



Universidad Nacional Autónoma de México



Facultad de Medicina

Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Álvarez"

**"RESPUESTA AL TRATAMIENTO CON PSICOTERAPIA EN PACIENTES
ESQUIZOFRENICOS CON FAMILIAS CON ALTA EMOCION EXPRESADA
ATENDIDOS EN LA CLIFAM"**

**TESIS QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
PSIQUIATRIA**

PRESENTA:

DRA. BEATRIZ CURRO MARTINEZ

ASESOR TEÓRICO:

ASESOR METODOLÓGICO:

Dra. Cecilia Bautista Rodríguez

Dr. Fernando Corona Hernández

OCTUBRE DEL 2012



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.

AGRADECIMIENTOS

*Agradezco a mi familia, a mi mamá, mi hermana Ana,
A mi esposo Eduardo y mi pequeño Axel por su amor, tolerancia y paciencia,
por todo el tiempo que me han acompañado en este camino.*

*Al personal del hospital por las cosas buenas y malas.
Por esta experiencia que va mas allá de lo académico,
a los maravillosos amigos que he conocido,
a las doctoras Ceci, Vero y Juanita que han sido un ejemplo para mi.
A todos ellos por su apoyo en el momento
más difícil e importante de mí vida.*

INDICE

Lista de tablas, graficas y abreviaturas	ii
Resumen	iii
Introducción	1
Marco teórico (Antecedentes)	2
Marco conceptual	17
Justificación y planteamiento del problema	21
Objetivos generales y específicos	22
Hipótesis	22
Variables	22
Muestra	22
Sujetos	22
Criterios de selección	23
Tipo de estudio	23
Instrumentos de evaluación y medición	24
Procedimiento y resultados	25
Discusión	33
Conclusiones	35
Referencias bibliografías	37
Anexos	41

Lista de tablas

Tabla 1 Muestra los resultados de la prueba T de dos muestras para la escala de Guanilo y Seclen	26
Tabla 2 Muestra el número de pacientes que acudió de acuerdo con su número de sesiones	27
Tabla 3 Muestra de acuerdo como con el número de sesiones se dividió a los pacientes en 2 grupos: Grupo 1: de 1 a 11 sesiones (15 pacientes), grupo 2: 12 sesiones o más (13 pacientes).	27
Tabla 4 Muestra los resultados en la subescala de PANSS-P, PANSS-N, PANSS-PG, el total de síntomas positivos y el total de síntomas negativos de los pacientes según su puntaje inicial y final de acuerdo con su número de sesiones).	28
Tabla 5 Muestra las diferencias en el promedio de puntajes, siendo muy similares tanto en el PANSS-P como en el total de síntomas positivos	28
Tabla 6 Muestra los resultados para la prueba T de dos muestras para la escala de PANSS-P	29
Tabla 7 Muestra los resultados para la prueba T de dos muestras para la escala de PANSS-N	29
Tabla 8 De acuerdo al numero de sesiones muestra el resultado en la prueba de T de dos muestras en la prueba PANSS_PG	30
Tabla 9 Muestra los resultados en la prueba T de dos muestras en cuanto al cambio en la sintomatología positiva	30
Tabla 10 Muestra los resultados en la prueba T de dos muestras en cuanto al cambio en la sintomatología negativa	31
Tabla 11 correlación de Pearson entre los resultados de la prueba de Guanilo y Seclen y la PANSS	32
Grafica 1 Correlación entre cambios en la emoción expresada y puntaje en la escala PANSS-P	32
Grafica 2 Correlación entre cambios en la emoción expresada y puntaje en la escala PANSS-N	32
Grafica 3 Correlación entre cambios en la emoción expresada y puntaje en la escala PANSS-PG	33

RESUMEN

Introducción: Desde hace varias décadas los investigadores se han percatado alta emoción expresada produce un empeoramiento en el paciente teniendo mayor número de internamientos, menos control de la sintomatología, reinserción en la sociedad, falta de participación en actividades cotidianas y tendencia al aislamiento esto genera un círculo vicioso al aumentar el disgusto de la familia con el paciente colocándolo en una situación vulnerable por lo que se han desarrollado diferentes alternativas en terapia para favorecer la mejora en la relación familiar. **Objetivo** Determinar en qué grado la asistencia a sesiones de terapia familiar influyen en mejoría en la relación y comunicación al trabajar la emoción expresada entre los integrantes de la familia y la mejora en los síntomas positivos y negativos en el paciente esquizofrénico. **Material y métodos** se realizó un estudio Cuasiexperimental Prospectivo con la aplicación de Pre-test, aplicación de terapia y Post-test. Se trabajó en pacientes con diagnóstico de esquizofrenia que hayan sido manejados en CLIFAM con terapia familiar, primero se realizó una carta de consentimiento informado antes de recibir la terapia se les aplicaron escalas PANSS (Escala de Síntomas Positivos y Negativos) y CIF (Escala de Emoción expresada (CIF) Modificada de Guanilo y Seclén) y al terminar el proceso terapéutico nuevamente se aplicaron las escalas para conocer el resultado. **Resultados:** En total se incluyeron en el estudio 28 pacientes, a los que se les realizó una evaluación inicial mediante la escala PANSS. Correspondiendo 24 al sexo masculino (86%) y sólo 4 al femenino (14%). Los pacientes que recibieron 12 sesiones o más se distribuyeron de la siguiente manera: 6 pacientes tuvieron 12 sesiones y el resto tuvieron un número muy variable de sesiones con 1 paciente que acudió a un total de 30 sesiones. En este grupo en promedio presentaron una puntuación inicial de: PANSS-P de 10.69, PANSS-N de 14.46, PANSS-PG de 30.69, 1.15 síntomas positivos y 2.53 síntomas negativos. Este grupo de pacientes presentó diferencias significativas en la reducción tanto de puntaje (en promedio 5 puntos en PANSS-PG) como del número de síntomas con respecto a los pacientes que tuvieron menos de 12 sesiones. En el caso de la escala de Guanilo y Seclén se mostró una modificación el grupo de pacientes con 12 sesiones o más se obtuvo una mejoría en la emoción expresada de los familiares de casi el doble comparada con aquellos pacientes que acudieron a menos de 12 sesiones (16.16% vs. 31.25%). Sin embargo sólo se presentaron diferencias estadísticamente significativas para la correlación (Pearson) entre la emoción expresada y el puntaje en la escala PANSS-P. Conclusiones: El manejo de la EE mediante la terapia familiar sí resulta en mejoría en los puntajes de la escala de emoción expresada y esto a su vez favorece la mejoría en la sintomatología del paciente, se ha visto que estos pacientes con mejoría en sus síntomas son más capaces de tomar decisiones que mejoren su calidad de vida, su manera de relacionarse y su funcionalidad.

INTRODUCCION

Desde que existe la enfermedad mental los pacientes siempre han sido relegados por su familia y la sociedad a áreas alejadas de las ciudades o desterrados, en algunas culturas eran lapidados o encadenados a sus casas. Por lo que diversos investigadores se dedicaron a tratar de darle una explicación a la enfermedad mental, tanto biológica, psicológica y social.

En un principio se busco dar un enfoque por la teoría psicoanalítica al establecer como principal afectación las relaciones interpersonales de las personas psicóticas. Al comienzo, el propósito de estos autores fue aumentar la comprensión del paciente sobre su enfermedad para mejorar su tratamiento no buscaban modificar el funcionamiento familiar.

Desde la de los 60s se ha tratado de dar una explicación y manejo a la mala comunicación de lo esquizofrénicos con sus padres proponiéndose teorías como doble vínculo, y la mala comunicación como causa de la psicosis.

Se ha demostrado en estudios que la mejora en la comunicación favorece la reinserción a la sociedad y la relación en la familia, teniendo los esquizofrénicos redes de apoyo más fuertes que con el tiempo reducen las recaídas y el fenómeno de puerta giratoria.

Ante esta alta emoción expresada tambien hay un empeoramiento en el cuadro del paciente teniendo mayor número de internamientos, menos control de la sintomatología, menor reinserción en la sociedad, falta de participación en actividades cotidianas y mayor tendencia al aislamiento.

Esto genera un círculo vicioso pues aumenta el disgusto de la familia en contra del paciente colocando a este último en una situación más vulnerable, favoreciendo el deterioro.

Se han buscado implementar diferentes modelos de terapia familiar con la finalidad de mejorar el manejo de las emociones disminuyendo así el sobreinvolucramiento, el criticismo, (alta emoción expresada) el desgaste del cuidador y el enojo en los familiares de los pacientes esquizofrénicos.

Se ha generado en el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez una clínica específica que busca abordar la alta emoción expresada del familiar enfocada en los diferentes modelos psicoterapéuticos que existen con la finalidad de generar estrategias que fortalezcan la comunicación, las relaciones de la familia.

El objetivo es disminuir las recaídas, los internamientos involuntarios y favorecer la reinserción en la sociedad de los pacientes, su mejora en adherencia terapéutica y disminuir la sintomatología.

En la CLIFAM los terapeutas aplican diferentes técnicas de terapia familiar que se buscara determinar si favorecen al paciente y su relación con su familia.

MARCO TEÓRICO

Al hablar de la terapia familiar de la esquizofrenia se debe tener en cuenta que nos encontramos ante un cuadro clínico complejo en el que varios aspectos van a influir en el pronóstico, pudiendo distorsionar los resultados de la intervención terapéutica. Por ello, es necesario hacer una breve referencia de la patología.

Clasificación CIE 10

Este trastorno se caracteriza por distorsiones fundamentales y típicas de la percepción, del pensamiento y de las emociones, estas últimas en forma de embotamiento o falta de adecuación. En general, se conservan tanto la claridad de la conciencia como la capacidad intelectual, aunque con el paso del tiempo pueden presentarse déficits cognoscitivos, compromete las funciones esenciales que dan a la persona normal la vivencia de su individualidad, singularidad y dominio de sí misma. (5)

El enfermo cree que sus pensamientos, sentimientos y actos más íntimos son conocidos o compartidos por otros y pueden presentarse ideas delirantes en torno a la existencia de fuerzas naturales o sobrenaturales capaces de influir, de forma bizarra, en los actos y pensamientos del individuo afectado. Este se siente el centro de todo lo que sucede. (5)

Son frecuentes las alucinaciones, especialmente las auditivas, que pueden comentar la conducta o los pensamientos propios del enfermo. Se presentan además otros trastornos de la percepción: los colores o los sonidos pueden parecer más vívidos o tener cualidades y características alteradas y detalles irrelevantes de hechos cotidianos pueden parecer más importantes. (5)

La perplejidad es frecuente desde el comienzo, la cual suele acompañarse de la creencia de que las situaciones cotidianas tienen un significado especial, por lo general siniestro y dirigido contra el propio enfermo. (5)

En el trastorno del pensamiento característico de la esquizofrenia los aspectos periféricos e irrelevantes de un concepto, afloran a la superficie y son utilizados en lugar de los elementos pertinentes y adecuados para la situación. Así el pensamiento se vuelve vago, elíptico y oscuro incomprensible. (5)

Son frecuentes los bloqueos e interpolaciones en el curso del pensamiento. Las características más importantes de la afectividad son la superficialidad, su carácter caprichoso y la incongruencia. La ambivalencia y el trastorno de la voluntad se manifiestan como inercia, negativismo o estupor. Pueden presentarse también síntomas catatónicos. (5)

El comienzo puede ser agudo, con trastornos graves del comportamiento conductual o insidioso con un desarrollo gradual de ideas y de una conducta extraña. (5)

El curso también presenta una gran variabilidad y no es inevitablemente crónico y deteriorante. Un porcentaje de casos, que varía en las diferentes culturas y poblaciones, evoluciona hacia una recuperación completa o casi completa. Ambos sexos se afectan aproximadamente por igual, pero el comienzo tiende a ser más tardío en las mujeres. (5)

Aunque en sentido estricto no se han identificado síntomas patognomónicos, ciertos fenómenos psicopatológicos tienen una significación especial para el diagnóstico de esquizofrenia, los cuales suelen presentarse asociados entre sí. Estos son: (5)

- a) Eco, robo, inserción del pensamiento o difusión del mismo.
- b) Ideas delirantes de ser controlado, de influencia o pasividad, claramente referidas al cuerpo, a los movimientos de los miembros o a pensamientos o acciones o sensaciones concretas y percepción delirante.
- c) Voces alucinatorias que comentan la propia actividad, que discuten entre ellas sobre el enfermo u otro tipo de voces alucinatorias que proceden de otra parte del cuerpo.
- d) Ideas delirantes persistentes de otro tipo que no son adecuadas a la cultura del individuo o que son completamente imposibles, tales como las de identidad religiosa o política, capacidad o poderes sobrehumanos (por ejemplo, de ser capaz de controlar el clima, de estar en comunicación con seres de otros mundos). (5)
- e) Alucinaciones persistentes de cualquier modalidad, cuando se acompaña de ideas delirantes no estructuradas y fugaces sin contenido afectivo claro, o ideas sobrevaloradas persistentes, o cuando se presentan a diario durante semanas, meses o permanentemente.
- f) Interpolaciones o bloqueos en el curso del pensamiento, que dan lugar a un lenguaje divagatorio, disgregado, incoherente o lleno de neologismos.
- g) Manifestaciones catatónicas, tales como excitación, posturas características o flexibilidad cética, negativismo, mutismo, estupor. (5)
- h) Síntomas "negativos" tales como apatía marcadas, empobrecimiento del lenguaje, bloqueo o incongruencia de la respuesta emocional (estas últimas habitualmente conducen a retraimiento social y disminución de la competencia social). Debe quedar claro que estos síntomas no se deben a depresión o a medicación neuroleptica. (5)
- i) Un cambio consiente y significativo de la cualidad general de algunos aspectos de la conducta personal, que se manifiesta como pérdida de interés, falta de objetivos, ociosidad, estar absorto y aislamiento social. (5)

MODELOS EXPLICATIVOS DE LA ESQUIZOFRENIA

Modelo médico.

Este modelo se aplica tanto a la etiología como a la patofisiología. Y se apoya en estudios genéticos (Gottesman y Shields, 1976) y en estudios sobre anomalías estructurales del cerebro, como la dilatación ventricular (Johnstone,

1978) y funcionales, como las alteraciones de los neurotransmisores (Verhoeven, Westenberg y Van Ree, 1984).

Especialmente la dopamina cuyo aumento en los receptores neuronales produciría un exceso de información no procesable, dando lugar a déficit atencional (Meltzer, 1979). Para Gottesman y Shields (1982) el 70% de las causas de la esquizofrenia son biológicas y el 30% ambientales. (10)

Este modelo, aunque realiza aportaciones importantes, como los estudios sobre neurotransmisores, no logra explicar porqué hay remisiones y porqué el curso suele ser episódico. (10)

Modelo ambiental

En Estados Unidos durante los años 50, varios grupos de investigadores estudian familias de esquizofrénicos intentando encontrar una etiología "familiar" a la esquizofrenia. (10)

El grupo de Bateson publicó en 1956 un trabajo en el que afirmaban que la esquizofrenia se debía al aprendizaje, en el medio familiar, de estilos comunicacionales disfuncionales. Esta comunicación esquizofrenógena se llamó "doble vínculo" y en ella se sometía al futuro esquizofrénico a mensajes incongruentes sin posibilidad de huida ni clarificación, atrapándole en una relación paradójica, de manera que no podía aprender a discriminar correctamente sus percepciones (Bateson, Jackson, Haley y Weakland, 1956). (10)

Posteriormente, Bateson (1960) señaló que la relación era recíproca eliminando el rol de víctima y, en 1963, los autores del trabajo de 1956 afirman " en la esquizofrenia el doble vínculo es una condición necesaria pero no suficiente para explicar la etiología y, a la inversa, es un subproducto inevitable de la comunicación esquizofrénica" Bateson, Jackson, Haley y Weakland (1963). (10)

De manera que relativizan el papel causal del doble vínculo, encontrado en otras patologías y en familias sin enfermos psíquicos, y hacen hincapié en la circularidad de la relación, es decir que el doble vínculo puede influir en la aparición de la esquizofrenia, pero también puede deberse a ella. (10)

De esta manera intentaban, quizás, responder a las críticas por pretender sacar conclusiones etiológicas de estudios transversales, pero la teoría se queda simplemente en que es frecuente encontrar dicho estilo comunicacional en las familias de esquizofrénicos. (10)

El grupo formado por Lidz, Cornelison, Fleck y Terry publican en 1958 un artículo en el que hablan de la "transmisión de la irracionalidad" de padres a hijos; es decir que la esquizofrenia es aprendida por el hijo al ver conductas atípicas en sus padres. (10)

El grupo de Wynne, también desde una perspectiva psicoanalítica como Lidz, desarrollo el concepto de "pseudomutualidad" para describir unas relaciones en las que se sacrifica la identidad individual para adecuarse a las expectativas recíprocas, creando un caldo de cultivo propicio para el desarrollo de la esquizofrenia (Wynne et al.1958). (10)

Estos primeros estudios tenían graves fallos metodológicos que reducían sus conclusiones a intuiciones clínicas, como son el intentar unir terapia e investigación, sacar conclusiones etiológicas de estudios transversales, no utilizar criterios diagnósticos adecuados, etc. Frank (1965), Riskin y Faunce (1972), Doane (1978), Wynne (1983). (10)

En la década de los 60 existían dos opiniones encontradas en relación a las alteraciones de la comunicación hallada en los padres de esquizofrénicos: La esquizofrenia causa la alteración en la comunicación de los padres, versus, ésta última causa la esquizofrenia. (10)

A partir de finales de esa década se empiezan a desarrollar investigaciones, con una adecuada metodología, sobre la interacción en familias de esquizofrénicos. Las tres más importantes son sobre la Comunicación Desviada (CD), los Estilos Afectivos (AS) y la Emoción Expresada (EE). (10)

CD. Comunicación Desviada.

Wynne y Singerger (1963, 1965, 1966, 1968) elaboraron un instrumento para medir las alteraciones de la comunicación de los padres con el fin de comprobar la hipótesis de que las alteraciones en la capacidad de focalizar, mantener y compartir la atención en los esquizofrénicos son aprendidas de las alteraciones de la comunicación de los padres. (4, 10)

Con el manual de comunicación desviada puntúan las respuestas obtenidas en una entrevista individual, en la que los padres deben mirar unas láminas del Rorschach y el T.A.T. y explicar lo que han visto, y los clasifican en altos o bajos en CD. (4, 10)

Con este método realizaron varios estudios transversales y jueces entrenados lograban averiguar la patología del hijo a través de la comunicación del padre como esto no solucionaba el problema de si la patología se debía a la comunicación de los padres o viceversa, Wynne et al. (1982) realizaron un estudio longitudinal con una muestra de familias con hijos no esquizofrénicos pero con características premórbidas afines, y a los 5 años el nivel de predicciones acertadas es muy elevado en base a la CD de los padres. (4, 10)

La predicción va a ser mayor utilizando simultáneamente los Estilos Afectivos (AS).

AS. Estilos Afectivos.

Doane et al. (1981) desarrollan un instrumento para estudiar la relación afectiva entre los padres y el hijo, y evalúan las siguientes conductas: Apoyo, crítica, inducción a culpa e intrusismo. (10)

Utilizando AS y CD estudiaron 65 familias con adolescentes con alteraciones psicológicas, pero no psicosis, y a los 5 años las familias altas en CD y AS tenían un hijo esquizofrénico o con otra psicosis. (10)

En esta investigación se comprueba que la alteración en la interacción es anterior a la aparición de la esquizofrenia, aunque no explica porqué no todos los hijos de los padres altos en CD y AS son esquizofrénicos. (10)

Podría argüirse que los padres actúan de diferente manera con cada hijo, lo cual podría valer para AS siempre que se evaluara la interacción con todos los hijos, pero en CD no se evalúa la interacción sino la capacidad de los padres para comunicarse adecuadamente, y si no pueden no lo harán con ningún hijo. (10)

En conclusión, deben existir otros factores que contribuyan a que un hijo de los mismos padres desarrolle una esquizofrenia y otros no, aunque CD y AS sean factores importantes en la etiología y mantenimiento de la esquizofrenia. (10)

Emoción Expresada (EE).

En Inglaterra, a diferencia de USA, no se ocuparon de estudiar el origen "interaccional" de la esquizofrenia, sino que, a partir de la observación de que los esquizofrénicos que al alta regresaban al hogar recaían más que los que iban a un hogar protegido. (4, 10)

Brown y Rutter (1966), Brown y Birley (1968), Brown, Birley y Wing (1972) investigan la actitud emocional de los familiares de los esquizofrénicos. A raíz de sus investigaciones surge el constructo Emoción Expresada que se mide a través de una entrevista semiestructurada, la Camberwel Family Interview (CFI), realizada con cada padre por separado y grabada en audio para ser evaluada por jueces entrenados. (4, 10)

Se utiliza el CFI para determinar el nivel de emoción expresada de los familiares, en caso de que compartan el hogar con el paciente. Todos los familiares adultos son entrevistados; esto, generalmente supone padres o pareja y, menos frecuentemente, hermanos e hijos ya crecidos del paciente.

A todos los convivientes con elevado nivel de emoción expresada se les ofrece ayuda. Las pautas clínicas para identificar a las familias con más necesidad son: a) frecuentes peleas que conducen a violencia verbal o física; b) familias que telefonan a la policía; c) pacientes medicados que recaen más de una vez al año y d) familiares que frecuentemente contactan al staff medico para información o seguridad. (9, 18)

La CFI fue hecha más breve por Vaughn y Leff (1976) durando en la actualidad alrededor de una hora.

La EE está compuesta por 5 subescalas:

- Criticismo (CC)
- Hostilidad (H)
- Implicación
- Emocional Excesiva (IEE)
- Comentarios Positivos (CP)
- Calor (C).

Las tres primeras son predictores de la recaída.

El *criticismo* comprende los comentarios críticos (resentimiento, desaprobación o disgusto) dirigidos a conductas del paciente, (por Ej.: "Me fastidia que fume tanto"). Si el familiar expresa seis o más comentarios críticos son calificados como alto en EE. (4, 10)

La *hostilidad* está presente cuando el familiar desconfirma (rechaza como persona) al paciente, (por Ej. "Es un gandul sin remedio"). Es una escala global que puntúa de 0 a 4; si la hostilidad está presente el familiar es calificado como alto en EE. (4, 10)

La *implicación emocional excesiva* es otra escala global e incluye 3 tipos de conductas:

Control excesivo de la conducta del paciente, respuesta emocional exagerada (por Ej. lloros frecuentes al hablar del paciente) y una conducta de sacrificio y sobreprotección excesivos. La puntuación va de 0 a 5 y se valora alto en EE a partir de 3. (4, 10)

Comentarios positivos es una escala cuantitativa en la que se numeran las expresiones de valoración o aprecio (por Ej. "es un buen chico").

Calor es una escala global que va de 0 a 5 y valora las manifestaciones de afecto en interés. A la hora de evaluar se tiene en cuenta el contenido y el tono emocional con que se expresa el familiar. (4)

Los familiares altos en EE se caracterizan, según Vaughn y Leff (1981), por: Intrusismo, cólera y/o estrés alto, ansiedad, abierta censura al paciente, marcada intolerancia a los síntomas y largo período de deterioro.

En los hogares altos en emoción expresada las recaídas de los esquizofrénicos a los 9 meses del alta, son mucho más frecuentes que en hogares bajos en EE. Vaughn y Leff (1976) Leff y Vaughn (1981) señalan que dos factores parecen proteger del efecto negativo de la alta EE:

La toma regular de medicación neuroléptica y la reducción del contacto cara a cara con el familiar alto en EE a menos de 35 horas semanales, aunque si al estresor crónico que es la alta EE se le suma un estresor agudo

(acontecimiento vital estresante) ambas medidas suelen ser insuficientes para prevenir la crisis. (10, 18)

Modelo de la vulnerabilidad al estrés.

Zubin y Spring (1977), Zubin, Magaziner y Steinhauer (1983) proponen un modelo según el cual el riesgo de esquizofrenia no proviene únicamente de factores genéticos o biológicos, sino que confluyen para su aparición otros cambios de la personalidad y conducta. Los factores que componen este modelo son: (10)

1. Vulnerabilidad: Es un rasgo que hace que una persona determinada tenga más probabilidad de padecer un trastorno psiquiátrico. (10, 12, 13)

2. Esfuerzo de Enfrentamiento que deben hacer para sobrellevar situaciones vitales, es mayor cuanto más vulnerable se es. (10, 12, 13)

3. La Competencia, son las habilidades necesarias para desempeñar roles sociales, es menor en los vulnerables. (10, 12, 13)

4. La Habilidad de Enfrentamiento, también es menor en los más vulnerables. La vulnerabilidad puede deberse a factores genéticos, bioquímicos, factores psicosociales, procesos evolutivos y de aprendizaje. Los estresores ambientales tienen una gran importancia en este modelo y pueden producir dos tipos de efectos: (19, 12, 13)

a) Causales o formativos, determinan una alteración estable que hace ser más vulnerable, especialmente si actúan en la infancia. b) Precipitante, provoca un episodio agudo en la persona vulnerable. (10, 12, 13)

Este modelo integra teorías biológicas, del desarrollo y ambientales, pero no es específico de la esquizofrenia y recuerda al modelo propuesto por Freud para explicar la aparición de las neurosis.

Según Freud, la constitución sexual, determinada, más las experiencias infantiles conformaban una disposición debida a la fijación de la libido (vulnerabilidad) que unida a experiencias traumáticas (estresores), provocaban la aparición de la neurosis Freud (1916).

Ciampi (1983, 1984, 1985), en la misma línea, propone un modelo multicausal para la esquizofrenia en el que tiene en cuenta la fase premórbida, la aguda y la evolución a largo plazo: (9, 13)

1. fase premórbida: Las influencias genéticas (constitución y defectos pre y perinatales) y las psicosociales (traumas infantiles tempranos, estilo de comunicación familiar, mecanismos de "coping" adquiridos, etc.) determinan una vulnerabilidad premórbida (baja tolerancia al estrés, hipersensibilidad y poca capacidad para enfrentarse a estímulos emocionales y cognitivos complejos de la información). (9, 13)

2. En la fase aguda, un estrés inespecífico provoca la descompensación psicótica aguda,

3. La evolución a largo plazo dependerá de influencias psicosociales y de las capacidades del paciente, pudiendo ir hacia la remisión total o hacia frecuentes recaídas y deterioro. Zubin, Steinhauer y Day, (1985) propugnan que la esquizofrenia es un trastorno episódico y la cronicidad se debe a la personalidad premórbida y a factores sociales, entre los que se deben incluir la intervención terapéutica, y lo que persistiría es la vulnerabilidad a tener episodios psicóticos. (9, 13)

Enfoques de tratamiento

Debido a que la esquizofrenia es una condición heterogénea con una variedad de posibles causas, es razonable combinar tratamientos sociales y biológicos. Las drogas neurolépticas brindan protección parcial contra el estrés ambiental, pero necesitan ser complementadas. (21, 22)

El programa desarrollado en base a la investigación sobre la emoción expresada de los familiares comienza con educación sobre la esquizofrenia para pacientes y familiares. (21, 22)

Sesiones familiares en el hogar corren paralelamente con grupos de familiares y pretenden mejorar la comunicación, enseñar habilidades para la resolución de problemas, minimizar el criticismo y la sobreinvolucración, expandir las redes sociales y graduar las expectativas. (21, 22)

El trabajo individual con el paciente es utilizado frecuentemente en forma paralela a las sesiones familiares e incluye entrenamiento de habilidades sociales, administración de la ansiedad y una aproximación cognitiva hacia los síntomas psicóticos persistentes. (21, 22)

Los terapeutas ocupan un rol central en la coordinación de la variedad de servicios precisados por el paciente y su familia. (9)

Los principales avances en las estrategias de tratamiento para la esquizofrenia se han desarrollado y refinado basándose en el modelo de vulnerabilidad-estrés.

Este modelo ha suscitado el surgimiento de la gama de formatos terapéuticos que actualmente conocemos y que se orientan hacia un doble objetivo; por un lado, el desarrollo y fortalecimiento de aquellos factores que permiten una óptima protección de la persona (y que básicamente incluyen el tratamiento farmacológico, las habilidades personales de afrontamiento y de autoeficacia, la capacidad cognitiva de procesamiento y el apoyo familiar y social) y, por otro, la disminución o eliminación de los estresores ambientales y de la vulnerabilidad biológica subyacente (Birchwood, Hallet, & Preston, 1989; Wykes, Tarrier, & Lewis, 1998). (29)

Se clasifica a una familia de alta EE cuando al menos uno de sus miembros presenta uno o más de las siguientes dimensiones: Crítica (evaluación negativa de la conducta del enfermo), Hostilidad (evaluación negativa del enfermo como persona) o Sobreimplicación emocional (sentimientos o actitudes, por parte del familiar, de desesperanza, autosacrificio, sobreprotección... hacia el enfermo). Mari y Streiner (1994) realizan una exhaustiva revisión de programas familiares. (18, 29)

La desinstitucionalización de los pacientes durante las últimas décadas favoreció la incorporación de sus familiares como un importante recurso terapéutico; sobre todo tras investigaciones que habían destacado la influencia de ciertas características del contexto familiar en la evolución de la esquizofrenia, como la emoción expresada. (23, 25)

Consecuencia de ello fue también el impulso experimentado por asociaciones familiares de auto-ayuda, cuyo objetivo era reducir los sentimientos de culpabilidad, aumentar el conocimiento de la enfermedad y desarrollar procedimientos educativos para el manejo del paciente. (23, 25)

El término "esquizofrenia" abarca una variedad de condiciones, en algunas de las cuales sobresalen los factores biológicos, mientras que en otras las influencias ambientales ejercen el efecto predominante. Debido a ello, cada paciente debe ser valorado de modo particular de acuerdo a la predominancia relativa de contribuciones biológicas o ambientales de su enfermedad. (9)

Todo ello confluyó en el desarrollo de diferentes modelos terapéuticos de intervención familiar, entre los que han destacado: (12, 13)

(a) el paquete de intervenciones sociofamiliares de Leff (Kuipers, Leff, & Lam, 1992; Leff, Kuipers, Berkowitz, Eberlein-Vries, & Surgeon, 1982) (9, 12, 13)

(b) el modelo psicoeducativo de Carol Anderson (Anderson et al., 1986)

(c) las intervenciones cognitivo-conductuales de Tarrier (Barrowclough & Tarrier, 1992; Tarrier & Barrowclough, 1995) (9, 12, 13)

(d) la terapia conductual familiar de Falloon (Falloon et al., 1985; Falloon, Laporta, Fadden, & Graham-Hole, 1993) (9, 12, 13)

En general, estos modelos psicoeducativo-conductuales no configuran un grupo homogéneo de intervención y manifiestan una considerable variación en la importancia concedida a los ingredientes de tratamiento y al grado de estructuración del proceso; sin embargo, comparten importantes elementos comunes, esenciales para alcanzar eficacia terapéutica, y que Lam (1991) resumió en los siguientes: (13)

(a) *Aproximación positiva y relación de trabajo genuina con las familias*, evitando culpabilizarlas, respetando sus propias necesidades y recursos de

afrontamiento, reconociendo la sobrecarga que les supone cuidar del familiar enfermo, y enseñándoles las mejores maneras de abordar todos los problemas.

(b) *Proporcionar estructura y estabilidad*, fijando un plan terapéutico con contactos regulares que proporcione a la familia una estructura asistencial que les ayude a superar la sensación de descontrol e impredecibilidad generada por la esquizofrenia, y desarrollando climas familiares igualmente predecibles, estructurados y estables. (13)

(c) *Centrarse en el «aquí y ahora»*, trabajando con los problemas y con el estrés concretos que encaran las familias, analizando las relaciones mutuas e identificando sus estilos individuales de afrontamiento y sus puntos fuertes y débiles. (13)

(d) *Utilización de conceptos familiares*, estableciendo límites inter-personales e inter-generacionales claros y una visión de la familia como un todo, apoyando a la pareja paterna y promoviendo la separación e independencia del hijo enfermo cuando sea necesario. (13)

(e) *Reestructuración cognitiva*, intentando proporcionar a las familias un modelo que dé sentido a las conductas y sentimientos del paciente y a las suyas propias, y les ayude a ser más hábiles y a disponer de mejores recursos de afrontamiento. (13)

(f) *Aproximación conductual*, centrando el trabajo clínico, bajo una estructura de solución de problemas, en evaluar los recursos y necesidades de la familia, establecer metas realistas, fijar prioridades, descomponer las metas en pequeños pasos conductuales, establecer tareas entre sesiones para realizar en casa y revisarlas. (13)

(g) *Mejorar la comunicación*, poniendo especial cuidado en entrenar a las familias en solicitar los cambios a su familiar de un modo simple, claro y específico, por medio de ensayos de conducta previamente detallados, modelado, *feedback*, práctica repetida y generalización. (13)

En el modelo de Leff se trabajo con las familias ofreciéndoles un programa de educación de dos sesiones en el hogar, mientras el paciente continúa realizando el tratamiento dentro del hospital y por ello él o ella no están incluidos en las sesiones familiares a esta altura.

Los familiares son enseñados acerca de las causas, los síntomas, el curso, el tratamiento y el manejo de la esquizofrenia. La información se lee de un folleto que es escrito en lenguaje simple y dejado a los familiares para ser leído en sus momentos libres. Brindamos a los familiares todo el tiempo necesario para realizar preguntas, reconociendo que la información que proporcionamos no es fácil de ser absorbida por ellos. (14, 15)

EL test del conocimiento previo y e posterior a las sesiones de educación, ha demostrado que aprenden el nombre de la condición y se tornan más optimistas (Berkowitz et al, 1984; 1990). (9)

Diversos revisores del tema (Dixon, Adams, & Lucksted, 2000; Dixon & Lehman, 1995; Lam, 1991; Penn & Mueser, 1996; Tarrier & Barrowclough, 1995) señalan que las intervenciones incluyen, en diferentes combinaciones, psicoeducación, solución de problemas, entrenamiento en manejo de la enfermedad, apoyo familiar e intervención en crisis, radicando las diferencias en la forma de aplicación (en grupo o individualmente), lugar (en el hogar o en un entorno clínico), presencia o no del paciente, duración de la intervención, y fase de la enfermedad. (14, 15)

Terapia familiar sistémica.

La terapia familiar de este estudio está diseñada para asistir a pacientes y familiares en el período que sigue a la hospitalización, ya que es el momento en el que se produce un gran porcentaje de recaídas. El objetivo de la terapia es que la familia y el paciente sepan manejar los acontecimientos estresantes y generar un clima familiar adecuado.

La terapia consta de seis sesiones, una a la semana, con los objetivos de conseguir la aceptación de la enfermedad por parte del enfermo y la familia e identificar los estresores pasados y futuros a los que paciente y familia sean vulnerables para planificar la forma de minimizar o evitar su efecto. (14, 15, 30)

Partiendo de los primeros trabajos sobre la familia del esquizofrénico (Bateson et al., 1956; Jackson, 1960; y aplicando la Teoría General de los Sistemas (Von Bertalanffy, 1968), la teoría de la comunicación humana (Watzlawick et al., 1967) y la teoría de los tipos lógicos de Russel y Whitehead: (14, 15)

Terapia familiar psicopedagógica.

La terapia psicopedagógica se basa en la teoría de la vulnerabilidad al estrés e incide en los estresores agudos (acontecimientos vitales) y, sobre todo, en los crónicos (emoción expresada de los familiares). Goldstein, Rodnick, Evans, May y Steinberg (1978) desarrollaron un programa de terapia familiar breve en el que, a lo largo de seis semanas, se daban unas charlas sobre la esquizofrenia y se identificaban los hechos que provocaban estrés en el paciente, para prevenirlos en base a la elaboración de estrategias de resolución de conflictos. (14, 15)

En un estudio controlado en el que se aplicó esta terapia acompañada de medicación neuroléptica, a un grupo, y dosis bajas de medicación a otro grupo, consiguieron reducir la tasa de recaídas a los seis meses (Goldstein et al.1978), pero los resultados se igualaron con el grupo control en el seguimiento a los dos años (Goldstein y Kopeikin, 1981). (14, 15, 29)

Hogarty et al.(1979), Anderson et al. (1983) Anderson, Hogarty y Reiss (1986) desarrollaron, a partir de la experiencia de Goldstein, una terapia psicopedagógica de mayor duración. (29)

Este abordaje comienza con un "Taller de Supervivencia" en el que, en una reunión de 7 horas, se informa a un grupo de familiares sobre la esquizofrenia, su tratamiento y como influye en la familia. (29)

El objetivo de este taller es que los familiares abandonen las respuestas que incrementan el estrés y refuerzan conductas inapropiadas (Involucración interpersonal, ambientes tolerantes no estructurados) y lograr una reestructuración cognitiva, en relación a la esquizofrenia, que tenga en cuenta la conducta del paciente, la de los familiares y la de los profesionales. (29)

Con la información dada se espera que los familiares:

1. Comprendan cuándo pueden esperar y exigir más al paciente.
2. Se forjen expectativas y planes realistas para el futuro.
3. Comprendan y acepten las limitaciones impuestas por la enfermedad.
4. Establezcan metas apropiadas y asequibles a corto y largo plazo.
5. Disminuyan las presiones al paciente después de los ingresos. (29)

Después del taller se pasa a una terapia unifamiliar con la que se intenta establecer un ambiente hogareño, laboral y social sosegado, que sustente la permanencia del paciente dentro de la sociedad y su integración gradual en papeles familiares, sociales y profesionales. (29)

La terapia se divide en tres fases: Reintegración a la sociedad después del alta, rehabilitación social y profesional y las etapas finales del tratamiento.

En la primera fase se aborda la vulnerabilidad del paciente a la estimulación (el año siguiente al alta es el de máximo peligro de recaída), su tendencia a abandonar la medicación, los síntomas negativos, la tendencia de los familiares a centrar su vida en el paciente etc. (29, 31)

Las sesiones se estructuran en fases: Contacto social, revisión de tareas, resolución de problemas y asignación de nuevas tareas; son quincenales y van dirigidas a la reasunción gradual de responsabilidades por parte del paciente y mantenimiento adecuado de las fronteras interpersonales y generacionales. (29, 31)

Esta etapa puede durar meses o años. En la segunda fase se aplican los mismos principios a tareas de funcionamiento laboral y social, procurando realizar un solo cambio por vez y fijando metas pequeñas. (29, 31)

También se favorece que la familia extienda su red social para evitar la sobreinvolucración y recibir más apoyo. La tercera fase se inicia cuando el paciente se ha estabilizado en un funcionamiento óptimo y pueden proponerse varias alternativas: (29, 31)

Empezar a tratar otras cuestiones familiares o de pareja (la emancipación del hijo, la discordia conyugal, las dificultades en otro hijo, el deseo de uno de los cónyuges de llevar una vida más independiente), pasar a un plan de sesiones menos frecuentes para mantener el cambio, o finalizar la terapia. (29, 31)

La terapia suele durar varios años y recomiendan un contacto periódico con las familias de pacientes crónicos. (29)

En resumen, tenemos que en la terapia psicopedagógica se rotula al paciente como tal, se da información sobre la esquizofrenia y se prescribe medicación, pero también se incluyen intervenciones de terapia estratégica (Haley, 1976,1980) estructurales (Minuchin, 1974) y de solución de problemas (Falloon et al. 1984) que tienden a producir una modificación profunda en las relaciones familiares, no porque sean vistas como causa de la esquizofrenia, pero sí de la recaída y cronificación de la misma. (29)

Las investigaciones clínicas realizadas con este modelo (Hogarty et al., 1986) confirman su eficacia con pacientes crónicos.

Terapia familiar conductual.

Se centra fundamentalmente en dos tipos de intervenciones: Entrenamiento en habilidades de comunicación y en solución de problemas (Falloon y Liberman, 1983; Falloon et al., 1984; Falloon, 1986). (11)

Falloon y Liberman (1983) describen tres categorías de problemas en las familias de esquizofrénicos:

1. Trastornos causados por la conducta sintomática y socialmente inadaptada del paciente: Introversión social por un lado y conducta agresiva, bizarra y perturbadora por otro. (11)

2. Ansiedad e irritabilidad experimentada por los familiares.

3. Trastornos en las relaciones sociales de las familias. Antes de la intervención realizan una evaluación conductual en tres niveles: Identificar habilidades y déficit de cada miembro, de la familia en general e identificar el papel que cada conducta problemática concreta tiene en el funcionamiento del grupo familiar. (9, 11)

Para ello observan la comunicación y las habilidades en resolución de problemas. Otro aspecto tenido en cuenta es la Emoción Expresada medida a través de la CFI.

El formato de intervención conductual es variado, incluyendo talleres educativos, entrenamiento en comunicación y en solución de problemas en grupos multifamiliares y entrenamiento en resolución de problemas en el hogar. (9, 11)

Falloon (1986) propone un abordaje conductual en 4 fases que incluye:

1. Psicoeducación: 2-3 sesiones sobre la esquizofrenia para fortalecer la toma de medicación y para proveer las bases de un tratamiento del estrés basado en la familia. (9, 11)

2. Entrenamiento comunicacional que incluye: Escuchar empáticamente a una persona ansiosa y esclarecer el problema exacto que provoca la ansiedad; expresión mutua de sentimientos positivos y negativos en relación a la conducta específica de los miembros de la familia, y hacer peticiones constructivas de cambio de conducta en algún miembro. Para ello se utiliza fundamentalmente el modelado y tareas. (9, 11)

3. Entrenamiento en resolución de problemas siguiendo seis pasos: Definir el problema, buscar las soluciones posibles, discutir cada solución viendo ventajas y desventajas, elegir la mejor solución, planear como llevarla cabo y, finalmente, revisar la puesta en práctica y reforzar los esfuerzos. (9, 11)

4. Entrenamiento en habilidades sociales y condicionamiento operante.

La terapia familiar conductual recoge las aportaciones de la teoría de la vulnerabilidad al estrés, de la comunicación desviada (CD) de los estilos afectivos (AS) y la emoción expresada (EE) y, aplicando técnicas conductuales, intenta reducir los estresores familiares y entrenar al esquizofrénico para que pueda desenvolverse en el medio social tolerando los acontecimientos vitales estresantes. (9, 11)

La eficacia de este abordaje ha sido demostrada en estudios controlados (Falloon et al., 1985; Doane et al., 1986; Tarrier et al., 1988; Rea et al., 1991). (7)

Terapia familiar múltiple.

Mc Farlane y Beels (1983) resaltan, para la intervención, cuatro características de las familias de esquizofrénicos:

- Emoción Expresada (EE).
- Comunicación Desviada (CD).
- Aislamiento familiar, que favorecería la alta EE.
- Estigma-Carga.

El estigma se refiere al rechazo social y la vergüenza por tener un familiar esquizofrénico. La carga puede ser subjetiva (sensación de derrota, culpa, cólera, sentimiento de inadecuación) y objetiva (agotamiento económico, estrés). (7, 8)

Mc Farlane (1983) propone la terapia familiar múltiple (TFM) para, interviniendo en los factores antes citados y aceptando la contribución biológica a la etiología y curso de la enfermedad, alcanzar los siguientes objetivos:

1. Prevención de la recaída (al reducir la EE, el aislamiento y el estigma-carga)
2. Mejora del funcionamiento psicosocial (corrección de patrones que inducen a la dependencia).
3. Extensión de la red social. (7, 8)

En la TFM se van a dar 4 tipos de intervenciones:

Tipo 1: Autotriangulación: El terapeuta se interpone entre las familias o los miembros (Apoyando, bloqueando interacciones, clarificando).

Tipo 2: Interpretación grupal: Establecer reglas, compartir reacciones personales, señalar aspectos comunes en familias, realizar interpretaciones grupales convencionales etc. Estas intervenciones favorecen la cohesión grupal. (7, 8)

Tipo 3: Enlace transfamiliar: Se invita a una familia a comentar lo observado en otra por Ej. Cuando le preguntan al terapeuta, éste desvía la pregunta al grupo o a otro miembro.

Tipo 4: Tratamiento interfamiliar: El terapeuta refuerza, regula, desconfirma interacciones, por Ej. Felicita a un miembro por su intervención con otras familias. Este autor propone 4 tipos TFM en base a que el grupo sea cerrado o abierto y la duración breve o larga: (7, 8)

1) TFM de corto plazo y participación abierta: Se usa en las crisis y es educativa.

2) TFM de corto plazo y participación cerrada: Se da educación sobre la esquizofrenia.

3) TFM de largo plazo y participación abierta: En ella los "veteranos ayudan a los "novatos".

4) TFM de largo plazo y participación cerrada: Es recomendada para los crónicos. (7,8)

Según Spitzer et al. (1987) los factores asociados a un buen pronóstico son:

- 1) Ausencia de trastornos previos de la personalidad
- 2) Adecuada actividad social premórbida
- 3) Presencia de acontecimientos precipitantes
- 4) Cuadro clínico con confusión
- 6) Una historia familiar de trastorno del estado de ánimo. (3)

Toda familia con un miembro esquizofrénico experimenta regularmente problemas. Familiares con bajo nivel de emoción expresada muestran una llamativa capacidad para desarrollar soluciones creativas que evitan la confrontación y difunden la tensión.

Familiares con nivel de emoción expresada elevado, tienden a persistir con respuestas que provocan mayor fricción entre ellos y el paciente y que, generalmente, llevan a un empeoramiento del problema que están intentando erradicar (21).

Una vez que el problema fue seleccionado, los terapeutas preguntan a cada miembro de la familia acerca de su punto de vista en relación al mismo. Se presta particular atención a la experiencia que el paciente posee acerca del

problema debido a que es probable que la familia haya ignorado dicha perspectiva anteriormente. (21)

Estudios recientemente realizados

En 2002 Holley realizó un estudio en el que propuso que la Emoción expresada es causa de recaída manifestando que se debe tener control sobre las emociones, les dio seguimiento a 35 pacientes con esquizofrenia y 42 con depresión encontrando que los pacientes con esquizofrenia tenían mayor riesgo de recaída ante mayor EE no así los pacientes deprimidos.

En conclusión es importante modificar el estilo de comunicarse de la familia para tener otro tipo de intervención en el paciente. (16)

En 2003 King estudió el rol materno en la evolución de la esquizofrenias realizando test PANSS, test de personalidad a las madres, test de carga subjetiva y de emoción expresada aplicándolo a 41 pacientes y sus madres, SE encontró un alto grado de carga materna lo que favorece los datos depresivos en el paciente sin que esto modifique la conducta materna, lo que genera un círculo vicioso. (17)

En el 2000 realizó un estudio de seguimiento de 46 pacientes esquizofrénicos y sus madres encontrando que la emoción expresada de la madre aumenta la sintomatología negativa y en menor grado la positiva. (19)

En 2006 se realizó un estudio en el que se incluyeron a 32 pacientes que hablaban sobre cómo vivían la influencia de otros, eran muy sensibles a la crítica, los pacientes refirieron sentirse más estresados cuando se encontraban con altos niveles de emoción expresada, soportando con esto la hipótesis de la emoción expresada como estresor y predictor de recaída.

Por más de 3 décadas los investigadores han mostrado cómo la emoción expresada afecta al paciente y esto incluye a todos los relacionados con su entorno. Tarrier encontró que los pacientes con mayor emoción expresada son más sensibles a la recaída que los que tienen menos EE en casa.

Leff encontró que los pacientes no medicados son más sensibles a la recaída que los que tienen menos EE. En toda interacción humana siempre hay un grado de EE sin embargo los pacientes esquizofrénicos son más sensibles y atentos ante estas actitudes lo que predispone a la recaída. (6)

Los pacientes que perciben de su familia rechazo o indiferencia o bien sobreinvolucramiento infantilización, control o intrusión tienen peor pronóstico en su enfermedad.

En este estudio el paciente identificó a su principal influencia en la vida, los pacientes se eligieron con diagnóstico de esquizofrenia o trastorno esquizoafectivo, sin consumo de sustancias u otra patología agregada, en el estudio se evaluaron, parejas, hijos, amigos.

De los pacientes estudiados, varios refirieron que presentaron internamientos por el "estrés que experimentaban 4 experimentaban varios internamientos, algunos ocupaban medicamentos para la ansiedad.

El estudio corrobora la hipótesis de que altos niveles de EE favorecen la recaída y aumenta más si el familiar más influyente para el paciente es quien presenta los niveles más altos de emoción expresada. (6)

En 2009 se realizó un estudio con 27 pacientes para detectar los altos niveles de ansiedad que se asocian con recaídas encontrándose que en gran medida son generados por la alta emoción expresada en los pacientes más sensibles y con altos niveles de EE encontraron mayor número de recaídas e internamientos que en los pacientes menos sensibles y con menores niveles de EE es decir la alta emoción expresada aumenta la ansiedad y esto condiciona un mayor número de recaídas e internamientos. (9)

Trabajos realizados en el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez

Varios médicos y psicólogos se han interesado en conocer hasta que grado la emoción expresada en la familia de los pacientes favorece la recaída.

En el 2005 la psicóloga Yvette Mora realiza un estudio en el que estudio la relación entre la carga subjetiva y la emoción expresada del cuidador en el paciente esquizofrénico, aplicando la escala SBAS (social behaviour assesment schedule) y la CEEE cuestionario encuesta de emoción expresada a 31 pacientes y sus cuidadores.

Con este estudio mostró que no hubo relación entre la carga global y subjetiva y la emoción expresada de la muestra, estas se relacionaron más estrechamente con algunas variables sociodemográficas, el funcionamiento social como predictores de recaídas.

Obteniendo como conclusión que se deben conocer también las necesidades del cuidador para aplicar mejores técnicas y establecer mejores intervenciones. (a)

En 2009 la Dra. Maria Magdalena Gutiérrez Leyva investigo la relación entre la alta frecuencia de hospitalización y los niveles altos de emoción expresada en las familias de los pacientes esquizofrénicos, al enfocarse en el círculo vicioso que conlleva el alto nivel de emoción expresada como un importante factor de recaídas lo que conlleva al desgaste del cuidador y mayores recaídas del paciente.

Se realizó un estudio en 60 pacientes y 60 familiares, aplicando la escala breve de evaluación psiquiátrica BPRS y en los familiares la escala CEEE, concluyendo que si hay correlación entre los pacientes que tienen familias con alta emoción expresada y un mayor número de internamientos y por el

contrario menos internamientos en pacientes con familias con emoción expresada baja.

Por otro lado el criticismo y la sobreprotección son más generadores de sintomatología positiva, el género del paciente solo resulto significativo cuando el familiar es hombre y la paciente mujer. (b)

Terapia utilizada en el servicio de CLIFAM

En el servicio de CLIFAM se cuenta con varios terapeutas que son médicos, terapeutas familiares, psicólogos e incluso una trabajadora social, todos tienen diferentes modelos terapéuticos.

Algunos se adaptan a un modelo más psicoterapéutico, otros se enfocan en la perspectiva sistémica y algunos utilizan la terapia cognitiva conductual.

Los criterios son los mismos para todos los terapeutas, cuando ingresa el paciente a algún proceso; que sea enviado por algún otro empleado de servicios de salud del HPFBA.

Una parte primordial es el hecho de que el paciente se encuentre lo más controlado de la sintomatología psicótica que sea posible, que tenga apego terapéutico.

Lo que se busca con pacientes estables es que puedan participar de las sesiones sin tornarse agresivos o presentar brotes psicóticos ante los temas que se tratan en la terapia. Se les realiza un consentimiento informado, y se piden datos generales del paciente.

Posteriormente se realiza el encuadre terapéutico, esto es definir los objetivos los tiempos y las reglas de cada terapeuta ya que en este punto puede variar de un terapeuta a otro es decir, la forma de expresarse, el incluir a más integrantes de la familia, si acuden todos a todas las sesiones, por separado y conocer la historia de vida de los integrantes.

Una vez establecido esto se inician con las sesiones de terapia que de paso sirve mencionar puede ser cognitiva conductual, incidiendo principalmente en los puntos delicados de la relación, abriendo canales de comunicación.

Con enfoque sistémico es decir trabajar todo en conjunto, el estilo de vida, las relaciones interpersonales, la parte emocional etc.

O bien con un punto de vista más psicoterapéutico. Esto varía de un terapeuta a otro.

Consideraciones éticas

De acuerdo al artículo cuarto de la Ley General de Salud de la Constitución Política de los estados Unidos Mexicanos se expresa:

ARTICULO 16.- En las investigaciones en seres humanos se protegerá la privacidad del individuo sujeto de investigación, identificándolo sólo cuando los resultados lo requieran y éste lo autorice.

ARTICULO 17.- Se considera como riesgo de la investigación a la probabilidad de que el sujeto de investigación sufra algún daño como consecuencia inmediata o tardía del estudio. Para efectos de este Reglamento, las investigaciones se clasifican en las siguientes categorías;

I.- Investigación sin riesgo: Son estudios que emplean técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos y aquéllos en los que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada en las variables fisiológicas, psicológicas y sociales de los individuos que participan en el estudio, entre los que se consideran: cuestionarios, entrevistas, revisión de expedientes clínicos y otros, en los que no se le identifique ni se traten aspectos sensitivos de su conducta. (5)

ARTICULO 20.- Se entiende por consentimiento informado el acuerdo por escrito, mediante el cual el sujeto de investigación o, en su caso, su representante legal autoriza su participación en la investigación, con pleno conocimiento de la naturaleza de los procedimientos y riesgos a los que se someterá, con la capacidad de libre elección y sin coacción alguna (5)

Por lo que se puede considerar que el estudio realizado se encuentra dentro de las normas éticas ya que cuenta con el debido consentimiento informado, se trata de una investigación sin riesgo.

Justificaciòn

La esquizofrenia es una enfermedad en la que las familias tienden a ser demasiado criticas y enfocar toda su atención de manera negativa sobre el paciente o bien a sobreinvolucrarse, con lo que lo alejan del objetivo de que el paciente sea lo mas funcional posible y tenga una mejor calidad de vida.

Debido a ello resulta de suma importancia además de la medicaciòn, complementar el manejo de los pacientes mediante otro tipo de intervenciones como la terapia familiar.

Se espera que la terapia familiar favorezca la mejor comunicaciòn y el entendimiento de la enfermedad en todos los integrantes y con esto fortalecer la integraciòn familiar del paciente y posteriormente su reinmersiòn en la vida productiva.

La evidencia generada en este estudio se planeo que sirviera para fortalecer la incorporaciòn a terapia familiar a más pacientes con esquizofrenia, así como impulsar la estandarizaciòn de un número mínimo de 12 sesiones de terapia para lograr mejorías en la emociòn expresada de la familia y consecuentemente en la sintomatología.

Como se ha visto en estudios previos realizados los altos niveles de emociòn expresada repercuten en toda la familia pues presenta para el paciente mayor incidencia de recaídas y para el familiar mayor desgaste lo que genera un circulo vicioso, lo cual fomenta tambien disconfort en el resto de los familiares que culpan al paciente de ser la causa de los problemas.

Algo básico en la terapia familiar es desfocalizar al paciente quitarle esta parte negativa que viene cargando, mostrando a todos los integrantes que el paciente solo es un síntoma sin embargo en el trasfondo hay otros conflictos que deben resolverse.

Esto es lo que se busca trabajar en la CLIFAM con la finalidad de quitar la valencia negativa al paciente y dar a cada quien su justo valor y el rol que cada quien ocupa en la familia, tanto en los problemas como en la forma de comunicarse.

Pregunta de investigaciòn

¿La asistencia a un número mínimo de 12 sesiones de terapia familiar derivará en una reducciòn de la alta emociòn expresada en la familia lo que se traducirá en la reducciòn en el número de síntomas positivos y negativos, reflejado en el puntaje de la escala PANSS?

Hipótesis

Los pacientes esquizofrénicos que han recibido junto con sus familias al menos 12 sesiones de terapia tendrán menores puntajes en la escala de emoción expresada que se traducirá en mejor relación entre los integrantes de la familia y a su vez los pacientes tendrán reducción en sus niveles de sintomatología negativa y positiva en la escala de PANSS que aquellos pacientes que recibieron menos de 12 sesiones y los pacientes que tengan mas de 12 sesiones tendrán aun mejor relación con su familia.

Objetivo general

Evaluar las diferencias al inicio y 3 meses después en: Emoción expresada, mediante la escala de Guanilo y Seclén, y Síntomas positivos y negativos, con la escala PANSS; entre un grupo de pacientes con diagnóstico de esquizofrenia que acudió a menos de 12 sesiones de terapia familiar y un grupo de pacientes con diagnóstico de esquizofrenia que acudió a 12 o más sesiones de terapia familiar.

Objetivos específicos

Describir como se modifica la emoción expresada en las familias aplicando la escala de emoción expresada modificada de Guanilo y Seclen, previo al manejo con terapia familiar y posterior a esta.

Determinar en que grado influye el descentralizar la atención en el paciente y mostrar a las familias nuevas técnicas para relacionarse con los pacientes y viceversa.

Describir el estado de los pacientes que padecen esquizofrenia a su ingreso a la terapia familiar, mediante la escala PANSS.

Determinar el cambio en los valores evaluados por la escala PANSS en los pacientes que acuden a terapia familiar, de acuerdo con el número de sesiones de terapia familiar a las que asistieron.

Variables

Dependiente: Puntaje en la escala de PANSS. Variable cuantitativa.

Puntaje en la escala de Guanilo y Seclen. Variable cuantitativa

Independiente: Número de sesiones de terapia familiar a las que asistieron.
Variable cuantitativa.

CRITERIOS DE SELECCIÓN

Criterios de inclusión

Pacientes esquizofrénicos que cumplieron con los criterios diagnósticos de esquizofrenia según el CIE – 10

Rango de edad: Pacientes entre 18 a de 59 años de edad.

Género: indistinto

Pacientes que tuvieron el proceso de terapia familiar en CLIFAM en el HPFBA

Tener la enfermedad controlada médicamente sin sintomatología positiva

Criterios de exclusión

Pacientes analfabetas.

Pacientes sin ningún tipo de control psiquiátrico

Pacientes que no acepten la aplicación de 2 ó más evaluaciones mediante la escala PANSS.

Criterios de eliminación

Pacientes que no hayan terminado la aplicación de la encuesta.

Pacientes que sólo tengan la medición inicial, pero no la final.

Metodología

Tipo de Estudio: Cuasiexperimental

Tipo de Intervención: Pre-test, aplicación de terapia y Post-test

Temporalidad: Prospectivo

Se trabajara con los pacientes con diagnostico de esquizofrenia que hayan sido manejados en CLIFAM con terapia familiar, previo a recibir la terapia se les aplicaran escalas PANSS y CEEE (emoción expresada) y al terminar el proceso terapéutico nuevamente se aplican las escalas para conocer el resultado, es decir si existe mejoría o no en su puntaje

Material y métodos

Escala de Emoción expresada (CIF) Modificada de Guanilo y Seclen

La entrevista recoge básicamente dos tipos de información: una relacionada con acontecimientos y actividades, y la otra con sentimientos y actitudes. Pretende obtener una relación de las circunstancias presentes en el hogar en los tres meses previos a la admisión del paciente en el hospital, en particular detalles sobre el inicio y desarrollo del último episodio y su impacto en varios aspectos de la vida familiar, como por ejemplo: la participación de los diferentes miembros de la familia en las tareas domésticas, la presencia de irritabilidad y la frecuencia de discusiones y peleas familiares, así como el tiempo de contacto entre el paciente y el resto de la familia.

Al mismo tiempo se observa la conducta del familiar durante la entrevista, tomando nota de los sentimientos expresados hacia los miembros de la familia, especialmente hacia el paciente.

Escala de Síntomas Positivos y Negativos (PANSS)

La escala se evalúa mediante una entrevista semiestructurada de 30-40 minutos de duración. Consta de 30 ítems (síntomas) que se puntúan de 1 (ausente) a 7 (extremo). Esta formada por tres subescalas: la *positiva* (PANSS-P) de 7 ítems, la *negativa* (PANSS-N) también de 7 y la de *psicopatología general* (PANSS-PG) de 16 ítems. Se acepta una cuarta escala, la llamada *compuesta* (PANSS-C), que resulta de restar la puntuación de la negativa a la de la positiva.

En la primera parte de la entrevista se anima al paciente a hablar de su enfermedad y sus circunstancias vitales generales. Esta parte no debe estar dirigida por el entrevistador y posteriormente se pregunta los posibles síntomas que han sido expuestos. Luego se indaga sobre posibles síntomas evaluados en la PANSS para valorar su existencia y severidad.

La parte final se debe focalizar en aquellas áreas en las que el paciente se mostraba a la defensiva o se mostraba ambivalente, tratando de establecer cierta confrontación para valorar la repercusión de esta actitud en la organización conceptual del paciente.

El tiempo explorado debe ser la semana anterior a la entrevista. Los ítems están bien contruidos, convirtiéndolo en un instrumento relativamente fácil de utilizar. Su aplicación requiere unos 30-40 minutos.

Su utilidad radica en la valoración de la severidad de los síntomas y en la monitorización de la respuesta al tratamiento. Su mayor ventaja es el estudio de los síntomas que son clínicamente importantes de cara al tratamiento en la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos.

La importancia de la distinción entre síntomas positivos y negativos, desorganización y estado de ánimo tal vez se vea limitada a los diferentes efectos del tratamiento en cada caso.

También se ha utilizado como indicador pronóstico en aquellos casos en que predominan los síntomas negativos, lo que supone una peor evolución.

Procedimiento

Se inicio con la selección de pacientes que ingresaron a CLIFAM con el diagnostico de esquizofrenia según la clasificación de CIE 10, que cumplieron con los criterios establecidos por el servicio para participar de la terapia es decir tener regular apego a la terapia farmacológica y no cursar con episodio psicótico o mantenerse hospitalizados.

En un inicio en el servicio se les aplicaron escalas de emoción expresada (CEEE) a los pacientes con diagnostico de esquizofrenia que se llevaron terapia familiar en CLIFAM.

Para realizar el estudio se les aplicaron tambien escalas de PANSS para conocer la sintomatología positiva o negativa de los pacientes. Estas escalas se realizaron antes de iniciar la terapia familiar y posterior a cumplir con las 12 sesiones que se establecen como mínimo en el servicio.

Algunos pacientes acudieron a menos de las 12 sesiones por lo que se les realizo una llamada telefónica para aplicar las escalas de salida.

Otros pacientes durante el seguimiento contaban ya con más de 12 sesiones y a ellos tambien se les aplicaron las escalas al momento de corte en que se realizaron las escalas finales.

En ambos grupos de pacientes se busco realizar el estudio para evitar el sesgo por el hecho de tener menos sesiones o bien mas de las establecidas.

Se dividió a los pacientes en 2 grupos los que acudieron a menos de 12 sesiones y los que acudieron a 12 sesiones o más de terapia familiar en CLIFAM.

Con los datos obtenidos en las escalas de todos los pacientes se procedió a aplicar la prueba T de student para conocer la significancia estadística.

Con esto buscamos conocer si el mayor número de sesiones mejora la emoción expresada y por otro lado si mejora en la escala de PANSS la sintomatología.

Obteniendo los resultados que se reportan a continuación.

Resultados

Se aplicó la Escala de Guanilo y Seclén en su versión modificada por el Instituto Nacional de Psiquiatría, con la finalidad de describir la emoción expresada del familiar. La escala califica la frecuencia de presentación de situaciones mediante las categorías: nunca, casi nunca, casi siempre y siempre. En la medición inicial se encontró que en promedio el 25.55% de los individuos refirieron valores de la escala en nunca y casi nunca. Y posterior al periodo de intervención, en promedio e. 48.72% de los individuos refirieron valores de la escala en nunca y casi nunca.

Posterior a realizar el ajuste de acuerdo con el grupo del número de sesiones se observó que los pacientes que tuvieron menos de 12 sesiones tuvieron un incremento en promedio del 16.16% en las respuestas de nunca y casi nunca; mientras que los pacientes con un número de 12 sesiones o más tuvieron un incremento en promedio del 31.25% en las respuestas de nunca y casi nunca. Siendo estadísticamente significativo con una $p=0.0312$.

Tabla 1 que muestra los resultados de la prueba T de dos muestras para la escala de Guanilo y Seclén

T de dos muestras de prueba con la igualdad de variante

Grupo	Obs	Media	Std. Err.	Std. Dev.	[Conf. 95%	Intervalo]
<12 ses	15	.1616606	.0484173	.1875195	.0578157	.2655054
12 o más	13	.3125528	.0440508	.1588273	.2165745	.4085312
combinado	28	.2317177	.0355153	.1879292	.1588464	.304589
diff		-.1508923	.0662612		-.2870942	-.0146904

diff = media (< 12 ses) – media(12 o más)

t = -2.2772

Ho: diff = 0 grados de libertad = 26

Ha: diff < Ha: diff != 0

Ha: diff > 0

Pr(T < t) = 0.0156 Pr(|T| > |t|) = 0.0312

Pr(T > t) = 0.9844

En total se incluyeron en el estudio 28 pacientes, a los que se les realizó una evaluación inicial mediante la escala PANSS. Correspondiendo 24 al sexo masculino (86%) y sólo 4 al femenino (14%).

Del total de pacientes, 23 se refirieron desempleados (82%), 1 se dedicaba al hogar (4%), y los 4 restantes refirieron tener una ocupación siendo: obrero, mecánico, comerciante y profesor respectivamente.

25 de los pacientes son solteros (89%), 2 pacientes son casados (7%) y 1 se refiere divorciado (4%).

Tabla 2 se muestra el número de pacientes que acudió de acuerdo con su número de sesiones.

Número de sesiones	Total de pacientes	Porcentaje del total
1	7	25.00%
2	1	3.57%
3	1	3.57%
4	1	3.57%
5	2	7.14%
6	1	3.57%
7	1	3.57%
8	1	3.57%
12	6	21.43%
13	2	7.14%
14	1	3.57%
15	1	3.57%
20	1	3.57%
25	1	3.57%
30	1	3.57%
Total general	28	100.00%

Tabla 3 muestra de acuerdo como con el número de sesiones se dividió a los pacientes en 2 grupos: Grupo 1: de 1 a 11 sesiones (15 pacientes), grupo 2: 12 sesiones o más (13 pacientes).

Grupo sesiones	Freq.	Percent	Cum.
Menos de 12 sesiones	15	53.57	53.57
12 sesiones o más	13	46.43	100.00
Total	28	100.00	

Tabla 4 muestra los resultados en la subescala de PANSS-P, PANSS-N, PANSS-PG, el total de síntomas positivos y el total de síntomas negativos de los pacientes según su puntaje inicial y final de acuerdo con su número de sesiones

Paciente	Pre-test PANSS-P	Post-test PANSS-P	Pre-test PANSS-N	Post-test PANSS-N	Pre-test PANSS-PG	Post-test PANSS-PG	Pre-test Síntomas +	Post-test Síntomas +	Pre-test Síntomas -	Post-test Síntomas -	Grupo de sesiones
1	10	9	24	19	38	28	1	0	6	2	Menos de 12
2	11	10	35	34	43	45	1	1	7	7	Menos de 12
3	11	11	24	21	50	50	1	1	4	3	Menos de 12
4	9	8	23	14	40	34	1	0	5	1	Menos de 12
5	11	9	16	16	46	39	1	1	2	2	Menos de 12
6	9	9	15	15	29	30	1	1	3	3	Menos de 12
7	9	9	12	12	29	29	1	1	2	1	Menos de 12
8	15	18	22	24	36	39	3	3	5	5	Menos de 12
9	9	9	26	23	39	37	1	1	5	5	Menos de 12
10	10	9	13	13	35	35	1	1	2	2	Menos de 12
11	12	12	16	14	32	30	2	2	3	3	Menos de 12
12	11	10	10	9	28	21	1	1	1	0	Menos de 12
13	10	10	16	14	36	34	1	1	3	2	Menos de 12
14	10	10	18	18	26	26	1	1	3	3	Menos de 12
15	11	11	24	24	28	28	1	1	5	5	Menos de 12
16	7	7	12	9	34	23	0	0	2	0	12 o más
17	10	8	13	9	34	23	1	0	3	1	12 o más
18	11	9	12	9	29	22	1	1	2	0	12 o más
19	11	9	19	10	31	23	1	0	3	0	12 o más
20	10	8	13	9	27	20	1	0	2	0	12 o más
21	11	8	10	9	24	19	1	0	1	1	12 o más
22	14	9	15	9	40	36	2	1	3	0	12 o más
23	13	9	16	9	32	24	2	0	3	0	12 o más
24	11	9	12	9	32	27	1	0	2	1	12 o más
25	9	8	23	13	29	22	1	0	5	3	12 o más
26	10	9	17	14	32	24	1	0	3	1	12 o más
27	11	10	16	13	32	23	1	1	3	2	12 o más
28	11	9	10	10	23	20	2	0	1	1	12 o más

De acuerdo con los resultados, de la tabla anterior es posible realizar un análisis para determinar si existen diferencias en el promedio de los resultados de ambos grupos (menos de 12 sesiones y 12 sesiones ó más) durante la aplicación del pre-test (prueba basal).

Tabla 5 muestra las diferencias en el promedio de puntajes, siendo muy similares tanto en el PANSS-P como en el total de síntomas positivos.

Variable	Promedio Grupo <12 sesiones	Promedio Grupo 12 ó mas sesiones	Prueba t	Valor p
PANSS-P	10.53	10.69	-0.2585	0.7981
PANSS-N	19.6	14.46	2.4808	0.0199
PANSS-PG	35.66	30.69	2.1670	0.0396
Síntomas +	1.2	1.15	0.2183	0.8289
Síntomas -	3.73	2.53	2.1847	0.0381

Para la prueba PANSS-P, los pacientes que tuvieron menos de 12 sesiones tuvieron solo una reducción de 0.266 puntos en la prueba aplicada al término de sus sesiones. A diferencia del grupo de los pacientes que tuvieron al menos 12 sesiones quienes tuvieron en promedio una reducción de 2 puntos. La

prueba t de student obtuvo un resultado de -3.9591 siendo significativo con una $p=0.0005$.

Tabla 6 muestra los resultados para la prueba T de dos muestras para la escala de PANSS-P

T de dos muestras de prueba con la igualdad de variante

Grupo	Obs	Media	Err. Est.	Desv. Est.	[Conf. 95%	Intervalo]
<12 ses	15	.2666667	.2839629	1.099784	-.3423732	.8757065
12 o màs	13	2.076923	.3662271	1.320451	1.278983	2.874863
combinado	28	1.107143	.2833067	1.499118	.5258456	1.68844
diff		-1.810256	.4572406		-2.750128	-.870385

diff = media (< 12 ses) – media(12 o más)

t = -3.9591

Ho: diff = 0 grados de libertad = 26

Ha: diff < 0
 Ha: diff > 0
 Pr(T < t) = 0.0003
 Pr(T > t) = 0.9997

Ha: diff != 0
 Pr(|T| > |t|) = 0.0005

Para la prueba PANSS-N, los pacientes que tuvieron menos de 12 sesiones tuvieron solo una reducción de 1.6 puntos en la prueba aplicada al término de sus sesiones. A diferencia del grupo de los pacientes que tuvieron al menos 12 sesiones quienes tuvieron en promedio una reducción de 4.3 puntos. La prueba t de student obtuvo un resultado de -2.5613 siendo significativo con una $p=0.0166$.

Tabla 7 muestra los resultados para la prueba T de dos muestras para la escala de PANSS-N

T de dos muestras de prueba con la igualdad de variante

Grupo	Obs	Media	Err.. Est.	Desv. est	[Conf. 95%	Intervalo]
<12 ses	15	1.6	.688684	2.667262	.1229196	3.07708
12 o màs	13	4.307692	.8116509	2.926449	2.539257	6.076128
combinado	28	2.857143	.5789844	3.063698	1.669165	4.045121
diff		-2.707692	1.057176		-4.880749	-.534636

diff = media (< 12 ses) – media (12 o más)

t = -2.5613

Ho: diff = 0 grados de libertad = 26

Ha: diff < 0
 Ha: diff > 0
 Pr(T < t) = 0.0083
 Pr(T > t) = 0.9917

Ha: diff != 0
 Pr(|T| > |t|) = 0.0166

Para la prueba PANSS-PG, los pacientes que tuvieron menos de 12 sesiones tuvieron solo una reducción de 2 puntos en la prueba aplicada al término de sus sesiones. A diferencia del grupo de los pacientes que tuvieron al menos 12 sesiones quienes tuvieron en promedio una reducción de 7.15 puntos. La prueba t de student obtuvo un resultado de -4.2074 siendo significativo con una $p=0.0003$.

Tabla 8 de acuerdo al numero de sesiones muestra el resultado en la prueba de T de dos muestras en la prueba PANSS_PG

T de dos muestras de prueba con la igualdad de variante

Grupo	Obs	Media	Err. Est.	Dev. Est.	[Conf. 95%	Intervalo]
<12 ses	15	2	.9759001	3.779645	-.0930975	4.093097
12 o más	13	7.153846	.677913	2.44425	5.676801	8.630892
combinado	28	4.392857	.7772208	4.112666	2.798132	5.987583
diff		-5.153846	1.224937		-7.67174	-2.635952

diff = media (< 12 ses) – media(12 o más)

t = -4.2074

Ho: diff = 0

libertad = 26

grados de

Ha: diff < 0

Ha: diff != 0

Ha: diff > 0

Pr(T < t) = 0.0001

Pr(|T| > |t|) = 0.0003

Pr(T > t) = 0.9999

Al contabilizar la presencia de síntomas positivos, los pacientes que tuvieron menos de 12 sesiones tuvieron solo una reducción de 0.13 síntomas en la prueba aplicada al término de sus sesiones. A diferencia del grupo de los pacientes que tuvieron al menos 12 sesiones quienes tuvieron en promedio una reducción de 0.923 síntomas. La prueba t de student obtuvo un resultado de -4.1190 siendo significativo con una $p=0.0003$. En otras palabras, los pacientes que acudieron al menos a 12 sesiones presentaron 1 síntoma positivo menos al concluir sus sesiones a diferencia de aquellos que no asistieron al menos a 12 sesiones.

Tabla 9 muestra los resultados en la prueba T de dos muestras en cuanto al cambio en la sintomatología positiva

T de dos muestras de prueba con la igualdad de variante

Grupo	Obs	Media	Err. Est.	Dev. Est.	[Conf. 95%	Intervalo]
<12 ses	15	.1333333	.0908514	.3518658	-.0615234	.3281901
12 o más	13	.9230769	.1776462	.6405126	.536019	1.310135
combinado	28	.5	.1206245	.6382847	.252499	.747501
diff		-.7897436	.1917322		-1.183855	-.3956324

diff = media (< 12 ses) – media(12 o más)

t = -4.1190

Ho: diff = 0 grados de libertad = 26

Ha: diff < 0
 Ha: diff > 0
 Pr(T < t) = 0.0002
 Pr(T > t) = 0.9998

Ha: diff != 0
 Pr(|T| > |t|) = 0.0003

Al contabilizar la presencia de síntomas negativos, los pacientes que tuvieron menos de 12 sesiones tuvieron solo una reducción de 0.8 síntomas en la prueba aplicada al término de sus sesiones. A diferencia del grupo de los pacientes que tuvieron al menos 12 sesiones quienes tuvieron en promedio una reducción de 1.769 síntomas. La prueba t de student obtuvo un resultado de -2.0963 siendo significativo con una p=0.0459. En otras palabras, los pacientes que acudieron al menos a 12 sesiones presentaron 1 síntoma negativo menos al concluir sus sesiones a diferencia de aquellos que no asistieron al menos a 12 sesiones.

Tabla 10 muestra los resultados en la prueba T de dos muestras en cuanto al cambio en la sintomatología negativa

T de dos muestras de prueba con la igualdad de variante

Grupo	Obs	Media	Err. Est.	Dev.Est.	[Conf. 95%	Intervalo]
<12 ses	15	.8	.3545621	1.373213	.0395399	1.56046
12 o más	13	1.769231	.2808834	1.012739	1.157238	2.381223
combinado	28	1.25	.2446518	1.294576	.748016	1.751984
diff		-.9692308	.462353		-1.919611	-.0188506

diff = media (< 12 ses) – media(12 o más)

t = -2.0963

Ho: diff = 0 grados de libertad = 26

Ha: diff < 0
 Ha: diff > 0
 Pr(T < t) = 0.0230
 Pr(T > t) = 0.977

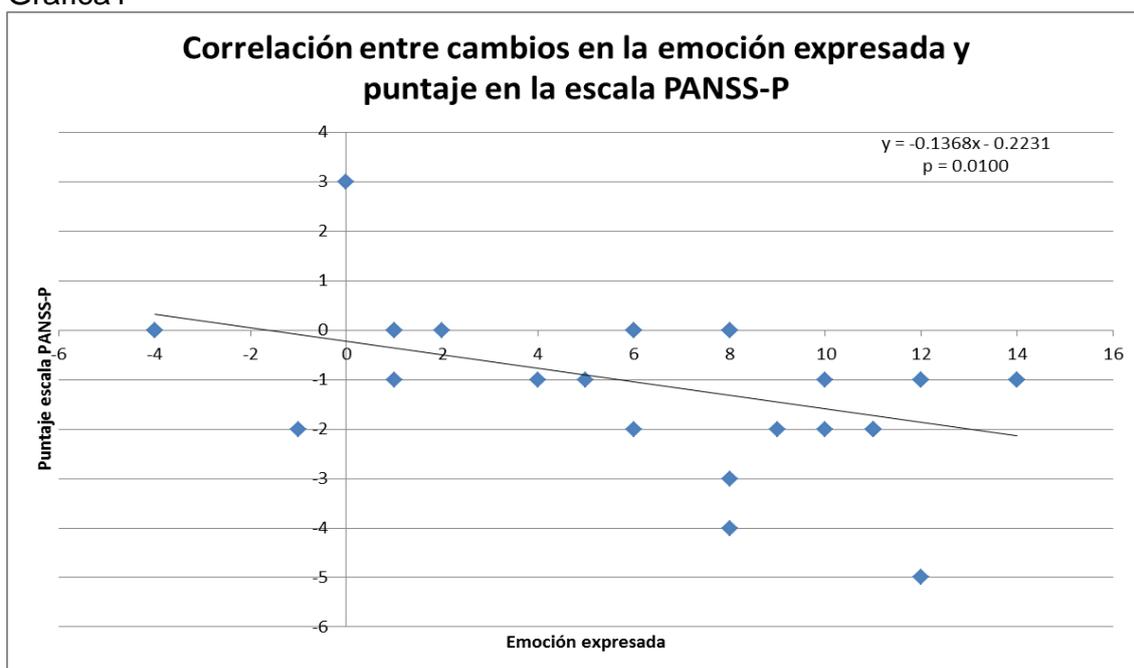
Ha: diff != 0
 Pr(|T| > |t|) = 0.0459

El incremento en el número de respuestas de nunca y casi nunca en la escala de emoción expresada presenta una correlación con una reducción en la escala de PANSS en sus 3 variantes (P, N, PG); es decir la mejora en la emoción expresada se asocia con la reducción de la sintomatología. Sin embargo sólo se presentaron diferencias estadísticamente significativas para la correlación (Pearson) entre la emoción expresada y el puntaje en la escala PANSS-P

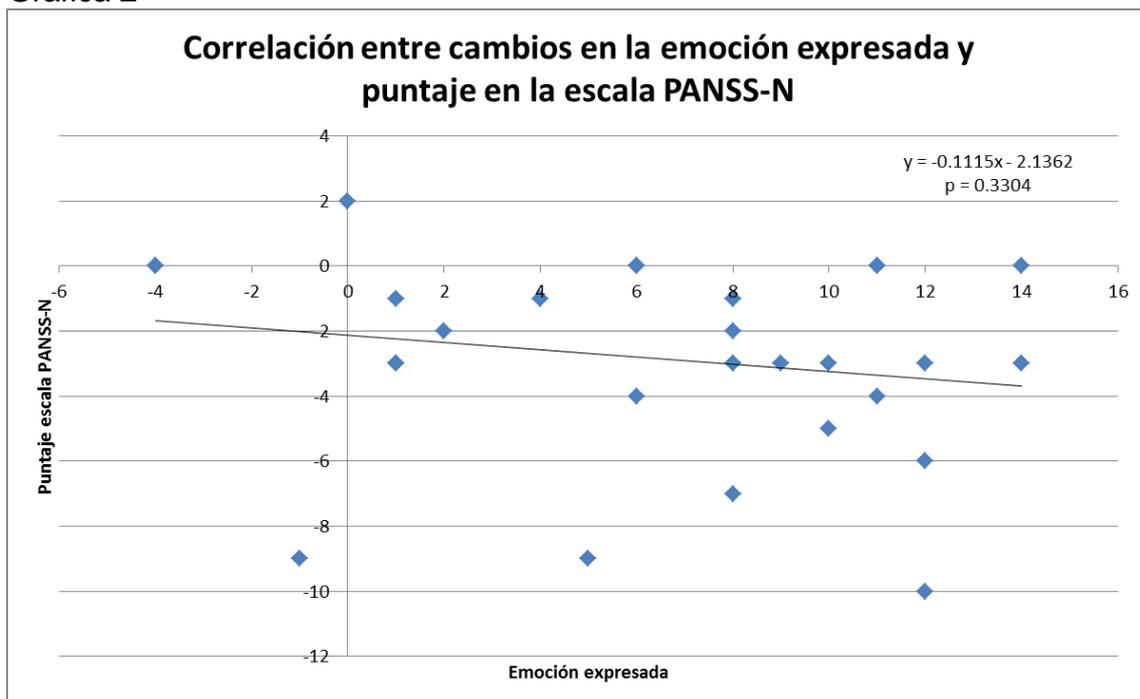
Tabla 11 de correlación de Pearson entre los resultados de la prueba de Guanilo y Seclen y la PANSS

Emoción expresada	Coefficiente de correlación	Valor p	Cambio
PANSS-P	-0.4785	0.0100	-0.1368
PANSS-N	-0.1909	0.3304	-0.1115
PANSS-PG	-0.3449	0.0723	-0.2704

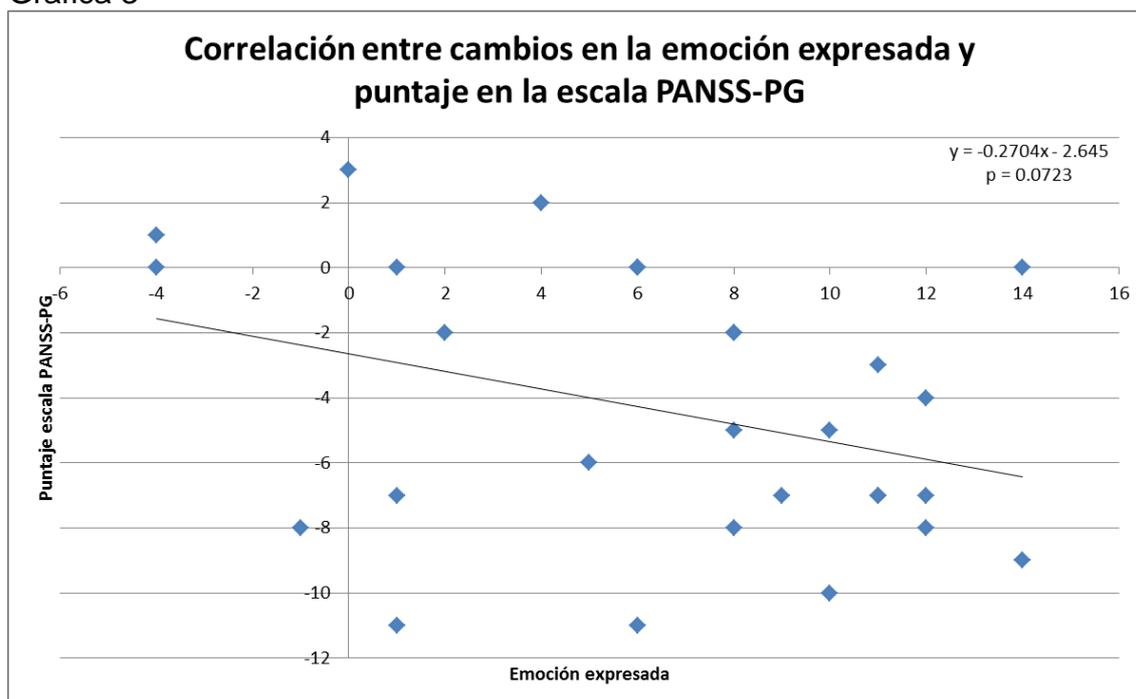
Grafica1



Grafica 2



Grafica 3



Discusión

De acuerdo con la información obtenida en estudios previamente realizados se ha buscado demostrar que la alta emoción expresada es un factor importante para la recaída de los pacientes ya desde los años sesentas, se busco explicar con diferentes modelos la enfermedad mental.

Ante esto los investigadores pusieron en practica varios modelos de terapia que pudieran mejorar el cuadro, en un principio se busco dar terapia al paciente con la enfermedad mental sin embargo se dieron muchos resultados infructuosos ya que los pacientes no respondían como se esperaba.

Por este motivo se buscaron nuevas alternativas de apoyar con terapia a los pacientes percatándose los investigadores de que una gran cantidad de pacientes tenían mala dinámica familiar ya fuera por excesivos criticismo o sobreinvolucramiento proponiendo así la terapia familiar como una opción viable.

Desde entonces se han realizado diferentes estudios a este respecto alrededor del mundo encontrando en varios, respuestas favorables ante el manejo con terapia en los familiares de pacientes esquizofrénicos, los cuales se han reproducido con éxito.

Se han empleado diferentes métodos terapéuticos, terapia cognitivo conductual, sistémica, psicodinamica, familiar múltiple y en todos los casos se han visto respuestas importantes, el objetivo central es desfocalizar al paciente como el problema y darle justo valor a cada integrante de la familia.

A lo largo de los años se han modificado las diferentes terapias, podríamos ver hasta el pasado cuando Freud el padre del psicoanálisis de donde derivan todos los diferentes modelos terapéuticos.

A lo largo del tiempo muchas personas se han percatado de la importancia de la terapia y en este caso nos enfocamos en la terapia familiar en familiares de pacientes esquizofrénicos, por lo que se han instaurado muchos centros que ofrecen esta modalidad terapéutica.

En el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez también se han realizado varios estudios en que se ha corroborado que la alta emoción expresada presenta como consecuencia mayor número de recaídas y descontrol de la enfermedad mental.

Por lo que un grupo de trabajadores del HPFBA también se han interesado en este punto creando así la CLIFAM o Clínica familiar que se enfoca en el manejo terapéutico.

No solo se trabaja con los pacientes esquizofrénicos y sus familias si no también con otros pacientes con algunas otras patologías, lo cual es favorable ya que permite al terapeuta tener una amplia visión de la patología mental. En CLIFAM se trabaja la terapia familiar esperando apoyar al paciente y su familia en el entendimiento de la enfermedad y más comprensión y apoyo para el paciente.

Evidentemente como se ha buscado hacer en todo el mundo la finalidad es favorecer en varios aspectos la vida del paciente esquizofrénico. Ya que es una persona vulnerable en el ambiente y apoyar a la familia para la comprensión de la enfermedad y el fortalecimiento de la comunicación, la forma de relacionarse y los estilos afectivos.

Es importante el realizar más estudios de este tipo y con mayor cantidad de población para favorecer lo que todo el personal de salud buscamos que es mejor calidad de vida del paciente, menos recaídas y más adherencia terapéutica.

Conclusiones

En el grupo de pacientes que recibieron menos de 12 sesiones se presentaron 7 pacientes que sólo acudieron a la primera sesión, 5 pacientes que acudieron entre 5 y 8 sesiones. En promedio presentaron una puntuación inicial de: PANSS-P de 10.53, PANSS-N de 19.6, PANSS-PG de 35.6, 1.2 síntomas positivos y 3.76 síntomas negativos. Los cuales no tuvieron un cambio significativo en sus resultados post-test.

Los pacientes que recibieron 12 sesiones o más se distribuyeron de la siguiente manera: 6 pacientes tuvieron 12 sesiones y el resto tuvieron un número muy variable de sesiones con 1 paciente que acudió a un total de 30 sesiones. En este grupo en promedio presentaron una puntuación inicial de: PANSS-P de 10.69, PANSS-N de 14.46, PANSS-PG de 30.69, 1.15 síntomas positivos y 2.53 síntomas negativos. Este grupo de pacientes presentó diferencias significativas en la reducción tanto de puntaje (en promedio 5 puntos en PANSS-PG) como del número de síntomas con respecto a los pacientes que tuvieron menos de 12 sesiones.

La reducción en el puntaje de PANSS en sus 3 subescalas y en los síntomas que presentan refleja una clara mejoría en los pacientes, sin embargo a pesar de este hecho es importante resaltar el posible sesgo derivado del número limitado de pacientes, teniendo únicamente 28 en total, ante lo cual surge la necesidad de proponer continuar con investigaciones similares que amplíen el tamaño de la muestra.

En el caso de la escala de Guanilo y Seclén también se mostró una modificación de lo referido por los familiares, donde en el grupo de pacientes con 12 sesiones o más se obtuvo una mejoría en la emoción expresada de los familiares de casi del doble comparada con aquellos pacientes que acudieron a menos de 12 sesiones (16.16% vs. 31.25%).

De la misma manera, los resultados pueden tener cierta variabilidad de acuerdo con las personas encargadas de guiar las sesiones de terapia, las cuales al pertenecer al equipo de CLIFAM tienen una orientación similar, sin embargo la metodología empleada varía entre los terapeutas. Lo cual puede influir en el éxito y en la continuidad de las sesiones.

Es importante resaltar que los pacientes que acuden a más de 12 sesiones presentan una mejoría clínicamente significativa, mejor relación con sus familias y estos son los que pertenecen al grupo del Psicólogo Alejandro Chaires quien maneja logoterapia, las sesiones solo con los padres, mejorando la díada padre hijo, pues en muchos casos el sobreinvolucramiento viene principalmente de las madres manteniendo a los padres periféricos.

Con esto no se busca excluir a las madres de la terapia o el apoyo que dan al paciente si no al contrario involucrar a los padres que regularmente se mantienen al margen.

Es muy común ver entre las madres que a su vez son las principales cuidadoras, desesperanza y frustración ante el estado de sus hijos, lo que genera irritabilidad y una alta emoción expresada.

Los padres se quejan de no entender el padecimiento y resulta mas fácil mantenerse al margen sin embargo con este estudio se ha notado que cuando se involucra al completo de la familia los resultados son mucho mejores.

Otro factor a estudiar es el tratamiento farmacológico al cual se encuentra el paciente, donde de acuerdo a la evolución de su patología y la duración del tratamiento, esto puede predisponer en cierta manera la mejoría en la sintomatología y no necesariamente la terapia.

Ante lo cual surge también la propuesta de realizar mayores investigaciones donde contemplen como variables a controlar el tratamiento, la evolución del paciente y la edad de los mismos para de este modo asignar de manera más fuerte la asociación de la mejora a la terapia.

En CLIFAM uno de los criterios es que los pacientes se encuentren los más estables que sean posibles en cuanto a la sintomatología psicótica encontrando por lo tanto que los síntomas que prevalecen son la sintomatología negativa y la irritabilidad.

Como se destaca en la observación, los pacientes presentan mejoría mas significativa con mayor número de sesiones sin embargo la resistencia a acudir a las sesiones se hace notar importantemente, muchos de los participantes se desesperan al no ver resultados rápidamente y abandonan la terapia.

En otros casos no continúan por ignorancia o dificultades económicas teniendo que suspender el manejo para continuar con sus actividades laborales, en otros casos sencillamente es apatía o como hemos visto en terapia familiar es may fácil no mover el “síntoma” y continuar con un “enfermo” en lugar de darle su valor a cada cosa.

Parte de nuestra formación es enfocada en terapia, se nos dan las bases teóricas, considero importante no solo abordar al paciente como una unica entidad, en una gran cantidad de los casos la problemática familiar es lo que desencadena una gran cantidad de trastornos del afecto o bien desencadena trastornos psicóticos.

Es muy importante la psicoeducación que podemos dar en el consultorio y habra que valorar que tanto podemos ser nosotros mismos una influencia negativa o positiva en nuestros pacientes y sus familias.

Tal vez sea el tiempo, lo saturado de la consulta, el desinterés sin embargo deberíamos ser mas educadores y menos eruditos, participar un poco mas en el cuadro de nuestros pacientes y entender que el paciente es parte de un sistema y nosotros tambien.

Recordemos que se nos conoce como doctores y por definición un doctor es alguien que tiene los conocimientos y la capacidad de transmitirlos.

BIBLIOGRAFIA

1. Breitborde NJ, López SR, Chang C, Kopelowicz A, Zarate R. Emotional over-involvement can be deleterious for caregivers' health: Mexican Americans caring for a relative with schizophrenia. *Soc Psychiatry Epidemiol.* 2009 Sep; 44(9):716-23.
2. Breitborde NJ, López SR, Kopelowicz A. Expressed emotion and health outcomes among Mexican-Americans with schizophrenia and their caregiving relatives. *J Nerv Ment Dis.* 2010 Feb;198(2):105-9.
3. Brewin, C., MacCarthy, B., Duda, K. y Vaughn, C. Attribution and expressed emotion in the relatives of patients with schizophrenia. *Journal of Abnormal Psychology*, 1991;100, 546-554.
4. Brown, G., Birley, J. y Wing, J. Influence of family life on the course of schizophrenic disorder: A replication. *British Journal of Psychiatry*, 1972; 121, 241-258.
5. Constitución de los Estados Unidos Mexicanos. "*Ley General de Salud.*" México. Editorial Porrúa. 1999. 15. Artículo 4º.
6. Cutting, L. P., Aakre, J. M. y Docherty, N. M. Schizophrenic Patients' Perceptions of Stress, Expressed Emotion, and Sensitivity To Criticism. *Schizophrenia Bulletin* 2006; 32 (4): 743-750
7. Doane, J., Falloon, I., Goldstein, M. y Mintz, J. Parental affective style and the treatment of schizophrenia. *Archives of General Psychiatry*, 1985; 42, 34-42.
8. Docherty Nancy M.,¹ Annie St-Hilaire, Jennifer M. Aakre, and James P. Seghers. Life Events and High-Trait Reactivity Together Predict Psychotic Symptom Increases in Schizophrenia. *Schizophr Bull.* 2009 May; 35(3): 638–645..
9. Docherty NM, St-Hilaire A, Aakre JM, Seghers JP, McCleery A, Divilbiss M. Anxiety interacts with expressed emotion criticism in the prediction of psychotic symptom exacerbation. *Schizophr Bull.* 2011 May;37(3):611
10. Espina Alberto. Terapia familiar en la esquizofrenia. *Revista de Psicoterapia II* 1991; 8, 13-33.
11. Falloon, I., Boyd, J., McGill, C., Razani, J., Moss, H. y Gilderman, A. Family management in the prevention of exacerbations of schizophrenia. *The New England Journal of Medicine*, 1982; 306, 1437-1440.
12. Gutiérrez, E., Escudero, V., Valero, J., Vázquez, M., Castro, J., Álvarez, L., Baltar, M., Blanco, J., González, I. y Gómez, I. Expresión de emociones y curso de la esquizofrenia: II. Expresión de emociones y el curso de la

esquizofrenia en pacientes en remisión. *Análisis y Modificación de Conducta*, 1988; 15, 275-316.

13. Hahlweg K, Wiedemann G. Principles and results of family therapy in schizophrenia. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. 1999; 249 Suppl 4:108-15.
14. Hogarty, G., Anderson, C., Reiss, D., Kornblith, S., Greenwald, D., Javna, C. y Madonia, M. Family psychoeducation, social skills training, and maintenance chemotherapy in the aftercare treatment of schizophrenia. *Archives of General Psychiatry*, 1986; 43, 633-642.
15. Hogarty GE, Anderson CM, Reiss DJ, Kornblith SJ, Greenwald DP, Ulrich RF, Carter M. Family psychoeducation, social skills training, and maintenance chemotherapy in the aftercare treatment of schizophrenia. II. Two-year effects of a controlled study on relapse and adjustment. Environmental-Personal Indicators in the Course of Schizophrenia (EPICS) Research Group. *Arch Gen Psychiatry*. 1991 Apr;48(4):340-348
16. Hooley JM, Campbell C. Control and controllability: beliefs and behaviour in high and low expressed emotion relatives. *Psychol Med*. 2002 Aug;32(6):1091-9.
17. King, S., Richard, N., Rochon, V., Steiger, H. y Nelis, S. Determinants of expressed emotion in mothers of schizophrenia patients. *Psychiatry Research* 2003; 117: 211-222.
18. King S, Dixon MJ The influence of expressed emotion, family dynamics, and symptom type on the social adjustment of schizophrenic young adults. *Arch Gen Psychiatry*. 1996 Dec;53(12):1098-104.
19. King, S. Is expressed emotion cause or effect in the mothers of schizophrenic young adults? *Schizophrenia Research* 2000; 45 (1-2): 65-78.
20. Kymalainen, J., Weisman, A., Rosales, G., y Armesto, J. Ethnicity, Expressed Emotion, and Communication Deviance in Family Members of Patients with Schizophrenia. *The Journal of Nervous and Mental Disease* 2006; 194: 391-396.
21. Leff Julián. Trabajando con familias de pacientes esquizofrénicos. *Perspectivas Sistémicas (¿Cual Es El Diagnosticó?)* 1997;45 (9), 140-145
22. Lenior, M., Dingemans, P. Schene, A., Hart, A. y Linszen, D. The course of parental expressed emotion and psychotic episodes after family intervention in recent-onset schizophrenia. A longitudinal study. *Schizophrenia Research* 2002; 57 (2-3): 183-190.

23. Linszen, D., Dingemans, P., Nugter, M., van der Does, A., Scholte, W. y Lenior, M. Patient attributes and expressed emotion as risk factors for psychotic relapse. *Schizophrenia Bulletin*, 1997; 23, 119-130

24. Lobban, F., Barrowclough, C. y Jones, S. Does Expressed Emotion need to be understood within a more systemic framework? An examination of discrepancies in appraisals between patients diagnosed with schizophrenia and their relatives. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 2006; 41: 50-55.
25. Marom S, Munitz H, Jones PB, Weizman A, Hermesh H. Expressed emotion: relevance to rehospitalization in schizophrenia over 7 years. *Schizophr Bull.* 2005 Jul;31(3):751-8
26. Miura Y, Mizuno M, Yamashita C, Watanabe K, Murakami M, Kashima H. Expressed emotion and social functioning in chronic schizophrenia. *Compr Psychiatry.* 2004 Nov-Dec;45(6):469-74.
27. Montero, I., Gómez-Beneyto, M., Ruiz, I., Puche, E. y Adam, A. The influence of family expressed emotion on the course of schizophrenia in a sample of Spanish patients. A two-year follow-up study. *British Journal of Psychiatry*, 1992; 161, 217-222.
28. Montero I, Asencio A, Hernández I, Masanet MJ, Lacruz M, Bellver F, Iborra M, Ruiz I. Two strategies for family intervention in schizophrenia: a randomized trial in a Mediterranean environment. *Schizophr Bull.* 2001;27(4):661-70.
29. Muela, J. A. y Godoy, J. F. Programas actuales de intervención familiar en esquizofrenia. *Psicothema* 2003; 13 nº 1, pp. 1-6
30. Organización Mundial de la salud. Clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento CIE 10. Ed. Panamericano Madrid 2008. PP 70-88
31. Ramírez, J., Chang C., Young, J., López S. y Jenkins, J. Family support predicts psychiatric medication usage among Mexican-American individuals with schizophrenia. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 2006; 41: 624-631.
32. Rosenfarb, I., Bellack, A. y Aziz, N. A Sociocultural Stress, Appraisal, and Coping Model of Subjective Burden and Family Attitudes Toward Patients With Schizophrenia. *Journal of Abnormal Psychology* 2006; 115 (1): 157-165.
33. Scazufca M, Kuipers E. Links between expressed emotion and burden of care in relatives of patients with schizophrenia. *Br J Psychiatry.* 1996

May;168(5):580-7.

34. Stirling, J., Tantam, D., Thomas, P., Newby, D., Montague, L., Ring, N. y Rowe, S. Expressed emotion and early onset schizophrenia: A one year follow-up. *Psychological Medicine*, 1991; 21, 675-685
35. Tomaras, V., Mavreas, V., Economou, M., Ioannovich, E., Karydi, V. y Stefanis, C. The effect of family intervention on chronic schizophrenics under individual psychosocial treatment: a 3-year study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 2000; 35 (11): 487-493.
36. Ventura, J., Nuechterlein, K., Hardesty, J. y Gitlin, M. Life events and schizophrenic relapse after withdrawal of medication. *British Journal of Psychiatry*, 1992; 161, 615-620.
37. Weisman, A., Rosales, G., Kymalainen, J. y Armesto, J. Ethnicity, Expressed Emotion, and Schizophrenia Patients Perceptions of Their Family Members Criticism. *The Journal of Nervous and Mental Disease* 2006; 194 (9): 644-649.
38. Wiedemann G, Hahlweg K, Müller U, Feinstein E, Hank G, Dose M. Effectiveness of targeted intervention and maintenance pharmacotherapy in conjunction with family intervention in schizophrenia. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. 2001;251(2):72-84.
39. Wuerker, A., Long, J., Haas, G. y Bellack, A. Interpersonal control, expressed emotion, and change in symptoms in families of persons with schizophrenia. *Schizophrenia Research* 2002; 58: 281-292

TESIS

- a. Gutiérrez, Leyva Ma. Magdalena. Frecuencia de hospitalización asociada a una alta emoción expresada en familias de pacientes esquizofrénicos del Hospital Fray Bernardino Álvarez. México 2011. 1-50.
- b. Mora Sánchez Yvette. Carga subjetiva y emoción expresada en el cuidador del paciente diagnosticado con esquizofrenia. México 2005. 1-48

ANEXOS:

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO.

MEXICO D.F. A _____ DE _____ DE 2012

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL PACIENTE

Con fundamento en los artículos 80, 81 y 83 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, el que suscribe,

_____,
autoriza al médico BEATRIZ CURRO MARTINEZ médico residente del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez, para que realice la aplicación de dos instrumentos clinimétricos de investigación: Escala de Síntomas Positivos y Negativos (PANSS), Escala de Emoción expresada (CIF), una vez que se me ha proporcionado información suficiente para dicho procedimiento y las posibles complicaciones, secuelas o riesgos que puedan resultar de su aplicación.

(Nombre completo y firma de quien autoriza)

Nombre y firma del primer testigo

Nombre y firma del segundo testigo