



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA

HOSPITAL PSIQUIÁTRICO “FRAY BERNARDINO ÁLVAREZ”

RELACIÓN ENTRE LA EMOCIÓN EXPRESADA POR LA FAMILIA Y LA
SINTOMATOLOGÍA DE PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA.

PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALIDAD EN PSIQUIATRÍA

PRESENTA:

OMAR SANCHEZ GONZALEZ

Dra. Gabriela Garza Contreras

ASESOR TEÓRICO

Dr. Félix A. Ambrosio Gallardo

ASESOR METODOLÓGICO



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

Vo.Bo DRA. GABRIELA GARZA CONTRERAS

JEFA DE HOSPITAL PARCIAL DE DIA

HOSPITAL PSIQUIÁTRICO “FRAY BERNARDINO ÁLVAREZ”

ASESOR TEÓRICO

Vo.Bo DR. FELIX A. ARMANDO AMBROSIO GALLARDO

MEDICO ADSCRITO

HOSPITAL PSIQUIÁTRICO “FRAY BERNARDINO ÁLVAREZ”

ASESOR METODOLÓGICO

INDICE

I MARCO TEÓRICO.....	1
II ANTECEDENTES.....	19
III METODO.....	25
- Justificación	
- Planteamiento del problema	
- Objetivo general	
- Objetivos específicos	
- Hipótesis	
- Variables	
- Muestra	
- Criterios de selección	
- Tipo de estudio	
- Unidades de medida	
- Procedimiento	
IV RESULTADOS.....	36
V DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES.....	42
VI BIBLIOGRAFÍA.....	45
ANEXOS.....	50
- Consentimiento informado del familiar	
- Consentimiento informado del paciente	
- Cuestionario encuesta de emoción expresada del familiar	
- Escala para el síndrome positivo y negativo de la esquizofrenia (PANSS)	

RESUMEN:

La línea de estudios que contempla los mecanismos familiares estresantes utiliza un concepto denominado Emoción Expresada (EE) en el ambiente familiar, que se refiere a la evaluación de la cantidad y calidad de las actitudes y sentimientos relacionados con la crítica, hostilidad y sobreinvolucramiento que uno de los familiares expresa acerca de uno o varios miembros de la familia diagnosticado con esquizofrenia. Estas actitudes de los familiares se han asociado con la presencia de recaídas en los pacientes a los dos años de haber sido dados de alta, especialmente cuando los miembros de la familia y el paciente conviven en el mismo espacio y pueden tener contacto por lo menos 35 horas o más semanales. El propósito de este trabajo consiste en mostrar la relación entre el tipo de Emoción Expresada (tanto alta como baja) por la familia, y los Síntomas negativos y positivos que presenta el paciente esquizofrénico.

Se utilizó un diseño transversal de una muestra no probabilística y de tipo circunstancial, los sujetos de estudio fueron 60 pacientes con esquizofrenia y 60 familiares responsables, que asistían a la consulta externa del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez en la Ciudad de México. Al paciente se le aplicaron los criterios diagnósticos del DSMIV TR para Esquizofrenia y el PANSS (Positive and Negative Syndrome Scale), finalmente se midió el nivel de Emoción Expresada en los familiares, mediante el Cuestionario-encuesta, evaluación del nivel de Emoción Expresada (CEEE).

Los resultados indicaron que al comparar las distintas subescalas del PANSS con el nivel de Emoción Expresada se encontró, que existe una asociación entre los

síntomas positivos y todas las subescalas de Emoción Expresada. Los síntomas negativos se asociaron a la crítica y la sobreprotección. La psicopatología general se asocia con las subescalas de crítica, sobreprotección y Emoción Expresada (puntaje total). La escala compuesta solo se asoció con la escala de crítica. La crítica fue mucho mayor en los hombres, pero la hostilidad fue mayor hacia las mujeres.

Al comparar las subescalas de PANSS con el sexo, encontramos que existían más síntomas positivos en los hombres en comparación a las mujeres, mayor cantidad de síntomas negativos en las mujeres con respecto a los hombres. La psicopatología general fue mayor en las mujeres. Con respecto al antipsicótico se observan más síntomas positivos, síntomas negativos y psicopatología general con haloperidol en relación con la risperidona. No se observaron diferencias en las subescalas de Emoción Expresada con respecto al antipsicótico.

I MARCO TEORICO

❖ *ESQUIZOFRENIA*

Historia:

A lo largo de la historia se encuentran descripciones sobre los síntomas que hoy día se suelen observar en pacientes con esquizofrenia. Los médicos griegos describieron delirios de grandeza, paranoia y deterioro de las funciones cognitivas, y trastornos de la personalidad. Sin embargo, la esquizofrenia no se convirtió en una enfermedad digna de estudio y tratamiento hasta el siglo XIX. Dos de las principales figuras en psiquiatría y neurología que estudiaron el trastorno fueron Emil Kraepelin (1856-1926) y Eugene Bleuler (1857-1939). Anteriormente, el psiquiatra francés Benedict Morel (1809-1873) había utilizado el término *démence précoce* para describir a los pacientes con deterioro cognitivo y cuya enfermedad había empezado durante la adolescencia. (1)

Emil Kraepelin

Kraepelin tradujo el término de Morel *démence précoce* como demencia precoz, un término que hacía hincapié en el cambio cognitivo (demencia) y el inicio temprano (precoz) del trastorno. Se identificó como pacientes con demencia precoz a los que presentaban una evolución de deterioro a largo plazo y tenían síntomas clínicos de alucinaciones e ideas delirantes. Kraepelin diferenció estos pacientes de aquellos que sufrieron distintos episodios de enfermedad alternos con periodos de actividad normal, a los que clasificó como pacientes con psicosis maniaco-depresiva. Otra enfermedad diferente, denominada *paranoia* se caracterizó por la presencia de una idea delirante de persecución persistente.

Estos pacientes no presentaban la evolución de deterioro de la demencia precoz y los síntomas intermitentes de la psicosis maniaco-depresiva. (1)

Eugene Bleuler

Bleuler acuñó el término *esquizofrenia*, que sustituyó la demencia precoz de la bibliografía médica. Escogió el término para expresar la presencia de cismas entre el pensamiento, las emociones y el comportamiento en los pacientes con el trastorno. Bleuler subrayó que, a diferencia del concepto de la demencia precoz de Kraepelin, la esquizofrenia no tenía por qué presentar una evolución de deterioro. Este término se suele malinterpretar, especialmente entre las personas profanas, como un desdoblamiento de la personalidad. Dicha entidad, denominada trastorno de identidad disociativo, en el DSM IV TR es completamente diferente de la esquizofrenia.

Las 4 A. Bleuler identificó los síntomas fundamentales (o principales) específicos de la esquizofrenia para desarrollar su teoría sobre los cismas mentales internos de los pacientes. Entre estos síntomas se encontraban trastornos asociativos del pensamiento, especialmente descarrilamiento (o asociación laxa), trastornos afectivos, autismo y ambivalencia. Bleuler también identificó los síntomas accesorios (secundarios), que eran los que Kraepelin sugirió como principales indicadores de la demencia precoz: alucinaciones e ideas delirantes. (1)

Kurt Schneider (1888-1926)

Schneider aportó la descripción de los síntomas de primer orden, de los cuales indicó que no eran específicos de la esquizofrenia y que no siempre se daban, pero eran útiles para llegar a un diagnóstico. Especificó que en los pacientes que no mostraban dichos síntomas, el trastorno únicamente se podía diagnosticar a partir de los síntomas de segundo orden y una clínica típica de otra afección. Con frecuencia, los médicos no tienen en cuenta sus advertencias, y a veces ven la ausencia de síntomas de primer orden durante un único interrogatorio como la prueba de que la persona no sufre esquizofrenia. (1)

Karl Jaspers (1883-1969)

Jaspers, un psiquiatra y filósofo, desempeñó un papel muy importante en el desarrollo del psicoanálisis existencial. Se interesó por la fenomenología del trastorno mental y los sentimientos subjetivos de los pacientes que sufrían estas enfermedades. Su trabajo sentó las bases para intentar comprender el significado psicológico de los signos y síntomas presentes en la esquizofrenia como las ideas delirantes y las alucinaciones. (1)

Epidemiología:

Las investigaciones epidemiológicas encuentran un amplio rango para la prevalencia de esquizofrenia. Así en una revisión de estudios realizados entre 1960 y 1983 en donde el diagnóstico fue hecho por psiquiatras, la prevalencia de vida de esquizofrenia

varió desde 0.09% a 0.38%. Asimismo, el *National Comorbidity Survey* (NCS), en EUA, halló un valor de 0.14% utilizando los criterios del DSM-III-R. Por otro lado, en el estudio de la *Epidemiologic Catchment Area* (ECA) que usó el *Diagnostic Interview Schedule* (DIS) como instrumento diagnóstico, la prevalencia de vida fue 1.3%. Sin embargo, se considera que el DIS tiene escaso poder discriminatorio para la esquizofrenia; por ejemplo, en una reentrevista clínica, solo 16% de los casos clasificados como esquizofrenia por el DIS fueron confirmados como tales por psiquiatras que reevaluaron a los pacientes.

Respecto a los datos epidemiológicos latinoamericanos, es importante mencionar los trabajos llevados a cabo en Perú, Brasil, México, Colombia y Chile. En Perú, en el año 1962, se realizó un estudio de prevalencia de trastornos mentales en el Distrito de Lince, un área urbana de la Lima metropolitana, y se encontró 1.10% de psicosis en general y 0.45% de esquizofrenia, entre 2901 personas evaluadas. En otro trabajo efectuado también en Perú, en 1983, en una muestra de 816 individuos de una comunidad urbanomarginal de Lima, se halló una prevalencia de vida de esquizofrenia de 0.6% aplicando el DIS. (2)

Por otra parte, en un estudio epidemiológico sobre trastornos mentales hecho en Brasil se obtuvo una tasa de prevalencia de psicosis de 0.7%. En Chile, los datos de los últimos años muestran una prevalencia de 2% para esquizofrenia y trastornos esquizomorfos y de 1% para trastornos esquizofrénicos; mientras que un estudio del año 1958 refiere una prevalencia de psicosis de 1%. (2)

En relación a la incidencia de esquizofrenia, se considera que esta es de 0.20/1000 por año con un rango de 0.11 a 0.70. Se ha encontrado que la frecuencia de esquizofrenia es muy similar en diversas partes del mundo. Lo aceptado en la actualidad es que, en general, no hay diferencias importantes en las tasas de esquizofrenia en las distintas poblaciones y que las observadas entre los estudios epidemiológicos se deben más que todo a diferencias metodológicas, en particular cuando los criterios diagnósticos son más o menos inclusivos. (2)

Criterios Diagnósticos:

Las características esenciales de la esquizofrenia son una mezcla de signos y síntomas peculiares (tanto positivos como negativos) que han estado presentes una parte significativa de tiempo durante un período de 1 mes (o durante un tiempo más breve si ha habido tratamiento con éxito) y con algunos signos del trastorno que han persistido durante al menos 6 meses (Criterios A y C). Estos signos y síntomas están asociados a una marcada disfunción social o laboral (Criterio B). 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 a una enfermedad médica (Criterios D y E). En sujetos con un diagnóstico previo de trastorno autista (u otro trastorno generalizado del desarrollo) el diagnóstico adicional de esquizofrenia sólo es pertinente si hay ideas delirantes o claras alucinaciones presentes durante al menos 1 mes (Criterio F). 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 comportamental, 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 laboral o social. Los síntomas característicos (Criterio A) 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 (Criterios A1-A4) incluyen distorsiones o exageraciones del pensamiento inferencial (ideas delirantes), la percepción (alucinaciones), el lenguaje y la comunicación (lenguaje desorganizado), y la organización comportamental (comportamiento gravemente desorganizado o catatónico). Estos síntomas positivos incluyen dos dimensiones distintas, que, a su vez, pueden estar relacionadas con mecanismos neurales subyacentes y correlaciones clínicas diferentes: la «dimensión psicótica» incluye ideas delirantes y alucinaciones, mientras que la «dimensión de desorganización» incluye el comportamiento y el lenguaje desorganizados. Los síntomas negativos (Criterio 5) 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 del comportamiento dirigido a un objetivo (abulia). Las ideas delirantes (Criterio A1) son creencias erróneas que habitualmente implican una mala interpretación de las percepciones o las experiencias. Su contenido puede incluir diversos temas (p. ej., de persecución, de autorreferencia, somáticos, religiosos o grandiosos). Las ideas delirantes de persecución son las más frecuentes; la persona cree que está siendo molestada, seguida, engañada, espiada o ridiculizada. Las ideas

delirantes autorreferenciales también son corrientes: la persona cree que ciertos gestos, comentarios, pasajes de libros, periódicos, canciones u otros elementos del entorno están especialmente dirigidos a ella. La distinción entre una idea delirante y una idea sostenida tenazmente resulta a veces difícil de establecer, y depende del grado de convicción con la que se mantiene la creencia, a pesar de las claras evidencias en sentido contrario.

Si bien las ideas delirantes extrañas son consideradas especialmente típicas de la esquizofrenia, la «rareza» puede ser difícil de juzgar, especialmente a través de diferentes culturas. Las ideas delirantes se califican como extrañas si son claramente improbables e incomprensibles y si no derivan de las experiencias corrientes de la vida. Un ejemplo de una idea delirante extraña es la creencia de que un ser extraño ha robado los órganos internos y los ha reemplazado por los de otra persona sin dejar ninguna herida o cicatriz. Un ejemplo de una idea delirante no extraña es la falsa creencia de ser vigilado por la policía. Generalmente, se consideran extrañas las ideas delirantes que expresan una pérdida del control sobre la mente o el cuerpo (p. ej., las incluidas entre la lista de «síntomas de primer rango» de Schneider); éstas incluyen la creencia de que los pensamientos han sido captados por alguna fuerza exterior («robo del pensamiento»), que pensamientos externos han sido introducidos en la propia mente («inserción del pensamiento») o que el cuerpo o los actos son controlados o manipulados por alguna fuerza exterior («ideas delirantes de control»). Si las ideas delirantes son juzgadas como extrañas, sólo se necesita este único síntoma para satisfacer el Criterio A para la esquizofrenia. Las alucinaciones (Criterio A2) pueden ocurrir en cualquier modalidad sensorial (p. ej., auditivas, visuales, olfativas, gustativas y táctiles), pero las alucinaciones auditivas son, con mucho, las más habituales y

características de la esquizofrenia. Las alucinaciones auditivas son experimentadas generalmente como voces, ya sean conocidas o desconocidas, que son percibidas como distintas de los pensamientos de la propia persona. El contenido puede ser bastante variable, aunque son especialmente frecuentes las voces peyorativas o amenazantes. Algunos tipos de alucinaciones auditivas (p. ej., dos o más voces conversando entre ellas, o voces que mantienen comentarios continuos sobre los pensamientos o el comportamiento del sujeto) han sido considerados especialmente característicos de la esquizofrenia y fueron incluidos en la lista de síntomas de primer rango de Schneider. Si estos tipos de alucinaciones están presentes, son suficientes para satisfacer el Criterio A. Las alucinaciones deben producirse en un contexto de claridad sensorial; las que ocurren mientras se concilia el sueño (hipnagógicas) o al despertar (hipnopómpicas) se consideran dentro del abanico de las experiencias normales. Las experiencias aisladas de oírse llamado por el nombre o las experiencias que carecen de la cualidad de una percepción externa (p. ej., zumbidos en la cabeza) tampoco son consideradas como alucinaciones típicas de la esquizofrenia. Las alucinaciones también pueden ser una parte normal de las experiencias religiosas en ciertos contextos

culturales. El pensamiento desorganizado («trastorno formal del pensamiento», «pérdida de las asociaciones») ha sido considerado por algunos autores (en particular Bleuler) como la característica simple más importante de la esquizofrenia. Debido a la dificultad intrínseca para establecer una definición objetiva del «trastorno del pensamiento» y puesto que en el contexto clínico las inferencias acerca del pensamiento se basan principalmente en el lenguaje del sujeto, en la definición de esquizofrenia utilizada en este manual se ha puesto énfasis en el concepto de lenguaje

desorganizado (Criterio A3). El lenguaje de los sujetos con esquizofrenia puede presentar diversas formas de desorganización. El sujeto puede «perder el hilo», saltando de un tema a otro («descarrilamiento» o pérdida de las asociaciones); las respuestas pueden tener una relación oblicua o no tener relación alguna con las preguntas («tangencialidad»); y, en raras ocasiones, el lenguaje puede estar tan gravemente desorganizado que es casi incomprensible y se parece a la afasia receptiva en su desorganización lingüística («incoherencia» o «ensalada de palabras»). Puesto que la desorganización leve del habla es frecuente e inespecífica, el síntoma debe ser suficientemente grave como para deteriorar la efectividad de la comunicación. Durante los períodos prodrómico y residual de la esquizofrenia puede presentarse una desorganización del pensamiento o el lenguaje menos grave (v. Criterio C). El comportamiento gravemente desorganizado (Criterio A4) puede manifestarse en varias formas, que comprenden desde las tonterías infantiloides hasta la agitación impredecible. Cabe observar problemas en cualquier forma de comportamiento dirigido a un fin, ocasionando dificultades en la realización de actividades de la vida cotidiana como organizar las comidas o mantener la higiene. El sujeto puede presentarse exageradamente despeinado, vestir de una forma poco corriente (p. ej., llevando varios abrigos, bufandas y guantes en un día caluroso) o presentar un comportamiento sexual claramente inapropiado (p. ej., masturbarse en público), o una agitación impredecible e inmotivada (p. ej., gritar o insultar). Hay que tener cuidado de no aplicar este criterio con demasiada amplitud. El comportamiento gravemente desorganizado debe distinguirse del comportamiento simplemente carente de sentido o, en general, sin un propósito concreto y del comportamiento organizado que está motivado por creencias delirantes. Igualmente, unos pocos episodios de

inquietud, ira o comportamiento agitado no deben considerarse una prueba de esquizofrenia, especialmente si existe una motivación comprensible. Los comportamientos motores catatónicos (Criterio A4) incluyen una importante disminución de la reactividad al entorno que, algunas veces, alcanza un grado extremo de falta de atención (estupor catatónico), manteniendo una postura rígida y resistiendo la fuerza ejercida para ser movido (rigidez catatónica), la resistencia activa a las órdenes o los intentos de ser movido (negativismo catatónico), el asumir posturas inapropiadas o extrañas (posturas catatónicas) o una actividad motora excesiva sin propósito ni estímulo provocador (agitación catatónica). Aunque la catatonía ha sido asociada históricamente con la esquizofrenia, el clínico debe tener presente que los síntomas catatónicos no son específicos y pueden ocurrir en otros trastornos mentales (v. Trastornos del estado de ánimo con síntomas catatónicos), en enfermedades médicas (v. Trastorno catatónico debido a enfermedad médica) y en los trastornos del movimiento inducidos por medicamentos (v. Parkinsonismo inducido por neurolépticos). Los síntomas negativos de la esquizofrenia (Criterio A5) constituyen una parte sustancial de la morbilidad asociada con el trastorno. Tres síntomas negativos — aplanamiento afectivo, alogia y abulia— están incluidos en la definición de esquizofrenia; otros síntomas negativos (p. ej., la anhedonía) están incluidos en el siguiente apartado referido a los «Síntomas y trastornos asociados». El aplanamiento afectivo es especialmente frecuente y está caracterizado por la inmovilidad y falta de respuesta en la expresión facial del sujeto, contacto visual pobre y reducción del lenguaje corporal. Si bien, en ocasiones, una persona con aplanamiento afectivo puede sonreír y mostrarse cálida, la mayoría del tiempo el abanico de su expresividad emocional está claramente disminuido. Para determinar si el aplanamiento afectivo es

suficientemente persistente para cumplir el criterio, es útil observar al sujeto interactuando con sus prójimos. La alogia (pobreza del habla) se manifiesta por las réplicas breves, lacónicas y vacías. El sujeto con alogia parece tener una disminución de los pensamientos que se refleja en un descenso de la fluidez y la productividad del habla. Esto hay que diferenciarlo de la falta de ganas de hablar, un juicio clínico que puede requerir la observación a lo largo del tiempo y de situaciones diferentes. La abulia está caracterizada por una incapacidad para iniciar y persistir en actividades dirigidas a un fin. La persona puede permanecer sentada durante largo tiempo y mostrar poco interés en participar en el trabajo o las actividades sociales. A pesar de su ubicuidad en la esquizofrenia, los síntomas negativos pueden ser difíciles de evaluar porque ocurren en continuidad con la normalidad, son inespecíficos y pueden ser debidos a varios otros factores (p. ej., ser consecuencia de los síntomas positivos, efectos secundarios de la medicación, un trastorno del estado de ánimo, hipostimulación ambiental o desmoralización). El aislamiento social o el lenguaje empobrecido pueden no considerarse síntomas negativos cuando son consecuencia de un síntoma positivo (p. ej., una idea delirante paranoide o una alucinación importante). Por ejemplo, el comportamiento de un sujeto que tiene la creencia delirante de que va a estar en peligro si sale de su habitación o si habla con alguien puede simular la alogia y la abulia. Los medicamentos neurolépticos producen frecuentemente síntomas extrapiramidales que se parecen mucho al aplanamiento afectivo o la abulia. La distinción entre los síntomas negativos verdaderos y los efectos secundarios de la medicación dependen del juicio clínico que toma en consideración la gravedad de los síntomas negativos, la naturaleza y el tipo de medicamentos neurolépticos, los efectos del ajuste de la dosificación y los efectos de la terapéutica anticolinérgica. La difícil

distinción entre los síntomas negativos y los síntomas depresivos puede resolverse a través de los demás síntomas acompañantes y por el hecho de que los sujetos con síntomas de depresión experimentan un estado de ánimo intensamente penoso, mientras que los sujetos con esquizofrenia tienen una afectividad pobre o vacío afectivo. Finalmente, la hipoestimulación ambiental crónica o la desmoralización pueden ocasionar una apatía y abulia aprendidas. Quizá la mejor prueba para establecer la presencia de los síntomas negativos es su persistencia durante un período de tiempo considerable, a pesar de los esfuerzos dirigidos a resolver cada una de las causas potenciales descritas anteriormente. Se ha sugerido que los síntomas negativos persistentes deben denominarse síntomas «deficitarios». El Criterio A para la esquizofrenia requiere que al menos dos de los cinco ítems estén presentes de forma simultánea durante como mínimo 1 mes. Sin embargo, si las ideas delirantes son extrañas o las alucinaciones implican «voces que comentan» o «voces que conversan», entonces sólo se requiere un único ítem. La presencia de esta agrupación relativamente grave de signos y síntomas se denomina «fase activa». En aquellas situaciones en las que los síntomas de la fase activa remiten antes de 1 mes en respuesta al tratamiento, aún puede considerarse que se ha cumplido el Criterio A si el clínico juzga que los síntomas habrían persistido durante 1 mes en ausencia de un tratamiento eficaz. En los niños, la evaluación de los síntomas característicos debe tener en cuenta la presencia de otros trastornos o de dificultades del desarrollo. Por ejemplo, el lenguaje desorganizado de un niño con un trastorno de la comunicación no debe servir para el diagnóstico de esquizofrenia a menos que el grado de desorganización sea significativamente mayor del que sería esperable sólo en el trastorno de la comunicación. La esquizofrenia implica una disfunción en una o más de

las principales áreas de actividad (p. ej., las relaciones interpersonales, el trabajo, los estudios o el cuidado de uno mismo) (Criterio B). Típicamente, el funcionamiento es claramente inferior al que se habría alcanzado antes del inicio de los síntomas. Sin embargo, si la alteración empieza en la infancia o la adolescencia, más que un deterioro de la actividad puede existir un fracaso en la consecución de lo que sería esperable para el sujeto. Para llegar a esta conclusión puede ser útil relacionar al sujeto con sus hermanos no afectados. El progreso educativo está frecuentemente alterado y el sujeto puede ser incapaz de finalizar la escolaridad. Muchos sujetos son incapaces de mantener un trabajo durante períodos largos de tiempo y sus empleos tienen un nivel inferior al de sus padres («van a menos»). La mayoría (60-70 %) de los sujetos con esquizofrenia no se casan y tienen contactos sociales relativamente limitados. La disfunción persiste durante una parte sustancial del curso del trastorno y no parece ser resultado directo de un síntoma en particular. Por ejemplo, si una mujer abandona su trabajo debido a la idea delirante concreta de que su jefe está tratando de matarla, esto solo no es prueba suficiente para que se cumpla este criterio, a menos que se dé un patrón más general de dificultades (habitualmente en varias áreas de actividad). Algunos signos de la alteración deben persistir durante un período continuo de por lo menos 6 meses (Criterio C). A lo largo de este período de tiempo, debe haber al menos 1 mes (o menos de 1 mes si los síntomas han sido tratados con éxito) de síntomas que cumplan el Criterio A de esquizofrenia (la fase activa). Los síntomas prodrómicos suelen estar presentes antes de la fase activa y los síntomas residuales aparecen a continuación. Algunos síntomas prodrómicos y residuales son formas relativamente leves o subumbrales de los síntomas positivos especificados en el Criterio A. Los sujetos pueden expresar diversas creencias inhabituales o raras que no

alcanzan una proporción delirante (p. ej., ideas de autorreferencia o pensamiento mágico); pueden tener experiencias perceptivas poco habituales (p. ej., sentir la presencia de una persona o fuerza invisible en ausencia de verdaderas alucinaciones; su lenguaje puede ser generalmente comprensible, pero disgresivo, vago o excesivamente abstracto o concretista; y su comportamiento puede ser peculiar, pero no gravemente desorganizado (p. ej., murmurar para uno mismo, almacenar objetos extraños y sin valor aparente). Además de estos síntomas similares a los positivos, en las fases prodrómica y residual son especialmente frecuentes los síntomas negativos, que en ocasiones presentan bastante gravedad. Sujetos que habían sido socialmente activos pueden volverse como ausentes; pierden interés en actividades previamente placenteras; pueden volverse menos habladores y no hacer nunca preguntas, y pueden pasar la mayor parte del tiempo en la cama. Estos síntomas negativos a menudo son los primeros signos que nota la familia de que algo va mal; finalmente, los familiares pueden explicar que observaron que el sujeto «se alejaba gradualmente». (3)

❖ *EMOCIÓN EXPRESADA*

Historia:

Leff y Cols en 1983, afirmaron que los pacientes con esquizofrenia 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). (4,5,6)

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. (5)

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. (4,5,6,7)

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 Sobre- implicación Emocional), y que estos componentes muestran 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). (6,8)

Estas actitudes de los familiares se han asociado con la presencia de recaídas en los pacientes a los dos años de haber sido dados de alta, especialmente cuando los miembros de la familia y el paciente conviven en el mismo espacio y pueden tener

contacto por lo menos 35 horas semanales (9,10,11,12). Se ha comprobado que estas actitudes influyen aumentando o disminuyendo la exacerbación de síntomas y, en algunos casos, el reingreso hospitalario de los pacientes. Los registros de recaída más altos (92%) están relacionados con pacientes que permanecen más de 35 horas por semana con el FR y que no están tomando medicamentos antipsicóticos (20,22). También se ha encontrado que cuando los familiares responsables (FR) con EE alta están en contacto estrecho con el enfermo, este último tiene un riesgo de experimentar la sintomatología, aumentando de dos a cuatro veces su riesgo de recaída. (15,16)

Las expresiones emocionales más características comprenden: comentarios críticos, hostilidad y exceso de involucramiento afectivo. Aspectos positivos como la calidez, la crítica y el sobreinvolucramiento, son percibidos en general como estresantes, pues la crítica implica intolerancia y desaprobación, el sobreinvolucramiento sugiere intrusividad y control. Ambos generan altos niveles de ansiedad en el paciente, y se describen de la siguiente manera:

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 (17). Es decir, muestran aversión o desaprobación hacia la conducta o las características de una persona (13). Algunas de las preguntas del cuestionario son: 1. «Cuando veo a mi familiar enfermo encerrado en su cuarto lo regaño para que ayude en casa». 2. «Le exijo a mi familiar que se esfuerce por adaptarse a las normas de la casa igual que los demás», 3. «Procuró hacerle sentir vergüenza a mi familiar enfermo para que deje de hacer cosas

desagradables». 4. «Cuando converso con mi familiar termino molestándome por lo confuso de su conversación».

b) El sobreinvolucramiento o sobreprotección. Se presenta más comúnmente en los padres que en algún otro familiar y se caracteriza por la sobreprotección o el consentimiento, el autosacrificio 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 (13). Ejemplos de esto son las preguntas: 1.«Tengo cuidado de que a donde vaya mi familiar lo haga acompañado(a)», 2.«Cuando mi familiar intenta realizar algo en casa, yo se lo hago», 3.«Desde que se inició la enfermedad de mi familiar tengo que cuidarlo siempre», 4. «Me es imposible ocultar mi sufrimiento cuando estoy con mi familiar enfermo».

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 (17). Lo que refleja esta actitud es una dificultad para tolerar y algunas veces comprender la situación del familiar enfermo (13). Algunos ejemplos son: 1. «Las recompensas que merezco son menores por culpa de mi familiar enfermo», 2. «Cada vez que puedo le saco en cara todo lo que me hace sufrir a mi familiar enfermo», 3. «Por la enfermedad de mi familiar, procuramos apartarlo», 4. «Por la tranquilidad de mi familia prefiero mantener a mi paciente encerrado en su cuarto.»

El propósito de este trabajo consiste en mostrar la relación entre el tipo de Emoción Expresada (tanto alta como baja) por el familiar responsable, y los Síntomas negativos y positivos que presenta el paciente con esquizofrenia.

II ANTECEDENTES

Estudios de Familia en relación con la Esquizofrenia.

El estudio de la familia y su influencia en la esquizofrenia ha sido abordado desde diversas perspectivas. Los primeros trabajos se dan a partir de 1950 con Gregory Bateson y su teoría de Doble Mensaje, en donde se observa que los pacientes esquizofrénicos están sometidos a una comunicación familiar que contiene mensajes persistentes y contradictorios. El doble mensaje consiste en una comunicación a muchos niveles en que una demanda manifiesta en un nivel es anulada o contradicha en otro nivel. En estas investigaciones se explica la aparente incapacidad del esquizofrénico para distinguir lo literal de lo metafórico, a través del tipo de interacción verbal fomentada por los familiares de estos pacientes. A partir de estos resultados surge la importancia de investigar la comunicación entre los miembros de la familia de los pacientes esquizofrénicos, ya que se establece que ésta es irracional, confusa, e impertinente (Bayer, 1996). Otro de los primeros intentos de estudiar la influencia de la familia en las recaídas de los pacientes esquizofrénicos, se da en los años setenta, en Gran Bretaña. Así es como George Brown (1972) introduce el constructo de Emoción Expresada, que refiere a las actitudes de los familiares hacia el paciente, como comentarios críticos, hostilidad y sobreinvolucramiento emocional. Este interés surge a

partir de la observación de que los pacientes esquizofrénicos después de una larga estancia hospitalaria, aquellos que regresaban a sus hogares tendían más a recaer que aquellos que regresaban a casas de medio camino u otro tipo de viviendas. Brown, Birley & Wing (1972) buscaban evaluar la calidad de la relación entre un paciente esquizofrénico y el familiar con el que vive y encontraron que es posible predecir la recaída del paciente a partir de un índice de emoción expresada. Una gran cantidad de estudios sobre esta línea, han proporcionado evidencia acerca de una mayor probabilidad de recaída en pacientes esquizofrénicos que viven con familiares con un alto índice de Emoción Expresada. Este constructo se refiere a los comentarios críticos de los familiares (más de 6 ó 7 comentarios) con respecto del paciente, la hostilidad mostrada hacia éste y un marcado sobreinvolucramiento emocional. Algunos de los estudios que se han dado en este sentido son los de Brown, Monck, Carstairs & Wing (1962) Brown, Birley & Wing (1972); Vaughn y Leff, (1976); Vaughn, Synder , Freeman, Jones, Falloon & Liberman (1982); Leff y Vaughn, (1981), MacMillan, Gold, & Crow (1986), Leff, Kuipers, Berkowitz, Eberlein-vries & Strugen (1982), Leff, Kuipers, Berkowitz & Sturgeon (1985), Leff, Berkowitz, Shavit, Strachan, Glass & Vaughn (1989, 1990), Linszen, Digemans, Scholte, & Lenior (1994), Bressi (1993), Chambon y Cardine (1993), Montero (1992), Madianos y Economou (1994), Jun-ichiro & Iwao (1994).

La emoción expresada se ha intentado relacionar con otras variables, para comprobar si este influía en la enfermedad independientemente o por su relación con otras variables, así se ha intentado relacionar la emoción expresada principalmente con las diferentes características familiares de los enfermos de esquizofrenia y con características del enfermo.

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 ($P=0,03$) (18).

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% mostró 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. (19)

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. (20)

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 cuidador 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 de recaídas del paciente, en este caso el Criticismo estaba relacionada con las recaídas presentadas por el paciente. (21)

En relación a las características de las familias del enfermo.

El aislamiento social de los familiares del enfermo, estudiado por Brown, Birley y Wing, es relacionado con la emoción expresada, así los familiares más aislados socialmente mostraban menor tolerancia a los síntomas, en cambio el mayor número de contactos sociales del familiar hace que se reduzca la emoción expresada, esto está relacionado con el contacto directo que se tiene entre el familiar y el enfermo, encontrándose que los familiares con alto nivel de emoción expresada tenían un mayor contacto semanal con el enfermo antes del ingreso en comparación con familias con bajo nivel de

emoción expresada, según lo hayado por Boye, Bentsen, Notland, Munkvold, Lersbryggen, Oskarsson, Uren, Ulstein, Bjorge, Lingjaerde y Malt en 1999.

El conflicto matrimonial se ha relacionado significativamente con la recaída, principalmente porque era asociado con alta emoción expresada, según Ivanovic, Vuletic y Bebbington.

En el deterioro socio-laboral del paciente se encontró que niveles altos de comentarios críticos y Hostilidad se asociaban con pacientes que no trabajaban o estudiaban antes del ingreso hospitalario, estando este deterioro relacionado con la recaída, pero por su relación con los componentes de la emoción expresada. En relación al sexo del paciente se encontró una mayor relación entre la recaída en pacientes masculinos así como los pacientes crónicos en el grupo de alta emoción expresada. El uso de drogas por el paciente se ha relacionado a mayores atribuciones de controlabilidad y mayor crítica hacia este por parte de los familiares, aumentando el consumo de drogas por los factores hostiles familiares que están relacionados con el curso de la enfermedad.

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 más atribuciones

causal de culpa que los blancos ($p > 0.05$) ; Además los blancos tuvieron mayor nivel educativo que los hispanos ($p > .05$). (29)

III MÉTODO:

Justificación:

La esquizofrenia es una de las enfermedades mentales que más discapacidad causa en quienes la padecen, a nivel social, laboral y emocional. Existe una gran cantidad de información que documenta como algunos aspectos de la familia influyen en la evolución del esquizofrénico. Así, las variables relacionadas con el funcionamiento y ambiente familiar influyen notablemente en el enfermo en cuanto a recaídas y evolución de la enfermedad (Rascón, Díaz, López y Reyes 1997; Malca, Lebell, Marder, Mintz, Mintz, Tompson, Wirshing, Johnston-Cronk, & McKenzie, 1993; Vaughn y Leff, 1976; Long, 1989; Dixon y Lehman, 1995). Los aspectos que más se han valorado en la familia son las actitudes críticas y hostiles (emoción expresada, Brown, Monck, Carstairs & Wing, 1962, 1972) (Vaughn y Leff, 1976) y el tipo de comunicación que utilizan (Bateson, 1950), comprobando en ambos casos, que éstos influyen aumentando o disminuyendo los índices de recaídas (exacerbación de síntomas del paciente y en algunos casos reingreso hospitalario) de los pacientes. La presencia de Emoción Expresada alta en la familia es uno de los predictores de la recaída en personas con esquizofrenia. Por tanto, brindar intervenciones terapéuticas y psicoeducativas a las familias será conveniente para disminuir el nivel de EE, lo que conlleva, a su vez, beneficios en la reducción en los costos por parte de la familia y por parte de los servicios de salud mental.

El propósito de este trabajo consiste en mostrar la relación entre el tipo de Emoción Expresada (tanto alta como baja) por la familia, y los síntomas negativos y positivos que presenta el paciente con esquizofrenia.

Planteamiento del problema.

¿Existe relación entre la emoción expresada en la familia de pacientes con esquizofrenia y la intensidad de síntomas negativos y positivos, así como la psicopatología general?

Objetivo general:

Determinar la relación entre la emoción expresada por la familia y la sintomatología de pacientes con esquizofrenia.

Objetivos específicos:

- Determinar la asociación de un alto índice de emoción expresada con mayor sintomatología en pacientes con diagnóstico de Esquizofrenia.
- Determinar la asociación de un bajo índice de emoción expresada con menor sintomatología en pacientes con diagnóstico de Esquizofrenia.

Hipótesis:

Los pacientes con Esquizofrenia en donde las familias presentan un alto nivel de emoción expresada presentan mayor sintomatología, en relación con los pacientes en donde las familias observan un bajo nivel de emoción expresada.

Variables:

- Índice de emoción expresada
- Sintomatología positiva, negativa y psicopatología general

Muestra:

- Universo de Trabajo: pacientes que acuden a los servicios de Consulta Externa y Hospital Parcial de Día del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez con diagnóstico de esquizofrenia y familiar responsable.
- Tamaño de la muestra: muestra no probabilística. 60 pacientes.

Criterios de selección:

- Criterios de inclusión del paciente:
 - 1) Pacientes de ambos sexos.
 - 2) Pacientes con edad entre 18 y 60 años.
 - 3) Que reúnan los criterios diagnósticos del DSM IV TR para Esquizofrenia.
 - 4) Que tengan al menos un año con el diagnóstico de Esquizofrenia.

- 5) Que sean manejados con un solo antipsicótico ya sea risperidona o haloperidol.
 - 6) Que tengan buen apego al tratamiento farmacológico.
 - 7) Que no hayan tenido ningún tipo de psicoterapia.
 - 8) Aceptación por medio del consentimiento informado para participar en el estudio.
 - 9) Pacientes que acudan a los servicios de Consulta Externa o de Hospital Parcial. de Día del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez.
 - 10) Pacientes que vivan con al menos un familiar.
- Criterios de inclusión del familiar responsable:
- 1) Familiar de ambos sexos.
 - 2) Familiar con edad entre 18 y 60 años.
 - 3) Consentimiento informado para participar en el estudio.
 - 4) Que tengan convivencia cotidiana con el paciente, (al menos 35 hrs por semana) por lo menos en el último año previo al estudio.
 - 5) Que sepan leer.
- Criterios de exclusión del paciente:
- 1) Pacientes con otro padecimiento medico grave.
 - 2) Pacientes cuyos familiares no acepten participar en el estudio a través del consentimiento informado.
- Criterios de exclusión del familiar responsable:

- 1) Familiares gravemente enfermos.
- 2) Familiares cuyos pacientes no acepten participar en el estudio a través del consentimiento informado.

Tipo de estudio:

Descriptivo, correlacional y transversal.

Unidades de medida:

PANSS (Positive and Negative Syndrome Scale)

La PANSS consta de 30 ítems que evalúan el síndrome esquizofrénico desde una doble perspectiva: dimensional, que evalúa la gravedad del síndrome positivo, del negativo, y de la psicopatología general del trastorno esquizofrénico; y categorial que lo que hace es clasificar el trastorno esquizofrénico en positivo, negativo o mixto.

Los 30 ítems conforman las siguientes 4 escalas:

- Escala positiva (PANSS-P): 7 ítems; evalúa los síntomas sobreañadidos a un estado mental normal.
- Escala negativa (PANSS-N): 7 ítems que evalúan los déficit respecto a un estado mental normal.
- Escala compuesta (PANSS-C): evalúa la predominancia de un tipo sobre el otro (positivo y negativo).

- Psicopatología general (PANSS-PG): 16 ítems que evalúan la presencia de otro tipo de síntomas en el paciente esquizofrénico (depresión, ansiedad, orientación, etc.).

Esta prueba ha de ser administrada por un clínico, utilizando la técnica de entrevista semiestructurada. El tiempo aproximado de administración es de 30-40 minutos. Cada ítem se puntúa según una escala Likert de 7 grados de intensidad o gravedad. En esta escala el 1 siempre equivale a ausencia del síntoma y el 7 a presencia con una gravedad extrema. Para cada ítem el manual de aplicación de la escala proporciona definición y criterios operativos de bases para la evaluación y de puntuación.

El análisis factorial de esta escala ha puesto de manifiesto la existencia de 4 factores subyacentes que explicarían el 52,3 % de la variancia total (Kay y Sevy, 1990). Los 4 factores son: Negativo. Positivo. Excitación. Depresión.

El factor de excitación ha sido utilizado como medida de comportamiento agitado en los ensayos clínicos con distintos antipsicóticos. Está formado por los siguientes ítems de la PANSS: Excitación (ítem P4); control deficiente de impulsos (ítem PG14); tensión motora (ítem PG4); y hostilidad (ítem P7).

La corrección proporciona cuatro puntuaciones dimensionales:

1. Síndrome positivo.
2. Síndrome negativo.
3. Escala compuesta.

4. Psicopatología general.

La puntuación en las escalas positiva, negativa, y psicopatología general se obtiene sumando las puntuaciones de cada ítem. Las puntuaciones oscilarán por tanto entre 7 y 49 para las escalas positiva y negativa, y entre 16 y 112 para la psicopatología general. La puntuación en la escala compuesta se obtiene restando la puntuación en la escala negativa a la puntuación en la escala positiva. Esta escala puede tener valencia positiva o negativa, oscilando sus valores entre -42 y $+42$.

No existen puntos de corte para las puntuaciones directas obtenidas, sino que éstas se transforman mediante una tabla de conversión en percentiles. Además de la puntuación dimensional comentada en los puntos anteriores, la PANSS proporciona también una información categorial, indicando si el trastorno esquizofrénico es positivo, negativo o mixto. Para ello, existen dos sistemas más o menos restrictivos:

1. El más restrictivo: para establecer el tipo de trastorno esquizofrénico utiliza las puntuaciones obtenidas en los ítems de la escala positiva y negativa. Se considera que el trastorno esquizofrénico es:

- Positivo: cuando en la escala positiva más de 2 ítems obtienen una puntuación superior a 3 y en la escala negativa menos de 3 ítems obtienen una puntuación superior a 3.

- Negativo: cuando en la escala negativa más de 2 ítems obtienen una puntuación superior a 3 y en la escala positiva menos de 3 ítems obtienen una puntuación superior a 3.
- Mixto: cuando en ambas escalas hay más de 2 ítems que obtienen puntuaciones superiores a 3.

2. El menos restrictivo o inclusivo: para establecer el tipo utiliza la puntuación obtenida en la escala compuesta, y más en concreto su valencia, de forma que considera que el trastorno esquizofrénico es:

- Positivo: cuando la valencia en la escala compuesta es +.
- Negativo: cuando la valencia en la escala compuesta es –.

La PANSS fue diseñada con el propósito de mejorar algunos aspectos de otras escalas como son la evaluación de la severidad de los síntomas, la falta de equilibrio de los reactivos para evaluar síntomas positivos y negativos, la falta de sensibilidad para evaluar los cambios producidos por el tratamiento farmacológico y la falta de medición de psicopatología general y su influencia en la gravedad de los síndromes positivo y negativo (Kay SR, 1987).

Se han examinado las propiedades de esta escala encontrándose correlaciones interobservadores para las 3 escalas del PANSS y el total que van de 0.83 a 0.87 con alto grado de significancia ($p < 0.0001$).

La consistencia interna de las escalas positiva y negativa del PANSS (alfa de Cronbach 0.74, 0.69), fue similar a las escalas de síndromes del BPRS (alfa=0.69, 0.68), pero la escala de psicopatología general fue más homogénea (alfa=0.64) en comparación con la escala general del BPRS (alfa=0.46). (20)

En México se realizó un estudio de confiabilidad con la PANSS en 13 pacientes del Hospital Fray Bernardino Álvarez con el diagnóstico de esquizofrenia. La escala fue calificada por 6 diferentes evaluadores y el coeficiente de correlación interevaluador obtenido tuvo un rango de 0.81 a 0.99. Además se analizó su consistencia interna encontrando una alfa de Cronbach de 0.92 en la calificación total. Estos datos aportan información de que la PANSS tiene una adecuada reproductibilidad en nuestro medio (Herrera-Estrella M, 1993).

Por otro lado los resultados del análisis factorial de los síntomas medidos a través de la PANSS de noventa pacientes del Instituto Nacional de Psiquiatría revelaron que un modelo de 3 factores con una varianza del 53.9% explica mejor la agrupación de síntomas. El primero corresponde al síndrome negativo y el segundo al síndrome positivo. Estos 2 factores coinciden con la mayor parte de los estudios publicados en cuanto a la presencia de las dimensiones positivo/negativo. El tercer factor tuvo una carga importante en los reactivos de preocupación somática, ansiedad, tensión y preocupación de la subescala de psicopatología general. Este tercer factor conformado por síntomas indicadores de ansiedad no se había encontrado en análisis realizados en

otras poblaciones. Para confirmar la presencia de este factor será necesario realizar análisis de factores con datos obtenidos en más pacientes (Ortega HA, 1995).

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 esquizofrénicos de consultorios externos de INSM HD-HN” de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Medicina, Lima Perú.

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; (30) 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 (31).

Se aplicará al familiar responsable, está conformado por 30 reactivos que miden 3 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. En cuanto a la confiabilidad, para la población de Perú se obtuvo un Alpha de Cronbach de 0.7, para la población

mexicana se realizó un estudio piloto con 27 casos; el método utilizado para el análisis de confiabilidad se hizo aplicando la fórmula para el análisis de consistencia interna, obteniendo un Alpha estandarizada de Cronbach de 0.8570 (baja 30-64 y alta 65-120). (8,31)

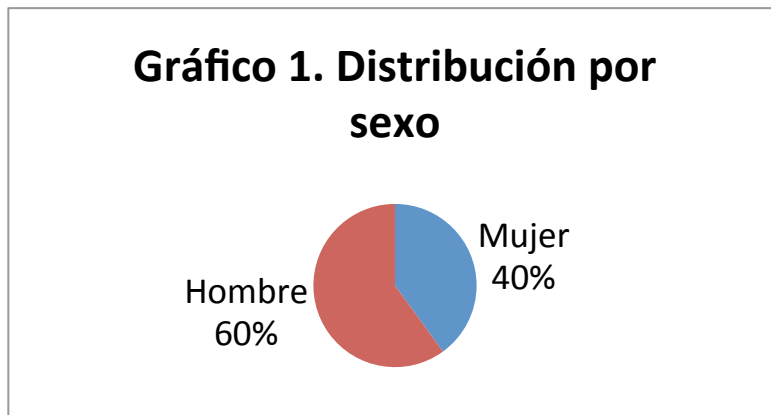
Procedimiento:

Se evaluaron a 60 pacientes con diagnóstico de Esquizofrenia (30 tratados con haloperidol y 30 con risperidona) que acuden al “Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez” con su familiar responsable que cumplieron los criterios de inclusión del presente estudio; a los pacientes se les aplicó el PANSS. Se les aplicó la escala CEEE a los familiares responsables (previa explicación del instrumento) que convivían con el paciente por lo menos 35 horas por semana.

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 incluyeron 60 pacientes con sus familiares, de los cuales eran 24 mujeres y 36 hombres. La mitad utilizaban haloperidol como antipsicótico y la otra mitad risperidona. Sin encontrarse diferencias en el tratamiento con respecto al sexo ($p=0.292$)



Con respecto a la sintomatología observada en el PANSS encontramos lo siguiente:

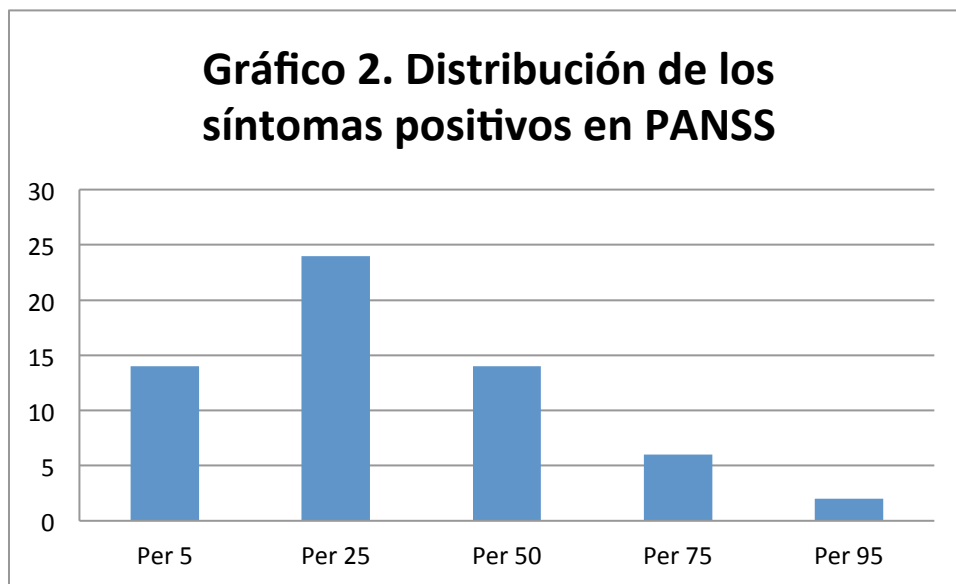


Gráfico 3. Distribución de los síntomas negativos en PANSS

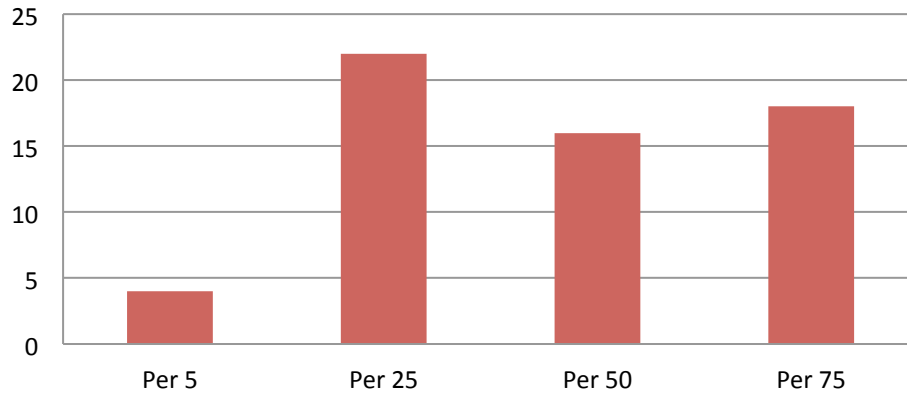


Gráfico 4. Distribución de la Psicopatología general en PANSS

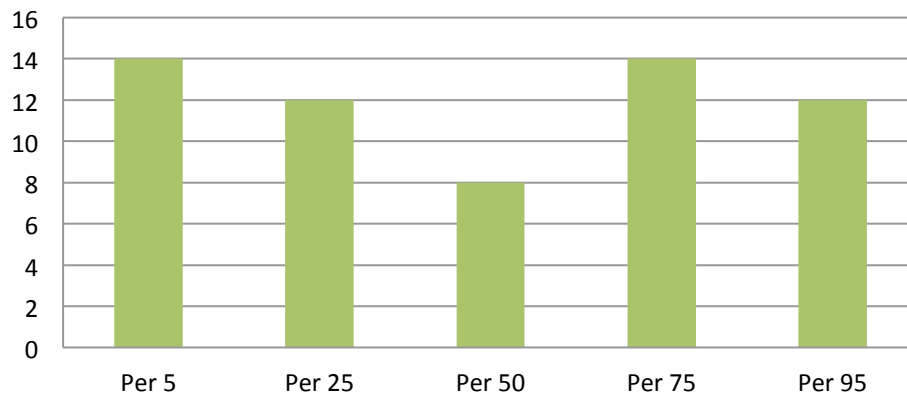


Gráfico 5. Distribución de la escala compuesta de PANSS

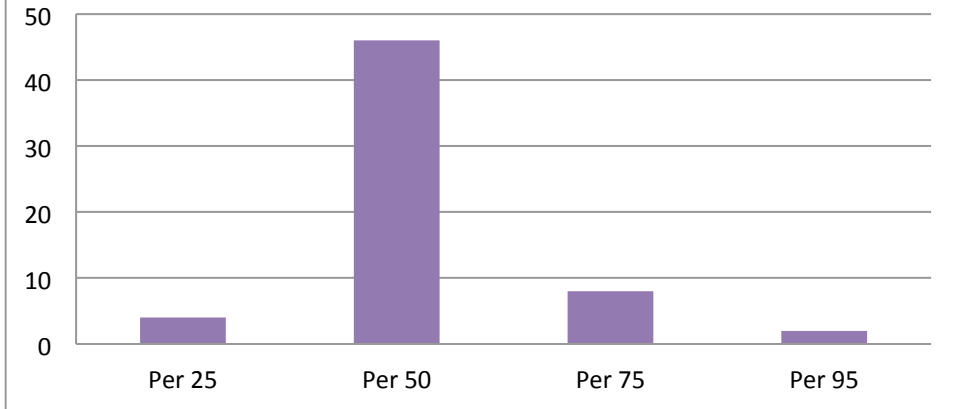
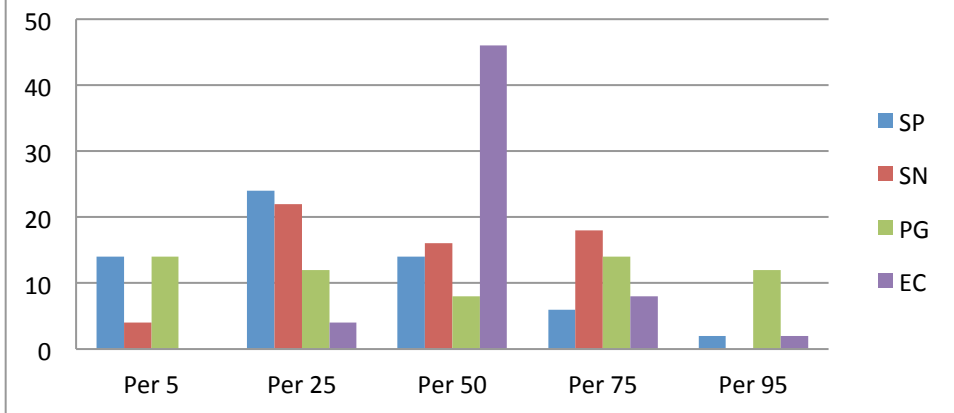
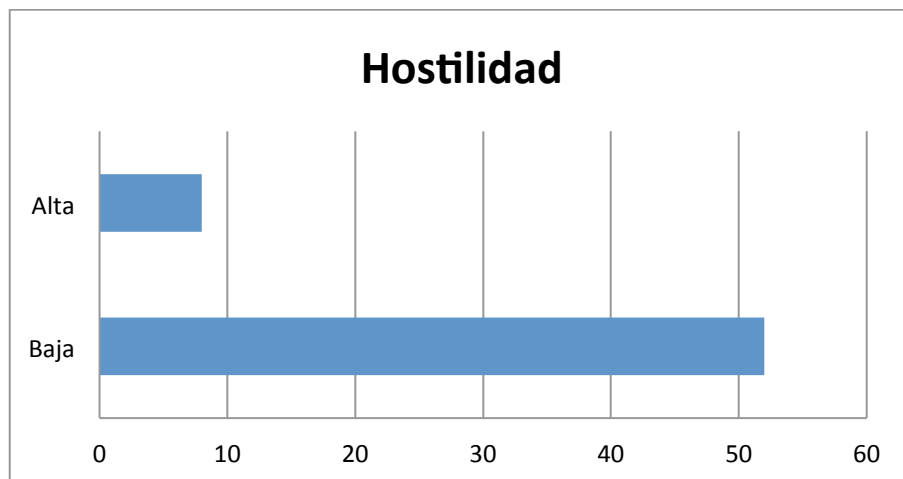
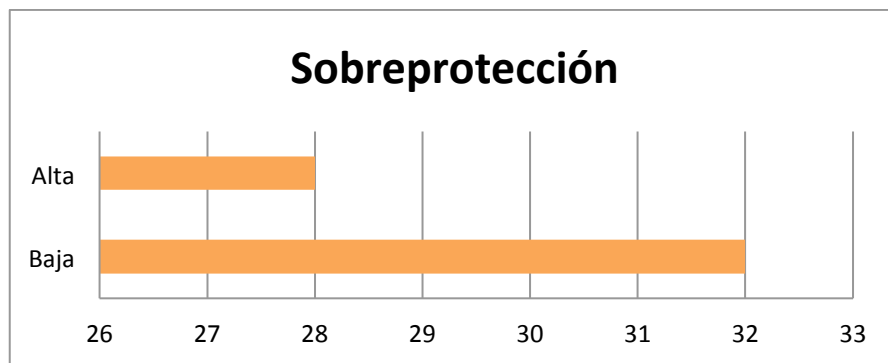
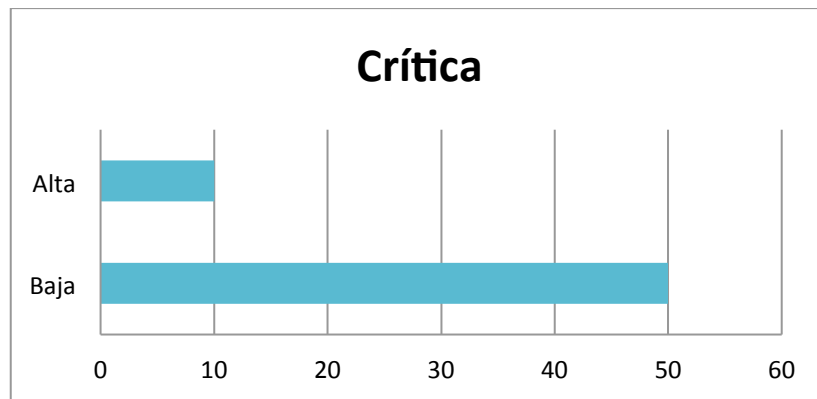
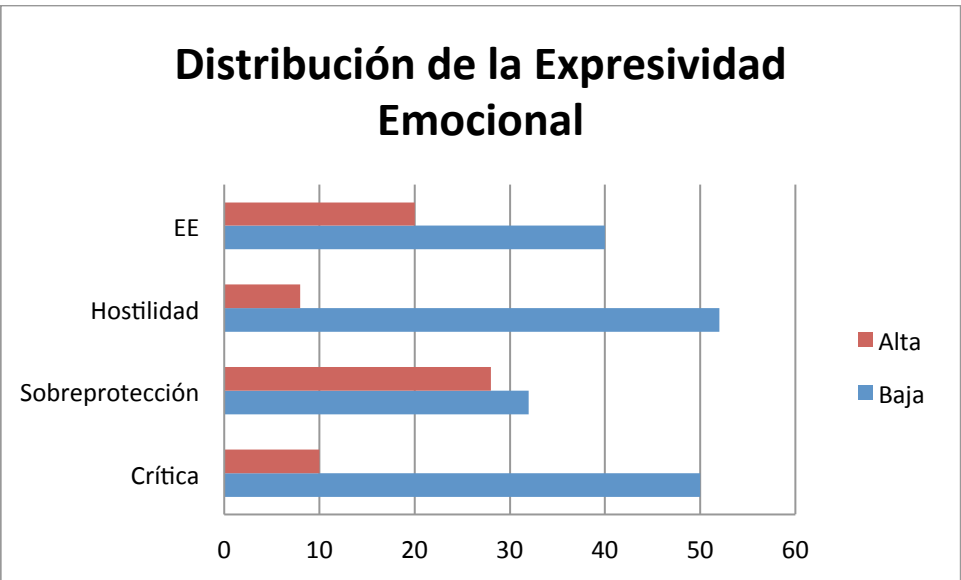
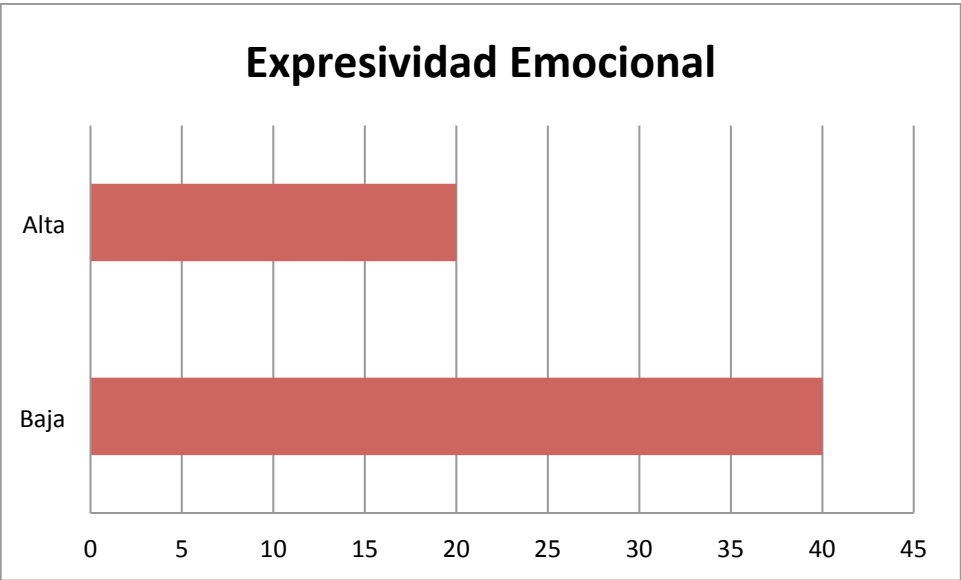


Gráfico 6. Distribución de subescalas en PANSS



Con respecto a la expresión de la emoción encontramos lo siguiente:





Al relacionar las distintas subescalas del PANSS con la expresividad emocional se encontró, que existe una asociación entre los síntomas positivos y todas las subescalas de expresión emocional. Los síntomas negativos se asociaron a la crítica y la sobreprotección. La psicopatología general se asocia con las subescalas de crítica, sobreprotección y expresión emocional. La escala compuesta solo se asoció con la escala de crítica.

Tabla i Asociación y correlación de subescalas de PANSS y expresividad emocional				
	Síntomas positivos	Síntomas Negativos	Psicopatología General	Escala Compuesta
Crítica	0.001	0.009	0.001	0.001
Sobreprotección	0.023	0.060	0.050	0.600
Hostilidad	0.003	0.765	0.105	0.088
Expresión Emocional	0.001	0.076	0.001	0.445
Se realizó Chi cuadrada				

Al relacionar las subescalas de PANSS con el sexo, encontramos que existían más síntomas positivos en los hombres en comparación a las mujeres, mayor cantidad de síntomas negativos en las mujeres con respecto a los hombres. La psicopatología general fue mayor en las mujeres. En relación con la expresión emocional, la crítica fue mucho mayor en los hombres, pero la hostilidad fue mayor hacia las mujeres.

Con respecto al antipsicótico se observan más síntomas positivos, síntomas negativos y psicopatología general con haloperidol en relación con la risperidona. No se observaron diferencias en las subescalas de expresión emocional con respecto al antipsicótico.

Tabla ii Asociación entre subescalas de PANSS y expresividad emocional con respecto al sexo y al antipsicótico		
	Sexo	Antipsicótico
Síntomas positivos	0.001	0.003
Síntomas negativos	0.034	0.042
Psicopatología general	0.006	0.002
Escala compuesta	0.050	0.014
Crítica	0.001	0.100
Sobreprotección	0.603	0.438
Hostilidad	0.031	0.647
Expresividad emocional	0.402	0.412

V DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

En los familiares estudiados destacó la EE alta en 20 de 60 pacientes y el componente característico fue el sobreinvolucramiento, que incluyó aspectos de sobreprotección, consentimiento, autosacrificio y malestar emocional, con niveles inapropiados de preocupación, similar al trato que normalmente se le da a un niño, el paciente es visto como menos competente que antes, y más vulnerable. Weisman et al.(23) mencionan que los síntomas más frecuentemente criticados por los familiares fueron los que reflejan conductas inadecuadas como poca higiene o descuido personal, además encontraron que los familiares con EE crítica-alta, piensan que la enfermedad y los síntomas deben de controlarlos los pacientes en relación con los familiares con menor EE y crítica-baja. La crítica y la hostilidad expresada por el familiar responsable puede causar mayor estrés familiar y por consiguiente exacerbación en la sintomatología clínica en el paciente y, a su vez, la sintomatología del paciente puede provocar la

presencia de expresión emocional alta. Para Vaughn (14) el índice de la EE se puede considerar como un indicador de la «temperatura emocional» en el hogar, que refleja la intensidad de una respuesta emocional temporal del familiar.

En investigaciones enfocadas a estudiar la EE en relación con los conocimientos de la esquizofrenia, se ha encontrado que el familiar de EE alta que principalmente expresa crítica u hostilidad hacia el paciente, tiene menores conocimientos que el familiar de baja Emoción expresada (24). Así, surge la hipótesis de que a partir del conocimiento que el familiar tenga sobre la esquizofrenia es posible disminuir actitudes negativas, mejorar la manera en la cual interactúa con el paciente y disminuir la EE alta. La información por sí misma es importante y aún más el significado cultural que el enfermo y el familiar le puedan dar, traducida en conductas que ayuden a la recuperación del paciente, es decir, el valor funcional que la información potencialmente tiene para reducir la discriminación. Es bien conocido el hecho de que los conocimientos que posea el familiar responsable y el enfermo respecto de la enfermedad, así como de su manejo, son potencialmente efectivos para la rehabilitación y la reinserción del paciente en su entorno social. (25,26)

La presencia de EE alta en el familiar es uno de los predictores de la recaída en personas con esquizofrenia. (17) Por tanto, brindar intervenciones terapéuticas y psicoeducativas a las familias será conveniente para disminuir el nivel de EE, lo que conlleva, a su vez, beneficios en la reducción en los costos por parte de la familia y por parte de los servicios de salud mental.

Se recomienda abordar de manera integral, tanto por la familia como por el enfermo, con apoyo del equipo de salud mental, de las organizaciones no gubernamentales y de

la sociedad, las iniciativas para reducir el estigma y la discriminación. En consecuencia, tratar a las personas con trastornos mentales con eficacia y respeto de los derechos humanos tiene una serie de efectos secundarios positivos no sólo para los pacientes sino también para sus familiares y para la comunidad en general. (27)

En cuanto a los mejores resultados en la sintomatología en general con la risperidona en relación con el haloperidol, debemos tener en cuenta que además de la dopamina, hay otros sistemas de neurotransmisión que están afectados en la esquizofrenia, como es el caso de la serotonina y aminoácidos excitatorios, ha sido relevante para el desarrollo de nuevas moléculas antipsicóticas, sin efectos extrapiramidales, llamadas por tal razón atípicas. También el entender que la ocupación de menos del 70% de los receptores D2, en el estriado, es una característica de estas moléculas, con un antagonismo más potente por los receptores serotoninérgicos 5HT2A, que sobre los dopaminérgicos D2. La risperidona es una molécula derivada del benzisoxazol, con una gran afinidad por los receptores 5 HT2A y D2. En condiciones de *in vitro*, la afinidad por los receptores a serotonina es 20 veces mayor que a dopamina. (28) Una limitante en este estudio es que no se tomaron en cuenta las dosis de ambos antipsicóticos (equivalentes a clorpromazina) por lo que no es una comparación objetiva entre estos dos fármacos.

VI BIBLIOGRAFÍA

1. Kaplan & Sadock. Sinopsis de Psiquiatría. 10ª edición. Lippincott Williams & Wilkins 2008. p 467-469.
2. Renato D. Alarcón, Guido Mazzotti, Humberto Nicolini. Psiquiatría 2ª edición. Organización Panamericana De La Salud 2005. p 367-368.
3. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM IV TR MASSON 2002.
4. Becerra J. *El Constructo Emoción Expresada En La Esquizofrenia*. Psicología/Psiquiatría 2008 abril.
5. Muela J, Godoy J. *El Estrés Crónico en la Esquizofrenia: La Emoción Expresada*. Universidad de Jaén (España) 1992
6. Muela J, Godoy J. *Reactividad de la medida de la Emoción Expresada durante un ingreso*. Psicología General Aplicada 2003; 8(1)
7. Muela J, Godoy J. *Importancia de los componentes de la Emoción Expresada*. Clínica y Salud 200;12(2);179-197.
8. Chávez A. *Emoción Expresada en familiares de pacientes con Trastornos de la Conducta Alimentaria*. Liber Adicctus. 2006 julio-Agosto;12(92).

9. Brown GW, Monck EM, Carstairs GM, Wing JK. Influence of family life on the course of schizophrenic illness. *British J Preventive Social Medicine* 1962;16:55-68.
10. Vaughn C, Leff JP. The measurement of expressed emotion in the families of psychiatric patients. *Clin Psychol* 1976;15: 157-165.
11. Leff J, Vaughn C. The interaction of life events and relatives expressed emotion in schizophrenia and depressive neurosis. *B J Psychiatry* 1980;136:146-153.
12. Leff J, Vaughn C. The role of maintenance therapy and relatives Expressed Emotion in Relapse of Schizophrenia: a two year and follow-up. *British J Psychiatry* 1981;139:102-104.
13. Kuipers L, Bebbington P. Expressed emotion research in schizophrenia: theoretical and clinical implications. *Psychological Medicine* 1988;18:893-909.
14. Vaughn C. Annotation: Expressed emotion in family relationships. *J Child Psychology Psychiatry* 1989,30(1):23-25.
15. Miklowitz DJ, Goldstein MJ, Faloon IRH, Doane JA. Interactional Correlates Of Expressed Emotion In The Families Of Schizophrenics. *BrPsychiatry* 1984;144:482.
16. Valone K, Norton JP, Goldstein MJ, Doane JA. Parental Expressed Emotion and affective style in an adolescent sample at risk for schizophrenia spectrum disorders. *J Abnormal Psychol* 1983;92:399.
17. Leff J, Vaughn C. Expressed emotion in families New York: Guilford Press;1985;p.25.

18. 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.
19. 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.
20. Marom S. *Expressed Emotion: Relevance to Rehospitalization in Schizophrenia over 7 Years*. Schizophrenia Bulletin. 2005;.31(3) 751-758.
21. 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
22. García-Portilla, Bascarán, Sáiz, Parellada, Bousoño, Bobes. Banco de instrumentos básicos para la práctica de la psiquiatría clínica. 5ª edición. Ars Medica 2008. p 45-47.
23. Weisman AG, Nuechterlein KH, Goldstein MJ, Snyder KS. Expressed emotion, attributions and schizophrenia symptom dimensions. J Abnorm Psychol 1998;107(2)355-359.
24. Brown GW, Birley JLT, Wing JK. Influence of family life on the course of schizophrenic disorder, a replication. Br J Psychiatry 1972;121:241-258.

25. Barrowclough C, Tarrier N, Watts S, Vaughn C, Bamrah JS et al. Assessing the Functional Value of Relatives' Knowledge about Schizophrenia: A preliminary Report. *British J Psychiatry* 1987;151:1-8.
26. Nomura H, Inoue S, Kamimura N, Shimodera S, Mino Y et al. A crosscultural study on expressed emotion in careers of people with dementia and schizophrenia: Japan and England. *Social Psychiatry and Psychiatry Epidemiology* 2005,40,:564-570.
27. World Health Organization. The world health report 2001. www.who.int/whr2001/2001/main/en/chapter2/002e3.htm, 2001.
28. Salín-Pascual RJ. Neurobioquímica y farmacología de los antipsicóticos atípicos: *Rev Mex Neuroci* 2005; 6(6): 500-507.
29. 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 april;42(1)
30. Vizcarro C, Arévalo J. *Emoción Expresada: Introducción al Concepto, Evaluación e Implicaciones Pronósticas Y Tratamiento*. Universidad Autónoma de Madrid. 1984

31. 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

CONSENTIMIENTO INFORMADO

NOMBRE (FAMILIAR): _____ FECHA: _____

1. Propósito: Le pedimos tomar parte de un trabajo de investigación, que tiene como objetivo determinar la relación entre la emoción expresada por la familia y la sintomatología de pacientes con esquizofrenia.

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 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, se le explicará brevemente lo que es la emoción expresada y su posible relación con la sintomatología 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, al doctor Omar Sánchez González, comunicarse al cel: 0445531008427. También puede contactarnos vía mail omar.sanchez.g@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

CONSENTIMIENTO INFORMADO

NOMBRE (Usuario): _____ FECHA: _____

1. Propósito: Le pedimos tomar parte de un trabajo de investigación, que tiene como objetivo determinar la relación entre la emoción expresada por la familia y la sintomatología de pacientes con esquizofrenia.

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: PANSS (Positive and Negative Syndrome Scale).

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, se le explicará brevemente lo que es la emoción y su posible relación con su sintomatología, 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, al doctor Omar Sánchez González, comunicarse al cel: 0445531008427. También puede contactarnos vía mail omar.sanchez.g@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 (USUARIO)

FIRMA TESTIGO

FIRMA INVESTIGADOR

EMOCIÓN EXPRESADA DEL FAMILIAR (GUANILO Y SECLÉN)

Versión modificada
Instituto Nacional de Psiquiatría

Fecha _____
Folio _____
Fase _____
Grupo _____

PRESENTACIÓN:

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 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 vaya 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.- Procuero hacerle sentir vergüenza a mi familiar enfermo para que deje de hacer algunas cosas desagradables.				

Escala para el Síndrome Positivo y Negativo de la Esquizofrenia (PANSS)

1. Delirios 1 2 3 4 5 6 7
2. Desorganización conceptual 1 2 3 4 5 6 7
3. Alucinaciones 1 2 3 4 5 6 7
4. Excitación 1 2 3 4 5 6 7
5. Grandiosidad 1 2 3 4 5 6 7
6. Susplicacia/perjuicio 1 2 3 4 5 6 7
7. Hostilidad 1 2 3 4 5 6 7

Escala positiva (PANSS-P) Puntuación directa: Percentil:

1. Embotamiento afectivo 1 2 3 4 5 6 7
2. Retraimiento emocional 1 2 3 4 5 6 7
3. Contacto pobre 1 2 3 4 5 6 7
4. Retraimiento social 1 2 3 4 5 6 7
5. Pensamiento abstracto 1 2 3 4 5 6 7
6. Fluidez de la conversación 1 2 3 4 5 6 7
7. Pensamiento estereotipado 1 2 3 4 5 6 7

Escala negativa (PANSS-N) Puntuación directa: Percentil:

1 2 3 4 5 6 7

Escala compuesta (PANSS-C) Puntuación directa: Percentil:

1. Preocupación somática 1 2 3 4 5 6 7
2. Ansiedad 1 2 3 4 5 6 7
3. Sentimientos de culpa 1 2 3 4 5 6 7
4. Tensión motora 1 2 3 4 5 6 7
5. Manierismos/posturas 1 2 3 4 5 6 7
6. Depresión 1 2 3 4 5 6 7
7. Enlentecimiento motor 1 2 3 4 5 6 7
8. Falta de colaboración 1 2 3 4 5 6 7
9. Pensamientos inusuales 1 2 3 4 5 6 7
10. Desorientación 1 2 3 4 5 6 7
11. Atención deficiente 1 2 3 4 5 6 7
12. Ausencia de *insight* 1 2 3 4 5 6 7
13. Trastornos de la volición 1 2 3 4 5 6 7
14. Control deficiente de los impulsos 1 2 3 4 5 6 7
15. Ensimismamiento 1 2 3 4 5 6 7
16. Evitación social activa 1 2 3 4 5 6 7

Psicopatología general (PANSS-PG) Puntuación directa: Percentil:

1 2 3 4 5 6 7