



Facultad de Medicina



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**

**FACULTAD DE MEDICINA**

**Cambios en el funcionamiento familiar y emoción expresada en familiares de pacientes con diagnóstico de esquizofrenia que reciben estrategias de rehabilitación.**

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN PARA LA TESIS DE ESPECIALIDAD EN PSIQUIATRÍA QUE  
PRESENTA:

**Ricardo Ríos Flores**

**Tutor teórico: Dra. Leonila Rosa Díaz Martínez**

**Tutor metodológico: Ing. José Francisco Cortés Sotres**

Instituto Nacional de Psiquiatría Dr. Ramón de la Fuente Muñiz  
México D. F., a 3 de Junio del 2013



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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

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

# CONTENIDO

AGRADECIMIENTOS	3
MARCO TEÓRICO	4
PROYECTO DE INVESTIGACIÓN	20
JUSTIFICACIÓN	20
PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	21
OBJETIVOS	22
MATERIAL Y METODOS	23
DISEÑO DEL ESTUDIO	23
POBLACIÓN DEL ESTUDIO	23
CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN	24
DEFINICIÓN OPERACIONAL DE LAS VARIABLES	26
DESCRIPCIÓN DE LAS ESCALAS E INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN	30
PROCEDIMIENTO	33
PROGRAMA DE REHABILITACIÓN	35
ANÁLISIS	37
CONSIDERACIONES ÉTICAS	37
RESULTADOS	39
DISCUSIÓN	51
LIMITACIONES Y FORTALEZAS DEL ESTUDIO	57
CONCLUSIÓN	58
BIBLIOGRAFÍA	60

## **AGRADECIMIENTOS**

Quiero agradecer en estos párrafos a las personas que contribuyeron con la realización de este trabajo. Deseo agradecer particularmente a la Dra. Leonila Rosa Díaz Martínez y al Ingeniero José Francisco Cortés Sotres por su apoyo, asesoría y paciencia a lo largo de la realización de este trabajo. Además quisiera resaltar la invaluable orientación y enseñanza recibida por ellos.

Por supuesto agradezco a mi familia por acompañarme día a día a lo largo de estos largos años de formación como médico, y ahora como especialista, en especial hago mención de mi madre, hermana, abuelos y tíos. Definitivamente ellos han sido el motor de mi vida, mi fuente de valores y mi aliento para seguir adelante.

Por último, quiero agradecer a todos los médicos del Instituto Nacional de Psiquiatría que han compartido a los residentes sus enseñanzas y experiencias para formarnos como especialistas responsables, científicos y sobre todo humanos.

# MARCO TEÓRICO

## INTRODUCCIÓN

### ESQUIZOFRENIA

Desde hace más de 100 años, Emil Kraepelin describió la “*Dementia precoz*”, y al igual que Bleuler, han observado que los pacientes con esquizofrenia se caracterizan por presentar alteraciones en el pensamiento, rareza, extravagancia en la conducta y la progresiva evolución de los síntomas hasta un estado de embotamiento, incoherencia y lentitud psicomotriz. La esquizofrenia es una enfermedad o, más probablemente, un conjunto de enfermedades que generalmente se presentan en sujetos jóvenes y que tienen efectos devastadores en muchos aspectos de la existencia del paciente y conlleva el menoscabo de la vida de la persona.<sup>1</sup>

### EPIDEMIOLOGÍA

Las estimaciones de la prevalencia en muchos estudios extensos han variado desde el 0,2 al 2,0 %. Las tasas de prevalencia son similares en todo el mundo, pero se ha descrito la existencia de bolsas de alta prevalencia en algunas áreas específicas. Teniendo en cuenta varias fuentes de información, la prevalencia de la esquizofrenia se estima actualmente entre el 0,5 y el 1 %.<sup>2</sup> Puesto que la esquizofrenia tiende a ser crónica, las tasas de incidencia son considerablemente inferiores a las tasas de prevalencia y se estiman en aproximadamente 1/10.000 al año. La enfermedad se presenta entre los 15 y 35 años. El

número de enfermedades en la edad de alto riesgo (15-59 años) se calcula del 0.16 al 0.42 por cada 1000 (incidencia).<sup>1,2</sup>

## **DIAGNOSTICO**

Para el diagnóstico de Esquizofrenia, el manual DSM-IV-TR es un esquema jerárquico que describe las formas clínicas modificadas propuestas por autores previos.<sup>3</sup> Dentro de sus criterios describe las características esenciales de la esquizofrenia (síntomas positivos y negativos) que han persistido durante al menos 6 meses (Criterios A y C), asociados a una marcada disfunción social o laboral (Criterio B). La alteración no es explicable por un trastorno esquizoafectivo o un trastorno del estado de ánimo y no es debida a los efectos fisiológicos directos de alguna sustancia o a una enfermedad médica (Criterios D y E).

En ausencia de marcadores biológicos, el diagnóstico de la esquizofrenia se basa sobre la historia del desarrollo de los síntomas y signos, la entrevista clínica y la observación de las conductas del paciente. La Tabla N° 1 muestra los criterios diagnósticos de acuerdo a los dos principales sistemas clasificatorios actuales. Ningún síntoma aislado es patognomónico de la esquizofrenia; el diagnóstico implica el reconocimiento de una constelación de signos y síntomas peculiares que han estado presentes por un lapso de tiempo determinado asociados a un deterioro del nivel de adaptación a las exigencias del medio.

**CUADRO No 1 CRITERIOS DEL DSM-IV PARA EL DIAGNÓSTICO DE ESQUIZOFRENIA**

**A. Síntomas característicos:** Dos (o más) de los siguientes, cada uno de ellos presente durante una parte significativa de un período de 1 mes (o menos si ha sido tratado con éxito):

- (1) ideas delirantes
- (2) alucinaciones
- (3) lenguaje desorganizado (p. ej., descarrilamiento frecuente o incoherencia)
- (4) comportamiento catatónico o gravemente desorganizado
- (5) síntomas negativos, por ejemplo, aplanamiento afectivo, alogia o abulia

**B. Disfunción social/laboral:** Durante una parte significativa del tiempo desde el inicio de la alteración, una o más áreas importantes de actividad, como son el trabajo, las relaciones interpersonales o el cuidado de uno mismo, están claramente por debajo del nivel previo al inicio del trastorno (o, cuando el inicio es en la infancia o adolescencia, fracaso en cuanto a alcanzar el nivel esperable de rendimiento interpersonal, académico o laboral).

**C. Duración:** Persisten signos continuos de la alteración durante al menos 6 meses. Este período de 6 meses debe incluir al menos 1 mes de síntomas que cumplan el Criterio A (o menos si se ha tratado con éxito) y puede incluir los períodos de síntomas prodrómicos y residuales. Durante estos períodos prodrómicos o residuales, los signos de la alteración pueden manifestarse sólo por síntomas negativos o por dos o más síntomas de la lista del Criterio A, presentes de forma atenuada (p. ej., creencias raras, experiencias perceptivas no habituales).

**D. Exclusión de los trastornos esquizoafectivo y del estado de ánimo:** El trastorno esquizoafectivo y el trastorno del estado de ánimo con síntomas psicóticos se han descartado debido a: 1) no ha habido ningún episodio depresivo mayor, maníaco o mixto concurrente con los síntomas de la fase activa; o 2) si los episodios de alteración anímica han aparecido durante los síntomas de la fase activa, su duración total ha sido breve en relación con la duración de los períodos activo y residual.

**E. Exclusión de consumo de sustancias y de enfermedad médica:** El trastorno no es debido a los efectos fisiológicos directos de alguna sustancia (p. ej., una droga de abuso, un medicamento) o de una enfermedad médica

**F. Relación con un trastorno generalizado del desarrollo:** Si hay historia de trastorno autista o de otro trastorno generalizado del desarrollo, el diagnóstico adicional de esquizofrenia sólo se realizará si las ideas delirantes o las alucinaciones también se mantienen durante al menos 1 mes (o menos si se han tratado con éxito).

**American Psychiatric Association: *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Cuarta edición. DSMIV. Washington. 1994**

## **ASPECTOS CLINICOS**

Los síntomas característicos de la esquizofrenia involucran múltiples disfunciones cognoscitivas y emocionales que incluyen la percepción, el pensamiento inferencial, el lenguaje y la comunicación, la organización comportamental, la afectividad, la fluidez y productividad del pensamiento y el habla, la capacidad de disfrutar, la voluntad y la motivación, la atención, y la capacidad de enjuiciamiento de la propia situación.<sup>1,3,4</sup>

Estos síntomas se asocian con dificultades en el funcionamiento social y laboral. A pesar que existe un marcado deterioro en distintos dominios de funcionamiento (por ejemplo, aprendizaje, auto cuidado, trabajo, relaciones interpersonales, habilidades sociales, etc.), existen grandes variaciones entre los distintos individuos afectados por la enfermedad y, en el mismo individuo, a lo largo del tiempo.

Las manifestaciones propias de la esquizofrenia actualmente son conceptualizadas como pertenecientes a cuatro grandes dimensiones; síntomas positivos (alucinaciones y delirios), síntomas negativos (alogia, aplanamiento afectivo, abulia, apropositividad), síntomas cognitivos (trastornos del pensamiento, trastornos de la atención), y síntomas afectivos.

Los subtipos de la esquizofrenia son definidos de acuerdo a los síntomas predominantes al momento de la evaluación más reciente, y, por lo tanto pueden cambiar a lo largo del tiempo. De acuerdo con los sistemas clasificatorios más usados<sup>3</sup>, se pueden identificar, a lo menos, 5 subtipos clínicos, con distintas implicancias terapéuticas y pronósticas, los que se muestran en el cuadro No 2

CUADRO No 2 PRINCIPALES CARACTERÍSTICAS DE LOS SUBTIPOS CLÍNICOS DE LA ESQUIZOFRENIA
Paranoide: Predominan las alucinaciones y los delirios
Desorganizado: Predomina la disgregación del pensamiento, desorganización de la conducta y afecto inapropiados
Catatónico: Predominan síntomas motores característicos
Indiferenciado: Ninguna de las presentaciones anteriores es predominante
Residual: Ausencia de síntomas agudos, presencia de síntomas negativos y positivos leves
American Psychiatric Association: <i>Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders</i> . Cuarta edición. DSMIV. Washington. 1994

## CURSO Y PRONOSTICO

El modo de inicio puede ser definido como agudo, en el cual un estado psicótico florido se desarrolla en el curso de días o semanas, o insidioso, en el cual hay una transición gradual desde una personalidad premórbida a través de síntomas prodrómicos hacia una enfermedad psicótica manifiesta.<sup>1,2,5</sup>

Se puede encontrar un deterioro del funcionamiento social e interpersonal, previo al inicio de la enfermedad, hasta en un 50% de los casos.

Existe una diferencia de género en la edad de inicio de la enfermedad. En los hombres existe un pico de incidencia alrededor de los 20 años, mientras que en las mujeres este se produce alrededor de los 25 años. Los sujetos con un inicio más temprano de la enfermedad suelen ser varones, tener una peor adaptación premórbida, menor nivel de estudios, más evidencia de anomalías estructurales cerebrales, signos y síntomas negativos más sobresalientes, más evidencia de deterioro cognoscitivo evaluado neuropsicológicamente y

peor evolución. Existe una tendencia a un curso más suave y a un mejor pronóstico en las mujeres.<sup>2</sup>

Los estudios muestran una importante variabilidad en el curso de la esquizofrenia. A pesar de las diferencias metodológicas hay coincidencia en que en porcentajes cercanos al 45% existe una significativa recuperación tras uno o más episodios psicóticos, que aproximadamente un 35% de las personas afectadas presenta una evolución con sucesivos episodios de exacerbación aguda y remisiones parciales de duración variables, que un 20% presenta síntomas que no remiten y presentan un deterioro progresivo, y que la remisión completa (es decir, el retorno total al nivel premórbido) no es habitual.

Por otra parte, existe evidencia que muestra que distintas dimensiones de mejoría como pueden ser el funcionamiento social, los síntomas clínicos y rendimiento cognitivo, se encuentran sólo débilmente relacionados, existiendo gran heterogeneidad en el individuo y permitiendo progresos en un área a pesar de que puede haber un gran deterioro en otra.

Sin embargo, la visión más optimista que surge de los estudios más recientes no debe llevarnos a ignorar el hecho de que cerca del 60% de los pacientes con el diagnóstico de esquizofrenia siguen un curso prolongado.<sup>4</sup>

## **CONSECUENCIAS DE LA ESQUIZOFRENIA**

### **-MORTALIDAD**

Los índices de mortalidad en la población afectada de esquizofrenia son el doble de la población general. Este fenómeno ha sido asociado al descuido en el cuidado por parte de los propios pacientes y sus familias, a las pobres condiciones de vida, a enfermedades

relacionadas con estilos de vida no saludables y a limitaciones en su acceso a los sistemas de salud.

Estudios recientes de pacientes viviendo en la comunidad muestran una alta incidencia de mortalidad por suicidio y por accidentes. El suicidio, en particular, es un problema a considerar, pues se estima un riesgo de vida para el suicidio de un 10%, el cual es 12 veces mayor que en la población general.<sup>4,6</sup>

### **-DISCAPACIDAD SOCIAL**

Se considera una discapacidad a cualquier restricción o falta de habilidad para desarrollar una actividad en la manera o dentro del rango considerado normal para un individuo en su propio medio socio cultural.<sup>7</sup> En la esquizofrenia, la discapacidad puede afectar el funcionamiento social en varias áreas, por ejemplo:

- Autocuidado (higiene, vestuario y alimentación).
- Rendimiento Ocupacional (trabajo remunerado, estudios, labores domésticas)
- Funcionamiento en Roles Familiares
- Funcionamiento en Roles Sociales (participación con otros miembros de la comunidad en actividades de esparcimiento y de otro tipo).

La discapacidad moderada a severa persistente afecta a aproximadamente el 40% de los varones, en contraste con el 25% de las mujeres que sufren la enfermedad. Existe evidencia que el grado de discapacidad social es más relevante como indicador de pronóstico que los síntomas clínicos.<sup>8,9</sup>

### **-ESTIGMA SOCIAL**

Existe un estigma fuertemente asociado al diagnóstico de Esquizofrenia. De este se desprenden numerosas consecuencias adversas: el uso de un lenguaje peyorativo, barreras para encontrar trabajo o vivienda, acceso restringido a servicios sociales, escasas posibilidades de conseguir pareja, aumento de posibilidades de un mal tratamiento e institucionalización.

El estigma se encuentra profundamente enraizado en la sociedad, con grados variables según la cultura en la cual se desenvuelve el individuo. El estigma opera incluso -y eso es más grave- en los servicios de salud; a menudo de una manera sutil con actitudes de rechazo hacia los usuarios y perpetuando prácticas que favorecen la segregación, la dependencia y la falta de poder.<sup>10</sup>

## **DISFUNCIÓN DENTRO DE LA ESQUIZOFRENIA**

La esquizofrenia es considerada actualmente una de las diez enfermedades que con más frecuencia llevan a la discapacidad en la vida de adulto temprana. Las consecuencias de la enfermedad no sólo influyen en los procesos cognitivos, sino que afectan toda la vida de la persona quien la padece. El riesgo acumulado para hombre y mujeres es similar, aunque mayor en varones en el grupo de menores de 40 años. De acuerdo con el estudio de *Global Burden of Disease Study* realizado por la OMS, la esquizofrenia causa un alto grado de discapacidad, que alcanza el 1.1 de los años de vida ajustados por Discapacidad (*DALYs disability-adjusted life years*) y el 2.8% de los Años Vivido con Discapacidad (YLD). En el reporte de la OMS, la esquizofrenia se encuentra como la 8 causa de DALYs en el grupo de edad de 15-44 años.<sup>6</sup>

En el análisis de los hallazgos de la serie de 10 tomos *The Global Burden of Disease and Injury Series (GBD)* realizada por la OMS y colaboradores de distintas partes del mundo,

que obtuvieron estimaciones detalladas, consistentes y comparables, de los patrones actuales de mortalidad y discapacidad asociadas con enfermedades, mostraron de las enfermedades mentales se asocian con altos índices de discapacidad en diferentes regiones. Entre los trastornos psicóticos la esquizofrenia tiene el peor pronóstico pues ocasiona deterioro en casi todas las funciones psicológicas y dificulta la adaptación social, académica y laboral. Su inicio y los cambios que conlleva pueden observarse como un deterioro lento y gradual que en muchas ocasiones comienza como un primer episodio psicótico (PEP).<sup>6</sup>

## **EL PACIENTE CON ESQUIZOFRENIA Y SU FAMILIA**

### **-IMPACTO EN LOS CUIDADORES**

Los datos disponibles muestran que la mayoría de las personas con esquizofrenia viven con sus familiares. El sufrimiento de los familiares y de otras personas viviendo en contacto con los pacientes debe ser considerado en varios aspectos:<sup>5,6,11-13</sup>

- El deterioro económico relacionado con la necesidad de mantener al paciente y la pérdida de productividad de la familia.
- Las reacciones emocionales a la enfermedad tales como culpa y temor al futuro.
- El estrés de enfrentarse a conductas anormales.
- La interrupción de rutinas familiares.
- Los problemas derivados de enfrentar el retraimiento social y conductas interpersonales extrañas.
- Restricción de actividades sociales.

Existen estudios que muestran que el estrés familiar está mucho más relacionado con la apatía, la inactividad o la falla en cumplir con los deberes sociales por parte del paciente

que con la presencia de síntomas positivos o trastornos conductuales. Otros estudios muestran que la hostilidad, la violencia y la disrupción de las rutinas familiares normales son las principales fuentes de desgaste familiar.<sup>5,6,11-16</sup>

### **-EMOCIÓN EXPRESADA**

La línea de estudios que contempla los mecanismos familiares estresantes utiliza un concepto denominado Emoción Expresada (EE)<sup>5,6,8,12,16-19</sup> en el ambiente familiar, que se refiere a la evaluación de la cantidad y la calidad de las actitudes y sentimientos relacionados con la crítica, hostilidad y sobreinvolucramiento que uno de los familiares expresa acerca de uno o varios miembros de la familia diagnosticado con esquizofrenia. Estas actitudes de los familiares se han asociado con la presencia de recaídas en los pacientes a los dos años de haber sido dados de alta, especialmente cuando los miembros de la familia y el paciente conviven en el mismo espacio y pueden tener contacto por lo menos 35 horas o más semanales.<sup>19</sup> Las expresiones emocionales más características comprenden: comentarios críticos, hostilidad, exceso de involucramiento afectivo y aspectos positivos como la calidez, los cuales son percibidos en general como estresantes. La crítica implica intolerancia y desaprobación, el sobreinvolucramiento sugiere intrusividad y control, que incluyen niveles altos de ansiedad en el paciente y que se describen de la siguiente manera:<sup>9,16,19,20</sup>

- a) La crítica. Originalmente fue definida como aquellos comentarios o aseveraciones los cuales, por la manera en que son expresados constituyen comentarios desfavorables sobre la conducta o personalidad del individuo a quien se refiere. Es decir, muestran aversión o desaprobación de la conducta o las características de una persona.

- b) El sobreinvolucramiento o sobreprotección. Se presenta más comúnmente en los padres que en algún otro familiar; está compuesta por aspectos de sobreprotección o consentimiento, autosacrificio y malestar emocional, es similar al trato que se le da a un niño sobreprotegido, con niveles inapropiados de preocupación por parte del familiar. El paciente es visto como menos competente que antes y más vulnerable.
- c) La hostilidad. Se presenta cuando existe crítica, por lo que tiene poco valor como predictor independiente. Se considera que está presente cuando el paciente es atacado por lo que es, más que por lo que hace, lo que refleja una dificultad para tolerar y alguna veces para comprender la situación del familiar enfermo.

En México Rascón y colaboradores han encontrado que los familiares con EE alta observaron un mayor descuido personal, irritabilidad, violencia y aislamiento por parte los pacientes, en tanto que los pacientes con EE baja presentaron más miedo o temores, olvidos, dependencia e ideas extrañas como las conductas problemáticas de las personas enfermas.<sup>14,15</sup> En los familiares con EE baja se observó un mejor funcionamiento en el desempeño de las tareas domésticas, en la demostración del afecto, en las actividades realizadas en el tiempo libre, en la conversación y en la demostración de apoyo entre el informante y el paciente.<sup>19</sup>

### **TRATAMIENTO INTEGRAL CON INTERVENCIONES PSICOSOCIALES.**

La esquizofrenia se caracteriza por la presencia de sintomatología muy diversa a través de múltiples dominios funcionales, que incluyen síntomas psicóticos, anormalidades del afecto y un deterioro progresivo en el funcionamiento social y cognitivo. Aunque el tratamiento farmacológico se ha mostrado eficaz para el tratamiento de los síntomas psicóticos y en la

reducción de la vulnerabilidad a las recaídas, no se han presentado ventajas clínicas evidentes en otros dominios.<sup>7,9,10,21,22</sup>

El advenimiento de tratamientos farmacológicos relativamente efectivos y seguros, ha permitido un mejoramiento importante en los síntomas y funcionamiento de las personas que padecen esquizofrenia, al grado de ser posible llevar su control dentro de la comunidad en vez de ambientes exclusivamente hospitalarios. Sin embargo, hasta el 45% de los pacientes presenta recaídas por incumplimiento terapéutico y en otros casos, el manejo farmacológico no es suficiente para lograr un control adecuado de los síntomas. Asimismo hay estudios que muestran que un porcentaje considerable de pacientes, a pesar de mantener un tratamiento farmacológico adecuado, experimentan recaídas dentro del primer año de seguimiento y muchos pacientes continúan presentando un deterioro importante en las funciones cognitivas y sociales a pesar de que la sintomatología psicótica florida haya remitido con el tratamiento. Por lo tanto, además de un tratamiento farmacológico adecuado, se requieren intervenciones psicosociales eficaces para ayudar a las personas con esquizofrenia a enfrentarse con la enfermedad, a alcanzar un mayor nivel de autonomía y a conseguir una mejor calidad de vida.

Se ha considerado que el tratamiento integral de la esquizofrenia en la actualidad deberá estar constituido por al menos cuatro aspectos fundamentales :<sup>10,21</sup>

1. El tratamiento farmacológico
2. El tratamiento psicosocial
3. La terapia familiar
4. El manejo del paciente en la comunidad

Se ha mostrado que cuando la intervención terapéutica del paciente con esquizofrenia incluye tanto un tratamiento farmacológico como terapia psicosocial, la efectividad es

mucho mayor que cuando se indica exclusivamente el tratamiento farmacológico. La mejor estrategia para entender a los pacientes con esquizofrenia la constituye la combinación del tratamiento psicofarmacológico e intervenciones psicosociales. Los pacientes que reciben terapia combinada tienen una mejoría considerable en el funcionamiento psicosocial y en la actividad global, además de un menor porcentaje de recaídas y rehospitalizaciones, y una mayor adherencia tanto al tratamiento farmacológico como a su asistencia a la consulta externa.<sup>10,21,23</sup>

### **REHABILITACIÓN EN ESQUIZOFRENIA.**

Para el desarrollo integral de un ser humano en edad adulta es necesario cumplir en la sociedad una serie de roles familiares y sociales, que van cambiando de acuerdo al desarrollo del individuo. En el paciente esquizofrénico, por lo general este desarrollo se ve alterado y como consecuencia hay una alteración o pérdida de los roles y familiares.

La rehabilitación psicosocial abarca todos los aspectos que el enfermo debe desarrollar o recuperar para adaptarse a los distintos roles que le toca desempeñar. No es suficiente el tratamiento farmacológico, ni aún siquiera que la familia conozca y comprenda la enfermedad.<sup>21,23,24</sup> En la rehabilitación psicosocial se requiere una base teórica y filosófica en la cual sustentarse, así como intervenciones basadas en la evidencia. Por otra parte, para poder lograr recuperarse de cualquier enfermedad crónica se requiere que el individuo aprenda a manejar su enfermedad en colaboración con el equipo de salud que está a su cargo.

La rehabilitación de la función cognitiva en la esquizofrenia es un área con importantes avances en los últimos tiempos. Debe ser un trabajo multidisciplinario por los numerosos requerimientos que implica, además de que lo óptimo es que el servicio sea

individualizado. Hoy en día existen numerosos estudios que señalan la posibilidad de mejoría en las alteraciones cognitivas tradicionalmente vinculadas con la enfermedad.<sup>21,23-25</sup>

La rehabilitación en esquizofrenia se encamina en desarrollar nuevas habilidades, recuperar la autonomía y la integración social y laboral. Suele cubrir las siguientes áreas:

### **-PSICOEDUCACIÓN DE PACIENTES Y FAMILIARES.**

Dirigida al entendimiento y aceptación de la enfermedad, aprender a identificar datos de alarma y adquirir un estilo de afrontamiento adecuado. Se hace énfasis en la emoción expresada, que describe un estilo de interacción entre los miembros de la familia y el paciente caracterizado por un intenso sobrecompromiso y excesiva crítica. Las familias son entrenadas en reconocer los signos y síntomas prodrómicos, en reducir la crítica y el sobrecompromiso, en tomar conciencia de la importancia del tratamiento farmacológico y aprender a distinguir efectos adversos de los medicamentos. Desafortunadamente, aunque la mayoría de los psiquiatras reconocen la importancia de la psicoeducación en el manejo del paciente con esquizofrenia, pocas veces se incorpora a la práctica clínica cotidiana.

Otro de los casos en los que es especialmente necesaria la adopción de medidas preventivas que se enfoquen en la psicoeducación de los pacientes y familiares, es cuando hay una baja accesibilidad a los servicios de salud mental<sup>25,26</sup>.

### **-PSICOTERAPIA INDIVIDUAL.**

Los pacientes con esquizofrenia tienen notorias dificultades para adherirse a un proceso terapéutico, incluso en ocasiones ocurre que también para el terapeuta es difícil continuar con el proceso. A pesar de esto, la terapia personal es la más rigurosamente probada de las intervenciones psicosociales individuales de la esquizofrenia.

La terapia personal transcurre en distintas fases que se adaptan a las necesidades individuales del paciente. La fase inicial es la estabilización clínica de los síntomas, el desarrollo de la alianza terapéutica y la psicoeducación básica. La fase intermedia está orientada a la toma de conciencia sobre las respuestas internas a los distintos estresores y en algunos casos, se puede iniciar el entrenamiento en habilidades sociales. La fase avanzada está diseñada para facilitar la introspección, la resolución de conflictos y el manejo de la crítica.

Se debe manejar una psicoterapia flexible, que tome en cuenta múltiples variables incluyendo fase de la enfermedad, enfoque clínico y metas e intervenciones apropiadas, que de preferencia sean compartidas dentro de un equipo multidisciplinario de trabajo.<sup>10,26,27</sup>

#### **-TERAPIA DE GRUPO.**

Por lo general, la terapia de grupo para pacientes esquizofrénicos está orientada a planes, problemas y relaciones de la vida cotidiana, ya sea con una orientación conductista, psicodinámica o de apoyo. Es eficaz para disminuir el aislamiento social, incrementar la sensación de cohesión y mejorar el juicio de realidad de los pacientes. La orientación que parece ser más eficaz para los pacientes con esquizofrenia son los grupos de apoyo.<sup>10,27</sup>

#### **-TERAPIAS FAMILIARES.**

LA terapia debe estar orientada a la situación inmediata y debe consistir en identificar y eliminar situaciones posiblemente problemáticas. Se lleva a cabo de forma intensiva y por lo regular después del primer contacto, o cuando el paciente se reintegra al grupo familiar después de una hospitalización. Inicialmente, la terapia se enfoca en orientar a los familiares acerca de las características de la enfermedad y de la importancia de alentar una

reincorporación gradual a sus actividades. Posteriormente la terapia puede orientarse a estrategias para reducir el estrés, sobrellevar a situaciones de conflicto y a la reintegración del paciente a la vida cotidiana.

Las intervenciones familiares, tales como los grupos de terapia familiar y grupos de apoyo de padres, han mostrado efectividad para reducir la sintomatología y mejorar el ajuste social en los pacientes con esquizofrenia, así como, reducir el uso de la necesidad de medicación neuroléptica si se empeñan a largo plazo y en combinación con otras formas de intervención psicosocial.<sup>10,12,27-30</sup>

### **-DESARROLLO DE LA AUTONOMÍA**

Es el objetivo más importante de la rehabilitación del enfermo con esquizofrenia. El desarrollo de la autonomía no implica dejar de recibir el apoyo de sus familiares y cuidadores, sino al camino hacia una vida más independiente. Esto incluye el desarrollo de programas de inducción laboral y estrategias de socialización.<sup>10,22</sup>

# PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

## JUSTIFICACIÓN

La esquizofrenia es una condición crónica que frecuentemente tiene efectos devastadores en muchos aspectos de la vida del paciente. Las consecuencias de la enfermedad no son sólo individuales sino que afectan en forma dramática al entorno familiar y social inmediato. Existe poca información en México acerca del impacto de las estrategias de rehabilitación en la familia del paciente esquizofrénico.

Actualmente no se disponen de estudios en los que se analice la relación entre el funcionamiento familiar a través de las variables cohesión y flexibilidad, y la emoción expresada. Una intervención psicosocial como el Programa de rehabilitación integral para pacientes con esquizofrenia podría generar cambios a estos niveles.

Este estudio se justifica al intentar conocer y dar una mejor respuesta al impacto que la enfermedad genera en la familia de un paciente con esquizofrenia en relación a los roles y actitudes familiares así como en la emoción expresada. El estudio de estas variables permitirá mejorar las intervenciones terapéuticas del paciente con este diagnóstico en su entorno.

## **PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN**

¿Existen cambios en la dinámica familiar y emoción expresada en familiares de pacientes con diagnóstico de esquizofrenia que reciben estrategias de rehabilitación en Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz?

## **HIPÓTESIS**

El funcionamiento familiar de los pacientes con esquizofrenia se encontrará dentro de un rango balanceado y disminuirá la emoción expresada en sus familiares tras recibir estrategias de rehabilitación en el Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz

## **HIPÓTESIS ESPECÍFICAS**

- 1- La percepción del funcionamiento familiar se presentará en los rangos balanceados para cohesión y adaptabilidad (flexibilidad) tras las intervenciones del Programa de rehabilitación para pacientes con esquizofrenia.
- 2- La emoción expresada de los cuidadores primarios del paciente disminuirá. las interacciones con el paciente serán menos críticas, menos sobreinvolucradas y se

reducirá la hostilidad tras las intervenciones del Programa de rehabilitación para pacientes con esquizofrenia.

- 3- Existirá una mejoría clínica reflejada en la disminución de la calificación de la PANSS tras las intervenciones del Programa de rehabilitación para pacientes con esquizofrenia.

## **OBJETIVOS**

### ***Objetivo General***

Determinar los cambios en la percepción de funcionamiento familiar y emoción expresada en familiares de pacientes con diagnóstico de esquizofrenia que reciben estrategias de rehabilitación en Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz.

### ***Objetivos Específicos***

1. Determinar y comparar los cambios en la percepción de funcionamiento familiar en pacientes con esquizofrenia y sus familiares en las subescalas de adaptación y cohesión familiar, antes y después de recibir estrategias de rehabilitación.
  
2. Determinar y comparar los cambios en la Emoción Expresada en familiares de pacientes con diagnóstico de esquizofrenia en las subescalas de crítica, hostilidad y sobreprotección familiar, antes y después de recibir estrategias de rehabilitación.

3. Determinar y comparar los cambios en la severidad de la enfermedad tras recibir las estrategias de rehabilitación.

## **MATERIAL Y MÉTODOS**

### **-TIPO DE ESTUDIO**

El estudio realizado es de tipo **comparativo, longitudinal, prospectivo y homodémico** de acuerdo a la taxonomía propuesta por Feinstein.<sup>31</sup> De acuerdo a distintos autores como Campbell se puede considerar un **estudio cuasiexperimental**.<sup>32</sup>

La **investigación cuasi experimental** sería aquella en la que existe una ‘exposición’, una ‘respuesta’ y una hipótesis para contrastar, pero no hay aleatorización de los sujetos a los grupos de tratamiento y control, o bien no existe grupo control propiamente dicho. El diseño más habitual de este tipo de investigación es el **estudio antes-después** (o pre-post) de un sólo grupo o con grupo de control no equivalente.

Este tipo de diseño se basa en la medición y comparación de la variable respuesta antes y después de la exposición del sujeto a la intervención experimental. Los diseños antes-después con un sólo grupo permiten al investigador manipular la exposición, pero no incluyen un grupo de comparación. Cada sujeto actuó como su propio control.

### **-POBLACIÓN EN ESTUDIO; SELECCIÓN Y TAMAÑO DE LA MUESTRA**

Se incluyeron a los pacientes y familiares que se incorporaron al grupo de rehabilitación del año 2012-2013. Se incluyeron de forma inicial a 38 pacientes al programa de

Rehabilitación Integral del paciente esquizofrénico del INPRFM. De esos pacientes Solamente 27 finalizaron las 18 sesiones.

El reclutamiento de los pacientes participantes y sus familiares se realizó con previa explicación e invitación verbal del médico tratante para la posterior presentación con del investigador quien explicó el estudio de forma más extensa, tras lo anterior se invitó a firmar el consentimiento informado si estuvieron de acuerdo en participar en la investigación.

## **-CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN**

### ***Criterios de inclusión de pacientes***

1. Sexo indistinto
2. Edades entre 18 y 50 años.
3. Residir en la ciudad de México o área metropolitana.
4. Tener primaria terminada.
5. Cumplir con los criterios diagnósticos de esquizofrenia de acuerdo al DSM IV-TR.
6. Pacientes que contarán con uno o más familiares que aceptaran participar en el programa, que tengan una convivencia estrecha con el paciente y que asuman la responsabilidad de cumplir el programa.
7. Pacientes que aceptaran firmar voluntariamente el consentimiento informado para participar en el estudio y en el programa de rehabilitación del INPRFM 2012-2013

### ***Criterios de exclusión de pacientes***

1. Pacientes con efectos colaterales medicamentosos severos.
2. Pacientes con déficit cognoscitivo severo.
3. Pacientes que no hablaran el idioma Castellano
4. Pacientes que no firmaran voluntariamente el consentimiento informado
5. Otro diagnóstico en Eje I de acuerdo al DSM IV.
6. Pacientes que se encontraran agitados o agresivos al momento de la evaluación

### ***Criterios de inclusión para familiares :***

1. Familiares o cuidadores primarios de pacientes con diagnóstico de esquizofrenia del que hayan participado en programa de rehabilitación del INPRFM 2012-2013
2. Que vivieran con el paciente
3. Sexo indistinto
4. Mayores de 18 años.
5. Que firmaran de forma voluntaria el consentimiento informado para participar en el estudio.
6. Que supieran leer y escribir.

### ***Criterios de exclusión para familiares:***

1. Menores de 18 años.
2. Familiares en primer grado que no vivían con el paciente

3. Qué se encontraran relacionados con los servicios de salud mental (ya sea que la recibieran o la ejercieran).

## VARIABLES Y ESCALAS DE MEDICIÓN

Cuadro 3- Definición conceptual y operacional de las principales variables del estudio

VARIABLES	TIPO	MEDICIÓN
<b><i>Sociodemográficas</i></b>		
<b>Sexo</b>	Nominal	Femenino/Masculino
<b>Edad</b>	Dimensional	Años
<b>Estado civil</b>	Nominal	Con pareja/Sin pareja
<b>Escolaridad</b>	Dimensional	Años de estudio
<b>Ocupación</b>	Nominal	Trabaja/No trabaja
<b><i>Clínicas</i></b>		
<b>Tiempo de evolución</b>	Dimensional	Semanas
<b>Severidad de la enfermedad mediante escala PANSS</b>  <b>Síntomas positivos</b> <b>Síntomas Negativos</b> <b>Síntomas Generales</b>	Ordinal	Puntaje
<b>Funcionamiento Familiar mediante la escala FACES II</b>  <b>Cohesión</b> <b>Adaptabilidad</b>	Ordinal	Puntaje
<b>Emoción expresada mediante la escala de Guanilo-Seclen</b>  <b>Crítica</b> <b>Sobreinvolucramiento</b> <b>Hostilidad</b>	Ordinal	Puntaje

## 1.- Funcionamiento familiar

Funcionamiento familiar es el juego de roles o papeles de los miembros de una familia nuclear (madre, padre e hijos) o extensa (madre, padre, hijos, tíos, abuelos, primos, etc.).

El Faces II es un instrumento que surgió a partir de la Teoría del Modelo Circunflejo (Olson, Rusell y Sprenkle). Evalúa dos factores: cohesión y flexibilidad (adaptación) familiar.<sup>33</sup> En ambos casos, los rangos balanceados se consideran funcionales, los rangos medios hipofuncionales y los rangos extremos disfuncionales.

La cohesión define el grado en el que los integrantes de una familia se encuentran ligados o separados de forma afectiva. La cohesión familiar está relacionada con los siguientes factores: ligas afectivas, fronteras, coaliciones, tiempo, amigos, toma de decisiones, intereses y diversiones.

La adaptación familiar se refiere al grado de flexibilidad que tiene la familia para adaptarse a los cambios en la estructura de poder, roles y reglas de relación en función a las demandas del ambiente tanto internas como externas. La adaptación familiar está relacionada con los siguientes factores: poder familiar, asertividad, control, disciplina, estilo de negociación, roles de las relaciones y reglas de las relaciones.

Cuadro 4 Caracterización del funcionamiento familiar según el nivel de cohesión y adaptabilidad

		COHESION			
		Bajo 	Moderado 	Alto	
FLEXIBILIDAD		DESLIGADA	SEPARADA	CONECTADA	ENMARAÑADA
Alto  Moderado  Bajo	<b>CAÓTICA</b>	<b>Extremo</b>	Rango medio	Rango medio	<b>Extremo</b>
	<b>FLEXIBLE</b>	Rango medio	<i>Balanceada</i>	<i>Balanceada</i>	Rango medio
	<b>ESTRUCTURADA</b>	Rango medio	<i>Balanceada</i>	<i>Balanceada</i>	Rango medio
	<b>RÍGIDA</b>	<b>Extremo</b>	Rango medio	Rango medio	<b>Extremo</b>

## ***2.- Emoción expresada***

La línea de estudios que contempla los mecanismos familiares estresantes utiliza un concepto denominado Emoción Expresada (EE) en el ambiente familiar, que se refiere a la evaluación de la cantidad y calidad de las actitudes y sentimientos relacionados con la crítica, hostilidad y sobreinvolucramiento que uno de los familiares expresa acerca de uno o varios miembros de la familia diagnosticado con esquizofrenia.<sup>8,16,19</sup> Estas actitudes de los familiares se han asociado con la presencia de recaídas en los pacientes a los dos años de haber sido dados de alta, especialmente cuando los miembros de la familia y el paciente conviven en el mismo espacio y pueden tener contacto por lo menos 35 horas o más semanales. Las expresiones emocionales más características comprenden: comentarios críticos, hostilidad, exceso de involucramiento afectivo y aspectos positivos como la calidez, los cuales son percibidos en general como estresantes. La crítica implica intolerancia y desaprobación, el sobreinvolucramiento sugiere intrusividad y control, que incluyen niveles altos de ansiedad en el paciente y que se describen de la siguiente manera:

- a) La crítica. Originalmente fue definida como aquellos comentarios o aseveraciones los cuales, por la manera en que son expresados, constituyen comentarios desfavorables sobre la conducta o personalidad del individuo a quién se refiere. Es decir, muestran aversión o desaprobación de la conducta o las características de una persona.
- b) El sobreinvolucramiento o sobreprotección. Se presenta más comúnmente en los padres que en algún otro familiar; está compuesta por aspectos de sobreprotección o

consentimiento, autosacrificio y malestar emocional, es similar al trato que generalmente se le da a un niño sobreprotegido, con niveles inapropiados de preocupación por parte del familiar. El paciente es visto como menos competente que antes y más vulnerable.

c) La hostilidad. Se presenta cuando existe crítica, por lo que tiene poco valor como predictor independiente. Se considera que está presente cuando el paciente es atacado por lo que es, más que por lo que hace, lo que refleja una dificultad para tolerar y algunas veces para comprender la situación del familiar enfermo.

### ***3-Severidad de los síntomas de esquizofrenia***

Los síntomas característicos de la esquizofrenia pueden conceptualizarse como pertenecientes a dos amplias categorías: los positivos y los negativos. Los síntomas positivos parecen reflejar un exceso o distorsión de las funciones normales, mientras que los síntomas negativos parecen reflejar una disminución o pérdida de las funciones normales. Los síntomas positivos incluyen distorsiones o exageraciones del pensamiento inferencial (ideas delirantes), la percepción (alucinaciones), el lenguaje y la comunicación (lenguaje desorganizado), y la organización comportamental (comportamiento gravemente desorganizado o catatónico). Los síntomas negativos comprenden restricciones del ámbito y la intensidad de la expresión emocional (aplanamiento afectivo), de la fluidez y la productividad del pensamiento y el lenguaje (alogia) y del inicio del comportamiento dirigido a un objeto (abulia). Estos síntomas serán evaluados mediante la escala de Escala del Síndrome Positivo y Negativo (PANSS por sus siglas en inglés) de Evalúa el síndrome positivo y negativo y la psicopatología general; desde un punto de vista dimensional

(gravedad del cuadro); y desde un punto de vista categorial (predominio de síntomas positivos o negativos). (Ver apartado de instrumentos de medición) .<sup>34</sup>

## INSTRUMENTOS UTILIZADOS

### *FACES II de Olson*

El Faces II es la segunda versión de la escala Faces desarrollada para explorar la *cohesión* y la *adaptabilidad* familiares. El Modelo Circunflejo fue desarrollado por Olson y col. en un intento de relacionar la clínica, la teoría y la práctica; facilita la tarea de ubicar familias dentro de 16 tipos específicos o de tres tipos más generales, por ejemplo: *balanceada*, de *rango medio* o *extrema*.<sup>33</sup>

El cuestionario consta de treinta ítems, de los cuales 16 se ocupan de la cohesión (por ejemplo: «en mi familia nos sentimos muy cerca unos de otros») y 14 de la adaptabilidad (por ejemplo: «en mi familia intentamos probar nuevos modos de resolver problemas»).

Para cubrir el cuestionario, los miembros de la familia deben señalar, en una escala de cinco puntos que va desde casi nunca (1) a casi siempre (5), en qué medida cada pregunta es aplicable a su familia y a su ideal de familia. En México la escala fue validada por Braverman en 1986<sup>35</sup> con 1087 estudiantes universitarios. El factor cohesión explicó el 88.6% de la varianza y el factor flexibilidad el 11.4% de la varianza. La confiabilidad obtenida para cohesión fue  $\alpha = 0.88$  y para adaptabilidad, 0.8. La consistencia interna de cohesión es  $r = .87$  y de adaptabilidad es  $r = .78$ .

### ***Emoción Expresada de Guanilo y Seclén***

El cuestionario-encuesta evaluación del nivel de emoción expresada (CEEE), elaborado por Guanilo y Seclén en 1993, aplicada al familiar responsable, está conformado por 30 reactivos que miden tres componentes: la crítica, la sobreprotección y la hostilidad. Cada componente está formado por 10 reactivos. La calificación de este cuestionario reporta que a mayor puntaje la emoción expresada es más alta. En cuanto a la confiabilidad se obtuvo un Alpha de Cronbach de 0.7, para la población mexicana se realizó un estudio piloto con 27 casos; el método utilizado para el análisis de confiabilidad se hizo aplicando la fórmula para el análisis de consistencia interna, obteniendo un Alpha estandarizada de Cronbach de 0.8570.<sup>36</sup>

### ***Escala de síntomas positivos y negativos (PANSS).***

La Escala del Síndrome Positivo y Negativo (PANSS, de las siglas en inglés para Positive and Negative Syndrome Scale) desarrollada por Kay y col (1987), es una escala que mide severidad de los distintos síntomas presentes en la esquizofrenia, y permite evaluar los cambios en respuesta al tratamiento. Incluye 30 variables agrupadas en 3 subescalas: de síntomas positivos, de síntomas negativos y de psicopatología general.<sup>34</sup> Tales variables son las siguientes; delirios, alucinaciones, desorganización conceptual, excitación, hostilidad,

suspicious , grandiosity, flattened affect, lack of spontaneity, social withdrawal, limited empathy, social withdrawal, difficulties in abstract thinking, stereotyped thinking, worry, anxiety, tension, depression, feelings of guilt, motor retardation, mannerisms, lack of attention, active social avoidance, lack of judgment, alteration of the will, lack of cooperation, unusual content of thought, disorientation, deficient control of impulses, somatic worry. Each variable is rated according to severity from 1 equal to absent, to 7, extremely severe. The cutoff point is 60. The validation in Mexico was carried out in 90 patients of the Instituto Mexicano de Psiquiatría, by Ortega et al.

The differences between the positive and negative ratings form a composite scale that expresses the degree of predominance of one syndrome over the other. The PANSS has strict operational criteria for conducting a clinical interview, definitions specific for each one of the 30 variables, criteria for rating more detailed for each level of psychopathology .

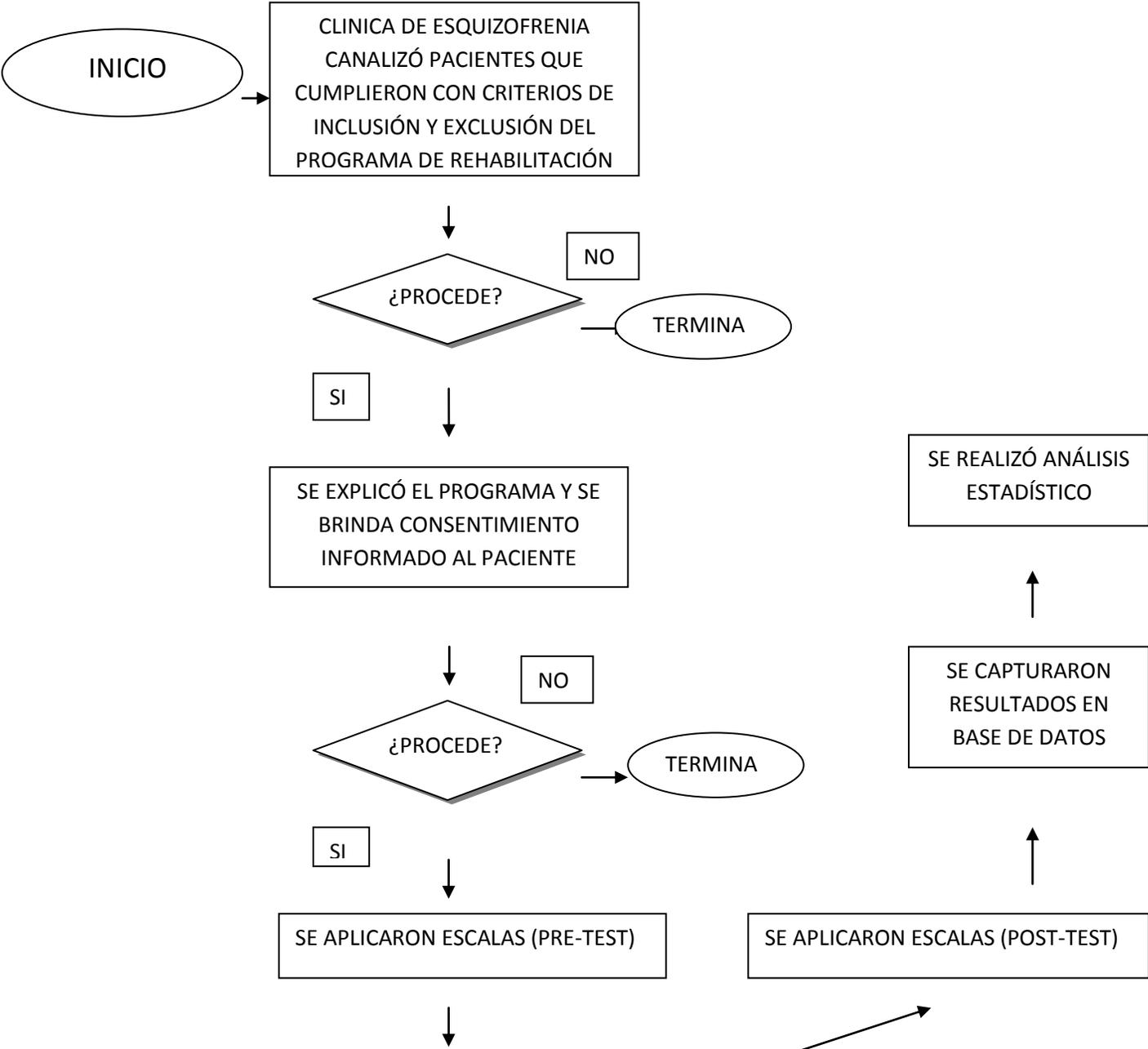
The Cronbach's alpha coefficient indicated a high internal consistency of the subscales: 0.73, 0.83 and 0.79 for the positive, negative and general subscales respectively. The reliability indices in the test-retest, applied to patients who did not remit their symptomatology during an interval of 3 to 6 months, was 0.80, 0.68, 0.60 for the positive, negative and general psychopathology subscales respectively (Kay et al , 1987). Recent studies have found the interobserver reliability of the PANSS to be 0.83 to 0.87. It has a high correlation with the method of Andreasen for the evaluation of positive symptoms ( $r= 0.77$ ) and negative symptoms ( $r=0.77$ ) (Kay, Opler and Lindermayer, 1987).<sup>37</sup>

## **PROCEDIMIENTO**

De acuerdo con los criterios establecidos, los pacientes que cumplieron con el diagnóstico clínico de esquizofrenia fueron enviados por los psiquiatras de la consulta externa para su evaluación e inclusión en el Programa de Rehabilitación Integral del paciente esquizofrénico del Instituto Nacional de Psiquiatría, posteriormente el médico tratante le informó al paciente acerca del estudio a realizarse y lo puso en contacto con el investigador, el cual, explicó al paciente y familiar el procedimiento a realizar y posterior a la firma del consentimiento informado ambos fueron incluidos en el estudio.

Los pacientes y sus familiares recibieron las diferentes estrategias para la rehabilitación en las instalaciones del Instituto Nacional de Psiquiatría a través de la consulta externa, con una frecuencia de una vez por semana durante 18 sesiones. Las estrategias para el familiar fueron los días martes y estrategias para el paciente los días jueves. Se les realizó una evaluación con las escalas antes descritas al inicio del programa y después de finalizar el programa.

# DIAGRAMA DEL PROCEDIMIENTO DEL ESTUDIO



SE BRINDARON ESTRATEGIAS DE  
REHABILITACIÓN AL PACIENTE  
Y AL FAMILIAR

## **PROGRAMA DE REHABILITACIÓN INTEGRAL PARA PACIENTES ESQUIZOFRÉNICOS DEL INPRFM**

El Programa de Rehabilitación Integral del Paciente Esquizofrénico se encuentra enfocado en el tratamiento, rehabilitación e integración de los pacientes mexicanos con este padecimiento a la vida en sociedad. Se caracteriza por un abordaje interdisciplinario e integral y por involucrar tanto a los pacientes como sus familiares en el tratamiento y en el proceso rehabilitatorio [26,27].

El objetivo del PRIE es proporcionar estrategias de intervención interdisciplinaria para lograr la disminución de la sintomatología psiquiátrica y aprovechar las funciones conservadas, además del desarrollo de otras habilidades orientadas a mejorar las calidad de vida de los pacientes de consulta externa del INPRF con diagnóstico de esquizofrenia.

El programa constó de 18 sesiones en las cuales de realizaron las siguientes estrategias terapéuticas

:

❖ Intervenciones en el familiar:

- Psicoeducación para familiares. Con el objetivo principal de proporcionar la información necesaria para el entendimiento y comprensión de la esquizofrenia por parte del enfermo y los familiares.
- Psicoterapia grupal para familiares. Con el principal objetivo de mejorar las relaciones en la familia, para evitar el rechazo o la sobreprotección del paciente. Para poder lograr el equilibrio entre estabilidad familiar y estabilidad de la enfermedad del paciente, brindando un espacio para la expresión de las experiencias de cada familia respecto a la enfermedad.

❖ Intervenciones en el paciente:

- Psicoterapia individual. Con el fin de brindar un espacio para que los pacientes con el diagnóstico de esquizofrenia puedan expresar sus necesidades personales, temores, conflictos, necesidades (sentidas y expresadas). Brindar orientación, comprensión y respeto a cada una de las manifestaciones del paciente, ayudando a la adquisición de conciencia de la enfermedad.
- Psicoterapia Grupal. Con el objetivo de lograr que el paciente se identifique con otras personas con el mismo padecimiento; para fortalecer el desenvolvimiento social, lograr la aceptación de la enfermedad y de los síntomas.
- Taller motivacional y de inducción laboral. Su finalidad es mejorar su autoestima y su autoconcepto; así como detectar intereses, necesidades y motivar a la realización de actividades orientadas a la búsqueda del empleo.
- Psicoterapia artística y ocupacional. Con el objetivo de promover habilidades en el paciente para su adecuado desempeño cotidiano, así como motivar y ayudar a los

pacientes a sentirse productivos; esto a través de la realización de distintas actividades manuales y trabajos artesanales.

## **ANÁLISIS**

La descripción de las características demográficas y clínicas se realizaron con frecuencias y porcentajes para las variables categóricas y con medias y desviaciones estándar (D.E.) para las variables dimensionales. Los datos obtenidos fueron analizados por medio de un modelo de regresión lineal para medidas repetidas con dos factores intra (pre- postest). Este análisis se efectuó para cada familiar involucrado y con la variable dependiente emoción expresada y percepción del funcionamiento familiar. En el caso de los pacientes solo se evaluó con el mismo análisis la percepción del funcionamiento familiar. Para el análisis se utilizó el programa SPSS versión 21. El nivel de significancia estadística se fijó en una  $p \leq 0.05$ .

## **CONSIDERACIONES ÉTICAS**

Este estudio se realizó para contribuir con el conocimiento sobre los aspectos del paciente con esquizofrenia y su familia, con la finalidad de mejorar las intervenciones terapéuticas en su entorno. La aplicación de los instrumentos para la medición de las variables descritas no constituyó ningún riesgo y se brindaron beneficios en el funcionamiento familiar y

social como parte del tratamiento integral del paciente. Toda la información fue manejada por medio de códigos para proporcionar un carácter estrictamente confidencial de los pacientes y sus familiares.

Los pacientes que decidieron abandonar el programa de rehabilitación o el estudio no tuvieron repercusiones para continuar su tratamiento en el INPRFM.

Dentro del procedimiento se garantizaron en todo momento los principios de no maleficencia, beneficencia, autonomía y justicia. Además el paciente y sus familiares pudieron discutir con el responsable del estudio sobre los hallazgos de las entrevistas y estudios que se le realizaron, además recibieron una retroalimentación tras la evaluación de los resultados obtenidos del estudio.

## RESULTADOS

Se incluyeron un total de 38 pacientes al Programa de rehabilitación integral para el paciente con esquizofrenia. De éstos, 11 pacientes abandonaron el programa de rehabilitación, por tal motivo no completaron las evaluaciones del estudio. Para el análisis final, se contó con 27 pacientes.

### Características demográficas de los pacientes

De los pacientes incluidos en el estudio, el 73.7% (n=28) fueron hombres y el 26.3% (n=10) restante, mujeres, con una edad promedio de 33años (D.Std.=9.4) (rango 18-50 años). El tiempo de evolución promedio fue de 10 años (D.Std 8.9) (Tabla 1). En cuanto a

	Edad	Tiempo de Evolución
--	------	---------------------

la escolaridad, el 71% tuvo un nivel de estudios por debajo del bachillerato (Tabla 2). La mayoría de los pacientes se encontraban sin pareja y desempleados al momento del estudio.

Genero	n	Media	D.Std	Media	D.Std
Femenino	10	37.6	9.4	13.0	9.9
Masculino	28	31.3	9.0	9.6	8.5
Total	38	33.0	9.4	10.6	8.9

**Tabla 1 Datos sociodemográficos de los pacientes que ingresaron al programa. Género, Edad y tiempo de evolución en años**

Escolaridad	Femenino	Masculino	Total general
Sin estudios		1	1
Primaria incompleta		5	5
Primaria Completa	2	7	9
Secundaria	5	7	12
Preparatoria		5	5
Licenciatura	3	3	6
Total general	10	28	38

**Tabla 2 Datos sociodemográficos. Escolaridad**

### **Funcionamiento familiar.**

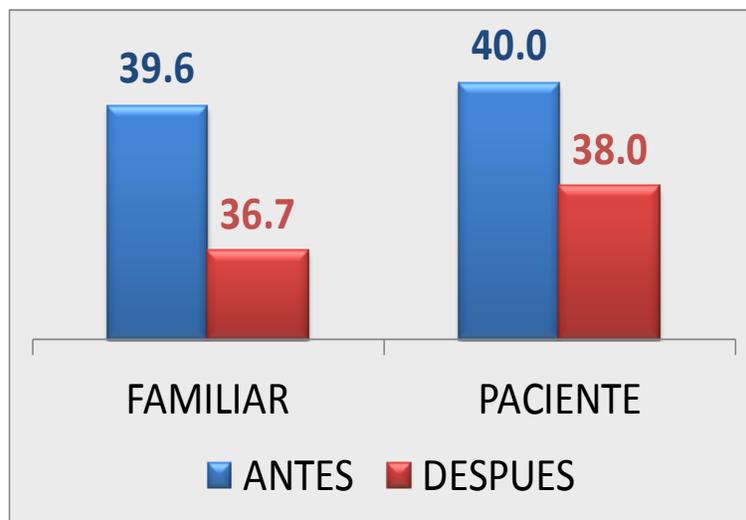
Se realizó la evaluación del funcionamiento familiar donde se evaluaron las subdimensiones de cohesión y adaptabilidad a 27 pacientes y sus familiares que concluyeron el Programa de rehabilitación para el paciente con esquizofrenia

### **Cohesión en familiares y pacientes.**

La cohesión disminuyó de forma estadísticamente significativa ( $p= 0.007$ ) (tabla 3) a través del tiempo tanto en los pacientes (media:39.6 antes, 36.7 después) como en sus respectivos familiares (media: 40.0 antes, 38.0 después) tras haber acudido a las 18 sesiones del programa de rehabilitación. (gráfica 1)

N=27	Antes		Después		p Tiempo
	Media	D Std	Media	D Std	
Familiar	39.59	3.85	36.74	3.23	F(1,26)=161.3, p=0.007
Paciente	40.04	4.10	38.00	4.73	

**Tabla 3 Cohesión en pacientes y familiares antes y después de recibir las estrategias del Programa de rehabilitación integral para el paciente con esquizofrenia**



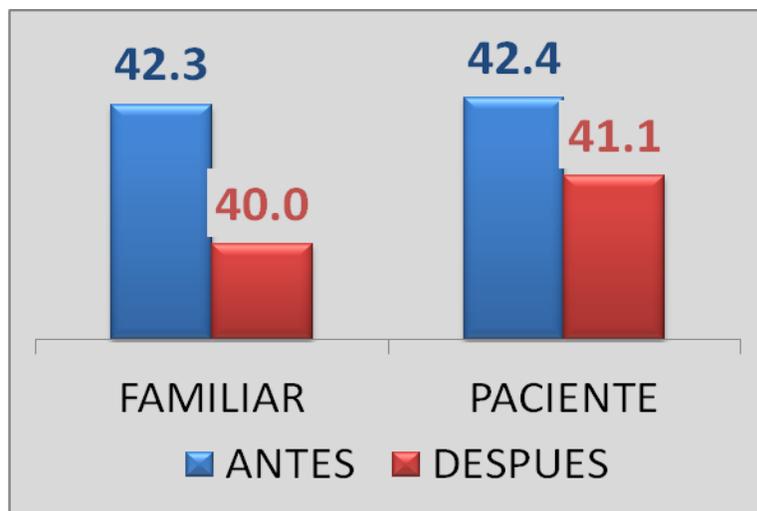
**Gráfica 1 Promedio de cohesión en familiares y pacientes antes y después de recibir las estrategias de rehabilitación.**

#### **Adaptabilidad en familiares y pacientes.**

La adaptabilidad también disminuyó de forma estadísticamente significativa ( $p= 0.044$ ) (tabla 4) a través del tiempo tanto en los pacientes (media: 42.2 antes, 40.0 después) como en sus respectivos familiares (media:42.4 antes, 41.14 después) tras haber acudido a las 18 sesiones del programa de rehabilitación. (gráfica 2).

N=27	Antes		Después		p Tiempo
	Media	D Std	Media	D Std	
Familiar	42.29	3.67	40.03	2.92	F(1,26)=83.6, p=0.044
Paciente	42.40	3.92	41.14	4.49	

**Tabla 4 Adaptabilidad en pacientes y familiares antes y después de recibir las estrategias del Programa de rehabilitación integral para el paciente con esquizofrenia**



**Gráfica 2 Promedio de adaptabilidad en familiares y pacientes antes y después de recibir las estrategias de rehabilitación.**

Aunque la cohesión y adaptabilidad presentaron cambios estadísticamente significativos (disminución), estos no fueron suficientes para modificar el patrón de funcionamiento familiar tras el programa de rehabilitación, manteniéndose dentro de la categoría desligada y flexible; por lo tanto fuera del rango balanceado. (ver tabla 5 y cuadro 4)

COHESION		ADAPTABILIDAD	
Desligada	Hasta 47	Rigidas	Hasta 37
Separada	48 - 56	Flexible	38 - 45
Conectada	57 - 64	Estructurada	46 - 52
Amalgamada	65 o mas	Caotico	53 o mas

**Tabla 5. Puntos de corte para los tipos (niveles) de cohesión y adaptabilidad**

Cuadro 4- Caracterización del funcionamiento familiar según el nivel de cohesión y adaptabilidad (flexibilidad)

COHESION		ADAPTABILIDAD (flexibilidad)			
		Bajo	Moderado	Alto	
FLEXIBILIDAD		<b>DESLIGADA</b>	SEPARADA	CONECTADA	ENMARAÑADA
Alto ↑ Moderado ↑ Bajo	CAÓTICA	<b>Extremo</b>	Rango medio	Rango medio	<b>Extremo</b>
	<b>FLEXIBLE</b>	<b>Rango medio</b>	<i>Balanceada</i>	<i>Balanceada</i>	Rango medio
	ESTRUCTURADA	Rango medio	<i>Balanceada</i>	<i>Balanceada</i>	Rango medio
	RÍGIDA	<b>Extremo</b>	Rango medio	Rango medio	<b>Extremo</b>

### Emoción expresada.

Se realizó la evaluación de la emoción expresada donde se evaluaron las subdimensiones de criticismo, sobreinvolucramiento y hostilidad a 28 familiares de pacientes que concluyeron el Programa de rehabilitación para el paciente con esquizofrenia. Se eliminaron a aquellos que no llenaron adecuadamente el instrumento (3 familiares).

### Criticismo.

Tras el análisis no existió una disminución estadísticamente significativa ( $p= 0.699$ ) del nivel de crítica (tabla 6) a través del tiempo en los familiares (media: 8.25 antes, 7.79 después) tras haber acudido a las 18 sesiones del programa de rehabilitación. (gráfica 3).

N=28	Antes		Después		p Tiempo
	Media	D Std	Media	D Std	
Criticismo	8.25	5.59	7.79	5.25	$F(1,27)=3.0,$ $p= 0.699$

**Tabla 6 Nivel de crítica en familiares de pacientes antes y después de recibir las estrategias del Programa de rehabilitación integral para el paciente con esquizofrenia**



**Gráfica 3 Promedio de criticismo en familiares y pacientes antes y después de recibir las estrategias de rehabilitación**

**Sobreinvolucramiento.**

No hubo una disminución estadísticamente significativa ( $p= 0.247$ ) del sobreinvolucramiento (tabla 7) a través del tiempo en los familiares (media:13.57 antes, 12.36 después) tras haber acudido a las 18 sesiones del programa de rehabilitación. (gráfica 4).

N=28	Antes		Después		p Tiempo
	Media	D Std	Media	D Std	
Sobreinvolucramiento	13.57	4.68	12.36	4.38	F(1,27)=20.6, p=0.247

**Tabla 7 Nivel de sobreinvolucramiento en familiares de pacientes antes y después de recibir las estrategias del Programa de rehabilitación integral para el paciente con esquizofrenia**



**Gráfica 4 Promedio de Sobreinvolucramiento en familiares y pacientes antes y después de recibir las estrategias de rehabilitación**

**Hostilidad.**

Esta subdimensión presentó una disminución estadísticamente significativa ( $p= 0.024$ ) (tabla 8) a través del tiempo en los familiares (media: 6.89 antes, 4.14 después) tras haber acudido a las 18 sesiones del programa de rehabilitación. (gráfica 5).

N=28	Antes		Después		p Tiempo
	Media	D Std	Media	D Std	
Hostilidad	6.89	5.18	4.64	3.63	F(1,27)=70.9, p=0.024

**Tabla 8 Nivel de hostilidad en familiares de pacientes antes y después de recibir las estrategias del Programa de rehabilitación integral para el paciente con esquizofrenia**



**Gráfica 5 Promedio de Hostilidad en familiares y pacientes antes y después de recibir las estrategias de rehabilitación**

**Severidad de síntomas de la esquizofrenia.**

Se realizó la evaluación mediante la escala PANSS donde se evaluaron las subescalas de síntomas positivos, negativos y generales a 26 pacientes que concluyeron el Programa de rehabilitación para el paciente con esquizofrenia. No se realizó la evaluación a un paciente debido a que no se presentó a la cita programada.

**Síntomas positivos.**

Esta subescala de la PANSS presentó una disminución estadísticamente significativa ( $p=0.013$ ) (tabla 9) en los pacientes (media: 18.12 antes, 17.15 después) tras haber acudido a las 18 sesiones del programa de rehabilitación (gráfica 6).

N=26	Antes		Después		p Tiempo
	Media	D Std	Media	D Std	
PANSS S. Positivos	18.12	3.51	17.15	3.73	F(1,25)=12.0, p=0.013

**Tabla 9 Severidad de síntomas positivos en pacientes antes y después de recibir las estrategias del Programa de rehabilitación integral para el paciente con esquizofrenia**



**Gráfica 6 Promedio de síntomas positivos de los pacientes antes y después de recibir las estrategias de rehabilitación**

**Síntomas negativos.**

Estos síntomas presentaron una disminución estadísticamente significativa ( $p < 0.003$ ) (tabla 10) en los pacientes (media: 25.88 antes, 23.96 después) en la escala de PANSS tras haber acudido a las 18 sesiones del programa de rehabilitación (gráfica 7).

N=26	Antes		Después		p Tiempo
	Media	D Std	Media	D Std	
PANSS S. Negativos	25.88	2.99	23.96	3.09	F(1,25)=48.1, P<0.003

**Tabla 10 Severidad de síntomas negativos en pacientes antes y después de recibir las estrategias del Programa de rehabilitación integral para el paciente con esquizofrenia**



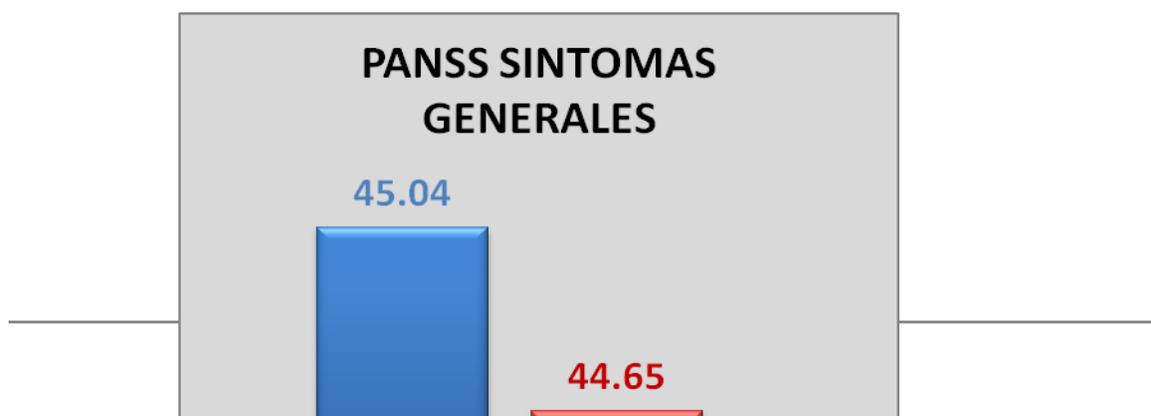
**Gráfica 7 Promedio de síntomas negativos de los pacientes antes y después de recibir las estrategias de rehabilitación**

**Síntomas generales.**

Estos síntomas presentaron una disminución, la cual no fue estadísticamente significativa ( $p < 0.46$ ) (tabla 11) en los pacientes (media: 45.04 antes, 44.65 después) tras haber acudido a las 18 sesiones del programa de rehabilitación (gráfica 8).

N=26	Antes		Después		p Tiempo
	Media	D Std	Media	D Std	
PANSS S. Generales	45.04	7.30	44.65	6.86	F(1,25)=1.92, p=0.46

**Tabla 11 Severidad de síntomas generales en pacientes antes y después de recibir las estrategias del Programa de rehabilitación integral para el paciente con esquizofrenia**



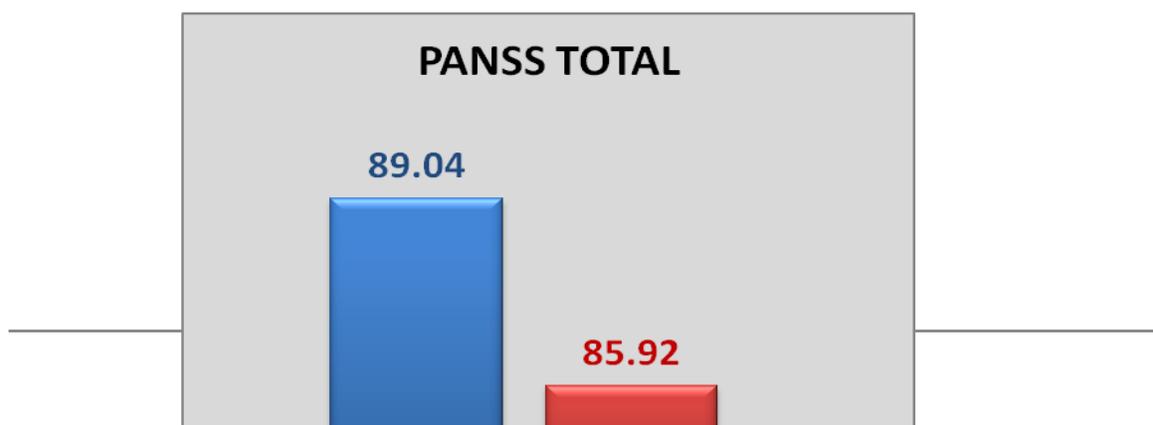
**Gráfica 8 Promedio de síntomas generales de los pacientes antes y después de recibir las estrategias de rehabilitación**

**Puntaje total de la PANSS.**

Hubo una disminución estadísticamente significativa ( $p=0.001$ ) (tabla 12) en el puntaje total de la PANSS de los pacientes (media: 89.04 antes, 85.02 después) tras haber acudido a las 18 sesiones del programa de rehabilitación (gráfica 9).

N=26	Antes		Después		p Tiempo
	Media	D Std	Media	D Std	
PANSS TOTAL	89.04	10.86	85.92	11.53	F(1,25)=126.2, p=0.001

**Tabla 12 Puntaje total de la PANSS en pacientes antes y después de recibir las estrategias del Programa de rehabilitación integral para el paciente con esquizofrenia**



**Gráfica 8 Promedio del puntaje total de la PANSS de los pacientes antes y después de recibir las estrategias de rehabilitación**

## **DISCUSIÓN.**

La esquizofrenia es un trastorno psiquiátrico altamente discapacitante que tiene un impacto la vida cotidiana del paciente en las esferas social, económica, laboral, académica y familiar.

La presentación sintomática de la esquizofrenia se caracteriza por alteraciones del pensamiento, sensopercepción, afecto y conducta. El impacto económico de la enfermedad es importante debido a los altos porcentajes de discapacidad que llega a ocasionar y los costos que por consecuencia acarrea a la sociedad. En nuestra muestra ningún paciente mantenía una actividad laboral remunerada lo cual podría ser un reflejo de la alta disfunción que este trastorno genera. La mayoría de los pacientes (73.7%) presentó estudios previos hasta antes del bachillerato lo cual coincide con la edad del primer episodio psicótico reportado en la literatura.<sup>1</sup> El inicio de este padecimiento a estas edades se relaciona con el fracaso académico que les conlleva.

Diversos autores han resaltado la carga que representa para la familia el tener un familiar con un trastorno psiquiátrico, lo cual conlleva a presentar ansiedad, actitudes y emociones negativas hacia el paciente así como patrones de interacción disfuncional entre los integrantes de la familia.<sup>13-15,27,38</sup>

La familia del paciente con esquizofrenia es un punto central en la Rehabilitación integral del paciente con este trastorno, pues diversos estudios han relacionado una mala red de apoyo familiar con una mayor tasa de recaídas y pronóstico desfavorable de la enfermedad.

El principal objetivo del presente estudio fue determinar los cambios en la percepción de funcionamiento familiar y la emoción expresada en los familiares que tienen un contacto cercano con pacientes con esquizofrenia que reciben estrategias de rehabilitación en Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz.

Este trabajo constituye el primer estudio en el que se evalúa el funcionamiento familiar mediante el modelo de Olson<sup>33</sup> a través de la percepción de la cohesión y adaptabilidad antes y después del programa de rehabilitación. En ambos casos, los rangos balanceados se consideran funcionales, los rangos medios hipofuncionales y los rangos extremos disfuncionales.

Pudimos constatar que los participantes en el estudio percibieron patrones de cohesión disminuidos (desaligados), o sea el grado en el que los integrantes de su familia se encuentran ligados de forma afectiva tiende a ser baja. Estos patrones, disminuyeron aun más, tras el programa de rehabilitación de forma estadísticamente significativa en la misma dirección, tanto en los pacientes (media: 39.6 antes, 36.7 después) como en sus respectivos familiares (media: 40.0 antes, 38.0 después).

La cohesión familiar se ha visto relacionada con los las ligas afectivas, fronteras, coaliciones, tiempo, amigos, toma de decisiones, intereses y diversiones.<sup>33</sup> Esto podría traducir una deficiencia en todas estas áreas como consecuencia de la enfermedad.

Otra subdimensión del funcionamiento familiar según Olson es la Adaptabilidad, la cual se refiere al grado de flexibilidad que tiene la familia para adaptarse a los cambios en la estructura de poder, roles y reglas de relación en función a las demandas del ambiente tanto internas como externas. La adaptación familiar está relacionada con los siguientes factores: poder familiar, asertividad, control, disciplina, estilo de negociación, roles de las relaciones y reglas<sup>33</sup>.

En este sentido los participantes en el estudio percibieron patrones de adaptabilidad alta de forma inicial. Estos patrones, presentaron cambios hacia una disminución de la adaptabilidad tras concluir las 18 sesiones de rehabilitación. Llama la atención que los cambios se presentaron en la misma dirección (tal como sucedió en la percepción de la cohesión) tanto en los pacientes (media: 39.6 antes, 36.7 después) como en sus respectivos familiares (media: 40.0 antes, 38.0 después) con significancia estadística.

Esto traduce la percepción de una mayor flexibilidad tras recibir las estrategias del programa de rehabilitación, situación que reflejó una menor rigidez hacia los pacientes por parte de sus familiares.

Es importante enfatizar que aunque existieron cambios (disminución) estadísticamente significativos en la cohesión y adaptabilidad, estos no representaron un cambio en el patrón de funcionamiento familiar de acuerdo a los puntos de corte del modelo de Olson. La percepción de la cohesión y adaptabilidad de los pacientes y sus familiares se ubicaron

dentro de las categorías desligadas y flexibles respectivamente; y por lo tanto fuera de los rangos balanceados.

Dentro de nuestra hipótesis esperábamos que la percepción se ubicara dentro de un rango balanceado. Se tendrá que trabajar de una forma dirigida en estos aspectos de funcionamiento familiar para los futuros grupos de rehabilitación dentro de las terapias de grupo y familiar.

Otro de los objetivos a evaluar antes y después del programa fue la Emoción Expresada, la cual se refiere a la cantidad y calidad de las actitudes y sentimientos de uno o varios miembros de la familia relacionados con el paciente diagnosticado con esquizofrenia.<sup>8,16,18,19</sup>

Este constructo está formado por tres subdimensiones según Guanilo-Seclen: Criticismo, sobreinvolucramiento (sobreprotección) y hostilidad.<sup>36</sup>

Tras haber llevado a cabo el programa de rehabilitación, todas las subdimensiones presentaron una disminución en los familiares, aunque solamente la hostilidad se redujo de forma estadísticamente significativa.

Los niveles de criticismo (crítica) se presentaron en un nivel bajo a moderado (media: 8.25 inicial, 7.79 final), o sea que aquellos comentarios o aseveraciones desfavorables sobre la conducta o personalidad del paciente con esquizofrenia no constituyeron un problema severo. Aun así existió una disminución que no fue estadísticamente significativa. Es decir, los familiares presentaron poca aversión o desaprobación de la conducta o las características del paciente antes y después del programa de rehabilitación. Estos resultados difieren de otros estudios en los que los grupos evaluados presentaron un nivel de

criticismo mayor de forma inicial con mejoría significativa tras una intervención psicosocial.<sup>17,19,36</sup>

El sobreinvolucramiento, compuesto por aspectos de sobreprotección o consentimiento, autosacrificio y malestar emocional, mostró niveles inapropiados (elevados) de preocupación por parte de los familiares que participaron antes y después de haberse llevado a cabo el programa (media: 13.57 antes, 12.36 después). Por lo tanto, el paciente fue visto como menos competente y más vulnerable por parte de sus familiares. Estos resultados son consistentes con los estudios realizados por Díaz<sup>24</sup>, Rascón<sup>19</sup>, Valencia<sup>25</sup> y Liberman.<sup>10</sup> Aunque hubo una leve disminución del sobreinvolucramiento tras las sesiones de rehabilitación, esta no fue estadísticamente significativa. Por esta razón en los próximos programas, este aspecto específico de la emoción expresada tendrá que ser un tema central para abordarse en la terapia familiar y de grupo.

La hostilidad se considera que está presente cuando el paciente es atacado por lo que es, más que por lo que hace, lo que refleja una dificultad para tolerar y algunas veces para comprender la situación del familiar enfermo, lo cual constituye una forma de agresión. Tras el análisis pudimos constatar que los niveles de hostilidad en los participantes se presentaron en un nivel de leve a moderado al inicio del programa, siendo menor a lo reportado en otros estudios. Sin embargo después de las 18 de las sesiones de rehabilitación existió una disminución estadísticamente significativa ( media: 6.89 antes, 4.64 después.  $p= 0.024$ ). Esto podría ser resultado directo de las estrategias de psicoterapia familiar y grupal, así como de la información obtenida en el grupo psicoeducativo acerca del padecimiento, reflejándose en una mayor tolerancia hacia los pacientes tras las 18 sesiones del programa. En diversos estudios se menciona el impacto que presentan estas

intervenciones sobre la disminución de actitudes hostiles de los familiares hacia los pacientes, por lo que estos hallazgos son congruentes con dichos reportes.<sup>17,19,23</sup>

El último objetivo secundario fue evaluar los cambios en la severidad de los síntomas de la esquizofrenia mediante la escala de PANSS, la cual está compuesta por tres subescalas: síntomas positivos, síntomas negativos, síntomas generales. La suma de estas proporciona un puntaje total de la escala.<sup>34</sup>

En nuestro estudio, los síntomas positivos mostraron una disminución estadísticamente significativa tras concluir el programa de rehabilitación (media: 18.12 antes, 17.15 después.  $p=0.013$ ).

Aunque el personal del programa no realizó alguna modificación del tratamiento farmacológico, la mejoría de los síntomas positivos pudieron deberse a que durante los meses que duraron las sesiones mantuvimos un contacto estrecho con los médicos tratantes de cada paciente, reportando eventualidades y la exacerbación de la sintomatología psicótica si esta se presentaba en alguno de ellos. Además durante la duración del programa de rehabilitación los pacientes tuvieron citas médicas más frecuentes y por lo tanto mayor vigilancia clínica. Por tal motivo, la mejoría de los síntomas positivos pudo haberse dado de forma indirecta, más que por las propias intervenciones del programa de rehabilitación.

La sintomatología negativa de la PANSS presentó una disminución notable, con gran significancia estadística (media: 25.88 antes, 23.96 después.  $p<0.03$ ) tras concluir el programa de rehabilitación. Esto es consistente con lo reportado por Valencia<sup>25</sup>, Liberman<sup>21</sup> y diversos estudios.<sup>24,30,39</sup> Esta disminución podría estar relacionada con las actividades sociales que el paciente lleva a cabo durante la duración del programa, como las realizadas en la terapia de grupo, la terapia motivacional y el taller de inducción laboral, en donde se

promovió la convivencia entre los pacientes, se favoreció la expresión afectiva y se les brindó estrategias para mejorar su desempeño laboral y social.

Los síntomas generales de la PANSS no presentaron cambios estadísticamente significativos (media: 45.04 antes, 44.65 después.  $p=0.46$ ), lo cual podría deberse a que esta subescala se encuentra relacionado con otros trastornos comórbidos que suelen presentarse en los pacientes con esquizofrenia, y que dependen de otros factores diferentes a las estrategias de rehabilitación.

Por último, el total del puntaje de la PANSS se redujo con significancia estadística tras las 18 sesiones del programa de rehabilitación (media: 89.04 antes, 85.92 después.  $p= 0.01$ ). Esta disminución se presentó a expensas de las subescalas de síntomas positivos y negativos de ésta escala.

Existen resultados contradictorios en estudios previos. Algunos de ellos reportan que las intervenciones psicosociales no generan una disminución de los síntomas de la esquizofrenia y sólo se enfocan en mejorar el entorno del paciente.<sup>30,39</sup> Otros estudios reportan una disminución sólo en la sintomatología negativa durante las intervenciones psicosociales a expensas de una disminución del aislamiento social, y la expresión emotiva de los pacientes lo cual se correlaciona con los hallazgos de nuestro estudio.<sup>7,24,25</sup>

## **LIMITACIONES Y FORTALEZAS.**

Entre las fortalezas de esta investigación podemos mencionar que es el primer estudio en el cual se evalúan las características familiares de acuerdo al modelo propuesto por Olson para el estudio del funcionamiento familiar, con las subdimensiones de cohesión y adaptabilidad. Mediante estas pudimos encontrar características muy particulares (desligamiento y flexibilidad) de las familias de los pacientes con este padecimiento que participaron en el estudio.

Otra fortaleza es que se obtuvieron cambios favorables de la emoción expresada los cuales fueron consistentes con otros estudios, por ejemplo la disminución en las subescalas de criticismo, sobreinvolucramiento y hostilidad, siendo esta última estadísticamente significativa.

La evaluación clínica de los pacientes fue también una fortaleza, pues existió una mejoría en el puntaje total de la PANSS a expensas de la disminución de los síntomas positivos y negativos.

Existen varias limitaciones del estudio. El inconveniente principal de los diseños cuasi-experimentales es la ausencia de un grupo control. Solo se evaluó a un solo grupo de pacientes y familiares. Por las características del diseño no hubo un ciego para la asignación de las estrategias recibidas ni para su evaluación, esto se debió a los recursos limitados en cuanto al escaso personal capacitado para realizar evaluaciones de la escala PANSS.

La participación en un cuasi-experimento y la recepción de tratamientos específicos viene determinada por un proceso de autoselección o voluntarismo de los sujetos, por lo que los resultados se deben interpretar con cautela si se quieren extrapolar a otros pacientes con esquizofrenia.

El estudio sólo muestra resultados es un antes y después de recibir las estrategias de un programa de rehabilitación, por lo que en otros estudios subsecuentes se tendrá que evaluar la estabilidad de los cambios encontrados en los meses siguientes al termino del programa de rehabilitación.

## **CONCLUSIONES.**

La esquizofrenia es un padecimiento crónico con repercusiones importantes en varios aspectos de la vida cotidiana, el impacto que tiene sobre el funcionamiento de los miembros de su familia puede reflejarse de manera favorable o desfavorable sobre la evolución del padecimiento.

De acuerdo a nuestros hallazgos, la percepción de los patrones de funcionamiento familiar en los pacientes y sus familiares participantes reflejó una tendencia al desligamiento afectivo (poca cohesión) entre los integrantes de la familia. Tras las estrategias de rehabilitación no hubo una mayor vinculación entre ellos. En cuanto a la adaptabilidad ambos percibieron límites muy establecidos que fueron más flexibles una vez que recibieron las intervenciones del programa de rehabilitación. La percepción del funcionamiento familiar tanto en los pacientes como en sus familiares se encontró dentro del rango no balanceado antes y después del programa de rehabilitación

La emoción expresada fue menor al final del programa de rehabilitación en todas las subdimensiones que la conforman. Sin embargo esta disminución fue estadísticamente significativa sólo para la hostilidad, lo cual refleja un ambiente más tolerante y menos agresivo hacia el paciente.

Un hallazgo importante fue la reducción del total de la escala de PANSS al final del programa a expensas de la disminución de los síntomas positivos y negativos de los pacientes. Lo anterior puede ser una consecuencia directa e indirecta del programa de rehabilitación al tener mayor vigilancia de sus síntomas y una mayor comunicación con sus médicos tratantes.

Esta información puede ser enriquecedora para trabajar en aspectos específicos de las familias de los pacientes que se incluirán en los próximos grupos de rehabilitación. Por otro lado el efecto favorable de las intervenciones psicosociales sobre la emoción expresada y la evolución clínica de estos pacientes se manifiesta de forma consistente con otros estudios previos.

## BIBLIOGRAFÍA

- (1) Sadock. Kaplan & Sadock's comprehensive textbook of psychiatry. Lippincott Williams & Wilikins. 8 ed. 2005. Philadelphia.  
Ref Type: Serial (Book,Monograph)
- (2) Leung A, Chue P. Sex differences in schizophrenia, a review of the literature. *Acta Psychiatr Scand Suppl.* 2000;401:3-38.
- (3) American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders text revision. 4th ed. 2005. Washington, American Psychiatric Association.
- (4) Reznik I, Sirota P. Premorbid social functioning with schizophrenia and bipolar disorder. *Am J Psychiatry.* 1999;156:986.
- (5) Grandon P, Jenaro C, Lemos S. Primary caregivers of schizophrenia outpatients: burden and predictor variables. *Psychiatry Res.* 2008;158:335-343.

- (6) Kessler RC, Guilar-Gaxiola S, Alonso J et al. The global burden of mental disorders: an update from the WHO World Mental Health (WMH) surveys. *Epidemiol Psychiatr Soc.* 2009;18:23-33.
- (7) Wallace CJ, Liberman RP. Social skills training for patients with schizophrenia: a controlled clinical trial. *Psychiatry Res.* 1985;15:239-247.
- (8) Miura Y, Mizuno M, Yamashita C, Watanabe K, Murakami M, Kashima H. Expressed emotion and social functioning in chronic schizophrenia. *Compr Psychiatry.* 2004;45:469-474.
- (9) Rund BR. The relationship between psychosocial and cognitive functioning in schizophrenic patients and expressed emotion and communication deviance in their parents. *Acta Psychiatr Scand.* 1994;90:133-140.
- (10) Liberman RP, Corrigan PW. Designing new psychosocial treatments for schizophrenia. *Psychiatry.* 1993;56:238-249.
- (11) Bentsen H. Does psychoeducational family intervention improve outcome of schizophrenia? *Tidsskr Nor Laegeforen.* 2003;123:2571-2574.
- (12) Chien WT, Lee IY. The schizophrenia care management program for family caregivers of Chinese patients with schizophrenia. *Psychiatr Serv.* 2010;61:317-320.
- (13) Levene JE, Lancee W, Seeman MV, Skinner H, Freeman SJ. Family and patient predictors of symptomatic status in schizophrenia. *Can J Psychiatry.* 2009;54:446-451.
- (14) Rascon MI, Rascon D, and Valencia M. Los factores familiares en el curso de la esquizofrenia. Esquizofrenia: estado actual y perspectivas. En Ortega H, Valencia M eds. 301-348. 2005. México, Colección de libros del instituto nacional de psiquiatría.
- (15) Rascón G MI. *Estudio de Familias de pacientes con esquizofrenia. Tesis Doctoral.* [ Facultad De Psicología, Unidad De Posgrado Universidad Nacional Autónoma De México.: 2001.
- (16) Weisman de Mamani AG, Kymalainen JA, Rosales GA, Armesto JC. Expressed emotion and interdependence in White and Latino/Hispanic family members of patients with schizophrenia. *Psychiatry Res.* 2007;151:107-113.
- (17) Bentsen H, Notland TH, Boye B et al. Criticism and hostility in relatives of patients with schizophrenia or related psychoses: demographic and clinical predictors. *Acta Psychiatr Scand.* 1998;97:76-85.
- (18) Oshima I, Ito J, Yagihashi M, Okagami K. The relationship between expressed emotion and daily life functioning of families who take care of the schizophrenics members. *Seishin Shinkeigaku Zasshi.* 1994;96:493-512.

- (19) Rascón ML, Rascón D. Relationship between expressed emotion and emotional comments made by relatives of patients with schizophrenia. *Psicologia Iberoamericana*. 1998;6:56-65.
- (20) Wasserman S, Weisman de MA, Mundy P. Parents' criticisms and attributions about their adult children with high functioning autism or schizophrenia. *Autism*. 2010;14:127-137.
- (21) Liberman, R. P. *Recovery from Disability. Manual of Psychiatric Rehabilitation*. Arlington. 2008. American Psychiatric Publishing.
- (22) Liberman RP, Wallace CJ, Blackwell G, Kopelowicz A, Vaccaro JV, Mintz J. Skills training versus psychosocial occupational therapy for persons with persistent schizophrenia. *Am J Psychiatry*. 1998;155:1087-1091.
- (23) Diaz-Martinez. La rehabilitación del paciente esquizofrénico. Lineamientos prácticos para el diagnóstico y el manejo de los pacientes esquizofrénicos. . Ortega h (ed.). 2005. México, Colegio mexicano de neuropsicofarmacología A.C.
- (24) Diaz-Martinez LR, Leños C. La rehabilitación del paciente esquizofrénico. Estado actual y perspectivas. *Salud Mental*. 2005;455-505.
- (25) Valencia M, Rascon ML, Juarez F, Escamilla R, Saracco R, Liberman RP. Application in Mexico of psychosocial rehabilitation with schizophrenia patients. *Psychiatry*. 2010;73:248-263.
- (26) Pekkala E, Merinder L. Psychoeducation for schizophrenia. *Cochrane Database Syst Rev*. 2002;CD002831.
- (27) Leff J, Berkowitz R, Shavit N, Strachan A, Glass I, Vaughn C. A trial of family therapy v. a relatives group for schizophrenia. *Br J Psychiatry*. 1989;154:58-66.
- (28) Birchwood M, Cochrane R. Families coping with schizophrenia: coping styles, their origins and correlates. *Psychol Med*. 1990;20:857-865.
- (29) Stricker K, Schulze MH, Buchkremer G. Family interaction and the course of schizophrenic illness. Results of a multivariate prospective study. *Psychopathology*. 1997;30:282-290.
- (30) Tomas EP, Hurtado G, Noguer S et al. Effectiveness of family work interventions on schizophrenia: evidence from a multicentre study in Catalonia. *Int J Soc Psychiatry*. 2012;58:587-595.
- (31) Feinstein AR. *Clinical Epidemiology. The Architecture of Clinical Research*. Saunders. 1985. Philadelphia.
- (32) Bailar JC, III, Louis TA, Lavori PW, Polansky M. A classification for biomedical research reports. *N Engl J Med*. 1984;311:1482-1487.

- (33) Olson, D. H. Circumplex model of marital and family systems. Assessing family functioning.(ED.), *Normal family Proceses* . F.Walsh. 2nd. edition, 104-134. 1993. Nueva York, Guilford Press.
- (34) Kay SR, Fiszbein A, Opler LA. The positive and negative syndrome scale (PANSS) for schizophrenia. *Schizophr Bull.* 1987;13:261-276.
- (35) Braverman Szclar R. *Tipología familiar relacionada con aspectos psico-socio-pedagógicos. Tesis de Doctorado en Psicología Clínica. . (Escala evaluativas de cohesión y adaptación familiar II, basadas en: Olson, H. D., Bell, R., & Poitner, J. (1982). Faces II. Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scales II. Family Social Science. Minnesota: University of Minnesota).* [ Facultad de Psicología, UNAM: 1986.
- (36) Guanilo JV SY. *Relación entre el nivel de conocimientos sobre enfermedad mental y el nivel de emoción expresada de los familiares de pacientes esquizofrénicos de consultorios externos del INSM HDHN. Tesis para obtener el título profesional de enfermera.* [ Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Medicina. Lima, Perú: 1993.
- (37) Kay SR, Opler LA, Lindenmayer JP. Reliability and validity of the positive and negative syndrome scale for schizophrenics. *Psychiatry Res.* 1988;23:99-110.
- (38) Kopelowicz A, Zarate R, Gonzalez S, V, Mintz J, Liberman RP. Disease management in Latinos with schizophrenia: a family-assisted, skills training approach. *Schizophr Bull.* 2003;29:211-227.
- (39) Kopelowicz A, Liberman RP. Integrating treatment with rehabilitation for persons with major mental illness. *Psychiatric Services.* 2003;54:1491-1498.