



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

FACULTAD DE MEDICINA

INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA

“RAMÓN DE LA FUENTE MUÑIZ”

Relación entre el nivel de la emoción expresada por el familiar cuidador primario informal y el consumo de sustancias de pacientes con diagnóstico de Esquizofrenia en el Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente Muñiz”.

TESIS QUE PRESENTA

Mariana Paulina Escalona León

Para obtener el diploma en la especialidad médica de

PSIQUIATRÍA

ASESORIA DE TESIS

Tutor Metodológico: Dra. María Luisa Rascón Gasca.

Tutor Teórico: Dr. Ricardo Arturo Saracco Álvarez.

Ciudad de México, Julio de 2018.



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

Dedicatoria

Esta tesis se la dedico a mi madre María Guadalupe León Pérez, quien en sueños cuidó de ella.

A mi padre, David Escalona Sosa, quien engañó a la muerte para darme educación.

Al resto de mi familia, especialmente a mis hermanos Andrea y David, y a mi sobrino Alejandro.

“...y bendice a Dios, que le ha dado dos riquezas de que carecen muchos ricos.

El trabajo que le hace libre y la inteligencia que le hace digno”.

Los miserables, Víctor Hugo.

Agradecimientos

A la Dra. María Luisa Rascón Gasca, por su apoyo, enseñanza e incansable paciencia durante la realización de esta tesis. Un ejemplo de ser humano e inspiración para continuar en la labor de la atención a las familias.

Al Dr. Ricardo Arturo Saracco Álvarez, por su confianza, enseñanza y apoyo emocional durante la realización de esta tesis. Gracias por ser un gran maestro de la fenomenología de los trastornos psicóticos.

Al Dr. Lino Palacios Cruz, por su gran apoyo, enseñanza y orientación en la realización de esta tesis. Gracias por ser la voz de mi conciencia científica y motivarme a continuar en el camino de la investigación clínica.

Mi agradecimiento a todos los integrantes de la clínica de la Esquizofrenia del Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente Muñiz” por facilitarme la realización de este proyecto, especialmente al Dr. Mauricio Rosel Vales y al Dr. Ricardo Ríos Flores.

Mis agradecimientos al grupo de investigación PROMETEO, especialmente a Adriana, Frinne, Gerardo y Karla, gracias por sus ideas y orientación en este trabajo.

A la Fundación Carlos Slim mi agradecimiento por su apoyo y confianza.

ÍNDICE

- a. Resumen
- b. Abstract
- c. Antecedentes
 - 1. Esquizofrenia
 - 2. Emoción Expresada
 - 3. Consumo de sustancias y Patología Dual
 - 4. Consumo de sustancias, esquizofrenia y emoción expresada.
- d. Justificación y planteamiento del problema
- e. Pregunta de investigación
- f. Objetivos
 - i. Objetivos General
 - ii. Objetivos Específicos
- g. Hipótesis
 - i. Hipótesis nula
 - ii. Hipótesis alterna
- h. Metodología
 - i. Diseño del Estudio
 - ii. Muestra
 - 1. Criterios de inclusión
 - 2. Criterios de exclusión
 - 3. Criterios de eliminación
- i. Variables e instrumentos de evaluación
- j. Procedimiento
 - i. Grupos y subgrupos
 - ii. Flujograma
- k. Análisis Estadístico
- l. Consideraciones éticas
- m. Resultados
- n. Discusión
- o. Consideraciones y limitaciones
- p. Conclusiones
- q. Bibliografía.
- r. Anexos.

a. Resumen

Introducción: La emoción expresada (EE) por los familiares se ha estudiado desde la década de 1960, identificándola como un factor de riesgo de recaídas y de peor pronóstico de la enfermedad, pero poco se ha investigado sobre su relación con el consumo de sustancias en pacientes con esquizofrenia.

Objetivo: Determinar la relación entre el nivel de emoción expresada por el Familiar Cuidador Primario Informal y el patrón del consumo de sustancias en pacientes con diagnóstico de Esquizofrenia en el Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente Muñiz”.

Materiales y métodos: El diseño del estudio fue de tipo descriptivo, analítico y transversal. La población del estudio consistió en 86 duplas paciente/familiar que asistieron a tratamiento en el momento del estudio en los servicios ambulatorios del INPRFM. La EE se midió en cuidadores utilizando el Cuestionario–encuesta, evaluación del nivel de Emoción Expresada (CEEE) y el consumo de sustancias en los pacientes utilizando la Prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST).

Resultados: Encontramos una asociación entre la actitud de crítica alta de los cuidadores con el consumo de riesgo alto de alcohol, tabaco y cannabis en los pacientes, la asociación siguió siendo significativa después de controlar por sexo, horas de interacción familiar, años con la enfermedad, tipo de antipsicótico, polifarmacia, gravedad de los síntomas y relación familiar con el paciente. No encontramos una asociación significativa entre la EE y el resto de sus componentes (sobreprotección y hostilidad) con el consumo de las sustancias.

Conclusiones: Un ambiente familiar caracterizado por una crítica alta puede ser un factor de riesgo para el abuso de sustancias. Otros estudios deberían investigar la dirección de esta asociación. Las intervenciones familiares dirigidas a reducir la actitud de crítica de los familiares pueden beneficiar el tratamiento del consumo de sustancias en los pacientes con esquizofrenia.

Palabras clave: Emoción expresada, esquizofrenia, consumo de sustancias, familias, crítica.

b. Abstract

Background and Aims: Expressed emotion by relatives has been studied since the 1960s, identifying it as a risk factor for relapse and a worse prognosis of the disease, little has been investigated about its relationship with substance use in users with schizophrenia.

Objectives: To determine and compare the relationship between the level of Expressed Emotion (EE) by the Informal Primary Caregiver (IPC) and substance use (SU) in users diagnosed with schizophrenia.

Materials and Methods: Descriptive, analytical and transversal study. The study population consisted of 86 user/IPC pairs attending treatment at the time of the study in the outpatient services at the INPRFM. EE was measured in caregivers using the Questionnaire for Measuring the Level of Expressed Emotion and substance use in users using the Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test.

Results: We found an association between caregivers' attitude of criticism and alcohol, tobacco and cannabis misuse in users diagnosed with schizophrenia, the association remained significant after controlling for gender, severity of symptoms, and other variables of the disease. We didn't find a correlation between EE and the rest of its components (Over-involvement and hostility) with substance misuse.

Conclusions: A family environment characterized by high criticism may be a risk factor for substance abuse. Further studies should investigate the direction of this association. Family interventions for reducing the attitude of criticism may benefit the treatment of substance use in users of this population.

Keywords: Expressed emotion, schizophrenia, substance use, families, criticism.

c. ANTECEDENTES:

1. ESQUIZOFRENIA.

La esquizofrenia afecta del 1 al 1.5% de la población mundial, en México se estima una prevalencia del 0.7 al 2%. Las características principales de la esquizofrenia son los síntomas positivos y negativos que guardan una estrecha relación con el deterioro psicosocial (1).

La esquizofrenia es una enfermedad compleja que no puede explicarse por un factor único, ya sea genético o ambiental, por lo que dichos factores se han integrado en un modelo Diátesis-Estrés propuesto por Rosenthal y colaboradores en el año 1970, que postula la presencia de una vulnerabilidad específica para la esquizofrenia (diátesis), la cual puede ser precipitada por distintos factores ambientales (estrés), (2).

En relación al componente genético se ha reportado la existencia de múltiples anomalías cromosómicas, sin embargo, no ha sido posible encontrar un gen candidato de alta confiabilidad; la existencia de múltiples loci asociados con la vulnerabilidad de la esquizofrenia sugiere que esta enfermedad es causada por la interacción entre diferentes componentes genéticos y factores ambientales. Los factores ambientales incluyen la exposición al virus de la influenza durante el embarazo, desnutrición en el embarazo, complicaciones obstétricas, consumo de tabaco durante el embarazo y las complicaciones obstétricas (2). Por esta razón se propone hoy en día a la esquizofrenia como un trastorno del neurodesarrollo.

La esquizofrenia entonces, se considera un trastorno con un curso característico y una etiología diversa; es la psicosis más frecuente en la población general, su concepto y categorización tienen precedentes importantes en distintos autores desde Morel, Kraepelin, Bleuler y Schneider. La esquizofrenia es un síndrome de etiología aún desconocida que se caracteriza por la presencia de alteraciones cognitivas, emocionales, de la percepción, del pensamiento y de la conducta, además cursa con alteraciones estructurales del encéfalo y funcionales que pueden visualizarse en las pruebas de neuroimagen (3). El diagnóstico de esquizofrenia se establece actualmente mediante los Criterios del DSM 5 (en inglés *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*) y de la CIE 10 (Clasificación Internacional de Enfermedades de la Organización Mundial de la Salud), que son las clasificaciones actuales más utilizadas y aceptadas a nivel mundial.

Los criterios (resumidos) para el diagnóstico de la esquizofrenia de acuerdo a los Criterios del DSM 5 (2014) (4) son los siguientes:

Criterio A: Dos (o más) de los síntomas siguientes, cada uno de ellos presente durante una parte significativa de tiempo durante un período de un mes (o menos si se trató con éxito). Al menos uno de ellos has de ser [1], [2] o [3]:

1. Delirios.
2. Alucinaciones.
3. Discurso desorganizado.
4. Comportamiento muy desorganizado o catatónico.
5. Síntomas negativos (expresión emotiva disminuida o abulia).

Criterio B: Durante una parte significativa del tiempo desde el inicio del trastorno, el nivel de funcionamiento en uno o más ámbitos principales, como el trabajo, las relaciones interpersonales o el cuidado personal, está muy por debajo del nivel alcanzado antes del inicio.

Criterio C: Los signos continuos del trastorno persisten durante un mínimo de seis meses.

Criterio D: Se han descartado el trastorno esquizoafectivo y el trastorno depresivo o bipolar con características psicóticas.

Criterio E: El trastorno no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia o a otra afección médica.

Criterio F: Si existen antecedentes de un trastorno del espectro del autismo o de un trastorno de la comunicación de inicio en la infancia, el diagnóstico adicional de esquizofrenia sólo se hace si los delirios o alucinaciones notables, además de los otros síntomas requeridos para la esquizofrenia, también están presentes durante un mínimo de un mes (o menos si se trató con éxito).

Es entonces que podemos entender a la esquizofrenia como una enfermedad compleja, con múltiples manifestaciones, que afectan al individuo en su totalidad. La esquizofrenia es uno de los trastornos mentales que producen más dificultades a nivel familiar (5). El efecto negativo de la enfermedad generalmente recae en quienes la padecen y en las personas que conviven con ellas. Cuando algún miembro de la familia tiene esquizofrenia se afecta gravemente la dinámica familiar, generando las circunstancias de la enfermedad situaciones negativas, con dificultad en la relaciones familiares y empobrecimiento de la calidad de vida y

funcionamiento familiar, lo que aumenta el nivel de estrés y lo convierte en un factor de angustia tanto para el paciente como para su familia, llegando a considerarse un factor de riesgo para recaídas, exacerbación de los síntomas y rehospitalizaciones.

Todo lo anterior conlleva a que el paciente en algún momento de su vida requiera de una o varias personas que se hagan cargo de su cuidado y atención por un periodo no determinado (5).

2. EMOCIÓN EXPRESADA.

En la década de 1950, con el advenimiento de los antipsicóticos como la Clorpromazina que permitió la desinstitutionalización de los pacientes crónicos con esquizofrenia de los hospitales psiquiátricos y manicomios, se observó que el riesgo de recaída de un episodio psicótico fue menor en personas dadas de alta a vivir solas que en los que regresaron con su pareja o padres, lo cual fue considerado posteriormente como un predictor ambiental de recaída que empobrecía el pronóstico de estos sujetos. En base a lo anterior se llevaron a cabo numerosos estudios en los que se evaluó el ambiente familiar entre los sujetos dados de alta y se demostró la influencia de un “ambiente estresante”, que influía en el pronóstico del paciente y su riesgo de recaída (Brown et al, 1962) (7). Siguiendo esta línea de investigación numerosos estudios estuvieron centrados en el curso de la esquizofrenia más que en su etiología, proponiendo que había una relación entre las condiciones de vida a las que regresaban los pacientes tras ser dados de alta en el hospital y el riesgo de sufrir una recaída, independientemente de otros factores como el tiempo con la enfermedad, tipo de sintomatología o severidad del episodio previo (Brown et al, 1962, 1972) (7,8); sin embargo muchas interrogantes emergieron en cuanto a las características de este nuevo fenómeno y de la manera en la que debía ser abordado para su mejor comprensión, tal vez una de las interrogantes más importantes, fue la de definir y delimitar el constructo, así como la de elaborar con la metodología adecuada una herramienta para la entrevista familiar que contará con la suficiente validez y confiabilidad.

En 1966, George Brown y Michael Rutter se dieron a la tarea de crear un inventario dirigido al estudio del familiar, el cual marcaría uno de los primeros precedentes y en el cual realizaron 3 mediciones principales (9):

1. Calificación de la expresión real de sentimientos hacia el familiar (ej. Críticas).
2. Medición de la frecuencia de las actividades en el hogar (ej. Peleas).
3. Calificación general de la relación, basado en todo el material realizado en la entrevista (ej. tensión en el hogar).

En el año de 1972 Brown et al, publicaron por primera vez un estudio longitudinal realizado en el periodo de febrero de 1966 a agosto de 1968 en Londres, Reino Unido; en el cual llevaron a cabo de ocho a diez valoraciones, en las cuales se evaluaron la condición clínica del paciente, variables sociales y se entrevistaron a los familiares (cónyuge o familiares más cercanos) de manera controlada, la entrevista no sólo se basaba en los hechos ocurridos antes de la hospitalización, sino también en los *sentimientos* expresados durante la entrevista hacia un miembro de la familia en particular o hacia una evento reciente, al principio la entrevista fue diseñada para obtener la descripción de la conducta del paciente y los sentimientos hacia él mostrados por su familiar, sin embargo también se incluyó una entrevista breve al paciente (*joint interview* en inglés), de esta manera se dio seguimiento y registro de hospitalizaciones, con valoraciones previas, durante y posterior a su alta (2 semanas y nueve meses después), es entonces en este artículo donde se describieron por primera vez los componentes del término “implicación emocional” (*Emotional response* en inglés), que fueron definidos como:

1. Numero de comentarios críticos hacia alguien más en el hogar, esta crítica fue definida como aquellos comentarios o aseveraciones, los cuales por la manera en que son expresados, constituyen comentarios desfavorables sobre la conducta o la personalidad del individuo a quién se refieren (se incluyó el juicio del observador, en cuanto al tono de la voz y el contenido de lo dicho, evaluando resentimiento, descalificación o desagrado).
2. Hostilidad, se determinó si estaba presente o no, dependiendo si había una observación que indicara rechazo, por ejemplo, que alguien fuese criticado por lo que era, en vez de lo que hizo.
3. Insatisfacción, que incluía cualquier expresión de insatisfacción.
4. Calidez, esto se refiere a la cantidad de calidez demostrada por el familiar hacia algún miembro de la familia (comentarios positivos), siendo tomados en cuenta la simpatía, la preocupación demostrada, el interés demostrado en la otra persona y en el compartir actividades.
5. Sobreinvolucramiento emocional, esta medida fue creada para recoger niveles inapropiados de los familiares de preocupación por el paciente (8,29).

Se observaron las relaciones entre las variables, encontrando que la hostilidad y la crítica se encontraban muy relacionadas, mientras que la calidez estaba negativamente relacionada con la crítica y la hostilidad. El sobreinvolucramiento emocional estaba positivamente relacionado con la calidez, pero sólo la mitad de los que

puntuaron altos en calidez mostraban sobreinvolucramiento, además se relacionó que el sobreinvolucramiento contaba con una relación curvilínea con la hostilidad y la crítica, ya que aquellos que mostraban un bajo y alto sobreinvolucramiento también mostraban crítica y hostilidad. Con los resultados de estas variables y con el fin de interpretar los resultados, se formaron dos grupos: Alta Emoción Expresada y Baja Emoción Expresada, es así que este estudio marcó la pauta de la definición y el abordaje de este fenómeno, y redefiniría de una forma operativa el concepto de implicación emocional y cambiaría su nombre por el de “Emoción Expresada” (EE) en el ambiente familiar, además para Brown y sus colaboradores, el componente principal de la EE fue el componente de la Crítica, sin embargo los otros componente habían demostrado utilidad para comprender la “naturaleza” de la EE. A su vez los componentes de calidez e insatisfacción, fueron excluidos (8).

Es entonces que la línea de estudio dedicada a la EE se refiere a la evaluación de la cantidad y calidad de las actitudes y sentimientos relacionados con la crítica, la hostilidad y el sobreinvolucramiento que uno de los familiares expresa acerca de un miembro de la familia diagnosticado con esquizofrenia (Rascon et al, 2008) (10). Siendo las expresiones emocionales más características de la EE los comentarios críticos, la hostilidad y el exceso de involucramiento afectivo.

3. CONSUMO DE SUSTANCIAS Y PATOLOGÍA DUAL.

El consumo de sustancias adictivas en la población psiquiátrica es mayor en comparación con la población general, abarcando del 25 al 80% (11). Se considera un diagnóstico de patología dual cuando una persona cursa con un trastorno psiquiátrico y de manera simultánea con una adicción, se ha descrito que los sujetos con Esquizofrenia tienen un mayor riesgo que la población general de presentar abuso o dependencia de sustancias a lo largo de sus vidas, ocasionando efectos negativos observados en el sujeto y en los costos en los servicio de salud (12). La patología dual puede tener efectos dramáticos en el curso clínico de los trastorno psicóticos tales como: mayores recaídas, re-hospitaliaciones, síntomas más severos, pobre adherencia al tratamiento antipsicótico, cambios marcados del humor, aumento en el grado de hostilidad e ideación suicida, así como alteraciones en otras áreas del funcionamiento incluyendo violencia, victimización, indigencia y problemas legales; por esta razón es de interés comprender la comorbilidad de la esquizofrenia con el consumo de sustancias (13).

Casi la mitad de las personas que padecen esquizofrenia también presentarían en algún punto de sus vidas, algún trastorno por consumo de sustancias; la comorbilidad afecta a los pacientes provocando un peor pronóstico y un curso de la enfermedad más tórpido. Los mecanismos que subyacen a la alta comorbilidad entre el consumo de sustancias y la esquizofrenia son poco conocidos, pero es probable que compartan factores comunes y que puede ser una consecuencia directa de la neuropatología subyacente de la esquizofrenia, de manera que contribuya a una mayor susceptibilidad a la adicción al afectar los sustratos neurales que median el refuerzo positivo (Volkow, 2009) (14).

La nicotina es por mucho la sustancia más consumida por los pacientes con esquizofrenia. Si bien esto puede ser debido en parte a su situación legal y su fácil acceso, también puede reflejar los efectos específicos de la nicotina sobre los receptores de acetilcolina nicotínicos del cerebro (nAChR). La "hipótesis de la automedicación" sugiere que fumar puede aliviar algunos de los déficits cognitivos comúnmente observados en la esquizofrenia (14). El cannabis también es consumido con frecuencia por los pacientes esquizofrénicos, y se asocia con peores resultados clínicos (15).

Además, se ha identificado que el uso de sustancias como el cannabis, es un factor predictor importante de recaídas, estudios realizados en EUA estiman que el 28.9% de las personas con enfermedad mental tienen un trastorno por consumo de sustancias a lo largo de la vida, y la Esquizofrenia fue la tercera enfermedad mental con más comorbilidad con un trastorno por consumo de sustancias, así como una prevalencia de 47% a lo largo de la vida para cualquier abuso o dependencia de sustancias o alcohol en personas con Esquizofrenia o trastornos esquizofreniformes. El riesgo a lo largo de la vida para desarrollar un trastorno por consumo de sustancias a su vez fue 4.6 veces mayor para personas con Esquizofrenia que para personas sin trastornos mentales (12) (16). Esto conlleva a un impacto negativo en el curso de la enfermedad mental. Los individuos con esta comorbilidad tienen una evolución más tórpida, pobre pronóstico, más re-hospitalizaciones, menor adherencia al tratamiento, mala respuesta a los neurolepticos, mayor severidad de los síntomas con más síntomas positivos, más síntomas afectivos, más conductas violentas, trastornos de la conducta y suicidio (17).

Ambos trastornos se asocian con una mayor exposición a factores de estrés, que por un lado aumentan el consumo de drogas y por el otro exacerban los síntomas psicóticos en pacientes esquizofrénicos (15,16,17).

4. CONSUMO DE SUSTANCIAS, ESQUIZOFRENIA Y EMOCIÓN EXPRESADA.

Inicialmente la asociación entre la AEE, las recaídas y las rehospitalización, fue descrita en pacientes con esquizofrenia crónica que abandonaban los hospitales para vivir con su familiares o cónyuge, sin embargo, esta línea de investigación se ha extendido, a pacientes con jóvenes, en primeros episodios psicóticos, así como a su relación con otras variables (15).

Hasta la mitad de las personas con esquizofrenia también presentarán a lo largo de su vida algún trastorno por consumo de sustancias, esta cifra es mucho mayor que en la población general (14). Lo anterior es importante ya que esta comorbilidad se asocia a un peor pronóstico clínico que contribuye de manera significativa a su morbilidad y mortalidad (14).

En cuanto a los factores de riesgo de recaídas se han relacionado a la falta de adherencia al tratamiento, a la comorbilidad con depresión, al ambiente estresante, eventos estresantes y al uso de sustancias psicoactivas, así como otros factores asociados como una pobre consciencia de enfermedad y la alta emoción expresada por el familiar (30).

Sin embargo, al realizar una búsqueda electrónica en las bases de datos PubMed, MEDLINE en OVID, y PsycINFO para estudios publicados que relacionen dos de los factores de riesgo de recaídas más importantes, como lo son la alta emoción expresada en el familiar y el consumo de sustancias por el paciente con esquizofrenia, únicamente se encontró un estudio descriptivo y longitudinal, realizado en la Universidad de Melbourne, por González Blanch y colaboradores en el año 2014, el cual describió la asociación encontrada entre la AEE en familiares de pacientes adolescentes, posterior a cursar su primer episodio psicótico y su correlación con el consumo de cannabis de los pacientes, encontrando que aquellos adolescentes que regresaron a ambientes familiares con alta emoción expresada aumentaron su consumo de cannabis, siendo este aún mayor cuando se relacionaba con un mayor grado de crítica por parte de sus familiares (15).

d. JUSTIFICACIÓN Y PLANTEAMIENTO DE PROBLEMA:

Los pacientes con esquizofrenia son particularmente vulnerables al consumo de sustancias, ocasionando en esta población un mayor deterioro en todas las esferas psicosociales. El consumo de sustancias, es un factor de riesgo bien establecido para el inicio o exacerbación de síntomas psicóticos en esta población, se ha relacionado el consumo de algunas sustancias como el cannabis con la gravedad del cuadro clínico y un curso de la enfermedad más tórpido.

Las familias juegan un rol importante en el curso de la enfermedad, en el apego a tratamiento, en la recuperación y en las recaídas de los trastornos psicóticos. La emoción expresada por los familiares es un fenómeno que se ha estudiado desde la década de 1960 (7, 8), identificándolo como un factor de riesgo de recaídas en los pacientes, asociado a un mayor número de hospitalizaciones, peor curso y pronóstico de la enfermedad. Sin embargo, poco se ha investigado sobre su relación con el consumo de sustancias en pacientes con esquizofrenia (patología dual).

La emoción expresada, continúa siendo un tema de relevancia y que amerita mayor investigación, ya que considera al propio ambiente familiar, el cual puede llegar a ser un componente de estrés crónico en pacientes con esquizofrenia e influir en el curso de la enfermedad y en sus comorbilidades, incluida la patología dual.

Hasta la fecha, existe únicamente una investigación que estudió y estableció la relación entre el consumo de sustancias (CS) en pacientes y la emoción expresada (EE) en familiares de pacientes con esquizofrenia (15), por lo que es fundamental describir las asociaciones entre estos tres fenómenos, estudiándolos en conjunto y describiendo su interacción e influencia. Además, es el primer estudio propuesto en nuestro país que buscara la relación entre estos factores.

e. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN:

¿Qué relación existe entre la emoción expresada por el Familiar Cuidador Primario Informal y el patrón de consumo de sustancias de los pacientes con esquizofrenia?

f. OBJETIVOS

OBJETIVO PRINCIPAL:

Determinar la relación entre el nivel de emoción expresada por el Familiar Cuidador Primario Informal y el patrón del consumo de sustancias en pacientes con diagnóstico de Esquizofrenia en el Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente Muñiz”.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

1. **Describir** las características clínicas y sociodemográficas de los pacientes con diagnóstico de esquizofrenia y de sus familiares cuidadores primarios informales (FCPI).
2. **Comparar** entre los dos grupos de la Emoción expresada (Alta y baja) las principales características clínicas y sociodemográficas de los usuarios y de los FCPI.
3. **Comparar** los patrones del consumo de sustancias (bajo-moderado y alto) entre los dos grupos de emoción expresada por el FCPI (Alta y baja).
4. **Establecer** si el patrón de consumo por sustancia, ajustado por sexo, edad y características clínicas predice la presencia de emoción expresada alta, de manera global y por componente (crítica, sobreprotección y hostilidad).
5. **Determinar** si los patrones de consumo de las sustancias, en presencia de sexo, edad, gravedad de la enfermedad y otras variables de la enfermedad, predicen la gravedad del consumo de sustancias.

g. HIPÓTESIS

Hipótesis Nula:

Los pacientes con diagnóstico de esquizofrenia y con familiares cuidadores primarios informales que muestren alta emoción expresada, no tendrán mayor consumo de sustancias, en comparación con aquellos que cuenten con familiares con una baja emoción expresada.

Hipótesis Alterna:

Los pacientes con diagnóstico de esquizofrenia y con familiares cuidadores primarios informales que muestren alta emoción expresada, tendrán mayor consumo de sustancias, en comparación con aquellos que cuenten con familiares con una baja emoción expresada.

h. METODOLOGÍA.

Diseño del estudio: El estudio será de tipo descriptivo, analítico y transversal.

Muestra y población del estudio: Se empleó una muestra no probabilística y por conveniencia. La población de estudio consistió en 86 duplas paciente/familiar atendidos y recibiendo tratamiento al momento del estudio en el Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente Muñiz” en los servicios de Consulta Externa y de la Clínica de Esquizofrenia, que aceptaron participar y cumplieron con los criterios de inclusión.

Criterios de Inclusión

Pacientes del sexo femenino o masculino de entre 18 y 60 años de edad, con diagnóstico de esquizofrenia realizado por un médico psiquiatra de acuerdo a los criterios establecidos del DSM-5, con tiempo de evolución igual o menor a 10 años de evolución o ser considerados como pacientes crónico estables sin deterioro cognitivo mayor, con o sin consumo de sustancias en el presente y/o en el pasado, que acepten participar y que cuenten

con un familiar responsable (FR) que acepte de igual manera ser entrevistado para este estudio, siendo requisito indispensable que el FR cohabite con el paciente (por al menos durante el último año); y que de preferencia esté a cargo de su manutención y cuidado.

Criterios de exclusión

Pacientes que no reúnan alguno de los criterios de inclusión, pacientes con diagnóstico de esquizofrenia resistente a tratamiento (Definido por los criterios de Kane), pacientes con síntomas de catatonia, pacientes con deterioro cognitivo importante (ej. Trastorno neurocognitivo mayor), pacientes que se encuentren recibiendo terapia electroconvulsiva, pacientes que cursen con comorbilidades médicas psiquiátricas y no psiquiátricas importantes o graves en el momento del estudio y que sean la principal causa de atención, pacientes con diagnóstico de patología dual ya establecido y que hayan o estén recibiendo tratamiento o intervención específica para el consumo de sustancias, todo paciente que no acepte participar o cuyos familiares no deseen participar en el estudio. Se excluirán además, a los pacientes cuyos familiares responsables sean menores de 18 años, no cohabiten con el paciente y/o reciban tratamiento en servicios de salud mental al momento del estudio.

Criterios de eliminación

Participantes que decidan suspender su participación en el estudio en cualquier momento del mismo. Se excluirán a los participantes que por alguno motivo no puedan continuar la entrevista. Se excluirán a los participantes cuyas encuestas autoaplicadas se encuentren incompletas.

i. DEFINICIÓN CONCEPTUAL Y OPERACIONAL DE LAS VARIABLES CON INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN.

Familiar Cuidador Primario Informal (FCPI)

El término Familiar Cuidador Primario Informal (FCPI), propuesto por Rascón y colaboradores en el año 2010, se refiere a la persona que se hace cargo de proveer atención y asistencia al enfermo y guarda una relación familiar directa con el paciente, sean los padres, el cónyuge, los hijos o los hermanos; es informal porque no reciben capacitación para brindar los cuidados al paciente. En el FCPI es sobre quien recaen las responsabilidades y tareas del cuidado del enfermo, las cuales pueden alterar su equilibrio (6).

Se medirá con las siguientes preguntas pertinentes:

¿Cuál es relación con el paciente?

- Cónyuge
- Madre/Padre
- Hija/o
- Hermana
- Otra.

¿El paciente y usted habitan en el mismo hogar?

- Sí
- No

¿Participa usted en el cuidado y/o manutención del paciente?

- Sí
- No

¿Usted es responsable en su mayor parte del cuidado del paciente?

- Sí
- No

¿Ha recibido o se encuentra recibiendo capacitación especial para el cuidado del paciente?

- Sí
- No

¿Recibe algún tipo de pago o remuneración por su atención y/o cuidado del paciente?

- Sí, Describa de que tipo _____
- No

Cuestionario–encuesta, evaluación del nivel de Emoción Expresada (CEEE)

La Emoción expresada se refiere a la evaluación de la cantidad y calidad de las actitudes y sentimientos relacionados con la crítica, la hostilidad y el sobreinvolucramiento que uno de los familiares expresa acerca de un miembro de la familia diagnosticado con esquizofrenia. Mediante el Cuestionario–encuesta, evaluación del nivel de Emoción Expresada (CEEE), es medida y clasificada en: Alta y baja (9).

El Cuestionario–encuesta, evaluación del nivel de Emoción Expresada (CEEE), fue elaborado por Guanilo y Seclén en el año 1993, se trata de un instrumento aplicado al familiar responsable, el cual se encuentra estructurado conformado por 30 reactivos que miden crítica, sobreprotección y hostilidad, cada componente está formado por 10 reactivos (17,18). 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 (10,19). 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: 0.7293 (10,19).

El cuestionario CEEE se califica 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*) (18,26).

Prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST)

La prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST, por sus siglas en inglés), fue desarrollada por un grupo internacional de investigadores y médicos especialistas en adicciones bajo el auspicio de la Organización Mundial de la Salud (OMS), consiste en un cuestionario en versión de papel y lápiz dirigido a los usuarios de sustancias y que debe ser administrado por un profesional de la salud. El cuestionario consta de ocho preguntas y llenarlo toma aproximadamente entre 5 y 10 minutos. El diseño de la prueba es culturalmente neutral, por lo que puede utilizarse en una gran variedad de culturas para detectar el consumo de las siguientes

sustancias: Tabaco, Alcohol, Cannabis, Cocaína, Estimulantes de tipo anfetamina, Inhalantes, Sedantes o pastillas para dormir (benzodicepinas), Alucinógenos, Opiáceos y otras drogas (20).

El cuestionario ASSIST indica la puntuación de riesgo para cada sustancia que el usuario informa haber consumido. Después de determinada la puntuación se inicia una conversación (intervención breve) con el usuario sobre el consumo de sustancias. La puntuación obtenida permite clasificar a los individuos según el nivel de riesgo para cada sustancia en “bajo”, “moderado” o “alto”, y en cada caso se determina la intervención más adecuada (“no tratamiento”, “intervención breve” o “derivación a un servicio especializado para evaluación y tratamiento”, respectivamente), (20,22).

- Para consumo de Alcohol se establece consumo bajo con 0-10 puntos, moderado 11 a 26 puntos y alto >27 puntos.
- Para el consumo del resto de sustancias (Tabaco, Cannabis, Cocaína, Estimulantes de tipo anfetamina, Inhalantes, Sedantes o pastillas para dormir (benzodicepinas), Alucinógenos, Opiáceos y otras drogas), se establece como: Consumo bajo de 0-3 puntos, moderado de 4 a 26 puntos y alto >27 puntos).

Asimismo, el ASSIST proporciona información sobre el consumo de sustancias a lo largo de la vida, así como el consumo y los problemas relacionados en los últimos tres meses. Además, permite identificar una serie de problemas relacionados con el consumo de sustancias, tales como intoxicación aguda, consumo regular, consumo dependiente o de “alto riesgo” y conductas asociadas con inyectarse (20,22).

El cuestionario ASSIST se encuentra validado en población mexicana por Tiburcio-Saiz et al, en el año 2016; con una muestra de 1,176 estudiantes universitarios en México; dentro de sus resultados obtuvieron un Alpha de Cronbach para las subescalas de tabaco de 0.83, para alcohol de 0.76 y de marihuana de 0.73. La subescala de alcohol obtuvo una correlación significativa con la puntuación total del AUDIT (Cuestionario de Identificación de los Trastornos debidos al Consumo de Alcohol) ($r = 0,71$). La prueba de sensibilidad y especificidad mostró que al usar una calificación de 8 como punto de corte en la subescala de alcohol se obtiene un mejor balance entre ambos indicadores (83.8% y 80%, respectivamente), así como un área bajo la curva (ROC) mayor (81.9%) (21).

Escala de Síntomas Positivos y Negativos de la Esquizofrenia (PANSS).

La Escala de Síntomas Positivos y Negativos de la Esquizofrenia (PANSS, Positive and Negative Syndrome Scale), propuesta por primera vez por Kay y cols (1987), fue diseñada para medir, entre otros fines, la severidad de la esquizofrenia (25). Consta de 30 reactivos distribuidos en cinco áreas: 8 reactivos en la subescala positiva; 7 en la subescala negativa, 7 de la subescala de síntomas cognitivos, 4 reactivos de la subescala de excitabilidad y 4 de la subescala de ansiedad/depresión. Cada pregunta se califica en grados de severidad que van de 1 a 7: 1= ausente; 2= mínimo, 3= leve, 4= moderado; 5= moderadamente severo; 6= severo; 7= extremo. El puntaje mínimo obtenido es de 30 puntos y el máximo de 210 puntos. Se considera que una puntuación de 60 o más puntos indica la presencia de una psicopatología que requiere atención. La PANSS ha mostrado tener excelentes correlaciones en las tres subescalas, y se encuentra validados en su versión español, así como en población mexicana (19,23,28).

Variables sociodemográficas de los participantes.

Mediante datos obtenidos del expediente clínico y la entrevista, se obtendrán las principales variables sociodemográficas de los participantes. Además, se corroborara el diagnóstico de esquizofrenia por un psiquiatra de acuerdo a los criterios del DSM 5. El diagnóstico se corroborará por medio de una entrevista psiquiátrica estructurada y se verificará con datos de valoraciones previas en el expediente clínico.

Tabla 1. Variables principales del estudio.

| VARIABLES ESTUDIADAS | TIPO DE VARIABLES (OPERACIONAL) | INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN |
|-----------------------|---------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Esquizofrenia | Catagórica | Criterios diagnósticos del DSM-5. Positive and Negative Symptom Scale for Schizophrenia (PANSS) |
| Emoción expresada | Catagórica | Cuestionario–encuesta, evaluación del nivel de Emoción expresada (CEEE) |
| Consumo de sustancias | Ordinal | Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST). |

Tabla 2. Variables sociodemográficas.

| Datos sociodemográficos de los pacientes con esquizofrenia | | |
|------------------------------------------------------------|---------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| VARIABLES ESTUDIADAS | TIPO DE VARIABLES (OPERACIONAL) | INSTRUMENTO DE MEDICIÓN |
| Edad | Dimensional | Entrevista/Expediente |
| Sexo | Catagórica | Hombre/Mujer |
| Estados civil | Catagórica | <ul style="list-style-type: none"> • Con pareja • Sin pareja |
| Ocupación | Catagórica | Ocupación: <ul style="list-style-type: none"> • Con remuneración • Sin remuneración |
| Años de estudio | Catagórica | <ul style="list-style-type: none"> • Secundaria completa • Secundaria incompleta |

Tabla 3. Datos demográficos del Familiar Cuidador Primario Informal del paciente con esquizofrenia.

| Datos demográficos del Familiar Cuidador Primario Informal del paciente con esquizofrenia. | | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| VARIABLES ESTUDIADAS | Tipo de variables (Operacional) | Instrumento de Medición |
| Edad | Dimensional | Entrevista/Expediente |
| Sexo | Categórica | Hombre/Mujer |
| Estados civil | Categórica | <ul style="list-style-type: none"> • Con pareja • Sin pareja |
| Ocupación | Categórica | Ocupación: <ul style="list-style-type: none"> • Con remuneración • Sin remuneración |
| Años de estudio | Categórica | <ul style="list-style-type: none"> • Secundaria completa • Secundaria incompleta |
| Relación cuidador-paciente | Categórica | <ul style="list-style-type: none"> • Cónyuge • Madre/Padre • Hija/o • Hermana/o • Otra |
| Horas de convivencia semanal entre el paciente-cuidador. | | <ul style="list-style-type: none"> • <7 horas. • Entre 7 y 22 hrs. • Entre 23 y 38hrs. • Más de 38hrs. |

Tabla 4. Variables relacionadas al curso de la enfermedad:

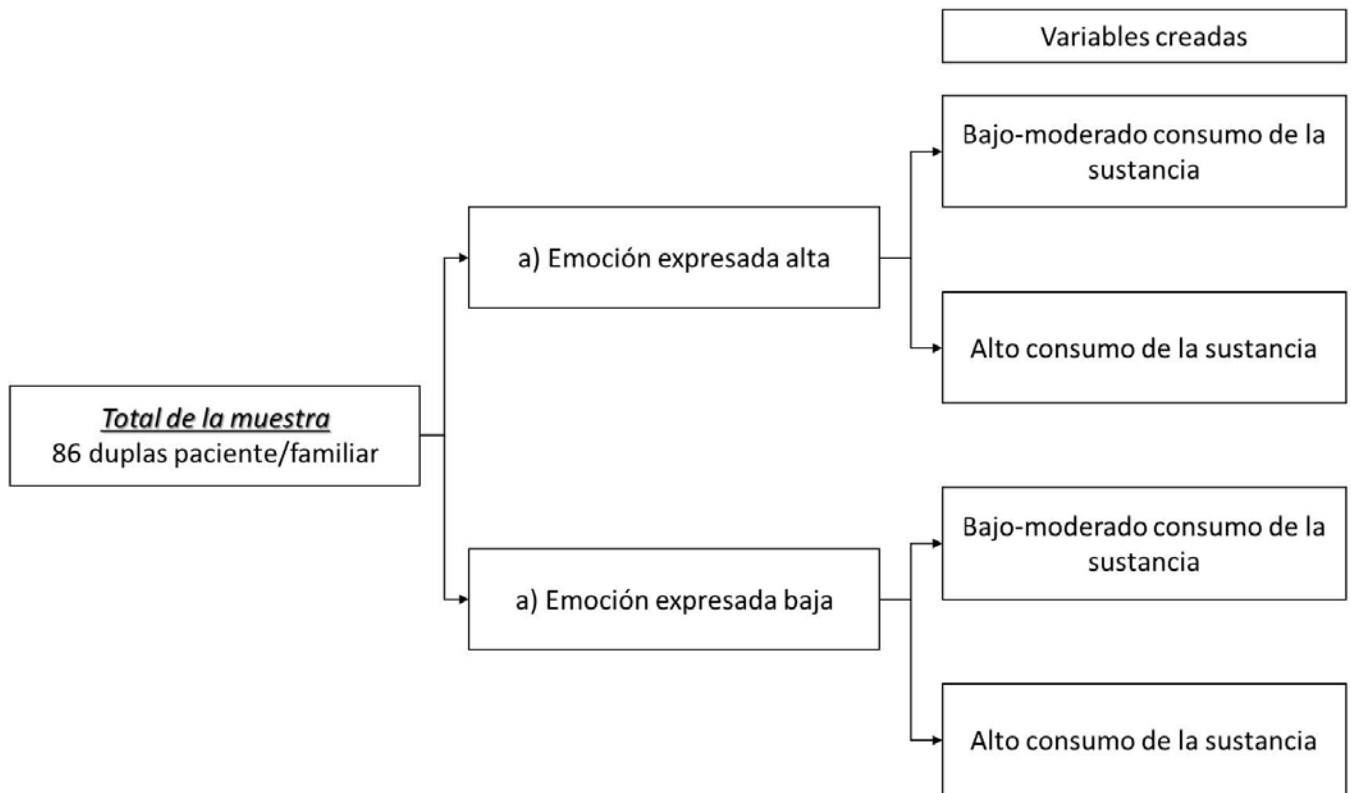
| Variables estudiadas | Tipos de variables (Conceptual) | Tipo de variables (Operacional) | Instrumento de Medición |
|--------------------------------------|------------------------------------|------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Años con la enfermedad | Interviniente | Categórica. | <10 años >10 años. |
| Gravedad de la sintomatología | Interviniente | Dimensional | Positive and Negative Symptom Scale for Schizophrenia (PANSS) |
| Número de internamientos previos. | Interviniente | Dimensional. | Numérico. |
| Tratamiento | Interviniente | Descriptiva. | <p>a) Número de medicamentos prescritos.</p> <p>b) Tipo de Antipsicótico.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Atípicos. • Típicos. <p>c) Vía de administración.</p> <p>d) Adherencia al tratamiento.</p> |

j. PROCEDIMIENTO

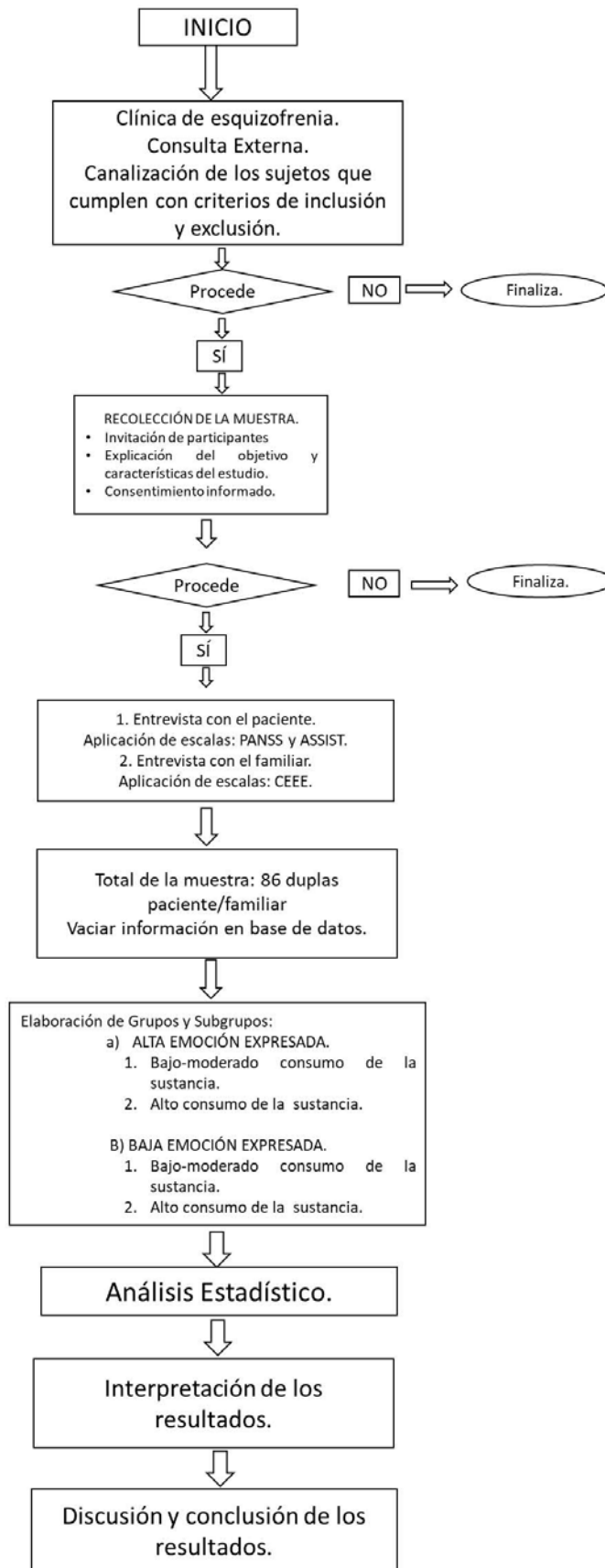
Se invitaron a los pacientes que acudieron a recibir atención psiquiátrica al momento del estudio en el Instituto Nacional de Psiquiatría "Ramón de la Fuente Muñiz", a través de los servicios de Consulta Externa y de la Clínica de Esquizofrenia, que contaron con un familiar cuidador primario informal y con los criterios necesarios para su participación; se les entregó y explicó el consentimiento informado de manera oral y escrita. En caso de que ambos aceptaran se les realizó la entrevista y la aplicación de los instrumentos correspondientes. Con el propósito de salvaguardar el anonimato, se les asignó un código numérico a los sujetos de estudio, de tal manera que sólo el investigador responsable y otros investigadores que estuvieron involucrados podían tener acceso al identificador correspondiente.

Se incluyó un total de 86 participantes, los resultados de todos los participantes fueron vaciados en una base de datos de Excel y SPSS; con los resultados que se obtuvieron de la muestra total se realizaron dos grupos, de acuerdo al nivel de Emoción Expresada con base en la puntuación total obtenida del Cuestionario-encuesta, evaluación del nivel de Emoción Expresada (alta y baja Emoción Expresada), dentro de estos dos grupos se formaron 2 subgrupos dependiendo del patrón de consumo de sustancias (bajo-moderado y alto). Los subgrupos se realizaron de acuerdo a los resultados de la Prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST).

i. Grupos y subgrupos del estudio



ii. FLUJOGRAMA



k. ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Se realizó la descripción de las características clínicas de los participantes utilizando frecuencias y porcentajes para las variables categóricas, medias aritméticas y desviaciones estándar para las variables continuas. Para el análisis bivariado, utilizamos la prueba de Chi² y a la prueba exacta de Fisher para comparar ambos grupos de EE (bajo y alto) con las variables de las características de los pacientes y del consumo de sustancias, los resultados de ASSIST se transformaron en variables dicotómicas (bajo-moderado y alto consumo por sustancia). También se realizó una regresión logística binaria. El nivel de significancia estadística se estableció con $p > 0.05$. Usamos IBM SPSS Statistics Versión 24.

I. CONSIDERACIONES ÉTICAS

Se realizó esta investigación siguiendo las normas de la Asociación Médica Mundial (AMM) de acuerdo a la declaración de Helsinki (24), se les solicitó a los participantes su consentimiento informado, el riesgo se consideró mínimo ya que la participación fue mediante la aplicación de escalas autoaplicadas y heteroaplicadas mediante una entrevista con el investigador (24,25).

La entrevista se realizó en las instalaciones del INPRF, dentro de un consultorio que contaba con el ambiente adecuado para realizar la entrevista, el cual debería ser cómodo, privado y contar con todo el equipo necesario para llevar a cabo la entrevista y el llenado de las escalas.

Se garantizó en todo momento los principios de no maleficencia, beneficencia, autonomía y justicia. Además, el paciente y sus familiares podían discutir con el responsable del estudio sobre los hallazgos de las entrevistas, recibían una retroalimentación tras la evaluación de los resultados obtenidos del estudio y en caso de identificar algún riesgo o necesidad de tratamiento se le informaba al paciente.

En caso de presentar el paciente y/o su familiar cualquier tipo de inestabilidad que ameritaba una valoración o tratamiento de urgencias, el investigador les ofrecía recibir atención en el servicio de Atención Psiquiátrica Continua, los costos generados serían cubiertos por los interesados, sin embargo, no se presentó algún caso durante la realización del estudio.

Los pacientes que decidían abandonar el estudio no tenían repercusiones para continuar su tratamiento en el INPRFM.

La participación en el estudio no representó algún costo económico hacia el paciente y su familiar, de igual manera no se retribuyó económicamente a los participantes. Las entrevistas se realizaron en manera de lo posible durante los días de citas médicas de los pacientes, con la finalidad de no requerir mayores esfuerzos en transporte por parte de los participantes.

La información que fue proporcionada tiene un carácter estrictamente confidencial. La identidad de los sujetos no será revelada en ninguna referencia del estudio o en sus resultados. Con el propósito de salvaguardar el anonimato. A los datos se les asignó un código numérico, de tal manera que sólo el investigador responsable pudo tener acceso al identificador correspondiente.

m. RESULTADOS

La muestra se conformó de 86 duplas paciente/familiar cuidador primario informal (FCPI). Con base en los resultados del CEEE se incluyeron 70 duplas en el grupo de emoción expresada alta y 16 en el grupo de emoción expresada baja. Además, con base en los resultados del ASSIT, se conformaron los subgrupos por consumo de sustancias de los pacientes, bajo-moderado consumo y alto consumo, lo anterior por cada tipo de sustancia.

Características de la muestra.

Datos descriptivos de los familiares cuidadores primarios informales (FCPI).

El 80.2% de la muestra de los FCPI fue del sexo femenino y la edad promedio fue de 55.35 años (DE 10.76), el 60.5% contaba con una pareja, hasta el 70.9% contaba con la educación secundaria completa y el 59.3% ejercía una ocupación con remuneración económica (ver tabla 1). Existió una distribución normal de la muestra con base en las variables sociodemográficas de los familiares.

Tabla 1. Datos sociodemográficos de los familiares

| Variable | \bar{X} (DE) | Frecuencia (%) |
|---------------------------------------------|----------------|----------------|
| Sexo | | |
| Mujer | | 69 (80.2) |
| Edad | 55.35 (10.757) | |
| Estado Civil | | |
| Con Pareja | | 52 (60.5) |
| Escolaridad | | |
| Secundaria completa | | 61 (70.9) |
| Ocupación | | |
| Con remuneración | | 51 (59.3) |
| Relación con el paciente | | |
| Madre | | 57 (66.3) |
| Horas de interacción con el familiar | | |
| Más de 38h/semana | | 56 (65.1) |
| Capacitación familiar | | |
| No | | 49 (57) |

- En las variables categóricas y dicotómicas, se muestra la de mayor prevalencia en la tabla.
- Secundaria completa se consideró como 9 o más años de estudios.
- n=86

Datos descriptivos de la Emoción Expresada (EE) por el FCPI.

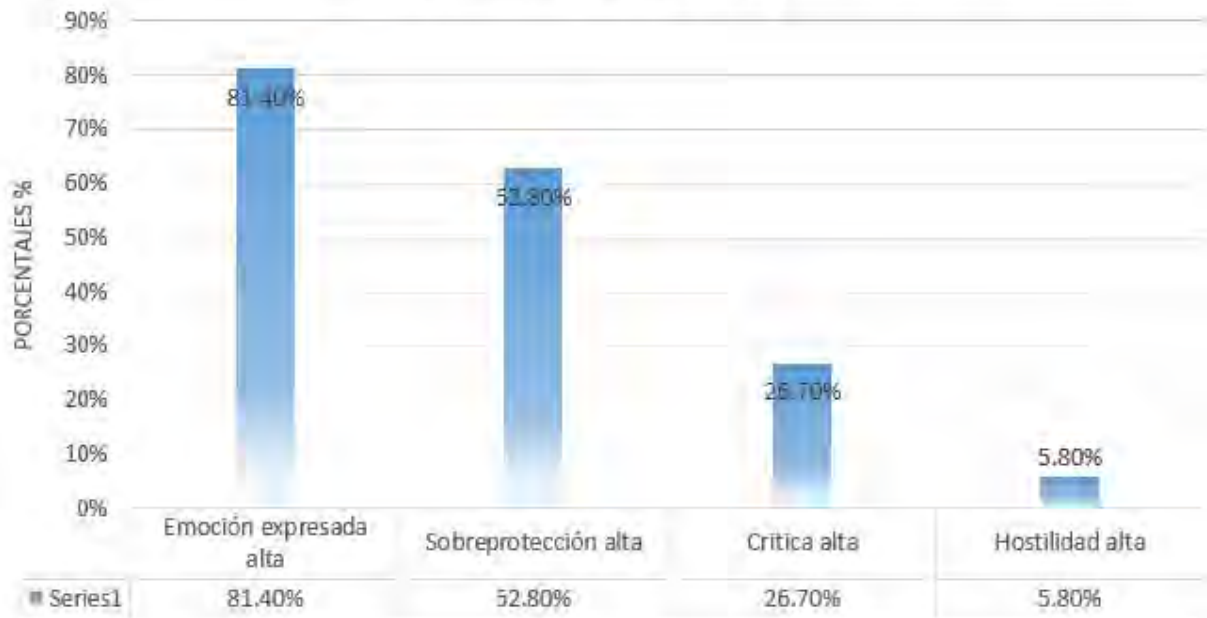
El 81.4% de los FCPI presentó emoción expresada alta (ver tabla 2). En cuanto a los puntajes por componente de la emoción expresada, el componente de la sobreprotección alta se encontró presente en el 62.8% de los FCPI, seguido de la crítica alta (26.7%) y de la hostilidad alta (5.8%) (Ver figura 1).

Tabla 2. Datos descriptivos de la emoción expresada por el familiar cuidador primario informal.

| Variable | Frecuencia | |
|--------------------------|------------|---------------|
| | n | % |
| Emoción expresada | | |
| Alta | 70 | (81.4) |
| Baja | 16 | (18.6) |
| Sobreprotección | | |
| Alta | 54 | (62.8) |
| Baja | 32 | (37.2) |
| Crítica | | |
| Alta | 23 | (26.7) |
| Baja | 63 | (73.3) |
| Hostilidad | | |
| Alta | 5 | (5.8) |
| Baja | 81 | (94.2) |

- Medido por el Cuestionario-encuesta, evaluación del nivel de Emoción Expresada (CEEE)
- n=85
- Promedio de edad del cuidador: 55.4 años (DE 10.76).
- Sexo del cuidador, mujer n=69 (80.2%).
- Relación con el paciente, madre n=57 (66.2%)

FIGURA 1. PORCENTAJES DE LA EMOCIÓN EXPRESADA ALTA Y POR COMPONENTES EN LOS FCPI DEL TOTAL DE LA MUESTRA (N=86)



- a. Medido por el Cuestionario-encuesta, evaluación del nivel de Emoción Expresada (CEEE)
- b. $n=86$
- c. Promedio de edad del cuidador: 55.4 años (DE 10.76).
- d. Sexo del cuidador, mujer $n=69$ (80.2%).
- e. Relación con el paciente, madre $n=57$ (66.2%)

Datos descriptivos de las características de los pacientes.

El promedio de edad de los pacientes fue de 32.8 años (DE 10.28), el 76.7% de los sujetos fueron hombres, en su mayoría sin pareja al momento del estudio (91.9%), con escolaridad secundaria completa (70.9%) y ejerciendo una ocupación sin remuneración económica (67.4%). La distribución de la muestra fue normal con base en las variables sociodemográficas de los pacientes.

Tabla 3. Datos sociodemográficos de los pacientes

| Variable | \bar{X} (DE) | Frecuencia (%) |
|---------------------|----------------|----------------|
| Sexo | | |
| Hombre | | 66 (76.7) |
| Edad | | |
| Edad | 32.8 (10.289) | |
| Estado Civil | | |
| Sin Pareja | | 79 (91.9) |
| Escolaridad | | |
| Secundaria completa | | 61 (70.9) |
| Escolaridad (años) | 11.27 (3.015) | |
| Ocupación | | |
| Sin remuneración | | 58 (67.4) |

- En las variables categóricas y dicotómicas, se muestra la de mayor prevalencia en la tabla.
- Secundaria completa se consideró como 9 o más años de estudios.
- n=86

Datos descriptivos del curso de la enfermedad.

En cuanto a las variables relacionadas con el curso de la enfermedad, hasta el 67.4% de los pacientes reportó menos de 10 años de evolución de la enfermedad, el promedio de años con la enfermedad fue de 7.95 (DE 6.05). El promedio de internamientos previos fue de 1.24 (DE 1.59) (Ver tabla 4). Hasta un 31.4% de los pacientes reportó polifarmacia (Más de 3 medicamentos en combinación), los antipsicóticos atípicos fueron los más recetados (84.9%), siendo la risperidona el antipsicótico más frecuentemente prescrito (42%) (Ver figura 2). La mayoría de los pacientes (75.6%) se encontraron con sintomatología global estable al momento del estudio (Puntaje total de la PANSS de 60-90 puntos), y el resto no presentó sintomatología grave que impidiera la entrevista o el llenado de los instrumentos.

Tabla 4. Datos descriptivos del curso de la enfermedad de los pacientes con esquizofrenia del total de la muestra.

| Variable | \bar{X} (DE) | Frecuencia (%) |
|-------------------------------------|----------------|----------------|
| Años con la enfermedad | 7.95 (6.05) | |
| Internamientos previos | | |
| De 0 a 2 internamientos previos | | 72 (83.7) |
| Polifarmacia | | |
| Con polifarmacia | | 27 (31.4) |
| Tipo de antipsicótico | | |
| Atípicos | | 73 (84.9) |
| Apego a tratamiento | | |
| Buen apego a tratamiento | | 77 (89.5) |
| Sintomatología general | | |
| Sintomatología estable ^d | | 65 (75.6) |

a. n=86

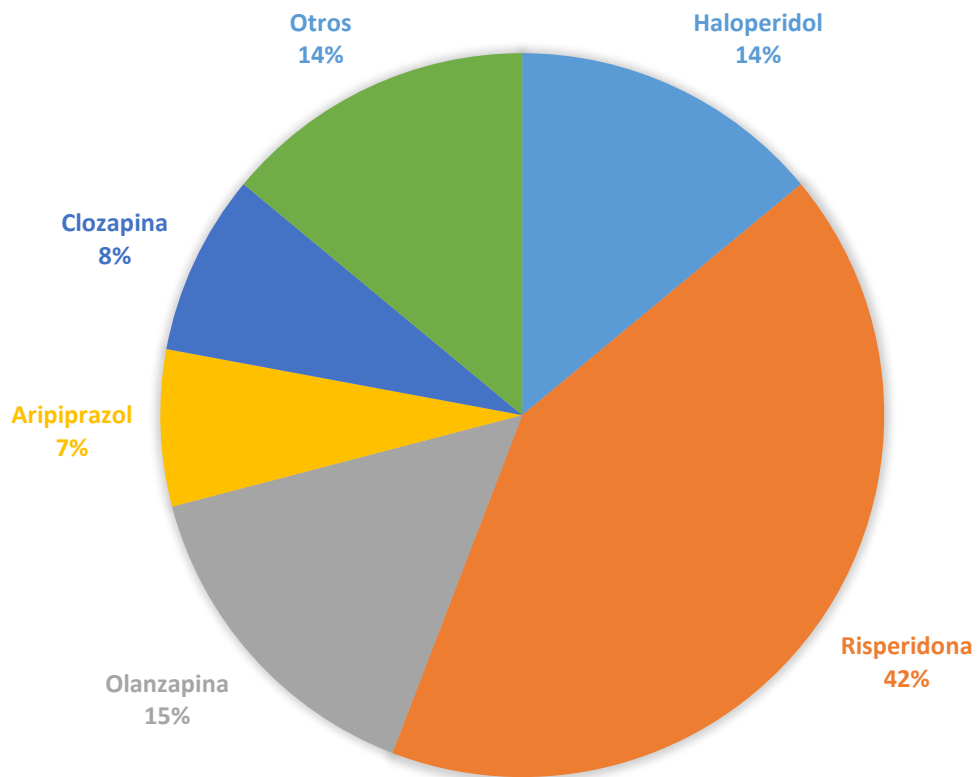
b. Polifarmacia: Más de 3 medicamentos en combinación.

c. Buen apego a tratamiento: definido como apego total a antipsicótico y a la mayoría de los psicofármacos prescritos.

d. Medido con la Escala de Síntomas Positivos y Negativos de la Esquizofrenia.

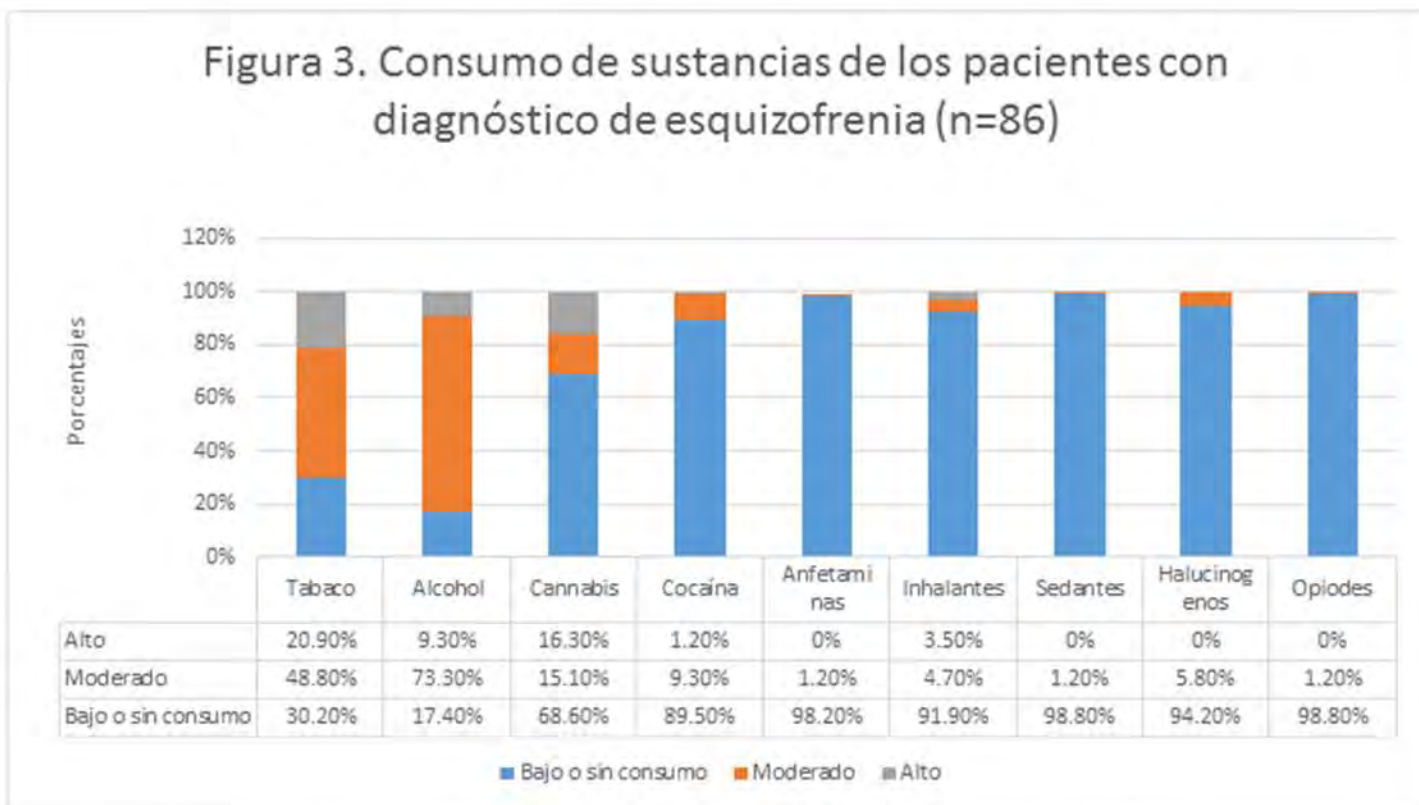
e. En las variables dicotómicas y dicotómicas, se describió la de mayor prevalencia en la tabla.

FIGURA 2. PORCENTAJES DE LOS ANTIPSICÓTICOS PRESCRITOS EN LOS PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE ESQUIZOFRENIA



Datos descriptivos del consumo de sustancias

Con respecto al patrón de consumo de sustancias, las sustancias con más frecuencia de consumo de riesgo en orden de importancia fueron: alcohol, tabaco, cannabis, cocaína, inhalantes y alucinógenos. Las tres sustancias con mayor consumo alto fueron: el tabaco (20.9%), el cannabis (16.3%) y el alcohol (9.3%). Las tres sustancias con mayor consumo moderado fueron: El alcohol (73.3%), el tabaco (48.8%) y el cannabis (15.1 %) (ver figura 3).



- Medido mediante la prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST V3.0, por sus siglas en inglés).
- Con respecto al patrón de consumo de sustancias, las sustancias con mayor frecuencia de consumo de riesgo en orden de importancia fueron: alcohol, tabaco, cannabis, cocaína, inhalantes y alucinógenos.
- En este estudio, los participantes no reportaron el consumo de drogas intravenosas.

Relación de las características sociodemográficas de los familiares con el nivel de la emoción expresada y sus componentes.

Al comparar las características sociodemográficas de los familiares con los resultados de la EE (alta y baja), no se observó ninguna asociación estadísticamente significativa (todos los valores $p > 0.05$) (Ver tabla 5). Sin embargo, al comparar las características sociodemográficas de los FCPI con los componentes de EE (crítica, sobreprotección y hostilidad), se encontró que la sobreprotección alta se asoció con el número de horas de convivencia, y la crítica alta con el tipo de relación familiar (valores $p < 0.05$). De acuerdo a los resultados obtenidos, una convivencia de más de 38 h/semana conllevó a un riesgo de 3.57 veces más de presentar una sobreprotección alta por parte del FCPI (OR 3.57, IC 95% 1.40-9.09) (Ver tabla 6), por otra parte los FCPI distintos a la madre tuvieron un mayor riesgo de presentar hostilidad alta (OR 8.96, IC 95% 0.95-84.29).

Tabla 5. Comparación por variables sociodemográficas del FCPI con la emoción expresada alta y baja.

| Variables | Emoción Expresada Alta (n/f%) | Emoción Expresada Baja (n/f%) | Estadístico | P | OR (IC 95%) |
|---------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|-------------|-------|---------------------|
| SEXO | | | | | |
| MUJER | 58 (82.9) | 11 (68.8) | 1.634 | 0.201 | 2.197 (0.645-7.489) |
| Escolaridad Secundaria | | | | | |
| Incompleta | 21 (30) | 4 (25) | 0.158 | 0.770 | 1.286 (0.371-4.450) |
| Relación con el paciente | | | | | |
| Madre | 48 (68.6) | 9 (56.3) | 0.885 | 0.347 | 1.697 (0.560-5.146) |
| Estado civil | | | | | |
| Con Pareja | 44 (62.9) | 8 (50) | 0.901 | 0.343 | 1.692 (0.567-5.050) |
| Horas de interacción | | | | | |
| > de 38hh/semana | 47 (67.1) | 9 (56.3) | 0.680 | 0.409 | 1.589 (0.526-4.806) |
| Psicoeducación/Cursos | | | | | |
| No | 40 (57.1) | 9 (56.2) | 0.004 | 0.948 | 1.037 (0.347-3.101) |

a. Chi-cuadrada.

b. Prueba exacta de Fisher (se aplicó en los casos donde el valor esperado fue menos a 5).

c. $n = 86$

Tabla 6. Comparación por variables sociodemográficas del FCPI con el componente de sobreprotección de la emoción expresada.

| Variables | Sobreprotección alta (n/f%) | Sobreprotección baja (n/f%) | Estadístico^a | P | OR (IC 95%) |
|---------------------------------|------------------------------------|------------------------------------|--------------------------------|--------------|-------------------------|
| Sexo | | | | | |
| Mujer | 44 (81.5) | 25 (78.1) | 0.143 | 0.706 | 1.23 (0.42-3.64) |
| Escolaridad | | | | | |
| Secundaria Incompleta | 15 (27.8) | 10 (31.3) | 0.117 | 0.732 | 0.85 (0.33-2.20) |
| Relación con el paciente | | | | | |
| Madre | 36 (66.7) | 21 (65.6) | 0.010 | 0.921 | 1.05 (0.42-2.64) |
| Estado civil | | | | | |
| Con Pareja | 33 (61.1) | 19 (59.4) | 0.025 | 0.874 | 1.08 (0.44-2.63) |
| Horas de interacción | | | | | |
| > de 38hh/semana | 41 (75.9) | 15 (46.9) | 7.465 | 0.006 | 3.57 (1.40-9.09) |
| Psicoeducación/Cursos | | | | | |
| No | 31 (57.4) | 18 (56.2) | 0.011 | 0.917 | 1.048 (0.434-2.534) |

a) Chi-cuadrada.

b) Secundaria completa se consideró a 9 o más años de estudios.

c) n=86

Relación de las características sociodemográficas de los pacientes con el nivel de la emoción expresada por el FCPI y sus componentes.

Al comparar las características sociodemográficas de los pacientes con las variables de resultado de la emoción expresada (alta y baja), no se observó ninguna asociación estadísticamente significativa (Chi cuadrada y prueba exacta de Fisher >0.05), tampoco se encontró una asociación entre las variables sociodemográficas del paciente con cualquiera de los tres componentes de la EE (todos los valores $p >0.05$) (Ver tabla 7).

Tabla 7. Comparación por variables sociodemográficas del paciente con la emoción expresada alta y baja.

| Variables | Emoción expresada alta (n/f%) | Emoción expresada baja (n/f%) | Estadístico ^a | <i>P</i> | OR (IC 95%) |
|-----------------------|----------------------------------|----------------------------------|--------------------------|----------|-------------------|
| Sexo | | | | | |
| Hombre | 56 (80) | 10 (62.5) | 2.235 | 0.135 | 2.40 (0.75-7.73) |
| Estado civil | | | | | |
| Con Pareja | 6 (8.6) | 1 (6.3) | | F= 1.00 | 1.41 (0.18-12.57) |
| Escolaridad | | | | | |
| Secundaria Incompleta | 19 (27.1) | 6 (37.5) | 0.678 | 0.410 | 0.62 (0.20-1.94) |
| Ocupación | | | | | |
| Sin remuneración | 48 (68.6) | 10 (62.5) | 0.219 | 0.640 | 1.31 (0.42-4.06) |

a) Chi-cuadrada.

b) Prueba exacta de Fisher (se aplicó en los casos donde el valor esperado fue menos a 5).

c) Secundaria completa se consideró a 9 o más años de estudios.

d) $n=86$

Relación de las variables de la enfermedad con el nivel de la emoción expresada por el FCPI y sus componentes.

En cuanto a las variables de la enfermedad se encontró una asociación entre la sintomatología inestable y la emoción expresada alta (Prueba exacta de Fisher <0.05), (OR 14.333, IC 95% 0.8219-249.96), el resto de las variables de característica de la enfermedad no mostraron alguna asociación significativa con la emoción expresada (todos los valores de $p > 0.05$) (Ver tabla 8).

Sin embargo, al realizar el análisis por componentes de la emoción expresada, encontramos una asociación entre los antipsicóticos típicos y el componente de crítica alta ($p = 0.017$, OR 4.16, IC 95% 1.22-14.13), de igual manera se encontró una asociación entre la sobreprotección alta y la sintomatología grave o inestable ($p = 0.010$, OR 4.83, IC95% 1.30-18.03), a su vez, también existió una asociación entre la polifarmacia y la sobreprotección alta (valor de $p = 0.004$, OR 5.19 IC 95% 1.60-16.87).

Por otra parte, no se encontró ninguna asociación entre las variables de gravedad o de curso de la enfermedad con el componente de hostilidad de la emoción expresada.

Tabla 8. Comparación por variables del curso y de la gravedad de la enfermedad con la emoción expresada alta y baja.

| Variables | Emoción Expresada Alta (n/f%) | Emoción Expresada Baja (n/f%) | Estadístico ^a | P | OR (IC 95%) |
|---------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------|----------|---------------------|
| Años con enfermedad | | | | | |
| < de 10 años | 49 (70) | 9 (56.3) | 1.121 | 0.290 | 1.82 (0.60-5.52) |
| Sintomatología global | | | | | |
| Grave o inestable | 21 (30) | 0 (0) | | F= 0.007 | 14.33 (0.82-249.96) |
| Numero de internamientos | | | | | |
| De 3 o más | 10 (14.3) | 4 (25) | | F= 0.284 | 0.50 (0.13-1.86). |
| Polifarmacia | | | | | |
| Más de 3 medicamentos en combinación. | 24 (34.3) | 3 (18.8) | | F= 0.371 | 2.26 (0.59-8.71) |
| Tipo de antipsicótico | | | | | |
| Atípico | 57 (81.4) | 16 (100) | | F= 0.055 | 0.13 (0.01-2.29) |
| Adherencia al tratamiento | | | | | |
| Mal apego | 9 (12.9) | 0 (0) | | F= 0.199 | 5.10 (0.28-92.21) |

a. Chi-cuadrada.

b. Prueba exacta de Fisher (se aplicó en los casos donde el valor esperado fue menos a 5).

c. En tablas de contingencia donde existió un valor de 0 cero, el cálculo de la odds ratio se realizó agregando 0.5 a todas las celdas (a, b, c, d).

d. n=86

Relación entre la emoción expresada por el FCPI y el consumo de sustancias de los pacientes con esquizofrenia.

Al comparar los resultados de la emoción expresada global con el patrón del consumo de sustancias de los pacientes no se encontró una asociación significativa entre las variables (todos los valores de $p > 0.05$) (ver tabla 9).

Sin embargo, al analizar por los componentes de la emoción expresada, encontramos una asociación entre la actitud de crítica de los cuidadores y el consumo de alcohol, tabaco y cannabis, la asociación siguió siendo significativa después de controlar por género, gravedad de los síntomas y otras variables de la enfermedad. No encontramos una asociación significativa entre la EE y el resto de sus componentes (sobreprotección y hostilidad) con el consumo de las sustancias (ver tabla 10).

Tabla 9. Comparación por consumo de sustancias con la emoción expresada alta y baja.

| Variables | Emoción Expresada Alta (n/f%) | Emoción Expresada Baja (n/f%) | Estadístico | <i>p</i> | OR (IC 95%) |
|---------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|--------------------------------|----------|-------------|
| Consumo Tabaco | | | | | |
| Alto | 16 (22.9) | 2 (12.5) | F= 0.505, OR 2.07 (0.43-10.10) | | |
| Bajo-moderado | 54 (77.1) | 14 (87.5) | | | |
| Consumo Alcohol | | | | | |
| Alto | 16 (22.9) | 2 (12.5) | F=0.505, OR 2.07 (0.43-10.10) | | |
| Bajo-moderado | 54 (77.1) | 14 (87.5) | | | |
| Consumo Cannabis | | | | | |
| Alto | 13 (18.6) | 1 (6.3) | F=0.452, OR 3.42 (0.41-28.27) | | |
| Bajo-moderado | 57 (81.4) | 15 (93.8) | | | |
| Otras sustancias (cocaína, anfetaminas, inhalables y alucinógenos) | | | | | |
| Alto | 4 (5.7) | 0 (0) | F=1.000, OR 2.23 (0.11 -43.58) | | |
| Bajo o moderado | 66 (94.3) | 16 (100) | | | |

a. Chi-cuadrada de Pearson.

b. Prueba exacta de Fisher (se aplicó en los casos donde el valor esperado fue menos a 5).

c. En tablas de contingencia donde existió un valor de 0 cero, el cálculo de la odds ratio se realizó agregando 0.5 a todas las celdas (a, b, c, d).

| Tabla 10. Comparación por consumo de sustancias con la actitud de crítica de la emoción expresada. | | | | | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|---------------------|--------------------------------------------------|----------|-------------|-----------------------------------|
| Variables | Critica alta n % | Critica baja n % | Estadístico | <i>p</i> | OR (IC 95%) | OR Ajustado (IC 95%) ^c |
| Consumo de tabaco | | | | | | |
| Alto | 9 39.1 | 9 14.3 | 6.28, <i>p</i> = 0.012, OR 3.8 (1.3-11.5) | | | 3.67 (1.13-11.90) |
| Bajo-moderado | 14 60.9 | 54 85.7 | | | | |
| Consumo de alcohol | | | | | | |
| Alto | 9 39.1 | 9 14.3 | 6.28, <i>p</i> = 0.012, OR 3.8 (1.3-11.5) | | | 3.67 (1.13-11.90) |
| Bajo-moderado | 14 60.9 | 54 85.7 | | | | |
| Consumo de cannabis | | | | | | |
| Alto | 7 30.4 | 7 11.1 | 4.66, <i>p</i> = 0.032, OR 3.5 (1.1-11.5) | | | 3.93 (1.03-15.09) |
| Bajo-moderado | 16 69.6 | 56 88.9 | | | | |
| Consumo de otras sustancias* | | | | | | |
| Alto | 3 13 | 1 25 | F = 0.057, OR 9.3 (0.9-94.5) | | | 8.45 (0.49-144.48) |
| Bajo-moderado | 20 87 | 62 75.6 | | | | |

- Chi-cuadrada.
- Prueba exacta de Fisher (se aplicó en los casos donde el valor esperado fue menos a 5).
- Cocaína, anfetaminas, inhalables y alucinógenos.
- Regresión logística binaria, ajustada por horas de interacción familiar, años con la enfermedad, tipo de antipsicótico, polifarmacia, gravedad de los síntomas, relación con el paciente y sexo.
- El nivel de significancia estadística se estableció con $p < 0.05$.

Relación entre las características de los pacientes, la enfermedad y el consumo de sustancias.

Al comparar las características sociodemográficas de los pacientes, así como del curso y de la gravedad de la enfermedad con los patrones de consumo de las sustancias, encontramos una asociación significativa entre el número de años con la enfermedad y el consumo de cannabis ($p= 0.030$), se encontró que una evolución menor a 10 años, se asoció con un mayor riesgo de consumo alto de cannabis (OR 7.80, IC 95% 0.97-63.01). De igual manera, encontramos una asociación entre el tipo de antipsicótico y el consumo de tabaco, alcohol y cannabis (valores de $p < 0.05$) (Ver tabla 11).

Posteriormente, por cada tipo de sustancia se realizó una regresión logística binaria, en la cual se ajustó por las horas de interacción familiar, años con la enfermedad, tipo de antipsicótico, polifarmacia, gravedad de los síntomas, relación con el paciente, sexo y la variable de actitud de crítica por el FCPI, permaneciendo la asociación significativa entre el tipo de antipsicótico y el consumo de alcohol y tabaco (valores $p= 0.028$); específicamente los antipsicóticos típicos se asociaron con un mayor riesgo de consumo alto de tabaco y alcohol (OR 5.70, IC 95% 1.21-26.86).

Tabla 11. Comparación por tipo de antipsicótico y el consumo de sustancias.

| Variables | Antipsicótico típico n % | Antipsicótico atípico n % | Estadístico χ^2 p OR (IC 95%) | p OR Ajustado (IC 95%) ^a |
|-------------------------|-----------------------------|------------------------------|-----------------------------------------------|-------------------------------------------|
| Consumo de tabaco | Alto | 7 53.8 | 10.03, p = 0.002, OR 6.58 (1.86-23.30) | p = 0.028, OR 5.70 (1.21-26.86) |
| | Bajo-moderado | 6 46.2 | | |
| Consumo de alcohol | Alto | 7 53.8 | 10.03, p = 0.002, OR 6.58 (1.86-23.30) | p = 0.028, OR 5.70 (1.21-26.86) |
| | Bajo-moderado | 6 46.2 | | |
| Consumo de cannabis | Alto | 5 38.5 | 5.53, p = 0.019, OR 4.44 (1.19-16.59) | p = 0.083, OR 8.197 (0.762-88.129) |
| | Bajo-moderado | 8 61.5 | | |
| Consumo de inhalables | Alto | 2 15.4 | F = 0.058, OR 13.10 (1.093-156.77) | ----- |
| | Bajo-moderado | 11 84.6 | | |
| Consumo de cocaína | Alto | 0 0.0 | F = 1.00, OR 1.79 (0.07-46.30) | ----- |
| | Bajo-moderado | 13 100 | | |
| Consumo de alucinógenos | Alto | 0 0.0 | ----- | ----- |
| | Bajo-moderado | 13 100 | | |
| Consumo de anfetaminas | Alto | 0 0.0 | ----- | ----- |
| | Bajo-moderado | 13 100 | | |

- Chi-cuadrada.
- Prueba exacta de Fisher (se aplicó en los casos donde el valor esperado fue menor a 5).
- Cocaina, anfetaminas, inhalables y alucinógenos.
- Regresión logística binaria, ajustada por horas de interacción familiar, años con la enfermedad, tipo de antipsicótico, polifarmacia, gravedad de los síntomas, relación con el paciente, sexo y actitud de crítica por el FCPI.
- El nivel de significancia estadística se estableció con $p < 0.05$.
- En tablas de contingencia donde existió un valor de 0 cero, el cálculo de la odds ratio se realizó agregando 0.5 a todas las celdas (a, b, c, d).

n. DISCUSIÓN

Estudiar la asociación entre la emoción expresada por el familiar y el consumo de sustancias en los pacientes con esquizofrenia, nos puede permitir conocer más a fondo la importancia de la esfera familiar en la patología dual de la esquizofrenia, investigaciones como la nuestra aportan a la medicina basada en evidencia más información sobre la importancia de la atención familiar como parte fundamental del tratamiento de la psicopatología mental.

Hasta la fecha existen diversos trabajos relacionados con la línea de investigación de la emoción expresada, recientemente Haild et al. (2017) propusieron a la EE como un predictor de riesgo del primer episodio psicótico, Rienecke et al. (2016) como un predictor de mal pronóstico de la respuesta al tratamiento en los trastornos de la alimentación, y Atodkht et al. (2015) como un factor de riesgo de recaídas en los trastornos adictivos. En las últimas dos décadas, la línea de investigación de la emoción expresada se ha diversificado y en la actualidad busca su relación con otras patologías; existen estudios en la literatura que han investigado la asociación entre la emoción expresada con otras formas de psicosis, trastornos afectivos, trastorno por déficit de atención e hiperactividad y en los trastornos de la alimentación, por lo tanto, su estudio es aún vigente y justificado.

Perfil del familiar (FCPI) y del paciente con diagnóstico de esquizofrenia.

Un primer paso de nuestro trabajo fue la determinación de las características de la muestra, de manera interesante, resaltan en nuestros resultados que el perfil más común del cuidador fue el del ser mujer (80.2%), ser la madre del paciente (66.3%), contar con educación secundaria completa (70.9%) y ejercer una ocupación remunerada (59.3%), lo anterior es similar a lo reportado en población mexicana por Rascón et al. (2008). Por otra parte, de acuerdo con Yu et al. (2018), el perfil típico del cuidador del paciente con esquizofrenia es el de ser una mujer de 58 años, ser un familiar de primer grado, con un nivel socioeconómico bajo y haber ejercido de cuidador por más de 10 años. En México, de acuerdo con el Instituto nacional de estadística y geografía (INEGI) para el año 2014, el cuidado a un integrante de la familia representó el 25% de las actividades no remuneradas ejercidas por las mujeres jefas de familia.

Por otra parte, en un estudio realizado por Lamarque et al. (2006), se describió que el perfil típico del paciente es el ser hombre con una media de edad de 36 años y con 11.3 años de educación formal. Por nuestra parte, encontramos que el perfil más frecuente se caracterizó por ser un hombre (76.7%), con un promedio de edad de 32 años, soltero (91.9%), con secundaria completa (70.9%) y con una ocupación sin remuneración económica (67.4%).

Esquizofrenia y emoción expresada.

Como se ha descrito en la literatura, la esquizofrenia es un trastorno psiquiátrico crónico e incapacitante que plantea numerosos desafíos en su manejo (Sadock, 2011). De acuerdo con Shamsaei et al. (2015) la familia sigue siendo la principal fuente de atención para el paciente con esquizofrenia y tiene un profundo efecto en el curso de su enfermedad, los cuidados de los pacientes representan todo un reto para la familia.

La emoción expresada es un constructo que refleja los aspectos potencialmente problemáticos del entorno familiar, particularmente para las personas con trastornos psiquiátricos (Hooley et al. 2007). La EE es una medida de cuán crítico, hostil o sobreprotector es un miembro de la familia hacia el paciente, y se considera que la EE es un factor psicosocial estresante que interactúa con la enfermedad de los pacientes, y que eventualmente culmina en una recaída o peor pronóstico (Gotlib et al. 2000).

En cuando a la emoción expresada por los familiares, estudios realizados en población mexicana e hispana, señalan un porcentaje de emoción expresada alta que oscila del 38 al 57% (Rascón et al. 2008), (Kopelowicz et al. 2006). En nuestro estudio, encontramos que este porcentaje fue mayor (81.4%). Además, destacaron los siguientes porcentajes de sus componentes: sobreprotección alta (62%), seguido de la crítica alta (26%) y de la hostilidad alta (5.8%), lo cual va en concordancia con investigaciones previas realizadas en población mexicana por Florín et al. (2014) y Ríos et al. (2003).

Estudios previos, como el de Winefield et al. (1994) señalan que, a mayor número de horas de interacción familiar, existe una mayor carga para el cuidador; de manera interesante, en nuestro estudio hasta el 65.1% de la muestra superó las 38 horas de convivencia paciente/familiar semanal, lo cual se sugiere representa una mayor carga para el cuidador, además, lo anterior puede ser considerado como parte de la evidencia del impacto de la enfermedad en la funcionalidad e independencia de los pacientes.

Conforme a Kuipers et al. (1988) y a Vaughn et al. (1989), las actitudes de los familiares influyen aumentando o disminuyendo la exacerbación de los síntomas y, en algunos casos, el reingreso hospitalario de los pacientes, los registros de recaída más altos (92%) están relacionados con pacientes que permanecen más de 35 horas por semana con el familiar cuidador y que no están tomando medicamentos antipsicóticos (Rascón, 2008). Además, de acuerdo con Weintraub et al. 2017, contar con un cuidador que muestra actitudes críticas, hostiles o sobreprotectoras no es una experiencia agradable para los pacientes y las personas con esquizofrenia parecen estar en alto riesgo de recaída si viven en entornos familiares caracterizados por altos niveles de estas actitudes.

En nuestra muestra, uno de los hallazgos fue que las actitudes de sobreprotección alta se asociaron con un mayor número de horas de interacción familiar, de acuerdo con Wang et al. (2017), los niveles de EE influyen de manera significativa en la carga subjetiva de estrés, existiendo diferencias de la sobrecarga del cuidador entre la EE alta y EE baja, asimismo, ellos en su estudio encontraron una asociación significativa entre los niveles de EE y el tiempo de convivencia, lo que afectó la percepción de carga del cuidador. Por lo tanto, tomando en cuenta nuestros resultados, se sugiere que a mayor tiempo de convivencia, las actitudes del familiar hacia el paciente tienen a ser más sobreprotectoras y además pudieran generar una mayor percepción de sobrecarga relacionada a los cuidados por parte de sus familiares enfermos.

De acuerdo con King et al. (2003), los modelos atribucionales de la EE sugieren que las familias reaccionan con enojo y, por lo tanto, con actitudes de críticas ante síntomas específicos de la enfermedad, factores personales y globales del enfermo; a diferencia de las actitudes de sobreprotección que puede resultar cuando los síntomas se atribuyen a factores externos del paciente. Tomando en cuenta lo anterior, resultó interesante, que en esta población la actitud de crítica se asoció al tipo de relación familiar, ya que los familiares diferentes a la madre mostraron más actitudes de crítica hacia los enfermos, por lo que se propone considerar que las mismas estén relacionadas a factores dependientes de las características del cuidador.

Por otra parte, las primeras investigaciones sobre emoción expresada (Brown et al., 1972; Hooley et al., 1995), propusieron la hipótesis de que los miembros de la familia muestran actitudes emocionales ante síntomas particulares y que son estos síntomas los verdaderos factores de riesgo para una recaída; tomando en cuenta lo anterior, en nuestro estudio, la sintomatología grave y la polifarmacia, se asociaron con un mayor riesgo de tener a un familiar que mostrara alta emoción expresada, sin embargo, en nuestro estudio la dirección de esta asociación no puede ser establecida, y existe la posibilidad de que las actitudes del familiar sean las que contribuyan en realidad, a un curso de la enfermedad más tórpido como se ha descrito de manera clásica por Brown et al. (1962).

Esquizofrenia y consumo de sustancias.

De acuerdo con Atodkht et al. (2015), la adicción es un síndrome psicológico y conductual con un alto deseo de usar drogas, y se considera una enfermedad física, mental, social y espiritual.

En cuanto al consumo de sustancias, según a Crockford et al. (2017) el consumo de sustancias es frecuente en personas con esquizofrenia y otros trastornos psicóticos. Por su parte, Lybrand et al. (2009) y Volkow et al. (2009), señalan que al menos el 50% de los pacientes con esquizofrenia presentaran un trastorno de consumo

de sustancias de manera comorbidas; por lo tanto, el abuso de sustancias entre pacientes con esquizofrenia es una preocupación clínica importante. De acuerdo, Uludağ et al. (2016) los trastornos por uso de sustancias y sus efectos en el curso de la esquizofrenia han convertido la identificación y el tratamiento de pacientes esquizofrénicos en una prioridad.

En cuanto al consumo de sustancias, en la muestra de nuestro estudio, encontramos que las sustancias con más frecuencia de consumo de riesgo en orden de importancia fueron: el alcohol, el tabaco, el cannabis, la cocaína, los inhalables y los alucinógenos. Las tres sustancias con mayor consumo alto fueron: el tabaco (20.9%), el cannabis (16.3%) y el alcohol (9.3%). Las tres sustancias con mayor consumo moderado fueron: el alcohol (73.3%), el tabaco (48.8%) y el cannabis (15.1 %). Como describió Lybrand et al. (2009), en el estudio del Área de Captación Epidemiológica en los Estados Unidos se encontró que la presencia de un diagnóstico de abuso de sustancias fue 4.6 veces más alto para las personas con esquizofrenia que para la población general. La proporción de probabilidades para los trastornos del alcohol fueron 3.3 veces mayores y las probabilidades de otros trastornos por consumo de drogas fueron 6.2 veces más altos que aquellos para la población general. La sustancias con mayor consumo después de la nicótica, es el alcohol, seguido del cannabis y la cocaína. Estudios posteriores han confirmado una prevalencia de por vida del trastorno por uso de sustancias en los pacientes con esquizofrenia del 40% al 60% (Cantor-Graae et al. 2001; Richard-Devantoy et al. 2013, Trudeau et al. 2018).

De acuerdo a Rabin et al. (2014) se han propuesto muchas teorías para ayudar a explicar la alta prevalencia del consumo de sustancias entre pacientes con enfermedades mentales, una de ellas es la hipótesis de la “automedicación” con sustancias psicoactivas, la cual postula que los pacientes usan sustancias para aliviar los síntomas indeseables asociados con el enfermedad primaria (es decir, depresión, ansiedad, síntomas negativos, etc.) o atenuar los efectos secundarios de los medicamentos utilizados para tratar el trastorno. De acuerdo a Levin et al. (2007) las personas con esquizofrenia sin tener en cuenta el medicamento antipsicótico fuman más cigarrillos (88%) que casi cualquier otro grupo en la población, además, los fumadores altamente dependientes son en general aquellos con una enfermedad más grave y con toma de medicamentos antipsicóticos, considerando lo anterior, un hallazgo interesante en nuestro estudio, fue encontrar que el tratamiento con antipsicóticos típicos se asoció de manera significativa ($p < 0.05$) a un mayor consumo de alcohol, tabaco y cannabis, así como un mayor riesgo de presentar actitudes de crítica alta por el familiar.

Sin embargo, se debe considerar también la hipótesis de vulnerabilidad a la adicción (Leyton et al. 2014; Volkow et al. 2009; Di Chiara et al 2004; Yang et al. 2018), que teoriza que en lugar de ser una reacción compensatoria a

los síntomas de la enfermedad psiquiátrica, el uso de sustancias puede ser una manifestación clínica del trastorno, específicamente, considerando que el circuito neuronal mediador de recompensa y de refuerzo positivo puede verse alterado en las personas con enfermedad mental, y que podría contribuir a una mayor vulnerabilidad a la adicción, por lo que integrando las dos teorías, nosotros proponemos que la asociación entre los antipsicóticos típicos, el alto consumo de sustancias y la actitud de crítica alta por el familiar, es parte de la evidencia de que ambas teorías coexisten y de la complejidad de la etiología de las adicciones.

Emoción expresada y el consumo de sustancias en pacientes con esquizofrenia.

Por otra parte, Kerner et. Al (2015), resaltan que, si bien los trastornos por consumo de sustancias y los antecedentes familiares de psicosis se han identificado individualmente como factores de riesgo para la esquizofrenia, se comprende menos si estos factores están relacionados y cómo se relacionan.

Conforme al objetivo principal de este trabajo, que fue el determinar la relación entre la EE y el consumo de sustancias, en esta muestra no se encontró ninguna asociación entre el nivel de EE global y el patrón del consumo de sustancias, hasta la fecha no hay estudios en esta población que reporten una asociación significativa entre el consumo de sustancias y la EEA.

En nuestra investigación, al realizar la búsqueda de asociaciones entre los componentes de la EE (sobreprotección, crítica y hostilidad), encontramos una asociación entre la crítica alta por el FCPI y un consumo alto de alcohol, tabaco y cannabis ($p < 0.05$), es más, la asociación siguió siendo significativa después de controlar por sexo, horas de interacción familiar, años con la enfermedad, tipo de antipsicótico, polifarmacia, gravedad de los síntomas y relación familiar con el paciente. Todo lo anterior va en concordancia a lo descrito en el estudio por Gonzalez-Blanch et al. (2015), en el cual buscaron la asociación entre la EE y el consumo de cannabis en población adolescente que cursaba al momento del estudio con un primer episodio psicótico, con un seguimiento a siete meses, dentro de sus resultados encontraron a la actitud de crítica como un predictor de riesgo de aumento de consumo de cannabis, lo cual es similar a nuestros hallazgos, de igual manera nuestros resultados proponen a la actitud de crítica como un predictor de mayor consumo de alcohol, tabaco y cannabis.

De acuerdo a Kuipers et al. (2006) la actitud de crítica parece afectar a los pacientes principalmente volviéndolos más ansiosos, de igual manera Hooley et al. (2007) describieron que a un nivel neurobiológico, la EEA ha sido relacionada con un incremento de la hiperexcitación autonómica y de la activación de la corteza prefrontal dorsolateral, una posible explicación es que el consumo de sustancias y su efecto neurobiológico compensan en

el paciente el ambiente estresante, esto como una variación de la teoría de la “automedicación” con sustancias adictivas.

De acuerdo con nuestros resultados y su integración, podemos resaltar que los cuidadores que muestran una alta crítica tienen una correlación con un consumo más alto de alcohol, tabaco y de cannabis de los pacientes. Un entorno familiar caracterizado por una crítica alta puede ser un factor de riesgo para el abuso de sustancias. Estudios futuros deberán investigar la dirección de esta asociación. Las intervenciones familiares para reducir la actitud de la crítica pueden beneficiar el tratamiento del consumo de sustancias en los usuarios de esta población.

Finalmente, nuestros resultados destacan la importancia de la intervención familiar complementaria en el tratamiento del consumo de sustancias, especialmente en esta población específica. De igual manera, se sugiere que futuros estudios continúen investigando la asociación entre la emoción expresada, la actitud de crítica por parte del FCPI y el tratamiento con antipsicóticos típicos, con el consumo de sustancias en pacientes con diagnóstico de esquizofrenia, así como en otros trastornos adictivos.

o. CONSIDERACIONES Y LIMITACIONES

Nuestro estudio contó con limitaciones a considerar, en primer lugar, se trató de un estudio transversal, por lo que una asociación a través del tiempo no pudo ser reportada, futuras investigaciones deberán considerar realizar un seguimiento longitudinal con la finalidad de establecer con mayor claridad la asociación entre el consumo de sustancias y la emoción expresada.

Otra limitación que encontramos fue que debido a la características de nuestro estudio, no se puede establecer con exactitud la dirección de la asociación entre la crítica alta expresada por el FCPI y el consumo de riesgo alto de tabaco, alcohol y cannabis, por lo tanto aunque se sugiere a la crítica por el familiar como un predictor de mayor consumo de estas sustancias por los pacientes, esto debe ser interpretado con cautela, ya que las relaciones familiares son complejas, especialmente considerando que la relación entre el familiar y el usuario es bidireccional, pudiéndose tratar de algo dinámico y recíproco.

p. CONCLUSIONES

- En este estudio, encontramos un porcentaje de la emoción expresada alta mayor a lo reportado en otros estudios (81.4%).
- En esta muestra, las actitudes de sobreprotección fueron las más frecuentes de la emoción expresada (81.4%), seguido por las de crítica (26.7%) y las de hostilidad (5.8%).
- El perfil típico del paciente con esquizofrenia, en este estudio, fue el del ser hombre de 32 años, sin una pareja sentimental, con secundaria completa y ejercer una ocupación no remunerada.
- El perfil típico del cuidador, en este estudio, fue el del ser la madre del paciente, tener 55 años de edad, con una pareja sentimental, tener secundaria completa y ejercer una ocupación remunerada.
- La convivencia diaria entre el paciente y su familiar superó en su mayoría las 38 horas a la semana, además, esto se asoció con un riesgo mayor de actitud de sobreprotección por parte del familiar.
- La mayor parte de los cuidadores (57%) dijeron nunca haber recibido cursos o intervenciones dirigidas a los familiares, sin embargo, en esta muestra, lo anterior no se asoció a una mayor emoción expresada.
- En este estudio, ser otro familiar cuidador diferente a la madre, conllevó a un riesgo mayor de presentar actitudes de crítica alta hacia el paciente.
- Las sustancias que más consumen los pacientes con esquizofrenia, de acuerdo con los nuestros resultados fueron, en orden de frecuencia: el alcohol, el tabaco, la marihuana, la cocaína, los inhalables y los halucinógenos.
- La sintomatología grave y la polifarmacia, se asociaron con un riesgo mayor de tener a un familiar cuidador con alta emoción expresada.
- El tratamiento con antipsicóticos típicos se asoció a un mayor riesgo de presentar actitudes de crítica alta por el familiar.
- No encontramos una asociación entre el consumo de sustancias y la emoción expresada global.

- Se encontró una asociación entre la actitud de crítica alta de los cuidadores con el consumo de riesgo alto de alcohol, tabaco y cannabis. La asociación siguió siendo significativa después de controlar por sexo, horas de interacción familiar, años con la enfermedad, tipo de antipsicótico, polifarmacia, gravedad de los síntomas y relación familiar con el paciente.
- No encontramos una asociación entre los componentes de sobreprotección y hostilidad con el consumo indebido de sustancias.
- Se encontró una asociación entre el tratamiento con antipsicóticos típicos y el consumo de alto de tabaco, alcohol y cannabis. La asociación siguió siendo significativa después de controlar por sexo, horas de interacción familiar, años con la enfermedad, crítica, polifarmacia, gravedad de los síntomas y relación familiar con el paciente.

q. BIBLIOGRAFÍA

1. Sadock, B. J., & Sadock, V. A. (2011). *Kaplan and Sadock's synopsis of psychiatry: Behavioral sciences/clinical psychiatry*. Lippincott Williams & Wilkins.
2. Mexicana, A. P., & de América Latina, A. P. (2014). Guía basada en la evidencia de la Asociación Psiquiátrica de América Latina y de la Asociación Psiquiátrica Mexicana para el tratamiento del paciente con esquizofrenia. *Salud Mental, 37*(Supl 1), 1.
3. Chávez LE, Ontiveros UM. (2013). La Psicopatología y su tratamiento por el especialista. México: Colección Hemisferio Izquierdo. Asociación Psiquiátrica Mexicana A.C.
4. American Psychiatric Association. (2014). *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5: Spanish Edition of the Desk Reference to the Diagnostic Criteria From DSM-5*. American Psychiatric Pub.
5. Pardo, X. M., Cárdenas, S. J., Cruz, A. V., Venegas, J. M., & Magaña, I. M. (2014). Escala de carga del cuidador de Zarit: Evidencia de validez en México. *Psicooncología, 11*(1), 71.
6. Rascón, M. L., Caraveo, J., & Valencia, M. (2010). Trastornos emocionales, físicos y psiquiátricos en los familiares de pacientes con esquizofrenia en México. *Revista de investigación clínica, 62*(6), 509-515.
7. Brown, G. W., Monck, E. M., Carstairs, G. M., & Wing, J. K. (1962). Influence of family life on the course of schizophrenic illness. *British journal of preventive & social medicine, 16*(2), 55.
8. Brown, G. W., Birley, J. L., & Wing, J. K. (1972). Influence of family life on the course of schizophrenic disorders: A replication. *The British Journal of Psychiatry, 121*(562), 241-258.
9. Brown, G. W., & Rutter, M. (1966). The measurement of family activities and relationships: A methodological study. *Human relations, 19*(3), 241-263.

10. Rascón, G., Luisa, M., Gutiérrez, L., de Lourdes, M., Valencia, C., & Murow, T. (2008). Relación entre la emoción expresada por el familiar responsable y la conducta sintomática de pacientes con esquizofrenia, incluido el funcionamiento social. *Salud mental, 31*(3), 205-212.
11. Villamil Salcedo, V., Valencia Collazos, M., Díaz Martínez, L. R., Medina Mora Icaza, M. E., & Juárez, F. (2005). Funcionamiento psicosocial de pacientes esquizofrénicos de acuerdo con su consumo de alcohol. *Salud Mental, 28*(4).
12. Regier, D. A., Farmer, M. E., Rae, D. S., Locke, B. Z., Keith, S. J., Judd, L. L., & Goodwin, F. K. (1990). Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse. *Jama, 264*(19), 2511-2518.
13. Jiménez-Castro, L., Raventós-Vorst, H., & Escamilla, M. (2011). Esquizofrenia y trastorno en el consumo de sustancias: prevalencia y características sociodemográficas en la población Latina. *Actas Españolas de Psiquiatría, 39*(2), 123.
14. Volkow, N. D. (2009). "Substance use disorders in schizophrenia: clinical implications of comorbidity". *Schizophrenia Bulletin, 35* (3), 469–72.
15. Gonzalez-Blanch, C., Gleeson, J. F., Cotton, S. M., Crisp, K., McGorry, P. D., & Alvarez-Jimenez, M. (2015). Longitudinal relationship between expressed emotion and cannabis misuse in young people with first-episode psychosis. *European Psychiatry, 30*(1), 20-25.
16. Trudeau KJ, Burtner J, Villapiano AJ, Jone M, Butler SF, Joshi K. (2018). *Burden of Schizophrenia or Psychosis-Related Symptoms in Adults Undergoing Substance abuse Evaluation, The Journal of Nervous and Mental Disease 0* (0), 1-9.
17. Kerner, Berit. (2015). *Comorbid substance use disorders in schizophrenia: a latent class approach. Psychiatry research, 225*(3), 395-401.
18. Guanilo JV, Seclén YM. (1993). *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 obtener el título profesional de enfermera, Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Medicina. Lima, Perú.

19. Cruz Florín, CD. (2014). *“Relación entre la emoción expresada y la comorbilidad psiquiátrica en pacientes con esquizofrenia”*. (Tesis para obtener el diploma en la Especialidad de Psiquiatría). Universidad Autónoma de México, Facultad de Medicina. Ciudad de México.
20. OMS, Organización Mundial de la Salud, (2011). La prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST): Manual para uso en la atención primaria. ISBN 978-927533236-8.
21. Tiburcio Sainz, M., Rosete-Mohedano, M. G., Natera Rey, G., Martínez Velez, N. A., Carreno Garcia, S., & Perez Cisneros, D. (2016). Validity and Reliability of the Alcohol, Smoking, and Substance Involvement Screening Test (ASSIST) in University Students. *Adicciones*, 28(1).
22. McNeely, J., Strauss, S. M., Wright, S., Rotrosen, J., Khan, R., Lee, J. D., & Gourevitch, M. N. (2014). Test–retest reliability of a self-administered Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST) in primary care patients. *Journal of substance abuse treatment*, 47(1), 93-101.
23. Peralta, V., & Cuesta, M. J. (1994). Psychometric properties of the positive and negative syndrome scale (PANSS) in schizophrenia. *Psychiatry research*, 53(1), 31-40.
24. Asociación Médica Mundial (2008). *“Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial. Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos”*. (59ª Asamblea General, Seúl, Corea).
25. Fathalla, M. F., & Fathalla, M. M. (2008). *Guía práctica de investigación en salud*. OPS, Of. Regional de la Organización Mundial para la Salud.
26. Ríos Flores, R. (2013). *“Cambios en el funcionamiento familiar y emoción expresada en familiares de paciente con diagnóstico de esquizofrenia que reciben estrategias de rehabilitación”*. (Tesis para obtener el diploma en la Especialidad de Psiquiatría). Universidad Autónoma de México, Facultad de Medicina. Ciudad de México.

27. Kay, S. R., Fiszbein, A., & Opfer, L. A. (1987). The positive and negative syndrome scale (PANSS) for schizophrenia. *Schizophrenia bulletin*, 13(2), 261.
28. Apiquián, R., Fresán, A., & Nicolini, H. (2000). Evaluación de la psicopatología. Escalas en español. *JGH Editores. México*.
29. García Ramos, P. R., Moreno Pérez, A., Freund Llovera, N., & Lahera Forteza, G. (2012). Factores asociados a la Emoción Expresada familiar en la Esquizofrenia: implicaciones terapéuticas. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 32(116), 739-756.
30. Ahmad, I., Khalily, M. T., Hallahan, B., & Shah, I. (2017). Factors associated with psychotic relapse in patients with schizophrenia in a Pakistani cohort. *International journal of mental health nursing*, 26(4), 384-390.
31. Haidl, T., Rosen, M., Schultze-Lutter, F., Nieman, D., Eggers, S., Heinimaa, et al. (2018). Expressed emotion as a predictor of the first psychotic episode—Results of the European prediction of psychosis study. *Schizophrenia research*.
32. Rienecke, R. D., Accurso, E. C., Lock, J., & Le Grange, D. (2016). Expressed emotion, family functioning, and treatment outcome for adolescents with anorexia nervosa. *European Eating Disorders Review*, 24(1), 43-51.
33. Atadokht, A., Hajloo, N., Karimi, M., & Narimani, M. (2015). The role of family expressed emotion and perceived social support in predicting addiction relapse. *International journal of high risk behaviors & addiction*, 4(1).
34. Kurihara, T., Kato, M., Tsukahara, T., Takano, Y., & Reverger, R. (2000). The low prevalence of high levels of expressed emotion in Bali. *Psyc*.
35. Yu, Y., Tang, B. W., Liu, Z. W., Chen, Y. M., Zhang, X. Y., & Xiao, S. (2018). Who cares for the schizophrenia individuals in rural China—A profile of primary family caregivers. *Comprehensive psychiatry*, 84, 47-53.

36. INEGI. (2017). Estadística a propósito del día de la familia mexicana. Instituto Nacional de Geografía y Estadística. URL disponible en: www.inegi.org.mx/saladeprensa/aproposito/2017/familia2017_Nal.pdf
37. Lamarque, I., Auffray, L., Villamaux, M., Demant, J. C., Launay, C., Petitjean, F., & Salomé, F. (2006). Clinical and socio-demographic profile of patients with schizophrenia according to the antipsychotic treatment prescribed. *L'Encephale*, 32(3 Pt 1), 369-376.
38. Shamsaei, F., Cheraghi, F., & Bashirian, S. (2015). Burden on family caregivers caring for patients with schizophrenia. *Iranian journal of psychiatry*, 10(4), 239.
39. Hooley, J. M. (2007). Expressed emotion and relapse of psychopathology. *Annu. Rev. Clin. Psychol.*, 3, 329-352.
40. Hooley, J. M., & Gotlib, I. H. (2000). A diathesis-stress conceptualization of expressed emotion and clinical outcome. *Applied and Preventive Psychology*, 9(3), 135-151.
41. Kopelowicz, A., López, S. R., Zarate, R., O'brien, M., Gordon, J., Chang, C., & Gonzalez-Smith, V. (2006). Expressed emotion and family interactions in Mexican Americans with schizophrenia. *The Journal of nervous and mental disease*, 194(5), 330-334.
42. Winefield, H. R., & Harvey, E. J. (1994). Needs of family caregivers in chronic schizophrenia. *Schizophrenia bulletin*, 20(3), 557.
43. Weintraub, M. J., Hall, D. L., Carbonella, J. Y., Weisman de Mamani, A., & Hooley, J. M. (2017). Integrity of literature on expressed emotion and relapse in patients with schizophrenia verified by AP-curve analysis. *Family process*, 56(2), 436-444.
44. Kuipers, L., & Bebbington, P. (1988). Expressed emotion research in schizophrenia: theoretical and clinical implications. *Psychological Medicine*, 18(4), 893-909.
45. Vaughn, C. E. (1989). Expressed emotion in family relationships. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 30(1), 13-22.

46. Wang, X., Chen, Q., & Yang, M. (2017). Effect of caregivers' expressed emotion on the care burden and rehospitalization rate of schizophrenia. *Patient preference and adherence*, 11, 1505.
47. López, S. R., Ramírez García, J. I., Ullman, J. B., Kopelowicz, A., Jenkins, J., Breitborde, N. J., & Placencia, P. (2009). Cultural variability in the manifestation of expressed emotion. *Family process*, 48(2), 179-194.
48. King, S., Ricard, N., Rochon, V., Steiger, H., & Nelis, S. (2003). Determinants of expressed emotion in mothers of schizophrenia patients. *Psychiatry research*, 117(3), 211-222.
49. Crockford, D., & Addington, D. (2017). Canadian schizophrenia guidelines: schizophrenia and other psychotic disorders with coexisting substance use disorders. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 62(9), 624-634.
50. Lybrand, J., & Caroff, S. (2009). Management of schizophrenia with substance use disorders. *Psychiatric Clinics of North America*, 32(4), 821-833.
51. Uludağ, Y. T., & Güleç, G. (2016). Prevalence of substance use in patients diagnosed with schizophrenia. *Nöro Psikiyatri Arşivi*, 53(1), 4.
52. Cantor-Graae, E., Nordström, L. G., & McNeil, T. F. (2001). Substance abuse in schizophrenia: a review of the literature and a study of correlates in Sweden. *Schizophrenia research*, 48(1), 69-82.
53. Richard-Devantoy, S., Bouyer-Richard, A. I., Jollant, F., Mondoloni, A., Voyer, M., & Senon, J. L. (2013). Homicide, schizophrenia and substance abuse: a complex interaction. *Revue d'épidémiologie et de sante publique*, 61(4), 339-350.
54. Rabin, R. A., Goodman, M. S., George, T. P., & Barr, M. S. (2014). Neurobiology of comorbid substance use disorders in mental illness: A closer look at the underlying commonalities between cannabis and schizophrenia. *Current Addiction Reports*, 1(4), 261-271.
55. Levin, E. D., & Rezvani, A. H. (2007). Nicotinic interactions with antipsychotic drugs, models of schizophrenia and impacts on cognitive function. *Biochemical pharmacology*, 74(8), 1182-1191.

56. Leyton, M., & Vezina, P. (2014). Dopamine ups and downs in vulnerability to addictions: a neurodevelopmental model. *Trends in pharmacological sciences*, 35(6), 268-276.
57. Di Chiara, G., Bassareo, V., Fenu, S., De Luca, M. A., Spina, L., Cadoni, C., Lecca, D. (2004). Dopamine and drug addiction: the nucleus accumbens shell connection. *Neuropharmacology*, 47, 227-241.
58. Yang, P., Tao, R., He, C., Wang, Y., & Zhang, X. (2018). The Risk Factors of the Alcohol Use Disorders—Through Review of Its Comorbidities. *Frontiers in neuroscience*, 12, 303.

CARTAS DE CONSENTIMIENTO INFORMADO.

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL PARTICIPANTE

“Relación entre el nivel de emoción expresada por el familiar responsable y el consumo de sustancias en pacientes con diagnóstico de Esquizofrenia en el Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente Muñiz”.

Se le invita a participar en un estudio de investigación en el Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente Muñiz” a través de los servicios de Clínica de Esquizofrenia y Consulta Externa.

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

Es de mi conocimiento que se valorará si aparte de contar con el diagnóstico de esquizofrenia, cuento con algún consumo de sustancias, para lo cual se me realizará un cuestionario llamado ASSSIT, la cual es herramienta que valora el patrón de consumo de sustancias, además se valorará la severidad de mis síntomas, mediante una entrevista y un cuestionario aplicado por el medico llamado PANSS.

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: El beneficio directo, si así lo deseo, será obtener el resultado de la valoración de mi patrón de consumo de sustancias, el cual me será informado de manera privada y confidencial, de igual manera en caso de detectar la necesidad de alguna intervención o tratamiento, se me informará y se me asesorará para buscar la atención pertinente.

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.

La información que brinde al investigador en ningún momento será comunicado 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 persona, en este caso se le informará al familiar responsable y al médico tratante.

Entiendo que al contestar la evaluación clínica es posible que se traten temas sensibles, que me puedan ocasionar alguna molestia o ansiedad leve, si esta llegará a ser muy molesta se le canalizará al servicio de Atención Psiquiátrica Continua y los gastos de mi atención correrán por mi cuenta. También en la evaluación podrían detectarse alguna alteración y acepto que en el caso de que se identifique cualquier síntoma se me informe, para poder buscar la atención pertinente.

Contacto: Si tengo alguna pregunta, puedo contactar a los investigadores responsables de este estudio, a la Dra. Mariana Paulina Escalona León al teléfono 4160 5254 o al correo electrónico marianapaulina.escalona@hotmail.com.

Consentimientos 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 participante. _____
Fecha.

Nombre del participante

Firma del investigador _____
Fecha.

Nombre del investigador.

Testigo 1

Nombre completo (Anotar relación con el paciente o con la institución).

Testigo 2.

Nombre completo (Anotar relación con el paciente o con la institución).

Ciudad de México a _____ de _____ del _____.

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL FAMILIAR

“Relación entre el nivel de emoción expresada por el familiar responsable y el consumo de sustancias en pacientes con diagnóstico de Esquizofrenia en el Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente Muñiz”.

Se le invita a participar en un estudio de investigación en el Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente Muñiz” a través de los servicio de Clínica de Esquizofrenia y Consulta Externa.

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

Es de mi conocimiento que se valorará la presencia de Emoción Expresada mediante la aplicación de una escala llamada Cuestionario-encuesta de emoción expresada.

Estoy informado(a) 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 relacionado como importantes predictores de recaída y exacerbación de sintomatología, 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: El beneficio directo de mi participación, si así lo deseo, será conocer el resultado de las escalas que se me apliquen.

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 asignara un código numérico, de tal manera que sólo el investigador responsable.

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

En caso de detectarse alguna alteración en la evaluación se me informará para poder buscar la atención pertinente.

Contacto: Si tengo alguna pregunta, puedo contactar a los investigadores responsables de este estudio, a la Dra. Mariana Paulina Escalona León al teléfono 4160 5254 o al correo electrónico marianapaulina.escalona@hotmail.com.

Consentimientos y firmas: He hablado directamente con el investigador clínico responsable y me ha contestado todas mis preguntas en términos que he podido entender. Además, 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. Y que la información aportada 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 completo (Anotar relación con el paciente o con la institución).

Testigo 2.

Nombre completo (Anotar relación con el paciente o con la institución).

Ciudad de México a ____ de _____ del _____.

MB

0232



COMITÉ DE TESIS
FORMATO DE EVALUACIÓN DE PROTOCOLO DE TESIS *

Nombre del residente: Mariana Paulina Escalona León

Grado: R2

Fecha: Febrero 08, 2017

Título: *Relación entre el nivel de emoción expresada por el Familiar Cuidador Primario Informal y el consumo de sustancias en pacientes con diagnóstico de Esquizofrenia en el Instituto Nacional de Psiquiatría "Ramón de la Fuente Muñiz"*

Nombre del Tutor Teórico: Dr. Ricardo Arturo Saracco Álvarez

Nombre del Tutor Metodológico: Dra. María Luisa Rascón Gasca

Instrucciones: Marque con una **X** la puntuación que bajo su criterio corresponda a la oración, considerando que:

4 puntos = Excelente, **3 puntos** = Bien o adecuada, **2 puntos** = Regular o deficiente,
1 punto = Inaceptable,

VALORACIÓN GENERAL DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

| | | | | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|----------|----------|----------|
| La relevancia científica de la investigación es: | XX | 3 | 2 | 1 |
| La trascendencia social de la investigación es: | XX | 3 | 2 | 1 |
| La factibilidad referente a los recursos humanos, materiales y financieros necesarios es: | XX | 3 | 2 | 1 |
| La factibilidad relativa a la muestra calculada es: | XX | 3 | 2 | 1 |
| El cronograma de actividades propuesto se ajusta al tiempo de duración del plan de estudios, de manera: | XX | 3 | 2 | 1 |
| Se cumple con los requisitos planteados por el comité de Ética: | XX | 3 | 2 | 1 |



Recomendaciones

Se realizaron algunas observaciones menores en el cuerpo del protocolo. Ninguna de estas observaciones interfiere con la aprobación del mismo para que la alumna lo lleve a cabo.
El protocolo tiene un adecuado fundamento teórico y metodológico y ambos tutores son expertos en el área a investigar.

Evaluación (Marque con una X)

| | Si | No |
|----------|----|----|
| Aprobado | xx | |

EN CASO DE NO SER APROBADO:

Se solicita nueva presentación con modificaciones para su aprobación

El responsable de la evaluación:

Nombre.- Dra. Ana Fresán Orellana

Firma: _____




Dr. Héctor Sentres Castellá
Presidente del Comité de Tesis:

Fecha: 08/02/2017

2017 "Año del Centenario de la Promulgación de la Constitución
Política de los Estados Unidos Mexicanos"

Fecha y Número de Aprobación:

Junio 19, 2017
CEI/C/036/2017

| | |
|---------------------------------------------------------------|----------|
| INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA RAMÓN DE LA FUENTE MUÑIZ | |
| DIRECCIÓN DE ENSEÑANZA | |
| * 23 JUN. 2017 * | |
| DEPARTAMENTO ACADÉMICO | |
| HORA | 10:15 |
| NOMBRE | Angelica |

Dra. Mariana Paulina Escalona León
Investigador Principal
Presente

Por este medio, me permito informarle que el proyecto titulado: "Relación entre el nivel de emoción expresada por el familiar cuidador primario informal y el consumo de sustancias en pacientes con diagnóstico de esquizofrenia en el Instituto Nacional de Psiquiatría", el cual se llevará a cabo en el Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, en calzada México-Xochimilco No. 101, Col. San Lorenzo Huipulco, Delegación Tlalpan, 14370, de la Ciudad de México, ha sido **APROBADO** por el Comité, ya que se considera que cumple con los requisitos éticos y metodológicos establecidos. La presente aprobación tiene una vigencia de un año.

Documentos Revisados y Aprobados: Originales del Formato en Seres Humanos del Comité de Ética en Investigación y cartas de consentimiento informado.

Número de Registro CONBIOÉTICA-09-CEI-010-20170316

Atentamente,



COMITE DE ÉTICA E INVESTIGACIÓN
APROBADO

1295

Dr. Ricardo Arturo Saracco Álvarez
Presidente del Comité de Ética en Investigación
ANEXOS

C.c.p. Dr. Héctor Senties Castellá, Director de Enseñanza y Presidente del Comité de Tesis.-Presente.
Dr. Jorge J. González Olvera, Secretario Técnico del Comité de Investigación.-Presente.
C.P Alejandra Tafolla Valdovinos, Unidad Contable de Recursos de Terceros.-Presente.

| | |
|---------------------------------------------------------------|----------|
| INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA RAMÓN DE LA FUENTE MUÑIZ | |
| * 22 JUN. 2017 * | |
| DIRECCION DE ENSEÑANZA | |
| HORA | 10:25 |
| NOMBRE | Angelica |