

11241



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO**

FACULTAD DE MEDICINA Y DEPTO. DE PSICOLOGIA  
MEDICA PSIQUIATRIA Y SALUD MENTAL

HOSPITAL PSIQUIATRICO "FRAY BERNARDINO ALVAREZ"

EFFECTO DE LOS NIVELES ALTOS DE EMOCION  
EXPRESADA SOBRE LAS RECAIDAS EN CUIDADORES  
PRIMARIOS DE PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA

**T E S I S**

PARA OBTENER EL DIPLOMA DE:

**P S I Q U I A T R I A**

P R E S E N T A :

MEDICO: DANIEL SALVADOR LOPEZ VARGAS



ASESORES: TUTOR METODOLOGICO DRA. ROSA DIAZ MARTINEZ  
TUTOR TEORICO DR. MARCO A. LOPEZ BUTRON

MEXICO, D. F., DICIEMBRE 2004

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**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.

ESTA TESIS NO SALE  
DE LA BIBLIOTECA

Autizo a la Dirección General de Bibliotecas de la UNAM a difundir en formato electrónico e impreso el contenido de mi trabajo recepcional.

NOMBRE: Lopez Vargas

Daniel Salvador

FECHA: 19/08/04

FIRMA: 

## Hospital Psiquiatrico "Fray Bernardino Alvarez"

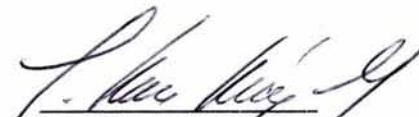
### EFFECTO DE LOS NIVELES ALTOS DE EMOCION EXPRESADA SOBE LAS RECAIDAS EN CUIDADORES PRIMARIOS DE PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA


**Dr. Leobardo Ruiz Perez**

Jefe de la Subdirección de especializaciones médicas

**Dr. Ramón de la Fuente Muñiz**

Titular de la especialización en Psiquiatría

  
Dra. Rosa Díaz Martínez  
Tutor Metodológico

  
Dr. Marco Antonio López Butrón  
Tutor Teórico

## AGRADECIMIENTOS

*A mi Papa*

*Porque gracias a tu apoyo y responsabilidad he llegado hasta esta etapa de mi vida espero continuar tu ejemplo  
GRACIAS.*

*A mi Mama.*

*Para ti que me has brindado tu comprensión , calor y cariño  
Demostrandome que cada día se puede ser mejor no  
importando los problemas que existan.  
GRACIAS*

*A mis hermanos*

*Que siempre me han brindado su consejo y compañía, Sergio,  
Alejandro, Amelia, Victor y Alberto  
GRACIAS*

*A Oli.*

*Se que tu amor y sonrisa son el motor que me ha llevado  
A cumplir esta etapa de mi vida , por eso  
GRACIAS  
Te amo.*

## INDICE

Introducción.....	1
Familia y esquizofrenia.....	2
Antecedentes.....	3
Estudios de emoción expresada.....	4
Escalas realizadas.....	5
Planteamiento del problema y Objetivos.....	6
Metodología.....	7-8
Resultados.....	9-15
Discusión.....	16-18
Conclusiones.....	29-20
Bibliografía.....	21-22
Anexos	



# EFFECTO DE LOS NIVELES ALTOS DE EMOCION EXPRESADA SOBRE LAS RECAIDAS EN CUIDADORES PRIMARIOS DE PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA.

Investigadores: Tutor Metodológico: Dra. Rosa Díaz Martínez Dra. Ma. Luisa Rascón Gasca Tutor teórico: Dr. Marco Antonio López Butrón. Investigador; Dr. Daniel Salvador López Vargas

## Introducción

La Esquizofrenia se define como: una enfermedad caracterizada por la presencia de ideas delirantes, alucinaciones, lenguaje desorganizado, comportamiento catatonico o gravemente desorganizado, síntomas negativos así como disfunción social, laboral académico y familiar. La OMS reporto en 1973, que la frecuencia de esquizofrenia es de 1% de la población mundial. Sin embargo un estudio más reciente (1992), el National Comorbidity Survey, en Estados Unidos, confirmó la impresión generalizada de que la esquizofrenia podía haber sido sobre diagnosticada y que se esperaría una cifra un poco menor: entre 0.5 y 0.7 % de la población entre los 15 y 54 años de edad. Las cifras internacionales de nuevos casos oscilan entre 2.4 a 5.2. por cada 1000 habitantes, esto es, cada año aumenta la cifra de enfermos entre 0.24 y 0.52 %. Reportes internacionales mencionan que hasta 2/3 partes de los pacientes requieren hospitalización, sin embargo aun en países como Estados Unidos únicamente la mitad de los pacientes son hospitalizados... y el resto son manejado de forma externa.

En México son pocos los estudios epidemiológicos realizados sobre el tema de las enfermedades mentales. En 1996, Caraveo reportó un 0.7% de prevalencia en esquizofrenia en la población urbana adulta, calculando que la enfermedad afecta entre 500 mil a 700 mil personas, teniendo una distribución de 1.2% en la población masculina y 0.9% en la población femenina. ; de esta población alrededor del 32% de las pacientes con esquizofrenia son hospitalizados en unidades psiquiátricas. , el resto de la población de esquizofrénicos retorna al núcleo familiar donde se ha observado la regulación de vínculos para satisfacer las necesidades de sus miembros, adaptándose a los cambios que llevan a integrar al núcleo familiar a un miembro, quien se considera portador de enfermedad mental. Es por esto que a ultima fechas el estudio de factores familiares y su influencia en la esquizofrenia adquiere gran importancia siendo uno de sus objetivos lograr una evolución positiva del paciente psiquiátrico, de esta forma surgen programas integrales de rehabilitación quienes consideran dentro de una visión multidisciplinaria a la familia, tratando de incluir dentro de ellos aspectos emocionales, actitudes y en general aquellas conductas que disminuyan a su mínima expresión el numero de recaídas en los pacientes, permitiendo mantener o aumentar sus habilidades conservadas y limitar su deterioro.

1

## **Familia y esquizofrenia**

La esquizofrenia provoca impacto en todos los miembros de la familia y esto es inevitable. Se ha descrito que la familia presenta ante el paciente esquizofrénico estrés, el cual se asocia a la convivencia cotidiana con un paciente de estas características y la falta

## **Familia y esquizofrenia**

La esquizofrenia provoca impacto en todos los miembros de la familia y esto es inevitable. Se ha descrito que la familia presenta ante el paciente esquizofrénico estrés, el cual se asocia a la convivencia cotidiana con un paciente de estas características y la falta de apoyo los limita a poder seguir ayudándolo. Los familiares cuentan con varios recursos para ayudar al paciente. Al comienzo la familia responde a la enfermedad con angustia y miedo, porque se presentan cambios emocionales y en la conducta en el enfermo y temen a lo desconocido. Algunas familias sienten culpa, convencidos de su responsabilidad en la enfermedad. La estigmatización de las enfermedades mentales por parte de la sociedad contribuyen a generar mayores sentimientos de frustración e ira. La familia también se ve obligada a reconocer la cruda realidad de tener un miembro esquizofrénico y hacer el duelo por las expectativas y los sueños con respecto al paciente. La familia percibe claramente que lo que le ocurre rebasa y sobrepasa los recursos de respuesta a las dificultades que conocía y utilizaba hasta ese momento. Siente que se pone en peligro su bienestar. Y el estrés consiguientemente repercute en todos: enfermos y sanos.

Crea situaciones de hundimiento, de baja satisfacción y autoestima en la pareja y hasta conductas desviadas en otros miembros de la familia. La enfermedad mental produce siempre problemas de adaptación en la familia. Las demandas generadas por la incertidumbre, el desasosiego que trae consigo la convivencia con el enfermo esquizofrénico son muchas y dolorosas. Y el paciente no es el culpable de estas consecuencias. La convivencia familiar con el enfermo esquizofrénico no produce siempre estos efectos con la misma gravedad y de idéntica forma. Una misma enfermedad mental puede ser para una familia intolerable y más o menos llevadera para otras, dependiendo de los recursos materiales, sociales y de los entrenamientos que posean para afrontar contingencias nuevas, y sobre todo, de cómo se perciba subjetivamente el hecho de la enfermedad. En ocasiones, la familia se queda tan desmotivada, que todo lo ve negro y no siente intelectual, afectiva o emocionalmente momentos gratificantes en su vida. De puertas afuera, su casa se verá aislada, despreciada, relegada, con una ruptura de su estatus anterior. De puertas adentro, se resquebraja el equilibrio personal de sus miembros y el nivel de relaciones entre ellos se deteriora.

Estas situaciones negativas se viven a lo largo de toda la vida, desde que la familia descubre que entre sus miembros hay un enfermo esquizofrénico. Pero estos hechos no se viven estáticamente, siempre de la misma manera. Hay momentos mejores y peores. He aquí algunos: - cuando la familia cae en la cuenta de que su bebé es un enfermo mental grave.

- cuando la escuela les dice que no lo puede asumir o atender por más tiempo.  
- cuando el enfermo esquizofrénico crea serios problemas de convivencia. La esquizofrenia aparece generalmente en la adolescencia-juventud en los hombres y más tardíamente en las mujeres, cuando, a veces, llevan varios años de casadas y hay hijos por medio.  
- cuando los padres se descubren impotentes, sin recursos ni entrenamientos para afrontar la situación nueva, que aparece sin avisar. - cuando hay que internar temporalmente al enfermo.

- cuando la sociedad lo rechaza, lo estigmatiza y le bautiza como loco o peligroso. Éstos y otros son escalones que bajan hacia sótanos más oscuros y degradados. Y la sociedad no valora a los enfermos mentales como tales enfermos.



## Antecedentes

### Historia

El estudio de la familia y su influencia en la esquizofrenia ha sido abordado desde diversas perspectivas; así Bleurer, a principios de siglo, encontró rasgos patológicos en la familia de pacientes esquizofrénicos y hacia la década de los 40s se habló sobre la teoría de la comunicación y teoría de papeles sociales. En los años 50 y 60s se llegó a considerar a la familia como parte del problema, inclusive se consideró a la familia como generadora directa de esquizofrenia, calificándola como “ familia esquizogénica” y evolucionando a la teoría del “doble vínculo” acuñada por Gegory Bateson, quien observó que los pacientes esquizofrénicos son sometidos a una comunicación familiar que tiene mensajes persistentes y contradictorios. A partir de estos resultados surge la importancia de investigar la comunicación entre miembros de la familia de los pacientes esquizofrénicos, ya que se establece que es irracional, confusa e impertinente.

Así se creó el término emoción expresada, la cual fue descrita por Brown en 1972, tras observar que los pacientes con esquizofrenia retornaban a su casa y tenían más recaídas que aquellos pacientes que regresaban a otro ámbito. Describió las actitudes y gran carga emocional de los progenitores hacia los hijos, mediante la determinación de:

- a) Crítica. Definiéndose como comentarios y aseveraciones, las cuales por su forma de expresión son desfavorables al individuo, culpándolo en ocasiones de varias situaciones sobrevaloradas,
- b) El sobreinvolucramiento. También llamada sobreprotección, incluido autosacrificio, siendo similar al trato de un niño, considerándolo menos competente y más vulnerable,
- c) Hostilidad. Esta se presenta con la crítica, siendo considerada cuando se ataca al paciente más por lo que es que por lo que hace, en general, con poca tolerancia hacia el paciente.

## Estudios de emoción expresada

Brown asoció por primera vez el número de recaídas a niveles elevados de Emoción expresada. En 1976, Vaugh y Leff mostraron que niveles elevados de emoción expresada se relacionaban a un alto número de recaídas... , otros estudios reportan un riesgo de recaída de 2-4 veces mas alto.

La emoción expresada se ha implicado como factor predictor de recaídas, observándose hasta en un 50% de recaídas en pacientes en quienes se ha evidenciado claramente niveles altos de emoción expresada en la familia. El estudio de Emoción Expresada y pacientes esquizofrénicos se ha realizado en países europeos como en Checoslovaquia, en donde Monzy reportó recaídas de hasta un 59.4%, en comparación con familias donde los niveles de Emoción expresada eran bajos, observando una frecuencia de hasta 23.3%, concluyendo que la emoción expresada puede tener valor predictivo. En 1998 Rascón describe la emoción expresada como predictor de recaídas no solo en hospitalización sino de l sintomatología propia del paciente. Se han llegado a aplicar estudios transculturales como el realizado por Barrlet, obteniendo resultados similares . Sin embargo este tema aún es controversial ya que en algunos estudios como el realizado por Monking, en 1995, refiriendo que, “no hay una unificación en cuanto a los criterios para poder replicar los estudios y reforzar el concepto de recaídas y emoción expresada.” ....Se agregan estudios como Kottgen (1984), Mc Millan Gold (1986), Dultz y Hand(1986 donde la metodología para aprobar esta teoría ha sido criticada, llegando a desconfiar de estudios de esta magnitud. ; inclusive Harnold, en 1986, analizó estudios anteriores encontrando que únicamente dos no fueron replicables.

En últimas fechas, han quedado claras algunas de las aplicaciones de la emoción expresada como son: el valor predictivo de recaídas e indicador de la interacción familiar, creándose modelos de intervención.. Como el realizado en Inglaterra, en 1986, por Hogarty. Así estudios dirigidos por Shinji Shimodera en Japón (2000) tras utilizar niveles elevados de emoción expresada como un factor de recaídas recomienda terapia familiar a nivel individual en adición a sesiones psicoeducativas cortas

Recientemente se ha extendido el estudio de la emoción expresada a otras enfermedades psiquiátricas como el realizado por Hayhurst, en 1997 y recientemente Sike en 2002 , donde se estudio el impacto de emoción expresada y depresión, que si bien no fue muy preciso, incita a continuar estudiando este aspecto

## **Escalas realizadas**

Respondiendo a la idea de que la emoción expresada tiene efecto sobre la enfermedad mental, medir de un manera cualitativa la interacción familiar y factores de mal pronóstico en pacientes con esquizofrenia llevó a Brown, en 1972, a elaborar la Entrevista Familiar de Camberwell (CFI), la cual es Semiestructurada y consta de una escala de puntos como:

1.comentarios críticos (esto inclusive en base al tono de voz), 2.hostilidad hacia el paciente, 3. Insatisfacción, 4.clima emocional 5, sobreinvolucramiento emocional incluyendo a esto el auto sacrificio.

En enero del 2002 el departamento de psiquiatría de la Universidad de Tübingen Alemania valido una escala conocida como Cuestionario familiar (FQ) quien busca compensar aquellas deficiencias encontradas en el CFI

En América Latina, encontramos escalas como la descrita por Magaña y cols. En 1986, el FMSS ( five minutes speech sample), que valora la emoción expresada de la familia, las relaciones, la critica y sobreinvolucramiento emocional. Este estudio fue validado en población México Americana y demostró gran concordancia en comparación con CFI.

En México se ha validado una escala para medir emoción expresada modificada por el Instituto Nacional de Psiquiatría, por Guanillo y Seclen. Consta en un cuestionario autoaplicable estandarizado y estructurado de 30 reactivos, que aborda aspectos de actitudes de los familiares hacia el paciente, determinando 3 subniveles, como son sobreimplicación, hostilidad y crítica.

Así, el estudio de emoción expresada y su valor predictivo para prevenir recaídas ha adquirido importancia, se podrían adaptar programas integrales en donde no únicamente se considere el manejo farmacológico como una alternativa terapéutica, sino tomando en cuenta aspectos socioculturales y psicológicos de quienes los cuidan, en su conjunto, permitiendo una rehabilitación integral al paciente y con esto una mejor calidad de vida y un mayor aprovechamiento de los recursos disponibles en unidades de concentración psiquiátrica como actualmente en el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez, donde en el ultimo año, a través del servicio de urgencias, recibió un promedio de 2400 pacientes con diagnostico de esquizofrenia siendo que en promedio un 40.6%, se hospitalizan y el resto quedan a cargo de los familiares responsables.



### **Planteamiento del problema:**

¿El cuidador primario del paciente con esquizofrenia al presentar elevados niveles de Emoción Expresada es un factor que predispone en los pacientes a sufrir mayor número de recaídas?

### **Justificación**

Siendo la Esquizofrenia una de las patologías psiquiátricas más frecuente en nuestro país con una prevalencia del 1.5% en el sexo masculino y 0.9% en el sexo femenino, según la encuesta nacional de enfermedad mental, el manejo así como su rehabilitación intrahospitalaria representa un elevado costo económico y social.

El manejo ambulatorio de este tipo de pacientes es cada vez más común, actualmente programas de rehabilitación en unidades psiquiátricas tienen como objetivo primordial la reintegración social y familiar del paciente con esquizofrenia sabiendo que, la familia juega un papel importante para reintegración y rehabilitación de los pacientes con esquizofrenia el conocer los mecanismos de interacción familiar y los efectos que tienen estos sobre el paciente permiten realizar programas de rehabilitación más completos tomando en cuenta estas variables,

La esquizofrenia produce en la familia elementos negativos los cuales repercuten sobre la evolución en pacientes con esquizofrenia entre estos factores los niveles elevados de emoción expresada es quien precipita recaídas por lo cual se pretende realizar el siguiente estudio. Así, el estudio de emoción expresada y su valor predictivo para prevenir recaídas ha adquirido importancia para adaptar programas integrales en donde no únicamente se considere el manejo farmacológico, permitiendo una rehabilitación integral del paciente y con esto una mejor calidad de vida y un mayor aprovechamiento de los recursos disponibles en unidades de concentración psiquiátrica como actualmente en el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez, donde en el último año, a través del servicio de urgencias, recibió un promedio de 2400 pacientes con diagnóstico de esquizofrenia siendo que en promedio un 40.6% se hospitalizan y el resto quedan a cargo de los familiares responsables.

### **Objetivo general:**

Determinar si el nivel alto de emoción expresada en el cuidador primario del paciente esquizofrénico es un factor predictivo para las recaídas.

### **Objetivos específicos**

1. Comparar características sociodemográficas en el cuidador primarios de los pacientes del estudio
2. Determinar la frecuencia de recaídas en pacientes esquizofrénicos
3. Relacionar la emoción expresada elevada y la frecuencia de recaídas
4. Buscar asociación entre número de recaídas y predominio de alguna subescala propia de emoción expresada (sobreinvolucramiento, crítica y hostilidad)

## METODOLOGIA

### Tipo de Estudio

Prospectivo, Longitudinal

### Muestra

A). Tamaño : 32 familiares

B) Ambito geográfico Se realizara el estudio en el hospital psiquiátrico Fray Bernardino Alvarez en el área de hospitalización

### Criterios

#### Criterios de Inclusión

Pacientes:

- 1 Pacientes con diagnostico de Esquizofrenia Paranoide según los criterios del CIDI
- 2 Recién egresados del servicio de hospitalización
- 3 Edad de 18-55 años.
- 4 Mínimo convivan 35 horas a la semana con el cuidador primario
- 5 Vivir en el mismo domicilio del cuidador primario
- 6 Pertener al DF y zona metropolitana
- 7 Llevar tratamiento farmacológico
- 8 No haber estado incluidos en programas de rehabilitación psicosocial (hospital parcial) por lo menos en los pasados 6 meses

Familiares

- a) Contar con aceptación escrita sobre encuestas a realizar
- b) Convivan con el paciente por lo menos 35hrs a la semana y en su mismo domicilio
- d) Sea el cuidador primario
- e) No estar sometidos a proceso psicoterapéutico por lo menos 6 meses previo al estudio

#### Criterios de Exclusión

1. Pacientes que no completen el cuestionario
2. Cambio de domicilio
3. Cambio de cuidador primario



## **Variables:**

### *Independiente*

Emoción Expresada, actitudes y expresión afectiva de los familiares hacia los pacientes portadores de esquizofrenia  
Escala de medición. Cualitativa nominal  
Definición operacional Escala de emoción expresada del familiar (Guanillo y Seclen) versión modificada por el instituto Nacional de Psiquiatría (anexo 1)

### *Dependiente*

Recaída: se considera recaída aquella agudización de un evento psicótico de una intensidad tal que requiera modificación de tratamiento farmacológico. Considerando un deterioro clínico caracterizado por exacerbación de síntomas psicóticos y que lleva a rehospitalización del paciente o importante cambio en tratamiento

Escala de medición. Cualitativa nominal

Definición Operacional. Cambios conductuales que ameriten cambio en la dosis y tipo de psicofármaco

### C) Instrumentos a emplear

#### CIDI

Escala de Emoción Expresada Guanillo y Cols IMP .Elborada por Guanillo y Sclen en 1993 conformada por 30 reactivos, que mide crítica sobreprotección y hostilidad. Cuestionario autoaplicable , estructurado y estandarizado, su confiabilidad en escenarios peruanos es de un Alpha de Cronbach de 0.7. Para población mexicana después de un piloteo de 38 casos se realizaron cambios en el lenguaje y se obtuvo un alpha de Cronbach de 0.85 (Rascón ML 1997).

### **Procedimiento.**

Previa aceptación del protocolo por el comité de ética e investigación se procederá a seleccionar los candidatos acorde a los criterios de inclusión. Se seleccionaran pacientes recién egresados del servicio de hospitalización para confirmación diagnóstica según CIDI,

Previo consentimiento informado se aplicara la escala de emoción expresada al familiar (cuidador primario) del paciente con esquizofrenia, se seleccionaran solo aquellos pacientes quienes expresen elevados niveles de emoción expresada. Posteriormente se realizara una revisión del expediente clínico a los 5 meses valorando el numero de recaídas en los pacientes, así mismo se realizara un análisis de las variables individuales (edad, sexo, parentesco) de cada cuidador primario para buscar alguna correlación clínica.

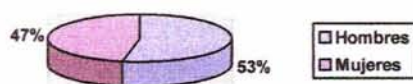
## RESULTADOS

### 1. Características de demográficas de los pacientes

a. Sexo Tabla y Gráfica #1

N=32pac	Masculino	Femenino
	17	15

Distribucion por sexo pacientes

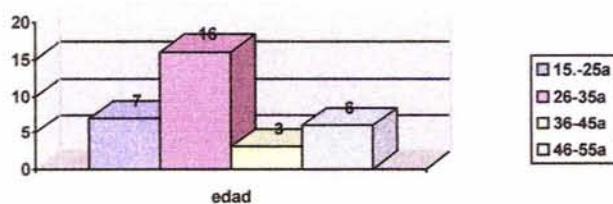


b. Edad Tabla y gráfica #2

N=32	Edad	Pacientes
	15-25 años	7
	26-35 años	16
	36-45 años	3
	46-55 años	6
	Total	32

media 33.2

Edad Pacientes



media 33.2

**c. Escolaridad** tabla y gráfica #3

<i>N=32</i>	<i>Sin estudios</i>	<i>Primaria</i>	<i>Secundaria</i>	<i>Preparatoria</i>	<i>profesionista</i>
	0	9	9	12	2

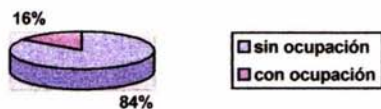
Escolaridad pacientes



**d. ocupación** Tabla y Gráfica #4

<i>N32=pacientes</i>	<i>Sin Ocupación</i>	<i>Con Ocupación</i>
	5	27

Ocupación paciente

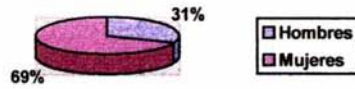


## 2. Características demográficas de los cuidadores

### 1 Sexo tabla y gráfica #5

N=32 cuidadores		Masculino	Femenino
		10	22

sexo cuidadores



### b. edad tabla y gráfica #6

N=32 Cuidadores		Edad de los cuidadores
15-25años	3	
26-35años	4	
36-45años	5	
46-55años	20	
56-65años	8	
66-70años	2	
<b>Total</b>	<b>32</b>	

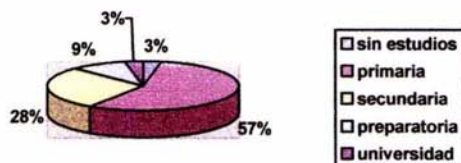


Media 47.19

**c. nivel estudios** tabla y gráfica 7

N=32 cuidadores	Sin estudios	Primaria	Secundaria	Preparatoria	Universidad
	1	18	9	3	1

estudios cuidadores



**d. Ocupación** Gráfica y tabla #8

N=32 cuidadores	Sin ocupación	Con ocupación
	14	18

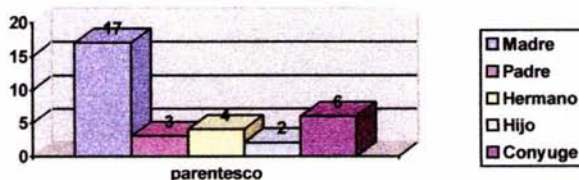
Ocupacion Cuidador



**e. Parentesco del cuidador** tabla y gráfica #9

N=32 cuidadores	Madre	Padre	Hermano	Hijo	Cónyuge
	17	3	4	2	6

parentesco del cuidador





### 3. Numero de ingreso en el paciente

<i>Numero de Hospitalización al momento del estudio</i>	
<i>1ª Vez</i>	12
<i>2º Ingreso hospitalario</i>	8
<i>3er Ingreso hospitalario</i>	4
<i>4º Ingreso Hospitalario</i>	3
<i>5º Ingreso hospitalario</i>	1
<i>&gt;6 ingresos</i>	4

Tabla #10

### 4. EMOCION EXPRESADA

#### 1 Subescalas

<i>Subescalas</i>	<i>&gt;25 elevado nivel de Emoción Expresada</i>	<i>&lt;25 Bajo nivel de Emoción Expresada</i>	<i>Media N</i>
<i>Critica</i>	<i>N=11 n</i>	<i>N=21 n</i>	<i>22.563</i>
<i>Sobreproteccion</i>	<i>N=30 n</i>	<i>N=2 n</i>	<i>28.188</i>
<i>Hostilidad</i>	<i>N=10 n</i>	<i>N=22n</i>	<i>21.656</i>

Tabla #11

#### 2. Niveles de emoción Expresada

<i>N=32 cuestionarios</i>	<i>&gt;65 elevado Nivel de Emoción Expresada</i>	<i>≤65 Bajo niveles de emoción expresada</i>	<i>Media</i>
	<b>22</b>	<b>10</b>	<b>21.656</b>

Tabla#12

### 5. RECAIDAS

#### 1. Numero de recaídas en 5 meses

<i>N=32 Cuestionarios</i>	<i>Sin recaídas en 5 meses</i>	<i>1 recaída en 5 meses</i>	<i>2 recaídas en 5 meses</i>	<i>3 recaídas en 5 meses</i>	<i>&gt;4recaídas en 5 meses</i>
	<b>13</b>	<b>12</b>	<b>5</b>	<b>1</b>	<b>1</b>



Media 0.938

tabla (#13)y gráfica(#10)

## 2.Relación entre recaídas y características demográficas del cuidador primario.

$r^2=0.49^{***}$

Variable Demográfica del cuidador	Parcial (regresión logística)
Edad	0.5144
Escolaridad	0.3386
Ocupación	<u>3.4931****</u>
Parentesco	0.0657
Recaídas	0.0898

Tabla #14

## 3.Relación entre recaídas y subescalas de emoción expresada

### a.CRITICA (>25)Vs RECAIDAS

Odds ratio=2.22

	Valor CHI2	Valor P
Sin corrección	.02	0.3136163
Mantel- Haenszel	0.98	0.3210620
Corr Yates	0.40	0.5288324

FisherP=0.267229

Tabla#15

### b.SOBREPROTECCION(>25)Vs RECAIDAS

Odss ratio=1.67

	Valor CHI2	Valor P
Sin corrección	0.12	0.7241595
Mantel-Haenszel	0.12	0.7280830
Corr Yates	0.16	0.6913539

Fisher=0.6256684

Tabla #16

### c.HOSTILIDAD(>25)Vs RECAIDAS

Odss ratio=2.78

	Valor CHI2	ValorP
Sin corección	1.75	0.1855436
Mantel-Haenszel	1.70	0.1919513
Corr Yates	0.93	0.3361098

Fisher= 0.1685714

Tabla#17

## Resultados

El grupo de pacientes fue heterogéneo donde la distribución por sexo fue de 17 masculinos y 15 femenina (tabla 1). El grupo de edad fue de 19 a 55 años teniendo la más alta frecuencia de pacientes en la edad de 26 a 35 años con 16 pacientes, el resto fueron distribuidos en las diferentes edades (tabla y gráfica 2). El nivel de estudios de los pacientes fue de preparatoria con un 38% seguidos de 28% en estudios de secundaria y primaria (tabla y gráfica 3). La mayoría de los pacientes 27 no contaban con ocupación alguna.

Dentro de las características demográficas de los cuidadores encontramos que, en su mayoría 69% eran personas del sexo femenino (tabla y gráfica #5), la edad máxima del cuidado fue mas de 65 años en donde la edad promedio del cuidador fue de 47.19 años (gráfica y tabla6). El nivel de escolaridad fue en 57% con estudios de primaria, (gráfica y tabla7); Un 44% de los cuidadores no contaban con ocupación siendo que el resto 56% realizaban alguna actividad laboral (gráfica y tabla 8). La madre es la principal persona quien se encarga del cuidado del paciente con esquizofrenia presentado 17 cuidadores en el estudio (gráfica y tabla #9).

En los estudios 12 pacientes ingresaron por primera vez al hospital y el resto habían ingresado mas de 2 ocasiones inclusive se incluyo 1 paciente con 11 ingresos previos (tabla 10).

Se calificaron las escalas de emoción expresada incluyendo aquellos cuestionarios con un puntaje mayo a ( $>65$ ), sin embargo también se consideraba que si el puntaje no era mayor de 65 eran positivo aquellos cuestionarios donde los niveles de emoción expresada eran mayor de 25 en alguna de sus subescalas sean critica, sobreprotección u hostilidad. encontrándose en 30 cuestionarios con una media de 28.188 presentaba elevado puntaje en sobreproteccion seguido de critica con 11 cuestionarios y una media de 22.5 y hostilidad con 10 cuestionarios con una media de 21.656 (tabla11). En total 22 cuestionarios mostraron niveles totales de emoción expresada mayor a 65 puntos (tabla 12) y 10 cuestionarios presentaron un rango menor pero se incluyeron por ser elevados en alguna de sus subescalas. Las recaídas a 5 meses de aplicado el cuestionario demostraron que 13 pacientes no presentaron recaídas, 12 pacientes presentaron al menos una recaídas (gráfica 10 y tabla13) .

Se realizo regresión logística para determina la relación de recaídas con las variables demográficas del cuidador encontrando una  $r^2$  de 0.49 encontrando significancia únicamente en ocupación encontrando una parcial de 3.4931 (tabla 14) el resto de variables no fue significativa. Con relación a las subescalas y recaídas se realizo prueba exacta de fisher encontrando en critica  $P0.26$ , en sobeproteccion  $0.625$  y hostilidad  $0.16$ .



## Discusión

Se incluyeron en el estudio pacientes hombres y mujeres considerando que la esquizofrenia afecta ambos sexos siendo que predomina en población masculina ya Caraveo había reportado 1.2 % en población masculina contra un 0.9% en la población femenina lo cual fue evidente en el estudio ya que en la población total de esquizofrénicos 53% fueron hombres y 43% fueron mujeres. En estudios de emoción expresada Monzy describió en 1992 un predominio del sexo masculino en un 60.8% en comparación a pacientes femeninas en un 36.2%  $p < 0.01$  sin embargo al ser tan próximas las cifras y considerando la proporción en la cual se presenta esta patología por sexos se puede describir que en la emoción expresada elevada no existe un predominio de sexo .

En el estudio se incluyeron pacientes de 18 años llegando a un máximo de 55 años encontrando que la mayor frecuencia es en el grupo fue de 26 a 35 años de edad seguido de 15 a 25 años se obtuvo una media de 33.2 años el grupo de estudio fue similar a estudios anteriores sin embargo autores como Harnold en 1986 abarco un grupo de edad menor a 18 años Vaughn Bown, y Rascón (1976, 1982 y 1997) realizaron descripciones en pacientes con rangos mayores de 45 años de edad . En población mexicana Rascón en 1997 y 2001 describió su población de estudio donde la mayor frecuencia de pacientes fue en edades de 20-25 años en un 44:4 % con un promedio de 28.6 años y Espiga Alberto en 1999 describe una media de 25 años similar al presente estudio.

La escolaridad de los pacientes llegó a un máximo de nivel profesional, siendo su mas alta frecuencia con estudios de preparatoria en un 38% del total, el resto fue distribuidos en los diferentes grados siendo similar a estudios nacionales como lo descrito por Rascón en 1997 en donde su población hasta en un 58% curso estudios de preparatoria lo cual se correlaciona con el curso natural de la enfermedad ya que suele presentarse al inicio de la edad adulta etapa en la cual la mayoría de paciente cursa estudios de preparatoria lo cual refleja la limitación que la enfermedad ocasiona en los pacientes obligados en las mayoría de ocasiones a abandonar sus estudios. Estas limitaciones se reflejan también en la ocupación ya que la mayoría de los pacientes de este estudio 84% no realizaban actividad alguna similar a reportes de Rascón en 1998 quien describió en su población de estudio pacientes quienes hasta en un 67.5% no realizaban actividad alguna.

Dentro de las características demográficas de los cuidadores se describe que en su mayoría 69% son personas del sexo femenino similar en estudios en población nacional donde la descripción es mujeres en un 72.2% llegando hasta en un 77% (Rascón 1998 y cols. 2000) .Estos estudios son similares lo cual lleva a considerar como dentro de la sociedad aun se adjudica el papel de cuidador a la mujer siendo que en culturas anglosajona la participación del hombre es un poco mayor. En general el cuidador primario es la madre quien asume un papel más activo esto reflejado en el presente estudio donde hasta 17 de los cuidadores era la madre quien cuidaba al paciente seguido de algún hermano y padre La edad media de los cuidadores fue de 47.19 mostrando su mayor frecuencia en cuidadores de 40-55 años con 20 pacientes sin embargo se encontró en el estudio que personas de hasta 70 años eran el responsable directo del paciente

. esto es congruente con estudios nacionales los cuales describen como principal cuidador a la madre en 58% de los casos Rascón en 1997,1998 y 2001 describe a la madre como principal cuidador en un, 75%,80%y 66.7% de los casos teniendo mayor frecuencia en edades de 51 a 70 años con una edad promedio de 54 años un poco más elevado a la población de este estudio, en el ámbito internacional autores como David en 1984 describe a las madres como aquel miembro de la familia que presenta mayores niveles de emoción expresada

El nivel de estudios de los cuidadores fue en un 57% estudios de primaria seguido de un 28% con estudios de secundaria contrariamente a reportes en población mexicana atendida en el Instituto nacional de Psiquiatría donde los estudios del cuidador son hasta en un 38.1% con nivel medio superior esto posiblemente debido a la población que atiende el hospital Fray Benardino quien en su mayoría es de nivel socioeconómico medio. Casi la mitad ( 56%)de los cuidadores de este estudio realizaban alguna actividad económica y en un 44% de la población del estudio no realizaban actividad alguna por lo cual es un punto importante a considerar ya que al realizar regresión logística de cada una de las variables descritas se observo que la ocupación con una  $P = 3.4931$  es quien adquiere gran influencia para presentar elevados niveles de emoción expresada por lo que habría que considerar que en el cuidador primario al agregar una responsabilidad laboral es más probable que manifieste niveles elevados de emoción expresada

Dentro del grupo de estudio se encontró pacientes quienes por primera vez fueron hospitalizados así como pacientes que cursaron con mas de 2 internamientos llegando a mas de 6 ingresos por lo que es de considerar que el encontrar niveles elevados de emoción expresada puede ser en la primera agudización del cuadro psiquiátrico o inclusive tras un largo historial de hospitalizaciones previas con esto se refleja como la familia no logra una conciencia real de enfermedad mental ya que persisten niveles elevados de emoción expresada. Así Rascón en 1997 describio la necesidad de aportar información a la familia para comprender mejor la enfermedad mental . Si bien Harnold en 1986 comenta que la hospitalización no es un predictor confiable de recaídas en artículos publicados entre el periodo de 1962 a 1986 es una variable a considerar ya que en familias con bajos niveles de emoción expresada la hospitalización disminuye como lo descrito por Shijini en 2000 donde al realizar una intervención para disminuir los niveles de emoción expresada la recaída disminuyo de un 60% a un 42.9 %.

Como se ha comentado en los resultados 22 cuidadores reportaron un puntaje mayor de 65 lo cual los incluía como familiares con elevados niveles de emoción expresada siendo que 10 cuidadores no alcanzaban este puntaje se considero como positivo en niveles elevados de emoción expresada cuando el puntaje de la subescala era mayor a 25 lo cual fue el motivo de incluir al resto de los cuidadores al estudio fue evidente que en la subescala de critica y hostilidad la media fue de 21.656 y 22.563 sin embargo cabe mencionar que la subescala de sobreproteccion presento una media mas elevada por lo cual pudiese se considerado en estudios posteriores ya que por lo regular las familias puntuaron de una foma elevada en este rubro esto pudiese estar sometido a variables culturales e individuales que fuese motivo de próximos estudios comentado por ejemplo ¿si esta sobreproteccion es parte de un mecanismo que lleva al cuidador a responsabilizarse por el



paciente? o si esta puntuación obedece a que el rol de cuidador es otorgado al miembro con mas responsabilidad hacia el paciente.

En el seguimiento a 5 meses se documenta el numero de recaídas en los pacientes encontrando que en un 37.5% de los pacientes al menos presentaron una recaída en 5 meses seguido de un 3.2% de los pacientes quienes presentaron al menos 2 recaídas. En comparación con estudios anteriores Harnold en 1986 y Shijini en 2000 quienes llevaron un seguimiento de 9 meses a 2 años encontraron un incremento en el riesgo de recaídas.

J Leeff en 1987 reporto al menos una recaída al año con una frecuencia de recaída de un 14% en familias con niveles elevados de emoción expresada y Linz Kuipers en 1988 reporto una frecuencia de recaída de hasta un 52% en comparación con el 23% de recaídas en familias con niveles bajos de emoción expresada. Esto adquiere importancia ya que a pesar de llevar un seguimiento a corto plazo (5 meses) los pacientes atendidos en el Hospital Fray Bernadino presentan un numero de recaídas muy elevado comentando en un total de hasta 60% de recaídas en 5 meses sin embargo queda por aclarar que en el presente estudio las recaídas son consideradas ante una hospitalización o cambio de farmacológico lo cual no se consideran en la mayoría de estudios conceptualizando las recaídas únicamente como numero de hospitalizaciones anuales del paciente, por lo cual el numero de recaídas es muy elevado sin embargo una recaída implica un desgaste tanto emocional y económico tanto de instituciones como de la familia por lo cual se debe tomar en cuenta para la atención integral de los pacientes esquizofrénicos.

Se realizo regresión logística para determinar cual variable demográfica del cuidador primario tenia influencia en las recaídas de los pacientes esquizofrénicos encontrando que la sumatoria de los factores individuales del cuidador incrementa el riesgo de recaídas con una  $R^2=0.49$  ya que de manera aislada ninguno de los datos resulto sé significativo como ya se comento únicamente se encontró datos significativos con la ocupación encontrando una  $P=3.4931$ .

Se realizo un análisis individual de cada subescala no encontrando relación directa entre recaídas y sobreprotección los datos no fueron significativos aplicando prueba exacta de Fisher la cual presento un  $P=0.625$  J Leff en 1987 no encontró una asociación directa

La asociación entre crítica y recaída se encontró mayor relación con un  $P=0.267$  esto se correlaciona con los datos de J Leff 1987 quien no encontró una significancia posterior a un seguimiento de un año.

La asociación más directa se encontró entre hostilidad y recaídas con un valor estadístico con una  $P=0.1685$  por lo cual al incrementar niveles de hostilidad incrementa en forma directa el riesgo de recaídas.

## Conclusiones

La esquizofrenia es una enfermedad que afecta generalmente a adultos jóvenes de edades entre 20 y 30 años, la cual limita al paciente para integrarse de una manera activa en la sociedad, la disfunción se extiende tanto al área laboral, escolar y social lo cual modifica de una manera importante la dinámica familiar generando mecanismos tales como hostilidad, crítica y sobreimplicación lo cual en su conjunto se describe como emoción expresada que repercute de una manera negativa en la rehabilitación de los pacientes por lo cual es necesario incluir programas integrales cuyo objetivo sea ayudar al paciente a formar parte activa de la sociedad. Considerando la emoción expresada como un factor que limita la reintegración del paciente.

Como se ha mencionado el cuidador primario es quien mantiene un contacto estrecho con el paciente siendo quien de una manera indirecta repercute en la evolución del mismo, por lo cual los programas de rehabilitación deben de considerar al cuidador primario utilizándolo como una herramienta de soporte positivo para el paciente dentro del núcleo familiar. Es evidente como a la mujer (generalmente a la madre) se le otorga el rol de cuidador primario por lo cual parece ser esto parte de una imposición social más que una decisión personal, hecho que se debe de considerar ya que él realiza una actividad que realmente no implique un compromiso pudiese presentar una carga hostil importante contra el paciente o al contrario, considerando a la madre responsable directa de las condiciones de sus hijos la sobreprotección sea una modificación de la culpa por lo cual este mecanismo sea comúnmente utilizado en la emoción expresada.

El cuidador primario generalmente es de edad avanzada en un promedio de 50 años tiempo en el cual el pensamiento es un tanto más rígido y en consecuencia el proceso de aprendizaje es menos flexible y por consecuencia los cuidadores desconocen la mejor forma para ayudar de una manera positiva a los pacientes con esquizofrenia por lo cual es necesario la creación de programas enfocados quienes consideren los intereses y capacidad del familiar con la finalidad de facilitar el proceso de aprendizaje y con esto ayudar a la familia a comprender la serie de agresiones que puede manifestar de una manera inconsciente o consciente contra su paciente. Es importante el apoyo alternativo de familiares jóvenes para poder compensar aquellas deficiencias que pudiesen estar presentes en el cuidador primario de mayor edad.

El cuidador primario comparte en la mayoría de las ocasiones 2 responsabilidades, la de ser el principal cuidador del paciente y ser el proveedor económico de la familia. La generación de esta doble responsabilidad origina una elevación en los niveles de emoción expresada esto es importante ya ayuda a tener un conocimiento, más profundo de las motivaciones que llevan al familiar a manifestar niveles altos de emoción expresada.

En los pacientes de este estudio la emoción expresada alta fue evidente tanto en pacientes de primera vez como en pacientes subsecuentes lo cual denota que si no se establecen programas específicos con objetivos claros los familiares pueden continuar manifestando niveles elevados de emoción expresada aun con el apoyo de una unidad de hospitalización.

En cuanto a las subescalas del estudio, la sobreprotección fue la que dio un puntaje más alto sin embargo no necesariamente fue significativa al asociarlo con las recaídas ya que fue más evidente este hecho en crítica y hostilidad encontrando una relación directa

Los niveles elevados de emoción expresada es un factor que condiciona recaídas en los pacientes con esquizofrenia

El encontrar pacientes que recayeron hasta en más de 4 ocasiones implica que aún no se han establecido programas que intenten abatir el número de recaídas en los pacientes si existen otras variables a considerar es importante resaltar que estos pacientes presentaban niveles elevados de emoción expresada en el núcleo familiar por lo cual es necesario realizar programas de rehabilitación, considerando no sólo aspectos médicos sino también aspectos sociales y familiares con la finalidad de disminuir el riesgo de recaída en los pacientes con esquizofrenia del hospital Fray Bernardino Alvarez.



**Falta página**

**N° 21**

## Bibliografía

Anderson Carol M. Gerad Hogarty EXPRESSED EMOTION SOCIAL NETWORKS OF PARENTS OF SCHIZOPHRENIC PATIENTS Brit. J Psychiat. 144 (1984) Pp. 247-255.

Bachmann Slike y cols. EXPRESSED EMOTION IN RELATIVES OF FIRST EPISODE AND CHRONIC PATIENTS SCHIZOPHRENIA AND MAJOR DEPRESSIVE DISORDERS A COMPARISON Psychiatry Research 12 (2002) Pp 239-250

Barrelet y cols. EXPRESSED EMOTION AND FIRST ADMISION SCHIZOPHRENIA NINE-MONTH FOLLOW UP IN A FRENCH CULTURAL ENVIRONMENT. Brit. J Psychiatry 1990,156, Pp,356.,362.

Bebbington P Kuiser THE CLINICAL UTILITY OF EXPRESSED EMOTION IN SCHIZOPHRENIA Acta Psychiatry Scand. N.89, 1994 Pp46 53.

Brown G.W y Cols.. INFLUENCE OF FAMILY LIFE ON THE COURSE OF SCHIZOPHRENIC DISORDERS :A REPLICATION Brit. J. Psychiatry 1972 Vol 121 Pp241-58.

Butzlaff L Ronald. EXPRESSED EMOTION AND PSYCHIATRY Arch. Gen. Psychiatry Vol 55 June1998 Pp547-552.

Cotéz padilla María Teresa y Rascón Gasca FACTORES PSICOSOCIALES RELACIONADOS CON LA REHOSPITALIZACION DE PSICOSIS ORGANICAS. Saliud Publica Mex 43 2001 pp 429-436.

De la Fuente Ramón y cols. SALUD MENTAL EN MÉXICO ,Fondo de cultura Economica, México DF. 1997 Pp.16148-160

Espiga Alberto, Begoña Pumar y cols CORRELACION ENTRE LA EMOCION EXPRESADA POR PADRES DE ESQUIZOFRENICOS Y SU PERCEPCION POR LOS HIJOS. Rev Asoc Esp Neuropsiquiatría Vol XIX N.71 1999 Pp393-406

Friedman S Michael y Cols... RELATIVES "PERCEPTIONS OF THEIR INTERNTIONAL BEHAVIOR WITH A SCHIZOPHERNIC FAMILY MEMBER. Fam Proc.1994 December 133 pp-377-386.

Hall J, Michael PARENT COPING STYLES AND SCHIZOPHRENIC PATIENTS BEHAVIO AS PREDICTOR OF EXPRESSED EMOTION Family Process 39 2000 Pp 435-444

Harlod I. Kaplan y cols... SINOPSIS DE PSIQUIATRIA Editorial Panamericada 8 edición Madrin España.558-593.

Harnold W. Koenigsbeg EXPRESSED EMOTION: FROM PREDICTIVE INDEX TO CLINICAL CONSTRUCT Am J Psychiatry 43:11 , November 1986 Pp 1361-1373.

Hayhurst H cooper Z y cols EXPRESSED EMOTION AND DEPRESSION British Journal of Psychiatry 171 (1997 Pp 439-443

Kuipers Liz and Bebbinngton Pau. EXPRESSED EMOTION RESEARCH IN SCHIZOPHRENIA THEORICAL AND CLINICAL IMPLICATIONS Psychological Medicine N. 8 1988 Pp893 909.

Leff, J N.N Wing y cols. INFLUENCE OF RELATIVES EXPRESSED EMOTION OF COURSE SCHIZOPHRENIA IN CHANDIGAH, British Journal of Psychiatry 987 Pp.166-173



Leff Julian and Vaugh Christine THE INTERACTION OF LIE EVENTS AND RELATIVES EXPOESSES EMOTION IN SCHIZOPHRENIA AND DEPRESSIVE DISORDERS, Brit. J. Psychiat. 136 (1980) Pp.146-153.

Lopez R. Steven and Mintz Jim ATTRIBUTIONS AND AFFECTIVE REACTION OF FAMILY MEMBERS AND COURSE OF SCHIZOPHRENIA Journal of abnormal Psychology Vol 108 N2 1999 Pp307-314.

Magaña Ana y cols. A BRIEF METED FOR ASSESING EXPRESSED EMOTION Y RELATIVES OF PSYCHIATRIC PATIENTS, Psychiatry Research , 1986 ,17. Pp 203-212

Miklowitz J David,y cols.INTERACTIONAL CORRELATES OF EXPRESSED EMOCION IN THE FAMILIES OF SCHIZOPHRENIC, Brit , J. Psychiatry 1984 , 144 , Pp 482-487.

Monking H Schuzle EMOTIONAL FAMILY ATMOSPHERE AND RELAPSE: INVESTIGATION ON THE ROLE OF RELAPSE DEFINITION DURATION OF ILLNESS AND REASIGNATION OF RELATIVES eur psychiaty 10 1995 pp 85-91.

Mozny P y cols.. EXPRESSED EMOTION, RELAPSE RATE AND IUTILIZATION OF PSYCHIATRIC INPATIENT CARE IN SCHIZOPHRENIA Soc. Psychiatry Epidemiol. 1992, 27,Pp174-179

Ortega H y Cols . ESQUIZOFRENIA ESTADO ACTUAL Y EXPECTATIVAS, Instituto Mexicano de Psiquiatria, México DF.2001Pp.301-348.

Platt S Ane Weyman y cols THE SOCIAL BEHAVIOUR ASSESSMENT SCHEDULE (SBAS) RATIONALE, CONTENTS SCOING AND RELIABILITI OF A NEW INTERVIEW SCHEDULE Social Psychiatry 15, 1980 Pp 43-55.

Rascón Gasca ML. y cols. LA NECESIDAD DE DAR ATENCIÓN A LOS FAMILIARES RESPONSANBLES DE PACIENTES ESQUIZOFRENICOS , Salud Mental Vol 20, Julio 1997. Pp 55-64

Rascón Gasca ML. y cols. RELACION ENTRE LA EMOCION EXPRESADA Y LA OPINION AFECTIVA DE FAMILIARES DE PACIENTES ESQUIZOFRENICOS Psicologia Iberoamericana Vol 6 Num 4 1998 Pp 56-66

Ronald L. y cols,.. EXPRESSED EMOTION AND PSYCHIATRIC RELAPSE Arch. Gen, Psychiatry june 1998 vol 55 Pp 347-552

Schulze H Monking y cols. EMOTIONAL FAMILY ATMOSPHERE AND RELAPSE: INVESTIGATIONS OND THE ROLE ON RELAPSE DEFINITION, DURATION OF ILLNES AND RESIGNATION OF RELATIVES. Eur. Psychiatry 1995 ,10, Pp 85-91.

Shimodera Shinji EXPRESSED EMOTION AND PSYCHOEDUCATIONAL INTEVENTION FOR RELATIVES OF PATIENTS WITH SCHIZOPHRENIA A RANDOMIZED CONTRPOLLED STUDY JAPAN. Psychiatry Research 96 (2000) Pp.411-148.

Wiedemann Georg. THE FAMILY QUIESTIONNAIRE: DEVELOPEMNT AND VALOIDATION OF NEW SELF- REPORT SCALE FOR ASSESSING EXPESED EMOTION Psychiatry Research 09 (2002) Pp 265-279.

William R Mc Farlane PSYCHOEDUCATION MULTIPLE FAMILY GROUP : FOUR YEAR RELAPSE OUTCOME IN SCHOZOPHRENIA Family Process Vol 34 1995

Wuerke Anne y cols. AGE EXPRESSED EMOTION AND INTERPERSONAL CONTOL PATTERNING IN FAMILIES OF PERSONS WITH SCHIZOPHRENIA Psychiatry Research 109 (2002) 161-170. **23**