



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRIA, PSICOLOGIA MEDICA
E HIGIENE MENTAL
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

**INFLUENCIA DE LA EMOCION EXPRESADA DEL CUIDADOR PRIMARIO EN EL
FUNCIONAMIENTO PSICOSOCIAL DEL PACIENTE CON ESQUIZOFRENIA**

T E S I S

PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALIZACION EN

P S I Q U I A T R Í A

P R E S E N T A :

DRA. ROSA ICELA MONTELONGO SOTO.

ASESORES

DRA. CLAUDIA FOUILLOUX MORALES

DR. JOSE FRANCISCO ANGEL MENDOZA GARCÍA



MÉXICO, D. F.



Septiembre 2007



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.



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

**INFLUENCIA DE LA EMOCION EXPRESADA DEL CUIDADOR PRIMARIO EN EL
FUNCIONAMIENTO PSICOSOCIAL DEL PACIENTE CON ESQUIZOFRENIA**

HOSPITAL REGIONAL DE PSIQUIATRIA "MORELOS"

TUTOR METODOLOGICO

DRA. CLAUDIA FOUILLOUX MORALES

TUTOR TEORICO

DR. J.F. ANGEL MENDOZA GARCIA



PRESENTA

DRA. ROSA ICELA MONTELONGO SOTO

RESIDENTE DE CUARTO GRADO DE PSIQUIATRIA

AGRADECIMIENTOS

A mi familia que apoyó en todo momento mi ausencia

A mis maestros que me encausaron en el camino de aprender día con día junto al paciente y forjaron los cimientos del saber

A los pacientes que me enseñaron las variaciones del ser humano y que sirven de experiencia para mi futuro

A Dios por el solo hecho de existir y por tanto la capacidad de pensar

I N D I C E G E N E R A L

Pág.

Identificación del protocolo.....	1
Introducción.....	3
Justificación.....	4
Marco teórico (marco de referencia o antecedentes).....	5
Planteamiento del problema.....	9
Objetivos:	
○ General.....	10
○ Específico.....	10
Hipótesis.....	11
Metodología	
○ Tipo de estudio.....	12
○ Información a recolectar (variables a recolectar).....	12
○ Población, lugar y tiempo de estudio.....	14
○ Tipo de muestra y tamaño de muestra.....	14
○ Criterios de inclusión, exclusión y eliminación.....	14
○ Método o Procedimiento para captar la información.....	15
○ Descripción (análisis estadístico) de los resultados.....	16
○ Resultados.....	16
○ Tablas (cuadros) y gráficas.....	17
Discusión (interpretación analítica) de los resultados encontrados	24
Conclusiones.....	26
Referencias bibliográficas	27
Anexos.....	29

INTRODUCCION

Los pacientes con esquizofrenia cuando no están en etapa aguda en nuestro medio ambiente se encuentran incorporados en su mayor parte al ámbito familiar, lo que implica repercusiones en la emoción expresada de los familiares, y principalmente en el cuidador primario e interferir en el funcionamiento psicosocial del paciente. Y si éste no es de acuerdo con las expectativas que los cuidadores tienen con respecto de los pacientes, se forma un círculo vicioso, que lejos de ayudarlos empeoran su situación dentro de la familia; y por consecuencia de la sociedad, dificultando aun más su capacidad de adaptación y su autonomía.

Por lo tanto es necesario la realización de diferentes programas que disminuyan el estrés crónico y favorezcan la información adecuada con el manejo de expectativas más reales que permitan su incorporación social; además se requiere del apoyo mismo de la sociedad para favorecer la independencia económica de los pacientes y disminuir la carga económica a las familias.

Al entender la limitaciones de la enfermedad con sus diferentes variantes las expectativas son más reales disminuyendo la expresión emocional y favoreciendo el desarrollo psicosocial del paciente; además se debe tratar en forma individualizada, tanto como grupal, para apoyo emocional y su incorporación paulatina a la sociedad a través de contactos sociales que son favorecidos en las clínicas que tienen manejo de hospital parcial de día.

Marco Teórico

En 1911 Eugen Bleuler publicó en el Tratado de Psiquiatría de Aschaffenburg su capítulo “*Dementia Praecox oder Gruppe der Schizophrenien*”, no sólo introdujo un neologismo que debería sustituir a la demencia precoz kraepeliniana, sino que puso el cimiento para elaborar el concepto psiquiátrico más importante del siglo XX,¹ la esquizofrenia.

A partir de entonces la esquizofrenia se ha convertido en un área de estudio; además, en la actualidad a nivel mundial, se estima que la prevalencia de Esquizofrenia es de 1% en la población mayor de 15 años, lo que representaría 45 millones de personas padeciendo este trastorno, aunque pueden existir algunas bolsas de prevalencia elevada o baja.² En nuestro país la prevalencia global de los trastornos mentales en el grupo de edad comprendido entre 18 y 64 años de edad es de alrededor de 25% y la prevalencia de Esquizofrenia es de 0.7%, lo que coincide con los reportes recientes de la Organización Mundial de la Salud (OMS), sobre este padecimiento en el mundo. Lo cual demuestra que en nuestro país hay medio millón de esquizofrénicos.³ En una encuesta nacional de frecuencia de trastornos psiquiátricos realizada en 1994 se observó que el 32% de los pacientes psiquiátricos estaban hospitalizados; los diagnósticos más frecuentes de internamiento fueron: Esquizofrenia en un 32%, ocupando el mismo porcentaje que el retraso mental; el 28% correspondían a psicosis orgánicas y el 7% a dependencia de ^{drogas} entre otras.⁴

Algunos autores están de acuerdo con que el concepto de la “Historia Natural de la Esquizofrenia” no puede ser rígido y terminante; debido a que en los trastornos mentales y en especial en la Esquizofrenia se contemplan todos los aspectos sociales y la integración del paciente a la comunidad, que es producto de diversas aportaciones desde que se inició el estudio de este trastorno. Ya Manfred Bleuler, aún antes de la introducción de los fármacos antipsicóticos, observó que si las condiciones sociales de los hospitales mejoraban, la evolución de los pacientes era favorable. Wing comenta que la discapacidad social del enfermo mental tiene tres componentes: a) deterioro primario; b) desventaja social y c) actitud adversa del individuo. La respuesta del entorno social es un componente fundamental en la evolución de la enfermedad, si el entorno social es favorable, es decir, si cuenta con la información necesaria y ofrece alternativas de provecho, resulta terapéutico y el curso de la enfermedad es, en términos generales, benigno; por el contrario si en el entorno hay características como la desinformación, el trato inadecuado o perjudicial, el estigma y la ausencia de alternativas, constituyen el marco para una mala evolución clínica, además de otras variables propias del paciente.⁵

Se considera que la familia es la unidad básica del desarrollo y de la experiencia, de la realización y del fracaso; también, fuente propiciadora de enfermedad y salud. La familia, cualquiera que sea su estructura y su forma, tiene la tarea de regular los vínculos a través de la combinación de factores biológicos, psicológicos, sociales y económicos; ésta realiza una serie de funciones para satisfacer las necesidades de sus integrantes, tanto biológicas como de subsistencia; es la formadora del desarrollo de identidad y funcionamiento social; transmisora de valores, reglas, normas y proporciona los modelos de identificación; sin embargo, la familia, como lo menciona Ackerman (1978), no es una identidad estática y tampoco es el pilar de la sociedad, si no que, más bien la sociedad es la que moldea el funcionamiento de la familia para lograr que sea más útil. La familia es un producto de la evolución, se adapta sutilmente tanto desde dentro como desde fuera, con una continuidad fundamental entre el individuo, la familia y la sociedad.⁶

En algunos países desarrollados sólo alrededor del 20% de los pacientes con Esquizofrenia tienen trabajo.⁵ Por lo tanto esto repercute en la carga económica y emocional de la familia. No debemos olvidar que los trastornos esquizofrénicos se caracterizan por un inicio en la adolescencia o en la edad adulta temprana con distorsiones fundamentales típicas de la percepción, del pensamiento y de las emociones, manifestándose clínicamente como síntomas negativos y positivos que al paso del tiempo generan deterioro cognitivo y alteran la capacidad de sus habilidades sociales llevándolo a ser dependiente.⁶

Es importante lograr la integración del paciente al entorno social como es el caso de Italia, que al dejar de admitir pacientes en los hospitales psiquiátricos desde 1978 marcan la pauta histórica de la

desinstitucionalización del paciente psiquiátrico incorporándolo a la sociedad. En Holanda cada vez aparecen con mayor frecuencia, los centros de tratamiento comunitario para pacientes esquizofrénicos, que están sustituyendo a los servicios de hospitalización; se ha encontrado que los pacientes mejoran notablemente después de salir del hospital, pero no en todas las áreas de funcionamiento, como son la ocupacional y la familiar, no se interesan en las noticias ni en los sucesos notables que ocurren en su comunidad y en su país, y esto los hace no cumplir como ciudadanos (Wiersman, Kluiter, Nienhuis y cols. 1991). En España, Vázquez y García (1989) estudiaron el deterioro conductual en los pacientes esquizofrénicos, y encontraron que el 59% tenía poca actividad, y no cumplía con los requerimientos de su familia, que el área social era la más afectada, pues la tercera parte de los pacientes tenían dificultades para establecer un contacto. ⁶

En México la aspiración a tener programas comunitarios de un país desarrollado esta alejado; sin embargo, una fortaleza que tenemos radica precisamente en la familia, que es la que proporciona la única forma de cuidado comunitario del paciente psicótico cuando éste es egresado de un hospital; entre el 79% y el 85% de los pacientes regresan a vivir con ella después de ser dados de alta (Ryan y cols., 1981; 1982; Valencia y cols, 1987; 1993). ⁷

Dados los antecedentes Brown, Birley, 1968, Vaughn y Leff 1976, realizan estudios que dividen en tres categorías el comportamiento de estrés de las familias en crisis que repercute en aumentar la vulnerabilidad a la recaída del paciente:

1. Conflictos y críticas entre los miembros de la familia en general y en particular hacia el paciente.
2. Involucración extrema con el paciente, sea con elementos negativos (sermones, rechazos, peleas y conflictos) o excesivamente positivos (preocupaciones, alientos y falsas expectativas).
3. Aislar y evitar la involucración con la red de amistades de cada miembro fuera del núcleo familiar, así como otros apoyos o gratificaciones potencialmente sociales. ⁶

Leff ha trabajado con familias de pacientes con esquizofrenia donde muestra que en hogares con familiares muy críticos habitualmente hay conflictos entre el paciente y los familiares o entre los padres, si ambos viven con el paciente, la sobreinvolucración es originada a veces desde la infancia como respuesta a los retrasos del desarrollo u otras anomalías, lo que lleva al paciente a dificultades para lograr una separación y pueda realizar actividades por si solo, no necesariamente el independizarse al grado de mudarse del hogar. ⁶

El tratar de definir el concepto de calidad de vida que tienen los pacientes con esquizofrenia, es una categoría muy compleja y multideterminada que intenta comprender lo que pasa en el interior de los individuos, al valorar o proyectar su vida, además de perseguir su emancipación y desarrollar individuos en aras de propiciarles una vida más plena, positiva y dentro de las cuales se contemplan diferentes variables: psicológica, psicosocial, física, sexual, y con indicadores de desempeño ocupacional e interacción social, entre otros ⁸. Tomando el indicador de funcionamiento psicosocial⁹, el cual se define como: los roles que desempeña el individuo en relación con otros individuos en el medio ambiente que se desenvuelve. (Valencia 1996,1997). Este desempeño de roles se lleva a cabo en diversas áreas del funcionamiento mencionado, como el área ocupacional, económica, sexual, de pareja y familiar⁷. Bellack y Mueser (1993) consideran que la Esquizofrenia es una enfermedad crónica que produce múltiples discapacidades, lo que afecta su adherencia a un tratamiento integral farmacológico con rehabilitación psicosocial, y disminuye así su calidad de vida. ⁷

En una búsqueda por entender los factores que intervienen en un individuo enfermo, se han tratado de desglosar aspectos familiares y su repercusión afectiva sobre aquél. Se sabe que la influencia otorgada va a determinar la evolución y pronóstico de la enfermedad; por lo que, se han realizado diversos instrumentos para valorar el impacto emocional de quien funciona como cuidador responsable del paciente, entre las cuales se encuentran: CFI (Entrevista Familiar de Camberwell), FMSS (Método de Entrevista grabada de 5 minutos hablados), ECI (Inventario de la Experiencia del Cuidador), FES (Escala del medio ambiente familiar), FACES III (Escala III de Evaluación de Adaptación y Cohesión familiar), AS (Estilo Afectivo).

Dentro de la anteriores George Brown reintroduce la medición de Emoción Expresada (EE) en la década de los 60's, este índice ha dado evidencia de la importancia de los factores sociales en la enfermedad mental severa y del apoyo para la vulnerabilidad al estrés en el modelo de Esquizofrenia. En 1985, tras 40 años de estudios, el mismo Brown y sus colegas intentan medir y saber cuál es, así como conocer si hay influencia en las recaídas de los pacientes con esquizofrenia¹⁰. Otros autores han sugerido que la EE se puede asociar más con estrés crónico, control social y la calidad de apoyo social que le brindan los familiares a sus pacientes enfermos.¹¹

En un análisis de varios estudios realizado por Bebbington y Kuipers en Londres (1994), la Emoción Expresada (EE) aparece como un fuerte predictor de recaídas tanto en localidades y culturas diferentes como en ambos sexos. La medicación y la atmósfera familiar sobre las recaídas son completamente independientes. Además confirmaron en el primer análisis que, aunque los niveles de EE variaron por localidad, la relación entre EE y recaídas no variaron. El segundo análisis confirmó que el contacto-recaída es realmente significativo en los grupos de elevada y baja EE, los hallazgos sugieren que mientras el elevado contacto con un familiar de elevada EE esta en detrimento de los resultados, tales contactos con un familiar de baja EE pueden actuar como factores de protección.¹²

Kuipers en Londres 1994, menciona que la EE ha sido usada en una enorme variedad de enfermedades, estas incluyen enfermedad mental o física, por ejemplo: depresión, trastorno bipolar, anorexia, depresión severa en mujeres, enfermedad coronaria, reactividad cardiovascular, diabetes mellitus, síndrome de colon irritable, obesidad y dolor por cáncer. En muchas de estas condiciones la elevada EE se asocia con bajos resultados o pronóstico pobre para el cumplimiento de tratamiento y la baja EE se asocia con recuperación, principalmente en niños con depresión.¹³

En una población escocesa en 1994 también se observa, en la investigación, que el rechazo y la sobreprotección se encuentran asociadas con más síntomas severos¹⁴

Situación similar con Ivanovic, Vuletic y colaboradores en Belgrado que investigaron la conexión entre recaídas de pacientes con esquizofrenia y la EE de la familia. Las recaídas resultaron 10 veces más frecuentes en parientes con alta EE; la subescala de crítica fue la más frecuente en familiares de pacientes con Esquizofrenia paranoide $p < 0.04$, mientras que la Sobreprotección no fue significativa con el grupo de esquizofrenia hebefrénica. Aunque la EE global no tuvo relación con el tipo de Esquizofrenia, sí la hubo tomando en cuenta las subescalas.¹⁵

En una revisión de artículos realizados en 1994 por Marí y Streiner en grupos de familiares de pacientes con esquizofrenia a los que se les realizaba intervenciones por parte del personal medico, se encontraron cambios significativos en la subescala de Sobreinvolucramiento afectivo de la EE, en comparación con aquellos que solo se enfocaban al paciente; e incluso, observaron mejor adherencia terapéutica y menor número de recaídas en estos pacientes, y concluyeron que las intervenciones familiares disminuyen la tensión de la atmósfera familiar y mejoran el funcionamiento del paciente.¹⁶

Coincide con Otsuka, Nakane y cols. (1994), quien observa un predominio de familiares con baja EE, pero en el grupo de alta EE encuentra que, la subescala de sobreprotección predomina sobre hostilidad y crítica; además con una mayor insatisfacción en la evaluación de adaptación social por parte del paciente que en el grupo de los pacientes con familiares de baja EE.¹⁷

Por tanto las conductas descriptivas y sintomáticas de los pacientes aumenta la probabilidad de que los miembros de la familia respondan con estrés y se comuniquen con elevada emoción expresada; lo que a su vez exacerba los síntomas de los pacientes conduciendo a un círculo vicioso; esta interacción puede verse afectada posteriormente por la actitud de los padres respecto de las causas de la conducta del paciente; esto es, que los resultados de la enfermedad estén bajo el control del paciente.¹⁸

En forma similar en Estados Unidos, Schreiber, Breier y colaboradores muestran que los padres presentan más sobreinvolucramiento hacia los hijos con esquizofrenia que hacia su hermano sano, al que demuestran más calidez.¹⁹

En tanto King y Dixon (1995) en Canadá, encuentran que la funcionalidad del paciente esta en relación con los niveles de EE por sus familiares y por el total de los síntomas donde observa que, constituyen significativamente a una adaptación social general; el alto funcionamiento fue asociado con pocos Comentarios Críticos, menos Calidez y más reforzamiento positivo ($p < 0.01$), y en el funcionamiento laboral está asociado con bajos niveles de adaptabilidad familiar, con reforzamiento positivo por ambos padres, pero con más Comentarios Críticos por parte de las madres $P < 0.05$; además resaltan la importancia de usar las variables dicotómicas de Comentarios Críticos y Sobreinvolucramiento en forma individual más que en su conjunto, predominado la elevada EE en el 61% y el sobreinvolucramiento fue la única variable asociada a una alta adaptación social, concluyendo en el estudio que a mayor adaptación familiar menor adaptación social ($p < 0.05$).^{10,20}

Al mismo tiempo Cañivé, Sanz-Fuentenebro y colaboradores (1995), en un estudio longitudinal donde utiliza la escala de medio ambiente familiar (FES), la percepción de los padres en las subescalas de cohesión familiar y conflictos predicen un aumento de síntomas negativos $p < 0.001$, en donde la subescala de conflictos está en relación con los comentarios críticos. En cuanto a la percepción de la madres en la subescala de control familiar (el control está en relación a que la vida familiar está regulada por los roles y actuación establecida), fue predictiva, aunque se tomó en cuenta además, el número de admisiones previas; en forma similar la percepción de los pacientes en las subescalas de control e independencia (autosuficiencia y capacidad de tomar sus propias decisiones) predicen recaídas $p < 0.05$.²¹

En un estudio que valora la identificación emocional facial y la escala de conducta social, donde se sugiere una relación total entre la competencia social y percepción emocional < 0.001 , y específicamente con la atención y el contacto visual $p < 0.02$, con involucramiento $p < 0.05$ y fluidez verbal con $p < 0.01$. Varias de estas categorías de la escala de conducta social están fuertemente relacionadas con la unión social, apariencia personal e higiene que indican un buen desarrollo.^{22,23}

De manera semejante en Noruega, se observa que el riesgo de elevados Comentarios Críticos (CC) fue más bajo cuando los pacientes estaban empleados y éste se incrementaba si previamente tenían empleo. La condición del familiar del paciente que comúnmente se encuentra empleado fue predictiva de no hostilidad. Después de internamientos se observa una correlación negativa con CC y aislamiento ($p < 0.01$).²⁴

Mientras que en Costa Rica, la muestra seleccionada presenta una elevada EE, incluso en cada una de las subcategorías como son los CC, Hostilidad (HO), y Sobreinvolucramiento Emocional y se relaciona con una mayor duración de la enfermedad que conlleva al deterioro mental y de interacciones familiar y social.²⁵

En nuestro país Rascón Gasca, Díaz Martínez y colaboradores (1995), mediante la aplicación de una cédula de evaluación de conducta del paciente encuentran un alto costo emocional por parte del familiar, seguido de un costo social y en menor proporción un costo económico.²⁶

En el manejo integral del paciente realizado en el Instituto Mexicano de Psiquiatría están el de mejorar el funcionamiento psicosocial y desempeño del paciente. En un estudio realizado por Valencia Collazos posterior al manejo se muestra una mejoría importante de las discapacidades, dando como resultado en la escala de funcionamiento psicosocial una media de 65.71.²⁷

También en España se valoró a los grupos de pacientes que no se encontraban en crisis y se halló una elevada EE en el 85% de los casos, con predominio de las madres, ya en los subgrupos; en cuanto a los padres, predominaron los comentarios críticos y menor proporción, la sobreprotección; en cuanto a las madres, predomina la sobreimplicación emocional y en menor escala los comentarios críticos y hostilidad.²⁸

En tanto que Martens y Addington (2001) aplican el inventario de experiencia del cuidador, el cual resalta la influencia de éste en el bienestar del individuo con esquizofrenia. La escala negativa del inventario es un fuerte predictor en el pobre bienestar psicológico y también se relaciona con la corta duración de la enfermedad ($p < 0.05$).²⁹

Concluimos que la EE es un factor predictivo de recaídas en enfermedades psiquiátricas e incrementa el alcance de las enfermedades médicas crónicas.³⁰

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Cuando se presenta una enfermedad mental crónica como la esquizofrenia en un miembro de la familia, puede desencadenar distintas reacciones emocionales en el familiar encargado del paciente, lo que puede repercutir en los diferentes roles que el paciente desarrolla en su sistema, y el grado de satisfacción de éste.

Por lo anterior nos preguntamos, ¿cuál es la EE en el cuidador responsable del paciente con esquizofrenia bajo manejos terapéuticos de hospital parcial de día, adscritos al Hospital Regional de Psiquiatría “Morelos”, en el periodo 1 de Julio al 31 de Diciembre de 2002?

¿Cuál es la relación entre la emotividad expresada del cuidador y el funcionamiento psicosocial del paciente con esquizofrenia?

OBJETIVO

Determinar si hay relación entre la expresividad emocional como hostilidad, crítica o sobreprotección del familiar con deterioro del funcionamiento psicosocial del paciente con esquizofrenia.

Objetivos específicos:

- Determinar el perfil sociodemográfico del cuidador y del paciente
- Determinar el funcionamiento psicosocial del paciente
- Determinar el nivel de expresión emocional del cuidador
- Buscar si hay relación entre la edad del cuidador y el nivel de EE del cuidador
- Buscar si hay relación entre el nivel de escolaridad y tipo de EE del cuidador
- Buscar si hay relación entre la ocupación del cuidador y el nivel de EE del cuidador
- Buscar si hay relación entre el parentesco y el nivel de EE del cuidador
- Buscar si hay relación entre la edad del paciente y su funcionamiento psicosocial
- Buscar si hay relación entre la evolución de la enfermedad y el funcionamiento psicosocial del paciente
- Buscar si hay relación entre el estado civil y el funcionamiento psicosocial del paciente

HIPÓTESIS

La presencia de una elevada emoción expresada del familiar se relaciona con una menor capacidad de funcionamiento psicosocial del paciente con esquizofrenia.

JUSTIFICACION

Cuando un miembro de la familia tiene esquizofrenia se afecta gravemente la dinámica familiar y las características clínicas de la enfermedad generan un gran número de situaciones negativas, como: dificultad en las relaciones familiares; aislamiento social que, interfiere con el funcionamiento laboral, escolar e incluso en el propio hogar; favoreciendo un incremento en el nivel de estrés que lo convierte en un factor adicional de angustia tanto para el paciente como para el familiar, aumenta la vulnerabilidad del primero y provoca diversas respuestas emocionales del segundo, lo que lleva a una pérdida de control de la vida familiar que impacta en los contactos sociales de la familia y altera aún más el funcionamiento del paciente.

Dichas situaciones deben ser objetivas con la finalidad de ver las variaciones del comportamiento de los familiares para poder trabajar en forma individual sobre las diferentes emociones expresadas, y ver el grado de afección en los roles que pudieran estar asociadas a la emoción que expresan los familiares, además de observar el desempeño de los pacientes y poder desarrollar en ellos habilidades en las áreas más afectadas para su mejor adaptación e incorporación social, y no nada más familiar.

La reacción emocional del familiar es valorada por el índice de expresión emocional, el cual, es un indicador del tono afectivo de los comentarios hechos por el familiar, que pueden ser de hostilidad, crítica o elevada sobreprotección e interfieren con la adaptabilidad del paciente a su entorno en general. Y los roles de desempeño del paciente son valorados a través de la escala de funcionamiento psicosocial.

La factibilidad para la realización del estudio es posible por el uso de instrumentos como la escala de funcionamiento psicosocial de Valencia²⁹ elaborada ex profeso para mexicanos y con correlación significativa ($p=0.01$) y una confiabilidad mediante el Alpha Cronbach superior a 0.75; comprende variables sociodemográficas, áreas de funcionamiento y grado de satisfacción del propio paciente, siendo fácil su comprensión tanto para el encuestador como para el entrevistado, lo que permite una menor influencia del entrevistador y la información obtenida; por tanto, más confiable. El cuestionario de emoción expresada (CEEE) de Guanilo y Senclén, es un instrumento validado por Rascón²⁶ para una población mexicana, donde obtuvo un Alpha Cronbach de 0.85, se trata de un cuestionario autoaplicable, y de fácil comprensión, realizado al familiar para conocer el índice de expresión emocional. Ambos instrumentos pueden ser usados en cualquier ámbito de la salud.

MATERIAL Y METODO

Se realiza un diseño observacional, transversal, descriptivo, en el que la muestra fue no probabilística y de tipo por conveniencia.

Descripción de las variables

Variables	Definición conceptual	Definición operacional		Tipos de variable	Escala de medición	Categoría
Escala Emoción expresada	Respuestas emocionales de la familia	Acorde a los resultados numéricos obtenidos en la escala:	65-120	Dependiente	Cualitativa	Nominal Alta Baja
		Alta				
		Baja	30-64			
Subescala de crítica	Comentarios o aseveraciones en los cuales, por la manera en que son expresados, constituyen comentarios desfavorable sobre la conducta o personalidad de la persona a quien se refiere	Alta	25-40	Dependiente	Cualitativa	Nominal
		Baja	10-24			
Subescala Hostilidad	Generalmente se presenta si existe crítica y se considera que se presenta cuando el paciente es atacado por lo que es y no por lo que hace.	Alta	25-40	Dependiente	Cualitativa	Nominal
		Baja	10-24			

Subescala Sobreinvolucramiento	Compuesto por aspectos de sobreprotección o consentimiento, autosacrificio y malestar emocional, similar al trato que normalmente se le da a un niño, con niveles inapropiados de preocupación por parte del familiar. El paciente es visto como menos competente y más vulnerable que antes.	Alta	25-40	Dependiente	Cualitativa	Nominal
		Baja	10-24		cualitativa	Nominal
Funcionamiento Psicosocial escala	Son los roles que desempeña el individuo en relación con otros individuos y en el medio ambiente que se desenvuelve	Bueno	0a 2	Dependiente	Cualitativa	Ordinal
		regular	2.1ª 3.9			
		Malo	4.0a 5.0			
Subescala de Funcionamiento en Área ocupacional	Desempeño laboral	Bueno	0a 2	dependiente	Cualitativa	Ordinal
		Regular	2.1 a3.9			
		Malo	4a5			
Subescala de Funcionamiento en Área social	Habilidades sociales necesarias para relacionarse en la comunidad	Bueno	0a 2	Dependiente	Cualitativa	Ordinal
		Regular	2.1a 3.9			
		Malo	4.0a5.0			

Subescala de Funcionamiento en Área económica	Ingresos necesarios para vivir independiente mente	Bueno	0a2.0	Dependien te	Cualitativa	Ordinal
		Regular	2.1 a 3.9			
		Malo	4.0a5.0			
Subescala de Funcionamiento en Área sexual	Necesidades o deseos sexuales satisfechos, así como establecimiento de relaciones interpersonales adecuadas	Bueno	0a2.0	Dependien te	Cualitativa	Ordinal
		Regular	2.1 a3.9			
		Malo	4.0a5.0			
Subescala de Funcionamiento en Área familiar	Funcionamient o dinámico satisfactorio dentro del sistema	Bueno	0a2.0	Dependien te	Cualitativa	Ordinal
		Regular	2.1 a3.9			
		Malo	4.0 a5.0			
Variables sociodemográficas paciente						
<i>Grupo de edad</i>			<i>Ordinal</i>			
<i>Sexo</i>			<i>Nominal</i>			
<i>Escolaridad</i>			<i>Ordinal</i>			
<i>Evolución enfermedad</i>			<i>Ordinal</i>			
<i>Diagnóstico</i>			<i>Nominal</i>			
<i>Estado civil</i>			<i>Nominal</i>			
<i>Ocupación</i>			<i>Nominal</i>			
Variables sociodemográficas del cuidador						
<i>Grupo de edad</i>			<i>Ordinal</i>			
<i>Parentesco</i>			<i>Nominal</i>			
<i>Escolaridad</i>			<i>Ordinal</i>			
<i>Estado civil</i>			<i>Nominal</i>			
<i>Ocupación</i>			<i>Nominal</i>			

Variables dependientes: emoción expresada y sus subgrupos, funcionamiento psicosocial y sus respectivas áreas.

Población de estudio.

El total final del binomio formado por los cuidadores principales y pacientes resulta en N=29, de los 32 que se entrevistaron, son procedentes del programa de hospital parcial de día (donde incluye actividades recreativas y de talleres, así como atención medica psiquiátrica y terapia grupal a los pacientes, con sesiones psicoeducativas a los cuidadores), un binomio acepto de la Clínica de Hospital de día y 28 binomios de la Clínica de esquizofrenia, todos ellos derechohabientes del Hospital Regional de Psiquiatría “ Morelos”. Los tres binomios faltantes dos pacientes no quisieron participar y en el otro binomio no quiso participar el familiar, por lo que la muestra final quedo en 29 binomios.

Criterios de Inclusión del familiar

1. Familiares que tengan pacientes con diagnóstico de esquizofrenia incluidos en Hospital parcial
2. Mayores de 18 años que convivan con el paciente no es necesario que sepan leer y escribir

3. Firmar el consentimiento informado

Criterios de exclusión

1. Familiares que presenten un trastorno mental grave.

Criterios de inclusión para los pacientes

1. Tengan diagnóstico de esquizofrenia, de acuerdo al DSM-IV
2. Participen en los programas de Hospital de día
3. Firmar el consentimiento informado

Criterios de exclusión para los pacientes

1. Se encuentren en fase aguda de la enfermedad

Se eligieron los siguientes instrumentos:

- a. Para evaluar el funcionamiento psicosocial del paciente, se utilizó la escala de funcionamiento psicosocial, la cual fue diseñada en la División de Investigaciones Epidemiológicas y Sociales del Instituto Nacional de Psiquiatría por el Dr. Marcelo Valencia, la cual obtuvo una confiabilidad de Alfa de Crombach superior a 0.75 en cada área estudiada. La escala esta compuesta por los siguientes aspectos: Una informativa que incluye datos sociodemográficos, condiciones de vivienda y composición familiar, y una sección de evaluación que permite evaluar el funcionamiento del paciente en 5 áreas: 1. Ocupacional; 2. Social; 3. Económica; 4. Sexual-pareja y 5. Familiar. Comprendiendo 64 reactivos, 7 en cada área y con un sistema de calificación tipo Lickert que incluye 5 niveles de funcionamiento: 1. Muy satisfecho; 2. Satisfecho; 3. Neutral-Indiferente; 4. Insatisfecho y 5. Muy insatisfecho. El método de calificación es tomando en cuenta la \bar{X} media obtenida global y clasificándolas en tres categorías de funcionamiento bueno con una \bar{X} de 0-2; regular con una \bar{X} de 2.1-3.9; y malo con una \bar{X} de 4-5. Para aplicar la escala, se adiestra previamente al entrevistador por el Dr. Valencia
- b. La escala de Emoción Expresada elaborada por Guanilo y Seclen (1993), y obteniendo una confiabilidad en México de alpha de Cronbach de 0.85 (Rascón ML, 1997), dicha escala esta conformada por 30 reactivos que miden crítica, sobreprotección y hostilidad, en una escala que va desde nunca (1 punto) hasta siempre (puntaje de 4), dividiendo en forma global la EE en dos niveles alta (>65) y baja(<65) y cada una de las subescalas categorizadas en alta (>de 25) y baja (<de 25). El instrumento fue facilitado por la Dra. María Luisa Rascón, quien capacita al entrevistador para su aplicación y calificación.

Procedimiento

Se seleccionaron a los pacientes que cumplían los requisitos para el estudio con sus respectivos familiares, en el período de Julio a Diciembre del 2002 en una sola ocasión, aquellos pacientes que aceptan se citan en forma individual para atender las dudas que pudieran presentar algunos de ellos y solo a un paciente (con esquizofrenia hebebrénica) se le permite a un familiar que ayude en sus contestaciones, en cuanto a los familiares se cita uno por vez (para evitar confusiones o

contestaciones grupales que sesgaran la información) para la realización de la escala, el tiempo de realización para la escala de emoción expresada a los familiares es de 30 minutos y en cuanto a la escala de funcionamiento psicosocial contestada por los pacientes el tiempo de realización en promedio es de 45 minutos. Todos los participantes dieron su consentimiento informado.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO. Para el análisis estadístico se introdujeron los datos al sistema de SPSS10.0 Windows, se utiliza la estadística descriptiva (frecuencia, media) para observar el promedio de las variables dependientes resultantes y para observar el funcionamiento psicosocial; en cuanto a la correlación de Pearson se utiliza para analizar la relación entre las dos variables, la de EE con el funcionamiento psicosocial y sus respectivos subgrupos.

RESULTADOS

De nuestro estudio el total de la muestra obtenida resultó ser de 29 pacientes con sus respectivos cuidadores, se tienen algunas variables sociodemográficas; en el análisis descriptivo, 29 pacientes con edad mínima de 19, máxima de 54 años, con una \bar{X} de 32.79 y una desviación estándar ± 9.7 . La edad de inicio de la enfermedad, la mínima es de 13 años y la máxima de 22 años con la \bar{X} de 17.45 ± 1.8 . La evolución en años de la enfermedad, la edad mínima es de 2 años y máxima de 48 años con una \bar{X} de 15.52 ± 10.11 . Las variables sociodemográficas predominantes de los cuidadores; en cuanto a parentesco más frecuente resulta ser la madre, con la ocupación de ama de casa, estado civil casado y con escolaridad de primaria completa. Tabla 1 a y 1 b.

En la escala de funcionamiento psicosocial de Valencia se obtienen las siguientes medias: funcionamiento psicosocial global $\bar{X} = 1.40$ desviación estándar .656; funcionamiento ocupacional $\bar{X} = 2.44$ desviación estándar .607; funcionamiento social $\bar{X} = 3.25$ desviación estándar .809; funcionamiento económico $\bar{X} = 3.25$ desviación estándar .809; funcionamiento sexual $\bar{X} = 2.97$ desviación estándar .753; funcionamiento familiar $\bar{X} = 2.76$ desviación estándar .746.

En la escala de Emoción Expresada se obtiene el 52% de Alta EE global y el 48% de Baja EE global; en las subescalas predomina la baja expresividad en todas ellas, en crítica elevada resulta el 34% y en baja crítica el 66%; la sobreprotección elevada en 45%, y el 55% de baja sobreprotección; en el subgrupo de elevada hostilidad se observa el 12% mientras que en el de baja hostilidad resulta el 88%.

En cuanto a la prueba de Pearson se obtiene una elevada EE global que esta en relación con un elevado deterioro en los funcionamientos social del paciente ($p=.037$) fig.6, económico ($p=.037$) fig.7 y familiar fig. 8 ($p=.018$) siendo ésta última la más significativa como lo muestra la fig.8; en cuanto a la subescalas aunque predominan los subgrupos de baja expresividad se observa que la crítica elevada se relaciona a un aumento en el deterioro del funcionamiento familiar con una significancia de $p=.037$ (fig.9); y la subescala de sobreprotección elevada del familiar con deterioro en el funcionamiento ocupacional del paciente $p=.016$ tal como se muestra en la (fig.10).

En la estadística analítica se buscaron asociación entre las variables sociodemográficas del paciente y su funcionamiento psicosocial y las 5 áreas que lo integran. No hubo asociación entre diagnóstico, sexo, número de fármacos, evolución años, grupo de edad, estado civil y ocupación y funcionamiento psicosocial, si hubo entre la escolaridad y funcionamiento psicosocial en las áreas social, económico y familiar, a menor escolaridad, baja el funcionamiento en dichas áreas, al igual que entre presencia de abuso de sustancias y deterioro en el funcionamiento social y entre abuso de sustancias y la baja función sexual.

No hay asociaciones entre variables sociodemográficas de los familiares cuidadores y la Emoción Expresada

Tabla 1.a. Características sociodemográficas de los pacientes

		Frecuencia	Porcentaje
Sexo	Masculino	26	89.7
	Femenino	3	10.3
Estado civil	Soltero	28	96.6
	Casado	1	3.4
Ocupación	Trabaja	6	20.7
	Estudia	6	20.7
	No trabaja	2	6.9
	Otro	15	51.7
Escolaridad	Secundaria incompleta	3	10.3
	Secundaria completa	10	34.5
	Estudios comerciales o Técnicos incumplidos.	3	10.3
	Preparatoria o normal	11	37.9
	Profesional	1	3.4
	Otros	1	3.4

Tabla 1.b. características sociodemográficas de los familiares.

		Frecuencia	Porcentaje
Parentesco	Madre	15	51.7
	Padre	8	27.5
	Hermana	3	10.3
	Hermano	1	3.4
	Cónyuge	1	3.4
	Hijos	0	0
	Otros	1	3.4
Ocupación	Ama de casa	13	44.8
	Estudiante	0	0
	Jubilado	7	24.1
	Obrero	1	3.4
	Empleado de oficina	4	13.8
	Comerciante	1	3.4
	Ejecutivo o gerente	0	0
	Profesionista independiente	1	3.4
Otros	2	6.9	
Estado civil	Soltero,a	3	10.3
	Casado,a	21	72.4
	Viudez	2	6.9
	Separado,a	2	6.9
	Divorciado,a	1	3.4
Escolaridad	Ninguna	0	0
	Primaria incompleta	4	13.8
	Primaria completa	8	27.5
	Secundaria incompleta	4	3.4
	Secundaria completa	3	10.3
	Preparatoria o carrera técnica incompleta	5	17.2
	Preparatória o carrera técnica completa	5	17.2
	Profesional incompleta	0	0
	Profesional completa	2	6.9
	Otros	0	0
Edad rangos	18-24	0	0
	25-34	0	0
	35-44	7	24.1
	45 a + de 60	22	75.9

Fig.2

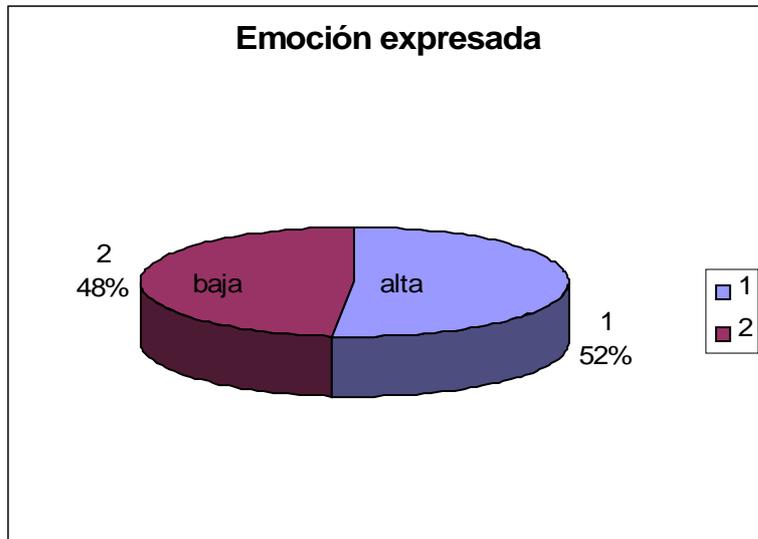


Fig. 3 subescala de crítica del familiar

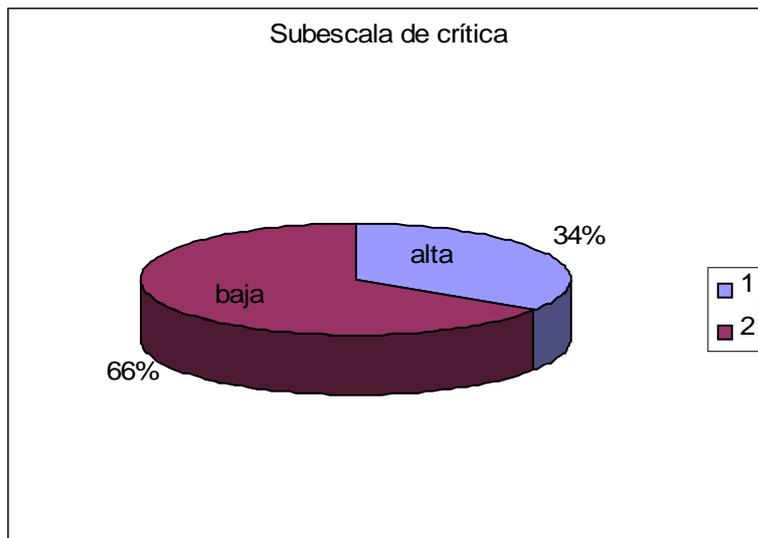


Fig. 4 subescala de sobreprotección del familiar

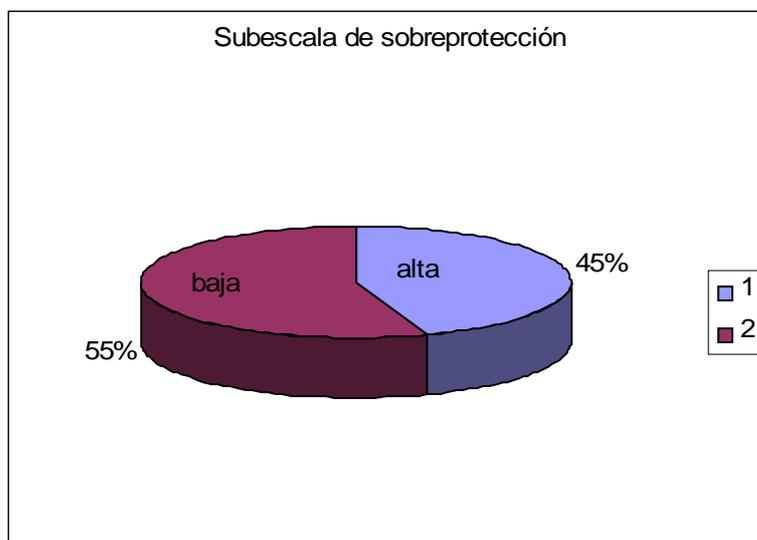


Fig.5 subescala de hostilidad del familiar

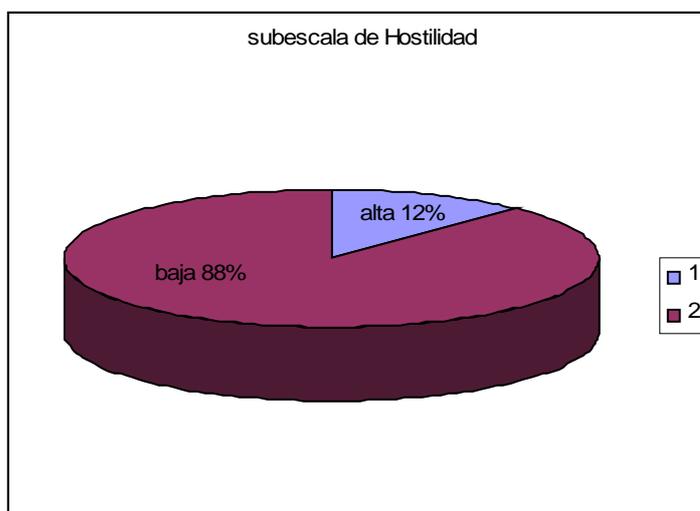


Fig. 6

fig.6 Emoción expresada del familiar y Funcionamiento social del paciente

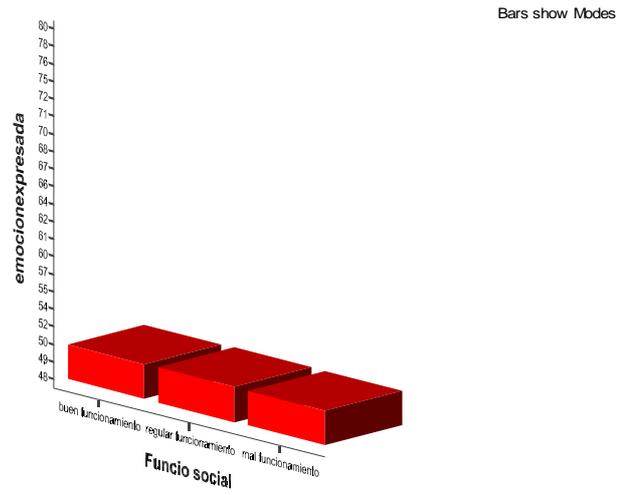


Fig.7

fig.7 Emoción expresada del familiar y Funcionamiento económico del paciente

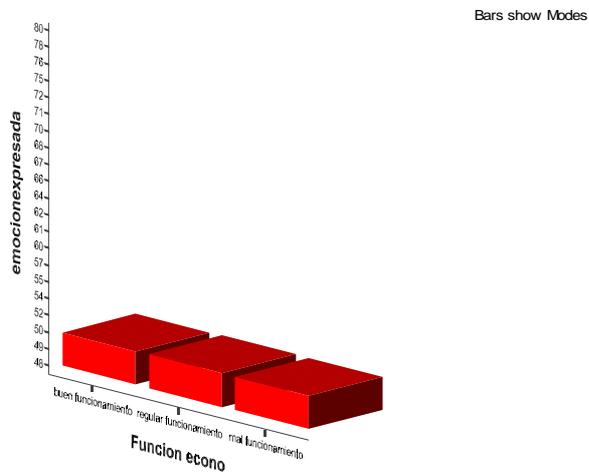


fig.8 Emoción expresada del familiar y Funcionamiento familiar del paciente

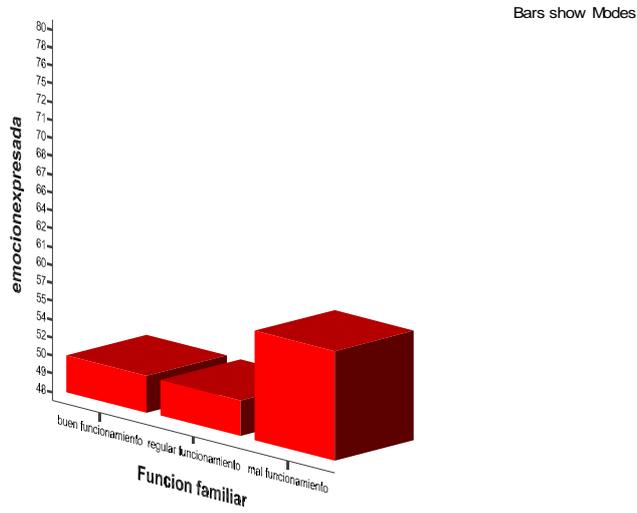


fig.9 Crítica del familiar y Funcionamiento familiar del paciente

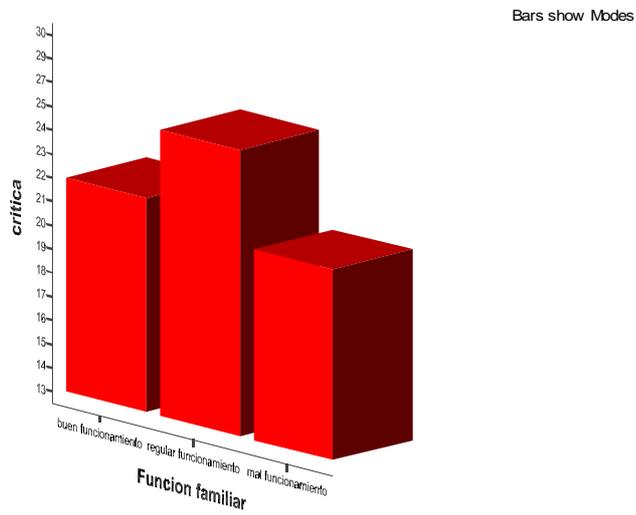
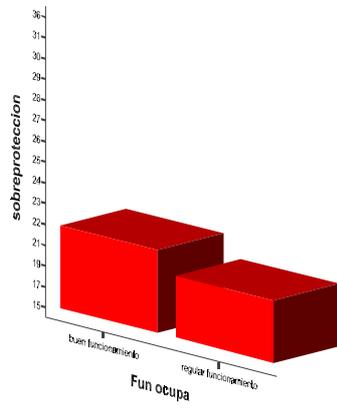


fig.10 Sobreproteccion del familiar y Funcionamiento ocupacional del paciente



DISCUSION.

Los diversos estudios intentan asociar variables diferentes con el índice de EE, en nuestro estudio se aplican dos escalas en español que demuestran su utilidad y su asociación tomando en cuenta el funcionamiento psicosocial del paciente independientemente de su trastorno mental, así como el tipo de entorno familiar y cómo permite o no su posible integración social, aunque nuestro medio aún no esté preparado para incorporar a pacientes con esquizofrenia al ámbito laboral formal que les permita ser autosuficientes y disminuir así la carga económica y emocional a la familia.

De acuerdo al estudio de Valencia Collazos (2001) en donde posteriormente a una intervención psicosocial, las medias obtenidas son similares a nuestro estudio, como lo demuestran los resultados de dichos estudios de manejo comunitario publicados en su libro.⁷

Suzanne King y John Dixon (1996) refieren que la adaptación laboral está más asociada a comentarios críticos por parte de las madres, aunque con bajos niveles de adaptación familiar, lo que en nuestro estudio resulta en una elevada EE con alteración en el funcionamiento familiar y la sobreprotección afecta también el funcionamiento ocupacional del paciente.^{10,20}

Cañivé, Sanz-Fuentenebro y colaboradores (1995) menciona los roles y la autonomía que está implicada en el ambiente familiar, así como los comentarios críticos y su asociación con el aumento de los síntomas negativos o recaídas del paciente repercutiendo en todo el sistema familiar, en nuestro estudio se observó una asociación entre la EE global por el familiar y el funcionamiento del paciente $p=0.017$ ²¹

Lo importante del estudio de Ivanovic, Vuletic y colaboradores (1994) es que menciona a la EE como una característica emergente que se desarrolla como resultado de la interacción entre varios aspectos del cuidador, del paciente y las circunstancias y la semejanza de la enfermedad, predomina en este estudio una baja EE a diferencia de nuestro estudio, situación que también resalta Schreiber en donde también predomina el sobreinvolucramiento.¹⁵

Bentsen, Notland y colaboradores (1998) observa en su estudio que hay relación de altos niveles de crítica con la falta de empleo entre otras variables. A diferencia de nuestro estudio en donde la crítica está más en relación con el deterioro de la función familiar del paciente y la sobreprotección con el deterioro en el funcionamiento ocupacional.²⁴

En el estudio de Espina, Begoña y colaboradores (1999), se encontró un predominio de alta EE, pero sólo las madres presentaron sobreinvolucramiento emocional, similar a este estudio.²⁴

Aunque Martens y Addington (2001) también resaltan la influencia del cuidador en el bienestar del individuo con esquizofrenia, la escala negativa del cuidador fue significativa para un pobre bienestar psicológico; pero no así con la escala positiva que no se pudo asociar con un mejor funcionamiento global del paciente y su grado de satisfacción en sus diferentes roles social, económico, familiar.²⁹

Liz Kuipers (1994) resalta como el indicador de EE puede ser usado en diferentes enfermedades tras un análisis de varios estudios y como una EE alta se asocia con bajos resultados o pronóstico pobre para el cumplimiento del tratamiento, así como su asociación con un pobre funcionamiento social y que a pesar del hecho que conocen acerca de la enfermedad no difieren entre la alta y baja EE, esto quizá este en relación a nuestro estudio en donde a pesar de tener un mínimo de 6 meses de manejo psicoeducativo se observa un predominio de una alta EE en 52 % de los familiares y como repercute en su funcionamiento familiar y ocupacional.¹³

Sánchez Oller (2001) en su estudio demostró una elevada EE en 67% de los casos predominando los comentarios críticos a diferencia de nuestro estudio que predominó la sobreprotección, aunque el cuidador más frecuente fue la madre quien puntuó más alto; en relación a esto, nosotros decidimos tomar

en cuenta sólo al cuidador más estrechamente relacionado con el paciente que resultó ser, en su mayoría, la madre.²⁵

Nuestro estudio resulta similar al estudio realizado por Rascón Gazca y Díaz Martínez (1997) donde encuentra una elevada EE y también predomina la subescala de sobreprotección y el cuidador más frecuente, la madre, quien resulta sólo ser ama de casa.²⁶

Otsuka y Nakane y colaboradores (1994) encontraron un predominio de baja EE y en forma similar se observa que en el grupo de alta EE la subescala predominante fue la de sobreprotección y el cuidador más frecuente, la madre; en cuanto a la relación más frecuente es con el grupo de alta EE y aquellos pacientes que no tienen una adaptación social adecuada (que se encuentran desempleados).¹⁷

McCreadie Williamson (1994) y colaboradores encuentran tan sólo que la sobreprotección se encuentra asociada a una sintomatología más severa.¹⁴

Marí y Streiner (1994) concluyen que después de una intervención a los familiares con sobreinvolucramiento notan una disminución de la tensión familiar y, por tanto, mejora el funcionamiento del paciente. aun cuando en nuestro estudio predomina una EE a pesar de manejo psicoeducativo, el funcionamiento psicosocial del paciente revela resultados similares a los de Valencia después de dicha intervención psicoeducativa; sin embargo, quizá también influye como se menciona al inicio de esta sección que los pacientes no se integran a un ámbito laboral formal y, por tanto, no obtienen un mejor resultado en cuanto a su satisfacción, situación que nos debe hacer pensar en cómo integrarlos a la sociedad plenamente si no pueden ser independientes económicamente entre otras cosas.¹⁶

CONCLUSIONES

De la muestra obtenida, la mayoría de los pacientes fue de sexo masculino quienes muestran una sintomatología más severa y refractaria a tratamiento, por tanto es valioso determinar nuestra variable para poder ofrecer un punto de apoyo estratégico en el tratamiento psicosocial.

Definitivamente el rol que desempeñan las madres es muy importante, ya que de nuestra muestra, el principal cuidador es la madre; y en la escala de sobreprotección logran manifestar estadísticamente su participación, tratando de inferir nosotros que, dicho parentesco repercute de forma importante en la actuación económica, ya que la escala de funcionamiento económico está baja en cuanto a sus ingresos per cápita. Es importante establecer que el tiempo de convivencia es mayor y fomenta un patrón de dependencia lo que favorece su deterioro tan sólo por la presencia de la conducta materna de querer auxiliarlo, atenderlo y protegerlo e impacta emocionalmente en su área afectiva, generando un vínculo de emociones actuadas y de poca reintegración a un buen funcionamiento económico social.

En contraparte el grupo de pacientes que tenían madres con una escala baja de sobreprotección compartieron rangos de mayor funcionalidad económica en 15 de nuestros pacientes, 7 con buena funcionalidad y 8 con regular funcionalidad; esto abre la posibilidad de establecer programas de psicoeducación mayores a 6 meses para tratar de modular las expresiones actuadas en las subescalas de sobreprotección; y que resultaron, en su mayoría, ser las mamás. Es de esperarse que la mayor parte de nuestra muestra sean solteros por la evolución natural de la enfermedad, esto se documenta con las escalas de funcionamiento psicosocial en las subescalas social y familiar, quedando en un rango regular.

El nivel de escolaridad de nuestra muestra es de 10 pacientes con la secundaria completa y 11 pacientes con preparatoria completa, 3 con estudios comerciales y un profesional; dando un total de 25 pacientes. Mínimo la mitad de ellos tenían la secundaria completa, esto altera más sus habilidades y los hace más susceptibles a la crítica. Debemos tomar en cuenta que el paciente esquizofrénico es más susceptible; pero en especial los pacientes de nuestra muestra. La crítica que tenía más peso era la del cuidador con la que había más liga emocional.

Los pacientes que tienen una convivencia con índices de menor crítica manifiestan un nivel de funcionalidad económico predominantemente regular, esto lleva a la conclusión de que en ambientes en donde la educación se basa en la crítica, ésta impacta en las actuaciones y en las competencias para el desempeño laboral, probablemente ocasionado por un pobre concepto del valor de su trabajo o del valor de su actuación, ya sea lúdica o laboral; como se observó en el grupo de alta crítica que presenta una baja funcionalidad económica.

Las emociones actuadas en el rubro de la subescala de hostilidad sólo se mostró positiva en el 21% de la muestra, y se esperaba que la hostilidad influyera en las escalas de funcionamiento psicosocial o en las subescalas de funcionamiento económico; sin embargo, en esta investigación no fue significativa. Es importante concluir que a mayor presencia de sobreprotección menor escala de hostilidad demostrado por la contraposición de las preguntas de la escala (ver anexos la escala de Emoción expresada).

En relación a la sobreprotección, las preguntas que contestaron en forma más frecuente son: mayor sobreprotección 4, 8, 10 y 11. ¿Siento desesperación frente a él por las cosas que éste hace?, ¿cuando mi familiar intenta hacer algo en casa, yo se lo hago?, ¿tengo que hacer todo por mi familiar enfermo porque no sabe lo que hace? Respectivamente; lo que lleva a pensar cómo manejar la desesperación de los familiares y cómo manejar su anticipación a lo que el paciente es capaz de hacer sin siquiera intentarlo. Muy probablemente exista un pequeño grupo donde no sólo se requiera de maniobras psicoeducativas sino del manejo psicoterapéutico de los propios rasgos de personalidad de los familiares o incluso de ser portadores de trastornos mentales que requieran un manejo individual; situación que no fue investigada en este estudio, pero que quizá sea importante valorar en estudios posteriores.

Referencias

1. Garnica R. *Historia del concepto*. In Psicofarma, Editores. Esquizofrenia diagnóstico y tratamiento en la práctica médica. 1ª ed. México; 1995. pp 21-33
2. Asociación Psiquiátrica Mexicana (2001). *Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos*. (1ª ed) [folleto]. Stewart R, Collins J, Keller T, Clifford M, Rapaport M, Rosenthal S, et al: autores.pp9-12
3. Secretaría de Salud (2001). *Programa de acción: Salud Mental*.(1ª ed)[folleto]. Frenk J: Autor.pp 43-47
4. De la Fuente, R. Medina, M. Caraveo, J. (1997). *Salud mental en México*. México: Instituto Mexicano de Psiquiatría, Fondo de cultura económico, pp. 112-131
5. Asociación Psiquiátrica Mexicana (1997). *Programa de actualización continúa en Esquizofrenia*. Esquizofrenia (1ª ed) [folleto]. Benassini O: Autor. pp 66-69
6. Anderson, C. Reiss, D. Hogarty, G. (2001). *Esquizofrenia y familia*. Buenos Aires: Amorrortu.51-56, 158-166.
7. Ortega, H. Valencia, M. (2001). *Esquizofrenia estado actual y perspectiva* (2001). México: Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de La Fuente Muñiz, pp. 301-342, 559-585
8. Katschnig H. Schizophrenia and quality of life. (2000). Acta Psychiatr Scand, 102 (Suppl. 407):33-37.
9. Valencia M, Rojas E, González C, Ramos L, Villatoro J. (1989). Evaluación del Funcionamiento Social en Paciente de un Centro de Salud. Salud Pública Mex, 31:674-87
10. King S, Dixon MJ. (1995). Expressed emotion, family dynamics and symptom severity in a predictive model of social adjustment for schizophrenic young adults. Schizophrenic Research ,14:121-33
11. Rascón ML, Rascón D, Díaz R, Valencia M. (1998). Relación entre la Emoción Expresada y la Opinión Afectiva de Familiares y Pacientes Esquizofrénicos. Psicología Iberoamericana, 6(4): 56-6
12. Bebbington P, Kuipers L (1994). The clinical utility of expressed emotion in schizophrenia. Acta Psychiatr Scand 89(suppl 382):46-53
13. Kuipers L (1994). The measurement of expressed emotion: its influence on research and clinical practice. International Review of Psychiatry 6:187-99
14. McCreadie G, Williamson D, Athawes R, et al. (1994). The Nithsdale Schizophrenia Surveys. XIII. Parental Rearing Patterns, Current Symptomatology and Relatives Expressed Emotion. Br J Psychiatry 165:347-52.
15. Ivanovic M, Vuletic Z, Bebbington P. (1994). Expressed emotion in the families of patients with schizophrenia and its influence on the course of illness. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 29: 61-5
16. Marí JJ, Streiner D. (1994). An overview of family interventions and relapse on schizophrenia: meta-analysis of research findings. Psychological Medicine, 24:565-578

17. Otsuka T, Nakane Y, Ohta Y. (1994) Symptoms and social adjustment of schizophrenic patients as evaluated by family members. *Acta Psychiatr Scand*, 89:111-116
18. Biagini M. (1994). Estructura y dinámica familiar y su relación con el paciente esquizofrénico: antecedentes y tendencias actuales. *Salud Mental* 17(4):2-17
19. Schreiber J, Breier A, Picar D. (1995). Expressed Emotion Train or State?. *British Journal of Psychiatry*,166:647-9
20. King S, Dixon MJ. (1996). The Influence of Expressed Emotion, Family Dynamics, and Symptom Type on the Social Adjustment of Schizophrenic Young Adults. *Arch Gen Psychiatry*.53:1098-1104.
21. Cañivé JM, Sanz-Fuentenebro J, Vázquez C, et al. (1995). Family environment predictors of outcome in schizophrenic patients in Spain: a nine month follow-up study. *Acta Psychiatr Scand* 92:371-77
22. Mueser K, Donan R, Penn DL, et al. (1996). Emotion Recognition and Social Competence in Chronic Schizophrenia. *J Abnorm Psychol* 105(2):271-5.
23. Zavala A, Iraurgi I. (2002).Entrenamiento en Habilidades Sociales en el Tratamiento de la Esquizofrenia. *Goze* 3(8):29-41
24. Bentsen H, Notland TH, Boye B, et al. (1998). Criticism and hostility un relatives of patients with schizophrenia or related psychoses: demographic and clinical predictors. *Acta Psychiatr Scand* 97:76-85.
25. Sánchez A. La emoción expresada en una muestra costarricense de pacientes esquizofrénicos. [Tesis]. Barcelona: Barcelona Univ, 2001. pp143-151
26. Rascón ML, Díaz RL, López JL, Reyes C.(1997). La necesidad de dar atención a los familiares responsables del cuidado de pacientes esquizofrénicos. *Salud Mental* V 20 Suppl pp55-64.
27. Díaz RL, Murow E, Ortega H, Valencia M, Rascón ML, Ramírez I. (1996). El manejo integral del paciente esquizofrénico. Un modelo del Instituto Mexicano de Psiquiatría. *Salud Mental* v 19, pp1-7.
28. Espina A, Pumar B, Santos A, et al. (1999). Correlación entre la emoción expresada por padres de esquizofrénicos y su percepción por los hijos. *Rev Asoc Esp Neuropsiq* 19(71):pp393-406
29. Martens L, Addington J. (2001). The psychological well-being of family members of individuals with schizophrenia. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*,36:128-33.
30. Koenigsberg H. (1994). Expressed emotion and adjustment to chronic illness. *Clinical psychology and behavioral medicine* 7:490-3

ANEXO

ESCALAS

**Consentimiento informado
Cédula de datos para el familiar**



Calz. México-Xochimilco 101,
Col. San Lorenzo Huipulco,
Del. Tlalpan, C.P. 14370, México D.F.

INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRIA
RAMON DE LA FUENTE MUÑIZ

Tel. 66 66 28 11, Fax 66 66 04 11,
<http://www.impcdsm.edu.mx>

25 de octubre de 2002

Dr. Guillermo León González
Director del Hospital Regional de Psiquiatría "Morelos"
Instituto Mexicano del Seguro Social
Departamento de Educación Médica e Investigación en Salud
Presente

Tengo el agrado de informarle que la solicitud para utilizar La Escala de Funcionamiento Psicosocial, de Valencia y cols (1989), ha sido autorizada para la realización de la tesis "Influencia de la emoción expresada del familiar en el funcionamiento psicosocial del paciente con esquizofrenia", la cual estará a cargo de la Dra. Rosa Icela Montelongo Soto, para obtener el grado de especialidad en Psiquiatría en la UNAM.

De igual manera, considero conveniente manifestarle la más amplia disposición para seguir colaborando, y sin otro motivo aprovecho la oportunidad para enviarle un cordial saludo.

Atentamente

Dr. Marcelo Valencia Collazos
Jefe del Programa
de Capacitación en Investigación

ESCALA DE FUNCIONAMIENTO PSICOSOCIAL
(EFPS)

Dr. Marcelo Valencia

- 1) N° de proyecto
2) No. de paciente
3) N° de tarjeta 5
4) N° de expedien
1 2 3 4
6 7 8 9 10 11

Paciente: _____
Nombre (s) Apellidos

Domicilio: _____
Teléfono _____

- 5) Sexo 12
1. Masculino
2. Femenino
6) Edad
13 14
7) Lugar de residencia 15
1. México, D.F. y zona metropolitana
2. Provincia/otro
8) Estado civil: 16
1. Soltero
2. Casado
3. Viudo
4. Separado
5. Divorciado
6. Unión libre
7. Madre soltera
9) Ocupación: 17
1. Trabaja
2. Trabaja y estudia
3. Ama de casa
4. Estudia
5. No trabaja
6. Otro
10) Escolaridad: 18
1. Sin educación formal
2. Primaria incompleta
3. Primaria completa
4. Secundaria incompleta
5. Secundaria completa
6. Estudios comerciales o técnicos (auxiliar administrativo, secretaria, etc.)
7. Preparatoria o Normal
8. Carrera universitaria
9. Otro

Motivo de consulta _____

Entrevistador: _____

Fecha de la Entrevista: _____
Día Mes Año

Le voy a hacer algunas preguntas en relación a ciertos aspectos de su vida diaria, con el propósito de darnos cuenta en una forma más completa de lo que usted siente y necesita.

CONDICIONES DE VIVIENDA

11. Vive usted en:

- 1. Casa 19
- 2. Departamento
- 3. Cuarto (s)
- 4. Otros (especifique) _____

12. ¿Paga usted renta?

- 1. Si 20
- 2. No
- 3. Otro (especifique) _____

13. ¿Cuántos cuartos tiene su hogar (casa, departamento, etc.) (incluye recámaras, cocina, baño, etc.)

21 22

14. ¿Tiene usted?:

	Si	No	Compartido
Baño	<input type="checkbox"/> 23	<input type="checkbox"/> 24	<input type="checkbox"/> 25
Cocina	<input type="checkbox"/> 26	<input type="checkbox"/> 27	<input type="checkbox"/> 28
Agua	<input type="checkbox"/> 29	<input type="checkbox"/> 30	<input type="checkbox"/> 31
Luz	<input type="checkbox"/> 32	<input type="checkbox"/> 33	<input type="checkbox"/> 34
Gas	<input type="checkbox"/> 35	<input type="checkbox"/> 36	<input type="checkbox"/> 37

- 1. Si
- 2. No
- 3. Compartido
- 9. No aplicable

15. ¿Actualmente cuánta gente vive en su hogar?

38 39

¿Cuántos niños?

40 41

¿Cuántos adultos?

42 43

16. Nivel de satisfacción de la vivienda:

¿Cómo se siente hacia su vivienda en general?

1. Muy satisfecho

44

2. Satisfecho

3. Neutral, indiferente

4. Insatisfecho

5. Muy insatisfecho

9. No aplicable

17. En relación a la colonia donde vive usted vive actualmente

¿Se siente usted seguro en su colonia? ejemplo: seguridad física, miedo a ser asaltado

1. Muy seguro

45

2. Seguro

3. Neutral, indiferente

4. Inseguro

5. Muy inseguro

9. No aplicable

18. Uso de servicio y condiciones de la colonia.

Se refiere a medios de transportación, escuelas, servicios médicos, protección policial, agua, luz, etc.

Si su colonia le proporciona o no le proporciona estos servicios, ¿cómo se siente en relación a las condiciones de la colonia?

1. Muy satisfecho

46

2. Satisfecho

3. Neutral, indiferente

4. Insatisfecho

5. Muy insatisfecho

9. No aplicable

19. Si tuviera oportunidad de cambiarse de colonia ¿lo haría?

1. Si

47

2. No

3. Neutral, indiferente

4. Inseguro de poder hacerlo

5. Imposible de poder hacerlo

20. Nivel de satisfacción hacia la colonia.

¿Cómo se siente hacia su colonia en general?

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

48

21. Composición familiar:

¿Qué familiares tiene y quiénes viven con usted?

	Tiene:	Vive con usted
Padre	<input type="checkbox"/> 49	<input type="checkbox"/> 50
Madre	<input type="checkbox"/> 51	<input type="checkbox"/> 52
Esposo	<input type="checkbox"/> 53	<input type="checkbox"/> 54
Esposa	<input type="checkbox"/> 55	<input type="checkbox"/> 56
Hermanos	<input type="checkbox"/> 57	<input type="checkbox"/> 58
Hijos	<input type="checkbox"/> 59	<input type="checkbox"/> 60
Abuela	<input type="checkbox"/> 61	<input type="checkbox"/> 62
Abuelo	<input type="checkbox"/> 63	<input type="checkbox"/> 64
Otros	<input type="checkbox"/> 65	<input type="checkbox"/> 66

1. Si
2. No
3. No aplicable

A. AREA OCUPACIONAL

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?

- 1. Muy satisfecho
- 2. Satisfecho 67
- 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 63
- 3. Neutral, indiferente
- 4. Insatisfecho
- 5. Muy insatisfecho
- 9. No aplicable

3. Relaciones interpersonales

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

- 1. Muy satisfecho
- 2. Satisfecho 69
- 3. Neutral, indiferente
- 4. Insatisfecho
- 5. Muy insatisfecho
- 9. No aplicable

4. Comunicación en el trabajo

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

- 1. Muy satisfecho
- 2. Satisfecho 70
- 3. Neutral, indiferente
- 4. Insatisfecho
- 5. Muy insatisfecho
- 9. No aplicable

5. Problemas en el trabajo

¿Tiene usted algunos problemas en trabajo? ¿qué tipo de problemas? ¿con que 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

3. AREA SOCIAL

1. Contacto social con los vecinos.

¿Visita usted a los 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?

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

74

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?

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

75

3. Nivel de comunicación

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

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

76

4. Aislamiento social.

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

1. Muy satisfecho
2. Satisfecho
3. Neutral, indiferente
4. Insatisfecho

77

- 5. Muy insatisfecho
- 9. No aplicable

5. Problemas o dificultades sociales.

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

- 1. Muy satisfecho
- 2. Satisfecho 79
- 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?

- 1. Muy satisfecho
- 2. Satisfecho 79
- 3. Neutral, indiferente
- 4. Insatisfecho
- 5. Muy insatisfecho
- 9. No aplicable

7. Nivel de satisfacción hacia los 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?

- 1. Muy satisfecho
- 2. Satisfecho 80
- 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

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?

- 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?

- 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?

- 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?

- 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 usted 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, ¿que 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

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?

- 1. Muy satisfecho
- 2. Satisfecho 13
- 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?

- 1. Muy satisfecho
- 2. Satisfecho 14
- 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?

- 1. Muy satisfecho
- 2. Satisfecho 15
- 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?

- 1. Muy satisfecho
- 2. Satisfecho 16
- 3. Neutral, indiferente
- 4. Insatisfecho
- 5. Muy insatisfecho
- 9. No aplicable

5. Problemas de tipo sexual.

¿Tiene usted problemas de tipo sexual? ¿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

17

6. Preocupación por problemas sexuales.

¿Tiene preocupación por problemas de tipo sexual? ¿de que tipo? ¿cómo se siente en relación a esto?

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

18

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?

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

19

E. AREA FAMILIAR

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? ¿cómo se siente en relación a esto?

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 la 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

23

- 5. Muy insatisfecho
- 9. No aplicable

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?

- 1. Muy satisfecho
- 2. Satisfecho 24
- 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 25
- 3. Neutral, indiferente
- 4. Insatisfecho
- 5. Muy insatisfecho
- 9. No aplicable

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 26
- 3. Neutral, indiferente
- 4. Insatisfecho
- 5. Muy insatisfecho
- 9. No aplicable

AREAS DE FUNCIONAMIENTO PSICOSOCIAL

Califique utilizando la siguiente Escala

No. de paciente

--	--	--	--	--

Expediente

--	--	--	--	--	--	--	--

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

<u>AREA</u>	<u>REACTIVOS</u>	<u>TOTAL¹</u> <u>POR AREA</u>	<u>NIVEL (\bar{x})²</u> <u>POR AREA</u>														
A. OCUPACIONAL	<table border="1"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </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	2	3	4	5	6	7		
1	2	3	4	5	6	7											
B. SOCIAL	<table border="1"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </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	2	3	4	5	6	7		
1	2	3	4	5	6	7											
C. ECONOMICA	<table border="1"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </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	2	3	4	5	6	7		
1	2	3	4	5	6	7											
D. SEXUAL	<table border="1"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </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	2	3	4	5	6	7		
1	2	3	4	5	6	7											
E. FAMILIAR	<table border="1"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </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	2	3	4	5	6	7		
1	2	3	4	5	6	7											
SUMA DE LA MEDIA (\bar{x}) DE TODAS LAS AREAS ³																	
NIVEL DE FUNCIONAMIENTO PSICOSOCIAL GLOBAL ⁴																	

Paciente: _____

Entrevistador(a): _____ Fecha: _____

PERMISIVO: ESCALA DE EVALUACION GLOBAL

10	20	30	40	50	60



Calz. México-Xochimilco 101,
Col. San Lorenzo Huipulco,
Del Tlalpan, C.P. 14370, México D.F.

INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA RAMÓN DE LA FUENTE MUÑIZ

Tel. 56 55 28 11, Fax 56 55 04 11
<http://www.impcdsm.edu.mx>

Octubre 21, 2002

Dr. Guillermo León González
Director del Hospital Regional de Psiquiatría
"Morelos"
P R E S E N T E.

Por medio de la presente me permito informar a usted que no existe inconveniente alguno, y se autoriza utilizar la escala de "Emoción Expresada" de Guanilo y Seclén, la cual se validó por Rascón (1997) para la realización de la tesis "Influencia de la Emoción Expresada del familiar en el Funcionamiento Psicosocial del paciente con esquizofrenia" desarrollada por La Dra Rosa Icela Montelongo Soto, para obtener el grado de especialidad en Psiquiatría en la U:N.A:M.

Agradeciendo de antemano su atención, aprovecho para enviarle un cordial saludo

Atentamente

Dra. María Luisa Rascón Gasca

Investigador Responsable del Proyecto "Funcionamiento Familiar Y Esquizofrenia"
División de Investigaciones Epidemiológicas y Sociales.
Instituto Nacional de Psiquiatría "Ramón de la Fuente"

EMOCION EXPRESADA DEL FAMILIAR (GUANILO Y SECLEM)

Versión modificada
Instituto Nacional de Psiquiatría

Fecha _____
Folio _____
Fase _____
Grupo _____

PRESENTACION:

Este es un cuestionario en el que usted encuentra situaciones que comúnmente pueden presentarse cuando hay un miembro con enfermedad mental en casa. Ante estas situaciones usted tiene la oportunidad de recordar su reacción o sentimiento contestando a todas las preguntas que a continuación se le presentan. De sus respuestas francas y sinceras será posible ayudarlo a mejorar su relación con él.

Instrucciones:

Usted deberá poner una cruz (X) dentro del casillero que mejor describa su respuesta. Deberá decidir entre las siguientes opciones:

- SI Nunca o menos de una vez al mes siente o reacciona ponga la (X) en el recuadro **NUNCA**.
- SI Ocasionalmente lo hace pocas veces en tal caso pondrá una (X) en **CASI NUNCA**.
- SI lo hace más veces o frecuentemente en este caso ponga la (X) en el recuadro de **CASI SIEMPRE**.
- SI Diario o muy a menudo ponga la (X) en el recuadro **SIEMPRE**.

	NUNCA Menos de una vez al mes	CASI NUNCA Ocasional -mente	CASI SIEMPRE Frecuente pero no constante	SIEMPRE Diario
1.- Cuando veo a mi familiar enfermo encerrado en su cuarto lo regaño para que ayude en casa.				
2.- Tengo cuidado de que a donde vaya mi familiar lo haga acompañado				
3.- Cuando mi familiar se descuida de su vestido como de su higiene, me es indiferente.				
4.- Siento desesperación frente a él por las cosas que este hace.				
5.- Exijo a mi familiar que se esfuerce por adaptarse a las normas de la casa igual que los demás.				
6.- Me es imposible ocultar mi sufrimiento cuando estoy con mi familiar enfermo.				

	NUNCA Menos de una vez al mes	CASI NUNCA Ocasional- mente	CASI SIEMPRE Frecuente pero no constante	SIEMPRE Diario
7.- La enfermedad de mi familiar hace que aumenten los problemas que existen en la casa.				
8.- Cuando mi familiar intenta realizar algo en casa, yo se lo hago.				
9.- Estoy acostumbrado(a) al poco interés de mi familiar porque tengo otras preocupaciones.				
10.- Desde que se inicio la enfermedad de mi familiar tengo que cuidarlo siempre.				
11.- Tengo que hacer todo por mi familiar enfermo porque no sabe lo que hace.				
12.- Mi familiar no hace nada por si solo, sin embargo no me molesta.				
13.- Las recompensas que merezco son menores por culpa de mi familiar enfermo .				
14.- Mi responsabilidad es hacer que mi familiar permanezca tranquilo en casa.				
15.- Cuando converso con mi familiar termino molestándome por lo confuso de su conversación				
16.- La mortificación que sentía antes ya no la siento.				
17.- Cada vez que puedo le saco en cara todo lo que me hace sufrir a mi familiar enfermo.				
18.- Me irrito cuando veo a mi familiar desganado				
19.- Por la enfermedad de mi familiar, procuramos apartarlo.				

	NUNCA Menos de una vez al mes	CASI NUNCA Ocasional- mente	CASI SIEMPRE Frecuente pero no constante	SIEMPRE Diario
20.- Dejo a mi familiar sólo por su cuenta.				
21.- El saber que la enfermedad de mi familiar, sólo es controlable indefinidamente, me irrita y me fastidia.				
22.- Trato de ser poco duro con mi familiar				
23.- Por la tranquilidad de mi familia prefiero mantener a mi paciente encerrado en su cuarto.				
24.- Constantemente tengo que estar advirtiéndole a mi familiar para prevenir las imprudencias que pueda cometer.				
25.- La situación o las continuas recaídas de mi familiar me han llegado a cansar tanto que siento ganas de internarlo o pedirle que se valla a otro lado.				
26.- En casa estoy al pendiente de lo que pueda necesitar mi familiar enfermo.				
27.- Me da coraje que mi familiar no entienda claramente lo que quiero decir.				
28.- Ya hice lo máximo por mi familiar enfermo, es caso perdido.				
29.- A pesar de que se lo digo, me da coraje cuando mi familiar enfermo no se da cuenta que lo que hace me fastidia.				
30.- Procuro hacerle sentir vergüenza a mi familiar enfermo para que deje de hacer algunas cosas desagradables.				

EVALUACIÓN DEL NIVEL DE EMOCIÓN EXPRESADA

SUJETOS SUBTEST																							
	N	C	C	S	N	C	C	S	N	C	C	S	N	C	C	S	N	C	C	S	N	C	C
CRITICA																							
1C																							
3C																							
5C																							
9C																							
15C																							
16C																							
18C																							
27C																							
29C																							
30C																							
SUB-TOTAL:																							
SOBREPROTECCIÓN																							
2S																							
4S																							
6S																							
8S																							
10S																							
11S																							
12S																							
14S																							
20S																							
26S																							
SUB-TOTAL:																							
HOSTILIDAD																							
7H																							
13H																							
17H																							
19H																							
21H																							
22H																							
23H																							
24H																							
25H																							
28H																							
SUB-TOTAL:																							
TOTAL	C: S: H: (NEE):																						

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo (nosotros) _____-declaramos libre y voluntariamente que aceptamos participar en el estudio que se realizará en el Hospital Regional de Psiquiatría "Morelos".

Estoy conciente de que se realizará una Entrevista y escala (s), donde se preguntaran datos personales, los cuales serán realizados para un estudio de actitudes de la familia y pronóstico de la enfermedad de Esquizofrenia.

Es de nuestro conocimiento que seremos libres de retirarnos de la presente investigación en el momento que así lo deseemos. También que podemos solicitar información adicional acerca de los riesgos y beneficios de nuestra participación en este estudio. En caso de que decidiéramos retirarnos, la atención que como paciente recibo (o recibe mi familiar) en esta institución no se verá afectada.

Nombre del familiar

Nombre del familiar

Nombre del paciente

Dirección

Teléfono

Fecha y Lugar

INFLUENCIA DE LA EMOCION EXPRESADA EN EL FUNCIONAMIENTO
PSICOSOCIAL

Hoja de Concentración de Datos Personales Familiar:

Nombre:

Número: ,

Parentesco:

Género:

1. Hombre
2. Mujer

Edad:

18-24 años ____; 25-34 Años ____; 35-44 años ____; 45-60 años ____

Escolaridad

1. Ninguna
2. Primaria incompleta
3. Primaria completa
4. Secundaria incompleta
5. Secundaria completa
6. Preparatoria o Carrera Técnica Incompleta
7. Preparatoria o Carrera Técnica Completa
8. Profesional incompleta
9. Profesional completa

Ocupación:

1. Ama de casa
2. Estudiante
3. Jubilado o Pensionado
4. Obrero
5. Empleado de Oficina
6. Comerciante
7. Ejecutivo
8. Profesionista Independiente
9. Otros

Estado Civil:

1. Soltero
2. Casado
3. Viudo
4. Separado
5. Divorciado
6. Unión Libre
7. Madre Soltera