



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

HOSPITAL PSIQUIÁTRICO “FRAY BERNARDINO ÁLVAREZ”

**FRECUENCIA DE HOSPITALIZACIÓN ASOCIADA A UNA ALTA EMOCIÓN
EXPRESADA EN FAMILIAS DE PACIENTES ESQUIZOFRÉNICOS DEL
HOSPITAL “FRAY BERNARDINO ÁLVAREZ”**

**TESIS QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALIDAD EN
PSIQUIATRÍA**

PRESENTA:

DRA MARÍA MAGDALENA GUTIÉRREZ LEYVA

DRA. CECILIA BAUTISTA RODRIGUEZ

ASESOR TEÓRICO

DR. FELIX ARMANDO AMBROSIO GALLARDO

ASESOR METODOLÓGICO

MÉXICO D.F 2011



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.

Vo.Bo DRA CECILIA BAUTISTA RODRIGUEZ

**JEFA DE ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN
HOSPITAL PSIQUIÁTRICO “FRAY BERNARDINO ÁLVAREZ”**

ASESOR TEÓRICO

Vo.Bo DR. FELIX ARMANDO AMBROSIO GALLARDO

**MEDICO ADSCRITO A HOSPITAL PSIQUIÁTRICO
“FRAY BERNARDINO ÁLVAREZ”**

ASESOR METODOLÓGICO

ÍNDICE

I MARCO TEÓRICO	2
Esquizofrenia	
Emoción Expresada	
II ANTECEDENTES.....	7
III METODOLOGÍA.....	11
Justificación	
Planteamiento del Problema	
Objetivos	
Hipótesis	
Variables	
Tipo de Estudio	
Muestra	
Sujetos	
Criterios de Selección	
Instrumentos	
Procedimiento	
IV RESULTADOS.....	16
V DISCUSIÓN.....	21
VI CONCLUSIONES.....	22
VII LIMITACIONES DEL ESTUDIO.....	23
VIII REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	24
ANEXOS	
CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL FAMILIAR	
CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL PACIENTE	
ESCALA BREVE DE APRECIACION PSIQUIATRICA (BPRS)	
CUESTIONARIO ENCUESTA DE EMOCION EXPRESADA DEL FAMILIAR	

AGRADECIMIENTOS

Al Gran Creador, por la vida y el amor de los seres que me han acompañado a lo largo de este camino.

Con amor y admiración a mis papas Hilda y José Luis, por construir con paciencia, Fe y amor los cimientos de mi persona; Gracias por estar desde siempre, por su gran apoyo, cariño y por darme la fuerza necesaria para emprender y culminar esta gran travesía.

A Mariana por enseñarme el valor de compartir la vida misma... Te quiero mucho hermana.

A Neftalí por caminar a mi lado; ser mi mejor amigo, mi más discreto confidente, y mi cómplice en esta aventura. Gracias amor por ser y permanecer...por tu cariño, ternura, paciencia y gran ayuda.....Te amo ∞ .

A mis queridos amigos por compartir conmigo parte de su vida. Gracias Azu por darme la oportunidad de conocerte y permitirme ser parte de tu familia.

RESUMEN

Introducción: En el trabajo clínico se ha observado que un alto nivel de criticismo, sobre-involucramiento y hostilidad (componentes de la Emoción Expresada), en el ambiente familiar de los pacientes esquizofrénicos favorece la reactivación de la sintomatología y por tanto de las recaídas, reflejadas en un mayor número de hospitalizaciones y mayor sintomatología; lo cual significa mayor desgaste en los cuidadores del paciente que a su vez como en un círculo vicioso, contribuyen a la elevación del índice de la emoción expresada. Por lo que determinar una alta emoción expresada podría ayudar a elaborar estrategias para intervenir dentro de la familia y así disminuirla. **Objetivo:** Investigar si existe asociación entre la alta Emoción Expresada en familias de pacientes esquizofrénicos y la frecuencia de hospitalización en un año. **Material y Métodos:** Se realizó un estudio Transversal, Observacional, y Descriptivo a una muestra de 60 familiares y 60 pacientes con diagnóstico de Esquizofrenia que acuden de manera ambulatoria al Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez (HPFBA). Previa firma de consentimiento informado tanto del familiar como del paciente, se recabaron datos socio-demográficos de ambos; Al paciente se le aplicaron los criterios diagnósticos del DSMIV TR para Esquizofrenia y La Escala Breve de Evaluación Psiquiátrica (BPRS); Finalmente se midió el nivel de Emoción Expresada en los familiares, mediante el Cuestionario- Encuesta Evaluación de nivel de Emoción Expresada (CEEE); **Resultados:** Se estudió un total de 60 pacientes y 60 familiares de los cuales; el 36.66% reporta alta EE, y el 63.33% reporta baja EE; siendo la edad promedio fue de 47.68, el 60% mujeres y 40% hombres. La media estadística de hospitalizaciones en el último año de pacientes con familiares de alta Emoción Expresada fue de 1.10 y la de pacientes con familiares de baja Emoción Expresada fue de 0.38 ($p < 0.001$). En cuanto a la relación que guarda la Emoción Expresada de los familiares y la sintomatología de los pacientes; La media estadística de la Escala Breve de Apreciación Psiquiátrica fue de 27.62 en pacientes con familiares de alta Emoción Expresada y de 18.38 ($p < 0.001$) en pacientes con familiares de baja Emoción Expresada. **Conclusiones:** Los pacientes esquizofrénicos con familiares de alta Emoción Expresada, presentan un mayor número de hospitalizaciones y mayor sintomatología en comparación a los pacientes esquizofrénicos con familiares de baja Emoción Expresada. El criticismo y la sobreprotección prestan un papel importante para generar síntomas positivos. El género del familiar observa una alta Emoción Expresada solo en los casos en donde el familiar es hombre y la paciente mujer. **Palabras Clave:** Esquizofrenia, Emoción Expresada.

I MARCO TEÓRICO

➤ **ESQUIZOFRENIA**

Historia: La magnitud del problema clínico de la esquizofrenia invariablemente ha atraído la atención de las principales figuras de la psiquiatría y la neurología en toda la historia del trastorno; Dos de estas figuras fueron Emil Kraepelin (1856-1926) y Eugene Bleuler (1857-1939). Antes Benedict Morel (1809- 1873) un psiquiatra francés, había aplicado el término *démence précoce* (demencia precoz) a los pacientes deteriorados cuya enfermedad comenzaba en la adolescencia. (6,13)

Eugen Bleuler acuñó el término esquizofrenia, que reemplazó a la demencia precoz en la bibliografía; eligió el término para poner de relieve las escisiones entre pensamiento, emoción y comportamiento observadas en pacientes con este trastorno. Bleuler destacó que a diferencia del concepto de Kraepelin de demencia precoz, la esquizofrenia no necesariamente tiene una evolución deteriorante, Bleuler identificó síntomas fundamentales (o primarios) específicos de esquizofrenia para elaborar su teoría acerca de las escisiones mentales internas de los pacientes. Estos síntomas eran alteraciones asociativas, en especial disgregación, alteraciones afectivas, autismo y ambivalencia, resumidas como las cuatro "A": Asociaciones, Afecto, Autismo, Ambivalencia; Bleuler también identificó síntomas accesorios (secundarios), que eran los que Kraepelin observaba como principales indicadores de demencia precoz: Alucinaciones e Ideas delirantes.(13)

En 1952 en la primera edición del "Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders de la Asociación Psiquiátrica Americana se clasifica a la esquizofrenia como "reacciones esquizofrénicas" y se incluyen los tipos: simple, tipo heberfrénico, catatónico, paranoide, agudo indiferenciado, crónico indiferenciado, tipo esquizo-afectivo, tipo infantil y tipo residual. Tras la publicación del DSMIII 1975 el diagnóstico de Esquizofrenia en los EEUU se desplazó hacia el concepto de Kraepelin. Sin embargo, el término esquizofrenia se ha convertido en la denominación internacionalmente aceptada de este trastorno. Según el DSMIV 2002, La esquizofrenia es una alteración que persiste durante por lo menos 6 meses e incluye por lo menos un mes de síntomas de la fase activa (por ejemplo: dos o más de los siguientes: ideas delirantes, alucinaciones, lenguaje desorganizado, comportamiento gravemente desorganizado o catatónico y síntomas negativos). También se incluyen en esta sección las definiciones para subtipos de esquizofrenia: paranoide, desorganizado, catatónica, indiferenciada y residual. (14)

Epidemiología: De acuerdo con la OMS (2003, 2005) se calcula que 450 millones de personas en el mundo padecen alguna forma de trastorno mental; entre 70 y 90 millones padecen Trastornos por abuso de alcohol o diversas drogas; de 24 a 25 millones sufren Esquizofrenia; 37 millones tienen demencia, un millón de personas se suicidan cada año y entre 10 y 20 millones intentan suicidarse.(29)

Frenk y cols.en 1999 estimaron que en México, los trastornos neuropsiquiátricos ocupan el quinto lugar como carga de enfermedad, al considerar indicadores de muerte prematura y días vividos con discapacidad. Cuatro de las diez enfermedades más discapacitantes, son neuropsiquiátricas (esquizofrenia, depresión, Trastorno Obsesivo-Compulsivo y alcoholismo).(23)

Por otro lado , el Banco Mundial calcula que los padecimientos neurológicos y psiquiátricos contribuyen con 12% del costo total de las enfermedades médicas y para la OMS representa 20%; estos trastornos medidos por años de vida ajustados por discapacidad, representan 11.5% de la carga total de enfermedades. Entre ellas destacan la depresión, que por sí sola representa 36.5% del total y el alcoholismo con 11.3%. En un análisis realizado por la OMS en 1996, sobre el diagnóstico situacional en salud mental, se detectó que cinco de las causas líderes generadoras de discapacidad en el mundo se refieren a trastornos mentales, colocando a la Esquizofrenia como la novena causa líder de discapacidad en el mundo (5)

Se estima que la prevalencia de la esquizofrenia es de 1% en la población mayor de 15 años, lo que representaría 45 millones de personas en el mundo que padecen esquizofrenia. En México la prevalencia de la esquizofrenia es de 0.7%, lo que coincide con los reportes recientes de la OMS sobre este padecimiento en el mundo, por lo que en nuestro país hay medio millón de esquizofrénicos; esta cifra no incluye a individuos de riesgo para desarrollar el padecimiento. Se estima que 50% de los pacientes no son tratados adecuadamente; muchos de ellos nunca han tenido contacto con un psiquiatra y 90% habita en países menos desarrollados. Esta marcada incidencia en países en desarrollo tiene su origen en la falta de mecanismos para la detección temprana y el manejo oportuno, lo que conlleva a una mayor cronicidad y deterioro. (5)

El comienzo de la esquizofrenia ocurre típicamente entre los últimos años de la segunda década de la vida y la mitad de la cuarta, siendo raro el inicio anterior a la adolescencia (aunque se han referido casos de inicio a los 5 ó 6 años de edad). La esquizofrenia también puede empezar a una edad más avanzada de la vida (por ejemplo después de los 45 años). Sin embargo se ha estudiado que la edad más frecuente de inicio en los hombres se sitúa entre los 18 y los 25 años y en las mujeres entre los 25 y la mitad de la cuarta década. (13,14)

Criterios Diagnósticos: Las características esenciales de la esquizofrenia son una mezcla de signos y síntomas tanto positivos como negativos, que han estado presentes una parte significativa de tiempo durante un período de un mes (o durante un tiempo más breve si ha habido tratamiento exitoso) y con algunos signos del trastorno que han persistido durante al menos 6 meses; Estos signos y síntomas están asociados a una marcada disfunción social o laboral; Así mismo la alteración no es explicable por un trastorno esquizoafectivo o un trastorno del estado de ánimo con síntomas psicóticos y no es debida a los efectos fisiológicos, directos de alguna sustancia o una enfermedad médica. En sujetos con un diagnóstico previo de Trastorno autista o algún otro Trastorno generalizado del desarrollo, el diagnóstico adicional de esquizofrenia solos es pertinente si hay ideas delirantes o claras alucinaciones presentes durante al menos un mes. (14)

Los síntomas característicos de la esquizofrenia implican un abanico de disfunciones cognoscitivas y emocionales que incluyen la percepción, el pensamiento inferencial, el lenguaje, y la comunicación, la organización del comportamiento, la afectividad, la fluidez y productividad del pensamiento y el habla, la capacidad hedónica, la voluntad, y la motivación y la atención; Ningún síntoma aislado es patognomónico de la Esquizofrenia; el diagnóstico implica el reconocimiento de una constelación de signos y síntomas asociados a un deterioro de la actividad social y laboral. (14)

Los síntomas característicos pueden conceptualizarse como pertenecientes a dos amplias categorías: Los positivos y los Negativos. Los síntomas positivos parecen reflejar un exceso o distorsión de las funciones normales, mientras que los síntomas negativos parecen reflejar una disminución o pérdida de las funciones normales. Los síntomas positivos incluyen distorsiones del pensamiento inferencial (ideas delirantes), la percepción (alucinaciones), el lenguaje y la comunicación (lenguaje desorganizado), y la organización de comportamiento (gravemente desorganizado o catatónico). Los síntomas negativos comprenden restricciones del ámbito y la intensidad de la expresión emocional (aplanamiento afectivo), de la fluidez y la productividad del pensamiento y el lenguaje (alogia), y del inicio de comportamiento dirigido a un objetivo (abulia) (14)

Los subtipos de esquizofrenia están definidos por la sintomatología predominante en el momento de la evaluación. Si bien las implicaciones pronósticas y terapéuticas de los subtipos son variables, los tipos paranoide y desorganizado tienden a ser respectivamente el de menor y mayor gravedad. En el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM IV TR se describen cinco tipos de Esquizofrenia que son (14)

1) Tipo Paranoide: En el cual predominan los sentimientos de persecución, ideas delirantes de grandeza y alucinaciones auditivas; Y en donde no debe existir lenguaje desorganizado, ni comportamiento catatónico o desorganizado, ni afectividad aplanada o inapropiada.

2) Tipo Desorganizado o hebefrénica: En el cual predomina el discurso y comportamiento desorganizado sin ningún propósito, así como una afectividad inapropiada o plana.

3) Tipo Catatónica: Con importantes alteraciones psicomotoras tales como la flexibilidad cética puede llegar hasta el estupor catatónico, conllevando a una incapacidad para cuidar sus necesidades personales.

4) Tipo Indiferenciado: En donde existen síntomas psicóticos, pero no cumplen criterios para los tipos paranoide, desorganizado o catatónico.

5) Tipo Residual: En donde los síntomas positivos están presentes tan solo a baja intensidad.

Así mismo DSM IV TR utiliza especificaciones para indicar las características del curso de los síntomas de la esquizofrenia a lo largo del tiempo, siendo;

a) Episódico con síntomas residuales interepisódicos: Esta especificación se aplica cuando el curso se caracteriza por episodios en los que se cumple con los síntomas característicos descritos anteriormente (Ideas delirantes, alucinaciones, lenguaje desorganizado, comportamiento gravemente desorganizado o catatónico, síntomas negativos) y en los que hay síntomas residuales clínicamente significativos entre los episodios.

b) Episódico sin síntomas residuales inter episodios: Esta especificación se aplica cuando el curso se caracteriza por episodios en los que están presentes los síntomas característicos de esquizofrenia y en los que hay síntomas residuales clínicamente significativos entre los episodios.

c) Continuo Esta especificación se aplica cuando los síntomas característicos de la esquizofrenia se cumplen a lo largo de todo o casi todo el curso.

d) Episodio único en remisión parcial: Esta especificación se aplica cuando ha habido un episodio único en el que se ha cumplido con los síntomas característicos de la esquizofrenia y han persistido síntomas residuales clínicos significativos.

e) Episodio único en remisión total : Esta especificación se aplica cuando ha habido un episodio único en el que se ha cumplido con los síntomas característicos de la esquizofrenia y no quedan síntomas residuales clínicamente significativos.

f) Otro patrón o no especificado : Esta especificación se utiliza cuando hay otro patrón de curso o si no es especificado.

g) Menos de 1 año desde el inicio de los primeros síntomas de fase activa .

➤ **EMOCIÓN EXPRESADA**

Historia: Leff y Cols en 1983, afirmaron que los pacientes esquizofrénicos son vulnerables a dos tipos de estrés: el agudo y el crónico. Ambos tipos de estrés son equivalentes en sus efectos sobre el paciente. Dentro del estrés crónico, se incluye la Emoción Expresada familiar (EE) al inicio llamada "Implicación Emocional". El planteamiento de esta cuestión surge cuando Brown (1959) observa, que un año tras el alta, el índice de recaídas de jóvenes esquizofrénicos era mayor en aquellos que volvían al hogar paterno que entre los que vivían solos o con algún hermano. Los datos no se explicaban totalmente por la severidad anterior de la enfermedad, ni por la duración de ésta, ni por las distintas condiciones clínicas tras el alta. La naturaleza y la frecuencia del contacto "cara a cara" del enfermo con sus padres parecían ser el causante de la recaída. Posteriormente Brown y colaboradores en 1972 realizan un estudio en el que se describen por primera vez todas las medidas que componen la Emoción Expresada. El término "implicación emocional" se redefine de una forma más operativa y cambiará su nombre por el de "Emoción Expresada" Y depuran las escalas del instrumento presentado en Brown y Rutter en 1966 y que contemplaban 5 aspectos (criticismo, Hostilidad, Insatisfacción, sobre implicación emocional y Calidez). (1,20,22)

Vaughn y Leff en 1976 confirman los resultados del trabajo de Brown , aunque introducen una serie de modificaciones, algunas de las cuales serán asumidas a partir de aquí por todos los trabajos futuros en este campo. Así, utilizan una versión abreviada de la entrevista familiar presentada en Brown y Rutter y que posteriormente será conocida como CFI ("Camberwell Family Interview" o Entrevista Familiar de Camberwell) utilizada como instrumento prototipo para medir la EE en la que se le pregunta al familiar por aspectos relacionados con la enfermedad, el tratamiento y los problemas de convivencia existentes con el enfermo.(20)

Lemos en 1985 , utilizó una metodología estricta y criterios específicos de calificación, citando y definiendo por primera vez todas las medidas que componen la EE. Éstas, en un principio, eran: Comentarios Críticos, Hostilidad y Sobre implicación Emocional y la Calidez (comentarios del familiar que, bien por su entonación, bien por su contenido, denotaban sentimientos positivos de afecto hacia el enfermo) y la Insatisfacción (expresiones del familiar que denotaban descontento con la actitud del enfermo en áreas como la economía familiar, el cuidado de los hijos, o la ayuda en las tareas domésticas). Finalmente, estas dos últimas dimensiones fueron excluidas de la formación del índice de EE por no ser independientes de las otras tres dimensiones. (1, 18,20,22)

Muela y Godoy en 1993 concluyeron que el Índice o nivel de Emoción Expresada de la familia se obtiene solamente a partir de los componentes de Criticismo, Hostilidad y Sobreimplicación Emocional), y que estos componentes muestran mostrado el mayor valor predictivo en relación a la recaída, sobre todo en esquizofrenia. Surgiendo el Cuestionario-encuesta evaluación del nivel de emoción expresada (CEEE), aplicada al familiar responsable, está conformado por 30 reactivos que miden tres componentes: la crítica, la sobreprotección y la hostilidad. Cada componente está formado por 10 reactivos. La calificación de este cuestionario reporta que a mayor puntaje la emoción expresada es más alta. De tal manera que las categorías de alta y baja emoción expresada (baja 30-64 y alta 65-120), así como las categorías de alta y baja de los tres componentes (crítica, hostilidad y sobreprotección) puntos de corte para cada uno de ellos (baja 10-24 y alta 25-40).(4,22)

Definición: Emoción Expresada se define como un Índice global de emociones, actitudes y conductas expresadas por los familiares acerca de un miembro de la familia que padece de una enfermedad psiquiátrica y que a partir de ello es mensurable en los familiares, los cuales expresan crítica, hostilidad o sobre implicación emocional (4)

a) La crítica. Originalmente fue definida como aquellos comentarios o aseveraciones los cuales, por la manera en que son expresados, constituyen comentarios desfavorables sobre la conducta o la personalidad del individuo a quién se refieren. Es decir, muestran aversión o desaprobación hacia la conducta o las características de una persona. Por ejemplo: «Cuando veo a mi familiar enfermo encerrado en su cuarto lo regaño para que ayude en casa». «Le exijo a mi familiar que se esfuerce por adaptarse a las normas de la casa igual que los demás», «Procuró hacerle sentir vergüenza a mi familiar enfermo para que deje de hacer cosas desagradables», «Cuando converso con mi familiar termino molestándome por lo confuso de su conversación». (4,18)

b) El sobre-involucramiento o Sobre-implicación emocional. Se presenta más comúnmente en los padres que en algún otro familiar y se caracteriza por la sobreprotección o el consentimiento, el auto sacrificio y el malestar emocional. Es similar al trato que normalmente se le da a un niño. El familiar muestra niveles inapropiados de preocupación por el paciente, el cual es visto como menos competente que antes y más vulnerable. Ejemplos de esto son «Tengo cuidado de que a donde vaya mi familiar lo haga acompañado(a)». «Cuando mi familiar intenta realizar algo en casa, yo se lo hago», «Desde que se inició la enfermedad de mi familiar tengo que cuidarlo siempre», «Me es imposible ocultar mi sufrimiento cuando estoy con mi familiar enfermo». (4,18)

c) La hostilidad. Generalmente se presenta si existe crítica, por lo que tiene poco valor como predictor independiente. Se considera que la hostilidad está presente cuando el paciente es atacado más por lo que es que por lo que hace. Lo que refleja esta actitud es una dificultad para tolerar y algunas veces comprender la situación del familiar enfermo. Algunos ejemplos son: «Las recompensas que merezco son menores por culpa de mi familiar enfermo», «Cada vez que puedo le saco en cara todo lo que me hace sufrir a mi familiar enfermo »,«Por la enfermedad de mi familiar, procuramos apartarlo», «Por la tranquilidad de mi familia prefiero mantener a mi paciente encerrado en su cuarto.» (4,18)

II ANTECEDENTES

Fallon y colaboradores en 1982 realizaron un estudio en el que participan 24 familias de esquizofrénicos (12 en el grupo control y 12 en el experimental) En el grupo experimental que tenía alta emoción expresada, realizaron intervenciones consistentes en: • Programa educativo: • Grupo de familiares: • Sesiones familiares. La recaída fue definida como una reaparición de síntomas psicóticos y como una exacerbación de estos. Los resultados indicaron que nueve meses tras el alta, el 50% de los sujetos del grupo control recayeron frente al 8% de los del grupo experimental. Sin embargo, no se produjo una reducción significativa del nivel de Emoción Expresada. (21)

Köttgen y colaboradores en 1984 realizaron un estudio formando tres grupos: Experimental (15 familias de alta EE que recibirán la terapia); Control 1 (14 familias de alta EE que no recibirán la terapia) y Control 2 (20 familias de baja EE que no recibirán la terapia). La terapia comenzó tras el alta de hospitalización continua y duró dos años. La terapia consistió en sesiones de dinámica de grupos donde se trataron temas como la culpabilidad, el miedo al fracaso, el aislamiento, prejuicios, expectativas, miedo a ser abandonados, enfrentamiento a impulsos agresivo entre otros temas, y se trato con los familiares y enfermos por separado. Observando que no hubo diferencias significativas tras nueve meses de seguimiento, no ya entre grupo de terapia y grupo control (33% de recaídas en el experimental frente al 53% del grupo control), sino ni siquiera entre alta o baja EE en ninguno de los subgrupos que se pueden formar con estos niveles. Sin embargo tras 18 meses de terapia el nivel de EE disminuyó en el grupo experimental después de la primera entrevista en un cincuenta por ciento, aunque esta disminución no pueda atribuirse a la terapia, pues en el grupo control de alta EE se dió el mismo porcentaje de reducción. (21)

MacMillan y colaboradores (1986). Observaron que durante las fases iniciales de su estudio, recayeron el 63% de los sujetos cuyas familias eran de alta EE y el 39% de los de baja. Sin embargo, cuando tomaron en cuenta el cumplimiento irregular de la medicación tras el alta por parte de algunos sujetos y la distinta duración de la enfermedad entre los pacientes antes del ingreso, no se encuentran diferencias significativas entre las tasas de recaídas de alta y baja EE. (1,20)

Dulz y Hand (1986) observaron un mayor índice de recaídas (65%) en pacientes cuyos familiares obtuvieron un rango de baja Emoción Expresada y un menor índice de recaídas (35%) en pacientes cuya familia obtuvo un rango de alta Emoción Expresada. Así mismo Parker et al. (1988) tampoco encontraron una mayor tasa de recaídas entre los sujetos cuyas familias son de alta EE respecto a quienes lo son de baja (48% y 60% respectivamente). Ni Barrelet y colaboradores en (1990) ni Stirling et al. (1991) encontraron efecto de la EE sobre las recaídas en esquizofrénicos en su primer episodio (1,20)

Alberto Espina y colaboradores en 1999 realizaron un estudio con 50 familias de pacientes esquizofrénicos, diagnosticados según los criterios diagnósticos del DSM III-R, con edades comprendidas entre los 17 y 35 años, y que vivían con ambos padres. Y encontraron que los padres altos en Sobre-Involucramiento Emocional (SIE) se asociaron más frecuentemente a pacientes en crisis, y los que mostraron SIE baja a pacientes sin crisis ($p=0,02$). En las madres se presentó la misma relación sin resultar significativa ($p=0,09$); Las madres altas en Emoción Expresada (EE) tuvieron hijos con más ingresos que las bajas en EE ($p=0,01$);

igualmente las madres altas en Sobre Involucramiento Emocional (SIE) tuvieron hijos con más ingresos que las bajas en SIE ($p=0,02$) y las altas en Criticismo hijos con más ingresos que las bajas en criticismo ($p=0,04$). Las madres altas en EE tuvieron hijos con más síntomas negativos que las bajas en EE ($p=0,04$). b) Las madres altas en SIE tuvieron hijos con mayor gravedad de sintomatología positiva o negativa que las bajas en SIE ($p=0,04$). Los hogares altos en EE se asociaron a sintomatología mixta y los bajos en EE a hijos con síntomas positivos ($p=0,008$) En cuanto al tipo de esquizofrenia: Las madres altas en EE se asociaron con esquizofrenia desorganizada y paranoide y menos residuales, mientras que las madres bajas en EE se asociaron más frecuentemente con residuales ($P=0,03$) (8)

Asunción Santos y colaboradores en el 2000, tuvieron como objetivo estudiar la estabilidad de la Emoción Expresada de los familiares. Incluyendo en su estudio un grupo de 32 pacientes esquizofrénicos con sus familias, valorándoles en 2 ocasiones con distancia de 9 meses entre las entrevistas; En sus resultados reporta que: En cuanto a los padres el 60% se mantuvo alta en EE en el 9-meses de seguimiento, mientras que 40% cambió a EE baja. De los padres con EE baja 76,9% se mantuvo baja en la continuación del estudio, y 23,1% cambió a EE alta. Por lo que se concluye que la estabilidad en general, fue mayor entre los de baja EE padres que entre los padres EE alta. Y En cuanto a las madres se observó que 57.1% de las madres que mostraron una baja EE inicial se mantuvieron estables mientras que el 42.9% mostro una alta EE en la segunda valoración; Así mismo observaron que las madres cambiaban su EE durante los periodos de crisis, en comparación a los Padres que se mantenían estables. ($p= 0.1$). Y concluyeron que las intervenciones familiares que están enfocadas a reducir la EE deberían tomar en cuenta que la EE en las madres puede bajar por su inestabilidad y no por la intervención; así mismo concluyeron que se debería incidir especialmente en los padres dado que la alta EE es constante y por lo tanto provoca estrés al paciente durante su seguimiento. (26)

J. Jaureguizar y colaboradores en 2005 Incluyeron en su estudio a 87 pacientes con diagnóstico de Enfermedad de Crohn, teniendo como objetivo describir los factores clínicos y contextuales asociados al curso de la Enfermedad y estudiaron variables clínicas relacionadas con la enfermedad, así como los niveles de ansiedad, depresión y acontecimientos vitales estresantes de los pacientes así como la ansiedad, depresión, apoyo social y Emoción Expresada de los familiares. Dentro de los Resultados obtenidos reportaron que: En cuanto a las variables familiares, 18 familias puntuaron alto en EE (45%), mientras que las 22 restantes eran familias bajas en EE (55%). Las familias con alta EE se relacionó con mayor sintomatología y mayor número de hospitalizaciones del paciente. ($p=0.04$) (12)

Arturo Chávez en el 2005 tuvo por objetivo Investigar el nivel de Emoción Expresada (EE) en un grupo de pacientes con Trastorno de la Conducta Alimentaria (TCA); Por lo que evaluó a 53 pacientes y a sus familiares responsables. Obteniendo en sus resultados que el índice de EE fue en 45.48% alta y baja en 54.71% para el grupo total de pacientes. Entre los tres grupos de trastornos de la alimentación, no encontró diferencias significativas, pero observó en mayor porcentaje la crítica en los familiares de los pacientes con anorexia, mayor sobreprotección y hostilidad en los trastornos de alimentación no especificados (TANE). Por lo que concluyó que el estudio de las características de los familiares psiquiátricos que están asociados con la recaída de los pacientes provee un mejor entendimiento de estos mecanismos de recaída, clarifican las relaciones entre la vida familiar y la expresión de los síntomas, así mismo refirió que de acuerdo con los resultados obtenidos en el estudio, se

encontró que los niveles de emoción expresada son más bajos que los reportados en los estudios con pacientes esquizofrénicos, pero en concordancia con resultados previos en pacientes con trastornos de la alimentación se observó que la emoción expresada alta es más común en los familiares responsables de los pacientes que no tienen una actividad escolar o remunerada y teniendo como cuidador principal a la madre. (4)

Sofi Marom y Hanan Munitz en 2005 incluyeron 108 pacientes, 93 con esquizofrenia y 15 con Trastorno esquizoafectivo; Obteniendo como resultado que los hogares con alta Emoción Expresada específicamente un alto nivel de criticismo estuvo asociado con un primer o segundo re-internamiento temprano ($p=0.002$), mayor tasa de re-internamientos en general ($p=0.01$) y una más larga estancia intrahospitalaria ($p=0.02$), comparada con un bajo nivel de criticismo; Dentro de sus conclusiones refieren ser el primer estudio en demostrar la validez predictiva a largo plazo de la Emoción Expresada con respecto a la hospitalización psiquiátrica por otro lado sugieren que las terapias encaminadas a la reducción de EE alta parece justificarse como un enfoque preventivo a largo plazo. (15)

Mora Sanchez Yvette en 2005 estudió a 31 familiares de pacientes esquizofrénicos que fungían como cuidadores informales de los cuales 80% eran mujeres y 64.5% de ellas eran las madres de los pacientes. Observando que la categoría de carga global baja fue de 80.6% y alta de 19.4%; Con respecto a la Emoción Expresada por el cuidados informal se reportó que el 90.3% obtuvo alta EE y el 9.7% obtuvo baja EE. Y concluyó finalmente que: Los cuidadores presentan altos niveles de EE (así como niveles altos en sus componentes de Criticismo y Hostilidad), sin embargo no parece afectar su sentido de compromiso familiar, más específicamente el materno. Los datos no muestran una relación significativa entre la carga global y la carga subjetiva y la EE manifestada por los cuidadores; Así mismo refiere corroborar que el componente más importante de la EE es el criticismo y apoya lo encontrado en otros estudios pues se presenta como un predictor confiable del indica de recaídas del paciente, en este caso el Criticismo estaba relacionada con las recaídas presentadas por el paciente.(17)

Ma.Luisa Rascón y colaboradores en 2008, estudiaron a 33 familiares responsables de pacientes con esquizofrenia, utilizando como instrumentos la Cédula de evaluación de la conducta del paciente (SBAS) y el Cuestionario Encuesta Evaluación del nivel de Emoción Expresada (CEEE) Describiendo en sus resultados que los familiares con EE alta observaron un mayor descuido personal, irritabilidad, violencia y aislamiento por parte del paciente, en tanto que los familiares con EE baja reportaron más miedos o temores, olvidos, dependencia e ideas extrañas como las conductas problemáticas de las personas enfermas ($p=0.000$) Así mismo observaron que en los familiares con EE baja se observó un mejor funcionamiento en el desempeño de tareas domésticas, en la demostración de afecto, en las actividades realizadas en el tiempo libre, en la conversación y en la demostración de apoyo entre el informante y el paciente ($p=0.000$). (24)

M.L Vidal, MJ Cortes et al. en 2008 estudiaron a 112 personas: 41 pacientes, 41 familiares de primer grado y 30 controles. Los pacientes fueron diagnosticados dentro del grupo de las esquizofrenias ($n=24$) o del grupo de las psicosis no esquizofrénicas ($n=17$) sobre la base de los criterios DSM-IV. Reportando dentro de sus resultados que no se observaron diferencias significativas al comparar la Escala de Ambiente Familiar (FES) entre ambos grupos de pacientes ni entre pacientes y familiares, aunque sí se observa una tendencia en los

pacientes a puntuar más alto que sus familiares en la mayoría de escalas y dimensiones. Obtuvieron correlaciones positivas significativas al estudiar el grado de asociación de las escalas de la FES entre pacientes y familiares. Y concluyen que, los pacientes con psicosis funcionales no esquizofrénicas presentan una percepción del ambiente familiar distinto que los pacientes esquizofrénicos y sus familiares es decir más conflictividad, más rigurosidad en las reglas y más necesidad de planificación. Así mismo Niveles elevados de emoción expresada guardan relación con el predominio de la sintomatología positiva en pacientes psicóticos. ($p=0.001$, $p=0.020$) (31)

Eugenio A Duarte y colaboradores en 2008, incluyeron 57 miembros familiares (17 hombres y 40 mujeres de 21 a 86 años de edad; de los cuales 20 fueron del grupo étnico Blanco, 21 Hispanos, y 16 de grupo étnico negro. Dentro de los resultados reportaron que 17 familiares puntuaron en alta Emoción Expresada y 38 en baja Emoción Expresada; Una de sus hipótesis planteaba que un mayor nivel educativo estaría asociado a un menor índice de Emoción expresada alta , sin embargo esta hipótesis no se sostuvo ya que los familiares con Emoción Expresada alta y baja tuvieron un mismo nivel educativo ($p > 0.05$). Por otro lado los resultados indican un principal efecto por etnicidad, mostrando que la raza negra hacen mas atribuciones causal de culpa que los blancos ($p > 0.05$) ; Además los blancos tuvieron mayor nivel educativo que los hispanos ($p > .05$). (7)

Juan Antonio Becerra (2009) en su Revisión “Emoción Expresada Familiar y Uso de Sustancias en Jóvenes”, realizado en la Universidad de España, cita cuatro artículos que relacionan un alto índice de Emoción Expresada y la Farmacodependencia Juvenil; dentro de los que se mencionan Schwartz et al en 1990 en donde la madre puntuaba una alta EE y se encontraron riesgos de Trastornos depresivos y de abuso de sustancias en el niño; Bullock, Bank y Burraston en 2020 en donde el padre, madre y hermanos puntuaron para alta EE y se encontró un aumento en la conducta antisocial, uso de drogas y arrestos delictivos en hijos y hermanos menores; Nelson et al en 2003 y Caspi y cols en 2004 en donde la madre presentaba una alta EE, se relacionó con un incremento en el consumo de sustancias así como deterioro funcional de los hijos (2)

III METODOLOGÍA

➤ JUSTIFICACIÓN

Existen algunos estudios que demuestran a la Emoción Expresada del familiar como un buen predictor de recaídas en pacientes con diagnóstico de Esquizofrenia; lo cual se ve directamente relacionado con un mayor número de hospitalizaciones, un incremento en el gasto económico de la familia, y el aumento en la sobrecarga de los familiares que se evidencia a través de las emociones, actitudes y conductas expresadas por los familiares hacia los pacientes y que se define como Emoción Expresada con sus tres componentes estudiados hasta el momento: crítica, hostilidad y sobre involucramiento; y así como un círculo vicioso que se retroalimenta sin llegar a una resolución benéfica para el paciente y su familia; por lo que parece importante que si el presente estudio demuestra que existe un alto nivel de Emoción Expresada asociado a un mayor número de hospitalizaciones, se podrían crear estrategias de intervención en la familia de modo que se lograra disminuir el nivel de Emoción Expresada de las familias que obtuvieran un alto puntaje, para disminuir por ende el índice de recaídas y hospitalizaciones de los pacientes.

➤ PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Existe asociación entre la alta emoción expresada y un mayor número de hospitalizaciones?

➤ OBJETIVOS

Objetivo General:

Estimar si existe relación entre la alta emoción expresada del familiar del paciente esquizofrénico y un mayor número de hospitalizaciones

Objetivos Específicos:

-Estimar la asociación de un alto índice de Emoción Expresada con número de hospitalizaciones en pacientes con diagnóstico de Esquizofrenia

-Estimar la asociación de un bajo índice de Emoción Expresada con número de hospitalizaciones en pacientes con diagnóstico de Esquizofrenia

-Estimar la asociación de un alto índice de Emoción Expresada con mayor sintomatología en pacientes con diagnóstico de Esquizofrenia

-Estimar la asociación de un bajo índice de Emoción Expresada con menor sintomatología en pacientes con diagnóstico de Esquizofrenia

➤ HIPÓTESIS

Hi1: Los pacientes en donde las familias presentan un alto nivel de emoción expresada, observan mayor número de hospitalizaciones, en comparación con los pacientes en donde las familias observan un bajo nivel de Emoción Expresada.

Ho1: El nivel de Emoción Expresada no se asocia con el número de hospitalizaciones de los pacientes con diagnóstico de esquizofrenia

Hi2: Los pacientes en donde las familias presentan un alto nivel de emoción expresada, observan mayor sintomatología, en comparación con los pacientes en donde las familias observan un bajo nivel de Emoción Expresada.

Ho2: El Nivel de Emoción Expresada no se asocia con la sintomatología que presentan los pacientes con Esquizofrenia.

➤ VARIABLES

Índice de Emoción Expresada: Es un índice global de emociones actitudes y conductas expresadas por los familiares ,acerca de un miembro de la familia que padece una enfermedad psiquiátrica (4)

Número de Hospitalizaciones: Se refiere a la cantidad de ocasiones en que el paciente ha sido hospitalizado

Gravedad de Sintomatología La suma de la expresión subjetiva del paciente y la apreciación objetiva del clínico (25)

➤ TIPO DE ESTUDIO

Se trata de un estudio transversal, observacional, y descriptivo.

➤ MUESTRA

No probabilística, intencional, por cuota, asignada por el observador de 60 pacientes con un familiar cada uno, divididos en 2 grupos: con alta emoción expresada y con baja emoción expresada.

➤ SUJETOS

60 pacientes con diagnóstico de Esquizofrenia
60 familiares de los pacientes con Esquizofrenia

➤ CRITERIOS DE SELECCIÓN

Criterios de inclusión del paciente:

- a) Pacientes de ambos sexos.
- b) Pacientes mayores de 18 años
- c) Que reúnan los criterios diagnósticos del DSM-IV- TR para Esquizofrenia.
- d) Que acepten participar en el estudio mediante el consentimiento informado.
- e) Pacientes ambulatorios que acudan al Hospital Psiquiátrico “ Fray Bernardino Álvarez”

Criterios de inclusión del familiar responsable:

- a) Que tenga convivencia cotidiana con el paciente, por lo menos en el último año previo al estudio.
- b) Que sea factible contactársele, para realizar entrevista
- c) Que acepte participar en el estudio mediante la firma del consentimiento informado.
- d) Puede ser uno de los padres, hermano, esposo u otro familiar
- e) Que sea mayor de 18 años

Criterios de exclusión del paciente:

- a) Pacientes que no tengan algún familiar que conviva con él.
- b) Pacientes cuyos familiares no se pudieron contactar.
- c) Pacientes que no acepten participar en el estudio a través del consentimiento informado.
- d) Pacientes cuyos familiares no acepten participar en el estudio a través del consentimiento informado.
- e) Pacientes con patología dual (Esquizofrenia y Consumo/dependencia a sustancias)
- f) Pacientes quienes no cumplan con criterios de Inclusión

Criterios de exclusión del familiar:

- a) Que su familiar (paciente) no cumpla con criterios de inclusión
- b) Que no cumpla con criterios de inclusión del familiar.

➤ INSTRUMENTOS

Escala Breve de Evaluación Psiquiátrica (BPRS)

La escala *Brief Psychiatric Rating Scale* (BPRS) se puso en uso en 1962 con Overall JE, Gorham DR en *The Brief Psychiatric Rating Scale Psychological Reports* y, desde entonces, se ha posicionado como el instrumento psicométrico aplicado por clínicos que se ha utilizado con mayor frecuencia en los últimos cuarenta años. Es una herramienta clínica, diseñada para medir el cambio en la gravedad de la psicopatología general. Así mismo es un instrumento diseñado para ser administrado por clínicos expertos con base en la información obtenida durante la entrevista clínica y la observación del paciente. Se estima que la escala se puede aplicar en 20 a 30 minutos mediante un modelo de entrevista semi-estructurada.

La escala original constaba de 16 ítems y en 1972, con el fin de aplicar la escala en investigación de clasificación descriptiva, se adicionaron los ítems que miden excitación y desorientación. Desde esa fecha, la escala incluye 18 ítems. Se realizó la traducción y la validación a la versión en castellano por Ricardo Sánchez y colaboradores (2005) en el Artículo "Análisis Factorial y Validación de la versión en Español de la *Brief Psychiatric Rating Scale*". En donde el instrumento mostró una buena consistencia interna (alfa de Cronbach de 0,79). Los coeficientes correspondientes a la confiabilidad interevaluador y prueba-reprueba fueron de 0,94 y 0,82, respectivamente. La correlación entre la escala BPRS y la Escala de Impresión Clínica Global (ICG) fue de 0,7 (r de Spearman).

Los ítems incluidos están relacionadas con preocupaciones somáticas, ansiedad psíquica, aislamiento emocional, desorganización conceptual, sentimientos de culpa, tensión, manierismos y posturas, grandiosidad, ánimo depresivo, hostilidad, suspicacia, alucinaciones, lentitud psicomotora, falta de colaboración, contenido extraño del pensamiento, embotamiento afectivo, excitación y desorientación. Cada constructo se califica según una escala Likert de 5 valores que oscila entre 0 (ausencia de síntomas) y 4 (muy grave). La puntuación global y puntuaciones en dos apartados: síntomas negativos y síntomas positivos. La puntuación total se obtiene sumando las puntuaciones en cada uno de los 18 constructos, por lo que puede oscilar entre 0 y 72. La puntuación en el cluster de síntomas negativos se obtiene sumando las puntuaciones en los constructos: 3 (retraimiento emocional), 13 (enlentecimiento motor), 16 (aplanamiento afectivo) y 18 (desorientación); Esta puntuación oscila entre 0 y 16.

La puntuación en el cluster de síntomas positivos se obtiene sumando las puntuaciones en los constructor 4 (desorganización conceptual), 11 (susplicacia), 12 (alucinaciones) y 15 (contenidos del pensamiento inusuales). Su puntuación oscila entre 0 y 16. Los puntos de corte son: 0-9: Ausencia del trastorno, 10-20: Trastorno leve o caso probable, ≥ 21 : Trastorno grave o caso cierto. (25)

Cuestionario- Encuesta Evaluación de nivel de Emoción Expresada (CEEE)

El Cuestionario- Encuesta Evaluación de nivel de Emoción Expresada (CEEE) elaborado por Guanilo JV y YM Seclén en 1993 en su Tesis “ Relación entre el nivel de conocimientos sobre enfermedad mental y nivel de Emoción Expresada de los familiares de pacientes esquizofrenicos de consultorios externos de INSM HD-HN” de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Medicina,Lima Perú. Obteniendo en cuanto a la confiabilidad, para la población de Perú un Alpha de Cronbach de 0.7.

Utilizada para medir el nivel de Emoción Expresada que se define como el Índice global de emociones, actitudes y conductas expresadas por los familiares acerca de un miembro de la familia que padece de una enfermedad psiquiátrica y que a partir de ello es mensurable en los familiares, los cuales expresan crítica, hostilidad o sobre implicación emocional. (3,4)

En cuanto a la Población Mexicana: En 1999 se realizó la CEEE por Daniela Rascón Gasca, en su Tesis “La opinión afectiva del paciente Esquizofrénico y la Emoción Expresada por los Familiares” en la Universidad Nacional Autónoma de México, obteniendo un Alpha estandarizada de Cronbach de 0.6278; (32) Y en el 2002 Arturo Chávez Flores en su Tesis “ Correlación entre el nivel de Emoción Expresada por el familiar y el grado de severidad sintomatológica en pacientes con Trastorno de la alimentación” en donde para la evaluación de Emoción Expresada se aplico el CEEE en el cual se encontró una confiabilidad, aplicando la fórmula para el análisis de consistencia interna, un Alpha estandarizada de Cronbach de 0.8778 (3)

El CEEE es aplicado al familiar, y está conformado por 30 reactivos que miden tres componentes: La crítica, La sobreprotección y La hostilidad. Cada componente está formado por 10 reactivos. La calificación de este cuestionario reporta que a mayor puntaje la emoción expresada es más alta. El punto de corte es: De 30 a 64: Baja Emoción Expresada y de 65 a 120 : Alta emoción Expresada.(4,3)

➤ PROCEDIMIENTO

Se evaluaron a 60 pacientes ambulatorios que acuden al Hospital Psiquiátrico “ Fray Bernardino Álvarez”, con su familiar y que cumplieron con los criterios de inclusión del presente estudio; Al familiar (previa explicación del instrumento) se le solicitó que respondiera el Cuestionario-Encuesta-Evaluación del Nivel de Emoción Expresada; Al paciente se le aplicó la Escala Breve de Evaluación Psiquiátrica (BPRS) y a ambos se les solicitaron datos sociodemográficos para así poder Identificar el nivel de emoción expresada en los familiares y estimar su asociación con el número de hospitalizaciones y sintomatología del paciente. Se recabaron los datos obtenidos realizando base de datos de Microsoft Excel 2010 y se realizó análisis estadístico a través de paquete estadístico SPSS.

IV RESULTADOS

Se estudió un total de 60 pacientes y 60 familiares, con un total de 120 cuestionarios (datos sociodemográficos), 60 cuestionarios (Cuestionario- Encuesta Evaluación de nivel de Emoción Expresada), 60 Escalas (Escala Breve de Evaluación Psiquiátrica)

En el grupo de familiares; la edad promedio fue de 47.68, siendo 40 mujeres (60%) y 20 hombres (40%), el 53.33% se refirieron católicos, el 30% la cristianos, el 10% agnósticos y el 6.66% practican otra religión. El 40% estudio hasta la primaria, el 30% hasta la secundaria, el 21.33% preparatoria y el 8.33% Licenciatura. El 10% son estudiantes, el 53.3% tienen empleo y el 36.66% están desempleados. 30% son solteros, 56.6% casados o en unión libre y 13.33% divorciados. (cuadro 1)

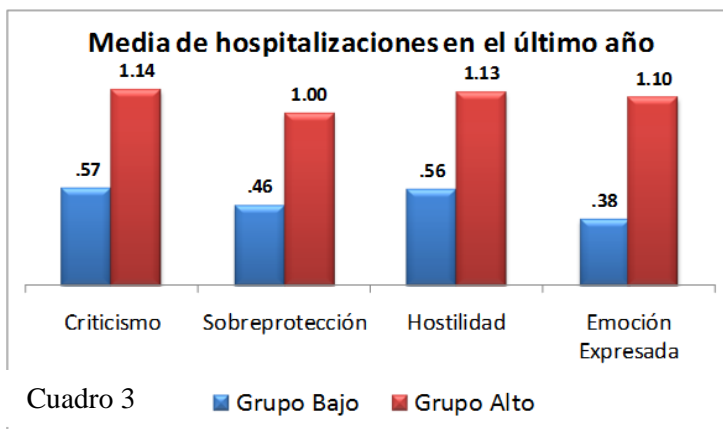
En el grupo de pacientes; la edad promedio fue de 36.85, el 48.33% son mujeres y el 51.66% hombres; el 56.66% están solteros, el 36.66% casados o en unión libre, y el 6.6% divorciados; 55% refirieron ser católicos, el 31.66% cristianos, el 8.33% agnósticos y el 5% de otra religión. En cuanto a la escolaridad el 50% estudió la primaria, el 33.33% la secundaria y el 16.6% la preparatoria; El 1.66 estudia, el 21.66% tiene una actividad laboral y el 76.66% está desempleado. (cuadro 2)

CUADRO 2. GRUPO DE PACIENTES.		
Características Sociodemográficas		
CARACTERÍSTICA	N	%
SEXO		
MUJER	29	48.33
HOMBRE	31	51.66
ESTADO CIVIL		
SOLTERO	34	56.66
CASADO O UNION LIBRE	22	36.66
DIVORCIADO O SEPARADO	4	6.66
RELIGIÓN		
CATOLICO	33	55
CRISTIANO	19	31.66
OTRA	3	5
AGNOSTICO	5	8.33
ESCOLARIDAD		
PRIMARIA	30	50
SECUNDARIA	20	33.33
PREPARATORIA	10	16.66
LICENCIATURA	0	0
OCUPACIÓN		
ESTUDIANTE	1	1.66
EMPLEADO	13	21.66
DESEMPLEADO	46	76.66

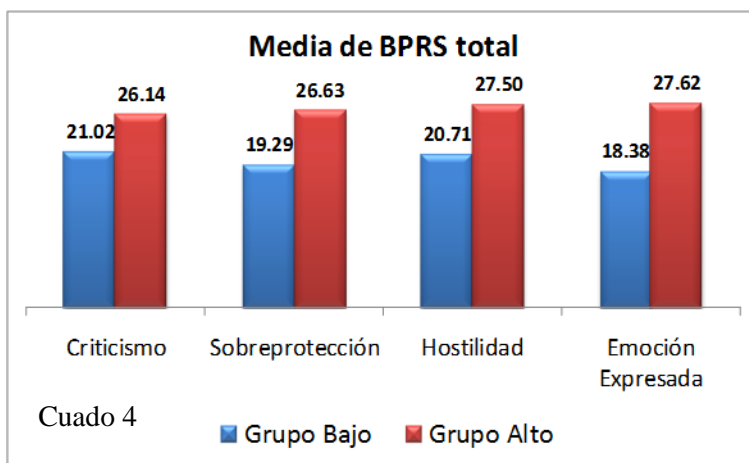
CUADRO 1. GRUPO DE FAMILIARES		
Características Sociodemográficas		
CARACTERÍSTICA	N	%
SEXO		
MUJER	40	66.66
HOMBRE	20	33.33
ESTADO CIVIL		
SOLTERO	18	30
CASADO O UNION LIBRE	34	56.66
DIVORCIADO O SEPARADO	8	13.33
RELIGIÓN		
CATOLICO	32	53.33
CRISTIANO	18	30
OTRA	4	6.66
AGNOSTICO	6	10
ESCOLARIDAD		
PRIMARIA	24	40
SECUNDARIA	18	30
PREPARATORIA	13	21.66
LICENCIATURA	5	8.33
OCUPACIÓN		
ESTUDIANTE	6	10
EMPLEADO	32	53.33
DESEMPLEADO	22	36.66

De la muestra estudiada (N=60) : 39 familiares reportaron Emoción Expresada baja (63.33%) y 21 Emoción expresada alta (36.66%).

La media estadística de hospitalizaciones en el último año de pacientes con familiares de alta Emoción Expresada fue de 1.10 y la de pacientes con familiares de baja Emoción Expresada fue de 0.38 ($p < 0.001$); Por otro lado tomando en cuenta los componentes de la Emoción Expresada, en los pacientes de familiares con niveles altos de criticismo, sobreprotección y hostilidad, se encontró una media estadística de hospitalización en el último año de 1.14, 1 , y 1.13 respectivamente y en los pacientes con familiares que reportaron bajos niveles de dichos componentes fue de 0.57 ($p=0.17$), 0.46 ($p=0.001$) y 0.56 ($p= 0.13$) respectivamente (Cuadro 3)

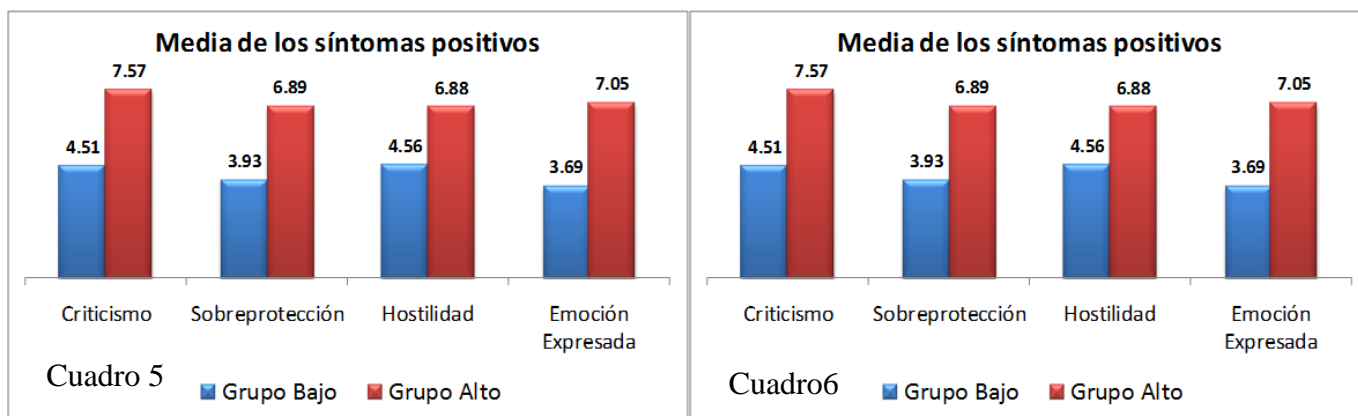


En cuanto a la relación que guarda la Emoción Expresada de los familiares y la sintomatología de los pacientes; La media estadística de la Escala Breve de apreciación Psiquiátrica fue de 27.62 en pacientes con familiares de alta Emoción Expresada y de 18.38 ($p < 0.001$) en pacientes con familiares de baja Emoción Expresada. Tomando en cuenta a los componentes de la Emoción Expresada, en los pacientes de familiares con niveles altos de Criticismo, Sobreprotección, y Hostilidad, se encontró una media estadística de hospitalización en el último año de 26.14, 26.63, y 27.50 respectivamente; en los de baja emoción expresada fue de 21.02 ($p=0.079$), 19.29 ($p < 0.001$) y 20.71 ($p=0.012$) respectivamente. (cuadro 4)



En relación con los síntomas positivos y negativos de la BPRS encontrados en los pacientes y la relación con la Emoción Expresada de sus familiares; La media estadística de los síntomas positivos de pacientes con familiares de alta EE fue de 7.05 en contraste con los de baja EE que fue de 3.69 ($p < 0.001$); Observando con mayor peso estadístico el criticismo y la sobreprotección elevados con una media de síntomas positivos de 7.57 y 6.89 frente a los de baja EE que fue de 4.51 ($p=0.004$) y 3.93 ($p < 0.001$). (Cuadro 5).

La media estadística de los síntomas negativos de pacientes con familiares de alta EE fue de 6.62 y los de baja EE de 3.97 ($p < 0.001$); Siendo estadísticamente significativa la sobreprotección; siendo que la media de síntomas negativos en pacientes con familiares de alta EE fue de 5.95 y en los de baja de 4.41 ($p=0.006$) (Cuadro 6)



Se analizaron la edad y el sexo del familiar en relación con la edad y sexo del paciente; encontrándose una media estadística de Emoción Expresada de 49.67 cuando el cuidador y el paciente son mujeres y de 56.89 cuando el cuidador es mujer y el paciente hombre de 56.89 ; Al ser el cuidador y paciente hombres de 61.08, y el familiar hombre y paciente mujer de 66.38 ; teniendo más peso estadístico el sexo del familiar con una $p= 0.18$.

En cuanto a la edad del familiar y la relación con la edad del paciente los resultados no fueron estadísticamente significativos; sin embargo se observó que las edades guardan una relación de la siguiente manera: cuando el paciente es mayor que el familiar la media estadística de la EE fue de 59.48, cuando tienen edades similares la media estadística fue de 55.96, y cuando el paciente es menor que el familiar la media estadística de la EE fue de 47.88 ($p=0.200$).

Un análisis de regresión lineal mostró que la alta Emoción Expresada del familiar fue un factor predictivo muy significativo para un mayor número de hospitalizaciones en el último año y mayor gravedad en la sintomatología de los pacientes con esquizofrenia. ($p < 0.001$) En el gráfico 1 se muestra la correlación entre el número de hospitalizaciones en el último año y el nivel de EE del familiar, al ser una variable discreta el gráfico muestra los resultados por paciente, y en donde se puede observar que entre mas alta es la EE, el número de hospitalizaciones fue mayor. ($p < 0.001$)

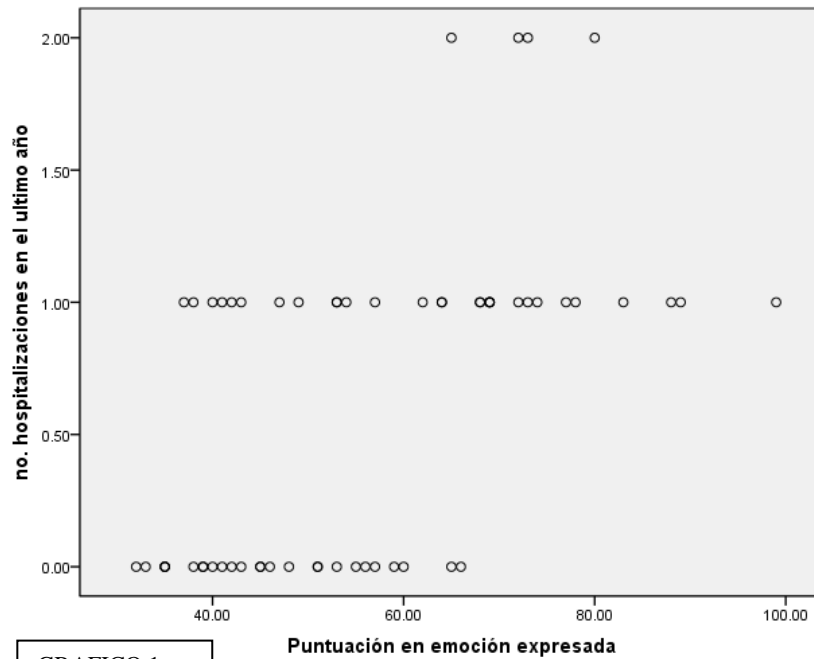


GRAFICO 1

Los pacientes de familiares con alta EE tuvieron mayor número de hospitalizaciones en el último año en comparación con los de baja EE; y tomando en cuenta los componentes de la Emoción Expresada, se obtuvo como resultado que los pacientes de familiares con altos niveles de criticismo, sobreprotección y hostilidad tuvieron mayor número de hospitalizaciones en el último año que los pacientes de familiares que puntuaron bajo en dichos componentes.

En relación a la Emoción Expresada del familiar y la gravedad de la sintomatología de los pacientes, se encontró que los pacientes de familiares con alta EE presentaron una mayor puntuación en la BPRS, siendo la media estadística de 27.62, lo que corresponde a sintomatología grave en comparación con los pacientes de familiares de baja emoción expresada, en donde la media estadística de la BPRS fue de 18.38, que corresponde a sintomatología leve.

Así mismo al tomar en cuenta los componentes de la Emoción Expresada se encontró que los pacientes de familiares con niveles altos de Criticismo, Sobreprotección y Hostilidad tuvieron mayor puntuación en la BPRS correspondientes a sintomatología grave en los tres componentes, en comparación con los pacientes de familiares con baja EE quienes tuvieron menor puntuación en la BPRS; sin embargo, solo los pacientes de familiares con baja sobreprotección y hostilidad, presentaron sintomatología leve, ya que aunque el bajo nivel de criticismo del familiar se relaciona a una menor puntuación en la BPRS del paciente, la media estadística fue de (21.02) que corresponde a sintomatología grave.

En cuanto a los síntomas positivos y negativos del paciente y la relación que guardan con la Emoción Expresada del familiar, se observó que los pacientes con familiares de alta Emoción Expresada presentaron mayor puntuación de síntomas positivos y negativos, predominando la sintomatología positiva; en comparación con los pacientes de familiares de baja EE quienes obtuvieron menor puntuación de síntomas positivos y negativos. Así mismo al analizar los componentes de la Emoción Expresada, se observó que el alto nivel de criticismo y sobreprotección de los familiares se relacionó con mayor puntuación de síntomas positivos en los pacientes y el alto nivel de sobreprotección de los familiares se relacionó con puntuaciones altas de síntomas negativos en el paciente.

Al analizar la relación de la Emoción Expresada del familiar y el género tanto del familiar como del paciente, se observó que cuando el familiar y el paciente son mujeres la EE es baja, cuando el familiar es mujer y el paciente hombre la EE es baja, cuando el familiar y el paciente son hombres la EE es baja; sin embargo cuando el familiar es hombre y el paciente mujer la EE es alta; En cuanto a la edad de ambos, los resultados aunque no estadísticamente significativos arrojan que a mayor edad del paciente en relación al familiar la Emoción Expresada es más alta.

V DISCUSIÓN

En el presente estudio se observó que la edad promedio de los familiares fue de 47 años, la mayoría son casados o en unión libre, de religión católica y su escolaridad promedio fue de primaria y secundaria, y la mayoría están empleados. En cuanto al género de los familiares que fungen como cuidadores primarios fueron en su mayoría mujeres, coincidiendo así con estudios anteriores como el de Mora (2005) en el que 80% de los familiares fueron mujeres, así mismo Eugenio A Duarte (2008) reporta al 70% de cuidadores del género femenino; en la muestra del presente trabajo el porcentaje de familiares del género femenino fue del 60%. (7,17)

Y a diferencia de Alberto Espina y cols que en 1999 reportan una muestra de 50 pacientes en donde la edad promedio fue de 18 años; en el presente trabajo la edad promedio de los pacientes fue de 36 años (8)

Por otra parte los resultados obtenidos en este trabajo, muestran que los pacientes que tuvieron un mayor número de hospitalizaciones en el último año y mayor gravedad en los síntomas de esquizofrenia cuentan con familiares con alta Emoción Expresada, en comparación con los pacientes que tuvieron un menor número de hospitalizaciones y síntomas de leve a moderado y que cuentan con familiares con baja Emoción Expresada; Lo cual coincide con estudios anteriores en donde se ha estudiado sobre la influencia que tiene la Emoción Expresada del familiar sobre el número de hospitalizaciones y la sintomatología del paciente esquizofrénico; como Espina (1999), y Marom (2005) quienes reportaron que los pacientes con familiares de alta Emoción Expresada tuvieron mayor número de hospitalizaciones que los pacientes con familiares de baja Emoción Expresada; y Espina (1999), Ma. Luisa Rascón (2008), Fallon y cols (1982) reportaron que los pacientes con familiares de alta Emoción Expresada presentaron mayor gravedad en la sintomatología en comparación a los pacientes con familiares de baja Emoción Expresada quienes presentaron sintomatología más leve. (9,15,24)

Contrario a lo encontrado por Alberto Espina (1999) quien reporta que los pacientes con familiares de alta Emoción Expresada presentan sintomatología mixta, mientras que los de baja EE presentan síntomas positivos; encontrando el componente sobreprotección con mayor peso estadístico sobre la sintomatología del paciente; El presente estudio reporta que la alta EE de los familiares se relaciona con mayor gravedad en la sintomatología positiva y negativa; predominando los síntomas positivos; en comparación con los pacientes de familiares de baja Emoción Expresada quienes presentaron menor gravedad de síntomas positivos y negativos. Así mismo al observar los componentes de la Emoción Expresada, el criticismo y la sobreprotección tuvieron relación con altos niveles de síntomas positivos en los pacientes y el alto nivel de sobreprotección se relacionó con mayor gravedad de síntomas negativos. La divergencia en los resultados tal vez se deba a que la muestra de pacientes del estudio realizado por Espina, tuvo una edad promedio de 18 años a diferencia de la observada en el presente estudio que fue de 36 años; lo que favorece una mayor sobreprotección al paciente de menor edad. (8)

En cuanto al género del familiar y del paciente, se observó que cuando el familiar y el paciente eran ambos mujeres ó ambos hombres, así como en donde el familiar era mujer y el paciente hombre la Emoción Expresada del familiar fue baja; sin embargo cuando el

familiar es hombre y la paciente mujer la Emoción expresada fue alta. Lo cual también es referido por Reyes (1999) mencionando además que dicha relación tal vez se deba a las expectativas laborales y de productividad puestas en el varón en contraste con la mujer.

Y por último, al contrario de los resultados obtenidos por Dulz y Hand (1986), Parker y cols (1988) quienes no encontraron relación entre la Emoción Expresada de los familiares y la sintomatología y número de hospitalizaciones de los pacientes esquizofrénicos; el presente trabajo si encuentra relación entre mayor gravedad de sintomatología y mayor número de hospitalizaciones en pacientes con familiares de alta Emoción Expresada y menor número de hospitalizaciones y menor gravedad de sintomatología en pacientes con familiares de baja Emoción Expresada (1,20)

VI CONCLUSIONES

En base al análisis de resultados y su comparación con los encontrados en otras literaturas se concluye que los pacientes esquizofrénicos con familiares de alta Emoción Expresada, tuvieron mayor número de hospitalizaciones en el último año en comparación a los pacientes esquizofrénicos con familiares de baja Emoción Expresada, lo cual permite comprobar la hipótesis 1 de investigación.

Se comprobó la segunda Hipótesis de Investigación en la cual se esperaba que los pacientes esquizofrénicos con familiares de alta Emoción Expresada presentaran mayor sintomatología, en comparación a los pacientes esquizofrénicos con familiares de baja Emoción Expresada.

Rechazándose así la Hipótesis nula 1 y 2 en las cuales no se esperaba encontrar relación entre la Emoción Expresada del familiar con el número de hospitalizaciones y sintomatología del paciente con esquizofrenia.

Por otra parte se concluye que dentro de los componentes de la Emoción Expresada, el criticismo y la sobreprotección prestan un papel importante para generar síntomas positivos, por encima de la hostilidad.

El género del familiar observa una alta Emoción Expresada solo cuando el familiar es hombre y el paciente mujer; valiendo la pena investigar la causalidad de este fenómeno que si bien podría ser explicado por el estigma social hacia la mujer como procuradora de cuidados y el hombre como solo proveedor.

Por último, ya que la Emoción Expresada del familiar se observó estrechamente relacionada con la sintomatología y número de hospitalizaciones de los pacientes con esquizofrenia, sería de vital importancia realizar intervenciones efectivas que disminuyan la Emoción Expresada del familiar y por ende favorecer la disminución de síntomas y número de Hospitalizaciones del paciente; y esto podría derivar en un estudio de seguimiento y cohorte de la presente muestra una vez que se hayan realizado intervenciones familiares por un determinado tiempo, para comparar los resultados obtenidos sobre los familiares y el paciente.

VII LIMITACIONES DEL ESTUDIO

Una limitación en la elaboración del presente trabajo es que la representatividad queda reducida al tipo de familias que acuden a esta institución.

La validez interna del estudio se vio afectada por la historia de cada paciente y su familia y la cronicidad de la enfermedad.

XVIII REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Becerra J. *El Constructo Emoción Expresada En La Esquizofrenia*. Psicología/Psiquiatría 2008 abril.
2. Becerra J. *Emoción Expresada Familiar y uso de Sustancias en Jóvenes*. Health and Addictions. 2009; 9(2) 209-222.
3. Chávez A. *Correlación entre el nivel de Emoción Expresada por el familiar y el grado de severidad Sintomatología en Pacientes con Trastorno De La Alimentación*. Tesis Especialidad en Psiquiatría. Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Medicina. 2002
4. Chávez A. *Emoción Expresada en familiares de pacientes con Trastornos de la Conducta Alimentaria*. Liber Adicctus. 2006 julio-Agosto;12(92).
5. Coordinación de Salud Mental SSA. *Diagnóstico Epidemiológico*. Boletín de Información estadística 1998.
6. De las Cuevas J, González R. *Historia Natural de la Esquizofrenia*. Anales de psiquiatría 1993; 9(7) 279-281.
7. Duarte E, Weisman A. *Educational Attainment as a Predictor of Attributions and Expressed Emotion in a Tri-Ethnic Sample of Relatives of Patients with Schizophrenia*. Interamerican Journal Of Psychology 2008 abril;42(1)
8. Espina A, Pumar B. *Correlación entre Emoción Expresada por padres de Esquizofrénicos y su percepción por los hijos*. Asociación Española de Neuropsiquiatría. 1999; 19(71) 393- 406.
9. Espina A. *Emoción Expresada y Variables Contextuales en Padres de Esquizofrénicos*. Asociación Española Neuropsiquiatría 2000; 20(79): 49-64.
10. Fresán A, Apiquian R. *Ambiente Familiar y Psicoeducación en el Primer Episodio de Esquizofrenia*. Salud Mental. 2001; 24 (4)
11. García P, Bascarán M. Banco de Instrumentos básicos para la Práctica de la Psiquiatría Clínica. 4ª Edición Ars Médica. 2009
12. Jaureguizar J. *Estudio de la Emoción Expresada Familiar en relación al curso de la Enfermedad de Crohn*. Medicina Psicosomatica y Psiquiatría de Enlace. 2005;73 (2)
13. Kaplan B, Alcote V. Sinopsis de Psiquiatría. 10ª Ed México. Waverly Hispanica 2009. p 471-480
14. Manual Diagnóstico Y Estadístico De Los Trastornos Mentales DSM IV TR MASSON 2002
15. Marom S. *Expressed Emotion: Relevance to Rehospitalization in Schizophrenia over 7 Years*. Schizophrenia Bulletin. 2005; 31(3) 751-758.
16. Medina M. *Prevalencia de los Trastornos Mentales y uso de Servicios*. Salud Mental, 2003; 26(4).
17. Mora Y. *Carga Subjetiva y Emoción Expresada en el cuidador del paciente diagnosticado con Esquizofrenia*. Tesis licenciatura en Psicología Universidad Nacional Autónoma de México 2005

18. Muela J, Godoy J. *Importancia de los componentes de la Emoción Expresada*. Clínica y Salud 200;12(2);179-197.
19. Muela J, Godoy J. *Programa de Intervención Familiar en Esquizofrenia, dos años de seguimiento del estudio de Andalucía*. Universidad de Jaén. 2000
20. Muela J, Godoy J. *El Estrés Crónico en la Esquizofrenia: La Emoción Expresada*. Universidad de Jaén (España) 1992
21. Muela J, Godoy J. *Programas actuales de Intervención Familiar en Esquizofrenia*. Psicotherma 200;13(1) 1-6.
22. Muela J, Godoy J. *Reactividad de la medida de la Emoción Expresada durante un ingreso*. Psicología General Aplicada 2003; 8(1)
23. Rascón D. *La Opinión Afectiva del paciente Esquizofrénico y La Emoción Expresada Por Los Familiares*". Tesis Licenciatura en Psicología. Universidad Nacional Autónoma de México. 1999
24. Rascón M, Gutiérrez M, Valencia M, Murow E. *Relación Entre la Emoción Expresada por el Familiar Responsable y la Conducta Sintomática de Pacientes con Esquizofrenia, Incluido el funcionamiento social*. Salud Mental 2008;31:205-212
25. Sánchez R, Alexander M. *Análisis Factorial y Validación de la versión en español de la Escala Brief Psychiatric Rating Scale*. Biomedica 2005;5(001)
26. Santos A. *Longitudinal Study of the Stability of Expressed Emotion in Families of Schizophrenic Patients: A 9 months follow up*. The Spanish Journal of Psychology 2001; 4(1) 65-71.
27. Steven R. *Cultural Variability in the Manifestation of Expressed Emotion*. Family Process 2009;48(2).
28. Valencia M, Rascón M. *Aportaciones de la Investigación respecto al tratamiento psicosocial y familiar de pacientes con Esquizofrenia*. Salud Mental 2003;.26(005);1-18
29. Valencia M. *Trastornos Mentales y problemas de Salud Mental*. Salud Mental 2007, 30 (002) 75-80.
30. Velligan D. *Brief Psychiatric Scale Expanded Version: How Do New Items Affect Factor Structure*. Psychiatry Research. 2005; 217-228.
31. Vidal M. *Ambiente Familiar y Emoción Expresada en pacientes con Esquizofrenia y otras Psicosis; En Sus Familiares De Primer Grado*. Actas Españolas de Psiquiatría. 2008; 36 (5): 271-276
32. Vizcarro C, Arévalo J. *Emoción Expresada :Introducción al Concepto, Evaluación e Implicaciones Pronósticas Y Tratamiento*. Universidad Autónoma de Madrid.1984

FICHA DE IDENTIFICACIÓN

**NOMBRE DEL
PACIENTE:** _____

EDAD: _____ **SEXO:** _____ **ESTADO CIVIL:** _____

RELIGIÓN: _____ **ESCOLARIDAD:** _____

¿A QUE SE DEDICA?: _____

NUMERO DE INTERNAMIENTOS EN TOTAL A LO LARGO DE SU VIDA: _____

NUMERO DE INTERNAMIENTOS EN EL ULTIMO AÑO: _____

**NOMBRE DEL
FAMILIAR:** _____

EDAD: _____ **SEXO:** _____ **ESTADO CIVIL:** _____

RELIGIÓN: _____ **ESCOLARIDAD:** _____

¿A QUE SE DEDICA?: _____

DIRECCIÓN: _____

_____ **TELÉFONO:** _____

CONSENTIMIENTO INFORMADO

NOMBRE: _____ FECHA: _____

1. Propósito: Le pedimos tomar parte de un trabajo de investigación, que tiene como objetivo: *Determinar si existe asociación entre la alta Emoción Expresada en familias de pacientes esquizofrénicos y la frecuencia de recaídas en un año.*

2. Procedimientos y duración: Los procedimientos que se realicen tendrán tan sólo propósitos diagnósticos . Si acepta participar en este taller, se le pedirá que complete los siguientes procedimientos de investigación:

Será entrevistado de manera breve por el entrevistador

Se le invitará a firmar este documento

APLICACIÓN DE ESCALA BREVE DE EVALUACIÓN PSIQUIATRICA

Los datos proporcionados como su nombre, dirección, ocupación, estado civil, escolaridad etc; se anotarán en hojas preparadas para tal fin y su manejo estadístico será completamente confidencial.

Los orientadores y consejeros que tengan acceso a estos datos no obtendrán ningún tipo de beneficio más que el simplemente académico y de investigación.

3. Riesgos e incomodidades: No tiene ningún riesgo al participar en este taller investigación. Las entrevistas serán realizadas por una persona con entrenamiento en la salud mental (médico residente en Psiquiatría), el cual protegerá su confidencialidad

4. Beneficios potenciales: La participación en esta investigación solo le traerá beneficios a nivel personal una alta emoción expresada relacionada con las recaídas de su paciente, se tomaran medidas pertinentes para el tratamiento oportuno.

5. Derecho de retirarse de la investigación: La participación en esta investigación es voluntaria, usted puede rehusarse a estar en el o a retirarse en cualquier momento.

6. Confidencialidad: Su identidad permanecerá confidencial. Si surgen publicaciones o presentaciones de los resultados de este proyecto, su identidad permanecerá confidencial. Esto significa que su nombre, dirección, edad o cualquier otra información que pueda identificarlo por su nombre, no será brindada a otra persona sin su consentimiento por escrito. Ninguna de la información de esta investigación aparecerá en sus registros médicos, y no se brindará a otras instituciones.

Si tiene alguna pregunta, siéntase libre de hacerla. Si mas tarde tiene preguntas adicionales, o desea informar acerca de un problema médico, que pueda estar relacionado con este estudio, a la doctora María Magdalena Gutiérrez Leyva, comunicarse al cel: 0445540748077. También puede contactarnos vía mail verliberec@hotmail.com

SU FIRMA INDICA QUE USTED HA DECIDIDO FORMAR PARTE DE LA INVESTIGACION, QUE HA LEIDO Y COMPRENDIDO LA INFORMACION ANTERIOR Y QUE SE LE HA EXPLICADO

FIRMA PARTICIPANTE

FIRMA INVESTIGADOR

FIRMA TESTIGO

CONSENTIMIENTO INFORMADO

NOMBRE (FAMILIAR): _____ FECHA: _____

1. Propósito: Le pedimos tomar parte de un trabajo de investigación, que tiene como objetivo: *Determinar si existe asociación entre la alta Emoción Expresada en familias de pacientes esquizofrénicos y la frecuencia de recaídas en un año.*

2. Procedimientos y duración: Los procedimientos que se realicen tendrán tan sólo propósitos diagnósticos . Si acepta participar en este taller, se le pedirá que complete los siguientes procedimientos de investigación:

Será entrevistado de manera breve por el entrevistador

Se le invitará a firmar este documento

APLICACIÓN DE CUESTIONARIO- ENCUESTA EVALUACIÓN DE NIVEL DE EMOCIÓN EXPRESADA

Los datos proporcionados como su nombre, dirección, ocupación, estado civil, escolaridad etc; se anotarán en hojas preparadas para tal fin y su manejo estadístico será completamente confidencial.

Los orientadores y consejeros que tengan acceso a estos datos no obtendrán ningún tipo de beneficio más que el simplemente académico y de investigación.

3. Riesgos e incomodidades: No tiene ningún riesgo al participar en este taller investigación. Las entrevistas serán realizadas por una persona con entrenamiento en la salud mental (médico residente en Psiquiatría), el cual protegerá su confidencialidad

4. Beneficios potenciales: La participación en esta investigación solo le traerá beneficios a nivel personal una alta emoción expresada relacionada con las recaídas de su paciente, se tomaran medidas pertinentes para el tratamiento oportuno.

5. Derecho de retirarse de la investigación: La participación en esta investigación es voluntaria, usted puede rehusarse a estar en el o a retirarse en cualquier momento.

6. Confidencialidad: Su identidad permanecerá confidencial. Si surgen publicaciones o presentaciones de los resultados de este proyecto, su identidad permanecerá confidencial. Esto significa que su nombre, dirección, edad o cualquier otra información que pueda identificarlo por su nombre, no será brindada a otra persona sin su consentimiento por escrito. Ninguna de la información de esta investigación aparecerá en sus registros médicos, y no se brindará a otras instituciones.

Si tiene alguna pregunta, siéntase libre de hacerla. Si mas tarde tiene preguntas adicionales, o desea informar acerca de un problema médico, que pueda estar relacionado con este estudio, a la doctora María Magdalena Gutiérrez Leyva, comunicarse al cel: 0445540748077. También puede contactarnos vía mail verliberec@hotmail.com

SU FIRMA INDICA QUE USTED HA DECIDIDO FORMAR PARTE DE LA INVESTIGACION, QUE HA LEIDO Y COMPRENDIDO LA INFORMACION ANTERIOR Y QUE SE LE HA EXPLICADO

FIRMA (FAMILIAR)

FIRMA TESTIGO

FIRMA INVESTIGADOR

ESCALA BREVE DE APRECIACIÓN PSIQUIATRICA (BPRS)

Ricardo Sánchez et al. 2005

NOMBRE DE PACIENTE: _____

FECHA: _____

	0 (Ausencia)	1 (Muy leve)	2 (leve)	3 (Moderado)	4 (Severo)
1. Preocupación somática					
2. Ansiedad psíquica					
3. Aislamiento emocional					
4. Desorganización conceptual (incoherencia)					
5. Autodesprecio y sentimientos de culpa					
6. Tensión. Ansiedad somática					
7. Manierismo y posturas extrañas					
8. Grandeza					
9. Humor depresivo					
10. Hostilidad					
11. Susplicacia					
12. Alucinaciones					
13. Enlentecimiento motor					
14. Falta de cooperación					
15. Contenido inusual del pensamiento					
16. Embotamiento, aplanamiento afectivo					
17. Excitación					
18. Desorientación y confusión					
SUB-TOTAL					
TOTAL					
Síntomas negativos (ítems 3, 13, 16, 18):					
Síntomas positivos (ítems 4, 11, 12, 15):					

EMOCION EXPRESADA DEL FAMILIAR (GUANILO Y SECLÉN)
Version modificada
Instituto Nacional de Psiquiatria

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 ayudarle a mejorar su relación con el.

Instrucciones:

Usted deberá poner una cruz (X) dentro del casillero que mejor describa su respuesta. Debera 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 mas veces o frecuentemente** en este caso ponga la (X) en el recuadro **CASI SIEMPRE**
- Si **Diario o muy a menudo** ponga la (X) en el recuadro **SIEMPRE**

	NUNCA Menos de una vez al mes	CASI NUNCA Ocasionalmente	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 el 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 molestarme 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				
20. Dejo a mi familiar solo por su cuenta				
21. El saber que la enfermedad de mi familiar 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				

	NUNCA Menos de una vez al mes	CASI NUNCA Ocasional mente	CASI SIEMPRE Frecuente pero no constante	SIEMPRE Diario
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 vaya a otro lado				
26. En casa estoy 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. Procuero hacerle sentir vergüenza a mi familiar enfermo para que deje de hacer algunas cosas desagradables				