involucramiento emocional. La relación entre las clasificaciones EE, derivadas de las muestras de discurso de 5 minutos y aquellas obtenidas por el CFI fueron investigadas con dos muestras separadas de pacientes esquizofrénicos. La relación entre los juegos de clasificaciones fue muy parecida, por lo que se confirma el valor de la muestra del Discurso de Cinco Minutos como un breve procedimiento para la investigación de la Emoción Expresada.

Encontrándose, que el FMSS se basa en las siguientes áreas de estudio:

1. **Actitud Crítica:** Catalogado como los comentarios negativos acerca del comportamiento o personalidad del paciente, así como características desfavorables, contrarias, agresivas o dañinas del familiar hacia su paciente. Estas se clasifican ya sea sobre la base de contenido crítico o tono de crítica.
2. **Concepto Inicial:** Está definido como el primer pensamiento expresado por el entrevistado acerca de su pariente.
3. **Relaciones:** La clasificación de las relaciones valora como es que se lleva, se comunica, convive y se interesa el entrevistado y su familiar.
4. **Sobre Involucramiento Emocional:** Es aquel que evalúa el nivel de involucramiento entre quien está hablando y su familiar. Tomando en cuenta el auto-sacrificio, la sobreprotección, la demostración de emociones y los detalles positivos excesivos.

Un familiar responsable es clasificado con alta Emoción Expresada basándose ya sea en el alto número de críticas expresadas, así como la presencia de involucramiento emocional hacia el paciente. La hostilidad ha sido también considerado uno de los criterios de la alta Emoción Expresada, pero no ha provocado un valor significativo debido a su coincidencia con la categoría de crítica.

La Muestra verbal breve del Discurso de Cinco Minutos (Gottscharte y Gleser, 1969), consta de una serie de adaptaciones del sistema de puntaje y la correspondencia entre estas nuevas clasificaciones de Emoción Expresada con aquellas sacadas de la CFI. El procedimiento fue cambiado donde las nuevas instrucciones se enfocan en las actitudes del sujeto hacia el pariente mentalmente enfermo, en vez de que sea a los eventos dramáticos o personales experimentados por el sujeto.

El procedimiento para la aplicación de Muestra de Discurso de Cinco Minutos (FMSS), consiste en la emisión de una respuesta del familiar responsable del paciente. Las instrucciones específicamente dadas al familiar son: "me gustaría escuchar sus pensamientos acerca de su paciente (se menciona el nombre particular), en sus propias palabras y sin que intervenga. Cuando yo le pida que empiece, me gustaría que hablará cinco minutos, diciéndome que tipo de persona es (se menciona el nombre del paciente) y como se llevan entre ustedes. Después de que usted haya empezado a hablar, preferiría ya no realizará más preguntas, ¿desea hacerme alguna pregunta antes de empezar?"

Esta tarea tiene como objetivo identificar las actitudes y sentimientos del sujeto acerca de los pacientes así como también la percepción global de sus pacientes.

### **Confiabilidad de la prueba FMSS:**

En un estudio de Malla en 1991, en el cual se evaluó la relación entre una Conversación de 5 minutos. (FMSS) durante la Entrevista Familiar Camberwell y el sistema de codificación, aplicada a 23 familias de pacientes diagnosticados con esquizofrenia, algunos de los resultados apoyan la utilidad del FMSS y su correspondiente sistema de codificación como un recurso de selección conciso para medir la EE. Este estudio detalla la utilidad del sistema de codificación del FMSS posibilitándolo para la detección de comentarios enjuiciadores, relaciones familiares completamente negativas y expresiones de auto-sacrificio, aunado a conductas sobre-protectoras. Todo este material es un recurso provechoso para detectar a los familiares que reflejan altos niveles de EE. El presente estudio aseguró la utilidad del método de Muestra de Conversación de Cinco Minutos, como una herramienta discriminadora para evaluar la EE. Los resultados indicaron una asociación razonable entre los niveles de juicios emitidos del FMSS. Con lo que se confirma la aseveración hecha por Magaña, como un método efectivo para estimar la EE.

En la actualidad en México éste instrumento se validó en el Instituto Mexicano de Psiquiatría en los estudios de "Funcionamiento Familiar y Esquizofrenia" (Rascón ML, 1994, 1997). La confiabilidad se realizó entre jueces con los siguientes resultados: Crítica Kappa= .75342,  $p < .00000$ ), Sobreinvolucramiento emocional (Kappa = .72393,  $p < .00001$ ) y Comentarios seudopositivos (kappa=.41121,  $p < .01328$ ).

## LA ESCALA DE FUNCIONAMIENTO PSICOSOCIAL (EFPS)

- La escala de Funcionamiento Psicosocial está compuesta de los siguientes aspectos:
- Una ficha de identificación que incluye los datos sociodemográficos del paciente.
- Una parte de información que considera las condiciones de vivienda del paciente
- Composición Familiar, que incluye aquellas personas quienes forman parte del medio familiar del paciente.
- Las 5 áreas de evaluación psicosocial: ocupacional, social, económica, sexual y familiar.
- Para este estudio sólo se utilizaron las 5 áreas de funcionamiento psicosocial:

**a) Área Ocupacional:** Es la que evalúa los roles ocupacionales que el sujeto desempeña e incluye los siguientes reactivos: horario de trabajo, desempeño, relaciones interpersonales, comunicación, problemas, condiciones, nivel de satisfacción global hacia el trabajo.

**b) Área Social:** Se evalúa el desempeño de los roles sociales del paciente en la relación con sus vecinos, contacto social con la gente, nivel de comunicación, aislamiento social, problemas o dificultades sociales y nivel de satisfacción respecto a sus roles sociales.

**c) Área Económica:** Considera los diversos aspectos económicos de la vida del sujeto como disponibilidad de dinero, seguridad económica, manejo de dinero, problemas económicos, nivel de satisfacción económica.

**d) Área Sexual:** Se evalúa los roles sexuales del sujeto en relación a los vínculos maritales o de pareja, así como desempeño, intereses, problemas y preocupaciones de tipo sexual y el nivel de satisfacción respecto a los roles sexuales.

**e) Área Familiar:** Evalúa los roles familiares que desempeña el sujeto en relación con su familia. Se consideran aspectos como: comunicación con la familia, rechazo y pertenencia familiar, problemas y dificultades familiares y nivel de satisfacción global con la familia.

La escala comprende un total de 35 reactivos y un sistema de calificación que incluye niveles: 1. Muy satisfecho; 2. Satisfecho; 3. Neutral-indiferente; 4. Insatisfecho y 5. Muy insatisfecho.

Por lo general se utiliza al paciente como informante, pero también se puede considerar a un familiar como informante clave acerca del funcionamiento del paciente. El período de evaluación puede variar de acuerdo al tipo de estudio que se pretenda realizar.

La escala ha sido desarrollada en forma de una entrevista semi-estructurada que incluye preguntas que sirven al entrevistador, dándole al mismo tiempo la oportunidad de hacer otras preguntas adicionales hasta que se haya obtenido toda la información de parte del paciente.

El tiempo aproximado de duración de la entrevista es de 30 minutos, dependiendo de la cooperación que presente el paciente y la habilidad del entrevistador para obtener la información.

Hasta donde se tiene conocimiento la escala de Funcionamiento Psicosocial, es el único instrumento diseñado en México para evaluar esta área de diseño. La escala evalúa el nivel de satisfacción que reporta el individuo en relación a su desempeño de roles en las áreas : ocupacional, social, económica, sexual y familiar.

### **Confiabilidad y Validez de la escala:**

Inicialmente se obtuvo la correlación ITEM y el total del área a la cual pertenece, mediante la fórmula regular producto-momento. Los resultados mostraron que todas las correlaciones ITEM-total fueron significativas ( $p=0.01$ ). Así mismo la confiabilidad de cada área fue obtenida mediante el Alfa de Crombach, el cual fue superior a 0.75 en todos los casos. Estos dos aspectos indican, por un lado, que todos los reactivos que pertenecen a una misma área se comportan homogéneamente y, además, lo anterior se refleja en la alta confiabilidad de cada área.

La validación del instrumento se realizó por medio de un análisis factorial, los resultados de este análisis mostraron cómo la mayoría de los reactivos, efectivamente, se agrupan como era esperado, de estos resultados es importante señalar que sólo se reportan cargas factoriales de cada reactivo superiores a 0.30; además, cabe mencionar la pureza de la mayoría de los reactivos. De igual manera se observaron cinco factores que explican conjuntamente el 42.8 % de la varianza total de los datos.

La confiabilización y estandarización fue realizada por el Dr. Marcelo Valencia y cols, en el Instituto Mexicano de Psiquiatría, en 1989.

## **LA CÉDULA DE EVALUACIÓN DE LA CONDUCTA DEL PACIENTE SBAS (SEGUNDA EDICIÓN)**

Es un instrumento que fue elaborado en su inicio por Platt s., Weyman e. Hirsch y Platt s: con el objetivo de evaluar la presencia de tiempo de evolución de la enfermedad del paciente esquizofrénico, utilizando únicamente la sección A: de Introducción. Para la obtención de datos demográficos, tiempo de evolución de la enfermedad y período de contacto entre el familiar y su paciente.

La SBAS es un instrumento estandarizado, semi-estructurado, se obtuvo la confiabilidad global entre entrevistadores para escenarios mexicanos de Kappa: .78, se encontraron algunos reactivos con baja confiabilidad debido a que el 35 % del total de los reactivos aplicados se codificaron como conductas ausentes. La consistencia obtenida de las respuestas planteó la necesidad de algunas modificaciones al contenido de la escala, como reducciones y reestructuración de algunas preguntas, que se llevaron a cabo para este estudio (Otero R. Rascón.).

## **CIDI (THE COMPOSITE INTERNATIONAL DIAGNOSTIC INTERVIEW VERSIÓN 1.0)**

Es una prueba que nos auxilió para la evaluación del estado mental de nuestra muestra de pacientes. Dicho instrumento es una entrevista diagnóstica totalmente estructurada para la evaluación de los trastornos mentales de acuerdo a los criterios de clasificación internacional de las enfermedades (ICD-10), (Who 1990, dianostic criteria of research) y el manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales de la asociación psiquiatría americana (DSM-III, R, 1987). (Witchen y cols, 1991).

### **3.7 Procedimiento**

#### **Primer nivel:**

En la investigación se obtuvo una muestra final de 33 pacientes esquizofrénicos y sus familias, extraídos de un macro-proyecto: "El manejo integral del paciente esquizofrénico. Un modelo del Instituto Mexicano de Psiquiatría" el cual tuvo una duración de 14 meses, con el objetivo del manejo integral del paciente esquizofrénico, en el área de investigación, la rehabilitación y en específico del proyecto de investigación de Familia y Esquizofrenia a cargo de la Mtra. Ma. Luisa Rascón. Este estudio se realizó dentro de las instalaciones del Instituto Mexicano de Psiquiatría, bajo la colaboración de L. Rosa Díaz Martínez y col. Los pacientes se contactaron en consulta externa y se canalizaron hacia el proyecto cuando cubrían todos los criterios de inclusión. El estudio desde el momento de la elección hasta la aplicación de los instrumentos obtuvo una tasa de deserción de un 17.5%.

#### **Segundo nivel:**

Posteriormente se procedió a la aplicación de la escala de Funcionamientos Psicosocial (EFPS) a cada uno de los pacientes, en el apartado de áreas (social, sexual, familiar, ocupacional y económica). Más adelante se tomaron los datos demográficos, tales como: Tiempo de Evolución y contacto, así como sexo, edad, relación, estado civil, etc, de familiares y pacientes, de la Cédula de Evaluación de la Conducta del Paciente (SBAS), a través del familiar responsable en su sección A introductoria. Finalmente se contactó con los familiares responsables de los pacientes y se les tomó la Muestra de Conversación de Cinco Minutos, con ayuda de una audio-grabadora.

### **Tercer Nivel:**

Se continuo con la calificación cuantitativa posterior a la calificación cualitativa del instrumento FMSS, la cual se explicará detalladamente en el punto 3.8 de análisis cualitativo. El instrumento EFPS, se calificó en base a la escala de Funcionamiento Psicosocial (Marcelo Valencia, 1988). El cual la califica en 6 categorías que son: 1. Muy satisfecho, 2. Satisfecho, 3. Neutral, Indiferente, 4. Insatisfecho, 5. Muy Insatisfecho y 9. No aplicable, que reflejan el grado de satisfacción en cada una de las áreas las cuales contienen 7 reactivos de evaluación. Subsecuentemente se capturaron los datos en una hoja de cálculos EXCEL, de cada una de los instrumentos (FMSS ya categorizado, EFPS Y SBAS en su parte introductoria), para un traslado posterior al programa estadístico de investigación SPSS para la obtención de frecuencias y cruces entre las diferentes variables tales como Emoción Expresada, Funcionamiento Psicosocial, Datos Demográficos, Tiempo de Evolución de la Enfermedad y Contacto entre el familiar y su paciente. En un segundo momento se procedió a la descripción de cada uno de los análisis (cuantitativo y cualitativo) y sus variables, así como cruces y realización de gráficas. Por último se dio la formulación de una discusión a partir de los resultados obtenidos del estudio y el marco teórico así como la adquisición de conclusiones finales.

### **3.8 Análisis Cualitativo parte práctica del FMSS**

#### **Análisis Cualitativo del FMSS práctico**

El desarrollo de el análisis cualitativo del instrumento FMSS, se dio de manera paulatina y progresiva, dividiéndose para fines didácticos en cuatro grandes áreas importantes para una riguroso análisis de estos datos, tales como:

- a) Aplicación
- b) Transcripción
- c) Análisis
- d) Codificación de datos

## **Aplicación:**

- 1. Obtención de claves previas que permitan clasificar los cassettes (fuente oral):** Esta codificación de cada uno de las grabaciones es muy importante para el mejor manejo de la información, así como rapidez para llegar a cualquier entrevista oral, en el momento que así se requiera. Estas claves consistieron en numerar los cassettes, señalando sus contenidos en el exterior de los mismos.
- 2. Número del informante:** Es importante tener un registro mediante claves de los familiares de los pacientes que nos permitan provocar en el encuestado la sensación de certeza de que la información que se nos proporciona es de naturaleza confidencial y anónima, permitiendo en éste una actitud de mayor libertad al momento de grabación.
- 3. Registro de la fecha de aplicación:** Fue necesario conocer el tiempo o periodo de la aplicación, para tener un rango similar entre todas las aplicaciones y no tener variables temporales extrañas que pudieran afectar los resultados del estudio.
- 4. Elaboración de ficha técnica o de identificación para cada aplicación:** Fue necesario recabar los datos demográficos que nos permitieran conocer más a cerca del informante (sexo, edad, escolaridad etc.), para tener descripciones más claras y completas que nos proporcionaran un manejo provechoso de esta información.
- 5. Formación de un ambiente propicio para la aplicación de la entrevista:** Antes de la grabación se buscó la creación de un ambiente de confianza en cada uno de los informantes, donde ellos se sintieran capaces de externar una opinión lo más cercana a la realidad a cerca de su familiar enfermo.
- 6. Instrucción previa a la aplicación:** Fue muy importante dar las instrucciones textuales del instrumento de manera clara, sin embargo, el tiempo para hablar durante la grabación originalmente era de 5 minutos, pero ésta instrucción se modifico dejándola libre y a criterio del informante, para obtener un mayor número de información y corroborar que más tiempo sólo provocaría repetición de datos.
- 7. Descripción de la manera más objetiva posible de cómo se llevo a cabo la entrevista:** (autograbación del entrevistador y actitud del entrevistado): Aquí se tomaban notas inmediatamente después que se terminaba la aplicación y el entrevistado se retiraba, por medio de frases cortas o palabras claves, que nos permitían posteriormente, en el momento de la transcripción recordar actitudes, tonos, contenidos latentes, gestos, expresiones, ademanes que eran interpretables y por tanto muy valiosos al momento del análisis y descripción final.

## **Transcripción:**

1. **Transcripción inicial:** se realizó un vaciado textual de la grabación a la computadora.
2. **Revisar transcripción inicial impresa:** Posteriormente se revisó la transcripción inicial para hacer las correcciones junto con las anotaciones iniciales, para completarla e ir familiarizándose con los datos.
3. **Anotaciones adicionales a la información oral:** en esta parte se anotó todo aquello que daba otro sentido, reafirmaba o negaba la información oral. Esta información se anexaba junto a las frases, en medio de un paréntesis, ejemplo: Es un buen chico (tono irónico).

## **Análisis**

1. **Descubrimiento en progreso:** Se refiere a identificar los temas y desarrollar posibles categorías de análisis, esta fase se dio a medida que se leía la información en varias ocasiones y más de una persona.
2. **Seguir la pista de cada uno de los temas:** registrando toda idea importante y que sea reiterativa en toda nuestra muestra.
3. **Conocer el manual del FMSS:** De manera total y resumir en un esquema muy claro para una fácil detección de cada una de sus categorías.
4. **Busqueda de categorías establecidas:** Se localizó dentro del contexto de las entrevistas, cada una de las categorías ya establecidas en el manual de codificación del FMSS.
5. **Realización de un manual de claves para cada una de las categorías:** Donde se especificaba cada categoría y se explicaba, para posteriormente darle una clave que la identificara de no más de tres dígitos.
6. **Anotación de claves dentro del texto:** Una vez localizadas se procedió a clasificarlas por medio de las claves anteriormente mencionadas.

### **Codificación de cualitativa a cuantitativa:**

1. **Determinación de categorías:** Se tomaron todas las categorías ya establecidas del FMSS y aquellas que fueron surgiendo a lo largo del proceso de análisis.
2. **Frecuencias de presencia de cada categoría:** Es decir, el número de veces que se presentó cada categoría durante la entrevista.
3. **Codificación de cada categoría:** En esta fase, se dio un un número por concepto que calificara la presencia, ausencia, presencia elevada, etc, según fuera el caso para conocer de manera clara la información.
4. **Realización de guías de codificación:** En donde se señaló dentro de cada categoría la descripción y equivalencia numérica.
5. **Realización de base de datos:** Aquí se vaciaron todas las categorías con sus valores numéricos.

### **3.9 Análisis Estadístico de Datos:**

Este apartado de análisis de datos se dio inicialmente con la introducción de las bases de datos al programa SPSS, en el cual se obtuvo de manera inicial las frecuencias de cada uno de los instrumentos para realizar las descripciones necesarias, más adelante se realizaron las correlaciones de coeficiente de Spearman, el cual es conocido también como "Coeficiente de rangos ordenados", considerándolo muy útil por el número pequeño de muestra y características de la misma (Haroldo Elorza, 1987), entre las variables EE, Funcionamiento Psicosocial, Tiempo de Contacto y de Evolución de la Enfermedad.

# CAPITULO 4

## Resultados

### 4.1 Presentación de datos demográficos

#### 4.1.1 Presentación de Datos Demográficos acerca de los Pacientes:

<b>DATOS DEMOGRÁFICOS DE PACIENTES</b>		
<b>VARIABLES</b>	<b>Frecuencias</b>	<b>Porcentaje</b>
	<b>N=33</b>	<b>(%)</b>
<b>Sexo</b>		
Hombres	26	79
Mujeres	7	21
<b>Edad</b>		
De 15 a 25 años	12	36
De 26 a 35 años	13	40
De 36 a 45 años	8	24
<b>Estado</b>		
Casado o Unión libre	1	3
Soltero	31	94
Separado	1	3
<b>Ocupación</b>		
Empleado	1	3
Obrero	9	27
Barrendero	1	3
Desocupado	19	58
Estudiante	3	9
<b>Escolaridad</b>		
Título Universitario	10	30
Terminó la preparatoria	17	52
Terminó la secundaria	4	12
1 o más años de secundaria	1	3
No terminó la primaria	1	3
<b>Lugar que ocupa el paciente en la familia</b>		
Primeros lugares	9	27
Lugares medios	10	30
Últimos lugares	14	43

Tabla N°1

Dentro de la tabla N°1, de los datos demográficos más sobresalientes acerca de los pacientes encontramos que el 79% son de sexo masculino, rango de edad promedio se encontró en un 40% entre los 26 a 35 años de edad, donde su estado civil incidentemente fue de solteros hasta en un 94% de ellos, también el 58% carece de ocupación productiva, sin embargo su escolaridad más mencionada en el 52% de los pacientes fue la preparatoria terminada y observándose que el 43% de ellos ocupa de los últimos lugares en la familia.

#### 4.1.2 Presentación de Datos Demográficos acerca de los Familiares

<b>DATOS DEMOGRÁFICOS DE LOS FAMILIARES RESPONSABLES DE LOS PACIENTES ESQUIZOFRÉNICOS</b>		
<b>VARIABLES</b>	<b>Frecuencias</b>	<b>Porcentaje</b>
	<b>N=33</b>	<b>(%)</b>
<b>Sexo</b>		
Masculino	10	30
Femenino	23	70
<b>Escolaridad</b>		
Título universitario	12	37
Terminó preparatoria	6	18
Terminó secundaria	3	9
1 o más años de secundaria	3	9
Terminó la primaria	2	6
No terminó primaria	5	15
Nunca asistió	2	6
<b>Edad</b>		
De 30 a 49 años	6	18
De 50 a 69 años	22	67
De 70 en adelante	5	15

Tabla N°2

Respecto a la tabla N°2, observamos que los familiares responsables en su mayoría son mujeres en el 70% de los casos, donde su escolaridad más frecuente fue la obtención de un título universitario en el 37% y el rango de edad más incidente fue de 50 a 69 años hasta en el 67% de los parientes.

#### 4.1.3 Presentación de Datos Demográficos de Ambos

<b>DATOS DEMOGRÁFICOS DE PACIENTES Y SUS FAMILIARES RESPONSABLES</b>		
<b>VARIABLES</b>	<b>Frecuencias</b>	<b>Porcentaje</b>
	<b>N=33</b>	<b>(%)</b>
<b>Circunstancias domésticas del paciente</b>		
Vive con uno o ambos padres	30	91
Vive con otros parientes	1	3
Vive sólo	1	3
No tiene domicilio fijo	1	3
<b>Frecuencia de recaída</b>		
Ninguna vez	24	73
Primera vez	9	27
<b>Frecuencia de contacto</b>		
Todos los días	30	91
2 a 6 veces a la semana	2	6
1 a 2 veces a la semana	1	3
<b>Tiempo de aparición del problema</b>		
De 1 a 5 años	10	30
De 6 a 10 años	14	43
De 11 a 15 años	6	18
De 16 en adelante	3	9
<b>Tiempo de Vivir Juntos</b>		
De 1 a 5 años	1	3
De 6 a 10 años	1	3
De 11 a más años	4	12
Siempre	25	76
No viven juntos	2	6

Tabla N°3

La tabla N°3 muestra que en el 76% de los casos siempre vivieron juntos tanto el familiar responsable y su paciente, ellos la mayoría (91%) vivían con sus padres, el 73% de los enfermos no ha sufrido recaídas en un período de un año a la fecha, el 91% de la muestra mantienen una convivencia diaria familiar y paciente y el rango de aparición de la enfermedad más frecuente fue de 6 a 10 años, es decir, es el tiempo de evolución del padecimiento.

## 4.2 Presentación de resultados acerca del Nivel de Emoción Expresada en Familiares de pacientes esquizofrénicos

### 4.2.1 Resultados por categoría.

#### A) Concepto Inicial:

CONCEPTO INICIAL N=33					
Positivo		Neutral		Negativo	
F	%	F	%	F	%
18	55	7	21	8	24

Tabla N°4

Los resultados de la tabla N°4, nos permiten observar que la mayor parte de comentarios al inicio de las entrevistas fueron favorables y mostraron sentimientos, características, relaciones o actitudes positivas de los familiares hacia sus pacientes, con un 55% del total de la muestra. En segundo lugar se dieron descripciones desfavorables u ofensivas con un 24%, finalizando con un 21% de comentarios de naturaleza neutral o inconcretos. Tales como: "mire mi hija es un, ahora si que es una jovencita de 19 años" o "es difícil en honor a la verdad que yo le diga a usted que clase de persona es mi hijo sin....tomar en cuenta que somos padre e hijo".

#### B) Relación:

RELACIÓN N=33.					
Positivo		Neutral		Negativo	
F	%	F	%	F	%
12	36	12	36	9	27

Tabla N°5

La relación en la tabla N°5, se catalogó de manera global observándose que un 36% de los familiares la describieron de manera positiva en la cual se percibe la existencia de comunicación, así como actividades en común que se disfrutaban. Con igual porcentaje (36%) se señaló aquellas relaciones donde no se establecía claramente la comunicación y laso afectivo, sin embargo no se catalogaban a estas como desfavorables o incapaces de establecer vínculos de comunicación como fue el caso de 27% de la muestra, donde se catalogó a ésta como negativa.

**C) Crítica:**

CRÍTICA N=33					
Presencia		Presencia Elevada		Ausencia	
F	%	F	%	F	%
11	33	1	3	21	64

Tabla N°6

El nivel de crítica se observó en la tabla N° 6, en frases por parte de los familiares que denotaban disgusto, coraje, inaceptación o rechazo hacia actitudes y/o actividades de los pacientes, presentándose en un 33% de ocasiones y en un 3% de la muestra se obtuvo una presencia elevada, es decir que se mencionaron de 5 a más frases críticas durante toda la entrevista, lo que nos permite observar una marcada hostilidad hacia sus enfermos en estos casos. No obstante, en la mayoría (64%) no se presentaron frases críticas.

**D) Características:**

CARACTERÍSTICAS POSITIVAS N=33							
Ausencia		Seudo Positivas		Positivas		Muy positivas	
F	%	F	%	F	%	F	%
5	15	20	61	7	21	1	3

Tabla N°7

En la tabla N°7, parte de los familiares respecto a características favorables en actitudes, comportamientos o maneras de ser de los pacientes se encontró que un 61% mencionaron de 1 a 4, como características seudo-positivas, en segundo lugar se catalogó a las características positivas en un 21% que tuvieron un rango de 4 a 9 comentarios de satisfacción, en tercer lugar fue la ausencia de estos con un 15%, finalizando con un 3% de la muestra cuando se mencionó de 10 a 14, como muy positivas.

<b>CARACTERÍSTICAS NEGATIVAS N=33</b>					
<b>Ausencia</b>		<b>Seudo-Negativas</b>		<b>Negativas</b>	
<b>F</b>	<b>%</b>	<b>F</b>	<b>%</b>	<b>F</b>	<b>%</b>
17	52	14	42	2	6

Tabla N°8

En la tabla N°8 podemos observar los comentarios de disgusto acerca de algunas características o actitudes de los pacientes por parte de sus familiares teniendo un 52% de ausencia de este tipo de características, en segundo lugar (42%), con comentarios seudo-negativos con un rango de frecuencia de 1 a 4 durante toda la entrevista y por último con un 7% de características negativas de 5 a 9 comentarios de insatisfacción.

#### E) Tipo de Persona:

<b>TIPO DE PERSONA N=33</b>					
<b>Positivo</b>		<b>Neutro</b>		<b>Negativo</b>	
<b>F</b>	<b>%</b>	<b>F</b>	<b>%</b>	<b>F</b>	<b>%</b>
12	36	17	52	4	12

Tabla N°9

En la tabla N°9 se muestra la categorización del Tipo de Persona obteniéndose de manera global, donde el 52% de los familiares describieron a sus pacientes con características tanto positivas como negativas o solamente en describir sin emitir juicios de valor. Un 36% los señaló sólo con características positivas, y con menor frecuencia un 12% únicamente mencionó características negativas o dio frases críticas.

#### F) Señal de Enfermedad:

<b>SEÑAL DE ENFERMEDAD N=33</b>					
<b>Presencia</b>		<b>Presencia Elevada</b>		<b>Ausencia</b>	
<b>F</b>	<b>%</b>	<b>F</b>	<b>%</b>	<b>F</b>	<b>%</b>
20	61	5	15	8	24

Tabla N°10

En la tabla N°10, la mayor parte de los familiares señalaron la enfermedad de su paciente, como un evento determinante e importante para su situación actual, es decir, los parientes señalaban el trastorno de esquizofrenia de manera constante a lo largo de las entrevistas, observándose en un nivel de presentación de un 61% y en un 15% se denominó como presencia elevada en un rango de señalamiento de enfermedad de 5 a más comentarios al respecto, y sólo un 24% no mencionó la enfermedad.

### G) Dolor del Familiar:

<b>DOLOR DEL FAMILIAR</b>			
<b>N=33</b>			
<b>Presencia</b>		<b>Ausencia</b>	
<b>F</b>	<b>%</b>	<b>F</b>	<b>%</b>
6	18	27	82

Tabla N°11

En la tabla N°11 se observó dolor por parte del familiar expresado en aflicción, frustración, desesperación, etc; acerca de la situación actual de sus pacientes, ésta se presentó sólo en un 18% de la población. No obstante, en su mayoría (81%) no obtuvieron este tipo de comentarios que denotaran dolor o sufrimiento actual por parte de los parientes.

### H) Sobre-Involucramiento Emocional:

<b>SOBRE-INVOLUCRAMIENTO EMOCIONAL N=33</b>					
<b>Presencia</b>		<b>Presencia Elevada</b>		<b>Ausencia</b>	
<b>F</b>	<b>%</b>	<b>F</b>	<b>%</b>	<b>F</b>	<b>%</b>
11	33	1	3	21	64

Tabla N°12

La tabla N°12 nos muestra los niveles de sobre-involucramiento emocional por parte de los familiares de los pacientes, es decir, cuando ellos se encontraban o manifestaban estar emocionalmente involucrados, perdiendo nivel de objetividad, mostrándose incapacitados para controlar sus emociones (con llanto), o teniendo una total disponibilidad para hacer cualquier cosa por su paciente, observándose estas actitudes en un 33% de los parientes y en un 3% se mostró de manera elevada, en un rango de 5 a más de este tipo de actitudes. En el 64% de la muestra total hubo ausencia de esta categoría.

Resumen de los resultados de las:  
**Categorías del FMSS**

CONCEPTO INICIAL N=33					
Positivo		Neutral		Negativo	
F	%	F	%	F	%
28	55	7	21	8	24
RELACION N=33					
Positivo		Neutral		Negativo	
F	%	F	%	F	%
12	36	12	36	9	27
CRÍTICA N=33					
Presencia		Presencia Elevada		Ausencia	
F	%	F	%	F	%
11	33	1	3	21	64
SOBRE-INVOLUCRAMIENTO EMOCIONAL N=33					
Presencia		Presencia Elevada		Ausencia	
F	%	F	%	F	%
11	33	1	3	21	64

Categorías adicionales

CARACTERÍSTICAS POSITIVAS N=33							
Ausencia		Seudo Positivas		Positivas		Muy positivas	
F	%	F	%	F	%	F	%
5	15	20	61	7	21	1	3
CARACTERÍSTICAS NEGATIVAS N=33							
Ausencia		Seudo-Negativas		Negativas			
F	%	F	%	F	%		
17	52	14	42	2	6		
TIPO DE PERSONA N=33							
Positivo		Neutral		Negativo			
F	%	F	%	F	%		
12	36	17	52	4	12		
SEÑAL DE ENFERMEDAD N=33							
Presencia		Presencia Elevada		Ausencia			
F	%	F	%	F	%		
20	61	5	15	8	24		
DOLOR DEL FAMILIAR N=33							
Presencia				Ausencia			
F	%			F	%		
6	18			27	82		

#### 4.2.2 Presentación de resultados de ausencia ó presencia de Emoción Expresada y Sobre-Involucramiento Emocional según FMSS.

RESULTADOS GLOBALES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Nivel Total de EE Baja	11	33%
1.-Presencia de ambos Crítica y SIE	6	18%
2.-Presencia sólo de crítica	10	30%
3.-Presencia de sólo Sobre-involucramiento	6	18%
<b>Presencia Total de EE Alta (1+2+3)</b>	<b>22</b>	<b>67%</b>

Tabla N°13

Se observa en la tabla N°13, los resultados sobre los niveles de alta y baja Emoción Expresada, así como sobre involucramiento Emocional más sobresalientes, los cuales fueron:

- ⇒ La mayor presencia de actitudes por parte del familiar responsable fueron un alto nivel de **Crítica en un 30%**, el cual se basó en la presencia de Comentario Inicial Negativo o presencia de una mala relación entre el pariente y su paciente con características de imposibilidad de comunicación y/o la observación de frases críticas, las cuales denotan rechazo u hostilidad por parte de este hacia el enfermo.
- ⇒ Se encontró un porcentaje de **33% de presencia de Emoción Expresada baja**, en la población total, es decir, 11 familiares no presentaron ni crítica ni Sobre Involucramiento Emocional.
- ⇒ Con menor frecuencia en un **18%** de la muestra se encontró **Sobre-Involucramiento Emocional**, el cual se obtuvo con una presencia de emociones, tales como auto-sacrificio, sobre-protección y detalles positivos excesivos.
- ⇒ Con igual resultado (**18%**) se observó que hubo **presencia de ambas actitudes** tanto presencia de Crítica y Sobre-Involucramiento Emocional.

#### Nivel de Emoción Expresada Alta:

- ⇒ En total se observó un nivel de Emoción Expresada Alta equivalente a un **67%**, entendiéndose como la presencia de crítica y/o sobre involucramiento emocional, o bien ambas actitudes como presencia más elevada.

4.3 Presentación de los cruces más sobresalientes entre Datos demográficos y presencia y ausencia de EE.

Datos Demográficos Variables	Emoción Expresada			
	Bajo nivel de EE N=11		Alto nivel de EE N=22	
	F	%	F	%
<b>Sexo del Paciente</b>				
Masculino	11	33	15	45
Femenino			7	21
<b>Relación del Paciente</b>				
Padre (madre)	9	27	21	64
Un Pariente	2	6	1	3
<b>Estado Civil del Informante</b>				
Casado ó Unión Libre	8	24	13	39
Separado o Divorciado	3	9	3	9
Soltero			1	3
Viudo			5	15
<b>Tiempo de Vivir Juntos</b>				
De 1 a 5 años			1	3
De 6 a 10 años	1	3		
De 11 años a más	1	3	3	9
Siempre	7	21	18	55
No vive en el mismo domicilio	2	6		
<b>Sexo del Informante</b>				
Masculino	4	12	6	18
Femenino	7	21	16	49
<b>Frecuencia de Recaída</b>				
Ninguna Vez	11	33	13	39
Primera vez			9	27
<b>Frecuencia de Contacto</b>				
Todos los días	8	24	22	67
De 2 a 6 veces a la semana	2	6		
De 1 a 2 en dos semanas	1	3		
<b>Tiempo de Evolución</b>				
De 1 a 10 años	9	27	2	7
De 11 a más años	15	45	7	21

Tabla N°16

La tabla N°16 nos muestra algunas de las correlaciones más sobresalientes entre datos demográficos la presencia o ausencia de Emoción Expresada la cual nos describe:

**a) El nivel de EE y sexo del paciente:**

Observándose que un total de la población femenina (21%) de pacientes esquizofrénicos las cuales sus familiares responsables presentaron un alto nivel de EE. Sin embargo, sólo el 45% de el total de la población masculina (78%), su familiar clave presentó alto nivel de EE.

**b) EE y parentesco :**

También, podemos observar que el 64% de los familiares responsables que presentaron alta EE eran padres consanguíneos de los pacientes en contraste con el 27% de parientes que no presentaron EE. No obstante, el 6% de aquéllos familiares que no eran los padres presentaron ausencia de niveles de EE hacia sus pacientes.

**c) EE y estado civil de los familiares:**

Entre otros resultados importantes, tenemos que el 24% de los parientes que no presentaron EE contaban con pareja conyugal en el momento de la aplicación del instrumento y sólo el 9% que no mostraron EE alta estaban separados de sus parejas. Ahora, el 39% de los familiares que presentaron alta EE tenían pareja. Sin embargo, hasta un 27% de los familiares con alta EE que no contaban con pareja actual ya que eran divorciados, separados, solteros o viudos.

**d) EE y tiempo de contacto:**

Aquéllos familiares que presentaron altos niveles de EE y que han vivido juntos desde siempre fueron el 55% del total de nuestra muestra y sólo un 27% de los parientes que han vivido juntos todo el tiempo y no obstante presentaban ausencia de alta EE. El 9% de los familiares que presentaron EE que tenían de 11 a más años de vivir juntos el paciente y su familiar. Sin embargo, el 6% de los familiares que no presentaron EE son los que no viven en el mismo domicilio de los pacientes.

Entre otros resultados se encontraron que hasta un 67% de los familiares con alta EE, presentaban un contacto diario con sus pacientes, y sólo el 24% de los que tuvieron ausencia de EE tenían contacto diario con sus familiares, sin dejarse de mencionar que 6% de aquellos familiares que no mostraron EE alta veían a sus pacientes de 2 a 6 veces a la semana.

**e) EE y sexo del familiar:**

También observamos que el 49% de los familiares con alta EE son mujeres y sólo el 21% de ellas no presentaron EE alta. Sin embargo, el 18% de los familiares responsables hombres presentó EE alta y el 12% de estos no presentó EE.

**f) EE y recaída en el último periodo:**

En cuanto a la frecuencia de recaída en el último año anterior a la aplicación se encontró que hasta un 27% de los familiares que presentaron alta EE y alguna recaída durante este periodo, sin dejarse de mencionar que 39% de los familiares con alta EE no tuvieron recaídas durante este tiempo y un 33% de parientes que mostraron EE baja no tuvieron recaídas.

**g) EE y tiempo de evolución de la enfermedad**

Como podemos observar, hasta un 45% de los familiares que presentaron altos niveles de EE tenían menos de 10 años de que sus pacientes habían iniciado con su enfermedad, a diferencia del 21% de los parientes que también tenían altos niveles de EE y sus pacientes contaban con más de 10 años de haber presentado el diagnóstico de esquizofrenia. Sin embargo, aquellas familias que tenían bajo nivel de EE y menos de 10 años de tener la enfermedad era el 27%, en contraste con los familiares sin EE con pacientes de más de diez años de evolución de su enfermedad que eran sólo un 7%.

#### 4.4 Presentación de resultados acerca del nivel de Funcionamiento Psicosocial de pacientes con esquizofrenia.

Presentación de resultados del Funcionamiento Psicosocial de los pacientes esquizofrénicos, en puntajes promedio.

Área de Funcionamiento Psicosocial	Puntaje Promedio	Calificación
Ocupacional	2.6	Satisfecho
Social	2.9	Satisfecho
Económica	3.0	Neutral o Indiferente
Sexual/ Pareja	2.7	Satisfecho
Familiar	2.7	Satisfecho
<b>Total de Funcionamiento Psicosocial</b>	<b>2.8</b>	<b>Satisfecho</b>

Tabla N=14

La tabla N°14 nos muestra el puntaje promedio que se obtuvo de cada área y total, observándose una tendencia a la **satisfacción** de los pacientes acerca de su **funcionamiento psicosocial**, en las áreas ocupacional, social, sexual/pareja y la familiar. No obstante, el área económica resultó ser neutral o indiferente, por lo que el total del Funcionamiento Psicosocial se percibe como satisfactorio.

Presentación de resultados del Funcionamiento Psicosocial de los pacientes esquizofrénicos, por frecuencias y porcentajes.

Áreas de Funcionamiento Psicosocial	Niveles											
	Muy satisfecho		Satisfecho		Neutral o Indiferente		Insatisfecho		Muy Insatisfecho		No aplicable	
N=33	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
Variables												
Ocupacional	7	21	11	33	10	30	2	6			3	9
Social	2	6	13	39	13	39	5	15				
Económica			15	46	11	33	4	12			3	9
Sexual	1	3	6	18	5	15					21	64
Familiar	2	6	16	49	12	36	2	6			1	3

Tabla N°15

### **I.- Área Ocupacional:**

Como muestran los resultados en la tabla N°15, en esta área, el 30% de nuestra muestra se encuentra neutral o indiferente ante su nivel de satisfacción entre las actividades que desarrollan los pacientes para mantenerse ocupados en trabajos, actividades doméstica, deportivas y/o productivas. En un 33% manifiestan satisfacción, y con menor frecuencia en un 6% señalaron insatisfacción con esta situación, sin embargo, en un 21% comentaron sentirse muy satisfechos y sólo un 9% no expresó ninguna actividad de tipo ocupacional.

### **II.- Área Social:**

Como se observa en la tabla N°15 que el área social fue la que mostró mayor índice de respuesta, distribuyéndose el 39% en satisfacción acerca de su vida social, con un igual porcentaje (39%) de indiferencia o actitud neutral, sin dejarse de mencionar que el 15% mostró insatisfacción en esta área y con menor frecuencia se encontró la respuesta de muy satisfecho en un 6% de la muestra.

### **III.- Área Económica:**

En la tabla N°15 encontramos en el área económica, que el 33% de las respuestas fueron en el rango de neutral o indiferente, el 46% de la muestra se encontraba satisfecha con sus posibilidades económicas, sin dejar de mencionar que el 12% manifestaron estar insatisfechos con su nivel de satisfacción económica y donde sólo un 9% con negativa.

### **IV.- Área Sexual:**

En la tabla N°15 en el área sexual o de pareja se observó el menor índice de respuesta, ya que hasta un 64% manifestaron la ausencia de cualquier práctica de actividad sexual o de relación con una pareja. Sin embargo, un 15% se auto denominó neutral o indiferente ante esto, sin dejarse de mencionar que el 18% de ellos se encontraban satisfechos, no obstante, el 3% manifestó su alta satisfacción ante esta categoría.

## **V.- Área Familiar:**

El nivel de satisfacción referente a la vida familiar, en la tabla N°15 se presentó de la siguiente manera: el 49% se encontró satisfecho, además, un 36% mencionó estar neutral o indiferente, sólo un 6% se encontraba insatisfecho, con un igual porcentaje (6%) de muy satisfecho, finalmente un 3% no contestó.

#### **4.5 Correlaciones entre Emoción Expresada y Funcionamiento Psicosocial:**

Dentro de uno de los análisis encontramos que existía una correlación significativa entre la presencia de alta EE de los familiares y el bajo nivel de funcionamiento social de sus pacientes. La cual fue de  $r_s=.045$  y  $P=.3512$ . Es decir, que a mayor número de comentarios críticos u hostiles así como altos niveles de sobreprotección por parte de los parientes hacia sus enfermos, menor será la capacidad de éstos para relacionarse con su medio ambiente.

Entre otros importantes resultados dentro del funcionamiento psicosocial, se obtuvo que en medida que varía el área social hay una 45.32% de seguridad que también varíe la ocupación de los pacientes. De manera similar se muestra que a medida que varía el área socia hay un 42% de seguridad que también varía el nivel de satisfacción en el área económica de los enfermos.

# CAPITULO 5

## Consideraciones Finales

### 5.1 Discusión

Quisiera empezar este capítulo señalando la importancia de la familia dentro del desarrollo y transcurso de la enfermedad de esquizofrenia, como un factor que puede beneficiar y ayudar, pero que también es capaz de obstaculizar o impedir su evolución.

Considero que a diferencia del estudio hecho por Caraveo en 1996, donde se señaló que la prevalencia de los pacientes esquizofrénicos era muy similar en cuanto a sexo, observándose una frecuencia de 5.4% en hombres y 5.8 en mujeres. En nuestro estudio se observó que más de las tres cuartas partes de los pacientes fueron hombres y sólo una cuarta parte fue de mujeres. Lo que podría explicarse porque en nuestra población se espera que frecuentemente los varones laboren y contribuyan a la economía familiar, por lo que cuando no pueden desarrollarse adecuadamente en esta actividad inmediatamente se les canaliza a un centro hospitalario para ser atendidos, en contraste con las mujeres las cuales pueden permanecer con síntomas negativos de la enfermedad y continuar su vida sin que se les demande la realización de una actividad remunerada o se invierta en su atención. Por lo que considero que la enfermedad muchas veces se encuentra presente en ambos sexos, solamente que se presta más a nivel institucional en el sexo masculino, dando como resultado una prevalencia mayor en hombres.

La mayoría de nuestros pacientes presentó incapacidad para establecer relaciones en pareja como lo explica Pichot, López y Valdés, como parte de las características de los síntomas negativos de la esquizofrenia (aislamiento, incapacidad para mantener la atención, etc.), al igual que hacen mención de la dificultad para desarrollarse en el área social y laboral como se pudo comprobar en los resultados de nuestra investigación, donde más de la mitad de los pacientes eran desempleados, sin dejar de resaltar que en su mayoría habían cursado como mínimo la preparatoria y frecuentemente contaban con una carrera profesional, de manera similar a los estudios hechos por Padilla y cols. (1980).

Algunas investigaciones me permite apoyar y consolidar los resultados encontrados dentro de mi trabajo, donde se observaron altos niveles de EE tendiente a la crítica en casi la mitad de los familiares, con ejemplos tales como: "porque él pudiera volver a la normalidad y no ser tan inútil", "No es tanto la enfermedad como la dejadez, la flojera y la pereza", "Tú tienes que tener otra actitud y yo siento que....(mueve la cabeza simbolizando el no y expresa rechazo con su actitud)", sin dejar de mencionar que menos de una tercera parte de parientes presentaron altos niveles de EE caracterizada por sobre involucramiento emocional como: "Entonces eso...eso..por eso no ha podido tener acceso a otros trabajos" o "Nada más que su enfermedad no le permite trazarse metas y ser constante en el estudio o trabajo". Al poder unir tales resultados encontramos que más de la mitad de nuestra población presentó EE alta por lo que entendemos la trascendencia de dicho concepto (EE), ya que la mayoría de las familias evaluadas posee estas formas de actitud negativa en el curso de la enfermedad de sus pacientes. Como en diversas investigaciones, las cuales han enfatizado la importancia de la familia en el proceso de interacción con sus pacientes y han propuesto el término de Emoción Expresada, por medio de crítica, hostilidad y sobre-involucramiento emocional. Brown, Carstairs y Topping. (1958), Vaughn y Leff. (1976), Fallan. (1982 y 1984) y Lebell. (1993).

En este estudio se encontró que todos los pacientes que presentaron recaída en el último año, tenían familiares con altos niveles de EE. Lo que nos permite inferir que al igual que en otras poblaciones del mundo (Inglaterra, Estados Unidos, España, Japón, etc) también en México la EE alta es un predictor de recaída hospitalaria. Permiéndome añadir lo postulado por Zubin, (1976), donde la EE alta por parte de los familiares puede llegar a ser un factor que hace más fácil recaera aquéllos individuos altamente vulnerables (pacientes con diagnóstico de esquizofrenia). Por lo que considero que mi investigación es una buena aportación en este andar, donde diversas investigaciones señalaron la asociación entre recaída hospitalaria de los pacientes al retornar a hogares con altos niveles de EE, la cual ha sido frecuentemente estudiada por algunos autores en otros países tales como: Brown. (1962 y 1972) Vaughn y Leff. (1976), Jabknski y Satoriod. (1975), Terrier. (1979 y 1988), Sturgeon. (1984).

Otro hallazgo interesante fue que frecuentemente son las madres las cuidadoras de los enfermos con este tipo de padecimiento dentro del hogar al igual que en los estudios de Rascón. (1997). Sin embargo, un dato muy sobresaliente fue la asociación entre la alta EE tendiente al sobre-involucramiento y el ser éstas las que constantemente presentaron actitud sobreprotectora y en ocasiones limitante hacia sus enfermos. Es decir, que muchas de las mamás constantemente buscan autosacrificarse por el bienestar de sus pacientes, sin darse cuenta que al igual que la actitud crítica ésta también obstaculiza el progreso del padecimiento.

También en la mayoría de los casos las madres se mostraban incapaces de continuar su descripción, porque el llanto no se los permitía al igual que en los estudios de Otsuka. (1994), con expresiones tales como: " Ricardo no está bien, Ricardo está .....(Pausa larga) (se pone a llorar), yo soy la que cargo todo el dolor de Ricardo (pausa llora). Ricardo no esta bien (llora)", esto confirma el gran sobre-involucramiento por parte de las madres de este tipo de pacientes.

Dentro de este mismo análisis considero oportuno resaltar la asociación entre alta EE y parentesco, ya que la mayoría de los familiares que presentaron altos niveles de EE eran los progenitores de los pacientes. Lo que podría explicarse porque tal cuidado era en muchas ocasiones percibido como obligación por ser responsables directos de sus hijos, como un acto forzado, el cual trae adjunto sentimientos de coraje y frustración por no poder cambiar tal hecho y por tanto expresan su malestar por medio de críticas constantes así como incapacidad para relacionarse de manera positiva con sus enfermos.

También es importante mencionar que dentro de los resultados, el tiempo de contacto(cara a cara) como predictor de altos niveles de EE propuesto por Brown y Leff. (1976), donde se señala que a mayor tiempo juntos (cara a cara) entre el familiar y su paciente, mayor será el nivel de EE. Al igual que en los estudios de Hooley. (1985), donde se enfatiza que los pacientes que permanecen más de 35 horas por semana en contacto cara a cara con sus familiares, tienen más probabilidades de presentar altos niveles de EE. Corroborando lo encontrado en mi trabajo, donde más de la mitad de los parientes que han vivido juntos desde siempre, presentaron altos niveles de EE a diferencia de sólo una cuarta parte que no presentó altos niveles de EE. No obstante también lo muestra el análisis específico del contacto diario entre el familiar y su paciente, observándose que más de la mitad de éstos que tenían relación cara a cara de manera cotidiana presentaron altos niveles de EE, en contraste, con sólo una cuarta parte de los familiares que de igual manera se relacionaba diariamente pero no presentaban EE alta. Estos resultados aunados a las investigaciones anteriores, nos confirma nuestra hipótesis inicial donde se enfatizaba la asociación directa de a mayor contacto cara a cara mayor será los niveles de Emoción Expresada de los parientes.

Otra variable muy importante dentro del transcurso de la enfermedad de esquizofrenia es el tiempo de evolución, el cual ha sido estudiado por Hooley. (1985), donde expresa dos alternativas que los familiares pueden mostrar ante este hecho: aquellos que presentan bajos niveles de EE, porque entiende y conocen la enfermedad y los que presentan altos niveles de EE debido a que desconocen y rechazan al padecimiento. También Leff y Brown. (1977), han señalado a diferencia de lo encontrado en nuestro estudio, que el nivel de EE crece a medida que el tiempo del padecimiento es prolongado. Sin embargo, en nuestros resultados encontramos lo contrario, ya que casi la mitad de los familiares que presentaban altos niveles de EE tenían pacientes con menor

tiempo (<10 años) de tener la enfermedad, a diferencia de sólo la cuarta parte de los familiares con alta EE y donde sus pacientes contaban con un mayor tiempo (>10 años) de presentar el diagnóstico. Lo que se puede explicar, porque los familiares después de algún tiempo de convivir con este tipo de pacientes, logran entender y conocer más acerca de los síntomas y por lo tanto desarrollan más habilidades y estrategias para convivir de mejor manera. Tales resultados rechazan mi hipótesis inicial donde planteo que a mayor tiempo de evolución de la enfermedad, mayor será el nivel de EE. Tal resultado también podría entenderse porque todos los pacientes y familiares de mi muestra ya habían estado en un proyecto de intervención multidisciplinaria durante un año, lo que influye en la relación, en como se percibe la enfermedad y por tanto en la forma de expresar las emociones en el diario convivir de los parientes y sus enfermos.

Entre otros resultados se observó que en específico en nuestro estudio (realizado en México) acerca de los comentarios positivos de alabanza, reconocimiento y aceptación por parte de los parientes, es más utilizado en las familias al inicio de la descripción de sus enfermos, aún cuando posteriormente se emitan críticas o comentarios negativos sobre estos mismos enfermos. La mayoría de los familiares fue más tendiente a señalar características positivas sobre sus pacientes, sin dejarse de observar algunas características negativas con menor frecuencia. Es decir, las familias mexicanas son característicamente cálidas aún cuando no dejen de mostrar emociones negativas. Resaltándose la incapacidad de éstas para emitir críticas u hostilidad acerca de sus pacientes sin intentar disfrazarlo o bien culpar a la enfermedad por sí misma en lugar del paciente, como lo señaló Hooley en su modelo de atribución y lo confirman nuestros resultados donde la mayoría de los familiares necesitaban encontrar un culpable de la incapacidad de sus pacientes, observándose que casi las tres cuartas partes de los familiares hacían hincapié en la enfermedad de manera constante como un hecho determinante del déficit de sus enfermos tales como: "Mi hijo es un joven de 21 años con esquizofrenia", "Y realmente yo siento que si él no tuviera ese problema pues fuera un muchacho normal". Lo que enfatiza la gran importancia que para ellos representaba el estigma de la "Esquizofrenia". No obstante en muchas de las ocasiones se percibía cierta tendencia a culpabilizar al paciente por desconocimiento de la enfermedad y por tanto los niveles de EE eran más altos en éstas familias.

Como parte del análisis de Funcionamiento Psicosocial incluyo lo dicho por Valencia. (1985), donde señaló la importancia de factores sociales y culturales los cuales han cobrado gran importancia en los pacientes considerados antes como exclusivos desde el punto de vista orgánico y psicológico, lo que apoya los resultados de la presente investigación donde se encontró que el nivel promedio de funcionamiento psicosocial era tendientemente satisfactorio, explicándose el por qué la estabilidad de la mayoría de los pacientes.

Algo que es muy importante, es la ausencia de grandes diferencias en el funcionamiento psicosocial de los pacientes, debido a que nuestra población se estrajo de un grupo en el momento de su egreso, el cual pertenece a un macroproyecto que se está realizando en el IMP. Es decir, todos los pacientes ya habían participado en un programa multidisciplinario con un enfoque psicoeducativo de un año de duración, por lo que al momento de volverlos a evaluar sus niveles de satisfacción en las diversas áreas (ocupacional, social, familiar, sexual y económica), ya eran más tendientes a ser favorables como resultado de la intervención anteriormente mencionada, por lo que no se encontraron grandes dificultades en estas áreas y esto limitó algunos de los análisis por la falta de variabilidad de resultados. Sin embargo, pienso que la relación encontrada entre altos niveles de EE y menor funcionamiento social es muy importante ya que se asemeja a estudios realizados por Imber (1989), Jackson. (1990) así como Inove (1997). Donde se da este tipo de relación de manera más específica. Algo que no podría dejar de resaltar en mi investigación es encontrar que entre más los familiares critiquen, insulten o expresen rechazo hacia sus pacientes, menor será la capacidad de éstos para relacionarse con su medio ambiente. Lo que confirma en parte mi hipótesis inicial donde señalo la relación entre alta EE y menor Funcionamiento Social de los enfermos.

## 5.2 Conclusiones

Dentro de las conclusiones más importantes considero es la aceptación de la hipótesis alterna, la cual especifica que si se encontraron diferencias significativas en el Funcionamiento Psicosocial del paciente esquizofrénico, siendo que a mayor Funcionamiento Psicosocial mayor será la EE negativa, por parte del familiar responsable.

También Se acepta la hipótesis alterna donde se especifica que si hay diferencias significativas en la EE del familiar responsables de los pacientes esquizofrénicos, siendo que a mayor tiempo de contacto cara a cara con su familiar responsable mayor será la EE negativa del familiar responsable.

Finalmente se acepta la hipótesis nula que menciona que no hay diferencias significativas en la EE del familiar responsable de los pacientes esquizofrénicos, siendo que a un período mayor de 15 años de la evolución de la enfermedad, será menor la EE negativa del familiar responsable.

Si consideramos a la familia como parte fundamental en el desarrollo y socialización de cada uno de sus individuos; comprendemos la gran importancia que refiere el hecho de que esta estructura transmita seguridad, amor y tranquilidad a cada uno de sus miembros, principalmente en los hogares donde alguno de sus integrantes padece una enfermedad como lo es la esquizofrenia. Sin embargo, en tales circunstancias es cuando la familia misma se encuentra alterada por el desconocimiento de la enfermedad y por su incapacidad para el manejo de este tipo de pacientes, por lo que en lugar de ayudar a que éstos avancen en su padecimiento, se propicia con actitudes negativas a que los enfermos presenten constantemente síntomas positivos y crisis que los llevan a reingresos hospitalarios.

Es interesante saber la gran necesidad de atención en los hospitales psiquiátricos de pacientes con esquizofrenia de sexo masculino, sin dejarse de observar la necesidad de la población femenina, aún cuando se dé en menor proporción a nivel hospitalario.

Las emociones que los familiares expresan cotidianamente a su enfermos se empieza a conocer como la teoría sobre la Emoción Expresada, la cual tiene gran relevancia en el desarrollo de la enfermedad de esquizofrenia, ya que influye en el curso de la misma. Ésta consta de factores tales como crítica, relación y sobre-involucramiento emocional. Donde este último se dio más frecuentemente en las madres de los pacientes. Y considero muy importante promover que al igual que la falta de amor y constante agresión, también el exceso de protección resulta limitante para este tipo de enfermos.

Otro factor determinante para que la relación entre los familiares y pacientes sea más negativa propiciando crisis y así recaídas y por consecuencia altos niveles de Emoción Expresada en los familiares, es el tiempo de contacto cara a cara entre ambos. Es decir, si tanto enfermos como parientes pasan más de un promedio de 35 horas a la semana juntos en constante contacto, es más fácil que la relación sea tensa y hostil. Lo que podría ayudar a nivel preventivo en este tipo de familias, es reducir el tiempo que pasan juntos tanto pacientes como familiares a menos de 35 horas por semana.

Las emociones negativas expresadas de los familiares influyen directamente en los enfermos, propiciando un menor nivel de satisfacción de los pacientes en su socialización y relación con su medio ambiente, entendiéndose que entre más éstos se sientan agredidos o limitados dentro del hogar, más difícil será que se relacionen con su entorno social.

Considero interesante los resultados acerca del Funcionamiento Psicosocial de los pacientes, donde se enfatiza que si éstos no presentan problemas económicos estarán más satisfechos y mejor capacitados social y ocupacionalmente. Lo que nos permitirá saber que al reforzar el área económica y fomentar la tranquilidad en este aspecto, los enfermos se relacionarán mejor con su medio y tendrán más actividades por realizar.

La familia al inicio de la enfermedad presenta más altos niveles de Emoción Expresada, lo que podría ser resultado de su desconocimiento e incapacidad de adaptación a situaciones nuevas. Sin embargo a medida que el tiempo es más prolongado en la enfermedad, las emociones que transmiten los familiares son más favorables y menos hostiles.

Es muy frecuente que en nuestra población (México) las que se encargan del cuidado y atención de los enfermos dentro del hogar sean las madres.

También mi investigación me permitió relacionar de manera sólida la gran influencia que tuvieron algunas actitudes de los familiares responsables tales como: hostilidad, agresión, crítica o sobreprotección; con recaídas de algunos de estos pacientes. Lo que podría ser muy importante para la atención psicológica e informativa de estos parientes, para la protección a nivel preventivo de reingresos en hospitales psiquiátricos después de la alta hospitalaria.

Tales evidencias podrían ayudar a la implementación de programas multidisciplinarios con enfoque psicoeducativo, como los que se llevan a cabo en el Instituto Mexicano de Psiquiatría, donde de manera simultánea al tratamiento con el enfermo de esquizofrenia se atiende a la familia con un plan de información acerca del padecimiento, características y sus consecuencias, así como estrategias de cuidado y manejo de la enfermedad. Sin dejarse de atender a nivel psicológico por medio de terapias de manera individual como de grupo.

Considero que es relevante el conocer el gran impacto del estrés familiar sobre la vulnerabilidad emocional de este tipo de pacientes, ya que tal hallazgo podría ayudarnos a nivel preventivo, para evitar el desarrollo de crisis iniciales las cuales son el inicio de un padecimiento que podría ser controlado en forma más simple antes de la presentación de episodios agudos que conllevan a el deterioro en la enfermedad de los pacientes con esquizofrenia. Buscando que las familias en general busquen de manera cotidiana el manejo de ambientes más saludables y positivos dentro de los hogares y principalmente donde se encuentren individuos altamente vulnerables (esquizofrenia).

### 5.3 Sugerencias

- ⇒ Considero que mi trabajo es uno de los primeros hechos en México sobre EE en familias de pacientes esquizofrénicos, sin dejar de mencionar los realizados en el IMP, por lo que creo necesario abrir nuevas investigaciones que nos permitan salvaguardar de mejor manera a los enfermos con este tipo de padecimientos. Implementando modelos psicoeducativos y programas multidisciplinarios como los que actualmente se llevan a cabo en el Instituto Mexicano de Psiquiatría y en especial las investigaciones enfocadas en la familia conducidas por la Mtra. María Luisa Rascón Gasca.
  
- ⇒ Al relacionar los altos niveles de EE de las familias con la recaída hospitalaria de su paciente con esquizofrenia, propongo a mi investigación como plataforma para continuar corroborando lo encontrado en dicho trabajo.
  
- ⇒ Sugiero que se realicen estudios más detallados en relación a que son las madres las responsables del cuidado de los enfermos dentro del hogar, así como la presencia de EE tendiente al sobre involucramiento emocional en estas mujeres.
  
- ⇒ Pienso que el realizar futuras investigaciones en nuestro país más específicas entre tiempo de contacto y EE, sería muy satisfactorio y útil para el cuidado familiar de los pacientes con esquizofrenia.
  
- ⇒ Dentro de los hallazgos que podrían emanar de mi estudio, es afirmar de manera específica la correlación entre bajos niveles de EE con el mayor conocimiento de la enfermedad, así como la atribución de la incapacidad de los síntomas negativos al padecimiento y no al paciente por parte del familiar.
  
- ⇒ También algo que no podría dejar de hacerse es una correlación similar a la mía entre EE de los familiares y funcionamiento psicosocial de los pacientes, en una muestra libre de cualquier tipo de intervención multidisciplinaria, es decir, un grupo de ingreso.

- ⇒ Respecto al tiempo de evolución de la enfermedad, propongo se realicen otras investigaciones donde se tomen en cuenta otras variables tales como número de recaídas, número de hospitalizaciones, tiempo de contacto específico cara a cara con el familiar responsable, tipo de intervenciones, así como la delimitación exacta del período de duración de la enfermedad, para poder obtener resultados más claros.
  
- ⇒ Por último sugiero se realice una correlación entre tiempo de evolución de la enfermedad y nivel de EE, en pacientes y familiares que no hayan tenido ningún tipo de intervención terapéutica previa.

## 5.4 Limitaciones

Las principales limitaciones que encontré durante mí estudio fueron:

- El rango de edad entre los pacientes era muy diferente.
- La muestra de pacientes ya había tenido una experiencia terapéutica debido a que emanaba de un proyecto de investigación, por lo que era un grupo de egreso.
- También se encontraron algunos problemas de espacio para las aplicaciones en debido a la demanda por parte de pacientes.
- La diferencia del número de años de evolución de la enfermedad.
- La inconstancia de asistencia por parte de familiares y pacientes.
- La diferencia de recaídas entre los pacientes.
- El número de muestra, la que era muy pequeña.

## ANEXOS

### ANEXO 1

#### Tres ejemplos de entrevistas codificadas de FMSS

##### A) EE alta tendiente a crítica:

##### ENTREVISTA N°46

E. ¿Que tipo de persona es Miguel Ángel?

M. A bueno Miguel Ángel es muy callado, muy callado y a veces pues no quiere hacer las cosas como que le da flojera, y este necesitamos estarle diciendo lo que haga porque por él solo no hace nada(se ríe), y pues en su trabajo si es muy cumplido...(pausa), nada más en la casa es donde no quiere hacer nada, no quiere hacer deporte, antes le gustaba mucho el deporte y ahora como que ya no quiere hacer nada de eso.

E. ¿Como es la relación entre ustedes?

M. Bueno pues la relación entre nosotros, pues a veces se porta muy cariñoso, y a veces como que, se disgusta por cualquier cosa, y pues si, es muy callado y pues es difícil entenderlo si, humjum(afirmando), porque él no expresa sus sentimientos, respecto a su enfermedad yo ya lo veo muy mejorado, y como que ya se relaciona más con nosotros, y está más este, pues si es más cariñoso con, ya platica más con nosotros pero, de todas maneras pus el sigue siendo muy callado, pues no, yo pienso (con voz resignada), que se debería de mover más.

E. ¿Eso es todo?

M. Eso es todo.

### **Codificación de la entrevista en categorías:**

#### **Concepto inicial neutral:**

"A bueno mi hijo es muy callado"

#### **Frases críticas:**

"Porque por el sólo no hace nada (se ríe)"

"nada más en la casa es donde no quiere hacer nada"

"pienso (con voz resignada), que se debería mover más"

#### **Características negativas:**

"a veces pues no quiere hacer las cosas como que le da flojera"

"no quiere hacer deporte"

"es muy callado y pues es difícil entenderlo si humjum (afirmando)"

#### **Características positivas:**

"en su trabajo es muy cumplido"

#### **Relación neutral:**

"pues a veces se porta muy cariñoso y a veces como que se disgusta por cualquier cosa"

## B) EE alta tendiente al sobre-involucramiento emocional

### ENTREVISTA N°52

M. Los dos nos....me considero como una....no muy enfermo, lo considero como todos mis hijos, no está señalado en la familia.....(pausa) ¿que más le digo?

E. ¿Que más nos puede decir de la relación?

M. Pus no entiendo, nos llevamos bien doctora, bien nos llevamos nada más que pus siempre no deja uno de pensar que no está bien ¿verdad?, que no son sus actividades como...como otras cuando trabajaba, cuando él se dedicaba en su persona cuando se iba a trabajar y ahorita poco a poco este ya va agarrando su normalmente, poco a poco (en tono reiterante).

E. ¿Hay algún tipo de problemas en casa?

M. Humjum. Para mi no, con su papá sí hay corajes, porque el papá se desespera porque el fuma, fuma bastante y sobre todo lo ve que se acuesta, se siente desguazado y el papá es el que si ¡Hay ! vete a trabajar haz algo dedica tu tiempo en algo nomás estas acostado, ya le digo yo no espérate Ricardo no está bien, Ricardo esta.....(pausa larga), (se pone a llorar) , yo soy la que cargo todo el dolor de Ricardo(pausa llora), los hermanos también de repente, pero sí comprenden los hermanos, sí comprenden, no Ricardo no está bien (llora Pausa), pero el papá es un poco más fuerte como que no comprende.....(pausa), yo soy la que lo llevo al doctor le pido que se cambie, le pido que se arregle, le pido pero...pero no golpeado "ándale hijo ponte, báñate, arréglate, voléate los zapatos, mira no estás enfermo como para que andes así, pus(tono de resignación), recibe mucho apoyo de mis hijos y de mi, ya.

E. ¿No hay nada más que quiera agregar?.

M. Pus ahorita no

**Codificación en categorías:**

**Concepto inicial neutral:**

"Los dos....me considero como una...no muy enfermo"

**Señalamiento de enfermedad:**

"no muy enfermo"

**Relación neutral:**

"nos llevamos bien doctora, bien nos llevamos"

**Sobreinvolucramiento emocional:**

"Ricardo no está bien, Ricardo está.....(pausa larga), (se pone a llorar)"

"Ricardo (llora)"

"Ricardo no esta bien (llora)"

## C) EE baja

### ENTREVISTA N°19

E. No, no es esto confidencial y anónimo, no necesita.

H.-: Este(pausa). Bueno mi hermano, es una persona muy este..(corte), inteligente, siento que también responsable, ahora ha cambiado mucho(corte), se preocupa en cierta manera(corte), ahorita podemos pedirle a él su opinión, o sea este que "es lo que piensas"(corte)¿si está de acuerdo?. Mi relación con él, es mejor, porque ya puedo platicar con él, o acercarme a él, una broma, este o sea consultarlo también(baja la voz), o decirle "este, sabes que Pepé necesitas hacer esto, sabemos que el ha cambiado completamente su actitud, y también mi relación, seguimos este apoyándolo.

E. Padre: Si mire la relación de mi hijo, pues es muy diferente a la pasada no, porque pues ahora se siente ya una armonía, se siente confianza este, en que ya no, pues ya no, yaa...es un cambio total ¿No?.(corte), porque ya pus ya convivimos, este.... ya es obediente y eso pus para nosotros es algo es un, pues es al...un avance ¿no?, porque este, precisamente con mis hijas pues tal como era antes puras agresiones, puras complicaciones, ahora pues ya se queda(corte) a platicar y reírse, y pues eso es algo que para nosotros ha sido es muy agradable ¿no?, y pues(corte?), yo decía es un poco sociable, yo entiendo que yo también he ¿sido así no?, que si hay veces que para... uno tiene este, que pues hablarle pus empezar para...para que el este, pero , digamos si es, si...es diferente a lo a anteriormente ¿no ?,

E: Humjum

M. Y pues lo mismo que... la esperanza es esa ¿no?, de que este, pues siga siendo el mismo(corte).

E. ¿Como es su hijo señor?

M. Este pues muy muy inteligente. La verdad o sea que tenemos, yo tenía la, pues el concepto de él, que pues si hubiese seguido con alguno de sus estudios si hubiese sido este pues un profesionista ¿no?, pero pues fue él..el problema de su enfermedad pues pero, pues seguimos pensando que a lo mejor puede reanudar sus estudios, y pueda es..terminar pues lo que es la su....su carrera que el quería seguir ¿no?.

E. Humjum.

M. Ese es mi concepto de él.

**Calificación por categorías:**

**Concepto inicial positivo:**

"Bueno mi hermano, es una persona muy este (corte), inteligente"

"Si la relación es diferente a la pasada no, porque ahora se siente ya armonía"

**Características positivas:**

"siento que también es responsable"

"es muy muy inteligente"

"ya es obediente"

**Relación positiva:**

"mi relación con él, es mejor, porque ya puedo platicar con él, o acercarme a él, una broma"

"si mire la relación de mi hijo es muy diferente a la pasada no, porque pues ahora se siente ya armonía, se siente confianza"

**Señalamiento de enfermedad:**

"de su enfermedad"

## **ANEXO 2**

### **Cuestionario de Funcionamiento Psicosocial (EFS) y hojas de respuesta**

# FALTAN PAGINAS

De la: 1

A la: 4

A. AREA OCUPACIONAL

5

1. Horas de trabajo.

¿Cuántas horas al día trabaja usted? \_\_\_\_\_  
¿Le parecen muchas horas de trabajo? ¿pocas? ¿regular?   
¿Cómo se siente en relación a esto? 67

1. Muy satisfecho
2. Satisfecho
3. Neutral, indiferente
4. Insatisfecho
5. Muy insatisfecho
9. No aplicable

2. Desempeño en el trabajo.

¿Cómo se desempeña usted en su trabajo?  
¿Cómo se siente en relación a su desempeño?

1. Muy satisfecho
2. Satisfecho
3. Neutral, indiferente
4. Insatisfecho
5. Muy insatisfecho
9. No aplicable

3. Relaciones interpersonales.

¿Cómo son sus relaciones interpersonales con el jefe,  
con sus compañeros de trabajo, cómo se siente en  
relación a esto?

1. Muy satisfecho
2. Satisfecho
3. Neutral, indiferente
4. Insatisfecho
5. Muy insatisfecho
9. No aplicable

4. Comunicación en el trabajo.

¿Cómo es su comunicación en el trabajo con el jefe (s)  
y sus compañeros?  
Para el tipo de trabajo que usted realiza, ¿es necesario  
comunicarse con sus compañeros? ¿con la gente? ¿cómo  
se siente respecto a su nivel de comunicación?

1. Muy satisfecho
2. Satisfecho
3. Neutral, indiferente
4. Insatisfecho
5. Muy insatisfecho
9. No aplicable

## 5. Problemas en el trabajo.

¿Tiene usted algunos problemas en el trabajo? ¿que tipo de problemas? ¿con qué frecuencia? ¿cómo se siente en relación a esto?

1. Muy satisfecho
2. Satisfecho
3. Neutral, indiferente
4. Insatisfecho
5. Muy insatisfecho
9. No aplicable

  
71

## 6. Condiciones de trabajo.

¿Cómo son las condiciones de su trabajo? por ejemplo: ambiente físico, incentivos, motivación, etc;

1. Muy satisfecho
2. Satisfecho
3. Neutral, indiferente
4. Insatisfecho
5. Muy insatisfecho
9. No aplicable

  
72

## 7. Nivel de satisfacción global hacia el trabajo.

En relación a todo lo que ha dicho sobre su ocupación, cómo se siente hacia su trabajo en general?

1. Muy satisfecho
2. Satisfecho
3. Neutral, indiferente
4. Insatisfecho
5. Muy insatisfecho
9. No aplicable

  
73

B. AREA SOCIAL

7

1. Contacto social con los vecinos.

¿Visita usted a sus vecinos? ¿recibe visitas de ellos?  
¿Invita usted a los vecinos a su casa? ¿lo invitan a usted?  
¿con qué frecuencia?, por ejemplo una vez a la semana,  
cada 15 días? ¿una vez al mes? ¿no hace nada de esto?  
¿cómo se siente en relación a esto?

74

1. Muy satisfecho
2. Satisfecho
3. Neutral, indiferente
4. Insatisfecho
5. Muy insatisfecho
9. No aplicable

2. Interés en contacto social

¿Está usted interesado en relacionarse con la gente?  
¿en llevarse bien? en platicar, ¿siente usted que tiene  
necesidad de mayor contacto social? ¿cómo se siente en  
relación a esto?

75

1. Muy satisfecho
2. Satisfecho
3. Neutral, indiferente
4. Insatisfecho
5. Muy insatisfecho
9. No aplicable

3. Nivel de comunicación.

¿Cómo diría usted que es su nivel de comunicación con la  
gente? ¿con sus vecinos? ¿con sus amigos? etc. ¿bueno?  
¿malo? ¿no se comunica? ¿cómo se siente en relación a esto?

76

1. Muy satisfecho
2. Satisfecho
3. Neutral, indiferente
4. Insatisfecho
5. Muy insatisfecho
9. No aplicable

4. Aislamiento social.

¿Se aísla usted de la gente? ¿se siente solo con frecuencia  
¿no se aísla? ¿cómo se siente en relación a esto?

77

1. Muy satisfecho
2. Satisfecho
3. Neutral, indiferente
4. Insatisfecho
5. Muy insatisfecho
9. No aplicable

5. Problemas o dificultades sociales.

8

¿Tiene usted problemas de tipo social? ¿qué tipo de problemas? ¿con qué frecuencia? ¿cómo se siente en relación a esto?

  
78

1. Muy satisfecho
2. Satisfecho
3. Neutral, indiferente
4. Insatisfecho
5. Muy insatisfecho
9. No aplicable

6. Preocupación por problemas o dificultades sociales.

¿Tiene preocupaciones por estos problemas? ¿de qué tipo? ¿no tiene preocupaciones? ¿cómo se siente en relación a esto?

  
79

1. Muy satisfecho
2. Satisfecho
3. Neutral, indiferente
4. Insatisfecho
5. Muy insatisfecho
9. No aplicable

7. Nivel de satisfacción hacia roles sociales.

En relación a todo lo que ha mencionado sobre sus actividades sociales con amigos, vecinos, con la gente en general, ¿cómo siente usted que desempeña sus actividades sociales? cómo se siente en relación a esto?

  
80

1. Muy satisfecho
2. Satisfecho
3. Neutral, indiferente
4. Insatisfecho
5. Muy insatisfecho
9. No aplicable

Número de paciente

  
1 2 3 4

Número de tarjeta

  
5

C. AREA ECONOMICA

9

1. Disponibilidad de dinero.

¿Piensa usted que el dinero que tiene le alcanza para vivir? ¿cubre esto sus necesidades básicas como: alimentos, ropa, etc?. ¿Es el dinero suficiente? ¿no le alcanza? ¿cómo se siente en relación a esto?

6

1. Muy satisfecho
2. Satisfecho
3. Neutral, indiferente
4. Insatisfecho
5. Muy insatisfecho
9. No aplicable

2. Problemas económicos.

¿Tiene usted problemas de tipo económico? ¿qué tipo de problemas? ¿cómo se siente en relación a esto?

7

1. Muy satisfecho
2. Satisfecho
3. Neutral, indiferente
4. Insatisfecho
5. Muy insatisfecho
9. No aplicable

3. Preocupación por problemas económicos.

¿Está usted preocupado por los problemas económicos? ¿se preocupa mucho? ¿no se preocupa? ¿cómo se siente en relación a esto?

8

1. Muy satisfecho
2. Satisfecho
3. Neutral, indiferente
4. Insatisfecho
5. Muy insatisfecho
9. No aplicable

4. Manejo de dinero.

¿Cómo maneja su dinero? ¿facilidad de distribuir el dinero para el gasto para pagar deudas, etc?, ¿cómo se siente en relación a esto?

9

1. Muy satisfecho
2. Satisfecho
3. Neutral, indiferente
4. Insatisfecho
5. Muy insatisfecho
9. No aplicable

## 5. Seguridad económica..

¿Se siente usted seguro económicamente?

¿se siente usted seguro de salir adelante económicamente?

¿cómo se siente en relación a esto?

1. Muy satisfecho
2. Satisfecho
3. Neutral, indiferente
4. Insatisfecho
5. Muy insatisfecho
9. No aplicable

10

## 6. Contacto social.

¿Siente usted que por la falta de dinero no puede hacer otras actividades? por ejemplo, ir al cine, eventos deportivos, etc?, ¿siente usted que por falta de dinero no puede salir con los amigos, familiares, etc?, ¿cómo se siente en relación a esto?

1. Muy satisfecho
2. Satisfecho
3. Neutral, indiferente
4. Insatisfecho
5. Muy insatisfecho
9. No aplicable

11

## 7. Nivel de satisfacción económica.

En relación a lo platicado sobre estos aspectos, ¿qué tan satisfecho se encuentra usted en general?

1. Muy satisfecho
2. Satisfecho
3. Neutral, indiferente
4. Insatisfecho
5. Muy insatisfecho
9. No aplicable

12

D. AREA SEXUAL

11

1. Nivel de comunicación.

¿Existe comunicación entre usted y su pareja sobre aspectos sexuales? ¿platican de vez en cuando? ¿cómo se comunican? ¿en relación a esto cómo se siente usted?

13

1. Muy satisfecho
2. Satisfecho
3. Neutral, indiferente
4. Insatisfecho
5. Muy insatisfecho
9. No aplicable

2. Desempeño de actividad sexual.

¿Cómo se desempeña usted en su rol sexual? por ejemplo: conocimiento, actitudes, conducta, ¿cómo se siente en relación a esto?

14

1. Muy satisfecho
2. Satisfecho
3. Neutral, indiferente
4. Insatisfecho
5. Muy insatisfecho
9. No aplicable

3. Nivel de interés.

¿Tiene usted interés en sus actividades sexuales? ¿cómo se siente en relación a esto?

15

1. Muy satisfecho
2. Satisfecho
3. Neutral, indiferente
4. Insatisfecho
5. Muy insatisfecho
9. No aplicable

4. Seguridad de conservar su pareja.

¿Tiene usted seguridad de conservar a su pareja? ¿cómo se siente en relación a esto?

16

1. Muy satisfecho
2. Satisfecho
3. Neutral, indiferente
4. Insatisfecho
5. Muy insatisfecho
9. No aplicable

5. Problemas de tipo sexual.

12

¿Tiene usted problemas de tipo sexual? ¿qué tipo de problemas? ¿con qué frecuencia?  
¿cómo se siente en relación a esto?

17

1. Muy satisfecho
2. Satisfecho
3. Neutral, indiferente
4. Insatisfecho
5. Muy insatisfecho
9. No aplicable

6. Preocupación por problemas sexuales.

¿Tiene preocupaciones por problemas de tipo sexuales?  
¿de qué tipo? ¿cómo se siente en relación a esto?

18

1. Muy satisfecho
2. Satisfecho
3. Neutral, indiferente
4. Insatisfecho
5. Muy insatisfecho
9. No aplicable

7. Nivel de satisfacción.

En relación a todo lo que usted ha dicho: ¿cómo se siente en relación a su vida sexual y a los roles que usted desempeña?

19

1. Muy satisfecho
2. Satisfecho
3. Neutral, indiferente
4. Insatisfecho
5. Muy insatisfecho
9. No aplicable

## 1. Comunicación con la familia.

¿Platica usted con su familia? ¿con qué frecuencia?  
¿cuando platica cómo se siente? ¿no hace nada de esto?  
¿cómo se siente en relación a esto?

1. Muy satisfecho
2. Satisfecho
3. Neutral, indiferente
4. Insatisfecho
5. Muy insatisfecho
9. No aplicable

  
20

## 2. Rechazo familiar.

¿Siente rechazo hacia su familia? ¿hacia algún  
miembro en especial? ¿a qué se debe este rechazo?

1. Muy satisfecho
2. Satisfecho
3. Neutral, indiferente
4. Insatisfecho
5. Muy insatisfecho
9. No aplicable

  
21

## 3. Pertenencia familiar

¿Siente usted que pertenece a su familia? ¿se considera  
miembro del grupo familiar? ¿siente que no pertenece a su  
familia? ¿cómo se siente en relación a esto?

1. Muy satisfecho
2. Satisfecho
3. Neutral, indiferente
4. Insatisfecho
5. Muy insatisfecho
9. No aplicable

  
22

## 4. Problemas o dificultades con la familia.

¿Tiene usted problemas o dificultades con su familia?  
¿qué tipo de problemas? ¿con qué frecuencia?  
¿cómo se siente en relación a esto?

1. Muy satisfecho
2. Satisfecho
3. Neutral, indiferente
4. Insatisfecho
5. Muy insatisfecho
9. No aplicable

  
23

## 5. Preocupación por problemas o dificultades familiares.

¿Tiene preocupaciones por estos problemas?

¿de qué tipo? ¿no tiene preocupaciones?  
¿cómo se siente en relación a esto?

24

14

1. Muy satisfecho
2. Satisfecho
3. Neutral, indiferente
4. Insatisfecho
5. Muy insatisfecho
9. No aplicable

6. Nivel de satisfacción global familiar.

En relación a todo lo que ha dicho acerca de sus actividades con su familia, ¿cómo siente usted que se desempeña en todas las actividades familiares?  
¿cómo se siente en relación a esto?

1. Muy satisfecho
2. Satisfecho
3. Neutral, indiferente
4. Insatisfecho
5. Muy insatisfecho
9. No aplicable

25

7. Nivel de satisfacción de la familia hacia el paciente.

En relación a lo que su familia hace por usted, por ejemplo: ¿se interesa en tener buenas relaciones y comunicación con usted? ¿le da apoyo? ¿seguridad? ¿se preocupa y se interesa por usted o por el contrario no hace nada de esto y más bien le crea problemas? ¿lo rechaza? ¿demuestra agresión? etc.  
¿cómo se siente en relación a lo que su familia hace o siente por usted?

1. Muy satisfecho
2. Satisfecho
3. Neutral, indiferente
4. Insatisfecho
5. Muy insatisfecho
9. No aplicable

26

## **ANEXO 3**

### **Tres ejemplos de hojas de respuestas de EFS**

AREAS DE FUNCIONAMIENTO PSICOSOCIAL

Califique utilizando la siguiente Escala

No. de paciente

0005

Expediente

003

1. Muy satisfecho
2. Satisfecho
3. Neutral, indiferente
4. Insatisfecho
5. Muy insatisfecho
9. No aplicable

<u>AREA</u>	<u>REACTIVOS</u>							<u>TOTAL<sup>1</sup></u> <u>POR AREA</u>	<u>NIVEL (X̄)<sup>2</sup></u> <u>POR AREA</u>
A. OCUPACIONAL	4	4	2	1	2	4	2	15	2.50
	1	2	3	4	5	6	7		
B. SOCIAL	2	2	2	2	2	2	3	15	2.14
	1	2	3	4	5	6	7		
C. ECONOMICA	4	2	3	9	2	4	5	20	3.33
	1	2	3	4	5	6	7		
D. SEXUAL	9	5	4	9	8	3	5	22	4.4
	1	2	3	4	5	6	7		
E. FAMILIAR	2	2	2	2	2	2	2	14	2.0
	1	2	3	4	5	6	7		
SUMA DE LA MEDIA (X̄) DE TODAS LAS AREAS <sup>3</sup>									14.37
NIVEL DE FUNCIONAMIENTO PSICOSOCIAL GLOBAL <sup>4</sup>									2.87

Paciente: Ricardo Solis Hdz.

Entrevistador(a): Patricia Hdz.

Fecha: 17/II/94

SEGUIMIENTO: ESCALA DE EVALUACION GLOBAL

1o      2o      3o      4o      5o      6o

AREAS DE FUNCIONAMIENTO PSICOSOCIAL

Califique utilizando la siguiente Escala

No. de paciente

0011

Expediente

002

1. Muy satisfecho
2. Satisfecho
3. Neutral, indiferente
4. Insatisfecho
5. Muy insatisfecho
9. No aplicable

AREA	REACTIVOS	TOTAL <sup>1</sup> POR AREA	NIVEL ( $\bar{x}$ ) <sup>2</sup> POR AREA														
A. OCUPACIONAL	<table border="1"> <tr><td>1</td><td>1</td><td>2</td><td>2</td><td>2</td><td>2</td><td>2</td></tr> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td></tr> </table>	1	1	2	2	2	2	2	1	2	3	4	5	6	7	12	1.7
1	1	2	2	2	2	2											
1	2	3	4	5	6	7											
B. SOCIAL	<table border="1"> <tr><td>2</td><td>2</td><td>4</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>2</td></tr> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td></tr> </table>	2	2	4	2	3	4	2	1	2	3	4	5	6	7	19	2.7
2	2	4	2	3	4	2											
1	2	3	4	5	6	7											
C. ECONOMICA	<table border="1"> <tr><td>3</td><td>3</td><td>4</td><td>2</td><td>2</td><td>4</td><td>2</td></tr> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td></tr> </table>	3	3	4	2	2	4	2	1	2	3	4	5	6	7	20	2.8
3	3	4	2	2	4	2											
1	2	3	4	5	6	7											
D. SEXUAL	<table border="1"> <tr><td>2</td><td>3</td><td>3</td><td>2</td><td>9</td><td>4</td><td>2</td></tr> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td></tr> </table>	2	3	3	2	9	4	2	1	2	3	4	5	6	7	16	2.6
2	3	3	2	9	4	2											
1	2	3	4	5	6	7											
E. FAMILIAR	<table border="1"> <tr><td>2</td><td>4</td><td>9</td><td>4</td><td>1</td><td>2</td><td>2</td></tr> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td></tr> </table>	2	4	9	4	1	2	2	1	2	3	4	5	6	7	15	2.5
2	4	9	4	1	2	2											
1	2	3	4	5	6	7											
SUMA DE LA MEDIA ( $\bar{x}$ ) DE TODAS LAS AREAS <sup>3</sup>			12.3														
NIVEL DE FUNCIONAMIENTO PSICOSOCIAL GLOBAL <sup>4</sup>			2.4														

Paciente: Roberto Basas Rumiorez

Entrevistador(a): María Rumiorez Fecha: 28/Feb/94

SEGUIMIENTO: ESCALA DE EVALUACION GLOBAL

1o 2o 3o 4o 5o 6o

43					
----	--	--	--	--	--

AREAS DE FUNCIONAMIENTO PSICOSOCIAL

Califique utilizando la siguiente Escala No. de paciente 0017  
Expediente   001

1. Muy satisfecho
2. Satisfecho
3. Neutral, indiferente
4. Insatisfecho
5. Muy insatisfecho
9. No aplicable

<u>AREA</u>	<u>REACTIVOS</u>	<u>TOTAL<sup>1</sup> POR AREA</u>	<u>NIVEL (x̄)<sup>2</sup> POR AREA</u>														
A. OCUPACIONAL	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="padding: 5px;">9</td><td style="padding: 5px;">9</td><td style="padding: 5px;">2</td><td style="padding: 5px;">4</td><td style="padding: 5px;">4</td><td style="padding: 5px;">4</td><td style="padding: 5px;">4</td></tr> <tr><td style="font-size: small;">1</td><td style="font-size: small;">2</td><td style="font-size: small;">3</td><td style="font-size: small;">4</td><td style="font-size: small;">5</td><td style="font-size: small;">6</td><td style="font-size: small;">7</td></tr> </table>	9	9	2	4	4	4	4	1	2	3	4	5	6	7	<span style="border: 1px solid black; padding: 5px;">18</span>	<span style="border: 1px solid black; padding: 5px;">3.6</span>
9	9	2	4	4	4	4											
1	2	3	4	5	6	7											
B. SOCIAL	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="padding: 5px;"> </td><td style="padding: 5px;"> </td></tr> <tr><td style="font-size: small;">1</td><td style="font-size: small;">2</td><td style="font-size: small;">3</td><td style="font-size: small;">4</td><td style="font-size: small;">5</td><td style="font-size: small;">6</td><td style="font-size: small;">7</td></tr> </table>								1	2	3	4	5	6	7	<span style="border: 1px solid black; padding: 5px;">29</span>	<span style="border: 1px solid black; padding: 5px;">4.14</span>
1	2	3	4	5	6	7											
C. ECONOMICA	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="padding: 5px;"> </td><td style="padding: 5px;"> </td></tr> <tr><td style="font-size: small;">1</td><td style="font-size: small;">2</td><td style="font-size: small;">3</td><td style="font-size: small;">4</td><td style="font-size: small;">5</td><td style="font-size: small;">6</td><td style="font-size: small;">7</td></tr> </table>								1	2	3	4	5	6	7	<span style="border: 1px solid black; padding: 5px;">21</span>	<span style="border: 1px solid black; padding: 5px;">3.5</span>
1	2	3	4	5	6	7											
D. SEXUAL	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="padding: 5px;"> </td><td style="padding: 5px;"> </td></tr> <tr><td style="font-size: small;">1</td><td style="font-size: small;">2</td><td style="font-size: small;">3</td><td style="font-size: small;">4</td><td style="font-size: small;">5</td><td style="font-size: small;">6</td><td style="font-size: small;">7</td></tr> </table>								1	2	3	4	5	6	7	<span style="border: 1px solid black; padding: 5px;">13</span>	<span style="border: 1px solid black; padding: 5px;">2.6</span>
1	2	3	4	5	6	7											
E. FAMILIAR	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="padding: 5px;"> </td><td style="padding: 5px;"> </td></tr> <tr><td style="font-size: small;">1</td><td style="font-size: small;">2</td><td style="font-size: small;">3</td><td style="font-size: small;">4</td><td style="font-size: small;">5</td><td style="font-size: small;">6</td><td style="font-size: small;">7</td></tr> </table>								1	2	3	4	5	6	7	<span style="border: 1px solid black; padding: 5px;">18</span>	<span style="border: 1px solid black; padding: 5px;">2.6</span>
1	2	3	4	5	6	7											
SUMA DE LA MEDIA (x̄) DE TODAS LAS AREAS <sup>3</sup>			<span style="border: 1px solid black; padding: 5px;">16.41</span>														
NIVEL DE FUNCIONAMIENTO PSICOSOCIAL GLOBAL <sup>4</sup>			<span style="border: 1px solid black; padding: 5px;">3.28</span>														

Paciente: Sulio Hdz. Rodriguez  
 Entrevistador(a): Hermelinda Rodriguez Fecha: 18/II-94

SEGUIMIENTO: ESCALA DE EVALUACION GLOBAL

1o	2o	3o	4o	5o	6o
4	1				

## BIBLIOGRAFIA

1. Anderson, C. Reiss, D. Y Hogarty G. "Esquizofrenia y familia: guía práctica de psicoeducación" Amorrortu.
2. Andy, J. (1971) Measurement and diagnosis of health in r. shepard.
3. Anthony, W. Liberman, R. (1986). The practica of psychiatric rehabilitation. 12, 542-559.
4. Baker, B. Helmes, E. Kazarian, S. (1984). Past and present perceived attitudes of schizophrenics in relation to rehospitalization. Psychiatry, 144, 263-269.
5. Barrowclough, C. Tarrier, N. (1990) Social Functioning in schizophrenic patients and the effects of expressed emotion and family intervention. Psychiatry Epidemiol, 25, 125-129.
6. Barrowclough, C. Tarrier, N. (1984), Psychosocial interventions with families and their effects on the course of schizophrenic: a review. Psychological medicina, 12, 629-642.
7. Berkowitz, R. Kuipers, I. (1984) Educating relatives about schizophrenia Schizophr Bull 10, 418-429.
8. Blager, J. Psicohigiene y psicología, 147-165.
9. Brown, G. Topping, G. (1958) The post hospital adjustment de schizophrenic disorders: a replication. British Journal de Psychiatry. 121, 241-258.
10. Brown, G. Birley, J. (1968) Crises and life changes and the onset of schizophrenia. Journal of Health and Social Behaviour. 9, 203-214.
11. Brown, G. Birley, J. Wing, J. (1972) Influence of family life on the course of schizophrenic disorders: a replication. British Journal of Psychiatry. 121, 241-258.
12. Caraveo, J. Saldivar, G. (1995) Encuesta nacional de pacientes psiquiátricos hospitalizados. Salud Mental.
13. Caraveo, J. Medina-Mora, M. Rascón, M. (1996) La prevalencia de los trastornos psiquiátricos en la población urbana en México. Salud Mental 19, 3.
14. Cofer, Appley. (1978) Psicología de la motivación. Trillas, 388-408.
15. Cooper, B. (1976) Social work in general practice: the derby scheme. 1, 539-542.
16. Creer, C. Wing, J. (1974) Schizophrenia at home. surbiton national schizoohrenia fellowship.
17. Chagoya, I. (1975) Dinámica familiar y patología, en: la familia medio propiciador o inhibidor del desarrollo humano. 25-38.
18. Dekker, D. Webb, J. (1974) Relationships of the social readjustment rating scale to psychisomatic patient status anxiety and social desirability. Journal of Psychisomatic Research, 18, 125-130.
19. Dohrenwend, B. Dohrenwend, B. (1972), Social class and the relation of remote to recent stressors. 2.
20. Elorza, P. (1987), Estadística para ciencias del comportamiento.
21. Falloon, I. Boyd, J. (1982), Family management in the prevetion of exacerbations of schizophrenia. Journal of Medicine. 306, 1437-1440.
22. Falloon, J. Boyd, J. Mcgill, R. (1984) Behavioural family managemenr of mental illness enhancing family coping in community care: guilford, new york.
23. Forman, J. Fairbairn, D. (1968) Social casework in general practice oxford university press.
24. Fromm, E. (1972), La familia. 5-29.
25. Goldstein, M. Stephanie, W. Rosentarb, I. Nuechterlein, k. (1994). Intrafamiliar relationships scanand. 909, 60-66.
26. Gottschalk, L. Gleser, G. (1969) "The measurement of psychological states through analysis of verbal behavior berkeley.
27. Gross, E. (1970) Work organization and stress.
28. Gutierrez, A. (1986). Morbilidad psiquiátrica en el primer nivel de atención de la ciudad de México. 101(6): 648-658.
29. Hodes, M. Grange, D. (1993) Expresión de emoción en la investigación de eating disorders: a review. Internatinal. Journal de Eating Disorders. 13(3), 279-288, 1993.
30. Hooley, J. (1985) Expressed emotion. 5119-139.

31. Hooley, J. Orley, J. Teasdale, J. (1986) Levels of expressed emotion and relapse in depressed patients. British Journal of Psychiatry, 148, 642-647.
32. Imber, M. Nechterlein, k. Goldstein, M. (1989), Inicio de la esquizofrenia y la emoción expresada en la familia. British Journal of Psychiatry, 154, 212-217.
33. Inove, S. Tanaka, S. (1997) Expressed emotion and social function. Psychiatry 72 (1), 33-39.
34. Ito, J. Oshima. (1992) Expressed Emotion and relapse. 3, 163-173.
35. Ablensky, A. Sartorius, N. (1975) Culture and schizophrenia. Psychological Medicine. 5, 113-124.
36. Jackson, H. Smith, N. McGorry P. (1990) Relationship between expressed emotion and family burden in psychotic disorders an exploratory study. Acta Psychiatr Scand. 82, 243-249.
37. Jaspers, k. (1963) General psychopathology.
38. Kamo, M. Jenkins, J. (1987) Expressed emotion and schizophrenic outcome among mexican-american families. Journal of Nervous and Mental Disease. 175, 143-151.
39. Katz, M. Lyerty, S. (1963) Methods for measuring adjustment and social behavior in the community. 13, 331-355.
40. Katz, M. Marsella, A. (1988) On the expression of psychosis in a nigerian community. Cult Med Psychiatry. 12, 331-355.
41. Kuipers, L. (1991) Schizophrenia and the families. Int. Rev. Psychiatry. 3, 105-117.
42. Lazarus, R. Averill, J. Opton E. (1974) The psychology of coping: issues of research and assessment.
43. Lebell, B. Malca, M. Stephen, M. (1993) Patients perceptions of family emotional climate and outcome in schizophrenia. British Journal of psychiatry. 162, 751-754.
44. Leff J. Kuipers, I. Berkowitz, R. (1982). A controlled trial of intervention in the families of schizophrenic patients. British Journal of Psychiatry. 141, 121-134.
45. Leff, J. Brown, G. (1977) Family and social factors in the course of schizophrenia. Br J Psychiatry. 130, 417-420.
46. Leff, J. Kuipers, L. (1983) Life events, relatives, expressed emotion and maintenance neuroleptics in schizophrenia relapse psychological. Medicine. 13, 799-806, 1983.
47. Leff, J. Vaughn, C. (1985) Expressed emotion in families.
48. Leff, J. (1976) Assessment of drugs in schizophrenia. British Journal of Clinical Pharmacology. 75-78.
49. Leff, J. Wing, J. (1971) Trial of maintenance therapy in schizophrenia. 3, 599-604.
50. Leff, J. (1989) Controversial issues and growing points in research on relatives expressed emotion. The International Journal of Social Psychiatry. 35, 133-145.
51. Magaña, A. Goldstein, M. (1986) A brief method for assessing expressed emotion in relatives of psychiatric patients. Psychiatric Research. 17, 203-212.
52. Mavreas, V. Tomaras, V. (1992) Expressed emotion in familiares of chronic schizophrenics and its association with clinical measures. Soc. Psychiatry Psychiatry Epidemiol 27, 4-9.
53. Meissner, W. (1966) Family dynamics and psychosomatic process, family process 5, 142-161.
54. Miklowitz, D. Goldstein, M. Fallon, I. (1983) Premorbid and symptomatic characteristics of schizophrenics from families with high and low levels of expressed emotion. Journal of Abnormal Psychology. 92, 359-367.
55. Mintz, L. Liberman, R. (1987) Expressed emotion: a call for partnership among relatives patients, and professionals. Schizophrenia Bulletin. 13, 227-235.
56. Montero. (1992) The influence of expressed emotion on the course of schizophrenia in a sample of spanish. Br J Psychiatry. 161, 217-222.
57. Nolasco, M. (1978) La familia mexicana.
58. Ohta, Y. Tominaga, Y. (1987) A study on the relationship between family members affective toward schizophrenic patient and interpretation of etiology and two year-outcome. JPNJ Clin Psychiatry. 16, 1703-1709.
59. Ohta, Y. Nakane, Y. (1989) Therapeutic and anti-therapeutic value of family environment to schizophrenic patients. 1, 26-38.
60. Otsuka, T. Nakane. (1994) Symptoms and social adjustment of schizophrenic patients as evaluated by family members. Acta Psychiatr scand. 89, 111-116.
61. Padilla, P. Medina-Mora, M. (1986) Prevalencia de trastornos mentales en la práctica general. 20-33.
62. Pierre, P. Lopez, J. (1987) Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-III.

63. Platt, S. Weyman, A. (1980) The social behaviour assessment schedule (SBAS). Soc. Psychiatry, 15, 43-55.
64. Rahe, R. Mayer, M. (1964) Social stress and illness onset. Journal of Psychosomatic Research, 8, 35-44.
65. Rascon, G. Diaz, M. Lopez, J. Reyes, R. (1997) Necesidad de dar atención a los familiares responsables del cuidado de pacientes esquizofrénicos. Salud Mental, 20.
66. Rascon, G. (1994) Funcionamiento familiar y esquizofrenia.
67. Rutter, M. Brown, G. (1966) The reliability and validity of measures of family life and relationships in families containing a psychiatric patient. Soc. Psychiatry, 1-38.
68. S.S.A. (1960) Primera investigación nacional de enfermedades neurológica y psiquiátrica.
69. Schmale, A. (1972) Giving up as a final common pathway to changes in health advances in psychosomatic. Medicine, 8, 20-40.
70. Selye, H. (1973) The evolution of the stress. 61, 692-699.
71. Shepperd y cols. (1966) Psychiatric illness in general practice.
72. Spring, B. Zubin, J. Vulnerability to schizophrenic episodes and their prevention in adults in e. albee (de) proceedings of the first vermont conference on the primary prevention of psychopathology.
73. Sturgeon, D. Turpin, G. (1984). "Psychophysiological responses of schizophrenic patients high and low expressed emotion relatives: a follow-up study. British Journal of Psychiatry, 145, 62-69.
74. Sylph, J. Kedward H. (1969) Chronic neurotic patients in general practice 17, 162.
75. Tamopolsky, Cols. (1973) Enfermedad mental incapacitación social. Boletín de la Oficina Sanitaria Americana, 3.
76. Tarrar, N. Barrowclough, C. (1984) Psychosocial interventions with families and their effects on a course of schizophrenia. 14, 629-642.
77. Tarrar, N. Barrowclough, C. (1988) The community management of schizophrenia a controlled trial of a behavioural intervention with families to reduce relapse. British Journal of Psychiatry, 153, 532-542.
78. Tarrar, N. Vaughn, C. (1979). Bodily reactions to people and events in schizophrenia. Archives of General Psychiatry, 36, 311-315.
79. Taylor, S. Bogdon, R. Introducción a los métodos cualitativos de investigación.
80. Valencia, M. Rojas, E. (1989) Evaluación del funcionamiento social en pacientes de un centro de salud. Salud Pública, 31, 674-687.
81. Vasconcelos, R. (1978) La familia. 114 (4).
82. Vaughn, V. Leff, J. (1981) Pattern of emotional response in relatives of schizophrenic patients. Schizophr Bull. 7, 43-44.
83. Vaughn, C. Snyder, K. Family factors in schizophrenic relapse.
84. Vaughn, C. Leff, J. (1976) The influence of family and social factors on the course of psychiatric illness a comparison of schizophrenic and depressed neurotic patients. British Journal of Psychiatry, 15, 157-165.
85. Waters, M. Northover, J. (1965), Rehabilitated long-stay schizophrenics in the community. British Journal of Psychiatry, 111, 258-267.
86. Weiner, B. Raymond, P. (1988) An tribational analysis of reactions to stigmas, journal of personality and social psychology. 55 (5) 138-748.
87. Wig, N. Menon, D. (1987) The distribution of expressed emotion components among relatives of schizophrenic patients in arhus and Chandigarh. Br J Psychiatry, 151, 160-165.
88. Wilkins, W. (1974) Stress and illness in industrial society.
89. Wukmir (1967) Emoción y sufrimiento. 35-72.
90. Yarrow, M. Clausen, J. (1955) The social meaning of mental illness. Journal of Social Issues, 11, 33-48.
91. Zubin, J. Spring, B. (1977) Vulnerability a new view of schizophrenia. Journal of Abnormal Psychology, 86, 103-126.