



DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO

FACULTAD DE MEDICINA

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRIA

“RAMÓN DE LA FUENTE”

***Relación entre la Emoción Expresada y la Comorbilidad
Psiquiátrica en pacientes con Esquizofrenia***

TESIS QUE PRESENTA

CYNTHIA DANIELA CRUZ FLORÍN

PARA OBTENER EL DIPLOMA

EN LA ESPECIALIDAD DE

PSIQUIATRIA

ASESORIA DE TESIS

Tutor Metodológico: Dra. Leonila Rosa Díaz Martínez

Tutor Teórico: Dra. Marcela Blum Ortiz

MÉXICO., D.F. 2014



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.

ÍNDICE

I. Introducción.....	4
I.1. Marco Teórico.....	4
I.1.1 Comorbilidad Psiquiátrica en Esquizofrenia.....	4
I.1.2 Emoción Expresada.....	6
I.1.3 Marco Teórico de los Instrumentos Utilizados.....	8
I.2. Antecedentes.....	9
I.2.1 Comorbilidad Psiquiátrica en Esquizofrenia.....	9
I.2.2 Esquizofrenia y Emoción Expresada.....	12
I.2.3 Esquizofrenia, Comorbilidad Psiquiátrica y Emoción Expresada.....	15
II. Justificación.....	16
III. Planteamiento del Problema.....	17
IV. Objetivos.....	17
IV.1 Objetivo General.....	17
IV.2 Objetivos Específicos.....	17
V. Hipótesis.....	18
V.1 Hipótesis nula.....	18
V.2 Hipótesis alterna.....	18
VI. Metodología.....	18
VI.1 Tipo de estudio.....	18
VI.2 Muestra.....	18
VI.2.1 Criterios de inclusión (Pacientes con esquizofrenia con otra comorbilidad psiquiátrica mediante aplicación de CIDI).....	18
VI.2.2 Criterios de exclusión (Pacientes con esquizofrenia con otra comorbilidad psiquiátrica mediante aplicación de CIDI).....	19
VI.2.3 Criterios de inclusión (Pacientes con esquizofrenia sin otra comorbilidad psiquiátrica mediante aplicación de CIDI).....	19
VI.2.4 Criterios de exclusión (Pacientes con esquizofrenia sin otra comorbilidad psiquiátrica mediante aplicación de CIDI).....	19
VI.3 Instrumentos.....	20
VI.4 Variables.....	21
VI.5 Procedimiento.....	22
VI.6 Consideraciones éticas.....	22
VI.7 Análisis de los resultados.....	22
VII. Resultados.....	22
VIII. Discusión.....	34

IX. Conclusiones.....	37
X. Limitaciones.....	38
XI. Recomendaciones.....	39
XII. Referencias Bibliográficas.....	40

AGRADECIMIENTOS

Quiero agradecer a las siguientes personas que colaboraron con la realización de esta tesis; primero que nada a la Dra. Leonila Rosa Díaz Martínez quién me guio durante este trayecto, asesorándome y apoyándome en todo momento y de la cual aprendí la importancia de la valoración y tratamiento integral de los pacientes, agradezco también a la Dra. Marcela Blum Ortiz, la cual fue también un apoyo importante mediante sus comentarios y observaciones para la realización de este trabajo.

Mi agradecimiento también al Ing. José Francisco Cortés Sotres por el apoyo y asesoría brindados en la metodología de esta tesis, sin los cuales no se hubieran alcanzado los objetivos.

Mi gratitud va también a todos los psiquiatras, psicólogos y compañeros residentes de esta institución de los cuales he aprendido muchas cosas, en particular a todos aquellos quienes han fungido como maestros y asesores en las distintas etapas de mi formación como psiquiatra.

A mi familia, la cual a pesar de estar lejos han sido un apoyo importante siempre, en especial a mis padres, a mi hermano y a mi abuelita... abuelo espero que en donde te encuentres continúes estando orgulloso de mí, sin ti no habría llegado tan lejos.

A mis amigos por ser siempre mi aliciente, a los que mantuve a distancia y a las nuevas amistades que conocí en este camino y por último a ti Juan Carlos por brindarme tu amor y paciencia siempre.

I.- INTRODUCCION

I.1 MARCO TEÓRICO

I.1.1 Comorbilidad psiquiátrica en esquizofrenia

La esquizofrenia es un síndrome clínico que presenta una psicopatología variable, aunque extremadamente problemática, que afecta a la cognición, las emociones, la percepción y otros aspectos del comportamiento. La expresión de estas manifestaciones es diferente en cada paciente y varía con el tiempo, pero el efecto de la enfermedad siempre es grave y normalmente prolongado ya que persiste durante toda la vida. Debido al desconocimiento general de este trastorno, tanto los pacientes como sus familias suelen recibir una mala atención y sufrir ostracismo social. Aunque se trate la esquizofrenia como si fuera una sola enfermedad, probablemente comprende un grupo de trastornos con etiologías heterogéneas, y esto incluye a pacientes cuyas presentaciones clínicas, respuesta al tratamiento y evolución de la enfermedad son distintos¹.

La heterogeneidad clínica de la esquizofrenia es indisputable y virtualmente no hay un paciente que presente la misma constelación de síntomas que otro e inclusive en el mismo paciente, los síntomas pueden mostrar cambios dramáticos a lo largo del tiempo y existe una interacción significativa entre los distintos síntomas².

La esquizofrenia es una enfermedad que se caracteriza por la presencia de sintomatología psicótica, y también porque incapacita al paciente de manera considerable, alterando su funcionamiento psicosocial y familiar. Se ha considerado que el tratamiento integral actual de la esquizofrenia, debe considerar por lo menos cuatro aspectos fundamentales: El tratamiento farmacológico, el tratamiento psicosocial, la terapia familiar y el manejo del paciente en la comunidad. Respecto al componente psicosocial, se han identificado áreas específicas en las cuales los pacientes tienen dificultades para un desempeño de roles efectivo y satisfactorio en cuanto a su funcionamiento psicosocial. Estas áreas incapacitan a los pacientes a desarrollar actividades que tienen que ver con aspectos ocupacionales, manejo de dinero, relaciones sociales, vínculos de pareja y relaciones familiares. Los tratamientos psicosociales desarrollados a nivel internacional han demostrado su efectividad terapéutica ya que mejoran el funcionamiento psicosocial, ayudan a reducir las recaídas y rehospitalizaciones y a tener un funcionamiento comunitario más satisfactorio para el paciente³.

Un número significativo de personas experimentan discapacidad a largo plazo, y como resultado la esquizofrenia puede tener efectos considerables en el aspecto personal, social y ocupacional de las personas.

Un estudio europeo en seis países encontró que el 80% de los adultos con este diagnóstico tienen problemas persistentes con el funcionamiento social, aunque no todos de forma severa. El mejor predictor de un pobre funcionamiento a largo plazo fue un pobre funcionamiento en los 3 primeros años después del diagnóstico⁴, así mismo Thornicroft y colaboradores en 2004 encontraron que el 80% permanecen desempleados⁵.

Las limitaciones que padecen los pacientes con esquizofrenia no son solamente el resultado de episodios recurrentes de síntomas continuos, los efectos adversos desagradables de los fármacos, la adversidad social y el aislamiento, la pobreza y la falta de hogar también juegan un papel importante, estas dificultades se incrementan con la presencia de prejuicios, estigma y exclusión social en relación a este diagnóstico⁶.

Para comprender de forma más integral el curso de la esquizofrenia así como para el entendimiento de la etiología de esta condición es sustancial el análisis de la comorbilidad psiquiátrica⁷. Los trastornos depresivos, los trastornos de ansiedad y el abuso de sustancias son comorbilidades comunes de esta patología y tienen un impacto importante en el cuadro clínico⁸. Por ejemplo, la depresión puede ser causa de síntomas negativos, ataques de ansiedad y estos a su vez de paranoia; en cuanto al abuso de cannabis puede empeorar los síntomas positivos y de desorganización. Al contrario, los síntomas depresivos vistos en el contexto de una recaída psicótica florida casi siempre se resuelven con tratamiento pero pueden resurgir en un estado “postpsicótico” y empeorar el curso longitudinal de la patología⁹.

Los trastornos comórbidos en esquizofrenia se caracterizan por ser de larga duración, sin embargo suelen responder bien a los tratamientos específicos de cada patología sin abandonar el tratamiento antipsicótico, tienen gran relación con el pronóstico, afectan a un gran número de pacientes esquizofrénicos y es necesario tenerlos en cuenta y abordarlos terapéuticamente para mejorar el pronóstico.

I.1.2 Emoción Expresada

En cuanto al concepto de emoción expresada, desde los trabajos de Theodore y Ruth Lidz en 1949 en los cuales expusieron sus teorías de que la conducta parental absorbente e intrusiva podía resultar en perturbaciones mentales en los hijos se empezó a atribuir la interacción del ambiente familiar en el desarrollo de la psicopatología¹⁰.

En 1956, Gregory Bateson y colaboradores desarrollaron la hipótesis “del doble vínculo” en la cual los síntomas percibidos y los estados confusionales de los pacientes con esquizofrenia podrían ser una expresión del distress y deberían ser evaluados como una experiencia catártica y transformativa. Bateson encuentra que las familias de los pacientes con este padecimiento tienden a establecer una comunicación confusa e inconsistente, en la que un mensaje dado a un nivel es contradicho por otro transmitido a otro nivel. A partir de esta observación desarrolla su teoría de “doble mensaje” o “doble vínculo”¹¹.

En 1963 Lyman Wynne pionero de la terapia familiar y estudioso de pacientes con esquizofrenia introdujo el término “Cercos de Goma”, para denominar un proceso característico por el cual una familia se siente y es percibida por los demás, como si estuviese dentro de una frontera elástica, que ayuda a sus miembros a mantener una sensación de relacionalidad tolerable y atenuar la amenaza de una divergencia desde adentro y de una intrusión desde afuera¹².

A inicios de los años setenta George Brown desarrolla el concepto de Emoción Expresada, que se refiere a las actitudes del familiar hacia el paciente, tales como comentarios críticos, hostilidad y sobreinvolucramiento emocional. El concepto nace de la observación empírica de interacciones entre esquizofrénicos y sus familiares, en las que en tanto más intolerantes, sobreinvolucrados, hostiles y críticos son las familiares, más frecuentes son las recaídas en los enfermos. En su descripción original Brown establece cinco componentes para definir el constructo “Emoción Expresada”: 1) emociones de cualquier tipo expresadas acerca del paciente, 2) hostilidad expresada hacia el paciente, 3) comportamiento dominante o directivo hacia el paciente, 4) emoción expresada por el paciente hacia sus familiares, y 5) hostilidad expresada por el paciente hacia sus familiares¹³.

La Emoción Expresada (EE) es la medida del ambiente familiar que refleja la cantidad-calidad de las actitudes de Criticismo, Hostilidad y Sobreimplicación Emocional hacia el

paciente de parte de los familiares clave. Tiene un gran valor en el campo de la esquizofrenia, no sólo por ser el mejor predictor de recaídas, sino también, por permitir una intervención psicológica directa en la familia del esquizofrénico; reduciendo el nivel de EE se consigue una mejoría del enfermo (sufre menos recaídas) y un mejor clima emocional familiar (disminuyen las críticas, la hostilidad y la sobreimplicación emocional). El Criticismo (CC) se define como comentarios críticos realizados por el familiar acerca del comportamiento del paciente, una evaluación negativa de la conducta del enfermo por parte del familiar, tanto en el contenido (desagrado y molestia) como en la entonación de lo dicho. La Hostilidad (H) es un tipo más extremo de comentario crítico, que implica una evaluación negativa generalizada (Hostilidad generalizada, dirigida más a la persona que a la conducta) o un rechazo manifiesto del paciente (Hostilidad de Rechazo). La Sobreimplicación Emocional (SIE): refleja una respuesta emocional exagerada y desproporcionada del familiar; intentos por parte del familiar de ejercer un control excesivo sobre la conducta del paciente, hace referencia a la desesperanza, al autosacrificio, a la sobreprotección y a la manifestación emocional intensa. (Desesperanza: tristeza, pesimismo negativo; autosacrificio: coste emocional de la familia por la enfermedad; sobreprotección: sentimientos de compasión hacia el enfermo y la excesiva permisividad; manifestaciones emocionales intensas: lloros, sollozos, etc.)¹⁴.

Existen otros componentes como son la Calidez, que son manifestaciones de empatía, comprensión, afecto, e interés hacia el paciente y los Comentarios Positivos que son expresiones de aprobación, valoración o aprecio del paciente o de su conducta. El Índice o nivel de Emoción Expresada de la familia se obtiene solamente a partir de los componentes de Criticismo, Hostilidad y Sobreimplicación Emocional), que han mostrado el mayor valor predictivo en relación a la recaída, sobre todo en esquizofrenia¹⁵.

Los diferentes componentes de la emoción expresada pueden diferenciar entre dos subtipos de esquizofrenia (la paranoica y la hebefrénica) en lo que se refiere a la proporción de la recaída. El criticismo alto se ha encontrado similar para ambos subtipos, pero la sobreimplicación emocional es más común en familias de enfermos con esquizofrenia hebefrénica y también lo que más frecuentemente les llevó a recaer¹⁶.

En cuanto al deterioro socio-laboral del paciente, se ha encontrado que niveles altos de Comentarios Críticos y Hostilidad se asociaban a pacientes que no trabajaban o estudiaban antes del ingreso hospitalario, estando este deterioro relacionado con la recaída, pero por

su relación con los componentes de la emoción expresada¹⁷. Asociado al sexo del paciente, se encontró en esta característica una mayor relación entre la recaída en pacientes masculinos así como los pacientes crónicos en el grupo de alta emoción expresada^{14,18}.

Afirma Wuerker que los familiares con una alta EE tienen la tendencia a considerar los síntomas de la esquizofrenia, especialmente los síntomas negativos, como si fuesen controlados por el paciente, mientras que los familiares de Baja EE lo consideran parte de la enfermedad. Además, entre las familias de Alta EE tienden a usar frases críticas en respuesta a las frases críticas de los miembros familiares por lo que se aprecia un interactuar de comentarios críticos entre ambos¹⁹.

I.1.3 Marco Teórico de los Instrumentos Utilizados

- I. CIDI (Composite International Diagnostic Interview o Entrevista Compuesta Diagnóstica Internacional) la cual se trata de una entrevista psiquiátrica estandarizada y totalmente estructurada dirigida a evaluar las alteraciones mentales en base a las definiciones y criterios adoptados en la CIE-10 y DSM-III-R. Se partió para su desarrollo fundamentalmente del Diagnostic Interview Schedule (DIS) y del Present State Examination (PSE-9), incorporando también las experiencias adquiridas en la utilización transcultural de dichas entrevistas. El objetivo fundamental del CIDI es posibilitar la realización, a nivel internacional, de exploraciones psicopatológicas fiables en estudios epidemiológicos, aunque también se pretende que pueda ser utilizada en otros campos de la investigación en salud mental, e incluso en la actividad clínica²⁰.
- II. La emoción expresada se medirá mediante la aplicación del cuestionario-encuesta evaluación del nivel de emoción expresada (CEEE) elaborado por Guanilo y Seclén (1993) aplicada al familiar responsable. Está conformada por 30 reactivos, que miden tres componentes: la crítica, la sobreprotección y la hostilidad²¹. Cada componente está formado por 10 reactivos. La calificación de este cuestionario reporta que a mayor puntaje la emoción expresada es más alta. Se encuentra adaptado para población mexicana con un Alpha de Cronbach de >0.8570 ²².

I.2 ANTECEDENTES

I.2.1 Comorbilidad psiquiátrica en esquizofrenia

Dentro de los estudios realizados para determinar la presencia de comorbilidad psiquiátrica en pacientes con esquizofrenia se cuenta con el de Bland en 1987 en donde se encontró que el 85% de los pacientes esquizofrénicos presentaban uno o más trastornos mentales concurrentes y que la tasa a lo largo de la vida de depresión, trastorno obsesivo compulsivo y trastorno de angustia fueron del 54.2, 59.2 y 29.5% respectivamente²³.

En 1998 Cassano et al, estudiaron 96 pacientes hospitalizados con trastornos del espectro de la esquizofrenia y pacientes con trastornos afectivos con síntomas psicóticos, encontrándose una prevalencia a lo largo de la vida de comorbilidad psiquiátrica en la cohorte completa de 57.3%. En total, las comorbilidades más frecuentes fueron las siguientes; el trastorno de angustia fue del 24%, el trastorno obsesivo-compulsivo del 24%, la fobia social del 17.7%, el abuso de sustancias del 11.5%, el abuso de alcohol del 10.4% y la fobia simple del 7.3%. Estos hallazgos sugirieron que la comorbilidad psiquiátrica es un fenómeno relevante en la psicosis y parece afectar negativamente la fenomenología del cuadro psicótico²⁴.

Bermanzohn en el 2000 encontró en una muestra de 37 pacientes con esquizofrenia crónica que el 76% presentaba uno o más trastornos mentales concurrentes y que la prevalencia a lo largo de la vida de la depresión fue de 45.9%, de trastorno obsesivo compulsivo de 29.7% y de trastorno de angustia de 10.8%²⁵.

En el estudio CATIE (Clinical Antipsychotic Trial of Intervention Effectiveness) realizado por la NIMH (National Institute of Mental Health) entre 2001 y 2004 se encontró que de una muestra de 1460 pacientes diagnosticados con SCID (Structured Clinical Interview for DMS Disorders) en los últimos 5 años, el 28% presentaron diagnóstico de depresión, 25% de alcoholismo o dependencia a alcohol, 29% de abuso o dependencia a polisustancias, el 5% de trastorno obsesivo compulsivo y el 14% de otros trastornos de ansiedad²⁶.

Se ha encontrado que el trastorno comórbido más frecuente en pacientes con esquizofrenia es el consumo de drogas, particularmente tabaco, alcohol y cannabis y alrededor del 50% de los pacientes con esquizofrenia desarrollan un trastorno concomitante de abuso de

sustancias en el cual involucran alcohol o sustancias ilícitas en algún momento durante el transcurso de su vida²⁷.

Algunos estudios han confirmado una prevalencia a lo largo de la vida de trastornos por abuso de sustancias en pacientes con esquizofrenia de entre 40 y 60%²⁸.

El consumo de sustancias es un factor de riesgo en la evolución y tratamiento de la enfermedad (más recaídas, incumplimientos y abandonos de tratamiento, peor respuesta al tratamiento, etc.)²⁹.

El abuso de sustancias es un problema sociosanitario de primera importancia. La coexistencia del abuso de sustancias con otras patologías psiquiátricas se conoce como patología dual. El diagnóstico dual está asociado en pacientes con esquizofrenia, al aumento en la ideación suicida, mayor riesgo a ser víctimas o emisores de violencia y mayor riesgo a presentar conflictos con la ley³⁰.

La prevención y el tratamiento de esta patología dual es larga y complicada y exige medidas y técnicas específicas^{28,31}.

El trastorno depresivo en la esquizofrenia es uno de los trastornos más estudiados. Existen numerosos estudios, con tasas de depresión muy variables, pero una cifra bastante aceptada es de 25 %. Existen síntomas depresivos secundarios a factores orgánicos los cuales pueden ser secundarios al tratamiento, secundarios al consumo de alcohol y otras drogas y a otras causas orgánicas, también existen síntomas depresivos asociados a síntomas psicóticos agudos como una depresión intrínseca al episodio psicótico agudo o en el trastorno esquizoafectivo y existen síntomas depresivos sin síntomas psicóticos agudos como los pródromos depresivos, los síntomas negativos de la esquizofrenia o un síndrome depresivo secundario⁷. En función de este diagnóstico el tratamiento será indicado adecuadamente, los antidepresivos funcionan bien pero a veces son más precisas intervenciones psicoterapéuticas u otras. La presencia de depresión comórbida en la esquizofrenia se acompaña de peor evolución, peor funcionamiento general del paciente, mayor índice de recaídas y hospitalizaciones así como aumento en la incidencia de suicidios³².

En cuanto al trastorno obsesivo compulsivo, la existencia de síntomas obsesivos en la esquizofrenia es conocida desde hace mucho tiempo, pero existen pocos trabajos al respecto. Se reconoce una tasa elevada de síntomas obsesivos en la esquizofrenia difícil de cuantificar, en todo caso superior a la población general, que se reconoce alrededor del

2.5 %. A veces el diagnóstico diferencial es complicado entre ideas obsesivas e ideas delirantes. Las ideas obsesivas pueden estar presentes antes del comienzo de la esquizofrenia, o comenzar después de la esquizofrenia, o a lo largo del curso de un modo transitorio. Los pacientes esquizofrénicos con síntomas obsesivo compulsivos presentan un funcionamiento global y una evolución peores. El tratamiento con los fármacos antidepresivos se debe realizar después de controlar los síntomas psicóticos.

Se ha encontrado que la presencia de los trastornos de ansiedad en la esquizofrenia es altamente prevalente, pero existen variaciones importantes en las tasas observadas entre los estudios; se encontró en un metaanálisis que existen varios factores que influyen en el riesgo o en la detección de los trastornos de ansiedad en la esquizofrenia³³. En otros estudios se ha encontrado que existe una prevalencia incrementada en los trastornos de ansiedad entre los pacientes con esquizofrenia comparados con la población en general³⁴. Estos incluyen el trastorno de angustia, el trastorno por estrés postraumático, el trastorno obsesivo compulsivo, el trastorno de ansiedad generalizada y la fobia social. La prevalencia estimada está influenciada por la heterogenicidad entre las definiciones de los síntomas y en los instrumentos utilizados para su diagnóstico. Otras dificultades diagnosticas que complican el estudio de la ansiedad en la esquizofrenia es que los síntomas podrían ocurrir de forma espontánea, intermitente y como respuesta directa a la sintomatología psicótica, así como por efecto adverso de la medicación antipsicótica.

La mayoría de los estudios de trastorno de angustia o de pánico se enfocan en pacientes con esquizofrenia crónica lo que podría estar influenciado por el uso de antipsicóticos, pero aquellos a los que se estudió en un primer episodio psicótico y que presentaban síntomas característicos de crisis de pánico de forma basal tenían significativamente más posibilidades de presentar síntomas positivos de psicosis después de 24 meses³⁵.

La evidencia sugiere que los síntomas de pánico y angustia pueden ser más comunes en pacientes con esquizofrenia paranoide³⁶ comparado con otros subtipos de esquizofrenia o con el trastorno esquizoafectivo. Así mismo los ataques de angustia están frecuentemente relacionados a la ideación paranoide. La comorbilidad con síntomas de pánico puede estar asociado con psicopatología mas severa^{37,38}, así como a un aumento en el riesgo de ideación y conducta suicida³⁹ y puede también incrementar la vulnerabilidad de la comorbilidad con el uso de sustancias⁴⁰.

La comorbilidad de trastornos de personalidad y esquizofrenia no es una excepción, aunque su frecuencia es menor que en el caso de otros trastornos mentales. Los problemas metodológicos que esta comorbilidad plantea son complejos y ponen en cuestión los fundamentos de los actuales sistemas diagnósticos. Sin embargo la alta comorbilidad de esquizofrenia y trastornos de personalidad podría ser un artificio de los actuales sistemas diagnósticos, que se debe revisar al menos en 3 aspectos: la jerarquización diagnóstica, el solapamiento de los síntomas y la redefinición de los criterios sobre los que se establece el diagnóstico de trastorno de personalidad⁴¹.

I.2.2 Esquizofrenia y Emoción Expresada

Hace más de 30 años Vaughn y Leff realizaron una descripción de las características e intensidad de la emoción expresada hacia el miembro de la familia con patología psiquiátrica por parte de sus familiares más cercanos y desarrollaron un indicador de EE en las familias, presentando una forma de medirla y demostrar de esta manera una relación con el curso de la enfermedad. Desde entonces, numerosos estudios han confirmado un alto nivel de EE en más de la mitad de los familiares más cercanos, lo cual se ha observado en una variedad de contextos sociales y culturales⁴².

Sin embargo al parecer la información no en todos los casos es suficiente para disminuir los índices de EE y con ello las recaídas del paciente. Barrowclough, Tarrier, Watts, Vaughn, Bamrah y Freeman en 1987 encuentran que no son los conocimientos en sí los que previenen las recaídas del paciente, sino la capacidad potencial de estos conocimientos o su valor funcional de convertirse en acciones encaminadas a la rehabilitación del paciente. Es a través de estos hallazgos que se empieza a trabajar sobre intervenciones que además de informar y orientar, habiliten, capaciten y desarrollen competencias (como acciones variadas y efectivas para solucionar problemas) en los familiares⁴³.

Se ha encontrado que los familiares con marcada hostilidad y criticismo, realizan mayores atribuciones a factores personales (idiosincráticos) controlables por el paciente que los familiares que presentan marcado sobreimplicamiento emocional⁴⁴.

En 1994, Barrowclough et al, encontraron diferencias entre alta y baja EE en los familiares en cuanto a las atribuciones otorgadas; los familiares con alto criticismo otorgaban explicaciones causales a la conducta del paciente como parte de la patología, mientras que

los familiares con alta hostilidad presentaban una tendencia a percibir el comportamiento como controlable por el paciente⁴⁵.

Utilizando una metodología diferente para examinar las creencias acerca del control voluntario de los síntomas de la enfermedad por el paciente, Weisman, Lopez, Karno y Jenkins en 1993 encontraron una asociación entre el control percibido del paciente y el criticismo por parte de sus familiares⁴⁶.

Se ha encontrado que la alta EE puede precipitar una recaída actuando como factor de estrés en pacientes vulnerables, y en mediciones neurofisiológicas se ha demostrado que una EE alta actúa como factor estresante para el paciente^{47,48}.

La EE tiende a ser menor en muestras de pacientes con primer episodio psicótico que en muestras de pacientes crónicos lo que sugiere que la EE en los familiares es reactiva al curso de la patología del paciente, en el estudio de McFarlane y Cook del 2007 se investigó el proceso familiar que ocurría en una muestra de pacientes con alto riesgo de desarrollar un episodio psicótico antes de la aparición del primer episodio de psicosis, encontrándose que el rechazo al paciente y mayor sobreinvolucramiento eran mayores en familias en los cuales el paciente ya contaba con un diagnóstico e trastorno psicótico que el comparado con familiares que de pacientes que se encontraban en la fase prodrómica⁴⁹.

Los pacientes con niveles más bajos de funcionamiento social, mayores niveles de sintomatología afectiva negativa y las creencias negativas esquemáticas acerca de otras personas, tienden a percibir una mayor crítica. En un estudio realizado por Onwumere et al en 2009 se trató de determinar si los pacientes al percibir la crítica de sus cuidadores tenían relación con el nivel de su sintomatología y con su funcionamiento, evaluando así mismo las características del cuidador incluidos los niveles de EE, como se predijo los pacientes perciben mayores niveles de crítica de los cuidadores que habían sido calificados de alta en los niveles de la crítica y hostilidad⁵⁰.

Se han encontrado asociaciones entre la emoción expresada y el curso de la patología, por ejemplo en relación a la duración de los episodios psicóticos, siendo la duración más larga de psicosis la que se asociaba con alto criticismo, según Patterson, Birchwood y Cochrane en 2002⁵¹.

Con base en las investigaciones arriba señaladas, se desarrollan una variedad de intervenciones terapéuticas para trabajar con este tipo de familias, que van desde la

orientación hasta el entrenamiento. Con ello, quienes trabajan en esta dirección encuentran una disminución en los índices de recaídas, y a partir de este avance se plantea la discusión de si estas intervenciones disminuyen la EE en los familiares y cómo lo hacen. Esto conlleva a encontrar algunas consistencias entre las familias con índices elevados de EE, entre las que destaca de manera especial, la falta de conocimientos respecto al trastorno, por lo cual se preparan programas de entrenamiento en sesiones que buscan orientar e informar a estas familias.

En estudios más recientes como el de Alvarez-Jimenez et al. en 2008 se ha interpretado el criticismo como una reacción de la familia en relación a la atribución de la causa de la enfermedad al paciente⁵². Docherty et al en 2011 encontraron una asociación entre el criticismo y la intensificación de la ansiedad en los pacientes⁵³.

Se han estudiado también por separado las características que conforman el constructo de EE, siendo en el estudio de Raune et al en 2004 en donde se encontró una asociación entre un nivel alto de sobreimplicación emocional y el número de recaídas, mientras que un nivel promedio podría tener un efecto de protección⁵⁴. En otro estudio como el de King en 2000, la sobreimplicación emocional en madres de pacientes valoradas al inicio del tratamiento estuvo relacionada con un nivel menor de hostilidad y mejor cooperación por el paciente posterior a 18 meses de haber iniciado la sintomatología⁵⁵.

Sin embargo estudios como el de McCreadie y Phillips en 1988 con un seguimiento de pacientes posterior a su egreso hospitalario a 6 y 12 meses en familias con alta EE no encontró diferencia en las tasas de recaídas en pacientes que vivían solos o en pacientes que vivían con sus familias, por lo tanto se concluyó que el contacto con familiares con alta EE no afectó la tasa de recaídas⁵⁶.

Estudios posteriores como el de King y Dixon en 1999 en donde se determinó la capacidad de la EE en predecir recaídas en una muestra de 69 pacientes con esquizofrenia y 108 familiares, se encontró que la EE falló en predecir una recaída a 6 y 12 meses, las tasas de recaídas a 9 meses fueron mayores en pacientes con familiares de alta EE y se encontró también que las recaídas a 9 y 18 meses se asociaron a comentarios críticos de los padres y sobreinvolucramiento de las madres⁵⁷.

I.2.3 Esquizofrenia, comorbilidad psiquiátrica y emoción expresada

Existe poca información disponible en donde se encuentre asociación entre la comorbilidad psiquiátrica en pacientes con esquizofrenia y su relación en cuanto a la emoción expresada por parte de los familiares.

En cuanto a la patología dual (abuso de sustancias y esquizofrenia) existen pocos reportes disponibles acerca de la experiencia familiar, sin embargo con los que se cuenta se ha reportado que tanto los familiares como los pacientes presentan niveles mayores de conflictos e insatisfacción en sus relaciones⁵⁸.

En estudios como el de Barrowclough en 2005 se encontró que los familiares de pacientes con esquizofrenia y que además presentaban comorbilidad con abuso de sustancias atribuían los problemas del paciente a factores internos, personales y controlables por el paciente, en comparación con los familiares de pacientes con un solo diagnóstico, así mismo los niveles altos de hostilidad en los miembros de la familia de pacientes con diagnóstico dual reportados en el estudio fueron consistentes con la visión de que el uso de sustancias en contexto de enfermedades mentales severas esta en relación con conflictos en las relaciones familiares⁵⁹.

El uso de drogas por el paciente se ha relacionado a mayores atribuciones de controlabilidad y mayor crítica hacia este por parte de los familiares, aumentando el consumo de sustancias los factores hostiles familiares que están relacionados con el curso de la enfermedad⁶⁰.

Se encuentra una asociación significativa entre emoción expresada (tras 18 meses desde el episodio psicótico) y el estado psiquiátrico del paciente, lo que ha llevado proponer la relación entre familias con alta emoción expresada y la morbilidad psiquiátrica del enfermo⁶¹.

Sin embargo al hacer una revisión exhaustiva de la literatura, no se cuenta con estudios en los cuales se incluyan las tres variables de interés que deseamos observar.

Contamos con revisiones como la realizada por Wearden, Tarrier y Barrowclough en el 2000 en donde se hace mención de antecedentes de EE en otras patologías psiquiátricas como

la depresión, los trastornos de la conducta alimentaria, el trastorno por estrés postraumático, el abuso de alcohol, los trastornos de personalidad y la agorafobia sin embargo ninguno en relación o que representaran comorbilidad en pacientes con diagnóstico previo de esquizofrenia⁶².

II.- JUSTIFICACION

Los pacientes con esquizofrenia son particularmente vulnerables ante otros factores que empeoren el curso crónico de su patología, entre los que se encuentran poca red de apoyo, bajo nivel socioeconómico, estigma hacia su enfermedad y disminución en la funcionalidad; además de estas situaciones adversas, muchos pacientes presentan una alta emoción expresada por parte de sus familiares directos, la cual se ha encontrado directamente relacionado a mayores recaídas lo que conlleva a un número mayor de hospitalizaciones, repercutiendo en costos económicos tanto por parte de las instituciones de salud, como por parte de las familias.

Así mismo se ha encontrado que esta vulnerabilidad también repercute en el área psiquiátrica y estas personas son propensas a padecer concomitantemente alguna otra patología mental.

Sin embargo, debido a la carencia de información en nuestro medio consideramos necesario hacer una evaluación de pacientes esquizofrénicos con o sin patologías psiquiátricas concomitantes así como de la emoción expresada por sus familiares ya que se ha demostrado que la EE en familiares de estos pacientes es predictivo en el desarrollo de la enfermedad mental y física en una variedad de escenarios culturales⁶³.

La comorbilidad con otras patologías psiquiátricas en la esquizofrenia es común, predominando el abuso de sustancias, así como los síntomas de ansiedad y depresión, los cuales son comunes durante el transcurso de la enfermedad, con una prevalencia estimada del 15% para los trastornos de angustia, 29% para el trastorno por estrés postraumático y 23% para el trastorno obsesivo compulsivo. Está estimado que la comorbilidad con depresión ocurre en el 50% de los pacientes y probablemente el 47% de los pacientes también tenga un diagnóstico a lo largo de su vida de comorbilidad por abuso de sustancias³⁵. Además de que hay que tomar en consideración que en muchas ocasiones el diagnóstico de otra comorbilidad psiquiátrica es difícil y se encuentra enmascarada, ya que los síntomas podrían en ocasiones ser parte de la misma patología o parte de las reacciones adversas de los medicamentos.

La importancia de la emoción expresada en los familiares de los pacientes con esquizofrenia es fuera de toda duda un aspecto de suma importancia ya que actualmente es un importante predictor de las recaídas en esta patología y al tener en cuenta la presencia de una alta comorbilidad psiquiátrica en dicho padecimiento, es importante conocer las variaciones de este constructo que pueden influir de forma negativa en el paciente⁶⁴.

La identificación temprana de pacientes que presentan alto riesgo de recaídas después de una remisión de un episodio agudo es claramente importante tanto por razones teóricas como prácticas. Por otra parte, una mayor comprensión de los factores que intervienen en el proceso de recaída, no sólo tiene el potencial de informarnos acerca de la naturaleza de la vulnerabilidad, sino que también proporciona información que es esencial para el desarrollo de intervenciones clínicas⁴⁸.

No se detectaron en la literatura estudios suficientes que evalúen posibles asociaciones entre la presencia de comorbilidad en los pacientes con diagnóstico de esquizofrenia y la EE en sus familiares por lo que creemos necesario el estudio de estas asociaciones.

Se contó con la infraestructura, recursos humanos y materiales necesarios para llevar a cabo el estudio en nuestra institución.

III.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Actualmente no contamos con datos que nos indiquen el impacto de la comorbilidad psiquiátrica en pacientes con esquizofrenia en relación a la emoción expresada por sus familiares, por este motivo se plantea la siguiente pregunta ¿La coexistencia de otros diagnósticos psiquiátricos aumenta la emoción expresada en familiares de pacientes con esquizofrenia?.

IV.- OBJETIVOS

IV.1.- Objetivo General

Evaluar la presencia de comorbilidad psiquiátrica en pacientes con diagnóstico de esquizofrenia y el impacto de la misma sobre la emoción expresada de sus familiares.

IV.2.- Objetivos Específicos

1.- Evaluar la frecuencia de comorbilidad psiquiátrica en pacientes con esquizofrenia.

2.- Evaluar el nivel de emoción expresada en los familiares de los pacientes con el diagnóstico de esquizofrenia y con comorbilidad psiquiátrica.

V.- HIPOTESIS

V.1.- Hipótesis nula

No se encontrará presencia de comorbilidad psiquiátrica en pacientes con diagnóstico de esquizofrenia.

No se encontrará incremento de la emoción expresada en los familiares de los pacientes con diagnóstico de esquizofrenia y trastornos comórbidos.

V.2.- Hipótesis alterna

Se encontrará presencia de comorbilidad psiquiátrica en pacientes con diagnóstico de esquizofrenia.

Se encontrará incremento de la emoción expresada en los familiares de los pacientes con diagnóstico de esquizofrenia y trastornos comórbidos.

VI.- METODOLOGIA

VI. 1 Tipo de Estudio

El estudio sería de tipo observacional, comparativo, homodémico y de corte transversal (Feinstein 1985)⁶⁶.

VI. 2 Muestra

Se evaluaron 35 pacientes con comorbilidad psiquiátrica y 24 pacientes sin comorbilidad psiquiátrica de una muestra no probabilística obtenida de manera secuencial de los pacientes que han participado en el Programa de Rehabilitación Integral para Pacientes Esquizofrénicos, provenientes de la consulta externa del Instituto Nacional de Psiquiatría "Ramón de la Fuente"⁶⁵.

VI.2.1 Criterios de inclusión (Pacientes con esquizofrenia con comorbilidad psiquiátrica de acuerdo al CIDI):

- Pacientes de ambos sexos con edades entre 16 y 40 años.

- Residir en la Ciudad de México o área metropolitana.
- Tener la primaria terminada.
- Cumplir con los criterios diagnósticos de esquizofrenia de acuerdo al DSM-III-R y CIE 10.
- Que el paciente y un familiar certifiquen mediante consentimiento informado su deseo por participar en el estudio.

VI.2.2 Criterios de exclusión (Pacientes con esquizofrenia con comorbilidad psiquiátrica de acuerdo al CIDI):

- Pacientes con enfermedades médicas severas.
- Pacientes con efectos medicamentosos severos.
- Pacientes con otro diagnóstico psiquiátrico de acuerdo al DSM-III-R y CIE 10 (Mediante la aplicación de CIDI).

VI.2.3 Criterios de inclusión (Pacientes con esquizofrenia sin otra comorbilidad psiquiátrica de acuerdo al CIDI):

- Pacientes de ambos sexos con edades entre 16 y 40 años.
- Residir en la Ciudad de México o área metropolitana.
- Tener la primaria terminada.
- Cumplir con los criterios diagnósticos de esquizofrenia de acuerdo al DSM-III-R y CIE 10.
- Pacientes con otro diagnóstico psiquiátrico de acuerdo al DSM-III-R y CIE 10 (Mediante la aplicación de CIDI).
- Que el paciente y un familiar certifiquen mediante consentimiento informado su deseo por participar en el estudio.

VI.2.4 Criterios de exclusión (Pacientes con esquizofrenia sin otra comorbilidad psiquiátrica de acuerdo al CIDI):

- Pacientes con enfermedades médicas severas.
- Pacientes con efectos medicamentosos severos.

VI.3 Instrumentos

CIDI (Composite International Diagnostic Interview)

Se trata de una entrevista completamente estructurada que mapea los síntomas presentados durante la entrevista utilizando los criterios diagnósticos del DSM-III-R y del CIE-10 y reporta si los criterios diagnósticos son satisfactorios.

La confiabilidad entre evaluadores ha demostrado ser excelente, la confiabilidad test-retest buena, y la validez ha demostrado ser buena. La CIDI está disponible en la versión a lo largo de la vida y en la de 12 meses, en ambas en lápiz y papel o mediante el uso de computadora. Se encuentra disponible en muchos lenguajes y está apoyada por 10 centros alrededor del mundo, lo cuales llevan a cabo regularmente programas de capacitación para entrevistadores. Los programas de capacitación están estandarizados y los materiales de capacitación son exhaustivos⁶⁷.

Los coeficientes de confiabilidad para el trastorno de ansiedad generalizada, el trastorno de pánico y la distimia están por encima de un valor de kappa de 0.5⁷¹.

Los diagnósticos del CIDI para CIE-10 son los siguientes:

- 1.- Trastornos Somatomorfos
- 2.- Otros trastornos de ansiedad
- 3.- Trastornos fóbicos
- 4.- Episodio depresivo
- 5.- Trastorno depresivo recurrente
- 6.- Trastornos afectivos persistentes
- 7.- Episodio maniaco
- 8.- Trastornos afectivos bipolares
- 9.- Esquizofrenia
- 10.- Trastornos esquizo-afectivos
- 11.- Trastornos de la conducta alimentaria
- 12.- Trastorno debido al uso de alcohol
- 13.- Trastorno obsesivo-compulsivo
- 14.- Trastornos debido al uso de drogas
- 15.- Organicidad, incluyendo trastornos mentales sintomáticos

En la aplicación de este instrumento el entrevistador registra las respuestas en forma precodificada. En la aplicación es muy importante el rapport y el hacer las preguntas en

forma no directiva, aclarando las respuestas ambiguas y cuidando la atención del entrevistado en las preguntas y en que no proporciones respuestas inadecuadas. El tiempo requerido para la entrevista debe ser registrado⁶⁸. Se analizó la comorbilidad psiquiátrica de toda la muestra de acuerdo a este instrumento.

Escala de Emoción Expresada

La emoción expresada se medirá mediante la aplicación del cuestionario-encuesta evaluación del nivel de emoción expresada (CEEE) elaborado por Guanilo y Seclén (1993) aplicada al familiar responsable, el cual es un instrumento estructurado conformado por 30 reactivos que miden crítica, sobreprotección y hostilidad. Cada componente está formado por 10 reactivos. La calificación de este cuestionario reporta que a mayor puntaje la emoción expresada es más alta. Se encuentra adaptado para población mexicana con un Alpha de Cronbach de >0.8570 ²². La efectividad de la medición se contrastó con la entrevista Five–Minute Speech Simple (FMSS) y se obtuvo una validez concurrente de Kappa: CRI: 0.7534 y SIE: 0.7293⁶⁹.

El cuestionario CEEE se calificó de acuerdo con los criterios establecidos por los autores Guanilo y Seclén, obteniéndose las categorías de alta y baja emoción expresada para el instrumento completo (baja 30-64 y alta 65-120), así como las categorías de alta y baja de los tres componentes (crítica, hostilidad y sobreprotección), tomando en cuenta los puntos de corte para cada uno de ellos (baja 10-24 y alta 25-40)²¹.

VI.4 Variables

VARIABLES CLINICAS (Definición conceptual y operacional)			
Variables Estudiadas	Tipo de variable (Conceptual)	Tipo de variable (Operacional)	Instrumento de Medición
Esquizofrenia	Independiente	Categórica	CIDI
Emoción expresada por familiar	Dependiente	Continua	Cuestionario del Nivel de Emoción Expresada
Comorbilidad Psiquiátrica	Interviniente	Nominal	CIDI
Tiempo de evolución de la esquizofrenia	Independiente	Nominal	CIDI
Edad	Interviniente	Categórica	CIDI
Sexo	Interviniente	Categórica	CIDI

VI.5 Procedimiento

Se revisaron y/o aplicaron los instrumentos (CIDI y CEEE) a 59 pacientes que han participado en el Programa de Rehabilitación Integral para Pacientes Esquizofrénicos, obteniendo los datos de comorbilidad psiquiátrica.

VI.6 Consideraciones Éticas

Se realizó esta investigación siguiendo las normas de la Declaración de Helsinki. Los participantes fueron informados de todos los procedimientos de esta investigación y se les otorgó un consentimiento informado a los que aceptaron participar. En todo momento se salvaguardaron los principios de responsabilidad, confidencialidad y justicia hacia cada uno de los participantes.

Esta investigación representó un riesgo mínimo ya que se le aplicaron diversas escalas a los pacientes, y se utilizaron datos clínico demográficos.

VI.7 Análisis de los Resultados

La descripción de las características demográficas y clínicas se realizó con frecuencias y porcentajes para las variables categóricas y con medias y desviaciones estándar para las variables nominales.

Los datos obtenidos fueron analizados por medio de modelos de regresión lineal para variables continuas. Se utilizó ANOVA para descripción de variables (edad, tiempo de evolución de la enfermedad, crítica, sobreinvolucramiento y hostilidad). Obteniéndose el nivel de significancia estadística.

VII.- RESULTADOS

Característica de la muestra

Se estudiaron un total de 59 pacientes que han participado en el Programa de Rehabilitación para el Paciente Esquizofrénico en el Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente” y que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión.

En la muestra total encontramos 40 hombres (67.8%) y 19 mujeres (32.2%) (Figura 1) con edad promedio de 30.9 años \pm 8.3 años, siendo predominante el grupo de pacientes con edad de entre 18 y 29 años (n=27) seguidos de los grupos de 29-38 años (n=21), de 39 a 48 años (n=9) y de 49 a 60 años (n=2) (Figura 2), el tiempo de evolución promedio de la

esquizofrenia fue de 8.76 años \pm 6.26, siendo predominante el grupo de tiempo de evolución de enfermedad de 1 a 5 años (n= 25), seguida de los grupos de 6 a 10 años (n=15), 11 a 15 años (n=10), 16 a 20 años (n=4), 21 a 25 años (n=4) y más de 25 años de evolución (n=1) (Figura 3).

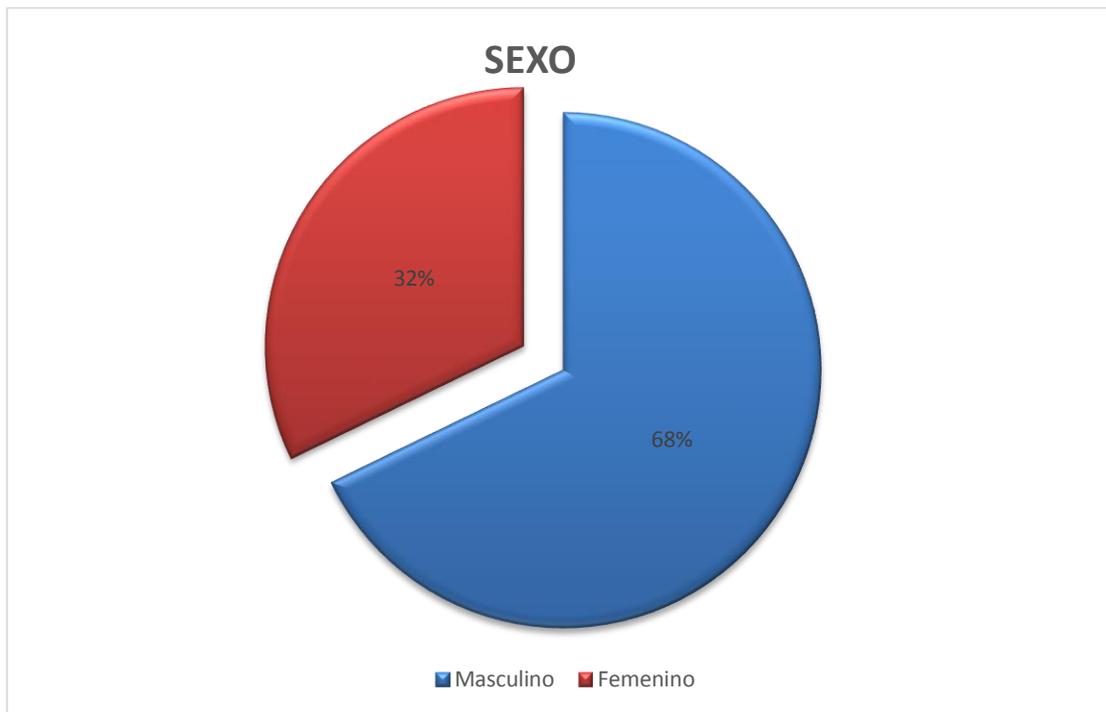


Figura 1. Distribución del sexo en los pacientes con esquizofrenia

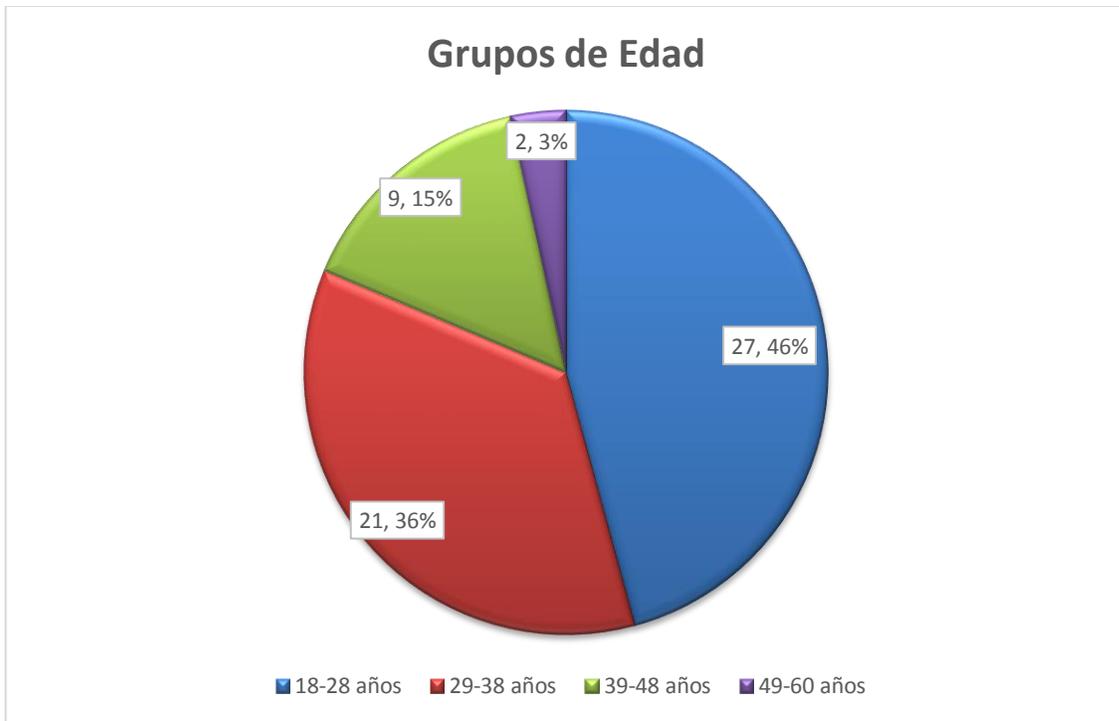


Figura 2. Distribución del grupo de edad en los pacientes con esquizofrenia

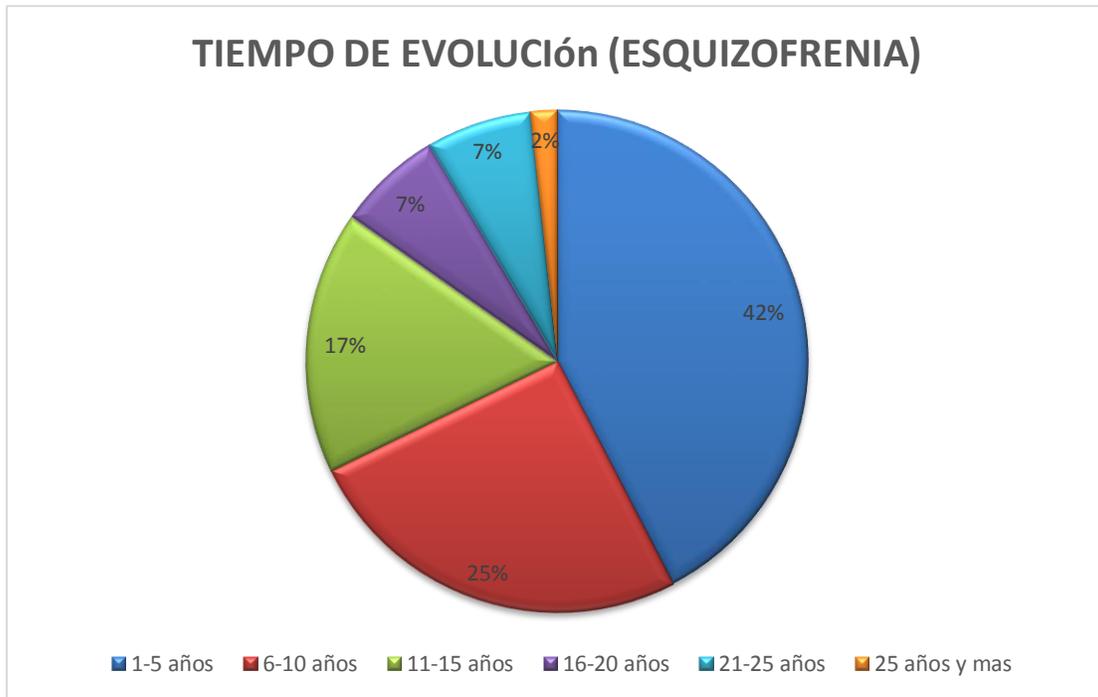


Figura 3. Distribución del tiempo de evolución de la enfermedad en los pacientes con esquizofrenia

Esta muestra se dividió en dos grandes grupos:

1) Pacientes esquizofrénicos con comorbilidad psiquiátrica (n=35) lo que corresponde al 59.3% de la muestra total.

2) Pacientes esquizofrénicos sin comorbilidad psiquiátrica (n=24) lo que corresponde al 40.7% de la muestra total.

En el Grupo 1 correspondiente a los pacientes con comorbilidad psiquiátrica encontramos según el sexo que 11 pacientes fueron mujeres (31.4%) y 24 pacientes fueron hombres (68.6%), con una edad promedio de 32.5 años \pm 7.8, y con un promedio de tiempo de evolución de la enfermedad de 10.2 años \pm 7.8 años.

En el Grupo 2 correspondiente a los pacientes sin comorbilidad psiquiátrica encontramos según el sexo que 8 pacientes fueron mujeres (33.3%) y 16 pacientes fueron hombres (66.6%), con una edad promedio de 28.5 años \pm 8.6 y con un promedio de tiempo de evolución de la enfermedad de 6.5 años \pm 6 años. (Figuras 4 y 5).

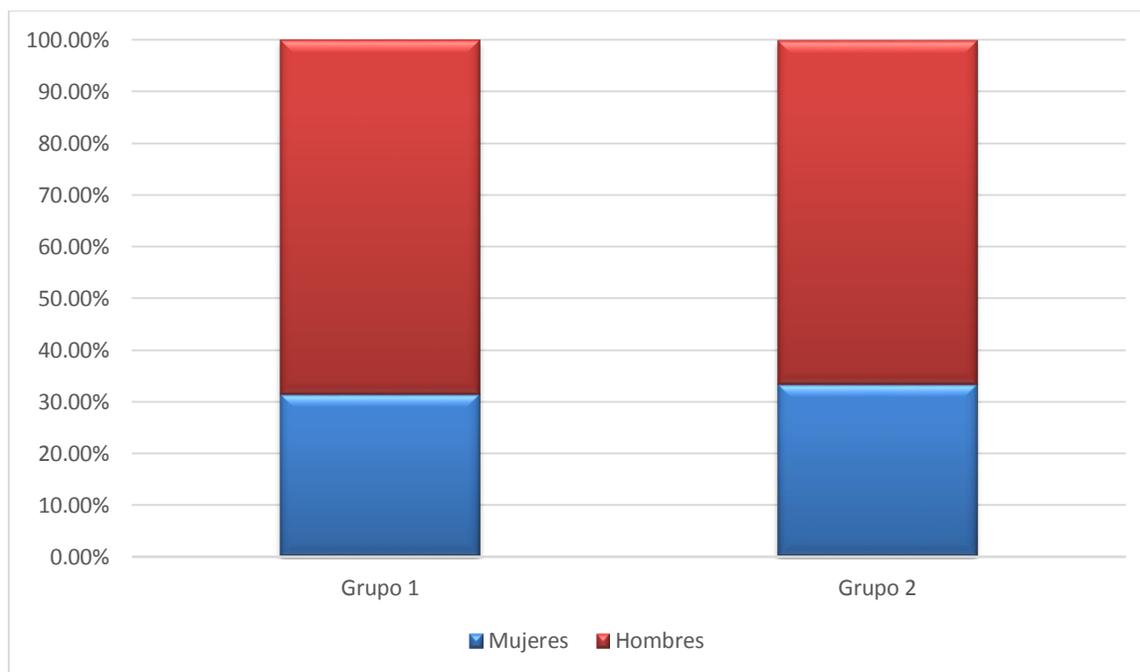


Figura 4. Distribución del sexo en los pacientes con esquizofrenia en cada uno de los grupos de estudio

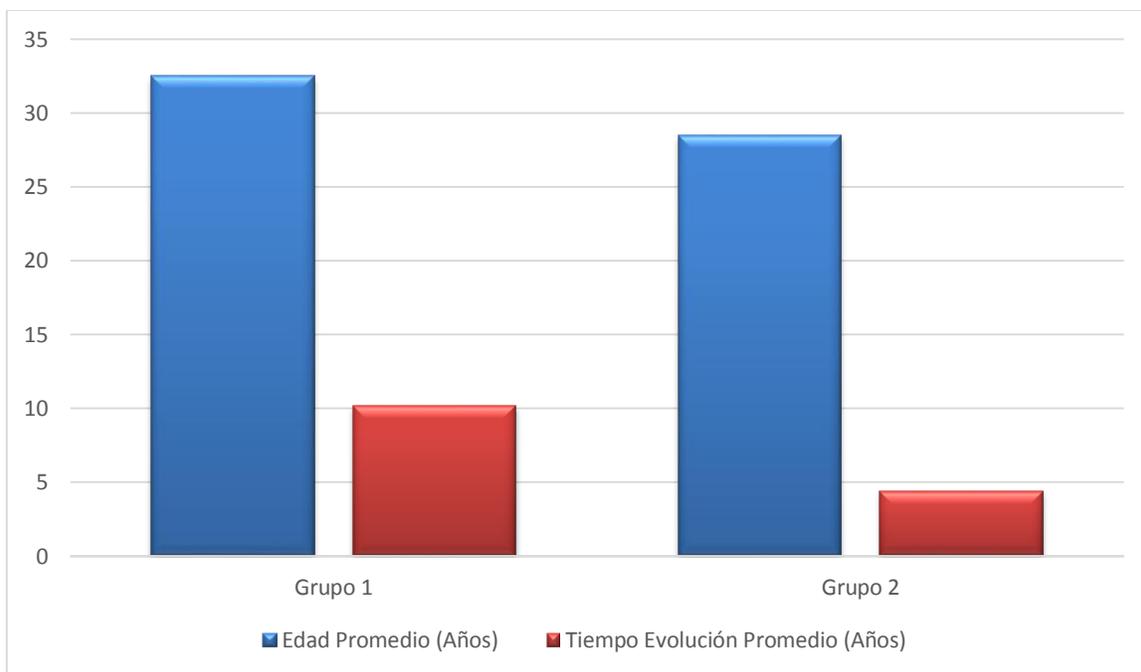


Figura 5. Comparación del promedio de edad y de tiempo de evolución de la enfermedad en cada uno de los grupos de estudio

Grupo 1: Pacientes con comorbilidad Psiquiátrica

De los pacientes que contaban con alguna comorbilidad psiquiátrica (N=35), el 17.1% presentaban una comorbilidad, el 28.6 % presentaba dos comorbilidades, el 14.3% presentaba tres comorbilidades, el 11.4% presentaba cuatro comorbilidades, el 20% presentaba cinco comorbilidades, el 2.9% presentaba seis comorbilidades y el 5.7% presentaba siete comorbilidades. (Tabla 1).

TABLA 1.- PREVALENCIA DE LA COMORBILIDAD PSIQUIÁTRICA EN PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA (GRUPO 1)		
	N=35	Porcentaje (%)
DIAGNOSTICOS PSIQUIATRICOS ADICIONALES.		
Uno	6	17.1%
Dos	10	28.6%
Tres	5	14.3%
Cuatro	4	11.4%
Cinco	7	20%
Seis	1	2.9%
Siete	2	5.7%

Dentro de las comorbilidades psiquiátricas, la más frecuente en nuestro grupo de estudio fue la Fobia (entre los que se incluyeron Fobia Social, Fobia Simple y Agorafobia) con 24 pacientes, seguido de Trastorno Depresivo Mayor el cual se reportó en 23 pacientes, posteriormente se presentó el Uso/Dependencia de Nicotina con 11 pacientes, los Trastornos de Ansiedad (Trastorno de Ansiedad Generalizada y Ataque de Pánico) con 10 pacientes, seguido Uso/Dependencia de Alcohol con 8 pacientes, Trastorno Obsesivo Compulsivo con 7 pacientes, Uso/Dependencia a otras Sustancias (Marihuana, Cocaína, Sedantes, Inhalantes, Estimulantes y Alucinógenos) con 7 pacientes, y por último Bulimia con 5 pacientes. (Tabla 2).

TABLA 2.- CARACTERÍSTICAS DE LA COMORBILIDAD PSIQUIÁTRICA EN PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA (GRUPO 1)		
DIAGNOSTICOS PSIQUIATRICOS ASOCIADOS	N= 35	Porcentaje (%)
Fobia	24	40.7
Trastorno Depresivo Mayor	23	38.9
Uso/Dependencia Nicotina	11	18.6
Trastornos de Ansiedad	10	16.9
Uso/Dependencia Alcohol	8	13.5
Trastorno Obsesivo Compulsivo	7	11.8
Uso/Dependencia Sustancias	7	11.8
Bulimia	5	8.5

Emoción Expresada

Se evaluó la Emoción Expresada de los familiares hacia el paciente mediante la aplicación del cuestionario-encuesta evaluación del nivel de emoción expresada (CEEE), el cual se divide en sub escalas (crítica, sobreprotección y hostilidad).

De la muestra total de 59 familiares de pacientes incluidos en el estudio, encontramos que 39 de ellos presentaban una puntuación menor o igual a 64 puntos (baja emoción expresada) y los 20 restantes presentó un puntaje por encima de este nivel (alta emoción expresada).

Considerando los puntajes de cada una de las sub escalas, encontramos que en relación a la Crítica, 50 familiares de pacientes presentaban un puntaje menor o igual a 24 puntos (baja emoción expresada), mientras que los 9 restantes presentaron puntajes mayores a 25 puntos (alta emoción expresada); en cuanto a la sub escala de Sobreinvolucramiento encontramos que 38 familiares de pacientes presentaban un puntaje menor o igual a 24 puntos (baja emoción expresada) mientras que los 21 restantes presentaron puntajes mayores a 25 puntos (alta emoción expresada); mientras que en la sub escala de Hostilidad, 54 familiares de pacientes presentaron una puntuación menor o igual a 24 puntos (baja emoción expresada), mientras que 5 de los familiares presentaron puntajes por arriba de 25 puntos (alta emoción expresada). Encontrando que la sub escala de Sobreinvolucramiento se asoció a nivel más alto de EE en los familiares que el resto de las sub escalas (Tabla 3).

TABLA 3.- CARACTERISTICAS DE LA EMOCIÓN EXPRESADA EN FAMILIARES DE PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA (N=59)			
Subescalas	Nivel	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Crítica	Alta	9	15.3
	Baja	50	84.7
Sobreinvolucramiento	Alta	21	35.6
	Baja	38	64.4
Hostilidad	Alta	5	8.5
	Baja	54	91.5
Global	Alta	20	33.9
	Baja	39	66.1

Análisis de la Varianza

Para el análisis de varianza univariante se utilizó ANOVA de un factor para comparar el sexo de los pacientes con las variables de edad, tiempo de evolución así como con la Emoción Expresada en cada una de las subescalas y en el puntaje global. (Tabla 4).

TABLA 4.- ANOVA DE UN FACTOR PARA VARIABLES DESCRIPTIVAS				
		N	Media	Desviación típica
Edad	Mujer	24	28.542	8.6526
	Hombre	35	32.571	7.8639
	Total	59	30.932	8.3622
Tiempo de evolución	Mujer	24	6.542	6.0288
	Hombre	35	10.286	7.8199
	Total	59	8.763	7.3281
Crítica	Mujer	24	8.375	5.2900
	Hombre	35	10.143	5.7708
	Total	59	9.424	5.6023
Sobreinvolucramiento	Mujer	24	11.792	5.1750
	Hombre	35	14.829	4.1479
	Total	59	13.593	4.7927
Hostilidad	Mujer	24	6.083	4.9600
	Hombre	35	7.257	4.7857
	Total	59	6.780	4.8497
Emoción Expresada Global	Mujer	24	26.250	14.0813
	Hombre	35	32.514	11.6300
	Total	59	29.966	12.9441

Modelos de Predicción

Para analizar la presencia de comorbilidad psiquiátrica y cuales comorbilidades en específico pueden asociarse a la emoción expresada en el familiar del paciente con esquizofrenia, se utilizaron tres modelos de regresión lineal para cada una de las subescalas (Crítica, Sobreinvolucramiento, Hostilidad).

Crítica

Se realizó un modelo de regresión lineal en donde la variable dependiente fue la Crítica, encontrándose una asociación entre el uso/dependencia de nicotina por parte de los pacientes, con niveles altos de Crítica por parte de los familiares con una $p= 0.076$. (Tabla 5).

TABLA 5.- MODELO LINEAL DE REGRESIÓN CON LA SUB ESCALA CRITICA					
Modelo		gl		F	Sig.
Regresión		2		2.853	0.066
Residual		56			
Total		58			
Comorbilidades asociadas	B	Error típ.	Beta	t	Sig.
TOC	3.572	2.189	.208	1.632	0.108
NICOTINA	3.288	1.817	.231	1.810	0.076

Sobreinvolucramiento

Se realizó un modelo de regresión lineal en donde la variable dependiente fue el Sobreinvolucramiento, encontrándose una asociación de Trastornos de Ansiedad por parte de los pacientes con niveles altos de Sobreinvolucramiento por parte de los familiares con una $p=0.058$. (Tabla 6).

TABLA 6.- MODELO LINEAL DE REGRESIÓN CON LA SUB ESCALA SOBREENVOLUCRAMIENTO					
Modelo		gl		F	Sig.
Regresión		1		3.730	0.058
Residual		57			
Total		58			
Comorbilidades asociadas	B	Error típ.	Beta	t	Sig.
TRASTORNOS DE ANSIEDAD	3.139	1.625	.248	1.931	0.058

Hostilidad

Se realizó un modelo de regresión lineal en donde la variable dependiente fue la Hostilidad, encontrándose una asociación de Bulimia y Trastorno Depresivo Mayor por parte de los pacientes con niveles altos de Hostilidad por parte de los familiares, siendo de la Bulimia una $p=0.061$ y de Trastorno Depresivo Mayor $p=0.068$. (Tabla 7).

TABLA 7.- MODELO LINEAL DE REGRESIÓN CON LA SUB ESCALA HOSTILIDAD					
Modelo		GI		F	Sig.
Regresión		2		2.833	0.067
Residual		56			
Total		58			
Comorbilidades asociadas	B	Error típ.	Beta	t	Sig.
TRASTORNO DEPRESIVO MAYOR	2.421	1.299	.246	1.864	0.068
BULIMIA	-4.340	2.274	-.251	-1.908	0.061

Comparando ambos grupos encontramos que en el Grupo 1 (pacientes con comorbilidad psiquiátrica) en la muestra de 35 familiares, 14 presentaron alta EE (40%) y los 21 restantes baja EE (60%) en la calificación global, mientras que en la sub escala de crítica, 13 familiares presentaron alta EE (37.1%) mientras que los 22 restantes presentaron baja EE (62.9%), en la sub escala de sobreinvolucramiento 19 familiares presentaron alta EE (54.3%), mientras que los 16 restantes presentaron baja EE (45.7%) y en la sub escala de hostilidad, 4 familiares presentaron alta EE (11.4%), mientras que los 31 restantes presentaron baja EE (88.6%).

En el Grupo 2 consistente en familiares de pacientes sin comorbilidad psiquiátrica encontramos que de la muestra de 24 familiares, 6 presentaron alta EE (25%) mientras que los 18 restantes presentaron baja EE (75%) en la calificación global, mientras que en la sub escala de crítica, 3 familiares presentaron alta EE (12.5%) y los 21 restantes baja EE (87.5%); en la sub escala de sobreinvolucramiento, 7 familiares presentaron alta EE (29.2%) mientras que los 17 restantes presentaron baja EE (70.8%) y en la sub escala de hostilidad, solo 2 familiares presentaron alta EE (8.3%) mientras que los 22 restantes presentaron baja EE (91.7%). (Tabla 8).

TABLA 8.- CARACTERISTICAS DE LA EMOCIÓN EXPRESADA EN FAMILIARES DE PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA COMPARANDO AMBOS GRUPOS DE ESTUDIO

Grupo 1 (N= 35)

Grupo 2 (N=24)

Subescalas	Grupos	Nivel	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Critica	Grupo 1	Alta	13	37.1
		Baja	22	62.9
	Grupo 2	Alta	3	12.5
		Baja	21	87.5
Sobreinvolucramiento	Grupo 1	Alta	7	29.2
		Baja	17	70.8
	Grupo 2	Alta	19	54.3
		Baja	16	45.7
Hostilidad	Grupo 1	Alta	4	11.4
		Baja	31	88.6
	Grupo 2	Alta	2	8.3
		Baja	22	91.7
Global	Grupo 1	Alta	14	40
		Baja	21	60
	Grupo 2	Alta	6	25
		Baja	18	75

Al hacer la comparación del puntaje de cada sub escala de EE entre los dos grupos de estudio encontramos mayores puntajes en la subescala de sobreinvolucramiento, la cual presentó una tendencia a la significancia estadística con una $p=0.015$, las sub escalas de crítica y hostilidad no mostraron significancia estadística comparando ambos grupos. (Tabla 9) (Figura 6).

TABLA 9.- CARACTERISTICAS DE LA EMOCIÓN EXPRESADA EN FAMILIARES DE PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA COMPARANDO AMBOS GRUPOS DE ESTUDIO (PUNTAJE DE CADA SUBESCALA)

Subescalas	Grupos	N	Media	Sig.
Critica	Grupo 1	35	10.143	.237
	Grupo 2	24	8.375	
	Total	59	9.424	
Sobreinvolucramiento	Grupo 1	35	14.829	.015
	Grupo 2	24	11.792	
	Total	59	13.593	
Hostilidad	Grupo 1	35	7.257	.366
	Grupo 2	24	6.083	
	Total	59	6.780	
Global	Grupo 1	35	32.514	.067
	Grupo 2	24	26.250	
	Total	59	29.966	

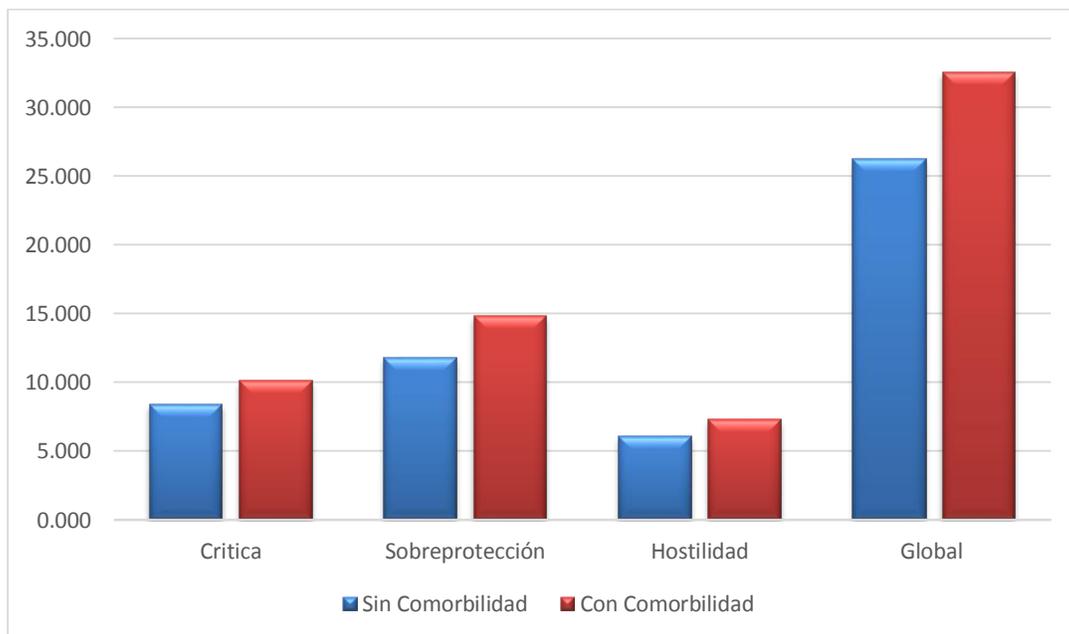


Figura 6. Comparación del puntaje de las sub escalas de EE en ambos grupos de estudio

VIII.- DISCUSIÓN

La esquizofrenia es un trastorno psiquiátrico altamente incapacitante que tiene un impacto en las esferas social, familiar, laboral, académica y económica del paciente, lo cual también conlleva a que las personas alrededor del paciente manifiesten inconformidad, preocupación o enojo al no entender el motivo de la disfunción en estas áreas.

La Emoción Expresada (EE) evalúa la cantidad y calidad de las actitudes y sentimientos relacionados con la crítica, hostilidad y sobreinvolucramiento que uno de los familiares expresa acerca de algún miembro de la familia diagnosticado con esquizofrenia. Estas actitudes de los familiares se han asociado con la presencia de recaídas en los pacientes⁷², también se ha encontrado que cuando los familiares con EE alta están en contacto estrecho con el enfermo, este último tiene un riesgo de experimentar la sintomatología, aumentando de esta forma de dos a cuatro veces su riesgo de recaída⁷³.

En nuestra muestra de estudio encontramos que la mayor parte de los familiares responsables presentaron una puntuación de EE global baja (66.1%) destacando el componente de sobreinvolucramiento, con una puntuación alta en el 35.6% comparándolo con puntuaciones altas en las sub escalas de crítica (15.3%) y hostilidad (8.5%), lo cual concuerda con el estudio realizado por Rascón et al⁷⁴ en el que la proporción de familiares responsables entrevistados con EE alta fue de 42.4% y de 57.6% con baja, presentando también un predominio de la sub escala de sobreinvolucramiento.

La presencia de mayor sobreinvolucramiento en los familiares de los pacientes con esquizofrenia se asoció a mayor prevalencia de Trastornos de Ansiedad (Trastorno de Ansiedad Generalizada y Trastorno de Angustia) que a su vez podría ser una manifestación clínica de los aspectos de sobreprotección, consentimiento, malestar emocional y preocupación inapropiada que se asocian al familiar con altos niveles de sobreinvolucramiento, en donde el paciente es visto como menos competente que antes, y más vulnerable.

En cuanto a la sub escala de crítica, se observó en la muestra que a mayor puntuación de la misma existía una mayor comorbilidad con uso/dependencia a nicotina, Weisman et al⁷⁵ mencionan que los síntomas más frecuentemente criticados por los familiares son los que reflejan conductas inadecuadas como poca higiene o descuido personal, además encontraron que los familiares con alta crítica en la EE, piensan que la enfermedad y los

síntomas deben de controlarlos los pacientes en comparación con los familiares con menor EE y crítica baja; el uso o dependencia a sustancias como es en este caso la nicotina se asocia a una mayor crítica en los familiares que se puede relacionar al gasto que conlleva la compra de cigarrillos, que en la mayor parte de las ocasiones es costeado por los familiares, así como a los perjuicios a la salud que se conocen asociados al tabaquismo, lo que también se podría correlacionar con el descuido personal del paciente el cual es reportado en la bibliografía.

Encontramos que la sub escala de hostilidad se asoció a comorbilidad psiquiátrica con bulimia y de trastorno depresivo mayor. Generalmente la hostilidad se presenta si existe crítica, por lo que tiene poco valor como predictor independiente. Se considera que la hostilidad está presente cuando el paciente es atacado más por lo que es que por lo que hace; por lo que al encontrar estos resultados en la muestra, podríamos atribuir que la hostilidad pudiera condicionar la presencia de trastornos depresivos o que las manifestaciones de la depresión aunadas a los síntomas negativos de la enfermedad podrían contribuir a un aumento en el puntaje de esta sub escala.

La crítica y la hostilidad expresada por el familiar pueden causar mayor estrés familiar y por consiguiente exacerbación en la sintomatología clínica en el paciente y, a su vez, la sintomatología del paciente puede provocar la presencia de expresión emocional alta.

Esto se corroboró con los estudios de Hugguelet et al⁷⁶ en las familias con EE alta, asociada con una constante incapacidad en el funcionamiento social de sus familiares enfermos y en un pobre ajuste social a lo largo de cinco años.

En cuanto a la comorbilidad psiquiátrica encontrada en esta muestra de pacientes con diagnóstico de esquizofrenia, encontramos con mayor prevalencia las Fobias las cuales se presentaron en el 40.7% de los pacientes con comorbilidad psiquiátrica y entre las que se incluyeron Fobia Social, Fobia Simple y Agorafobia, seguido de Trastorno Depresivo Mayor con 38.9% y Uso/Dependencia a Nicotina con 18.6%.

Se corroboró la hipótesis alterna en relación a encontrar comorbilidad psiquiátrica en pacientes con esquizofrenia, siendo el grupo con mayor número de sujetos (n=35) vs la de pacientes sin comorbilidad psiquiátrica (n=24) de un total de 59 participantes.

En cuanto al Trastorno Depresivo Mayor encontramos una prevalencia en nuestra muestra del 38.9% la cual comparándola con estudios como el CATIE (Clinical Antipsychotic Trial of Intervention Effectiveness) la cual fue del 28% en los últimos 5 años²⁶, de 54.2% a lo largo de la vida en el estudio de Bland de 1987⁷⁷ y de 45.9% a lo largo de la vida en el estudio de Bermanzohn en el 2000²⁵ se presentó similar a los prevalencia obtenida en estos estudios.

En cuanto a la comorbilidad con uso o dependencia a sustancias, encontramos en nuestra muestra una mayor prevalencia el consumo de nicotina la que se presentó en un 18.6%, el tabaquismo se asocia en pacientes con esquizofrenia a alteraciones en los niveles séricos y en la efectividad de los medicamentos, modifica síntomas psiquiátricos y puede ser una puerta de entrada para el consumo de otras sustancias; encontramos reportes en la literatura como el de Ziedonis en 1997⁷⁸ en donde se encontró que las tasas de tabaquismo en pacientes con esquizofrenia crónica en Estados Unidos oscila entre el 70 y el 90%, en una muestra de 540 pacientes con esquizofrenia en China, Hou et al⁷⁹ encontraron una prevalencia de 28.5% de consumo de nicotina, un meta análisis realizado por de León y Díaz en 2005 reporto que la prevalencia de tabaquismo en pacientes con esquizofrenia en diferentes culturas mostraba una asociación importante entre la esquizofrenia y el consumo de tabaco actual (OR=5.9) con una prevalencia que oscilaba entre el 14 y el 88% siendo la mayor prevalencia reportada entre el 40 y el 70%⁸⁰, encontramos una prevalencia menor en nuestra muestra comparándolo con o reportado en la literatura.

En cuanto a las fobias que en nuestra población incluyó la presencia de Fobia Simple, Fobia Social o Agorafobia se reportó con una prevalencia del 40.7% lo cual comparado con estudios como el de Cassano et al en 1998²⁴ que reportó 17.7% de fobia social y 7.3% de fobia simple y lo reportado por Murow en 1997⁸¹ en una muestra de 17 pacientes mexicanos con esquizofrenia encontró prevalencia de fobia social en el 17.64%, se presentó con mayor prevalencia.

Acerca de la comorbilidad con trastornos de ansiedad en pacientes con esquizofrenia, encontramos una prevalencia en la muestra en un 16.9%, lo cual es menor a lo reportado en la literatura como lo realizado por Cassano et al en 1998²⁴ que reportó una prevalencia del 24% de trastorno de angustia, pero mayor a lo reportado por Bermanzohn en el 2000 de trastorno de angustia de 10.8%²⁵. En cuanto a la prevalencia de Trastornos de Ansiedad y síntomas de ansiedad, en un estudio realizado por Goodwin et al en 2003⁸², se encontró que en un 31.5% de una muestra de 184 pacientes con esquizofrenia se presentaba esta.

En un artículo de revisión realizado por Braga et al en 2013⁸³ se encontró una comorbilidad con trastornos de ansiedad en el 38.3% de los sujetos con trastornos el espectro de la esquizofrenia; sin embargo en este estudio se incluyen dentro de estos trastornos a la fobia social, al Trastorno por Estrés Postraumático y al Trastorno Obsesivo Compulsivo, sin embargo en este estudio solo se incluyeron los Trastornos de Angustia y de Ansiedad Generalizada por lo que no podemos realizar una comparación con esta información.

Al comparar ambos grupos encontramos que los pacientes con comorbilidad psiquiátrica presentan puntajes más altos de emoción expresada en todas las escalas, lo cual corrobora nuestra hipótesis inicial.

IX.- CONCLUSIONES

La esquizofrenia es una enfermedad mental que además de causar una gran variedad de síntomas psiquiátricos, condiciona un deterioro en la funcionalidad del sujeto en áreas social, familiar, laboral, económica y académica, motivo por el que se ha encontrado que los familiares que conviven con el paciente puedan demostrar emociones negativas hacia el sujeto, lo que genera conflictos en la familia y a su vez puede generar aumento de los síntomas y recaída de la enfermedad.

En nuestra población de estudio, encontramos que a pesar de que la mayor parte de los familiares expresaron una EE baja, posiblemente por ser familiares a los cuales les interesa el cuidado del paciente, ya que acuden con él programa de rehabilitación de esta institución. El sobreinvolucramiento se encontró elevado en la mayor parte de ellos; se ha observado que culturalmente las familias mexicanas tienden a promover la sobreprotección del enfermo, la cultura puede influir sobre muchos aspectos de la salud mental, incluyendo las formas de comunicación y cómo se manifiestan los síntomas, los soportes familiares y comunitarios y la voluntad de búsqueda de ayuda.

El hecho de padecer una enfermedad incapacitante como la esquizofrenia, predice por sí misma un aumento en la EE de la familia, sin embargo al añadirse comorbilidades psiquiátricas, la probabilidad de presentar una EE elevada es más elevada, el hecho de encontrar a la mayor parte de la población de pacientes con esquizofrenia con una o más comorbilidades psiquiátricas condiciona que los síntomas puedan ser más graves, que se tenga mayor riesgo de recaídas y que el ambiente en donde se desenvuelve el sujeto sea

más nocivo. En muchas ocasiones estas comorbilidades son subestimadas o incluso no identificadas por el clínico o por la familia, por lo que pueden mantenerse sin tratamiento o atención, siendo enmascaradas en la mayor parte de las ocasiones por el diagnóstico principal que es la esquizofrenia.

Es de suma importancia brindar una amplia psicoeducación a los familiares acerca del curso y características de la patología, al observar la importancia que tiene proporcionar información, se facilita la comprensión y la aceptación de la enfermedad por parte de los familiares. Se ha encontrado que el familiar con EE alta que principalmente expresa crítica u hostilidad hacia el paciente, tiene menores conocimientos que el familiar con baja EE. A partir del conocimiento que el familiar tenga sobre la esquizofrenia es posible disminuir actitudes negativas, mejorar la manera en la cual interactúa con el paciente y disminuir la EE alta. Los conocimientos que posea el familiar responsable y el enfermo respecto de la enfermedad, así como de su manejo, son potencialmente efectivos para la rehabilitación y la reinserción del paciente en su entorno social.

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

X.- LIMITACIONES

En cuanto a las limitaciones de este estudio, podemos destacar el tamaño de la muestra, encontrando dificultades para conformar el grupo de pacientes esquizofrénicos sin comorbilidad psiquiátrica debido a que la gran mayoría de los sujetos que se estudiaron presentaban comorbilidad psiquiátrica.

Otra de las limitaciones fue el no haber incluido en nuestra evaluación algunas características del paciente como son su funcionalidad, la presencia o ausencia de déficit cognitivo, la presencia o ausencia de comorbilidades médicas o los años de evolución de las comorbilidades psiquiátricas que se ha encontrado pueden también modificar la emoción expresada en el familiar.

El grupo de pacientes en este estudio perteneció al grupo de rehabilitación del paciente esquizofrénico del Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente”, para el cual los participantes deben de acudir en compañía de un familiar responsable que conviva con él

y acuda a todas las sesiones del programa; esto podría indicar que este grupo de pacientes tiende a tener una mayor red de apoyo o que la preocupación por la patología y su evolución es más evidente en los familiares que en comparación con otros pacientes con esquizofrenia que no cuentan con red de apoyo primaria adecuada; esto podría condicionar los niveles más altos de sobreinvolucramiento que obtuvimos en la muestra.

XI.- RECOMENDACIONES

Tomando en cuenta la importancia de las variables estudiadas, sobre la evolución y pronóstico del padecimiento, sería conveniente que estudios futuros se llevaran a cabo con la inclusión de un mayor número de pacientes que permitieran la comprobación de las hipótesis planteadas, que en este estudio sólo se pudieron comprobar parcialmente. Además de la incorporación de otras variables como tiempo de evolución de la comorbilidad psiquiátrica.

XII.- REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Sadock BJ, Sadock VA. Kaplan y Sadock Sinópsis de Psiquiatría. 10ª edición. 2009 Lippincott, Williams & Wilkins. pp 467.
2. Kirkpatrick B, Buchanan RW, Ross DE, Carpenter WT, Jr. A separate disease within the syndrome of schizophrenia. *Arch Gen Psychiatry*. 2001;58:165–171.
3. Valencia M, Rascón ML, Quiróga H. Aportaciones de la investigación respecto al tratamiento psicosocial y familiar de pacientes con esquizofrenia. *Salud Mental* 2003;26(5).
4. Wiersma D, Wanderling J, Dragomirecka E, *et al*. Social disability in Schizophrenia: its development and prediction over 15 years in incidence cohorts in six European countries. *Psychological Medicine* 2000; 30: 1155-1167.
5. Thornicroft G, Tansella M, Becker T, *et al*. The personal impact of schizophrenia in Europe. *Schizophrenia Research* 2004; 69: 125-132.
6. Sartorius N. Iatrogenic stigma of mental illness. *British Medical Journal* 2002; 324: 1470–1471.
7. Bartels S, Drake R. Depressive symptoms in schizophrenia: comprehensive differential diagnosis. *Comprehensive Psychiatry* 1988; 29: 467-483.
8. Green AI, Canuso C, Brenner MJ, Wjick JD. Detection and management of comorbidity in schizophrenia. *Psychiatr Clin N Am*. 2003;26:115–139.
9. Moller HJ. Drug treatment of depressive symptoms in schizophrenia. *Clin Schizophr Relat Psychoses*. 2007;1:328 340.
10. Lidz RW, Lidz T. The family environment of schizophrenic patients. *American Journal of Psychiatry*. 1949 Vol. 106. 332-345.
11. Bateson G, Jackson D., Haley JD, & Weakland J. Toward a Theory of Schizophrenia. *Behavioral Science* 1956. vol.1, 251-264.
12. Wynne LC, Singer M. Thought disorder and family relations of schizophrenics. *Archives of General Psychiatry* 1963; 9: 199-206.
13. Brown G, Birley J, Wing J. Influence of family life on the course of schizophrenic disorder: A replication. *British Journal of Psychiatry* 1972; 121: 241-258.
14. Vaughn C, Leff J. The measurement of expressed emotion of families of psychiatric patients. *British Journal of Social and Clinical Psychology* 1976; 15: 157-165.
15. Muela JA, Godoy J F. Programas actuales de intervención familiar en esquizofrenia. *Psicothema* 2003; 13 (1): 1-6.
16. Ivanovic, M, Vuletic Z, Bebbington P. Expressed emotion in the families of patients with schizophrenia and its influence on the course of illness. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 1994; 29 (2): 61-65.

17. Boye B, Bentsen H, Notland T, Munkvold O, Lersbryggen A, Oskarsson K, Uren G, Ulstein I, Bjorge H, Lingjaerde O, Malt U. What predicts the course of expressed emotion in relatives of patients with schizophrenia or related psychoses?. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 1999; 34 (1): 35-43.
18. Mottaghipour Y, Pourmand D, Maleki H, Davidian L. Expressed emotion and the course of schizophrenia in Iran. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 2001; 36 (4): 195-199.
19. Wuerker AK, Long JD, Haas GL, Bellack AS. *Interpersonal* control, expressed emotion, and change in symptoms in families of persons with schizophrenia. *Schizophrenia Research* 2002. Volume 58, Issues 2–3, 281–292.
20. Vazquez-Barquero JL, Herrera Castanedo S, Gaité L. La entrevista estructurada en Psiquiatría. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.* 1993; 13-44.
21. Guanilo JV, Seclen YM. 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 HD-HN. Tesis para optar el Título profesional de enfermera, Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Medicina. Lima, Perú, 1993.
22. Rascón ML, Rascón GD, Díaz LR, Valencia M. Relación entre la emoción expresada y la opinión afectiva de familiares y pacientes esquizofrénicos. *Rev Psicología Iberoamericana Nueva Época* 1998;6(4):56–65.
23. Hwang MY, Bermanzohn PC. *Esquizofrenia y patologías comórbidas*. Barcelona: Masson; 2003.
24. Cassano GB, Pini S, Sættoni M, Rucci P, Dell'Osso L. Occurrence and clinical correlates of psychiatric comorbidity in patients with psychotic disorders. *J Clin Psychiatry*. 1998 Feb;59(2):60-8.
25. Bermanzohn P. Hierarchical diagnosis in chronic schizophrenia: A clinical study of co-occurring syndromes. *Schizophr Res* 2000; 41: 43.
26. Meyer J, Nasrallah H, McEvoy J, et al. The clinical antipsychotics trials of intervention effectiveness (CATIE) schizophrenia trial: Clinical comparison of subgroups with and without and metabolic syndrome. *Schizophr Res* 2005; 80:9-18.
27. Lybrand J, Caroff S. Management of schizophrenia with substance use disorders. *Psychiatr Clin N Am* 2009; 32(4): 821–833.
28. Cantor-Graae E, Nordstrom LG, McNeil TF. Substance abuse in schizophrenia: a review of the literature and a study of correlates in Sweden. *Schizophr Res* 2001; 48: 69-82.
29. Mason P, Harrison G, Glazebrook C, et al. The course of schizophrenia over 13 years: a report from the International Study on Schizophrenia (ISoS) coordinated by the World Health Organization. *Br J Psychiatry* 1996;169:580–586.

30. Goodman LA, Slayers MP, Mueser KT, et al. Recent victimization in women and men with severe mental illness: prevalence and correlates. *J Trauma Stress* 2001;14:615–32.
31. Dixon L. Dual diagnosis of substance abuse in schizophrenia: prevalence and impact on outcomes. *Schizophr Res* 1999; 35 (suppl): S93-S100.
32. Zisook S, Mc Adams LA, Kuck J, Harris MJ, Bailey A, Patterson et al. Depressive symptoms in schizophrenia. *Am J Psychiatry* 1999; 156: 1736-1743.
33. Achim AM, Maziade M, Raymond E, Olivier D, Merette Ch. How Prevalent Are Anxiety Disorders in Schizophrenia? A Meta-Analysis and Critical Review on a Significant Association. *Schizophrenia Bulletin* vol. 37 no. 4 pp. 811–821, 2011.
34. Pokos V, Castle DJ. Prevalence of comorbid anxiety disorders in schizophrenia spectrum disorders: a literature review. *Curr Psychiatry Rev.* 2006;2:285–307.
35. Buckley PF, Miller BJ, Lehrer DS, Castle DJ. Psychiatric Comorbidities and Schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin.* 2009 vol. 35 no. 2. 383–402.
36. Bayle FJ, Krebs MO, Epelbaum C, Levy D, Hardy P. Clinical features of panic attacks in schizophrenia. *Eur Psychiatry.* 2001;16:349–353.
37. Chen CY, Liu CY, Yang YY. Correlation of panic attacks and hostility in chronic schizophrenia. *Psychiatry Clin Neurosci.* 2001;55:383–387.
38. Ciapparelli A, Paggini R, Marazziti D, et al. Comorbidity with axis I anxiety disorders in remitted psychotic patients 1 year after hospitalization. *CNS Spectr.* 2007;12:913–919.
39. Fialko L, Freeman D, Bebbington P, et al. Understanding suicidal ideation in psychosis: findings from the psychological prevention of relapse in psychosis (PRP) trial. *Acta Psychiatr Scand.* 2006;114:177–186.
40. Goodwin RD, Amador XF, Malaspina D, Yale SA, Goetz RR, Gorman JM. Anxiety and substance use comorbidity among inpatients with schizophrenia. *Schizophr Res.* 2003;61:89–95.
41. Franco MD, Alcalá V, Mojarro MD, Camacho M, Casas N, Giner J. Trastornos de personalidad y esquizofrenia: ¿comorbilidad o artificio diagnóstico?. *Psiquiatr Biol.* 2005;12(6):225-31.
42. Cechnicki A, Bielanska A, Hanuszkiewicz I, Daren A. The predictive validity of Expressed Emotions (EE) in schizophrenia. A 20-year prospective study. *Journal of Psychiatric Research* 2013;47: 208-214.
43. Tarrier N, Barrowclough C, Vaughn C, Bamrah J, Porceddu K, Watts S, Freeman H. The community management of schizophrenia. A controlled trial of a behavioural intervention with families to reduce relapse. *British Journal of Psychiatry* 1988; 153: 532-542.

44. Brewin CR, MacCarthy B, Duda K, Vaughn CE. Attribution and expressed emotion in the relatives of patients with schizophrenia. *Journal of Abnormal Psychology* 1991; 100: 546–554.
45. Barrowclough C, Johnston M, Tarrier N. Attributions, expressed emotion and patient relapse: An attributional model of relatives' response to schizophrenic illness. *Behavior Therapy* 1994; 25: 67–88.
46. Weisman A, Lopez SR, Karno M, Jenkins J. *An attributional analysis of expressed emotion in Mexican-American families with schizophrenia*. *Journal of Abnormal Psychology* 1993; 102: 601–606.
47. Nuechterlein KH, Dawson ME. A heuristic vulnerability/stress model of schizophrenic episodes. *Schizophrenia Bulletin* 1984; 10: 300–312.
48. Hooley JM. Expressed emotion and relapse of psychopathology. *Annual Review of Clinical Psychology* 2007; 3:329–352.
49. McFarlane WR, Cook WL. Family Expressed Emotion Prior to Onset of Psychosis. *Family Process* 2007; 46(2): 185-197.
50. Onwumere et al. Patient Perceptions of Caregiver Criticism in Psychosis Links With Patient and Caregiver Functioning. *The Journal of Nervous and Mental Disease* 2009; 197(2): 85-91.
51. Patterson P, Birchwood M, Cochrane R. Expressed emotion as an adaptation to loss. Prospective study in first-episode psychosis. III International Early Psychosis Conference 2002; Copenhagen (Dinamarca).
52. Alvarez-Jimenez M, Gleeson JF, Cotton SM, Wade D, Crisp K, Yap MBH. Differential predictors of critical comments and emotional over-involvement in first episode psychosis. *Psychological Medicine* 2008;40:63-72.
53. 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. *Schizophrenia Bulletin* 2011;37:611-618.
54. Raune D, Kuipers E, Bebbington P. Expressed emotion at first-episode psychosis: investigating a carer appraisal model. *British Journal of Psychiatry* 2004;184: 321-326.
55. King S. Is expressed emotion cause or effect in the mothers of schizophrenic young adults?. *Schizophrenia Research* 2000;45:65-78.
56. McCreadie RG, Phillips K. The Nithsdale Schizophrenia Survey. VII. Does relatives' high expressed emotion predict relapse?. *British Journal of Psychiatry* 1988; 152: 477-481.
57. King S, Dixon MJ. Expressed Emotion and Relapse in Young Schizophrenia Outpatient. *Schizophrenia Bulletin* 1999; 25(2): 377-386.

58. Dixon L, McNary S, Lehman A. Substance abuse and family relationships of persons with severe mental illness. *Am J Psychiatry* 1995; 152:456–458.
59. Barrowclough C, Ward J, Wearden A. Lynsey Gregg. Expressed emotion and attributions in relatives of schizophrenia patients with and without substance misuse. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2005; 40: 884–891.
60. López S, Nelson K, Snyder K, Mintz J. Attributions and Affective Reactions of Family Members and Course of Schizophrenia. *Journal of Abnormal Psychology* 1999; 108 (2): 307–314.
61. Stirling J, Tantam LD, Thomas P, Newby D, Montague L, Ring N, Rowe S. Expressed emotion and schizophrenia: The ontogeny of EE during an 18-month follow-up. *Psychological Medicine* 1993; 23 (3): 771-778.
62. Wearden AJ, Tarrier N, Barrowclough C, Zastowny TR, Rahill AA. A review of expressed emotion research in health care. *Clin Psychol Rev.* 2000;20(5):633-66.
63. Nirmala BP, Vranda MN, Reddy S. Expressed Emotion and Caregiver Burden in Patients with Schizophrenia. *Indian J Psychol Med.* 2011 Jul-Dec; 33(2): 119–122.
64. Pincus HA, Tew D, First MB. Psychiatric comorbidity: is more less? *World Psychiatry.* 2004;3:18–23.
65. Diaz-Martínez et al. La rehabilitación integral del paciente esquizofrénico en México: El modelo del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente. Grupo III. *Salud Mental* 2005; 28(6):9-19.
66. Feinstein AR. *Clinical epidemiology: the architecture of clinical research.* Philadelphia: W.B. Saunders Co.; 1985.
67. Andrews G, Peters L. The psychometric properties of the Composite International Diagnostic Interview. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1998;33: 80-88.
68. Diaz R, Osornio A, Diaz A. La salud mental en el municipio de Querétaro: Estudio epidemiológico de la población marginada. *Sociedad de Salud Mental del Estado de Querétaro*:36-37.
69. Rascón ML, Gutiérrez ML, Valencia M, Murow E. Relación entre la emoción expresada por el familiar responsable y la conducta sintomática de pacientes con esquizofrenia, incluido el funcionamiento social. *Salud Mental* 2008; 31:205-212.
70. McKinnon DP, Fairchild AJ, Fritz MS. Mediation Analysis. *Annu. Rev. Psychol.* 2007;58:593-614.
71. Wittchen HU. Reliability and validity studies of the WHO-Composite International Diagnostic Interview (CIDI): a critical review. *J Psychiatr Res.* 1994;28(1):57-84.
72. Leff J, Vaughn C. The role of maintenance therapy and relatives Expressed Emotion in Relapse of Schizophrenia: a two year and follow-up. *British J Psychiatry* 1981;139:102-104.

73. Miklowitz DJ, Goldstein MJ, Faloon IRH, Doane JA. Interactional Correlates of Expressed Emotion In The Families Of Schizophrenics. *Br Psychiatry* 1984;144:482.
74. Rascón ML, Gutiérrez ML, Valencia M, Murow E. Relación entre la emoción expresada por el familiar responsable y la conducta sintomática de pacientes con esquizofrenia, incluido el funcionamiento social. *Salud Mental* 2008;31:205-212.
75. Weisman AG, Nuechterlein KH, Goldstein MJ, Snyder KS. Expressed emotion, attributions and schizophrenia symptom dimensions. *J Abnorm Psychol* 1998;107(2):355-359.
76. Hugguelet P, Favre S, Binyet S, González C, Zabala I. The use of the Expressed Emotion Index as a predictor of outcome in first admitted schizophrenic patients in a French speaking area of Switzerland. *Acta Psychiatr Scand* 1995;92:447-452.
77. Bland RC, Newman SC, Orn H. Schizophrenia: lifetime co-morbidity in a community sample. *Acta Psychiatr Scand*. 1987;75(4):383-91.
78. Ziedonis, DM, George TP. Schizophrenia and nicotine use: report of a pilot smoking cessation program and review of neurobiological and clinical issues. *Schizophrenia Bulletin* 1997;23(2):247-254.
79. Hou YZ et al. Cigarette smoking in community-dwelling patients with schizophrenia in China. *J Psychiatr Res*. 2011;45(12):1551-6.
80. de Leon J, Diaz FJ. A meta-analysis of worldwide studies demonstrates an association between schizophrenia and tobacco smoking behaviors. *Schizophr Res* 2005;76:135-157.
81. Murow E, Unikel C. La musicoterapia y la terapia de expresión corporal en la rehabilitación del paciente con esquizofrenia crónica. *Salud Mental* 1997;20(3):35-40.
82. Goodwin RD et al. Anxiety and substance use comorbidity among inpatients with schizophrenia. *Schizophr Res*. 2003;61(1):89-95.
83. Braga RJ, Reynolds GP, Siris SG. Anxiety comorbidity in schizophrenia. *Psychiatry Research* 2013;210(1):1-7

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL FAMILIAR

“Relación entre la Emoción Expresada y la Comorbilidad Psiquiátrica en pacientes con Esquizofrenia”

Se le invita a participar en un estudio de investigación en el Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente Muñiz” a través del Departamento de Rehabilitación en Esquizofrenia, estoy enterado que éste estudio requiere de mi consentimiento voluntario por lo que se debo leer cuidadosamente la siguiente información y preguntar o aclarar mis dudas, preguntando todo aquello que no entienda claramente.

Estoy enterado que el propósito de este estudio es identificar los niveles de emoción expresada por parte de los familiares de pacientes con diagnóstico de esquizofrenia.

Que se valorará la presencia de Emoción Expresada mediante la aplicación de una escala llamada cuestionario-encuesta de emoción expresada.

Estoy informado de que la Emoción Expresada se refiere a las actitudes del familiar hacia el paciente, tales como comentarios críticos, hostilidad y sobreinvolucramiento emocional, las cuales se han visto como un importante predictor de recaídas y se ha estudiado principalmente en pacientes con esquizofrenia.

Mi participación consistirá en una entrevista médico-psiquiátrica aplicada por el entrevistador, la cual no tendrá ningún costo para mí.

Mi participación en el estudio es voluntaria y en el caso de que yo no desee participar en ella, podré abandonar el estudio sin que de ninguna manera afecte negativamente la calidad de la atención médica que recibe mi familiar en esta Institución.

Beneficios: Mi participación en el estudio no tendrá un beneficio directo sobre mí, pero la información obtenida ayudará en gran medida a tener mayor conocimiento de los trastornos que aquejan a mi familiar para poder ser atendido de una manera más completa.

Confidencialidad: La información que sea proporcionada tendrá un carácter estrictamente confidencial. Mi identidad no será revelada en ninguna referencia del estudio o en sus resultados. Con el propósito de salvaguardar mi anonimato, a mis datos se les asignará un código numérico, de tal manera que sólo el investigador responsable y otros investigadores que pudieran estar involucrados podrán tener acceso al identificador correspondiente.

La información que le brinde al investigador en ningún momento será comunicada a otra persona ajena a este estudio.

Molestias y riesgos: Entiendo que el contestar la evaluación clínica es posible que se traten temas sensibles, que me puedan ocasionar alguna molestia o inestabilidad leve, también podría detectarse alguna alteración y acepto que en caso de que se identifique cualquier síntoma se me informe, para poder recibir atención psiquiátrica pertinente.

Contacto: Si tengo alguna pregunta, puedo contactar a los investigadores responsables de este estudio, a la Dra. Cynthia Daniela Cruz Florín al teléfono celular 55 59 53 17 44 o al correo electrónico cynthiad1979@hotmail.com o con la Dra. Leonila Rosa Díaz Martínez en el Departamento de Rehabilitación del Instituto Nacional de Psiquiatría.

Consentimiento y firmas: He hablado directamente con el investigador clínico responsable y me ha contestado todas mis preguntas en términos que he podido entender. Además, entiendo que en cualquier momento puedo consultarlo para aclarar dudas que me pudieran surgir durante el transcurso del estudio.

Entiendo que es mi derecho el tomar la decisión de suspender en cualquier momento mi participación en el estudio, sin que esto tenga consecuencias en el cuidado médico de mi familiar. La información, que no conste en mi expediente, será destruida en el momento que yo decidiera no participar en el estudio.

He leído la hoja de información y entiendo de qué se trata el estudio, de tal manera que acepto participar voluntariamente.

Firma del Familiar.

Fecha.

Nombre del Familiar.

Firma del investigador.

Fecha.

Nombre del investigador.

Testigo 1.
Nombre y firma.

Testigo 2.
Nombre y firma.

México D.F. a ____ de _____ del ____.

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL PACIENTE

“Relación entre la Emoción Expresada y la Comorbilidad Psiquiátrica en pacientes con Esquizofrenia”

Se le invita a participar en un estudio de investigación en el Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente Muñiz” a través del Departamento de Rehabilitación en Esquizofrenia, estoy enterado que éste estudio requiere de mi consentimiento voluntario, por lo que debo leer cuidadosamente la siguiente información y preguntar o aclarar mis dudas, preguntando todo aquello que no entienda claramente.

Estoy enterado que el propósito de este estudio es identificar los niveles de emoción expresada por parte de los familiares de pacientes con diagnóstico de esquizofrenia.

Que se valorara si además de contar con el diagnóstico de esquizofrenia, cuento con algún otro diagnóstico de enfermedad psiquiátrica, para lo cual se me realizará una entrevista llamada CIDI, la cual es una entrevista estructurada que está dirigida a evaluar otros diagnósticos psiquiátricos tomando en cuenta definiciones y criterios ya establecidos, con la finalidad de valorar si el contar con otros diagnósticos influye en la emoción expresada por parte de mi familiar.

Estoy informado de que la Emoción Expresada se refiere a las actitudes del familiar hacia el paciente, tales como comentarios críticos, hostilidad y sobreinvolucramiento emocional, las cuales se han visto como un importante predictor de recaídas y se ha estudiado principalmente en pacientes con esquizofrenia.

Mi participación consistirá en una entrevista médico-psiquiátrica aplicada por el entrevistador, la cual no tendrá ningún costo para mí.

Mi participación en el estudio es voluntaria y en el caso de que yo no desee participar en ella, podré abandonar el estudio sin que de ninguna manera afecte negativamente la calidad de la atención médica que recibo en esta Institución.

Beneficios: Mi participación en el estudio no tendrá un beneficio directo sobre mí, pero la información obtenida ayudará en gran medida a tener mayor conocimiento de los trastornos que me aquejan para poder ser atendido de una manera más completa.

Confidencialidad: La información que sea proporcionada tendrá un carácter estrictamente confidencial. Mi identidad no será revelada en ninguna referencia del estudio o en sus resultados. Con el propósito de salvaguardar mi anonimato, a mis datos se les asignará un código numérico, de tal manera que sólo el investigador responsable y otros investigadores que pudieran estar involucrados podrán tener acceso al identificador correspondiente.

La información que le brinde al investigador en ningún momento será comunicada a otra persona ajena a este estudio. La confidencialidad puede romperse en caso de que la información otorgada por el paciente ponga en peligro su vida o la de alguna otra persona, en este caso se le informará al familiar responsable y al médico tratante.

Molestias y riesgos: Entiendo que el contestar la evaluación clínica es posible que se traten temas sensibles, que me puedan ocasionar alguna molestia o inestabilidad leve, también podría detectarse alguna alteración y acepto que en caso de que se identifique cualquier síntoma se me informe, para poder recibir atención psiquiátrica pertinente.

Contacto: Si tengo alguna pregunta, puedo contactar a los investigadores responsables de este estudio, a la Dra. Cynthia Daniela Cruz Florín al teléfono celular 55 59 53 17 44 o al correo electrónico cynthiad1979@hotmail.com o con la Dra. Leonila Rosa Díaz Martínez en el Departamento de Rehabilitación del Instituto Nacional de Psiquiatría.

Consentimiento y firmas: He hablado directamente con el investigador clínico responsable y me ha contestado todas mis preguntas en términos que he podido entender. Además, entiendo que en cualquier momento puedo consultarlo para aclarar dudas que me pudieran surgir durante el transcurso del estudio.

Entiendo que es mi derecho el tomar la decisión de suspender en cualquier momento mi participación en el estudio, sin que esto tenga consecuencias en mi cuidado médico. La información, que no conste en mi expediente, será destruida en el momento que yo decidiera no participar en el estudio.

He leído la hoja de información y entiendo de qué se trata el estudio, de tal manera que acepto participar voluntariamente.

Firma del Paciente.

Fecha.

Nombre del Paciente.

Firma del investigador.

Fecha.

Nombre del investigador.

Testigo 1.
Nombre y firma.

Testigo 2.
Nombre y firma.

México D.F. a ____ de _____ del ____.

ENCUESTA EXPERIENCIA DE LA FAMILIA INMIGRANTE

Visualiza el cuestionario
 (Muestra el nombre de la familia)

Fecha: _____
 Año: _____
 Día: _____

PRESENTACIÓN

Este cuestionario tiene como objetivo evaluar las experiencias que usted tiene cuando vive en un país diferente al de su país de origen. El cuestionario está dividido en 6 partes. En esta primera parte se evaluará la capacidad de adaptación que usted tiene a la familia de su país de origen y cómo se adapta a la familia de su país de destino.

Instrucciones:

Por favor, seleccione una (X) dentro del recuadro que corresponde a su respuesta. Marque dentro de la casilla que le sigue las opciones:

- Si **NUNCA** le sucede de una vez al mes: marque con una (X) en el recuadro **NUNCA**.
- Si **Ocasionalmente** le hace pocas veces: en tal caso, póngale una (X) en el recuadro **NUNCA**.
- Si le **hace más veces o frecuentemente** en este caso póngale una (X) en el recuadro de **CASI SIEMPRE**.
- Si **siempre** o **muy a menudo**: marque una (X) en el recuadro **SIEMPRE**.

	NUNCA Nunca o una vez al mes	CASI NUNCA Ocasional veces	CASI SIEMPRE Frecuente más de una vez	SIEMPRE Siempre
1.- Cuando voy a mi familia en mi país de origen me acuerdo de ir a visitarlos para que ayude en casa.				
2.- Voy en cualquier momento de que a donde voy a mi familia lo hago frecuentemente.				
3.- Cuando mi familia se desentende de su cuidado yo de su higiene me es indiferente.				
4.- Si me desesperación tengo a él por las cosas que yo hago.				
5.- Cuando a mi familia que se esfuerza por adaptarse a las maneras de la casa igual que los demás.				
6.- Me es imposible olvidar mi sufrimiento cuando estoy con mi familia en mi país.				

	NUNCA Nunca de una vez a vez	CASI NUNCA Casi nunca	CASI SIEMPRE Casi siempre	SIEMPRE Siempre
7.- La indiferencia de mi familia hace que aumenten los problemas que existen en la casa.				
8.- Cuando mi familia trabaja recibes algo en casa, por lo menos.				
9.- Entre otros atributos al poco interés de mi familia por el tiempo de las preocupaciones.				
10.- Desde que se inició la enfermedad de mi familia, largo que existo siempre.				
11.- Siento que hago todo por mi familia enferma porque no sabe lo contrario.				
12.- Mi familia no hace nada por sí sola, sin embargo yo soy melián.				
13.- Las responsabilidades que me toco son menores por culpa de mi familia enferma.				
14.- Mi responsabilidad es hacer que mi familia pueda tener tranquilidad en casa.				
15.- Cuando converso con mi familia respecto a la enfermedad por lo común de mi preocupación.				
16.- La indiferencia que siento hace que yo la siento.				
17.- Cada vez que puedo lo hago en casa todo lo que yo hago hacer a mi familia enferma.				
18.- Me siento cuando veo a mi familia desahogada.				
19.- Por la enfermedad de mi familia, frecuentemente me aparto.				

	NUNCA Nunca de una vez al mes	CASI NUNCA Quasiel mes	CASI SIEMPRE Frecuente para su ocupación	SIEMPRE Siempre
10.- Dejo a mi familiar sólo por su cuenta.				
21.- Él sabe que la contabilidad de mi familiar, sólo es contable indefinidamente, me gusta y me fascina.				
22.- Trabajo de vez en cuando con mi familia.				
23.- Por la tranquilidad de mi familia prefiero permanecer a mi paciente encerrado en su celda.				
24.- Constantemente trabajo que estar advirtiéndolo a mi familiar para prevenir las imprudencias que pueda cometer.				
25.- Le atrevo a las cuestiones técnicas de mi familiar me han llegado a causar tanto que siento ganas de intervenir o pedirle que se vaya a otro lado.				
26.- En casa estoy al pendiente de lo que pueda suceder en mi familiar tal vez.				
27.- Me da coraje que mi familiar no entienda claramente lo que quiero decir.				
28.- Ya tiene un problema por mi familiar entonces, es un problema.				
29.- A pesar de que es lo digo, me da coraje cuando mi familiar entonces no se da cuenta que lo que hago es ayudar.				
30.- Prefiero hacerle sentir vergüenza a mi familiar enfermo para que deje de hacer algunas cosas desagradables.				

