

01985

11

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO



UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE
MÉXICO

ESTUDIO DE FAMILIAS DE PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA

T E S I S

que para obtener el grado de

Doctora en Psicología

P R E S E N T A

MARÍA LUISA RASCÓN GASCA

290593

Directora de tesis: Dra. María Elena Medina-Mora Icaza

Comité de tesis: Dra. Graciela Rodríguez Ortega

Dra. Luisa Rossi Hernández

Dr. Héctor Ayala Velásquez

Dr. Steven Regeser López

Suplentes: Dra. Emilia Lucio Gómez Maqueo

Dr. Marcelo Valencia Collazos



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

Con todo mi amor:
para mis hijos, Jorge Iván y Mariana
a mis padres, María del Carmen y Héctor
para mi compañero y esposo, Jorge
a mis hermanas , Rosa Carmen, Heydi y Daniela
por su apoyo y amor

Gracias

AGRADECIMIENTOS

El presente trabajo de investigación fue realizado en la Dirección de Investigaciones Epidemiológicas y Sociales, Clave del proyecto 4230 del Instituto Nacional de Psiquiatría "Ramón de la Fuente".

Quiero agradecer de forma infinita a la Dra. María Elena Medina-Mora I. por su apoyo y enseñanza incondicional, en mi formación profesional y académica, que ha sido invaluable y especialmente por las demostraciones de amistad.

Deseo expresar mi especial agradecimiento a todos y cada uno los doctores integrantes de mi comité de tesis, quienes me brindaron su guía, apoyo y conocimientos para mi formación y para la realización de la presente tesis.

Hago patente mi gratitud, a todas las Familias que colaboraron con paciencia y disposición en el estudio y que sin ellos no fuera posible esta tesis.

Mi agradecimiento a las Psicólogas Cecilia Gómez C, Daniela Rascón G , María de Lourdes Gutiérrez por su ayuda profesional en la realización de entrevistas, y en las diferentes fases del trabajo de investigación.

Agradezco a todas los compañeros y personas que de alguna manera me brindaron su apoyo durante la elaboración de esta tesis.

Muchas Gracias

El concepto de esquizofrenia es como una especie de camisa de fuerza conceptual que restringe gravemente las posibilidades tanto de psiquiatras, como de pacientes. El hombre no siempre se vale de barrotes para construir jaulas. También las ideas pueden ser jaulas. Aquellos que no viven según las ideas de la mayoría son los que han de ser puestos en jaulas especiales. Pero tenemos que encerrarlos con llave tanto conceptual como físicamente. Las puertas de las clínicas mentales se abren en cierta forma, pero las más difíciles de abrir son las puertas de nuestras mentes.

Laing R.D.

INDICE

RESUMEN

SUMMARY

INTRODUCCIÓN

1

I MARCO CONCEPTUAL Y ANTECEDENTES

Introducción			5
Capítulo	1.1	La Esquizofrenia	7
	1.1.1	Definición, Evolución y Prevalencia	7
	1.1.2	Tratamiento, Rehabilitación y Prevención	11
Capítulo	1.2	La Familia, El Estrés y La Esquizofrenia	28
	1.2.1	La Carga en el Familiar Responsable	39
	1.2.2	Psicopatología en el Familiar a Cargo	44
	1.2.3	Percepción Social de la Esquizofrenia	48
Capítulo	1.3	La Emoción Expresada en la Familia	59
	1.3.1	La Emoción Expresada del Familiar Responsable	60
	1.3.2	La Percepción Afectiva del Paciente Esquizofrénico	65

II INVESTIGACIÓN

Introducción			69
Capítulo	2.1	Método	69
	2.1.1	Objetivo General	69
	2.1.2	Objetivos Específicos	69
	2.1.2.1	Modelo Conceptual. "Predictores de la Emoción Expresada"	71
	2.1.2.2	Modelo Conceptual "Indicadores de Psicopatología Familiar"	72
	2.1.3	Prueba de Instrumentos y Estudio Exploratorio	73
	2.1.4	Definición Conceptual y Operacional de Variables	76
	2.1.5	Población de Estudio	78
	2.1.6	Instrumentos de Estudio	79
	2.1.7	Procedimiento	82
	2.1.8	Plan de Análisis de Resultados	82

	III	RESULTADOS	
Introducción			83
Capítulo	3.1	Resultados de la Prueba del Modelo Conceptual: "Psicopatología en los familiares responsables de personas con esquizofrenia"	85
	3.2	Resultados de la Prueba del Modelo Conceptual: "Factores relacionados con la expresión emocional en familiares de personas con esquizofrenia"	113
	IV	CONCLUSIONES	
Introducción			145
Capítulo	4.1	Conclusiones:	
		Psicopatología en el Familiar	146
		Expresividad Emocional	147
		Perspectivas	151
		REFERENCIAS	155
		APÉNDICES 1-3	

RESUMEN

La esquizofrenia es uno de los trastornos mentales en donde se presentan mayores dificultades en el ámbito familiar; el efecto negativo de la enfermedad, en la mayoría de los casos, recae básicamente en quienes la padecen y en quienes conviven con el enfermo.

Cuando existe un miembro en la familia con este trastorno se observa una alteración importante dentro de la dinámica familiar. Las características clínicas de esta enfermedad generan un gran número de situaciones negativas como dificultad en las relaciones familiares, empobrecimiento en la calidad de vida, aislamiento social que interfiere en el funcionamiento laboral, escolar y en el propio hogar; lo que aumenta el nivel de estrés ya existente, convirtiéndose en un factor adicional de angustia, tanto para el paciente como para su familia, llegando a ser considerado como precipitante de recaídas, de exacerbación de síntomas y de re-hospitalizaciones. Es evidente que los integrantes de la familia requieren ayuda y apoyo para sobrellevar el manejo de estos pacientes tanto en la casa como en el hospital.

En los últimos años, el diagnóstico y el tratamiento de la esquizofrenia se ha ocupado de integrar los elementos necesarios para lograr la evolución positiva de la enfermedad con el menor número de recaídas. En la década de los años 80, los modelos de estudio de la esquizofrenia sufrieron algunos cambios que permitieron pasar de los enfoques reduccionistas, los biológicos, psicológicos, familiares etc.; A otros modelos globales que integran una serie de posibilidades de estudio y de carácter terapéutico, con dos condiciones: primero, que los recursos terapéuticos se integren en programas coordinados y planteados a mediano y largo plazo. Segundo, que se integre a la familia como una unidad básica de salud incorporada a dichos programas. Se ha observado que los criterios para diagnosticar la enfermedad o la salud emocional no pueden restringirse sólo a un individuo, sino que deben abarcar al individuo dentro del grupo familiar. La unidad para una adecuada predicción es el grupo,

incluyendo al individuo en un equilibrio dinámico. La salud emocional de un individuo no es una cualidad estática ni privada. Por lo tanto, la familia juega un papel fundamental cuando se pretende mejorar el nivel de funcionamiento global del paciente, su calidad de vida y su apego al tratamiento. Para cumplir estos objetivos en los servicios del sistema de salud mental se debe articular la participación del paciente y de su familia, de un equipo interdisciplinario de profesionistas, de las redes de apoyo social y por su puesto de la sociedad en general.

En esta tesis se plantea el estudio de familiares de personas con esquizofrenia, mediante la prueba de dos modelos conceptuales uno para evaluar la Emoción Expresada y otro para determinar los indicadores familiares que intervienen en la psicopatología del familiar a cargo de la persona con esquizofrenia, en familiares responsables de pacientes con esquizofrenia estables, contactados en la consulta externa de un centro hospitalario de tercer nivel, al sur de la ciudad de México.

Para el estudio se utilizó un diseño transversal, en donde la muestra fue no probabilística y de tipo circunstancial, la selección fue de manera secuencial, los sujetos de estudio fueron familiares de pacientes crónicos que participaban en un programa integral de tratamiento.

Los instrumentos que se utilizaron fueron:

- 1.- Con el fin de evaluar la psicopatología en el familiar responsable se utilizó The Composite International Diagnostic Interview version 1.0. (CIDI). Es una entrevista diagnóstica totalmente estructurada para la evaluación de los trastornos mentales de acuerdo a las definiciones y los criterios de la clasificación Internacional de las Enfermedades ICD-10; Diagnostic Criteria of Research Witschen y cols (1991) y el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales de la Asociación Psiquiátrica Americana DSM-III R (1987)
- 2.- Para evaluar los conceptos de conducta sintomática; funcionamiento social; tiempo de evolución de la enfermedad; número de recaídas del familiar enfermo, se aplicó la Cédula de evaluación de la conducta del paciente SBAS

(segunda edición) elaborada por Platt S., Weyman e Hirsch.(1977) y Platt S.(1980). La SBAS es un instrumento estandarizado, semiestructurado, se obtuvo la confiabilidad global entre entrevistadores para escenarios mexicanos de Kappa:78, se encontraron algunos reactivos con baja confiabilidad ya que el 35% del total de reactivos aplicados se codificaron como conductas ausentes. La consistencia obtenida de las respuestas planteó la necesidad de algunas modificaciones al contenido de la escala, como reducciones y reestructuración de algunas preguntas, que se llevaron a cabo para este estudio. (Otero R, Rascón ML, 1988).

3.- Para evaluar la expresión emocional del familiar responsable, se aplicó el Cuestionario-encuesta evaluación del nivel de emoción expresada (CEEE) elaborado por Guanilo y Seclén (1993) conformado por 30 reactivos, que miden crítica, sobreprotección y hostilidad. Es un instrumento estructurado, su confiabilidad en población mexicana, Alpha de Cronbach de 0.8570 (Rascón, 1994); La forma de codificación de este instrumento es de acuerdo al instructivo utilizado por los autores.

4.- Para conocer la actitud hacia la enfermedad. (CONENF) se consideró como marco de referencia investigaciones realizadas sobre el tema y se tomaron algunos reactivos para la sección de actitudes (Stefani, 1977,1979; Casco, 1987; García 1994) se obtuvo una consistencia interna adecuada.

5.- Opinión afectiva (OPAF) Este cuestionario se elaboró para evaluar la percepción afectiva que tenía el paciente de su familiar. Este cuestionario está integrado por los indicadores de la teoría de la emoción expresada tomando en consideración los estudios realizados por Leff J (1989, 1994); Vaughn y cols (1976, 1984). Se abarcaron las siguientes áreas: Tipo y frecuencia de contactos, opinión afectiva, características de relación: irritabilidad, indiferencia, sobreprotección, afecto y percepción del ambiente familiar. La confiabilidad global fue satisfactoria con una Alpha de Cronbach de 0.6278 (Rascón, 1995)

La propuesta de análisis e interpretación de los datos fue cuantitativa, se procedió a realizar análisis descriptivos y explicativos de los resultados de las

variables planteadas aplicando estadística no paramétrica para demostrar la asociación entre las variables, y la predicción de acuerdo al modelo lineal general de la regresión lineal.

El estudio demostró que las variables psicosociales son predictores de una interacción familiar con características de Expresión emocional alta. En los familiares responsables de pacientes estables, se encontró la expresión emocional alta en más del cuarenta por ciento, resalta como componente característico el sobreinvolucramiento, compuesto por aspectos de sobreprotección o consentimiento, autosacrificio y malestar emocional, similar al trato que normalmente se le da a un niño, con niveles inapropiados de preocupación por parte del familiar, el paciente es visto como menos competente que antes y más vulnerable.

La relación entre la conducta sintomática y la expresión emocional alta se podría interpretar como consecuencia de la situación clínica del paciente, pero a su vez como característica de la interacción del familiar con su familiar enfermo. Los familiares que expresaron EE alta, reportaron mayor autodescuido, irritabilidad, violencia y aislamiento por parte de su pariente enfermo.

Con respecto a la psicopatología del familiar, resalta que el 58.8% padezan algún diagnóstico psiquiátrico, cifra muy superior a la reportada para la población general.

En cuanto al tipo de diagnóstico reportado se encontró similitud con lo descrito para otras poblaciones generales, en donde los trastornos depresivos destacan en primer lugar; seguidos por la dependencia al alcohol; El diagnóstico principal en las mujeres fue depresión, se encontró similitud con lo descrito para otras poblaciones generales, en donde los trastornos depresivos destacan en primer lugar; seguidos por los trastornos de ansiedad incluyendo a los trastornos disociativos y somatoformes, en los familiares hombres destaca la dependencia al alcohol y los trastornos somatoformes.

Nos llamo la atención que el familiar atribuyera la presencia de algún trastorno físico o emocional a la enfermedad del paciente. La percepción del familiar de padecer algún trastorno físico o emocional estuvo presente en tres cuartas partes de los sujetos de estudio.

Los trastornos emocionales más frecuentes fueron irritabilidad, angustia, problemas para dormir, diferentes sentimientos de culpa, enojo, frustración, resentimiento y otros. Los trastornos físicos como: diabetes, trastornos del sistema digestivo, hipertensión, herpes, bitiligo y otros

Los resultados que se obtuvieron de esta investigación son de utilidad para la construcción de un modelo de estudio de los familiares de un enfermo esquizofrénico, para resolver de manera eficaz las necesidades detectadas en los familiares. Al considerar por una parte la enfermedad del paciente y la amplia gama de problemas relacionados a ésta y por otra, la presencia de uno o más diagnósticos psiquiátricos en el familiar responsable, es de esperar que la evolución de ambos carezca de un curso satisfactorio, a menos que esta comorbilidad sea detectada y abordada terapéuticamente, con el propósito de optimizar la evolución o el desarrollo de la enfermedad y disminuir la exacerbación de síntomas o recaídas y a su vez, mejorar la interacción familiar; también, se dan a conocer los problemas psicosociales que viven las familias a diario, sin saber que hacer y el riesgo que se corre al no considerarse la necesidad de abordar de manera integral tanto el diagnóstico, el tratamiento y la prevención de la enfermedad para el grupo familiar, el familiar enfermo y para el equipo de salud mental y la población en general.

Summary

The schizophrenia is one of the most common illness which affects the family environment, the negative effects of the illness affects mainly the patient and those close to him.

When someone with this problem is affected the whole family environment changed. The characteristics of this affections provoke several changes in the family relation ship like, the deficient quality life, social isolation which influence the performance at school, work and at home. This increases the stress level and turning into an additional factor for anguish everybody. It could be considered as a trigger for the relapses increase of symptoms and rehospitalizations. Family's members require assistance and support for this kind of illness at the house and at the hospital.

During last years, the diagnostic and treatment about this illness has combine the necessary element to get a satisfactory evolution as much as possible relapses. About eighty's, schizophrenia studies models changed from biological, psychological, and familiar approaches to another global models which considered different opportunities; studies and therapeutics: with two elements 1.- Therapeutical resources integrated into programs coordinated for mid or long term. 2.- Integrate the family as basic unit incorporated of this programs.

The criteria to detect this illness or emotional health can not be limited to the individual but it is most be include as a member on the family group. The unit for the best diagnostics it is a group the including the individual in a complete environment. The individuals emotional health is not an static or isolate condition but the family has an important rule to improve the individual performance, it is life quality and treatment adherence. To met these objectives in the mental health services, this programs need the participation of family and patient, an inter-disciplined equipment, social support, and whole society.

This study suggested the study of the schizophrenia family with two methods one to evaluate the Expressed Emotion and the another to evaluate the

indicators familiar that take active part into the caregiver psychopathology, in responsible relatives of stables schizophrenic outpatients, they get in third level hospital center, in the México City South.

The study used a transversal design with a circunstancial and non probabilistic sample, the selection was sequential, the study was developed on patients relatives with chronical status which they took part on integral treatment program.

The instruments used were:

1. In order to evaluate the responsible relative's psychopatology, the Composite International Diagnostic Interview version 1.0. (CIDI) was used. This is an diagnostic, completely structured interview to appraise the mental disorders according to definitions and criteria of International Classification of Diseases ICD-10; Diagnostic Criteria of Research (Witchen et al., 1991) and Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders of American Psychiatric Association DSM-III (1987).
2. Symptomatic behavior, social adjustment, evolution time of disease, relapses number of relative sick were evaluated with S Behavior Appraisal Scale, SBAS (second edition) elaborated by Platt S., Weyman and Hirsch (1977), and Platt S. (1980). The SBAS is an standardized, semi-structured instrument, which it got a whole reliability among interviewers to Mexican scenarios of Kappa: 78, some items with low reliability were founded since, 35% of applied items were coded as an absent behaviors. The answers consistency presented a necessity of some modifications in the contents scale, such as reductions and restructuration of some questions applied in this study. (Otero R, Rascón, ML, 1988).
3. The responsible relative's expressed emotion was appraised with Questionnaire-survey-evaluation of expressed emotion level (CEEE) elaborated by Guanilo and Seclén (1993), it was formed by 30 items, that they

measured criticism, overprotection and hostility. This instrument is structured, its reliability in Mexican population was Cronbach's Alpha: 0.8570 (Rascón, 1995), the codification was established according to authors' instructions.

4. To Know the attitude to disease (CONENF), was regarded several researches about this topic as a reference scheme, some items were used (Stefani, 1977, 1979; Casco, 1987; García, 1994). In these items getting a suitable internal consistency.

5. Affective Opinion (OPAF) is a questionnaire to evaluate the patient's affective perception about his relative. It is integrated by indicators of expressed emotion theory according to Leff J. (1989, 1994) and Vaughn et al. (1976, 1984) investigations. It considers the following areas: Kind and frequency of contacts, affective opinion, relation's characteristics: irritability, indifference, overprotection, affect, and perception of family environment. The whole reliability was satisfactory; Cronbach's Alpha= 0.6278 (Rascón, 1995).

The data analysis and interpretation were quantitative, first, it proceeded to descriptive analyses of variables results with no parametric statistic, in order to showing the association among variables, also it was used the lineal general model of lineal regression for the prediction.

This study demonstrated that the psychosocial variables are predictors of a family interaction with high Expressed Emotion. It was found high expressed emotion in more than 40 % of responsible relatives of outpatients, the outstanding component was over-involvement, this was constituted by characteristics of overprotection or consent, auto-sacrifice, and emotional uneasiness, such as, the treatment to child, with inappropriate levels of preoccupation by relative, and the patient is seen less competent and more vulnerable than another age.

The relation between symptomatic behavior and high expressed emotion could be interpreted as a consequence of the clinic situation of patient, but at the same time as a characteristic of family interaction with the sick relative. The

relatives that expressed high EE, their relative sick showed higher auto-carelessness, irritability, violence, and withdrawal.

Regarding to relative psychopathology, the frequency in the responsible relative was of 58.8%, this is a superior quantity in comparison with the general population.

Regarding to kind of diagnostic, it was found a similarity with other general populations, which emphasize, in firsts level depressives disorders, in second, alcohol dependence; in women the main diagnostic was depression, anxiety disorders that include dissociatives and somatoform disorders, and in men was alcohol dependence and somatoform disorders.

The family perception of having any physic or emotional disorder was presented in 75% of subjects. This perception was related with patient's illness.

The emotional disorders more frequent, were irritability, anguish, sleep problems, guilt feelings, annoyance, frustration, resentment, etc. Physic disorders such as: diabetes, digestive system disorders, hypertension, herpes, bitiligo, etc.

The issues of this research are useful; to the construction of study model for families with a schizophrenic patient, to solve efficaciously the relatives necessities. When it is considered, the patient illness and wide gamut of problems related with this and by one or more psychiatric diagnostics in the responsible relative, It is probable that evolution of both has an unsatisfactory course, but if this commorbidity is detected and approached therapeutically, the illness evolution or development will make better, symptom's exacerbation and relapses will diminish and also family interaction will improve. On the other hand this study expound psychosocial problems that families live daily when they don't know what to do. The risk is presented when they don't considered the illness necessity about integral management of diagnostic, treatment, and prevention by family, sick relative, mental health equipment and the general population .

INTRODUCCIÓN

La enfermedad mental llamada esquizofrenia, la describen también como psicosis. La psicosis seguirá siendo un enigma expresado por diferentes palabras: demencia, paranoia, discordancia, locura, esquizofrenia y es una enfermedad en la que se experimentan sensaciones extrañas, ideas fuera de lo común, percepciones anormales y pérdida de la relación con la realidad.

La comprensión de la enfermedad mental se ha modificado en cada etapa de la historia de acuerdo a la ideología imperante y de acuerdo a los paradigmas del conocimiento. Cada concepción ha generado diferentes actitudes y comportamientos por parte de las diferentes instituciones. Algunos contemplan la condición de la que sufren los esquizofrénicos como una enfermedad orgánica. Otros la ven como un fracaso de adaptación social. Se observa un gran espectro desde la visión hereditaria-orgánica hasta la social-funcional y la posible combinación de ellas.

Los estudiosos de la familia de los esquizofrénicos parecen estar de acuerdo en que mucha de la irracionalidad del individuo encuentra su racionalidad en su contexto familiar de origen. Pero la familia en su conjunto se muestra ahora como irracional. No obstante podemos esperar que la irracionalidad de la familia encontrará su racionalidad cuando se le sitúe en su contexto. Y así presumiblemente a través de meta, meta contextos, hasta que se llegue al contexto de todos los contextos sociales (Laing, 1976).

A menudo se considera a la familia como la unidad básica del desarrollo y de la experiencia, de la realización y del fracaso; también como la unidad básica de la enfermedad y la salud. La familia, cualquiera que sea su estructura y su forma, tiene la tarea de regular los vínculos a través de la combinación de factores biológicos, psicológicos, sociales y económicos; realiza una serie de funciones

para satisfacer las necesidades de sus integrantes, tanto biológicas como de subsistencia; es formadora del desarrollo de la identidad y del funcionamiento social; es transmisora de valores, de reglas y de normas, y proporciona los modelos de identificación. Sin embargo, la familia como lo menciona Ackerman (1978), no es una entidad estática, tampoco es el pilar de la sociedad, si no que, más bien la sociedad es la que moldea el funcionamiento de la familia para lograr que sea más útil. La familia es el producto de la evolución; se adapta sutilmente tanto desde dentro como desde fuera. En la familia se observa una continuidad fundamental entre el individuo, la familia y la sociedad.

La psicología se ocupa por regla general, de la elaboración y verificación de teorías relativas a la conducta. Con respecto a los trastornos mentales y en particular la esquizofrenia, persiste el interés por los estudios de diagnóstico y las consecuencias de tratamientos, así como, en aspectos más detallados del comportamiento cuyo objetivo es la comprensión del funcionamiento de las personas con esquizofrenia; actualmente en nuestro país existen pocos estudios psicosociales del paciente esquizofrénico y su familia (Rascón, 1995)

A pesar de que las familias de pacientes esquizofrénicos casi siempre son los responsables del nivel de cuidado primario, usualmente no reciben capacitación, ni la ayuda profesional necesaria, es decir, las familias en muy pocos casos reciben atención para poder manejar la problemática que manifiesta el familiar enfermo. La mayoría de las veces únicamente sentidas por la familia; pero por muchas razones, se ignora en el diagnóstico la valoración del funcionamiento familiar, se considera al paciente de manera individual separándolo del grupo familiar evitando así el conocer de manera cercana el ambiente familiar como unidad. En esta problemática se ven involucrados un sin número de factores. Por una parte, la población aún no está educada para poder demandar un servicio en busca de orientación o atención que le conduzca a mantenerse estable, la población sólo siente la necesidad de acudir a un centro de salud en caso de enfermedad. Por otro lado, el modelo

profesional del personal adscrito a estas unidades favorece la opción de un papel expectante en espera de la demanda que ha originado que sus acciones caigan en el terreno curativo más que en el preventivo. Los programas de salud mental no se abocan a elevar realmente el nivel de salud de los individuos, familias y comunidades.

Por consecuencia, la excesiva responsabilidad en el familiar a cargo repercute en las relaciones familiares, siendo una fuente importante de estrés que contribuye a un empobrecimiento en la calidad de vida, al aislamiento social, y al mal funcionamiento laboral y social, entre otros. Igualmente, puede ser considerada como predictor de psicopatología en el familiar responsable. Es así, que la familia juega un papel fundamental en el curso de la enfermedad del pariente enfermo, no solamente porque pretende aliviar los signos y síntomas; Si no por mejorar el nivel de funcionamiento global del paciente, su apego terapéutico y su bienestar familiar.

Para este estudio el paradigma fue post-positivista basado en el realismo y la crítica al objeto-sujeto, se tomaron en cuenta los resultados que se obtuvieron de cada uno de los indicadores de este estudio, para sustentar la prueba de dos modelos conceptuales holísticos, donde cada indicador tuvo un peso relativo en el modelo predictor. El enfoque de investigación permitió observar distintos ángulos del fenómeno y dar respuesta a las diferentes preguntas planteadas en los objetivos.

I

MARCO CONCEPTUAL Y ANTECEDENTES

INTRODUCCIÓN

En esta primera parte se plantean las diferentes nociones de esquizofrenia; su prevalencia a escala nacional e internacional, la evolución desde la época en que la práctica usual era el encadenamiento a los enfermos hasta la época actual que han incorporado alternativas diversas de tratamiento, procurando comprender y atender las necesidades del enfermo y considerando los derechos humanos de estas personas.

Se plantea una visión breve de los cambios históricos en el tratamiento y la rehabilitación de la esquizofrenia, se agrega el programa de tratamiento integral que reciben los pacientes y sus familiares del presente estudio, además se bosqueja la necesidad de llevar a cabo la prevención en esta enfermedad. Se revisan las diversas líneas de estudio acerca de la familia, la familia y el estrés por la enfermedad; la carga y la posible psicopatología del familiar a cargo, también se abordan la expresividad emocional, actitudes y sentimientos por los familiares a cargo, las diversas concepciones y atribuciones culturales hacia la enfermedad, por último, se toma en cuenta la perspectiva afectiva del familiar enfermo acerca de sus familiares. Finalmente, se presenta el esquema para examinar el estrés, los procesos de enfrentamiento y adaptación de la teoría general de los sistemas de Cervantes y Castro (1986).

1.1 ESQUIZOFRENIA: DEFINICIÓN, EVOLUCIÓN Y PREVALENCIA.

La *esquizofrenia* es una enfermedad mental, generalmente crónica, progresiva y que provoca deterioro en los procesos de adaptación psicológica individual, familiar, laboral y social, se han documentado anomalías en el desarrollo del cerebro y de los procesos cognoscitivos, se caracteriza por un cortejo sintomático muy variado, que incluye síntomas positivos (alteraciones del pensamiento, del lenguaje, de la sensoripercepción, del juicio y de la función motora) y los síntomas negativos que conducen al deterioro.¹ Se pueden distinguir los siguientes agrupamientos: deficiencia en la socialización, trastornos del afecto e improductividad. El afán de producir, de crear, suele

* La palabra esquizofrenia etimológicamente se forma de dos raíces griegas, esquizos: dividido y frenos: mente o inteligencia.

¹ **CRITERIOS DIAGNÓSTICOS.** Las propuestas acerca de los límites del concepto de esquizofrenia y su diagnóstico han cambiado históricamente, se mencionará las que se encuentran en las dos clasificaciones internacionales de los trastornos mentales vigentes y que se encuentran en uso de manera más amplia en el momento actual: Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV) de la Asociación Psiquiátrica Americana (1996) y Décima Revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE-10) de la Organización Mundial de la Salud (1992)

DSM-IV. a)- Síntomas característicos. Dos (o más) de los siguientes, cada uno de ellos presente durante una parte significativa de un periodo de un mes (o menos si ha sido tratado con éxito): 1.- Ideas Delirantes. 2.- Alucinaciones. 3.- Lenguaje desorganizado. 4.- Comportamiento Catatónico o gravemente desorganizado. 5.- Síntomas negativos.

B. Disfunción social o laboral. Durante una parte significativa del tiempo desde el inicio de la alteración, una o más áreas importantes de la actividad, como son el trabajo, las relaciones interpersonales o el cuidado de uno mismo, están claramente por debajo del nivel previo al inicio del trastorno.

C. Duración. Persisten signos continuos durante al menos 6 meses. Este periodo debe incluir al menos un mes de síntomas que cumplan el criterio A y puede incluir los periodos de síntomas prodrómicos y residuales. Durante estos periodos, los signos de la alteración pueden manifestarse sólo por síntomas negativos o por dos o más síntomas de la lista del criterio A, presente de forma atenuada.

D. Exclusión de los trastornos esquizoafectivos y del estado de ánimo.

E. Exclusión del consumo de sustancias y enfermedad médica.

F. Relación con un trastorno generalizado del desarrollo.

CIE-10. Aunque en sentido estricto no se han identificado síntomas patognomónicos, ciertos fenómenos psicopatológicos tienen una significación especial para el diagnóstico de la esquizofrenia, los cuales suelen presentarse asociados entre sí. Estos son:

a) Inserción del pensamiento o disfunción del mismo (eco, robo) b) Ideas delirantes de ser controlado, de influencia o de pasividad, claramente referidas al cuerpo, a los movimientos de los miembros o a pensamientos, acciones o sensaciones concretos y percepción delirante. c) Voces alucinatorias que comentan la propia actividad, que discuten entre ellas sobre el enfermo u otro tipo de voces alucinatorias que proceden de otras partes del cuerpo. d) Ideas delirantes persistentes de otro tipo que no son adecuadas a la cultura del individuo o que son completamente imposibles. e) Alucinaciones persistentes de cualquier modalidad cuando se acompañan de ideas delirantes no estructuradas y fugaces sin contenido afectivo claro o ideas sobre valoradas persistentes o cuando se presentan a diario o durante semanas, meses o permanentemente. f) Interpolaciones o bloqueos en el curso del pensamiento que dan lugar a un lenguaje divagatorio, disgregado, incoherente o lleno de neologismos. g) Manifestaciones catatónicas, tales como excitación, posturas características o flexibilidad cénica, negativismo, mutismo, estupor. h) Síntomas "negativos" (que no se deban a depresión o a medicación neuroléptica). i) Cambio consistente de algunos aspectos de la conducta personal.

Pautas para el diagnóstico.- El requisito habitual para el diagnóstico de esquizofrenia es la presencia como mínimo de un síntoma muy evidente o dos o más si son menos evidentes. Tal diagnóstico no deberá hacerse en presencia de síntomas depresivos o maníacos relevantes, o en presencia de una enfermedad cerebral manifiesta o durante una intoxicación por sustancias psicótropas o una abstinencia a las mismas

estar ausente en los pacientes esquizofrénicos que muestran escaso o nulo interés por cualquier tarea, tornándose de manera progresiva en improductivos. Existe un nexo muy claro entre esta improductividad y las características de su vida afectiva y sus motivaciones, que junto con sus deterioro en la socialización suelen dar el cuadro típico (Carpenter, 1988).

El principio puede ser lento, paulatino e insidioso, la evolución puede presentar variaciones muy importantes, en términos generales conduce al deterioro psicológico y social, es progresiva, evoluciona por brotes de síntomas positivos que alternan con periodos sin ellos, pero con acentuación de la sintomatología negativa. A cada brote seguirán signos de deterioro más evidentes que en condiciones extremas conducen a un síndrome negativo severo (Carpenter, 1988; Andreasen, 1990; OMS, 1992).

La evolución de la enfermedad tiene las siguientes características: la mayor parte de los enfermos expresan síntomas después de los 15 y antes de los 30 años de edad, la edad más frecuente para el inicio coincide con el término de la adolescencia y el inicio de la vida adulta, 3 de 4 enfermos comienzan entre los 16 y los 25 años, es rara antes de los 15 años y después de los 45-50 años. Entre los 15 y 35 años es cuando la morbilidad es más elevada (Kraepelin 1899,1913; Bleuler, 1951). La incidencia en cada sexo de la enfermedad esta repartida por igual entre hombres como en mujeres.

Investigadores norteamericanos, encontraron que la edad de inicio de la enfermedad es más temprana en los hombres que en las mujeres. El limite de inicio para los hombres está entre los 18 y los 25 años, mientras que para las mujeres está entre los 26 y 45 años (Straube y Oabes, 1992)

Los estudios sobre los antecedentes familiares han demostrado una alta prevalencia entre los familiares de sujetos con esquizofrenia, estos resultados

incluyen los hijos de los sujetos con esquizofrenia adoptados y criados por padres no esquizofrénicos. Los estudios con gemelos muestran de manera consistente un mayor índice de prevalencia de esquizofrénicos para los univitelinos que para los bivitelinos, en tanto que los gemelos bivitelinos tienen el mismo índice de concordancia que los hermanos no gemelos.

El factor hereditario entre hermanos es del 10% de riesgo, en el caso de uno de los padres enfermo, es del 16%, cuando ambos padres son afectados 45%, cuando un mellizo univitalino enferma, el riesgo de enfermar es del 60 % para el otro mellizo.

La esquizofrenia tiene una prevalencia en el ámbito mundial de aproximadamente 1% (OMS, 1992), sin encontrar diferencias de raza, ambiente cultural, clase social, o inteligencia. Se estima que cerca de 45 millones de personas en el mundo son afectadas por la esquizofrenia, y 50% de las personas que sufren de esquizofrenia no reciben un tratamiento adecuado. (OMS; 2000) Los costos económicos, personales y sociales de la enfermedad mental son extraordinariamente altos. Los pacientes con diagnóstico de esquizofrenia ocupan aproximadamente el 25% de las camas hospitalarias y alrededor del 45% de los pacientes requieren cuidado estrecho a largo plazo (Wallace, 1993).

En nuestro país con más de 95 millones de habitantes, los trastornos mentales y en particular los trastornos mentales psicóticos oscilan entre 10.1 y 14.0 por 1000 habitantes en la población mayor de 14 años. Se estima que la proporción más elevada corresponde a la esquizofrenia y psicosis funcionales, seguidas de los desordenes que son consecuencia de daño orgánico cerebral (Tovar, 1987)

Los resultados de la Encuesta Nacional de Salud Mental en México, a través de encuesta de hogares a personas adultas con edades entre 18 y 65 años, arrojó cifras de prevalencia de por vida de 1.2% para el sexo masculino y de .09%

para el femenino respecto a la esquizofrenia (Medina-Mora, 1985,1992; Caraveo y Cols., 1994).

Caraveo (1995) llevó a cabo un estudio en la población hospitalizada en las unidades psiquiátricas de la Secretaría de Salud, los diagnósticos más frecuentes resultaron ser el retraso mental y la esquizofrenia con un 32% respectivamente y otras psicosis orgánicas crónicas con 28%.

En cuanto a las dificultades que presentan los pacientes con esquizofrenia son las frecuentes hospitalizaciones, se ha observado que después de ser dados de alta, un 60% eran rehospitalizados y un 30% tenían múltiples rehospitalizaciones (Caton, 1981), un 45% según Kissling (1994) llegando a ser hospitalizados una o varias veces aunque estén tratados con medicamentos antipsicóticos, estos pueden ser efectivos, sin embargo, tienen limitaciones a largo plazo y en pacientes resistentes al medicamento, o a tomar el medicamento (May, 1976; Liberman, 1994)

La evolución de la enfermedad es diferente en cada caso. Un pronóstico seguro no es posible, pero la esperanza de mejoría es factible. Los síntomas en poco tiempo pueden variar, aumentar o disminuir, desaparecer o ser sustituidos por otros. Se ha visto como reglas generales que entre 20 y 25 %, tras uno o varios brotes agudos, se restablecen tanto que pueden llevar una vida casi normal; otro porcentaje igual, necesita cuidados que la familia muchas veces no puede llevar acabo y solo pueden ser recibidos en medios hospitalarios; el resto, o sea 50 % aproximadamente pueden vivir fuera del hospital, Tendrán algunas incapacidades, pero todo depende de que se les apoye, para tener una ocupación, que la familia comprenda las características de la enfermedad, no los sobreprotejan, ni los estigmaticen y tengan la posibilidad de encontrar amigos y conservarlos.

1.1.2 TRATAMIENTO, REHABILITACIÓN Y PREVENCIÓN

El antecedente histórico de la esquizofrenia es la locura "el internamiento o aislamiento nació, pues, con finalidades muy distantes de la preocupación de curar,"² los enfermos mentales son acusados de brujería y considerados culpables de los trastornos de todo tipo, el daño era tan frecuente y atroz que se respaldaba por la justicia, "El clasicismo invento el internamiento un poco como el Medioevo la segregación de los leprosos"³

EL tratamiento no existía para los enfermos mentales, solamente se encontraban en custodia. Se conoce, como Rush B; en Estados Unidos entre 1750 y tres décadas después, trataba a los pacientes con purgantes y sangrías, además de aislarlos y someterlos a diferentes formas de "cuidados" para según él tranquilizarlos y quitarles sus males.

Con Pinel, es cuando se empiezan a suprimir las cadenas a los primeros enfermos en Francia instituyendo el tratamiento "moral", los alienados vivían en contacto con familias con las que colaboraban según su capacidad, en las labores de la tierra y de la granja. Esto data de fines del siglo XVIII.

En México, es hasta 1910 cuando se crea el proyecto del manicomio de la Castañeda, en donde existía un enfoque manicomial o custodial, en el cual los pacientes no recibían ninguna forma de tratamiento, solo el mantenerlos aislados.

El concepto de "rehabilitación" se plantea en los años 50's con BellaK, quién consideraba que la rehabilitación debería tener como objetivo principal el incidir

² Sobre este tema, véase M. Foucault, *Historia de la locura. En el siglo XVII, la locura solo encontraba hospitalidad entre los muros del "manicomio". Inicio y desarrollo en Francia con el nacimiento del Hospital de Paris, primera gran organización pública dedicada a proteger los intereses de la comunidad.*

³ *Ibid*

en la reconstrucción del ego, con la finalidad de que el paciente reconociera sus capacidades tanto en la relaciones interpersonales como en el ambiente laboral.

A mediados del siglo XX, se dieron avances por los franceses Jean Delay y Paul Denicker en la psicofarmacología, un cambio en el tratamiento médico de los enfermos mentales en las instituciones. Los fármacos neurolépticos demostraron su eficacia para eliminar o aminorar los síntomas positivos, por ejemplo las alteraciones de la percepción y del pensamiento como los delirios y las alucinaciones, y para restablecer total o parcialmente el contacto de la persona enferma con la realidad lo que los hace susceptibles al abordaje psicoterapéutico tanto individual como de grupo, al adiestramiento en habilidades sociales y la modificación conductual (Kalina, 1988; Denicker 1990).

Aún así, el modelo tradicional médico-psiquiátrico, tiene limitaciones, especialmente en aquellos pacientes que no responden rápidamente al tratamiento farmacológico. (Ludwing, 1971; Wing, 1970) y donde las condiciones de vida de una proporción enfermos crónicos siguen siendo insatisfactorias y deplorables, como factor determinante de pacientes crónicos que se deterioran progresivamente por la adaptación a un régimen que limita sus vidas. Como resultado del modelo custodial que funciona bajo la fórmula de autoridad-sumisión se ha observado al "paciente institucionalizado". Diversos estudios han demostrado que no se requiere tener confinados a los enfermos hasta la total desaparición de los síntomas de su enfermedad. (Arieti, 1980; Revere, 1983; Furedi, 1986; Munich, 1987; Muller, 1987)

La desinstitucionalización provocó diversas interrogantes en cuanto al tratamiento y la rehabilitación. Ya que se presentaron muchas dificultades para que los pacientes pudieran seguir con su tratamiento y además se adaptaran a su comunidad, por ejemplo que hacer con los que no tenían familiares, o con los que recaían frecuentemente.

Como se ha planteado el tratamiento médico tiende a corregir las manifestaciones de la enfermedad y la rehabilitación psicosocial procura que el enfermo regrese a sus roles laborales, sociales y afectivos. "La rehabilitación", cuyas metas son la reducción de incapacidades y el aprovechamiento de las funciones conservadas es un proceso de larga duración que conoce grados y en el cual se relacionan los objetivos con las posibilidades (Otero,1992).

Wing (1970) plantea que la historia de la rehabilitación tiene relación con la concepción hacia la enfermedad y los prejuicios de la sociedad hacia la enfermedad mental, en particular hacia la esquizofrenia que ha sido considerada como representativa del enfermo mental crónico.

Se dice que la asistencia psiquiátrica y la rehabilitación psicosocial mantienen íntimos nexos de relación, estableciendo un circuito equilibrador. La rehabilitación del enfermo mental crónico se apoya en una triple fuerza terapéutica:

- I Psicofarmacológico
- II Psicoterapia psicosocial (individual o de grupo)
- III Terapia Ocupacional (piedra angular del programa rehabilitatorio).

La rehabilitación psicosocial de individuos enfermos crónicos es particularmente difícil a causa de lo extenso de su deterioro y discapacidades. El deterioro (incapacidad para relacionarse, apatía, anergia, déficits residuales en la función cognitiva) limita marcadamente al individuo para realizar las tareas de la vida cotidiana y para desempeñar un mejor papel en la sociedad. Además, la dificultad de la rehabilitación se ve magnificada por las diferencias individuales y por las variaciones en el tiempo de aparición de la enfermedad.

Las alternativas al hospitalismo corresponden a diversos modelos teóricos como son: el biológico, el modelo moral, el modelo psicológico, el social, el antipsiquiátrico, el familiar, el comunitario, etc. De acuerdo a estos modelos teóricos, el abordaje psicoterapéutico se ha desarrollado desde hace más de 6 décadas. (Tarrier, 1998).

Solo mencionaré algunos de los autores que desde la década de los años 40's han desarrollado el abordaje terapéutico. En un inicio se utilizaban técnicas psicodinámicas, luego aparecieron los modelos denominados psicosociales que se han diversificado en: el tratamiento integral, (May, 1968); el tratamiento social (Wing y Brown, 1970; Leff y Kuipers, 1982); el tratamiento psicosocial (Paul & Lentz 1977; Goldstein, 1978; Liberman, 1994¹); el enfoque psicoeducativo (Ballus, 1991 & Anderson, 1996); la terapia cognitiva conductual (Tarrier, 1998); el enfoque que nos interesa es donde se considera no solamente al paciente, sino también a la familia y algunos de los representantes de esta línea son: (Fallon, 1984; Anderson, 1986; Kuipers, 1993) y sobre la familia y el estrés, la emoción expresada (Leff, 1990)

Existen otras opciones rehabilitatorias como los talleres protegidos en donde los enfermos trabajan con otro tipo de personas incapacitadas; y clubes de expacientes en donde se reúnen para superar el aislamiento y la soledad asesorados por profesionales. Otra modalidad de tratamiento son las casas de 'medio camino' denominadas hostels. En donde residen las personas que desean recuperar las incapacidades causadas por la enfermedad, adaptándose a la sociedad y en donde la intervención médica solo será de tipo consultivo. (Glascole, 1971; Liberman, 1994²).

Para mejorar la calidad de la atención de los enfermos mentales crónicos es innegable que se requiere de un abordaje multifásico e interdisciplinario en donde se les apliquen estrategias psicosociales.

El funcionamiento psicosocial esta basado en la teoría de roles que tiene sus orígenes en la sociología, la psicología social y psiquiatría social, que considera que los individuos desempeñan una diversidad de "roles" en la vida cotidiana y que de este desempeño de roles depende el funcionamiento psicosocial de cada individuo (Valencia, 1998).

Los pacientes con esquizofrenia están profundamente limitados en su funcionamiento de roles o psicosocial, Los programas de rehabilitación psicosocial deben de estar orientados para que la persona enferma tenga un mejor desempeño de sus actividades y desarrolle sus capacidades dentro de la comunidad tomando en cuenta sus intereses y su personalidad (Jones, 1968).

Los estudios que se han encargado de dar respuesta a esta pregunta pueden clasificarse en dos tipos: 1) Los que se han centrado en enseñarle habilidades al enfermo y 2) Los que a través de un gran equipo interdisciplinario proporcionan un manejo integral y personal del caso, además de una rehabilitación vocacional.

En la década de los años 80's los modelos de estudio de la esquizofrenia han cambiado permitiendo pasar de enfoques reduccionistas como por ejemplo los biológicos, psicológicos, familiares, etc; a otros modelos globales que integran una serie de posibilidades de estudio y de carácter terapéutico, con dos condiciones: Primero, que los recursos terapéuticos se integren en programas coordinados, planteados a mediano y largo plazo. Segundo, que se integre a la familia como unidad básica de salud incorporada a dichos programas.

Otro aspecto importante en la evolución crónica y recurrente de la esquizofrenia, tanto para el paciente, como para la familia, es el entender la naturaleza del trastorno para desarrollar una alianza de trabajo y colaborar con el equipo de salud. Se sabe que aún con el manejo adecuado de la medicación, los índices de recaída en la esquizofrenia alcanzan del 40 al 50%. Además,

muchos pacientes continúan con síntomas negativos de la enfermedad (Carpenter, 1988). Desafortunadamente estos síntomas no responden al tratamiento farmacológico tan bien como los síntomas positivos (Kane, 1989).

La operación de un programa de rehabilitación, interdisciplinario requiere psicólogos (as), trabajadores sociales, enfermeras (os), terapeutas ocupacionales, psiquiatras y personal voluntario, todos ellos profesionalmente calificados para apoyar, tolerar y comprender el proceso de la enfermedad.

La rehabilitación en psiquiatría, se entiende como un proceso tendiente a prevenir, reducir y compensar los efectos propios de la enfermedad mental, que resultan limitantes para un desempeño personal, social y laboral adecuado, tiene como finalidad mantener y reforzar las capacidades, aptitudes y relaciones interpersonales, mediante la aplicación de medidas de carácter biológico, psicológico, social y vocacional. La aplicación de estas medidas se ha hecho con base en los niveles de prevención (MSPC, 1986).

Además, Ordaz menciona que el proceso de rehabilitación en Psiquiatría comprende tres tipos de medidas: 1) Evaluación. Que consiste en la valoración de la deficiencia, una vez que ha cedido la crisis aguda con el fin de establecer el estado psicológico de la persona y las posibilidades de adaptación al medio. Evaluaciones de carácter psicológico, clínico médico, familiar, social y ocupacional; el pronóstico de la enfermedad y el nivel de manejo de las realidades concretas. 2) Adaptación. Hace referencia a la serie de medidas destinadas a lograr una tolerancia a las actividades cotidianas, un manejo de las relaciones interpersonales, una adecuación al cambio y un aprovechamiento de habilidades, con el fin de lograr el equilibrio entre las exigencias del medio ambiente y las características del individuo. 3) Desempeño productivo. Comprende el conjunto de acciones tendientes a facilitar el desempeño eficaz y eficiente en la ejecución del rol asignado a un individuo de acuerdo a su edad, sexo y a sus posibilidades como persona integrante del grupo social.

Los principales lineamientos en la rehabilitación son: pedagógicos, laborales y terapéuticos, las opciones terapéuticas son: Intervenciones psicosociales, terapia individual, intervenciones familiares, terapia de grupo, musicoterapia y rehabilitación cognitiva.

En otros países de América y del Caribe, la rehabilitación psiquiátrica tiene sus inicios en la terapia ocupacional, que incluía la realización de deportes, juegos, talleres, etc. Actividades que iban de acuerdo con el nivel de rehabilitación en que se hallaban ubicados los pacientes, y el perfil ocupacional diseñado por un estudio de las capacidades reales y potenciales del enfermo, vocación, etc. (Ordaz, 1991)

El tratamiento en nuestro país, es un área en donde a pesar de que existen algunas instituciones que lo llevan a cabo, esto no se encuentra sistematizado ni evaluado adecuadamente, se ha trabajado en granjas psiquiátricas (Ayala y cols; 1982, 1992), utilizando un enfoque conductual, y con enfoques psicosociales: la economía de fichas y la terapia milleu (Quiroga, 1982,1986); la institución que ha sido pionera en el desarrollo y evaluación de programas de rehabilitación fue el Instituto Mexicano de Psiquiatría ahora Instituto Nacional de Psiquiatría "Ramón de la Fuente" en donde se han llevado a cabo programas rehabilitatorios para pacientes agudos y crónicos (Ryan y cols. 1981; Ryan y cols, 1982). Estos estudios marcaron la pauta a seguir en el camino del tratamiento y la rehabilitación de pacientes con trastornos mentales mexicanos.(Valencia, Otero, Rascón, Núñez, González, 1985, 1986, 1987, 1988, 1993) con pacientes crónicos (Díaz, Murow, Rascón, Ortega, Valencia y Ramírez; 1996); Valencia (1999); (Valencia & Rascón; 1998); El estudio de los familiares de pacientes, (Rascón 1997, 1998). A su vez, las instituciones como La Facultad de Psicología, de la Universidad Nacional Autónoma de México, la Secretaria de Salud y organismos no gubernamentales participan en brindar servicio.

Como respuesta a las necesidades de este numeroso grupo de personas enfermas y retomando los resultados de los estudios previos se creó en el Instituto Nacional de Psiquiatría "Ramón de la Fuente" un modelo de intervención integral, que permitiera la reducción de incapacidades de este grupo de enfermos, manejándolos a través de consulta externa. De esta manera, se inició el "Proyecto para el estudio, tratamiento y rehabilitación del paciente esquizofrénico y su familia" De la Fuente y cols.(1993), que tiene como objetivo principal evaluar algunos métodos rehabilitatorios y estrategias de evaluación de estos a través de un programa de intervención psicosocial en pacientes esquizofrénicos, en cuanto a estabilidad en el cuadro clínico, en el funcionamiento psicosocial, y que además incluyera una área de estudio e intervención de la familia, en comparación con un grupo control de pacientes con este mismo trastorno que recibió el tratamiento convencional. Se trató de un proyecto interdisciplinario en el que participaron profesionistas de distintas áreas de dicho instituto y externos a él. (Díaz,1996; Díaz, 1998; Rascón, 1997; Rascón, 1998).

Las estrategias psicoterapéuticas que se emplearon, así como los objetivos de cada una de ellas fueron los siguientes:

Intervención médico-psiquiátrica.

Objetivos: 1) Obtener de manera confiable la información clínica necesaria para estructurar un plan de tratamiento farmacológico óptimo; 2) Evaluar continuamente la severidad de la sintomatología psiquiátrica y de los síntomas extrapiramidales 3) Contribuir a seleccionar la muestra de acuerdo con la estabilidad del cuadro clínico; 4) Administrar el tratamiento farmacológico necesario; 5) Controlar la sintomatología psiquiátrica y los efectos farmacológicos secundarios; 6) Mantener estable el cuadro clínico y vigilar continuamente al paciente.

Dinámica familiar.

Objetivos: 1. Establecer una alianza terapéutica con los familiares. 2. Educarlos sobre las características de la esquizofrenia. 3. Darles a conocer los tipos de tratamiento que se emplean en los pacientes esquizofrénicos. 4. Motivar a la familia para que lleve a cabo el tratamiento prescrito. 5. Lograr que la familia intervenga en la rehabilitación integral. 6. Reducir los niveles de emoción expresada disminuyendo la crítica, la hostilidad y el involucramiento excesivo. 7. Adiestrar a los familiares para que aprendan a comunicarse clara y eficazmente. 8. Enseñar a los familiares a reconocer los primeros signos de recaída para que puedan manejarla oportunamente. 9. Ayudar a los familiares a aprender a valorar al paciente y a aceptar su enfermedad.

Psicoterapia individual.

Su finalidad es proporcionar al paciente un espacio en el que pueda expresar sus emociones, sus dudas, sus temores y sus expectativas acerca de su enfermedad; favorecer la comunicación con sus familiares y con los demás; identificar los posibles factores precipitantes de la recaída y de la inestabilidad, ayudándole a prevenirlos y a corregirlos; aclarar la función que desempeñan los medicamentos y de la importancia de tomarlos con asiduidad; identificar y fortalecer las estrategias positivas para enfrentarse a la enfermedad y buscar, otras posibles estrategias.

Psicoterapia grupal.

Objetivo.- Favorecer la interacción y la participación interpersonal del paciente, mediante la discusión de varios temas relacionados con su enfermedad y su vida cotidiana, con el fin de resolver sus problemas personales, familiares y sociales por medio de: 1. La estimulación y la dirección de la comunicación entre los pacientes, particularmente en relación con la comprensión de su padecimiento, sus experiencias y los factores ligados con el mismo 2. Ayudarlo a adquirir conciencia de enfermedad.

Psicoterapia psicosocial.

Objetivo: Adquirir habilidades para mejorar incapacidades en la áreas de tratamiento psicosocial: 1. ocupacional, 2. social, 3. económica, 4. sexual y de pareja y 5. familiar, y en los factores relacionados con la enfermedad como: sus características, su adhesión terapéutica, la prevención de las recaídas y de las hospitalizaciones.

Terapias por medio del arte.

Musicoterapia y expresión corporal, que son un medio de comunicación no verbal que le permiten al paciente tener experiencias estructuradas en el tiempo: en el aquí y en el ahora, lo cual fomenta su contacto con la realidad le brinda la oportunidad de interactuar en grupo; fortaleciendo así el concepto que tenga de sí mismo, su socialización, su altruismo/optimismo y su empleo del tiempo libre.

Terapia ocupacional.

Objetivo.- Brindarle al paciente la oportunidad de confiar en sí mismo y en su capacidad para hacer bien su trabajo. Ofrecerle la posibilidad de desempeñar una actividad haciendo trabajos manuales (tarjetería española, cerámica mexicana –horneado, pintura y decorado-). Analizar algunos temas; como la motivación, la productividad y la asertividad.

Terapia por medio de diversas actividades:

Taller de literatura; taller de pintura y dibujo artístico; taller de papel maché; taller de Hata-Yoga- Objetivos. 1. Adiestrar a los pacientes en la adquisición de habilidades para desarrollar actividades manuales (papel maché, pintura y dibujo artístico, y actividades físicas. 2. capacitarlo en las habilidades necesarias para el desarrollo de alguna técnica laboral/manual que le permita obtener ingresos económicos a largo plazo, aún que sea fuera de este programa.

Etapas del programa:

1.- Evaluación e integración del diagnóstico. - Los pacientes de consulta externa que cumplieron con el diagnóstico de esquizofrenia de acuerdo con la historia clínica psiquiátrica, fueron enviados por los psiquiatras al Departamento de Rehabilitación para su evaluación y posible inclusión en el programa. Después de sostener una entrevista informativa con el paciente y sus familiares, se procedió a confirmar los primeros criterios de inclusión y la ausencia de los de exclusión, se aplicó la CIDI con la finalidad de confirmar el diagnóstico y de establecer la comorbilidad psiquiátrica. Los pacientes que reunían dichos criterios, firmaron su consentimiento para participar en el programa, junto con un familiar responsable. (Formato de consentimiento en Apéndice)

2.- Atención clínica y estabilización de la sintomatología psiquiátrica.- Todos los pacientes (del grupo experimental y del grupo control) recibieron la intervención médico-psiquiátrica para determinar, en primer lugar, la severidad de su sintomatología y la de los síntomas extrapiramidales y, posteriormente, administrarles el tratamiento farmacológico pertinente. Una vez que se estabilizó el cuadro clínico se procedió a asignarles el tratamiento vigilándolos continuamente, durante el proceso de rehabilitación, por un equipo de psiquiatras que previamente demostró coincidir en las evaluaciones y en la administración del tratamiento. Este proceso duró aproximadamente de dos a tres meses.

3.- Fase de estudio y evaluación inicial.- Antes de iniciar su rehabilitación se les hizo una evaluación inicial por medio de la aplicación de los instrumentos para cada área. Al primer grupo de pacientes, se le hicieron, otros estudios como el mapeo cerebral (Beam), la tomografía axial computarizada (TAC) y las pruebas neuropsicológicas, además de un estudio del sueño.

4.- Aplicación de las estrategias psicoterapéuticas.- Además del tratamiento farmacológico, en los pacientes del grupo experimental se aplicaron diez diferentes estrategias rehabilitatorias, incluyendo un curso psicoeducativo para sus familiares, terapia unifamiliar y dinámica grupal semanal con los familiares responsables de los pacientes. El proceso de rehabilitación se llevó a cabo tres veces a la semana, de 14:00 a 18:00 hrs. en las instalaciones de la consulta externa del Instituto Nacional de Psiquiatría.

Los pacientes del grupo control recibieron exclusivamente tratamiento médico-psiquiátrico, y su participación en el programa consistió en los estudios iniciales y en una evaluación igual un año después.

5.- Evaluación de las acciones terapéuticas.- Al finalizar el programa se evaluaron en ambos grupos con los mismos instrumentos que en la fase inicial.

De forma abreviada las metas del tratamiento y la rehabilitación son:

- 1.- Disminuir los síntomas positivos y negativos del trastorno.
- 2.- Reducir o retardar la recaída psicótica.
- 3.- Fortalecer la relación y la comunicación entre el paciente, la familia y el personal de salud.
- 4.- Eliminar los comportamientos bizarros o anormales que resultan intolerables para la familia y la sociedad.
- 5.- Brindar los servicios sociales y comunitarios que permitan al enfermo funcionar óptimamente a pesar de la presencia de síntomas e incapacidades.

En un programa de rehabilitación de enfermos con esquizofrenia la participación de la familia es esencial, se pretende que uno o más familiares compartan con el equipo de salud mental la responsabilidad, el trabajo con la familia debe de consistir en dar a conocer la naturaleza de la enfermedad y las reacciones que genera, según las peculiaridades de cada caso. Los familiares

deben comprometerse a supervisar el cumplimiento de las indicaciones médicas, psicológicas, su asistencia a las citas, reconocer los síntomas de alerta para evitar una recaída sintomática.

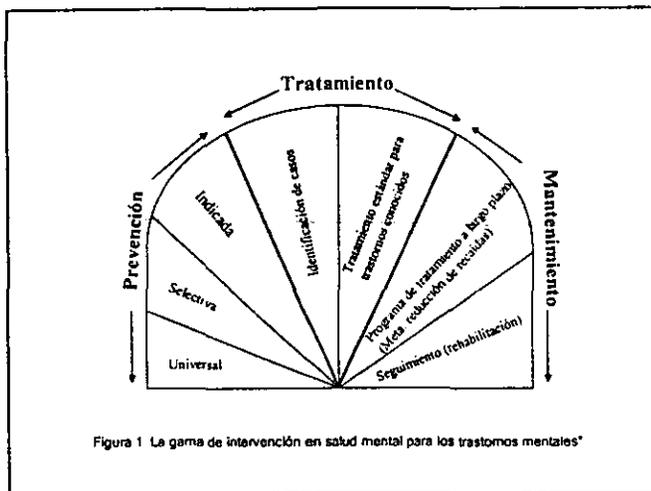
Como se ha visto el tratamiento de la enfermedad mental atiende los signos o síntomas que presenta el enfermo con el objetivo de disminuirlos o controlarlos. No obstante, debido a la magnitud y las consecuencias del problema, es conveniente prevenir y detectar los factores de riesgo, en la prevención se trata de proteger a la población de la enfermedad, para el Comité de Prevención de Trastornos Mentales⁴, la prevención es detener el deterioro en el proceso de la enfermedad.

Existen diferentes nociones acerca de los diversos momentos o estadios de la enfermedad, por eg. el primer episodio, la recaída, la discapacidad asociada con un trastorno, o la condición de riesgo en si misma. Por lo tanto, para la aplicación del termino prevención en los trastornos mentales, es necesario considerarla con mucho cuidado en cada situación y en cada momento. Como se puede observar en la Fig.1, existen una variedad de formas de intervención para los trastornos mentales, se incluye la prevención, el tratamiento y el mantenimiento.

Dentro de la prevención están tres tipos de intervención preventiva, la primera es la universal, dirigida para el público general, que no ha sido identificado sobre las bases de riesgo individual, es de bajo costo y disminuye el riesgo, la segunda, es la selectiva que esta dirigida a subgrupos de la población en riesgo significativo, riesgo inminente o en el proceso, pueden ser identificados por los factores de riesgo biológicos, psicológicos y sociales que están asociados con el inicio de una enfermedad mental, las intervenciones selectivas son más apropiadas si no exceden un costo moderado y que no existan efectos

⁴ IOM (Institute of Medicine). Reducing Risks for *Mental Disorders*, Frontiers For Preventive Intervention Research. Ed. Mrazek P, Haggerty R; 1994

negativos o que sean menores, y la tercera, es la intervención preventiva indicada, está dirigida a personas de alto riesgo identificadas con signos o síntomas mínimos de un trastorno mental y que ameritan un diagnóstico y su costo puede ser razonable aún cuando los costos de intervención sean altos e implique algún riesgo.



La meta a largo plazo de los tres tipos de intervención preventiva (universal, selectiva e indicada) es la reducción de la incidencia de la enfermedad mental.

El esquema de reducción de riesgo como lo plantean Werner y Smith (1992) y Garmezy (1983), tiene como objetivo a corto plazo la reducción de los factores de riesgo relacionados con el inicio de la enfermedad y el involucramiento mayor con los factores protectores. Los factores de riesgo son aquellas características, variables y obstáculos que hacen vulnerable al individuo para que desarrolle la enfermedad. Muchos individuos en riesgo, también cuentan en su vida con factores protectores. Si fuera posible planear que los factores de

* Ibid

riesgo pueden ser decrementados o de alguna forma alterados y/o si los factores protectores pueden ser involucrados, la probabilidad de que las personas en riesgo desarrollen una enfermedad mental disminuiría.

La esquizofrenia es un trastorno heterogéneo con diferentes entidades, subtipos y procesos patológicos, por lo tanto, los factores de riesgo y los factores protectores, pueden ser diferentes, desde los factores genéticos, los factores psicosociales, en donde se incluyen los problemas familiares y la disfunción o incompetencia social. Otros estudios, valoran la participación de los factores familiares que se constituyen en factores de riesgo significativos en el incremento de la psicopatología infantil, incluyen a la discordia marital severa, desventaja social, una familia extensa, criminalidad paternal, y el trastorno mental materno (Rutter, 1979).

Se pueden identificar algunos estudios enfocados a los factores protectores que por cierto, se han desarrollado más, en comparación con los factores de riesgo, los resultados conceptuales y metodológicos se han utilizado y otros estudios están en proceso para ser considerados en programas para la atención de salud. (Luthar, 1993).

Desde el punto de vista de la atención de la población, la estructura actual del sistema de salud en México, planteada por Durán (1998)⁵ ubica a los centros de salud, en el primer nivel de atención y confiere a dichas unidades la responsabilidad de establecer el primer contacto con la problemática de la población a la que atiende haciendo énfasis a su función preventiva. Esta población a ser atendida por el primer nivel de atención representaría en números gruesos el 80% de la población. Paradójicamente, los llamados centros de salud se han convertido predominantemente en centros para la

⁵ Durán González L (1998) La participación del psicólogo en la atención integral a la salud en La Psicología de la Salud en América Latina, Rodríguez Ortega G, Rojas Russell M coord. Facultad de Psicología UNAM

atención de enfermos, ha pesar de la elevada carga de acciones de promoción de la salud y prevención de enfermedades que año con año se les asigna.

En este fenómeno se ven involucrados un sin número de factores. Por una parte, la población aún no está educada para poder demandar un servicio en busca de orientación o atención que le conduzca a mantenerse sana y a evitar la enfermedad a excepción quizá de las acciones de vacunación y recientemente las de planificación familiar, la población sólo siente la necesidad de acudir a un centro de salud en caso de enfermedad. Por otro lado, el modelo profesional del personal adscrito a estas unidades favorece la opción de un papel expectante en espera de la demanda que ha originado que sus acciones caigan en el terreno curativo más que en el preventivo. Los programas de salud implementados hasta ahora están dirigidos en un alto porcentaje a la atención de enfermos, o al menos a las actividades se enfocan en este sentido. A la atención primaria, que implica entre otras cosas el evitar la aparición del daño, no se le ha dado aún el énfasis que se requiere para poder elevar realmente el nivel de salud de los individuos, familias y comunidades.

El modelo planteado por ⁶ pretende propiciar un cambio en el actual esquema de atención, dando paso al desarrollo y uso de estrategias más efectivas para apoyar a la población en el autocuidado de su salud y proporcionarles una atención programada que ataque anticipadamente los factores de riesgo o condiciones asociadas a la problemática de salud más frecuentes.

La convivencia con el familiar enfermo dentro del hogar puede caracterizarse por estrés, la cohabitación prolongada de situaciones con alto nivel de estrés puede por consecuencia poner en riesgo su bienestar, a ellos se les debe ayudar reduciendo el riesgo e incrementando los factores protectores.

⁶ Ibid

Los familiares de estudio y sus pacientes participan en el programa de tratamiento integral en donde se les orienta a reducir los niveles de estrés por medio de diversas estrategias terapéuticas y psicoeducativas, y a prevenir situaciones de riesgo para el paciente y su familia.

1.2 LA FAMILIA, EL ESTRÉS Y LA ESQUIZOFRENIA

"Si la familia no existiera habría que inventarla"

J. Howells

Para poder abordar un tema tan complejo es necesario empezar a definir algunos de los conceptos sobre la familia, las líneas teóricas sobre la familia y la esquizofrenia y después la relación con el estrés.

A la familia a menudo se le considera como la unidad básica del desarrollo y de la experiencia, de la realización y del fracaso; también como la unidad básica de la enfermedad y la salud.

Cualquiera que sea su estructura y su forma, tiene la tarea de regular los vínculos a través de la combinación de factores biológicos, psicológicos, sociales y económicos; realiza una serie de funciones para satisfacer las necesidades de sus integrantes, tanto biológicas como de subsistencia; es formadora del desarrollo de la identidad y del funcionamiento social; es transmisora de valores, de reglas y de normas, y proporciona los modelos de identificación. Sin embargo, la familia como lo menciona Ackerman (1978), no es una entidad estática, tampoco es el pilar de la sociedad, si no que, más bien la sociedad es la que moldea el funcionamiento de la familia para lograr que sea más útil.

La familia, tiene al mismo tiempo, una naturaleza dual de carácter social, público y privado: condensa en su seno a la sociedad entera y se muestra hacia el exterior de sí misma, como una institución clave en la organización social. (Leñero, 1994)

Es el producto de la evolución; se adapta sutilmente tanto desde dentro como desde fuera, cuenta con recursos y potenciales que toda familia posee y que deben ser reconocidos. En la familia, se observa una continuidad fundamental entre el individuo, ésta y la sociedad

Se han observado cambios, Actualmente, por la crisis de la familia nuclear-conyugal es evidente que el grupo familiar pide a sus miembros, una dedicación extraordinaria para atender las muchas necesidades cotidianas, y con ello, asegurar el orden autónomo. Esto hace que tengan que aparecer instituciones que ayuden a la familia a cumplir sus anteriores funciones y que estas sean controladas por establecimientos ajenos a la familia

Es por esto que aparece y aumenta la importancia psicosocial de una serie de grupos, medios y unidades sociales que tienden a suplir lo que una familia de dimensiones pequeñas y restringidas no puede proporcionar: la escuela, los grupos informales de amigos, las bandas, las asociaciones formales, los centros de diversión, los de arte y cultura, los lugares vacacionales, las guarderías infantiles y seniles, los grupos profesionales y para-profesionales, las comunidades terapéuticas, las casas de rehabilitación y de acompañamiento para la tercera edad.

En nuestro medio, la familia es el único agente de cuidado comunitario del paciente psicótico cuando éste es dado de alta, más del 85% de los pacientes viven con su familia. Se puede concluir que la familia está involucrada en cada etapa del transcurso de la enfermedad, en el inicio, en el internamiento al hospital, durante la hospitalización y después del alta hospitalaria, en el proceso de reintegración del paciente al ambiente familiar (Valencia, Otero, Rascón y cols, 1986; Valencia, Rascón y cols, 1986; Valencia, Rascón y cols, 1987; Valencia, 1985; Valencia y cols. 1993)

En la familia mexicana, la figura preponderante es la madre en cuanto a la presencia, cercanía y cuidado en relación con los hijos, amén de que el mexicano como padre es ausente por herencia e identificación, es verdad que las costumbres de la vida moderna fomentan esta situación. El padre muchas veces los dejan solos, este descuido muchas veces provoca que se pierda la comunicación, la familia pierde unidad y el matrimonio fracasa y en cualquier caso los hijos son las víctimas. (De Sandoval; 1998)

En muchos casos frecuentemente se califica como "familia incompleta", y muchas estas unidades complejas aparecen oficialmente como nucleares "completas", aunque no lo sean en realidad. La unión consensual, sin matrimonio formal aparece como una opción que se vincula con la familia seminuclear; esta plantea una serie problemática. La cuestión principal es su aislamiento y la limitación de sus recursos humanos y económicos .

Hasta hace poco tiempo las perspectivas de análisis y reflexión sobre la familia casi exclusivamente apuntaban a una concepción sacralizada de lo familiar, más que ha buscar una explicación de lo que estaba sucediendo, de hecho, para entender porque acaecía. En esta óptica del "deber ser", cada afirmación ha estado sustentada por presupuestos basados en creencias, prejuicios y hasta mitos, repetidos frecuentemente sin un análisis crítico de la causalidad directa. Las propuestas así surgidas han adoptado frecuentemente un tono de exhortación un tanto intransigente.

La familia ha sido vista, entonces como un sistema que debe obedecer el dictamen de moralistas, sacerdotes, juristas, educadores, y hasta médicos, quienes supuestamente dicen saber bien lo que se debe hacer y lo que debe evitarse aunque de hecho, no hayan llegado a investigar la verdadera explicación causal directa de lo que pasa, atribuyéndosela genérica y abstractamente a la injusticia, al pecado, a la maldad, a la ignorancia humana, cuando no al castigo divino o a la ley natural biologicista.

El estereotipo de la familia no refleja, ni en su perfil más actualizado, a la variedad cambiante de las familias, ni cuando se derivan de modelos supuestamente modernos y universales, conformadores de un nuevo ideal de familia: confundidas solo con la unidad doméstica, e identificada con un grupo formado exclusivamente por "papá, mamá e hijo". Esta concepción también se llega a convertir no solo en prototipo, al que necesariamente todos los que forman una nueva pareja tienen que aspirar, sino en un molde utilizado para explicar equivocadamente toda la lógica de lo familiar.

Es con este modelo, con lo que se ha construido la mayoría de las tesis clásicas de psicología y psicoterapia familiar. Pero también, ha servido de molde a la concepción moderna de los juristas de la familia, de los arquitectos, diseñadores y constructores de vivienda, de los profesionales de la seguridad social, de los trabajadores sociales, sociólogos y orientadores de la familia, cuando se refieren a la familia de la sociedad urbana e industrial. Todos ellos intervienen siguiendo –sin darse cabal cuenta de ello– el supuesto estereotipo del modelo de "familia pequeño burguesa" y diluyen otros modelos por considerarlos simplemente caducos e inexistentes. La misma concepción moral de las iglesias cristianas actuales ha llegado a fundir el modelo burgués de la familia con una doctrina supuestamente ahistórica de la familia basada en el amor idealista, de los esposos, con el imperativo de la fecundidad.

A continuación se presentan algunos de los hallazgos sobre un diagnóstico de las principales necesidades familiares en una situación de cambio crítico. Leñero (1994) Estudio de mil familias mexicanas del Distrito Federal: Se observó que cada vez es más alto el nivel de aislamiento y la soledad familiar, principalmente en el caso de las madres solteras y el de muchos hogares de personas de mayor edad abandonadas por sus parientes cercanos, una quinta parte de los mayores de 44 años está en ese caso. Esta característica está presente, en las familias con un pariente enfermo o minusválidos (entre el 3% y

6% que sumados pueden llegar hasta el 9%), requieren apoyos especiales para los propios padres, más que los puramente asistenciales a los minusválidos.

Las familias en donde los adolescentes tiene una crítica relación con sus padres, o sufre un estado emocional desequilibrado, de vagancia consuetudinaria, o ingieren estupefacientes: declaración hecha por sus padres llega hasta el 9%.

La mitad de los padres de familia dicen compartir información y consultarse diaria o constantemente, pero uno de cada 6 reconoce no hacerlo nunca y otro 29% no llega a planear jamás el futuro de su vida familiar.

Un 66% de las familias recibe teóricamente atención por el sistema de seguridad social existente. El resto no cuentan con ella.

El 83% de las madres informan que son ellas las que atienden día a día y hora a hora a sus hijos. Las personas que más colaboran con ellas son los abuelos. Estos demuestran que el recurso humano más real en la atención de los niños, esta precisamente en las redes consanguíneas invorrables.

En las familias cuando se identifica un "hijo problema" es casi siempre identificado como perteneciente al género masculino. Menor de 13 años (Más de la mitad de los casos), y de 13 a 15 años en segundo lugar (un quinto del total), solo mayor de 16 años en tercer lugar de frecuencia, este hijo problema suele ser, el primogénito.

En términos reales, la situación de búsqueda de ayuda institucional o profesional, la mayoría de los padres (78%) desconocen la existencia de centros institucionales en caso de problemas con sus hijos.

La familia ha tenido siempre una doble dimensión: su conformación institucionalizada y la dinámica espontánea y psicológica de las relaciones entre sus miembros. Una y otra se manifiestan en forma contrastada y hasta opuesta. Por un lado, se fija y se pretende estabilizar la organización familiar, públicamente reconocida; y por el otro, se da lugar a una tendencia móvil, pero más bien de tipo psicocualitativo, en la que la expresión amorosa e íntima es lo esencial.

Los primeros estudios sobre esquizofrenia y familia, se abocaron a la investigación de la herencia y el ambiente; E Bleuler (1951) observó que frecuentemente los padres de los pacientes esquizofrénicos presentaban rasgos patológicos, estas observaciones iniciales dieron lugar a los conceptos de esquizofrenia latente y esquizoidea. Posteriormente en la década de los 40's, bajo diversos enfoques basados en la interacción de familias patológicas: surgiendo teorías de la comunicación (relaciones y significados de la conducta verbal y no verbal); teorías de roles o papel social (asignación de funciones); teóricos del ego (orientados psicodinámicamente), teóricos de las relaciones (definición de redes y relaciones).

De acuerdo con estos autores, las madres de esquizofrénicos tienden a ser manipuladoras, explotadoras, desconfiadas, hostiles y tortuosas, los padres se agrupan por separado y los describen como padres que expresan su hostilidad directa, y su dogmatismo los lleva a ser contrafóbicos.

Kohn Clausen (1960) menciona que los esquizofrénicos recuerdan a sus madres como muy estrictas, confiadas en sí mismas y más dominantes que sus padres.

Ulteriormente H.S. Sullivan (1969) crearon la escuela americana, consideraron la dinámica de la personalidad y el papel de las acciones e interacciones del

grupo familiar, renovando la perspectiva de la comprensión y el tratamiento del esquizofrénico con su grupo familiar.

Los primeros autores de obras psicoanalíticas centraron su atención en diversas conductas parentales que, a su juicio, eran causativas, durante la década de los 50 y 60 fue cuando se consideraba a la familia como parte del problema con el término "madre esquizofrenizante" (Fromm-Reichmann; 1950). Después, se desarrolló una teoría sobre el origen de la esquizofrenia basada en la comunicación, donde se planteó el término "doble vínculo o doble Mensaje" postulado por Bateson y cols.(1956) en donde el problema en las relaciones familiares es que el paciente está sometido a mensajes persistentemente contradictorios.

En un estudio inglés Creer y Wing (1974) encontraron que los problemas más graves eran: evasión de contacto social, subjetividad, falta de conversación y una falta de libertad para salir de casa.

Para Lebell y cols (1993) el contacto frecuente del paciente con sus familiares claves, de manera positiva protege al paciente de ser vulnerable de una recaída.

Anderson, Hogarty, Bayer, y Needlerman (1984) demostraron que los familiares sin apoyos sociales tendían a una emoción expresada alta.

Otro aspecto importante es el funcionamiento familiar, algunos investigadores como Platt, Hirsch y Knights (1981) han resaltado la importancia de evaluar por separado el funcionamiento psicosocial del estado clínico del paciente. En este sentido el tomar en cuenta la observación familiar del funcionamiento del paciente permite conocer y ubicar al paciente en su entorno social que a su vez influye en su funcionamiento psicosocial, y de la misma manera en el curso y pronóstico de recaídas del paciente.

Por otra parte, el Estudio Internacional de Esquizofrenia demostró que los contactos sociales con los familiares, eran uno de los predictores más importantes del buen funcionamiento del paciente (Strauss & Carpenter; 1972). Sin embargo, también la familia se ve afectada, algunos de los resultados en relación con los efectos de la enfermedad mental sobre la familia son que los miembros de la familia no tienen suficientes conocimientos sobre la naturaleza de la enfermedad, a menudo no conocen la enfermedad del paciente, les da vergüenza y tratan de ocultarla; presentan temor ante los síntomas del paciente como agresión, las ideas delirantes y/o alucinaciones; y no distinguen los síntomas negativos como el aislamiento, inactividad, lentitud y autodescuido. (Seeman y cols.1982).

Otra visión teórica es la de considerar que la familia puede funcionar como un sistema autopropagador que mantiene la enfermedad en un miembro de la familia, sea esquizofrenia u otra enfermedad. Las implicaciones de esta teoría son que un miembro de la familia tratado aisladamente, tendrá recaídas si regresa a un sistema familiar sin cambios, se ha visto que modificaciones al interior de la familia permiten otra evolución de la enfermedad.

Así mismo (Anderson; 1986) menciona tres puntos importantes por los que el estudio de la familia en la esquizofrenia es relevante: primero, porque se provoca un impacto en todos los miembros de la familia, en segundo término es que si la familia no recibe asistencia, ni apoyo, sus miembros no podrán ayudar a su paciente de manera efectiva, siendo frecuente ver surgir conflictos conyugales entre los padres, depresión, conducta inadecuada entre los hermanos, síntomas físicos en casi todos los miembros de la familia, por último menciona el autor, que la familia experimenta estrés grave y crónico asociado a la convivencia con el enfermo.

El estrés psicológico, como lo plantea Lazarus (1990) se refiere a la relación entre la persona y su ambiente, la situación estresante es aquella que demanda esfuerzo o excede los recursos personales y la unidad de análisis; es la identificación personal de daño, miedo al daño, o una actitud positiva de sobreponerse al daño; el estrés se compone de cuatro aspectos controversiales I) el estrés como un fenómeno subjetivo más que objetivo; II) el cual es mejor evaluado en las circunstancias cotidianas que en los eventos mayores; III) las mediciones de estrés deberían evaluar el contenido y las fuentes generadoras de estrés en lugar de solamente el grado; IV) además con base en la teoría de sistemas enfatiza el contenido psicológico de atender al individuo en su contexto, y la importancia de la evaluación periódica del estrés en personas expuestas y de las emociones desencadenadas por eventos de la vida cotidiana.

Para el estudio de los indicadores del proceso de estrés según Lazarus, propone considerar tres aspectos:

- a) El contenido de los encuentros estresantes cotidianos evaluados por el individuo.
- b) La intensidad subjetiva de cada reacción estresante.
- c) Los cambios en el contenido o intensidad de las reacciones estresantes a través del tiempo.

Un estudio llevado a cabo con parejas de adultos casados para valorar las respuestas de enfrentamiento, emociones, antes y después de una experiencia estresante, encontraron que las respuestas de enfrentamiento se asociaron a las emociones, unas respuestas fueron negativas y otras positivas. (Folkman y Lazarus, 1988) Otro estudio similar, donde median los estresores cotidianos observaron que la dimensión central era el desempeño, un papel importante en la predicción de los síntomas psicológicos. Los autores señalan que la

dimensión de centralidad es relevante en cuanto a la vulnerabilidad psicológica al estrés (Gruen y cols; 1988).

Recientemente, ha existido un cambio en la explicación de la conducta humana y la psicopatología hacia explicaciones más dinámicas las cuales consideran la interacción de variables a través del tiempo. Uno de los esquemas para examinar el estrés, los procesos de enfrentamiento y adaptación, es la teoría general de los sistemas (Cervantes, 1986). La teoría general de sistemas brinda un esquema teórico basado en la noción de que todo está integrado en sistemas, incluyendo a los estresores humanos, ésta en constante intercambio con el ambiente que los rodea, y la unión entre el organismo y el ambiente, depende fuertemente de la capacidad del organismo para adaptarse. El constante cambio de las condiciones biopsicosociales requiere que los individuos se comprometan en un proceso continuo y dinámico de adaptación y de enfrentamiento.

El modelo está basado en conceptos recientes que consideran la relación entre el estrés psicológico y las enfermedades físicas y/ psicológicas consecuentes.

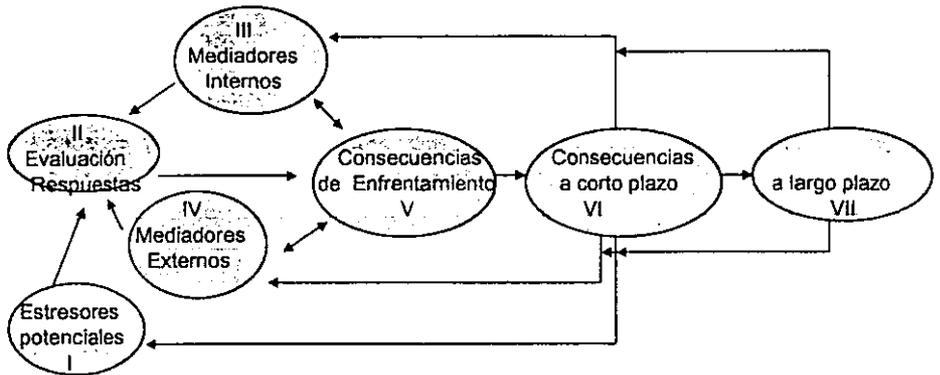
Este modelo incluye algunas variables interventoras, las cuales pueden agravar el impacto aversivo de la exposición a estresores potenciales. El estudio de las variables interventoras tiene su importancia clínica.

El modelo Estrés-Mediación-Resultado, este modelo ha sido utilizado en población migrante a EU principalmente grupos hispanos, sin embargo, se adapta a cualquier situación de estrés a la que esté expuesta cualquier sujeto.

Los componentes del modelo son: antecedentes, mediadores personales y ambientales y consecuencias en el campo de la salud mental a partir de las experiencias de estrés-respuestas de enfrentamiento.

La evaluación de estas variables intervectoras es de importancia clínica, al promover un mejor entendimiento de la experiencia del estrés y su relación con varias formas de psicopatología.

El modelo permite la evaluación clínica de aquellas variables intervectoras las cuales son particularmente relevantes para la salud mental de las familias.



Retomando los planteamientos sobre el estrés psicológico en la familia, la identificación de la carga objetiva o subjetiva en la percepción personal de daño, por la exposición en la vida cotidiana, no existen estudios en México que permitan conocer las condiciones de riesgo que influyen en la psicopatología del familiar

1.2.1 LA CARGA EN EL FAMILIAR RESPONSABLE

Las dificultades y problemas sufridos por la familia del paciente con esquizofrenia, se han conceptualizado en algunos estudios como: la carga o costo, emocional, físico, económico y social (Platt y cols., 1977).

Los estudiosos del tema varían de acuerdo a los criterios que utilizan, sin embargo coinciden en que las familias están excesivamente cargadas por el exigente y a menudo insoportable rol de cuidador del paciente (Fadden, 1987; MacCarthy, 1988; y Kuipers, 1993). Sin embargo, existen familias que se gratifican o se satisfacen por cuidar al paciente, por estar cerca de él o por tomar responsabilidades de su familiar enfermo Lawton (1989).

Estos costos, se suelen pasar por alto con excesiva frecuencia. Estudios como los de Cabrero (1993), ponen de manifiesto el costo o tensión que origina la estigmatización, los temores a conductas impredecibles, la pérdida de vínculos sociales, el descuido de necesidades y la sobreocupación del familiar que atiende al paciente, las consecuencias económicas si el paciente era el jefe de familia, y plantea dos rasgos íntimamente relacionados con el costo: la sobrecarga y la desesperanza por parte de los integrantes de la familia.

La familia juega un papel determinante, sin embargo es fácil olvidar que ésta suele encontrarse tan necesitada de ayuda y de escucha como su enfermo. Además es importante tomar en cuenta que las familias, de por sí arrastran sus propios problemas y conflictos los cuales simplemente se complican por la nueva crisis que supone una enfermedad grave.

El impacto en la vida social o carga social de los cuidadores, se observa en diversos aspectos como restricción en sus actividades sociales (Platt y cols., 1980), en la reducción de sus vínculos sociales (Anderson, 1984), en el

permanecer aislados en sus hogares con pocos contactos sociales (MacCarthy, 1988).

En cuanto al costo económico, la población afectada por la esquizofrenia son adultos jóvenes y es normal que se vea afectada su capacidad adquisitiva por largo plazo, no tienen posibilidad de empleo, ni de ocupación, ni de ayuda a sus familiares para su manutención. Cuando el paciente es jefe de familia el nivel de carga y el costo en la familia es mayor (Platt, 1981).

Como se mencionó anteriormente los problemas surgidos por la involucración de la familia con el paciente se han conceptualizado como: la carga o costo, emocional, físico, económico y social por Platt (1977) Los resultados de los estudios varían de acuerdo a los criterios que utilizan, sin embargo coinciden en que las familias están excesivamente cargadas por el exigente y a menudo insoportable rol de cuidador del paciente; y plantean la diferencia entre carga objetiva y subjetiva, "la carga objetiva la definen como el grado de involucramiento directo en términos de supervisión y asistencia de actividades diarias" (Bulger, 1993). "La carga subjetiva se conceptualiza por las reacciones emocionales por la pérdida de control de la vida del familiar, sensación de cansancio por el cuidado del enfermo, sentir que su familiar enfermo afecta su relación con otros en forma negativa, se sienten preocupados por el futuro del paciente cuando ellos no estén con él" (Bulger, 1993 y Hoening, 1967)

El nivel de carga puede ser severo y afectar el propio bienestar del cuidador, algunos familiares describen su vida sin descanso por estar cuidando de su familiar enfermo (Lefley, 1987; MacCarthy y cols, 1989).

Carga Emocional

La respuesta emocional observada en los familiares de acuerdo al rol de cuidador son diferentes, esto ha sido más estudiado por la medida de EE (Leff y

Vaugh 1985). Al estudiar la relación entre carga y EE se ha demostrado que niveles altos de carga y de EE están vinculados y los sentimientos que se incluyen son ira, aflicción, culpa y rechazo (Jackson, 1990; Smith y cols., 1993; Scazufca y Kuipers, 1993).

Se ha estudiado el impacto psicológico en el familiar que cuida del paciente, y se ha encontrado que uno de tres familiares tenían niveles elevados de ansiedad o depresión (MacCarthy y cols, 1989).

Particularmente son las mujeres-madres, quienes padecen mayores riesgos en la salud, que se deriva del rol social de cuidadora y responsable, madre-esposa, que se le asigna culturalmente.

Carga social

El análisis de la consecuencia en la vida social y en el tiempo libre de los cuidadores, se observa en diversos aspectos como restricción en sus actividades sociales (Platt y cols., 1980), en la reducción de sus vínculos sociales (Anderson, 1984), en el permanecer aislados en sus hogares con pocos contactos sociales (MacCarthy, 1988).

Es pertinente mencionar, en cuanto al componente social, lo que Goffman (1970) señala sobre la rutina diaria, porque es ella la que vincula al individuo con sus diversas situaciones sociales, si el individuo es una persona desacreditada, buscamos el ciclo habitual de restricciones con respecto a la aceptación social. El individuo estigmatizado, puede manejar el desagrado abierto o semioculto con que los otros `normales` lo tratan, buscando un signo de las demostraciones de rechazo o aceptación, son tan solo una apariencia. Por esto, cuanto mayor sea la alianza entre el individuo estigmatizado con los otros `normales`, más se considerará así mismo, no estigmatizado y el familiar percibirá mayor o menor carga social.

La intervención familiar está dirigida a disminuir las tensiones, promover la tolerancia y facilitar el cambio en las relaciones de la familia con el paciente, con el fin de modificar las representaciones acerca de la enfermedad.

Carga económica

La población afectada por la esquizofrenia en un inicio son adultos jóvenes y es normal que se vea afectada su capacidad adquisitiva por largo plazo, la mayoría no tienen posibilidad de empleo regular, ni de ocupación, ni posibilidad de ayuda a sus familiares para su manutención salvo cuando reciben pensión por incapacidad en una Institución de Seguridad Social. Platt y cols. (1977). Se ha observado que para los familiares es más fácil tolerar un hijo adulto trastornado quién recibe pensión de Seguridad Social. Además, se puede presentar que miembros de la familia tengan que abandonar su propio empleo por atender tiempo completo a su familiar enfermo, repercutiendo en su presupuesto familiar. Así mismo, sabemos que el costo por el cuidado del paciente hospitalizado es muy alto y a éste es al cual se recorta con más facilidad.

Actualmente, de 50% a 70% de los pacientes esquizofrénicos logran recuperarse en los primeros 5 años después de un episodio esquizofrénico agudo, otro 25% logra mejorar su situación. Algunos estudios sugieren que la recuperación es más común en áreas rurales y poco desarrolladas que en las áreas urbanas, se puede pensar que en las primeras existe menor demanda, provee mayor apoyo social y familiar, y son menos sensibles a la sintomatología de la enfermedad.

Sin embargo, desde una perspectiva social-familiar no se sabe el costo en la comunidad. Los costos directos por el tratamiento varían de acuerdo con el pronóstico. En un estudio basado en la incidencia anual de nuevos casos de esquizofrenia confirmaron que el costo directo de la pérdida de productividad fue considerablemente mayor que el costo directo del tratamiento psiquiátrico y

que los pacientes con inicio temprano de la enfermedad o un pronóstico pobre generaron el gasto más alto (Andrews, 1991).

Al realizar un cálculo aproximado en cuanto al gasto por medicamentos en pacientes resistentes, de 3 ó 4 cajas al mes de uno de varios de los medicamentos que toman con un costo por caja de \$850.00 que da un total que va de \$2550 a \$3400 (precio aproximado en pesos de 2000). Considerando que a la mayoría de los familiares les resultaba muy difícil adquirirlos, y sumando a éstos gastos las consultas periódicas y la manutención general el costo se incrementa de manera importante.

En cuanto al costo físico, psicológico o psiquiátrico por el desgaste diario, se plantean a continuación diversos estudios.

1.2.2 PSICOPATOLOGÍA EN EL FAMILIAR A CARGO

En la esquizofrenia, es común observar en los familiares los problemas de manejo y de carga excesiva por la enfermedad de su familiar, por lo general, estas son únicamente sentidas por la familia y por muchas razones, se ignora la necesidad de brindar atención y apoyo, buscando solo la atención para el paciente.

En nuestro medio, la familia juega un papel fundamental cuando no solamente se pretende aliviar los signos y síntomas del paciente; si no cuando se trata de mejorar el nivel de funcionamiento familiar y en particular la posible psicopatología del familiar responsable.

El calificativo "psicopatológico" se aplica a estados disfuncionales en los cuales la persona muestra alteraciones en la esfera psicológica o en su conducta explícita, o en ambas, y habría que agregar los trastornos que se originan en la esfera psicológica y que tienen su expresión en síntomas corporales. Las fronteras entre los diversos trastornos y enfermedades mentales pueden no estar claramente definidas. Es frecuente encontrar formas mixtas o enmascaradas o de otro tipo. Existe también, la comorbilidad, es decir, la coexistencia de dos o más formas de patología.

El estudio y la medición de los trastornos emocionales producidos por la convivencia con el paciente esquizofrénico son algo poco estudiado. Lindz y cols (1956) señalaron en sus estudios sobre la psicopatología encontrada en los padres de los pacientes esquizofrénicos: inestabilidad, relaciones deterioradas y hogares deshechos. Como se mencionó al principio del capítulo, Bleuler observó que frecuentemente los padres de los pacientes esquizofrénicos presentaban rasgos patológicos de esquizofrenia latente y esquizoidia.

McGilloway y cols (1997) indicaron que 45% de los familiares que cuidaban al paciente habían sido clasificados como casos psiquiátricos menores. Además Szmukler y cols. (1996) aluden que la forma de enfrentarse al padecimiento se relaciona con la morbilidad psicológica de los familiares.

Para el Comité de Prevención de Trastornos Mentales⁷ no es claro el grado en el cual la carga del cuidador esta unida con el desarrollo de problemas por el estrés, tales como la depresión, patrones irregulares de sueño y problemas alimenticios, problemas de salud delicados, el incremento en el uso de alcohol o estimulantes, la violencia marital y la irritabilidad entre los familiares.

Oldridge y Hughes (1992) encontraron que los niveles de distres psicológicos de los miembros de la familia que se encargan del cuidado de la persona con esquizofrenia tienen dos veces más que el nivel esperado en la población en general.

La reacción al estrés puede ser estudiada a corto y a largo plazo, a corto plazo es la reacción de alarma fisiológica ante él. A largo plazo, el estresor se encuentra presente aparentemente, en condiciones normales, hasta que el estrés se manifieste mediante un cuadro clínico ya sea cardiovascular, digestivo, respiratorio, cutáneo, urinario, muscular o genital, o un cuadro emocional de tristeza o depresión, la aparición de miedos, angustias, dolores corporales, entre otros.

Además debe de tomarse en cuenta que existen diferentes tipos de personas de acuerdo a su reacción: aquellos que evitan la información y niegan sus problemas (los evitadores), los que solicitan información y datos (los sensitivos) y un tercer grupo, denominado los neutrales.

⁷IOM (Institute of Medicine). Reducing Risks for Mental Disorders, Frontiers For Preventive Intervention Research 1994

Otra teoría es la aproximación psicosomática de las enfermedades, Lolas (1998), se pregunta cómo es que se transforma la experiencia interna en patológica somática. El "misterioso salto de la mente al cuerpo" La literatura psicosomática es rica en estudios sobre estructuras de personalidad, conflictos específicos, constitución somática, condiciones ecológicas, estructura social, desarrollo emocional, y estímulos protectores de estrés.

Un grupo de investigación escocés planteó que la media de los niveles de estrés y de ansiedad en los familiares de los pacientes esquizofrénicos había sido tres veces más alta en la población, así como, en el ajuste global y en el funcionamiento social había sido baja. (SSRG, 1985)

En general, muchas de las orientaciones teóricas dentro de la psicología clínica están coincidiendo en considerar seriamente los procesos de interacción persona-ambiente como cruciales para el actual diagnóstico y tratamiento de varios tipos de psicopatología. La introducción de la cuarta edición del DSM IV (Asociación Psiquiátrica Americana, APA, 1996) resalta este punto a través de la inclusión de dos ejes separados, uno para la evaluación de la severidad de recientes "estresores psicosociales" y el segundo para la evaluación de "el más alto nivel de funcionamiento adaptativo durante el año anterior".

En un estudio exploratorio llevado a cabo con 38 familiares mexicanos se estudiaron sus antecedentes familiares de trastornos mentales y se encontró en familiares de 1er grado (padres o hermanos) 39.4%, seguido por los familiares en segundo grado (abuelos, tíos y primos) 44.7% y, por último, los de tercer grado (otros parientes) 7.9%, En el 28.9% no se encontraron antecedentes familiares. También se obtuvo el perfil de los familiares (46.3%) que sufrieron alguna enfermedad física y emocional relacionada con su familiar enfermo, las características más importantes: 78.9% fueron mujeres, empleadas externas 36.8% y el hogar 21.1%, el 68.4% siempre han vivido juntos y el 89.5% de los pacientes viven actualmente con uno o ambos padres.

En cuanto a la psicopatología del familiar responsable,^{*} en primer lugar el número de diagnósticos encontrados para cada individuo tuvo un rango de 0 a 3, 30.5% de los familiares presentó de uno a tres diagnósticos se observó que un 22.2% de la muestra de familiares presentó un diagnóstico y 8.3% presentó 2 ó más diagnósticos, el diagnóstico más frecuentemente observado fue el de depresión con 11.1%, en segundo lugar los trastornos fóbicos (fobia social y agorafobia) con un 8.3%, en tercer lugar distimia, dependencia al alcohol con 5.5% respectivamente, los trastornos somatoformes con 2.7%. La relación que se pudo observar entre los trastornos del familiar y la enfermedad del paciente esquizofrénico, fue padecer alguna enfermedad física y emocional con el 30.5%, solo 2.7% reportó enfermedad física y 8.3% únicamente algún trastorno emocional (Rascón; 2001)

Los resultados anteriores nos dejan ver lo importante que es atender a los familiares cuando perciben trastornos físicos y emocionales relacionados con la preocupación por la situación de vida del paciente

* EL diagnóstico psiquiátrico en el familiar a cargo se obtuvo aplicando el CIDI (The Composite International Diagnostic Interview versión 1.0), los trastornos mentales encontrados cumplieron los criterios de la clasificación internacional de las Enfermedades ICD-10. (WHO, 1990). (Cada trastorno se describe en el apéndice)

1.2.3 PERCEPCIÓN SOCIAL DE LA ESQUIZOFRENIA

El concepto de enfermedad mental⁸ es un producto histórico, es consecuencia de una serie sucesiva de ideas que se han ido agregando a través del tiempo; cada una de las concepciones que se han tenido de "locura" ha generado sus propios mecanismos para tratar este hecho social, así como también han concebido actitudes y comportamientos particulares hacia aquellos sujetos que se identifican como "locos" o "enfermos mentales".

El diagnóstico de enfermedad mental es un diagnóstico histórico antes que clínico-científico, enraizado en las distinciones del bien y del mal, del premio y del castigo divinos. Cuestionar un momento social que juzga a la enfermedad es hacer un trabajo parcial, como aislar un anillo de una larga cadena. (Andreoli; 1992)

La construcción social de la enfermedad mental implica por un lado el tomar la posesión social frente al enfermo y por el otro, la asunción de un rol determinado por parte del enfermo, la combinación de ambas partes influyen en la dirección que toma la evolución de la enfermedad del sujeto.

Cada institución como es familia, la sociedad, las instituciones políticas y religiosas forman parte del conjunto de detractores del enfermo de esquizofrenia, muchas de las veces por no tener la información necesaria y por no comprender al otro .

⁸ Definir la enfermedad mental, es poco común, encontramos más frecuentemente la definición de salud mental y se entiende como la ausencia de rasgos patológicos con un funcionamiento armónico de la personalidad, lo cual implica racionalidad y reflexividad para adaptarse a los cambios de la vida y capacidad para establecer relaciones satisfactorias con los demás. De la Fuente, R. (1997) La patología mental y su terapéutica. I; 25-26; FCE
La OMS, (2000) define la salud como "el bienestar físico, mental y social y no como la mera ausencia de enfermedad"

La actitud hacia la enfermedad supone una predisposición a reaccionar frente a un problema y una toma de posición que viene marcada emocionalmente por un componente afectivo resultado de una experiencia adquirida en el orden cultural. En general, se identifica la neurosis, como creencia generalizada neurosis o "enfermedad de los nervios" tendrá un pronóstico y curación, mientras que los demás trastornos se pierden en la nebulosa de la "locura", la esquizofrenia, así como el resto de las psicosis, son de difícil comprensión para la familia del enfermo, que la vive con desconfianza pues es considerada como incurable (Martí-Tusquets, 1988).

Partiendo de la idea de que existe una interrelación generadora entre el conocimiento, la cultura y la sociedad, es que se pretende abordar el fenómeno de "enfermedad mental", "locura" o "esquizofrenia" esto ha existido a lo largo de la historia del hombre con sus propias particularidades, es decir, cada época ha tenido su propio discurso e imágenes o representaciones colectivas del "loco" o del "esquizofrénico".

La forma de organización conocimiento-cultura-sociedad implica sincronía, esto es, todo lo que se produce y genera es productor y generador de lo que lo produce o lo genera, partiendo de la comprensión de cultura que implica un proceso cognoscitivo, lo plantea Watzlawick P. (1995).

A partir de la adscripción de la enfermedad se elaboran normas y se clasifica lo que funciona y lo que no. La locura como enfermedad mental incluye desde luego estimaciones negativas y actitudes tanto de rechazo como de conmiseración social. Las actitudes o representaciones se consideran determinantes del comportamiento social. La locura es un concepto familiar y ampliamente definido desde los niveles de educación básica, aunque también se aprecia que a mayor nivel escolar se agregan definidoras más complejas, como demente, trastornado, desequilibrado, incapaz e incoherente. La demencia clásicamente definida como un debilitamiento psíquico profundo,

global y progresivo, que altera las funciones intelectuales basales y desintegra las conductas sociales (Ey, Bernard y Brisset, 1965)⁹, se incluyó en la categoría conceptual denominada loco.

Es patente que hay claridad en la representación psicológica de la locura, el aspecto que cabría destacar en la indiferenciación entre ésta y la enfermedad mental, ya que es la base fundamental de la estigmatización del enfermo mental.

Para García (1993) en su estudio para saber cómo percibe y define la población a las enfermedades mentales encontró que la mayor parte de la muestra consideró que es un problema importante para la sociedad (69%), que no son contagiosas (74%), que se pueden prevenir (41%) y que son hereditarias (29%). Más de la mitad de los entrevistados rechazó que todas las enfermedades mentales provoquen locura, pero se encontró en general un gran desconocimiento en relación con sus causas.

Los estudios realizados en México han encontrado, tanto en grupos de población general (Natera y cols., 1985) como de estudiantes (Casco, 1990), actitudes positivas hacia la enfermedad y al enfermo mental, así como, conocimientos limitados acerca de las principales patologías mentales.

Las familias que tienen uno o más familiares con esquizofrenia se enfrentan a las creencias y actitudes negativas de la estigmatización y rechazo, las cuales pueden ser un obstáculo para la adecuada atención tanto del paciente como de ella misma. El concepto de identidad social nos permite considerar la estigmatización, la idea de la identidad del yo nos permite considerar qué siente el individuo con relación al estigma y a su manejo, y nos lleva a prestar

⁹ Citado en García S.S. (1993) Las redes de la locura *Psicología Social y Personalidad*, Vol. IX, Num 1, 13-28.

una atención especial a la información que recibe con respecto a estas cuestiones (Goffman, 1970).

La estigmatización hacia los diferentes tipos de enfermedades puede variar, Weiner y cols. (1988) mencionan que las atribuciones hacia la enfermedad mental se caracterizan por ausencia de compasión, poco afecto, enojo, no ayuda (afecto negativo). Pocos estigmas o juicios de valor se modifican con la información, los que cambian producen afecto positivo, manifestándose con compasión, amor, ayuda y apoyo. El manejo de un estigma Goffman (1993) lo considera como algo que pertenece fundamentalmente a la vida pública, al contacto entre extraños o simples conocidos, al extremo de un continuo cuyo polo opuesto es la intimidad.

Goffman (1993) menciona varias características del estigma así como de la persona estigmatizada. Para este autor el estigma se da cuando una persona posee un atributo que la vuelve diferente a los demás y la convierte en alguien menos agradable y en algunos extremos en una persona casi malvada, peligrosa o débil, en especial cuando él produce en los demás un descrédito amplio; a veces también se le llama defecto, falla o desventaja. Son atributos indeseables los incongruentes con nuestro estereotipo acerca de cómo debe de ser determinada tipo de individuos.

El problema del estigma surge donde existe una expectativa difundida de quienes pertenecen a cierta categoría "loco-enfermo-agresivo" o "enfermo-productivo", y la sociedad debe no solo apoyar una norma particular, si no también llevarla a cabo y pelear por integrarlo.

Según Goffman (1993) existe un tipo de estigma relacionado a los defectos del carácter del individuo que se perciben como falta de voluntad, pasiones tiránicas o antinaturales, creencias rígidas y falsas, deshonestidad, etc., las cuales el paciente con esquizofrenia experimenta; además de muchos otros

problemas que de por sí tiene que enfrentar el enfermo como dependencia, pérdida de autonomía y pérdida en muchos casos de una perspectiva de vida.

Nosotros, "los normales" adoptamos ciertas actitudes de rechazo hacia una persona, que posee un estigma y practicamos diversos tipos de discriminación.

En la persona estigmatizada se dan varias conductas como respuesta al estigma, Goffman (1993) menciona:

- Es posible que el individuo no consiga vivir de acuerdo con lo que efectivamente exigimos de él y a pesar de ello permanece relativamente indiferente a su fracaso; aislado por su alienación, protegido por creencias propias sobre su identidad, siente que es un ser humano perfectamente maduro y normal, y que por el contrario nosotros no somos del todo humanos.
- En algunos casos el individuo probablemente utilice su estigma para obtener "beneficios secundarios", como una excusa para la falta de éxito que padece a causa de otras razones.
- El estigma puede llevar al individuo a prevenir los contactos en situaciones sociales entre estigmatizados y normales e incluso puede llevarlo a organizar su vida de modo tal para evitarlos. Es probable que esto tenga consecuencias mucho mayores para el estigmatizado, por ser él quien, por lo general, debe realizar el mayor esfuerzo de adaptación. Como consecuencia la persona estigmatizada que se aísla y puede volverse desconfiada, depresiva, hostil, ansiosa y aturdida.
- También se enfrenta con la incertidumbre que surge no solo porque ignora en qué categoría será ubicado, si no también, si la ubicación lo favorece, porque sabe internamente que los demás pueden definirlo en función a su

estigma. En este sentido, aparece en el estigmatizado la sensación de no saber que es lo que los demás piensan "realmente" de él.

- Puede también percibir que se ha debilitado el habitual esquema que permite interpretar los acontecimientos cotidianos. Siente que sus logros menos importantes son considerados como signos de sus admirables y extraordinarias aptitudes.

Con respecto a la persona diagnosticada con la esquizofrenia, ella es considerada diferente a cualquier otro enfermo físicamente, y se enfrenta, como ya se mencionó, con el estigma social, causa miedo, rechazo, desprecio, lástima y en algunos casos es la vergüenza de la familia. Según Martí y Murcia (1988) la ignorancia sobre las causas de la enfermedad son las que pueden desencadenar actitudes de hostilidad reforzadas por la conducta extravagante, extraña y poco previsible del enfermo. Esa hostilidad genera ansiedad y la única forma de librarse de ella consiste en evitar y negar la existencia del enfermo.

Además la esquizofrenia, así como el resto de las psicosis, son de difícil comprensión para la familia del enfermo, que la vive en un ambiente de recelo y desconfianza pues es considerada como incurable (Martí y Murcia, 1988).

Estroff (1993) sugiere varias dimensiones para explicar el problema de la cronicidad de la enfermedad mental, de las que se resaltarán las que intervienen la familia y la cultura:

En cuanto a la dimensión sociocultural, el paciente no cubre los roles sociales esperados, tiene una participación disminuida en las actividades sociales y de producción y además requiere cubrir mayores necesidades para subsistir, conjuntamente, este tipo de personas por su conducta, para muchos son estéticamente mal vistos, y por supuesto estigmatizados (as).

En la dimensión cultural simbólica la autora agrupa los diferentes sentimientos y situaciones que experimenta una persona con esquizofrenia y su familia, estas se mencionan a continuación:

Persona con esquizofrenia:

- El sentirse excluidos, culpables, que se burfen de ellos y otras derivaciones de la estigmatización.
- La persistencia de sufrir la enfermedad a pesar del tratamiento contribuye a la tristeza, a evaluaciones negativas de sí mismo y a la pérdida de status social.
- La naturaleza intrusiva del tratamiento clínico y la visibilidad de la expresión de aflicción, resulta ser menos privado de lo acostumbrado.
- Con el tiempo los individuos son definidos y ellos mismos se sienten como miembros de una categoría derivada del diagnóstico.
- El deterioro o aflicción se vuelve una entidad, dentro y como parte del que la sufre; las designaciones sociopolíticas y clínicas para el deterioro se vuelven equivalentes de sí mismo, y opacan otros atributos, roles e identidades del que padece la enfermedad.

Familia:

- La familia también experimenta estigma y sufrimiento, busca explicaciones, curas, rehabilitación de funciones y asistencia o apoyo entre la comunidad y parientes.

El conocimiento del contexto socio-cultural nos sirve para dar cuenta que no sólo es el sujeto-paciente-enfermo mental es el que debe ser rehabilitado para poder formar parte de una sociedad y una cultura, sino que también es necesario generar un cambio en el resto de la sociedad que tienda hacia la comprensión y el respeto hacia ese "otro" que es el enfermo mental.

El papel de la sociedad y la cultura no se pueden dejar de lado puesto que ejercen presión tanto sobre la familia como sobre el individuo, e incluso puede ser determinante de algunas actitudes tanto del familiar, como del paciente.

Entre los resultados obtenidos por otros estudios respecto a la asociación entre la actitud a la enfermedad y la clase social coinciden en la relación inversa entre nivel de tolerancia y posición social es decir mayor tolerancia a menor posición social.

El status social ha sido evaluado en al menos 25 estudios epidemiológicos, la mayoría de ellos ha resaltado la prevalencia del mayor riesgo para la esquizofrenia y la clase más baja (Eaton, 1974). Esta asociación podría ser el resultado de las adversidades y estrés asociado a vivir en un medio social más desprovisto, o esto podría ser el resultado de la morbilidad descendente debido a la discapacidad de la enfermedad. Igualmente, Dohrenwend y cols. apoyan la hipótesis de la tendencia social, la cual propone que los individuos esquizofrénicos están más representados en las clases sociales bajas a causa del deterioro por la carencia de recursos destinados a la atención de la enfermedad, más que por el desarrollo de la esquizofrenia a causa del estrés de vivir en una clase social más baja (Dohrenwend, Levav, Schrout, Schwartz, Naveh, Link y cols; 1992). De esta manera la pobreza o la clase social baja puede ser una consecuencia de una mala evolución de la enfermedad, más que una causa de la enfermedad.

En cuanto a la diferencia en la actitud por sexo, se ha observado que las mujeres tienen una actitud caritativa, mientras que los hombres sienten pánico ante la enfermedad, los médicos generales tienen actitudes negativas frente al tratamiento psiquiátrico al igual que el público general, consideran a los enfermos como peligrosos, como gente que ha perdido toda capacidad intelectual y tiene comportamientos imprevisibles. (Bastide, 1979)

Los diferentes valores y creencias familiares pueden hacer a algunos individuos más tolerantes y menos críticos de las conductas extrañas. En las sociedades latinas, la familia es a menudo considerada la más importante unidad social (Murillo, 1976). Se ha observado que personas con fuertes lazos familiares pueden responder a conductas disruptivas de un ser querido de un modo más benigno, a fin de preservar los lazos familiares, esto explica en parte, los niveles bajos de EE alta observados por Jenkins y cols. (1986). Así mismo, la percepción de cohesión familiar estuvo relacionada inversamente con afecto negativo. Es decir, al incrementar la cohesión familiar se observó decremento en la expresión de sentimientos negativos hacia un paciente con esquizofrenia. (Weisman y López, 1996)

Aun hoy en día hay distancia entre la “comprensión” científica de la locura y la opinión popular que aún sostiene la idea “de que las enfermedades físicas serían naturales y las mentales sobrenaturales” (Andreoli.,1992).

En sociedades tradicionales, la religión también juega un papel central y puede influir en las atribuciones en torno a la enfermedad mental por que da un significado a todos los eventos y conductas inexplicables. (Lefley, 1990) Actitudes alrededor de la enfermedad son gobernadas por la premisa básica de que dios nos puso en la tierra etc.

Weisman y cols. (1993) encontraron que los familiares que ven la conducta controlable por el paciente expresan más emociones negativas cuando hablan acerca del paciente, que los familiares que perciben la conducta como fuera del control voluntario. Estos estudios apoyan un modelo atribución-afecto para entender el constructo emoción-expresada. Según Hooley (1986) describe que los comentarios críticos EE alta están asociados a niveles altos de síntomas negativos por creer los familiares que están bajo la voluntad de los pacientes.

Masanet y cols; (1997) concluyen que los pacientes con mayor gravedad clínica tienen familiares más críticos y hostiles, y que los pacientes con peor ajuste social viven con familias más críticas, se podría interpretar como que el nivel de crítica y la hostilidad por parte del familiar podría ser consecuencia de la situación clínica del paciente, y a su vez una causa de ésta.

En 1998, Weisman y cols. plantearon que familiares con alta crítica (alta -EE) piensan que la enfermedad y los síntomas asociados se ubican más dentro del control personal de los pacientes en comparación con los familiares con menos crítica (baja -EE). Un análisis de contenido clasificó de los tipos de conductas y síntomas más frecuentemente criticados por los familiares. Los síntomas que reflejan déficits conductuales (por ejem. Higiene pobre) fueron criticados más a menudo que los síntomas que reflejan excesos conductuales (por ejemplo, alucinaciones). En línea con un modelo atribucional-afecto, los familiares pueden ser menos tolerantes de los déficit conductuales porque ellos creen que son intencionales, por lo tanto los excesos conductuales son fácilmente reconocidos con síntomas centrales de la enfermedad mental.

"La locura siempre está presente donde esté presente el hombre, casi podría decirse que es su derecho de existencia, y subrayando que más que una patología es una cualidad". (Anderoli;1992)

Resultados de un estudio con familias mexicanas (Rascón y cols; 2000), demostró que la benevolencia o actitudes positivas en las familias fue observada de la siguiente manera el 81.0% opinan que los enfermos mentales pueden llevar vida normal; el 88.% serían amigos de un enfermo mental, el 64.3% confiarían en un enfermo mental, el 59.5% mencionan que los enfermos pueden bastarse así mismos, el 90.5% están de acuerdo en tratar a los enfermos como parte de la comunidad, el 90.5% dicen que el enfermo mental puede hacer actividades útiles para la sociedad, el 54.8% piensa que el paciente puede ser responsable como cualquier otra persona.

Las actitudes de rigidez o de autoritarismo hacia la enfermedad fueron: 81.0% opina que la enfermedad mental es terrible, el 78.6% dicen que cualquiera puede llegar a ser un enfermo mental, 71.4% opinan que cuando algún paciente parece estar bien, resulta riesgoso olvidarse de que está enfermo, el 35.7% plantean que al enfermo se le debe de tratar con el mismo control como a los niños pequeños, el 35.7% dicen que los enfermos inspiran miedo, el 33.3% mencionan que la mayoría de los pacientes son agresivos o violentos, el 31.0% esta de acuerdo en que una familia se desprestigia por tener un enfermo mental entre ellos, y el 23.8% de las familias opinan que el tener una enfermedad mental es haber fracasado en la vida.

Algunas de las actitudes sobre la atribución de control externo fueron con el 13.3% sentirse responsables por la suerte de su familiar enfermo y el 23.3% que opinan que podrían renunciar a su vida por el enfermo mental. Sobre atribuciones de control interno el 47.6% mencionan que las personas que permanecen mentalmente enfermas es porque no tienen voluntad para rehabilitarse y el 9.5% opinan que la mayoría de los pacientes que no se recuperan debe culpárseles solo a ellos.

Sobre algunos conocimientos de la enfermedad, el 69.0% opina que la enfermedad mental "esquizofrenia" puede ser heredada, 19.0% puede ser transmitida y 40.5 % refiere que un esquizofrénico nunca volverá a ser sano.

El cambio de actitudes que necesitamos requiere una preparación, una información y formación puesta al día que supondrá años de esfuerzo y de adaptación y que tendrán que ser necesariamente labor conjunta de cuantos trabajan en la salud mental, en la educación y en la salud en general.

1.3 LA EMOCIÓN EXPRESADA EN LA FAMILIA

El estudio de los sentimientos y las emociones se considera como materia principal de la psicológica. A pesar de la indiscutible importancia de las emociones en la vida del hombre, la investigación y la teoría psicológica ha eludido el tratamiento detallado de este tema.

La emoción se define como el estado psíquico caracterizado por un grado de sentimiento y acompañado casi siempre de una expresión motora, a menudo intensa. Una de las dificultades de todo intento de describir las emociones en abstracto es que, al hacerlo se sacan del contexto en que acontecen, las emociones aparecen como aspectos esenciales e inseparables de todas las experiencias, no es la sensación de coraje en general la que intentamos describir, si no una experiencia particular de coraje que ocurre en una situación específica, lo que él individuo percibe siente y piensa. Precisamente de este modo, describiendo emociones en contextos reconocibles en la 'vida real' es cuando se contribuye grandemente al conocimiento de este tema. Sin embargo, dada la infinita variedad de situaciones que existen para una persona, sus experiencias emocionales parecen desafiar toda clasificación. No obstante nuestro lenguaje tiene voces para emociones específicas y éstas señalan a ciertos 'tipos' generales de experiencia emocional. Cada experiencia de 'cólera', eg., es diferente en algún grado, de cualquier otra experiencia de 'cólera', algo parece común a todas las experiencias de 'cólera'. Si es así nos animaremos a intentar clasificar y distinguir cada emoción reconocible por medio de un conjunto de dimensiones generales. Se sugiere como esquema útil uno compuesto de cuatro dimensiones generales: intensidad de emoción, nivel de tensión, tono hedónico y grado de complejidad.

Las emociones primarias son una clase de emociones o temores (e.g.: alegría, enojo, temor, pena) considerados por lo general como los más básicos, simples y primitivos y típicamente asociados a finalidad y al grado de tensión.

Como e.g. se describirá la Alegría.- La condición situacional esencial para la alegría es que la persona se esfuerce por lograr un fin y lo consiga. La alegría es la contrapartida emocional del aflojamiento de la tensión al conseguir el fin. (Krech; 1973)

1.3.1 LA EXPRESIÓN EMOCIONAL DEL FAMILIAR RESPONSABLE

La línea de estudios sobre los mecanismos familiares estresantes han involucrado un término denominado emoción expresada (EE) en el ambiente familiar, que se refiere a la evaluación de las actitudes y sentimientos que el familiar expresa acerca del miembro de la familia que se encuentra mentalmente enfermo. Durante la década de 1950, investigadores británicos emprendieron una serie de estudios 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 su riesgo de sufrir una recaída, este riesgo era mayor en aquellos que retornaban a un hogar conyugal o parental, en comparación con quienes volvían a otras condiciones de vida (Brown y cols. 1972).

En 1976 Vaughn y Leff demostraron que un alto grado de expresión emocional (EE) de un familiar en el momento de la admisión del paciente en el hospital, constituye el mejor factor de predicción de recaída sintomatológica durante los nueve meses siguientes de haber sido dado de alta el paciente, estas actitudes familiares también han sido asociadas con recaídas a los dos años de ser dados de alta (Left y Vaughn, 1980; Vaughn, 1984), especialmente cuando los miembros de la familia y el paciente conviven en el mismo espacio (contacto cara a cara) más de 35 horas semanales.¹⁰ Los registros de recaída más altos (92%) están relacionados con pacientes que permanecen más de 35 horas por semana con familiares de alta EE y que no están tomando medicamentos

neurolépticos. La expresión emocional más característica con valor de pronóstico para las recaídas en la esquizofrenia son: comentarios críticos, hostilidad y exceso de involucramiento afectivo, la crítica y el sobreinvolucramiento son percibidos en general como estresantes, la crítica implica intolerancia y desaprobación, el sobreinvolucramiento sugiere intrusividad y niveles altos de ansiedad en el paciente, tanto la primera como la segunda propician ambientes adversos que propician recaídas. Así pues, se concluyó que la asociación entre las recaídas y trastornos de la conducta, era mediado por el alto índice de EE exhibido por miembros del hogar y sin duda, la familia influye en la recaída del paciente,

En familias de emoción expresada alta se observó una constante importante de incapacidad en su funcionamiento social a lo largo de 5 años (Hugguelet y cols., 1995).

Los estudios de la expresión emocional actualmente se desarrollan en investigaciones con familias de pacientes Japoneses, Hindúes, Egipcios, Australianos, Italianos, Brasileños, Norteamericanos, etc., investigaciones que contribuirán a descubrir diferentes características culturales asociadas a los perfiles de EE y al desarrollo de modelos teóricos asociados con la patología de las relaciones familiares.

La utilidad del constructo EE no parece ser única en relación a la esquizofrenia, otros estudios han demostrado la validez predictiva para pacientes depresivos, trastornos bipolares, demencia senil, enfermedad de parkinson, en general enfermedades incapacitantes.(Vaughn y Left ,1976; Hooley y cols 1986; Kuipers y cols. 1983, J Leff 1994)

Otros investigadores como Valone y cols.(1983), Miklowitz y cols.(1984), Strachan y cols.(1986), afirman que los factores individuales del paciente tienen

¹⁰ Ibid Brown y cols.(1972)

menos efecto en las recaídas en comparación con los efectos de las emociones expresadas, los familiares que tienen alto nivel de EE, de hecho, expresan más afecto negativo en sesiones de interacción experimentalmente inducidas .

Macmillan y cols (1986) reportaron que existe asociación entre la duración de la enfermedad antes de la admisión y el nivel de EE, es decir, el tiempo que transcurrir entre qué se reporta la presencia de signos del primer episodio de esquizofrenia y la primera hospitalización, encontraron una probabilidad mayor de que el nivel alto de EE se asociara a una evolución más prolongada.

El término de Emoción Expresada según Brown y cols. (1959) hace referencia a un índice global de las emociones, actitudes y comportamientos, expresados por el familiar hacia un miembro de la familia diagnosticado con esquizofrenia.

El constructo de la Emoción Expresada ha sido evaluado de varias maneras, como principal instrumento de evaluación se encuentra la entrevista semiestructurada, grabada llamada Camberwell Family Interview, esta entrevista se basa en el contenido y en los atributos vocales: la velocidad, grado de excitación y énfasis de la voz. (Brown, y Rutter, 1966) Otro instrumento de evaluación que toma aspectos del anterior es la Five Minute Speech Sample, una entrevista también grabada, pero de menor duración (cinco minutos). Un tercer instrumento para medir la EE es el Cuestionario Encuesta-Evaluación de la Emoción Expresada (CEEE) que a diferencia de los anteriores, es estructurado y autoplicable, además sus criterios de calificación son cuantitativos en comparación con las técnicas cualitativas utilizadas por los dos anteriores (Guanito y Seclén, 1993). Existen otros instrumentos que miden la relación familiar y la EE que no los nombraré en esta tesis.

Los dos primeros instrumentos utilizados para medir la EE están formados por cinco principales escalas que agrupan las actitudes de los familiares; la crítica, la hostilidad y el sobreinvolucramiento emocional, la calidez y los comentarios

positivos. En cuanto al último y el que nos interesa solo consta de tres escalas; la crítica, la sobreprotección emocional y la hostilidad.

Los resultados obtenidos de estos instrumentos son clasificados en un índice global con el valor de alta o baja EE, así como cada una de las escalas tiene valores altos o bajos.

Las distintas escalas de la EE pueden ser medidas cuando el familiar está hablando acerca de un miembro de la familia en particular, los criterios tales como tono de voz, contenido del diálogo y gesticulación son usados para evaluar el grado de EE mostrado.

De las cinco escalas mencionadas por Leff y Vaughn (1985), los comentarios críticos y el sobreinvolucramiento han dado los más importantes predictores para las recaídas de la esquizofrenia. Estas dos escalas unidas a la hostilidad (la cuál es raro encontrarla, excepto en asociación con crítica alta), representan un índice clave para predecir el curso de la enfermedad.

A continuación se describen tres de las categorías que se incluyen en la evaluación de la Emoción Expresada.

Crítica: Originalmente fue definida como aquellos comentarios o aseveraciones en los cuales, por la manera en que son expresados, constituyen comentarios infavorables sobre la conducta o personalidad del individuo a quién se refiere.¹¹ Es decir que la crítica es definida como el mostrar aversión o desaprobación de la conducta o características de una persona. (Kuipers y Bebbington, 1988) e.g.: *"El nunca limpia su cuarto, es un desordenado"*, *"Me molesta que Juan este de holgazán"*.

¹¹ Ibid (Leff y Vaughn, 1985).

Se ha visto que a pesar de la evidencia del estrés del familiar, la insatisfacción carece del elemento crítico que ha dado predictividad para la recaída. Los familiares con baja EE frecuentemente se describen como tristes, confundidos o heridos pero no culpan a los pacientes por estos sentimientos. Este particular estilo de respuesta está asociado con la idea de que el paciente que sufre de una genuina enfermedad, sobre la cuál tiene poco o ningún control, no puede ser responsable de sus acciones cuando está enfermo¹².

Sobreinvolucramiento o Sobreprotección: Se presenta más comúnmente en los padres que en algún otro familiar. Esta compuesta por aspectos de sobreprotección o consentimiento, autosacrificio y malestar emocional, similar al trato que normalmente se le da a un niño, con niveles inapropiados de preocupación por parte del familiar. El paciente es visto como menos competente que antes, y más vulnerable.¹³ e.g.: *"La mayor parte de mi vida me la he pasado haciendo lo más que puedo por María"*.

Hostilidad: Generalmente la hostilidad se presenta si existe crítica, por tal razón tiene poco valor como predictor independiente. No obstante los comentarios críticos pueden variar bastante, en intensidad y en el rango de conductas al cuál se refieren por lo que un familiar altamente crítico no es necesariamente hostil. La hostilidad se considera presente cuando el paciente es atacado por lo que es, más que por lo que hace. Mas que nada lo que refleja es una dificultad en tolerar y algunas veces en comprender la situación del familiar enfermo. (Kuipers y Bebbington, 1988) La hostilidad es evaluada estrictamente usando dos criterios: la generalización de la crítica, que se refiere a comentarios no solo de una conducta en particular sino de todo lo que hace la persona y de los que es, y los comentarios de rechazo.¹⁴ En conclusión los comentarios críticos que también califican como hostiles por su contenido, pueden tener comentarios que tal vez no son críticas definitivas de características o conductas específicas

¹² Ibid

¹³ Ibid (Kuipers y Bebbington, 1988)

¹⁴ Ibid

pero que sugieren una conducta de rechazo. Por ejemplo: *"Pedro es una persona enferma, no en pleno uso de sus facultades, un enfermo al que hay que combatir"*

Actualmente el constructo de la EE está reconocido y establecido y se han publicado diversos estudios, hay que destacar, el estudio observacional ¹⁵ en el que tras realizar un análisis conjunto de 25 estudios, se demuestra que existe asociación entre La EE y recaída, que se mantiene en cualquier localización geográfica.

En la actualidad, existen cuestiones no resueltas en la investigación sobre la EE del familiar clave, una de ellas es la relación predictiva de la situación clínica del paciente y la EE del familiar, cuestión que se intenta dar respuesta en este trabajo de tesis.

1.3.2 LA PERCEPCIÓN AFECTIVA DEL PACIENTE CON ESQUIZOFRENIA

En algunos estudios se ha reportado que uno de los trastornos característicos de la esquizofrenia es la reducción en la capacidad para experimentar y comunicar la emoción, asociado con una percepción deficiente de la emoción contenida en una plática y sus expresiones faciales (Cutting, 1985).

"La esperanza de que el hombre (no sólo aquél con el adjetivo de enfermo) pueda hablar menos para comunicar más: una manera para descubrir el rico mundo de lo no verbal" (Andreoli, 1982).

Clausen y Kohn (1960) realizaron un estudio comparativo entre pacientes esquizofrénicos y controles, y reportaron que una proporción mayor de pacientes esquizofrénicos, en comparación con sujetos controles, informaron que sus madres habían sido muy autoritarias con ellos, mientras que sus

¹⁵ Ibid

padres lo habían sido en menor medida. Otro hallazgo de estos mismos autores se refiere a que los esquizofrénicos varones informaron de una actitud autoritaria y una débil autoridad paterna, declararon que la mayoría de las veces habían sentido más apego por sus madres que por sus padres; las mujeres esquizofrénicas, en cambio, manifestaron sentirse más apegadas al padre.

En un estudio retrospectivo en el cual investigaron cómo los pacientes esquizofrénicos habían percibido el cuidado de sus padres, estos autores tomaron en cuenta tres factores "calidez emocional", "rechazo" y "sobrepotección" y concluyeron que los pacientes habían sentido rechazo de ambos padres, y un nivel más bajo de calidez emocional por parte de la madre en comparación con un grupo control de personas sin diagnóstico. Los autores plantearon que las experiencias negativas de la educación parental pueden ser un factor importante que contribuye al desarrollo de la "vulnerabilidad" en una persona que subsecuentemente desarrollará esquizofrenia (Skagerlind, Perris y Eisemann, 1996).

Es relevante el estudio de la percepción afectiva que tiene el paciente de sus familiares y en especial del familiar a cargo, como lo demuestra Lebell y cols. (1993) en su estudio con pacientes donde se plantea que las percepciones positivas de sus familiares tuvieron significativamente mejores resultados, es decir un grado menor de exacerbación psicótica en un año de seguimiento. Este resultado es consistente con otros estudios que reportan la percepción de los pacientes esquizofrénicos de sus ambientes familiares y que predicen las recaídas (Baker y cols, 1984; Parker y cols, 1986; Schunur y cols. 1986; Warner y cols 1988)

Otro estudio fue el de Warner y Atkinson (1988), donde se aplicó el Instrumento de Vinculación Parental (PBI). Ellos reportaron que los pacientes que percibieron a sus padres positivamente tendieron a experimentar un curso más

leve de la enfermedad a diferencia de aquellos que percibieron a sus padres negativamente y se observó un curso más severo.

Los estudios del curso de la enfermedad y la percepción actual del paciente, los han desarrollado Lebell y cols. (1993), y observaron que las percepciones que los pacientes tienen de sus familiares pueden ayudar a mejorar o empeorar el estado del paciente esquizofrénico, es decir, que la probabilidad de tener una recaída aumenta o disminuye si el familiar es percibido negativa o positivamente. Estas percepciones están altamente relacionadas con las actitudes que los familiares tienen de su familiar enfermo.

Bajo esta misma línea de estudios en 1993 Scott y cols., aplicaron el Test de Percepción Interpersonal Familiar (FIPT), mediante el cual se observó la importancia del rol del paciente dentro de la familia. Entre sus hallazgos encontraron que los pacientes que sufrían exacerbación de síntomas o recaídas provenían de padres inseguros, vulnerables y que no tenían interés ni conocimiento de cómo eran percibidos por su hijo esquizofrénico, la percepción de ellos era desfavorable. Por el contrario, los pacientes sin recaídas tenían padres que los apoyaban y la percepción de los mismos era más positiva dando como resultado una mejor calidad de vida para la familia en general.

Algunos investigadores han relacionado el nivel de Emoción Expresada de los familiares y la percepción de los pacientes, quienes encontraron que los miembros de la familia que tuvieron alta expresión de crítica, sus pacientes percibieron esta conducta negativa (Tompson y cols., 1995).

Por su parte, Bellack y cols. (1992) encontraron que los pacientes con esquizofrenia carecieron de asertividad y habilidades sociales. en cuanto a la percepción de afecto los pacientes esquizofrénicos subestimaron la intensidad de las emociones negativas, Sin embargo, no encontraron anomalía en la percepción de las emociones positivas.

Cabe señalar que los estudios anteriormente descritos fueron realizados en diferentes partes del mundo, pero en México no se encontró alguna publicación que aborde específicamente este tema.

El interés de este trabajo es conocer la percepción afectiva del paciente sobre su familiar y la posible comparación con la emoción del familiar responsable, se puede suponer que en la medida en que concuerden será más adecuada la relación y la evolución de la enfermedad.

II

INVESTIGACIÓN

INTRODUCCIÓN

En esta segunda parte, se presenta los objetivos a responder en la presente investigación, así mismo, el método a seguir para cada objetivo, el diseño, los sujetos de estudio y los instrumentos utilizados para evaluar cada variable, el procedimiento en cada etapa, además, el plan de análisis y los resultados de la investigación, que se exponen de acuerdo al formato de artículos, además las conclusiones de la presente tesis y las perspectivas a futuro.

2.1 MÉTODO

2.1.1 OBJETIVO GENERAL

El estudio de los familiares de las personas con esquizofrenia mediante la prueba de dos modelos conceptuales uno para evaluar los factores que predicen la Emoción Expresada y otro para determinar los indicadores que intervienen en la psicopatología del familiar a cargo de la persona con esquizofrenia, en familiares responsables de pacientes con esquizofrenia estables, contactados en la consulta externa de un centro hospitalario de tercer nivel, al sur de la ciudad de México.

2.1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Para la prueba de cada modelo conceptual se plantean las siguientes interrogantes:

A ¿Cuáles son las variables que predicen la emoción expresada alta en el familiar responsable?

Variable dependiente

- 1.1 Emoción expresada por el familiar responsable.

Variables independientes o predictoras

- 1.2 Conducta sintomática del paciente
- 1.3 Funcionamiento del paciente
- 1.4 Opinión afectiva del paciente con respecto a su familiar
- 1.5 Parentesco con el familiar enfermo

B ¿Cuáles son las variables que predicen la Psicopatología en el familiar responsable?

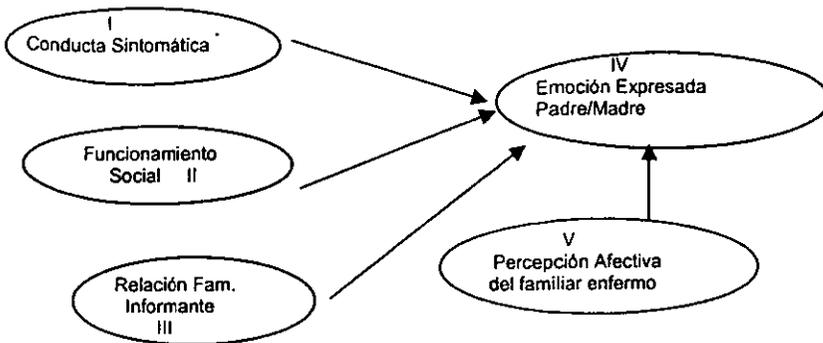
Variable dependiente:

- 2.1 Psicopatología en el familiar responsable.

Variables independientes o predictoras:

- 2.2 Conducta sintomática del paciente
- 2.3 Ejecución de tareas domésticas por el paciente
- 2.4 Apoyo familiar y Social
- 2.5 Nivel de severidad de la enfermedad
- 2.6 Tiempo de aparición del episodio actual
- 2.7 Nivel de conversación cotidiana entre familiar y paciente
- 2.8 Descarga a partir de confidencias con familiares
- 2.9 Diagnóstico principal del familiar
- 2.10 Perturbación a la vida de otros

2.1.2.1 A. Modelo conceptual "Predictores de la Emoción expresada"



Descripción de cada indicador:

I.- La conducta sintomática; incluye 22 síntomas propios de la enfermedad, se tomará en cuenta un puntaje global, en donde a mayor puntaje menor estabilidad del paciente

II.- El funcionamiento Social: tareas domésticas, manejo doméstico, actividades recreativas, conversación cotidiana, apoyo en la relación informante-paciente, afecto/amistad y toma de decisiones. Se tomará en cuenta a mayor puntaje menor funcionamiento social del paciente.

III - Relación familiar por el parentesco: madre, padre, hermano (a).

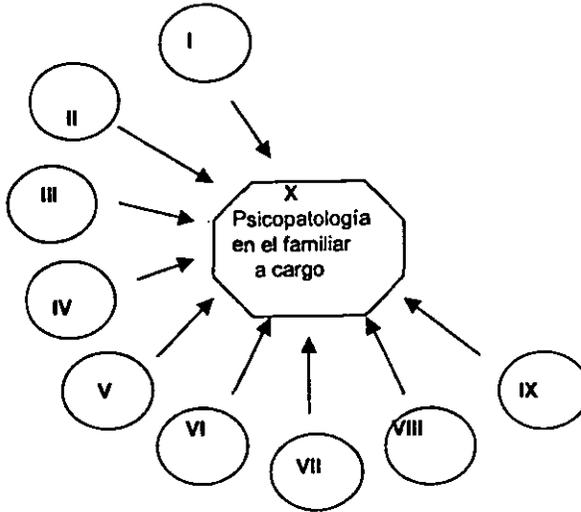
IV.- Emoción Expresada; actitudes y sentimientos. Se divide en crítica y sobreinvolucramiento, se codificó con un puntaje global a mayor puntaje EE Alta.

(I, II , III y IV reportados por el familiar responsable)

V.- Percepción afectiva del paciente acerca de su familiar responsable; fue evaluada la presencia de agresiones verbales, físicas, indiferencia y no afecto por parte del familiar que cuida al paciente. Se tomará en cuenta a mayor puntaje mayor expresión negativa.

*tristeza, aislamiento, lentitud, olvidos, inactividad, dependencia indecisión, preocupación, temor, obsesiones, ideas extrañas, sobreactividad, reacciones imprevisibles, irritabilidad, rudeza, violencia, ideas suicidas, conducta exhibicionista, ingestión excesiva de alcohol, autodescuido, quejas dolores corporales, conducta extraña, de cada conducta sintomática se evalúa su presencia, su tiempo de aparición y la preocupación del informante (familiar responsable), para este estudio solo se tomaron en cuenta la presencia de la conducta sintomática, con niveles de poca, moderada o severa

2.1.2.2 B. Modelo conceptual "Predictores de la psicopatología del familiar responsable"



Descripción de cada indicador:

- I.- La conducta sintomática; incluye 22 síntomas propios de la enfermedad, se tomará en cuenta un puntaje global, (ver descripción de esquema anterior)
- II.- Ejecución de tareas domésticas, a mayor puntaje menor funcionamiento social del paciente.
- III.- Apoyo familiar que recibe el familiar a cargo. A mayor puntaje mayor apoyo.
- IV.- Nivel de severidad de la enfermedad. A mayor puntaje menor severidad
- V.- Tiempo de aparición del episodio actual. A mayor puntaje mayor tiempo de aparición de episodio actual.
- VI.- Nivel de conversación cotidiana entre familiar y paciente. Mayor puntaje menor nivel de conversación cotidiana.
- VII.- Descarga a partir de pláticas con familiares. A mayor puntaje menor confidencias
- VIII.- Diagnóstico principal del familiar. Los nombres de los diagnósticos
- IX.- Perturbación a la vida de otros. A mayor puntaje, personas externas al hogar afectadas por conductas del paciente.
- X.- Presencia de algún diagnóstico en el familiar responsable.
(Información reportada por el familiar responsable 1-X)

2.1.3 PRUEBA DE INSTRUMENTOS Y ESTUDIO EXPLORATORIO

La investigación se desarrolló en tres fases: en primer lugar la prueba de instrumentos, la segunda fase: el estudio exploratorio y por último la prueba de los modelos conceptuales.

La prueba de instrumentos, en esta fase, por medio de entrevistas a familiares de pacientes con algún trastorno mental $n:19$, se construyeron los cuestionarios siguiendo los siguientes pasos, considerando las hipótesis de investigación; se generaron los tópicos de las áreas, elaborando algunas frases que nos dieron pista de las preguntas que conformaron los cuestionarios, se clasificaron los tópicos de las áreas, se formularon las preguntas necesarias; se revisó si las preguntas tienen que ver con las hipótesis de investigación, se probaron una serie de preguntas abiertas, la comprensión del lenguaje utilizado, el tiempo de aplicación, hasta obtener la saturación de la muestra y se refiere a determinar el cierre que a lo largo de la investigación, los nuevos sujetos ya no aportan nada nuevo a los datos proporcionados por los anteriores y así se pilotearon los instrumentos, esta fase sirvió para corroborar las categorías planteadas anteriormente y los indicadores a investigar, (Nadelsticher A; 1983). Los instrumentos de investigación fueron resultado de la combinación de técnicas cualitativas y cuantitativas, en lo que refiere a los instrumentos utilizados para el presente trabajo, se verificó la confiabilidad el CEEE se aplicó en $n:45$ familiares y se obtuvo una consistencia interna por medio de Alpha de Cronbach de 0.8570, para el OPAF se obtuvo un Alpha de 0.6278; y la validez concurrente entre el CEEE y el FMSS fue de: Kappa: .7534 y Alpha: .8570 y para el SBAS ya se había validado anteriormente (Otero y Rascón, 1988) .

En el estudio exploratorio se planteó la necesidad de conocer en un grupo mayor la adecuación de los instrumentos y se probó la consistencia interna en las respuestas a los instrumentos ad-hoc, en esta fase se entrevistó a un familiar de cada paciente con esquizofrenia, evaluando la efectividad de un

tratamiento integral (psicosocial-familiar) vs tradicional (farmacológico), por medio de un diseño cuasiexperimental, longitudinal con dos medidas en tiempo, se evaluaron los cambios entre el inicio y 12 meses después. La muestra fué no probabilística y de manera secuencial, las familias fueron contactadas en la consulta externa de un centro hospitalario de tercer nivel ¹⁶, después de haber cubierto los requisitos de diagnóstico del paciente; Se seleccionaron únicamente a los familiares responsables de pacientes esquizofrénicos crónicos estables, contando con su colaboración voluntaria, se evaluaron 50 familiares obteniéndose finalmente 36. Se observó una tasa aproximada de un 28.0% de rechazo o abandono por parte del familiar y/o del paciente.

Dentro de los resultados más importantes se encontró que el parentesco del familiar responsable del paciente, correspondió a la madre con 72.2%, el padre 27.7%, la edad promedio fue de 54.5 años , con una desviación estándar de 13.6 años.

El 30.5% de los familiares presentó psicopatología (uno o más diagnósticos), el diagnóstico más frecuente fue el de trastorno afectivo con 16.6%, en segundo lugar los trastornos fóbicos y/o somatoformes con 11.1%. Al relacionar el trastorno psicopatológico con algún otro tipo de trastorno físico o emocional (diagnosticado por un especialista) se encontró que el 13.8% de los familiares presentaba esta asociación.

Respecto a los antecedentes de trastornos familiares, el 69.4% tuvo familiares de 1er grado (padres y/o hermanos), seguido de los familiares de segundo grado (abuelos, tíos y primos) con 55.5% y por último los de tercer grado (otros parientes) con 22%.

El tipo de costo asociado a tener un paciente esquizofrénico en la familia fue reportado como 72.2% costo emocional, con 52.7% costo económico, el 44.4%

¹⁶ Dirección de Investigaciones Clínicas, Instituto Nacional de Psiquiatría, Ramón de la Fuente

costo físico, el 33.3% costo social y el 19.4% no reportan percibirlo como carga o costo.

Las atribuciones de causalidad de la enfermedad, los familiares las orientaron principalmente a problemas familiares con 55.5% (separación o divorcio de los padres, conflictos familiares, violencia intrafamiliar, etc) en segundo lugar a los eventos adversos con 41.6% (abusos, encarcelamientos, problemas económicos, etc); en tercer lugar por presión, cambio o pérdida laboral o de estudio con 36.1%, con 11.1% lo atribuyeron a brujería o hechizos, El tipo de enfermedad mental que los familiares atribuyen al trastorno de los pacientes, la mayoría la denominan apropiadamente como enfermedad mental y esquizofrenia 94.3%, enfermedad de los nervios y enfermedad física con 58.2% y un 11.1% lo atribuyen a estar embrujado (respuestas múltiples).

De acuerdo a la evaluación terapéutica familiar que propone el modelo estructural, se encontró que el 58% de estas familias eran amalgamadas, con límites difusos al interior y rígidos al exterior lo que evitaba la individuación de los miembros, el otro 42% de las familias presentaban límites rígidos al interior y difusos al exterior donde el autoritarismo de uno de los padres se confundía con el rol jerárquico de éste, respecto a las alianzas en estas familias se encontró que el 83% de ellas el paciente identificado formaba una alianza con la figura fuerte, era frecuente encontrar que dichas alianzas se convertían en alianzas y coaliciones secretas y negadas, lo que hacía más difícil la interacción (Sánchez y Mares, 1998)

Estos resultados demuestran la importancia de contar con instrumentos de investigación confiables y válidos como vehículos para evaluar aspectos de la problemática familia y la esquizofrenia, y la posibilidad de vincular la implementación con alguna técnica psicoterapéutica.

La tercera fase es la prueba de esquemas conceptuales de la expresión emocional y de los indicadores de psicopatología familiar que corresponden al estudio que nos ocupa en este trabajo y se detallan en la parte de resultados.

2.1.4 DEFINICIÓN DE CONCEPTUAL Y OPERACIONAL DE LAS VARIABLES

Emoción o actitud Expresada:

Estado psíquico caracterizado por un grado de sentimiento y acompañado casi siempre de una expresión motora, a menudo intensa. Se evaluará mediante la aplicación del Cuestionario-encuesta evaluación del nivel de emoción expresada (C̄EEE) elaborado por Guanilo y Seclén (1993)

Familiar responsable

El familiar del paciente, de preferencia es el que esté a cargo, es decir, que sea responsable de su manutención y cuidado, que tenga convivencia cotidiana con el paciente y que desee según colaborar en el tratamiento familiar

Esquizofrenia:

La esquizofrenia según el DSMIII-R. Incluye los síntomas positivos que aparecen como procesos activos (ilusiones, alucinaciones y fenómenos motores catatónicos). Los síntomas positivos, o tipo "1", Síntomas esquizofrénicos (alucinaciones, ilusiones y trastornos del pensamiento) se deben a un excesivo número de receptores dopaminérgicos.

Los síntomas negativos se definen como aquellos que involucran la ausencia de funcionamiento normal (afectividad aplanada, apatía y cierta clase de desórdenes del pensamiento como los bloqueos). Crow (1980) sugirió que los síntomas esquizofrénicos (afectividad aplanada, discurso empobrecido y pérdida de control) se deben a una pérdida de células y cambios estructurales en el cerebro.

Generalmente, se entiende la esquizofrenia como el conjunto de trastornos en los que dominan la discordancia, la incoherencia ideoverbal, la ambivalencia, el autismo, las ideas delirantes y las alucinaciones, las perturbaciones afectivas profundas, en el sentido del desapego y de la extrañeza de sentimientos en griego. Skhizo, "disociar", y fren "inteligencia".

El diagnóstico de esquizofrenia se obtendrá por medio del CIDI (The Compositive International Diagnostic Interview version 1.0).

Carga familiar

Consecuencias y dificultades sufridas por el familiar cuidador al convivir con el familiar enfermo con esquizofrenia. Se valoraron estas conductas por medio de la cédula de evaluación de la conducta del paciente SBAS. (Platt, S Weyman, Hirsch & Hewetts. 1980)

Concepción de Enfermedad:

Acto de darse cuenta o de creer en una proposición y que se tiene sobre como observan las características de un tipo de trastorno en particular esquizofrenia. Esto se evaluará por medio de un instrumento elaborado ad hoc. (CONENF) (Rascón ML;1995)

Funcionamiento Social:

Se refiere al desempeño de conductas y actividades en el medio familiar como: tareas domésticas, cuidado de los hijos, actividades recreativas, conversación cotidiana, trabajo / estudio etc. Se valorarán estas conductas por medio de la cédula de evaluación de la conducta del paciente SBAS. (Platt, S Weyman, Hirsch & Hewetts. 1980)

Opinión Afectiva:

Se refiere a como percibe y se siente el paciente con respecto que le expresan Irritabilidad, indiferencia, afecto, cariño de sus familiares y en especial de su familiar a cargo. Esta variable será evaluada por medio del OPAF (Rascón, 1995) aplicado al paciente.

Psicopatología en el familiar:

Presencia de algún tipo de trastorno psiquiátrico en el familiar responsable. tomando en cuenta los criterios del DSM-III y el ICD-10 Según lo evalúa el CIDI (The Compositive International Diagnostic Interview version 1.0)

Apoyo familiar, de amigos o profesional:

Forma de ayūda para poder descargar o resolver los problemas ocasionados por la presencia de un paciente esquizofrénico en la familia, se evaluará esta variable por medio de La cédula de evaluación de la conducta del paciente SBAS. (Platt, S Weyman & Hirsch. 1977)

2.1.5 POBLACIÓN DE ESTUDIO

La muestra de estudio fue no probabilística y de tipo circunstancial se reunieron de manera secuencial, el tamaño de la muestra se plantea de manera aproximada por la mortalidad experimental en este tipo de estudios, colaboraron por medio del consentimiento informado familiares responsables, (un familiar por paciente) de pacientes esquizofrénicos estables contactados en el medio hospitalario, después de acudir a la consulta externa con el paciente, un total de 237 familiares, de los cuales 131 terminaron su evaluación, se obtuvo una tasa aproximada de 55% de mortalidad experimental por evaluaciones incompletas por rechazo o abandono, de un centro hospitalario de tercer nivel, al sur de la ciudad.

Los criterios de inclusión de las familias:

- 1.- Posibilidad de entrevistar al familiar del paciente, de preferencia el que esté a cargo, es decir, que sea responsable de su manutención y cuidado
- 2.- Que tenga convivencia cotidiana con el paciente.
- 3.- Residencia en la ciudad de México y zona conurbada

Criterios de exclusión de la familia o el familiar:

- 1.- Familiares gravemente enfermos.
- 2.- Que no reúna alguno de los criterios de inclusión

Criterios de inclusión de los pacientes:

- 1.- Pacientes de ambos sexos con edad entre 18 y 60 años
- 2.- Residencia en la ciudad de México y zona conurbada
- 3.- Educación primaria terminada.
- 4.- Pacientes que reúnan los criterios diagnósticos de esquizofrenia u otro diagnósticos afín al DSM III-R y el CIE-10.

Criterios de exclusión del paciente:

- 1.- Paciente que no reúnan alguno de los criterios de inclusión.
- 2.- Pacientes gravemente enfermos.
- 3.- Pacientes con efectos colaterales medicamentosos severos.
- 4.- Pacientes con déficit medicamentosos severos.
- 5.- Pacientes que no tengan algún familiar que conviva con él.

2.1.6 INSTRUMENTOS

Para evaluar los conceptos propuestos:

- Conducta sintomática del paciente
- Funcionamiento Familiar.
- Costo Familiar.
- Efectos adversos.
- Eventos concurrentes.
- Apoyo familiar y Social.
- Índice de recaídas.
- Evolución de la enfermedad

1.- Cédula de evaluación de la conducta del paciente SBAS (segunda edición) elaborada por Platt S., Weyman e Hirsch.(1977) y Platt S.(1980). La SBAS es un instrumento estandarizado, semiestructurado, se obtuvo la confiabilidad global entre entrevistadores para escenarios mexicanos de Kappa:.78, se encontraron algunos reactivos con baja confiabilidad ya que el 35% del total de reactivos aplicados se codificaron como conductas ausentes. La consistencia obtenida de las respuestas planteó la necesidad de algunas modificaciones al contenido de la escala, como reducciones y reestructuración de algunas preguntas, que se llevaron a cabo para este estudio. Otero R., Rascón ML. (1988). (ver apéndice 1)

Psicopatología en el familiar responsable.

2.-CIDI (The Composite International Diagnostic Interview. version 1.1). Es una entrevista diagnóstica totalmente estructurada para la evaluación de los trastornos mentales de acuerdo a las definiciones y los criterios de la clasificación Internacional de las Enfermedades (ICD-10,) y Diagnostic Criteria of Research y el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales de la Asociación Psiquiátrica Americana (DSM-III R, 1987). (Witchen y cols.1991; Robins. 1988) Se aplicará para evaluar la comorbilidad psiquiátrica en el familiar responsable.

Se utilizaron las secciones siguientes: Trastornos de ansiedad, Trastornos depresivos, Esquizofrenia, Distimia, Trastorno somatoforme, Trastornos fóbicos, Manía y Dependencia al alcohol. (ver apéndice 1)

Actitudes del familiar

3.- Concepción de enfermedad. (CONENF) Se elaboró un cuestionario ad Hoc para evaluar la concepción de enfermedad mental del familiar responsable, se consideró como marco de referencia investigaciones realizadas y estudios realizados sobre el mismo tema, se tomaron algunos reactivos para la sección de actitudes de Stefani (1977,1979); Casco (1987); Garcia (1994). Se abarcaron

las siguientes áreas: Causalidad de la enfermedad, tipo de enfermedad, percepción del futuro de la enfermedad, percepción social y familiar, tipo de carga o costo familiar, percepción de apoyo o ayuda al paciente y actitudes hacia la enfermedad. (ver apéndice 1, sección de actitudes)

Percepción afectiva del paciente

4. La opinión afectiva del paciente hacia el familiar a cargo fue evaluada mediante un cuestionario llamado (OPAF) elaborado por Rascón (1995). Este cuestionario esta formado por los indicadores de la teoría de la emoción expresada tomando en consideración los estudios de Leff y cols. (1982), Leff (1989); Vaughn y Leff (1976); Vaughn (1976). Abarca las siguientes áreas: Tipo y frecuencia de contactos, trato del familiar responsable, características de la relación como irritabilidad, indiferencia, sobreprotección, afecto y percepción del ambiente familiar. El tipo de escala empleada es Likert. Para obtener la confiabilidad en población mexicana de este instrumento se aplicó un análisis de consistencia interna con 68 casos obteniendo un Alpha estandarizada de 0.6278 (ver apéndice 1)

Emoción expresada del familiar responsable

5. La emoción expresada por el familiar fue evaluada con el Cuestionario-encuesta evaluación del nivel de emoción expresada (CEEE) elaborado por Guanilo y Seclén (1993) conformado por 30 reactivos, que miden crítica, sobreprotección y hostilidad. Es un instrumento autoaplicable, estandarizado y estructurado. Su confiabilidad para población mexicana se obtuvo una Alpha estandarizada de Cronbach de 0.8570 (Rascón, 1995). La forma de codificación de este instrumento van de acuerdo a las utilizadas por Guanilo y Seclén (1993), (Ver apéndice 1)

2.1.7 PROCEDIMIENTO

El procedimiento una vez seleccionados los familiares, fue llevar a cabo las entrevistas en la institución hospitalaria con una duración global promedio de 5 horas por familia, garantizándoles confidencialidad en el manejo de la información, las entrevistas se efectuaron por psicólogos capacitados aplicando cada uno de los instrumentos. Los escenarios en donde se llevaron a cabo las entrevistas fue en cubículos, cuando los familiares no podían acudir se realizaron en su hogares. Se les aplico cada uno de los instrumentos, posteriormente se verificaron las respuestas, se capturó la información en bases de datos computarizadas para luego proceder a la realización de los análisis descriptivos y explicativos.

2.1.8 PLAN DE ANÁLISIS DE RESULTADOS:

La homogeneidad del grupo de estudio se analizó por medio de estadística descriptiva, comparando la media y las proporciones de las variables categóricas mediante la prueba χ^2 , las comparaciones de las medias de las variables continuas se realizaron con las pruebas t de student.

Para analizar la existencia de la asociación entre las variables clínicas, el funcionamiento social y la EE (componentes) utilizando la prueba estadísticas t de student.

Se aplicó para la prueba del modelo conceptual el modelo general de regresión lineal utilizando la expresión algebraica $y^j = B_0 x + e_i$ donde el modelo que se desea probar reduzca la incertidumbre, bajo el principio de parsimonia, el mejor ajuste que genere el menor error por el método de mínimos cuadrados.

Se utilizaron los paquetes computacionales SPSS version 6.1.2 y el Systat

RESULTADOS

INTRODUCCIÓN

Este capítulo aborda los resultados derivados de la presente investigación se presentan en formato de artículos de publicación.

El primero será el que responde a ¿Cuáles son las variables que predicen la Psicopatología en el familiar responsable? Y corresponde al título "Psicopatología en los familiares de personas que padecen esquizofrenia"

El segundo, examina la pregunta ¿Cuáles son las variables que predicen la Emoción expresada alta en el familiar responsable?

Titulado: "Factores relacionados con la expresión emocional en familiares de personas con esquizofrenia".

PSICOPATOLOGÍA EN LOS FAMILIARES RESPONSABLES DE PERSONAS QUE PADECEN ESQUIZOFRENIA

Rascón G María Luisa

Cuando existe un miembro en la familia con este trastorno se observa una alteración importante dentro de la dinámica familiar, dificultad en las relaciones familiares, lo que aumenta el nivel de estrés ya existente, convirtiéndose en un factor adicional de angustia, tanto para el paciente como para su familia, llegando a ser considerado como precipitante de recaídas, de exacerbación de síntomas y de re-hospitalizaciones.

McGilloway y Cols (1997) mencionan que 45% de los familiares cuidadores fueron clasificados como casos psiquiátricos menores. Además Szmukler y Cols. (1996) aluden que las formas de enfrentamiento de los familiares se asocian con morbilidad psicológica.

Dos rasgos característicos por parte de los integrantes de la familias son la sobrecarga y la desesperanza como consecuencia del costo o tensión que origina la convivencia y la estigmatización de la enfermedad. (Cabrero;1993)

A pesar de que es un hecho reconocido que los familiares de los pacientes tienen necesidades de atención a su salud mental que se pone en riesgo ante la necesidad de cuidar a su familiar enfermo con esquizofrenia, en México no se han hecho estudios que documenten la necesidad de atención de este grupo

El objetivo de este trabajo es describir la psicopatología en el familiar responsable del paciente con esquizofrenia y su interacción con variables relacionadas con la enfermedad del pariente enfermo, además, se plantea la prueba de variables predictoras del la psicopatología del familiar enfermo.

Es un estudio descriptivo con un diseño transversal-exposfacto, la muestra fue no probabilística y de tipo circunstancial, colaboraron 131 familiares responsables de pacientes esquizofrénicos ambulatorios atendidos en la consulta externa de un centro hospitalario de tercer nivel, al sur de la ciudad de México.

El número de diagnósticos encontrados para cada individuo tuvo un rango de 0 a 4, el 58 % de los familiares presentó de 1 a 4 diagnósticos y el 42 % no presentaron, sorprende el índice de 58.8%, cifra muy superior a la reportada para la población general 28.7% (población adulta de 18 a 65 años de edad), en la Ciudad de México. (Caraveo y cols;1999)

El diagnóstico más frecuente fue depresión con 20.6%, en segundo lugar, dependencia al alcohol con 9.9%; en tercer lugar, trastornos disociativos con 7.6%; en cuarto lugar, los diagnósticos de: ansiedad y somatoformes, cada uno con 6.9%, fobias 4.6% y por último, síndrome orgánico cerebral con 1.5%.

Palabras clave: Psicopatología familiar, esquizofrenia, comorbilidad.

INTRODUCCIÓN

Al revisar los planteamientos teóricos sobre el estudio del microambiente familiar encontramos estudios convincentes del efecto ejercido por el ambiente familiar sobre el curso y evolución de la esquizofrenia.

Anderson y cols. en (1986) mencionaron tres puntos importantes por los cuales el estudio de la participación familiar en la esquizofrenia es relevante, en primer lugar porque se provoca un impacto en todos los miembros de la familia, principalmente en el familiar responsable, en segundo término cuando la familia y el familiar a cargo experimentan estrés grave y crónico asociado a la convivencia con un enfermo esquizofrénico sin recibir asistencia ni apoyo y por último mencionan que el familiar que recibe ayuda y orientación puede desarrollar medidas que mejorarían la situación del paciente y de su familia.

A pesar de estas evidencias, la familia no recibe usualmente orientación, ni ayuda profesional necesarias, es decir, la familia tiene que manejar la problemática que manifiesta el paciente sin ningún conocimiento, ni entendimiento de la naturaleza de la enfermedad mental. (Creer, 1974)

La familia suele ser en la mayoría de los casos, el único apoyo que el paciente cuenta para vivir, en México, encontramos que la familia es el agente de cuidado comunitario para la mayoría de los pacientes psicóticos cuando estos son dados de alta, el 80% regresan a vivir con ellas después de ser dados de alta. (Ryan; 1981)

La convivencia cotidiana con el familiar enfermo dentro del hogar, puede caracterizarse por estrés por la confrontación prolongada a situaciones difíciles de entender, es de interés para la presente investigación partir de la necesidad de identificar las consecuencias psicopatológicas en el familiar en relación con la presencia de patología psicótica en algún familiar. Se ha observado

consistentemente la relación entre el estrés y la enfermedad. Algunos autores como Holmes (1974)^{*} relacionan la ocurrencia de eventos que requieren una gran cantidad de adaptación con un incremento en la probabilidad de presentar una enfermedad subsecuente. Esta aproximación ha sido criticada algunas veces por su linealidad, parecida a la situación estímulo-respuesta (Lazarus; 1978)^{*}

La aproximación interactiva es la que sostiene que los procesos mediadores psicológicos son parte de la transacción (individual, biológica y social). Así el estrés individual no se define solo por las demandas adaptativas a las que enfrenta un sujeto, sino que se consideran concurrentemente los elementos. La suposición básica es que los procesos mediadores influyen profundamente el estado fisiológico del organismo y, por lo tanto, el desarrollo de los trastornos relacionados con el estrés. Las influencias psicológicas del estrés pueden conceptualizarse en términos de la interacción entre apreciación y su afrontamiento. La apreciación se refiere a la evaluación de los recursos disponibles, el afrontamiento se refiere a la actividad que se genera para manejar o controlar el estrés. (Serrano y cols; 1991)

Además, debe de tomarse en cuenta que existen diferentes tipos de personas de acuerdo a su reacción: aquellos que evitan la información y niegan sus problemas (los evitadores), los que solicitan información y datos (los sensitivos) y un tercer grupo, denominado los neutrales.

En términos generales, la reacción de estrés puede ser estudiada a corto y largo plazo, a corto plazo es la reacción de alarma fisiológica ante el estímulo. A largo plazo el estresor se encuentra presente aparentemente, el sujeto se encuentra en condiciones normales hasta que el estrés se manifiesta mediante un cuadro clínico ya sea cardiovascular, digestivo, respiratorio, cutáneo, urinario, muscular o genital, o un cuadro emocional de tristeza o depresión, la aparición de miedos, angustias, dolores corporales etc.

^{*} Citado en: Serrano C V y C (1991)

Muchas de las orientaciones teóricas dentro de la psicología clínica están coincidiendo en considerar seriamente los procesos de interacción persona-ambiente como cruciales para el diagnóstico y tratamiento de varios tipos de psicopatología. La introducción de la cuarta edición del DSM IV (Asociación Psiquiátrica Americana, APA, 1996) resalta este punto a través de la inclusión de dos ejes separados, uno para la evaluación de la severidad de recientes "estresores psicosociales" y el segundo para la evaluación de "el más alto nivel de funcionamiento adaptativo durante el año anterior".

En el área de la salud mental, particularmente en la esquizofrenia, el detectar en los familiares los problemas de manejo, de sobrecarga emocional, de falta de conocimientos sobre la enfermedad obliga a pensar en las necesidades que este tipo de población presenta. En muchos casos estas son únicamente sentidas por la familia; pero por muchas razones, se ignora la necesidad de recibir atención y apoyo, buscando solo la atención para el paciente.

Los estudios realizados sobre esquizofrenia y familia, sostienen que tanto el paciente como su familia están involucrados. Un error comúnmente observado es el ignorar en el diagnóstico la valoración del funcionamiento familiar, se considera al paciente de manera individual separándolo del grupo familiar evitando así el conocer de manera cercana el ambiente familiar como unidad.

La familia juega un papel fundamental cuando no solamente se pretende aliviar los signos y síntomas del paciente; si no cuando se trata de mejorar el nivel de funcionamiento familiar y en particular, el del familiar responsable.

El estudio y medición de la tasa de morbilidad en el familiar responsable del paciente esquizofrénico es algo que poco se ha estudiado, Lidz. y cols (1956) señalaba en sus estudios la psicopatología encontrada en los padres de pacientes esquizofrénicos, la inestabilidad de los progenitores, las deficiencias en las

relaciones entre los progenitores y la frecuencia de hogares deshechos. Bleuler (1951) observó que frecuentemente los padres de los pacientes esquizofrénicos presentaban rasgos patológicos, estas observaciones iniciales dieron lugar a los conceptos de esquizofrenia latente y esquizoidia.

En un estudio se describió que la media de niveles de estrés para familiares de esquizofrénicos fue tres veces más alta que la norma de la población, así como niveles bajos en ajuste global y funcionamiento social, además mencionan una alta incidencia de estrés psicosocial y ansiedad en las familias. (Oldridge y cols:1992)

En México un estudio exploratorio sobre la familia y la enfermedad mental, demostró que estas familias presentaron antecedentes familiares de trastorno mental, siendo que en familiares de 1er grado (padres o hermanos) fue de 39.4%, seguido por los familiares en segundo grado (abuelos, tíos y primos) que fue de 44.7% y, por último, los de tercer grado (otros parientes) que fue de 7.9%, En el 28.9% no se encontraron antecedentes familiares. El 46.3% de los familiares que reportaron haber sufrido alguna enfermedad física y emocional relacionada con el paciente esquizofrénico, el perfil característico fue en cuanto al sexo el 78.9% fueron mujeres, empleadas 36.8% y el hogar 21.1%, el 68.4% siempre habían vivido juntos, la psicopatología del familiar responsable fue de 30.5% y presentaron de uno a tres diagnósticos, el diagnóstico más frecuente fue el de depresión con 11.1%, en segundo lugar los trastornos fóbicos (fobia social y agorafobia) con un 8.3%, en tercer lugar distimia, dependencia al alcohol con 5.5% respectivamente, los trastornos somatoformes con 2.7%. (Rascón ML;1997)

El trabajo que se presenta forma parte del estudio del "Funcionamiento familiar y esquizofrenia" que a su vez se incluye en "El proyecto para el estudio, tratamiento y rehabilitación del paciente esquizofrénico y su familia" que se lleva a cabo en el Instituto Nacional de Psiquiatría, Ramón de la Fuente M.

OBJETIVO GENERAL:

Evaluar la psicopatología en el familiar responsable del paciente con esquizofrenia, su asociación con variables relacionadas con la enfermedad del pariente enfermo y la prueba de variables que predicen la psicopatología del familiar responsable.

MÉTODO:

Es un estudio descriptivo, se utilizó un diseño transversal, en donde la muestra fue no probabilística y de tipo circunstancial.

La población de estudio: familiares responsables (un familiar por paciente) de pacientes esquizofrénicos ambulatorios contactados en el medio hospitalario después de acudir a la consulta externa con el paciente, colaboraron 237 familiares, de los cuales 131 terminaron su evaluación, se obtuvo una tasa aproximada de 55% de mortalidad experimental por evaluaciones incompletas por rechazo o abandono.

MATERIAL:

Para obtener la información para el estudio se eligieron los siguientes instrumentos:

1.-Cédula de evaluación de la conducta del paciente SBAS (segunda edición) elaborada por Platt S., Weyman e Hirsch.(1977) y Platt S.(1980). Para este trabajo se utilizaron las secciones A, datos demográficos y para evaluar la presencia de trastornos emocionales o físicos, de la sección D: Efectos adversos sobre otros. La SBAS es un instrumento estandarizado, semiestructurado, se obtuvo la confiabilidad entre entrevistadores para escenarios mexicanos la confiabilidad

global obtenida fue significativa Kappa: .78, se encontraron algunos reactivos con baja confiabilidad ya que el 35% del total de reactivos aplicados se codificaron como conductas ausentes (Bartko, 1976). La consistencia obtenida de las respuestas planteó la necesidad de algunas modificaciones al contenido de la escala, como reducciones y reestructuración de algunas preguntas con el objetivo de lograr adaptarlas al contexto mexicano. (Otero, Rascón; 1988).

2.-CIDI (The Composite International Diagnostic Interview version 1.0). Es una entrevista diagnóstica totalmente estructurada para la evaluación de los trastornos mentales de acuerdo a las definiciones y los criterios de la clasificación Internacional de las Enfermedades (ICD-10), OMS 1992; Diagnostic Criteria of Research) y el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales de la Asociación Psiquiátrica Americana (DSM-III R, 1987). (Witcher y cols, 1991)

PROCEDIMIENTO

El procedimiento a seguir fue una vez seleccionados los familiares, se les aplicaron los instrumentos, posteriormente se verificaron las respuestas y se capturaron los datos, con respecto al diagnóstico psicopatológico se obtiene a través del programa computarizado del CIDI, de acuerdo a las definiciones y los criterios del ICD-10. Se llevaron a cabo los diferentes análisis estadísticos para los datos descriptivos y para la prueba del modelo predictor.

RESULTADOS

En primer lugar se describen los datos demográficos correspondientes a los familiares a cargo de pacientes esquizofrénicos estables en tratamiento. Se puede observar que predominan los familiares femeninos con 80.9%, la edad promedio fue de 54.6 años y una desviación de 13.6; la escolaridad estuvo distribuida en todos los niveles siendo mayor en nivel básico 32.9%, 67.2% correspondió a estar casados o en unión libre; en cuanto a la ocupación destaco estar empleados con 51.1%; el promedio de recaídas en las personas enfermas fue de 1.6.

Cuadro 1

Datos demográficos de los familiares (N= 131)

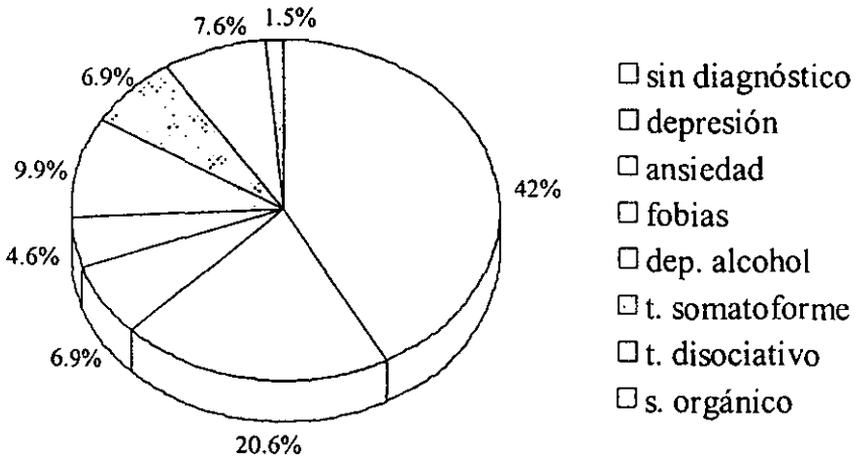
		%
SEXO		
masculino		19.1*
femenino		80.9
Edad	X 54.6	DS: 13.3
Escolaridad		
profesional		16.8
bachillerato		22.9
secundaria		24.4
primaria		32.9
nunca asistió		3.1
Estado civil		
casado o unión libre		67.2
separado o divorciado		14.5
soltero		4.6
viudo		13.7
Ocupación		
trabaja		51.1
no trabaja		37.4
hogar		11.5
Recaída del paciente	X: 1.6	DS.:1.9

* Porcentajes obtenidos del total de la muestra

Gráfica 1

El número de diagnósticos encontrados tuvo un rango de 0 a 4, el 58 % de los familiares presentó de 1 a 4 diagnósticos y el 42 % no presentaron, el más frecuente fue depresión con 20.6%, en segundo lugar, dependencia al alcohol con 9.9%; en tercer lugar se encuentra trastornos disociativos con 7.6%; en cuarto lugar los diagnósticos de: ansiedad y somatoformes, cada uno con 6.9%, fobias 4.6% y por último, síndrome orgánico cerebral con 1.5% .

Diagnósticos de los familiares de pacientes con esquizofrenia (N=131)



* Porcentajes obtenidos del total de la muestra

* Fobias: incluye fobia simple, social y agorafobia

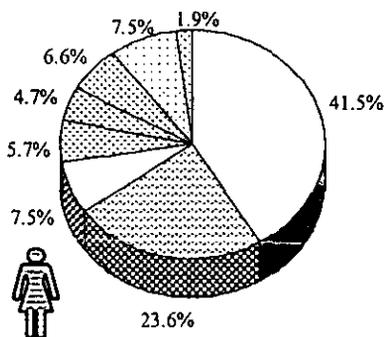
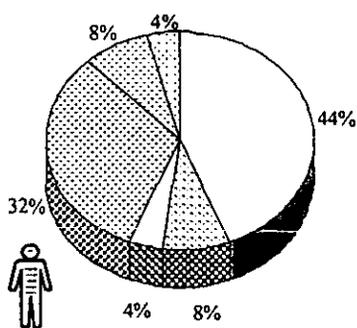
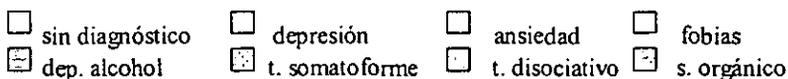
* Depresión: incluye distimia

Gráfica 2

Los diagnósticos de los familiares por sexo fueron: para mujeres (madres o hermanas) el más frecuente depresión con 23.6%, en segundo lugar t. de ansiedad y t. disociativo con 7.5% cada uno y en tercer lugar, t. somatoforme con 6.6%.

Para los familiares hombres (padres o hermanos), en primer lugar dependencia al alcohol 32%; en segundo lugar se encuentra t. somatoformes y t. depresivos con 8% respectivamente, y en tercer lugar t. de ansiedad y t. disociativo con 4% cada uno.

Diagnósticos de los familiares de pacientes con esquizofrenia por sexo (N=131)



- * Porcentajes obtenidos del total de la muestra
- * Fobias: incluye fobia simple, social y agorafobia
- * Depresión: incluye distimia

Cuadro 2

Se analizó la relación entre el diagnóstico más frecuente y el parentesco familiar, prevaleciendo en los padres la dependencia al alcohol 31.6%, en los hermanos (as) depresión o distimia 27.8% y en las madres depresión o distimia 22.3%.

Diagnósticos de los familiares por parentesco con el paciente (N= 131)

Diagnósticos de los familiares

Relación con Paciente	Sin diagnóstico	Depresión y distimia	Ansiedad	Fobia social	Dep. alcohol	Trastorno somatoforme	Trastorno disociativo	Síndrome orgánico
Padre (n=19)	42.1	5.3	5.3	--	31.6	10.5	5.3	--
Madre (n=94)	41.5	22.3	8.5	5.3	5.3	5.3	9.6	2.1
Hermana (o) (n=18)	44.4	27.8	--	5.6	11.1	11.1	--	--

* Porcentajes obtenidos por la relación de parentesco con el paciente

La descripción clínica de cada diagnóstico se puede ver en el apéndice de instrumentos

Se presenta a continuación un testimonio, en él se expresan las diversas emociones de sufrimiento de las madres de familiares enfermos con esquizofrenia.

Testimonio N°1

" Mi Gus se me perdió 5 veces en un año; la última vez se me perdió 2 meses y medio, llegó irreconocible, estaba muy delgado, llegó un domingo, todo vomitaba, le dieron vitaminas, pero ¡ay! señorita, desde que él se me perdió la primera vez yo lloraba todo el día, ni atendía a mi hija, no sabía si había comida, como yo ni comía porque no podía tragar nada, vomitaba todo, hasta la fecha no puedo comer grasas, ni tantita leche o crema porque me viene el dolor, el doctor dice que tengo gastritis nerviosa, llegué a pesar 30 kilos, estaba en los puros huesos no quería hablar con nadie, no quería salir porque sentía que la gente me iba a hacer daño o que se iban a burlar de mi, de mi dolor"

Cuadro 3

De los familiares entrevistados el 41.2% no presentaron diagnósticos. Al relacionar el parentesco de los familiares y la frecuencia de diagnósticos, observamos en los hermanos (as) con más frecuencia un diagnóstico en 50%; las madres dos diagnósticos 12.8%, tres diagnósticos en los hermanos 11.1% y con cuatro en los padres 5.3%.

Número de diagnósticos de los familiares y su parentesco con el paciente (N= 131)

Número de diagnósticos del familiar	Parentesco con el paciente		
	Padre (n=19)	Madre (n=94)	Hermana (o) (n=18)
Ninguno	42.1	41.5	38.9
1	42.1	39.4	50.0
2	5.3	12.8	--
3	5.3	5.3	11.1
4	5.3	1.1	--

* Porcentajes obtenidos por relación con el paciente

Se agrega el segundo testimonio de una madre que releja el problema de abuso con el alcohol

"Toda la vida he vivido angustiada, con depresión, desde que me casé, y bueno para acabarla de amolar desde hace 10 años con lo de mi hijo, yo no tengo fuerzas para seguir adelante, sólo espero que la muerte me recoja, hice de toda mi familia un caos... desde hace 5 años, para tratar de olvidar tantos problemas me tomo mis cervecitas, mis cubitas o mis aperitivos, pero ya me dijo el doctor que ya tengo problemas con el alcohol, que vaya a AA, pero yo no creo que sea necesario".

Cuadro 4

El rango de edad en que los familiares sufren los diagnósticos con mayor frecuencia fue de 41 a 60 años de edad.

Diagnósticos y edad de los familiares (N= 131)

Diagnósticos de los familiares

Edad del familiar	Sin diagnóstico (n=55)	Depresión y distimia (n=27)	Ansiedad (n=9)	Fobia social (n=6)	Dep. Alcohol (n=13)	Trastorno somatoforme (n=9)	Trastorno disociativo (n=10)	Síndrome orgánico (n=2)
30 a 40 años	10.9	7.4	--	--	23.1	--	--	--
41 a 50 años	20.0	40.7	22.2	50.0	23.1	33.3	30.0	--
51 a 60 años	30.9	37.0	33.3	16.7	53.8	33.3	40.0	--
61 a 70 años	23.9	14.8	33.3	33.3	--	33.3	10.0	50.0
71 a 77 años	14.5	--	11.1	--	--	--	20.0	50.0

* Porcentajes obtenidos por cada diagnóstico

* Pearson : .23515 ns

Cuadro 5

Al cruzar la presencia de diagnósticos en los familiares con la edad de los parientes enfermos, destaca el rango de 21 a 30 años de edad cuando se da el mayor porcentaje de diagnósticos en los familiares responsables.

Diagnósticos de los familiares y edad de sus pacientes (N= 131)

Diagnósticos de los familiares

Edad del paciente	Sin diagnóstico (n=55)	Depresión y distimia (n=27)	Ansiedad (n=9)	Fobia social (n=6)	Dep. alcohol (n=13)	Trastorno somatoforme (n=9)	Trastorno disociativo (n=10)	Síndrome orgánico (n=2)
17 a 20 años	55.5	7.4	11.1	33.3	15.4	--	10.0	--
21 a 25 años	29.1	29.6	55.6	33.3	38.5	--	20.0	--
26 a 30 años	21.8	29.6	--	--	23.1	66.7	10.0	--
31 a 35 años	21.8	18.5	11.1	16.7	7.7	--	30.0	--
36 a 39 años	12.7	7.4	11.1	16.7	7.7	11.1	10.0	100
40 ó más	9.1	7.4	11.1	--	7.7	22.2	20.0	--

* Porcentajes obtenidos por cada diagnóstico

* Pearson= .08514 ns

Cuadro 6 y 7

El número de diagnósticos en los familiares se relacionó con el tiempo de evolución de la enfermedad y se pudo observar que ha mayor tiempo de evolución de la enfermedad (más de 2 años), el número de diagnósticos es mayor, resaltando los que presentan de cuatro diagnósticos con 50%, (ansiedad, depresión, fobia y síndrome orgánico) cuando la duración de la enfermedad fue mayor a 4 años, con 75%; se presentaron 3 diagnósticos en los familiares (trastorno disociativo, somatoforme y síndrome orgánico).

Se observaron diferencias significativas en la correlación del número de diagnósticos en los familiares y el tiempo de evolución de la enfermedad

Cuadro 6

Número de diagnósticos de los familiares por tiempo de evolución de la enfermedad del paciente (N= 131)

Número de diagnósticos del familiar	Tiempo de evolución		
	< 1 mes 2 años	>2 años < 4 años	>4 años ó más
Ninguno	15.1	60.4	24.5
1	7.4	46.3	46.3
2	7.7	38.5	53.8
3	--	25.0	75.0
4	50.0	50.0	--

* Porcentajes obtenidos por número de diagnósticos

* Pearson= 15.66619 * p=.04741

Cuadro 7

Diagnósticos de los familiares por tiempo de evolución del paciente (N= 131)

Diagnósticos de los familiares

Tiempo de evolución de la enfermedad	Sin diagnóstico (n=55)	Depresión y distimia (n=27)	Ansiedad (n=9)	Fobia social (n=6)	Dep. alcohol (n=13)	Trastorno somatoforme (n=9)	Trastorno disociativo (n=10)	Síndrome orgánico (n=2)
< 1 mes a 2 años	14.8	3.7	--	33.3	15.4	--	10.0	--
>2 años < 4 años	61.1	51.9	55.6	50.0	46.2	22.2	10.0	50.0
>4 años o más	24.1	44.4	44.4	16.7	38.5	77.8	80.0	50.0

* Porcentajes obtenidos por cada diagnóstico

* Pearson 25.25703 p= .03211

Cuadro 8

De acuerdo a la relación entre el diagnóstico y el tiempo de convivencia respecto al paciente y su familiar, en los familiares que padecen algún diagnóstico se observó una asociación con el mayor tiempo de convivencia (horas por semana) entre el paciente y su familiar.

Diagnósticos de los familiares por horas de convivencia semanal con su paciente (N= 131)

Diagnósticos de los familiares

Horas de convivencia semanales	Sin diagnóstico (n=55)	Depresión y distimia (n=27)	Ansiedad (n=9)	Fobia social (n=6)	Dep. Alcohol (n=13)	Trastorno somatoforme (n=9)	Trastorno disociativo (n=10)	Síndrome Orgánico (n=2)
no convivencia	--	3.7	--	--	--	11.1	10.0	--
7 a 22	32.7	18.5	11.1	--	15.4	22.2	10.0	--
23 a 38	25.5	37.0	44.4	33.3	38.5	22.2	20.0	--
39 a 54	41.8	40.7	44.4	66.7	46.2	44.4	60.0	100

* Porcentajes obtenidos por cada diagnóstico

* Pearson= .55053 ns

Cuadro 9

El tiempo de convivencia entre los familiares y su enfermo es mayor a 39 horas por semana cuando se presenta un mayor número de diagnósticos en el familiar.

Número de diagnósticos de los familiares y tiempo de convivencia con el paciente (N= 131)

Número de diagnósticos del familiar	Horas de convivió semanales			
	no conviven	7 a 22	23 a 38	39 a 54
Ninguno	--	31.5	25.9	42.6
1	3.7	18.5	31.5	46.3
2	7.7	15.4	30.8	46.2
3	--	--	37.5	62.5
4	--	--	50.0	50.0

* Porcentajes obtenidos por número de diagnósticos

* Pearson 9.90473

Cuadro 10

Al observar los resultados entre el número de diagnósticos del familiar y el sexo del familiar enfermo, encontramos que el mayor número de diagnósticos se asocia con una proporción un poco mayor en los pacientes hombres, con respecto a las mujeres.

**Número de diagnósticos de los familiares por sexo de su paciente
(N= 131)**

Número de diagnósticos del familiar	Sexo del paciente	
	Masculino (n=96)	Femenino (n=35)
Ninguno	40.6	42.9
1	40.6	42.9
2	10.4	8.6
3	6.3	5.7
4	2.1	—

* Porcentajes obtenidos del total de pacientes por sexo

A continuación, se presenta el tercer testimonio, que evidencia la patología y la necesidad de atención del familiar del paciente.

"Yo vendía ropa, pero dejé todo para ayudar a mi hijo, a veces creo que él y yo deberíamos irnos de la casa a morimos juntos y así dejar de hacerles tanto daño a los demás que viven en casa, deberíamos quitarnos la vida él y yo, yo ya lo he intentado 3 veces, ya no aguanto tanto sufrimiento, creo que yo soy la que está mal, muchas veces he sentido lo que siente mi hijo, cuando me casé sentía que le mandaba mensajes a mi marido para que regresara, cuando él llegaba yo creía que le podía leer y controlar sus pensamientos, también he sentido olores extraños, como a caño, mis hijos dicen que no huele a nada, ¡hasta he llegado a oír voces!"

Cuadro 11

El diagnóstico de los familiares que se asocio con un mayor número de recaídas fue el trastorno somatoforme, seguido de dependencia al alcohol, en tercer lugar, podemos ver la depresión y la distimia.

**Diagnósticos de los familiares y número de recaídas
(N= 131)**

Diagnósticos de los familiares

Número de recaídas del paciente	Sin diagnóstico (n=55)	Depresión y distimia (n=27)	Ansiedad (n=9)	Fobia social (n=6)	Dep. alcohol (n=13)	Trastorno somatoforme (n=9)	Trastorno disociativo (n=10)	Síndrome orgánico (n=2)
Ninguna	32.7	33.3	44.4	33.3	30.8	11.1	70.0	50.0
1 a 3	50.9	44.4	33.3	66.7	69.2	55.6	30.0	50.0
4 a 6	9.1	22.2	22.2	--	--	22.2	--	--
7 a 9	7.3	--	--	--	--	11.1	--	--

* Porcentajes obtenidos por cada diagnóstico

Pearson .38608 ns

Las recaídas de los pacientes fueron con hospitalización

Cuadro 12

En los familiares responsables, el padecer más de un diagnóstico se relaciono con el rango de una a tres recaídas padecidas por el familiar enfermo.

**Número de diagnósticos de los familiares por recaídas con hospitalización de sus pacientes
(N= 131)**

Número de diagnósticos del familiar	Recaídas con hospitalización			
	Ninguna	1 a 3	4 a 6	7 a 9
Ninguno	33.3	50.0	9.3	7.4
1	35.2	48.1	14.8	1.9
2	61.5	38.5	--	--
3	--	75.0	25.0	--
4	50.0	50.0	--	--

* Porcentajes obtenidos por número de diagnósticos

*Pearson= 13.9671 ns

Cuadro13

Los familiares que reportaron haber sufrido alguna enfermedad física y emocional relacionada con la enfermedad de su familiar enfermo, correspondió al 48.1% (Física) y al 74% (Emocional). Se observan índices de correlación y diferencias significativas entre la presencia o ausencia de la enfermedad (física y emocional), relacionada con la enfermedad del persona enferma.

**Presencia de enfermedad física y emocional de los familiares
y su relación con el paciente
(N= 131)**

Relación con la enfermedad del paciente	Enfermedad física		Trastorno emocional	
	Ausencia	Presencia	Ausencia	Presencia
	%	%	%	%
No	18.3	33.6	12.2	13.7
Si	--	48.1	--	74.0
	Pearson= 27.22265 p= .000		Pearson= 51.99795 p= .000	

- * Porcentajes obtenidos del total de la muestra por cada tipo de enfermedad
- * La enfermedad física no excluye la enfermedad emocional y viceversa

Cuadro 14

En esta tabla se puede observar que los familiares que sufren alguna enfermedad física, el 33% la atribuyen a la enfermedad de su paciente; y de los que reportaron solamente trastorno emocional el 88%, de igual manera, lo atribuyen al problema del paciente. También, se encontraron índices de correlación y diferencias significativas entre la presencia de la enfermedad (física y emocional) y la relación con la enfermedad del paciente

Presencia de enfermedad física o emocional de los familiares y su relación con la enfermedad del paciente

	Enfermedad física n= 9 %	Trastorno emocional N= 17 %
Relación con la Enfermedad del paciente		
No	66.7	11.8
Si	33.3	88.2
	Pearson= 6.40580 p= .01137	Pearson= 18.77005 p=.00001

* Porcentajes obtenidos del total de sujetos que presentaron solamente enfermedad física o T. emocional

Cuadro 15

Presencia de diagnóstico psiquiátrico, enfermedad física y trastorno emocional en el total de familiares responsables de pacientes con esquizofrenia (N=131)

Tipo de Trastornos	%
Enfermedad física	6.9
Trastorno emocional	13.0
Presencia de algún diagnóstico psiquiátrico	58.0
Enf. física / emocional	74.8
Diagnóstico psiquiátrico / T emocional / Enf. física	77.9

Porcentajes obtenidos del total de cada categoría

Finalmente, como se puede observar en la tabla 15, se clasificaron a los familiares en las diferentes categorías de trastornos, el porcentaje mayor se ubico en los que reportaron alguna enfermedad física y emocional, además, uno o más diagnósticos psiquiátricos con un total de 77.9%, posteriormente, los que reunieron algún tipo de enfermedad física y emocional con 74.8%; sucedido por los que presentaron diagnóstico psiquiátrico 58.8%. Además, se muestra a los que presentaron tan solo el trastorno emocional 13.0% y por último los que padecían únicamente una enfermedad física 6.9%.

Predictores de la psicopatología del familiar responsable de un paciente con esquizofrenia

Este análisis intenta identificar los mejores predictores de la psicopatología del familiar responsable de un paciente con esquizofrenia a través del uso de la regresión lineal múltiple. La variable dependiente fue la presencia o no de un diagnóstico psiquiátrico

Los predictores son variables continuas, la conducta sintomática del paciente, el diagnóstico principal del familiar, el contacto entre los familiares y la descarga a partir de confidencias.

Para la muestra total de familiares, el tener un paciente con inestabilidad sintomática, presentar alguno de los diagnósticos principales, el no tener contactos y el no tener desahogo con otros familiares, explicó el 52% de la varianza de la psicopatología del familiar responsable.

Cuadro 16

Psicopatología	R: .72724; R2: .5288; F: 36.48; P _≥ : .0000		
Predictores:	Beta	T	Sig T
Conducta sintomática	.16555	2.65	.009
Diagnóstico principal*	.66408	10.88	.0000
Apoyo de familiares	-.17177	-1.79	.0744
Descarga a partir de confidencias.	-.13935	-1.443	.1514

*Los tres primeros diagnósticos principales fueron : depresión, dependencia al alcohol y trastorno disociativo

En un segundo análisis se agregaron variables predictoras y se procedió a realizar la prueba del modelo por medio de la regresión lineal múltiple. La variable dependiente fue la presencia o no de un diagnóstico psiquiátrico

Las predictoras son variables continuas de: Conducta sintomática del paciente, Ejecución de tareas domésticas del paciente, Apoyo familiar y Social, Nivel de severidad de la enfermedad, Tiempo de aparición del episodio actual, Nivel de conversación cotidiana entre familiar y paciente, Descarga a partir de pláticas con familiares, Diagnóstico principal del familiar, Perturbación a la vida de otros

Para la muestra total de familiares, el tener un paciente con inestabilidad sintomática, presentar el familiar alguno de los diagnósticos principales, causar menor perturbación a otros, no recibir apoyo familiar y social, ninguna descarga o desahogo a partir de pláticas con otros familiares, mayor tiempo de aparición del episodio actual, con un nivel de severidad menor, una ejecución pobre de tareas domésticas por el enfermo y un nivel de conversación cotidiana mayor entre el familiar y el paciente, explicaron el 61% de la varianza de la psicopatología del familiar a cargo del paciente.

Cuadro 17

Psicopatología en el familiar R: .781; R2: .6103; F: 21.75; P≥: .0000			
Predictores:	Beta	T	Sig T
Conducta sintomática	.183063	3.096	.0024
Diagnostico principal	.651811	11.387	.0000
Perturbación a la vida de otros	-.111057	-1.865	.0645
Apoyo familiar y Social	-.219867	-2.403	.0177
Descarga a partir de pláticas con familiares	-.202959	-2.208	.0290
Tiempo de aparición del episodio actual	.195333	3.286	.0013
Nivel de severidad de la enfermedad	.125560	2.144	.0340
Ejecución de tareas domésticas del paciente	-.069239	-1.218	.2256
Nivel de conversación cotidiana entre familiar y paciente	.165542	2.910	.0043

Los tres primeros diagnósticos principales fueron : depresión, dependencia al alcohol y trastorno disociativo.

Descripción de cada indicador:

- I.- La conducta sintomática; incluye 22 síntomas propios de la enfermedad, se tomará en cuenta un puntaje global. a mayor puntaje menor estabilidad.
- II.- Ejecución de tareas domésticas, a mayor puntaje menor funcionamiento social del paciente.
- III.- Apoyo familiar que recibe el familiar a cargo. A mayor puntaje mayor apoyo.
- IV.- Nivel de severidad de la enfermedad. A mayor puntaje menor severidad
- V.- Tiempo de aparición del episodio actual. A mayor puntaje mayor tiempo de aparición de episodio actual.
- VI.- Nivel de conversación cotidiana entre familiar y paciente. Mayor puntaje menor nivel de conversación cotidiana.
- VII.- Descarga a partir de pláticas con familiares. A mayor puntaje menor confidencias
- VIII.- Diagnóstico principal del familiar. Los nombres de los diagnósticos
- IX.- Perturbación a la vida de otros. A mayor puntaje, personas externas al hogar afectadas por conductas del paciente.
- X.- Presencia de algún diagnóstico en el familiar responsable.
(Información reportada por el familiar responsable I-X)

Holmes TH; Masuda (1974) *Life change and illness susceptibility*, en: BS. Dohrenwed y BP Dohrenwed (Eds) *Stressful life events, Their Nature and Effects* (Ed) John Wiley, Nueva York.

Lazarus R, Launier (1978). *Stress related transaccions between person and enviroment*, en: Pervin y Lewis (Edis), *Internal and external determinants of behavior*, Plenum, Nuva York.

Lebell M. Marder R E., Mintz J., Mintz I L .Tompson M. Wshing W. Johnston-Cronk K. Mckenzie J. (1993) Patients, perceptions family emotional climate and outcome in schizophrenia. *British Journal of psychiatry*. 162. 751-754.

Lindz,T.; Paker, B. Y Cornelison, A. R (1956). *Am J. Psychiat*, 113, N° 1.

McGilloway S, Donnelly M; Mays N. (1997). The experience of caring for former long-stay psychiatry patients. *British Journal of Clinical Pshychology*. 1997 Feb; 33 (Pt 1): 149-51.

Oldrigde, M.L.; Hughes, I.C.T.(1992) Psychological well-being families with a member suffering from schizophrenia: An investigation long-standing problems. *British Journal of Psychiatry*, 161: 249-251.

Organización Mundial de la Salud: CIE-10. (1992) *Trastornos Mentales y del Comportamiento. Descripción Clínica y Pautas para el Diagnóstico*, España.

Otero R. Rascón.ML.(1988):Confiabilidad de la Escala de Valoración de la Conducta Social (SBAS). *Rev. Salud Mental* V 11 (1) Marzo p 8-12.

Platt,S.; Weyman, A.; Hirsch, S. (1977). La escala de la conducta del paciente; *Charing Cross Hospital London*.

Platt S. Weyman A. Hirsh S. Hewett,S.(1980) The social behaviour assesment schedule (SBAS): Ratinale contents, soring and reliability of a new inteterview schedule. *Social Psychiatry* 15, 43-55.

Rascón G ML. Díaz M LR., López JL., Reyes RC. (1997). La necesidad de dar atención a los familiares responsables del cuidado de pacientes esquizofrénicos. *Rev. Salud Mental* 2, suplemento, 55-64.

Ryan PJ. Valencia M. Martínez OB. Otero B. (1981) *Características demográficas de pacientes mentales y la posibilidad de recaída* (reporte interno. IMP).

Serrano C VM; Serrano C C; (1991) Estrés y enfermedades psicósomáticas. *Psiquiatría* ,1:37-47.

Szmukler GI; Burgers P; y Cols (1996). Caring for relatives with serious mental

illness: The Experiences of caregiving inventory. *Soc-Psychiatry-Psychiatr-Epidemiol.* Jun; 31(3-4): 137-48

Witcher HU, Robins LN, Cottler LB, Sartorius N., Burke JD., Regier D., and participants in the Multicenter WHO/ADAMHA fields Trials (1991): Cross-Cultural feasibility, reliability and sources of variance of the Composite International Diagnostic Interview (CIDI). *Br. J. Psychiatry* 159:6450-653.

FACTORES RELACIONADOS CON LA EXPRESIÓN EMOCIONAL EN FAMILIARES DE PERSONAS CON ESQUIZOFRENIA.

Rascón Gasca María Luisa*

RESUMEN

En los últimos años, el estudio y tratamiento de la esquizofrenia se ha ocupado de integrar los elementos necesarios para lograr la evolución positiva de la enfermedad con el menor número de recaídas, uno de los elementos básicos es el estudio de la adaptación familiar en la interacción con la enfermedad.

La utilidad del estudio de la Expresión Emocional no parece ser única en relación a la esquizofrenia, otros estudios han demostrado la validez predictiva para pacientes con trastornos depresivos, trastornos bipolares, (Miklowitz y cols. 1984) demencia senil, enfermedad de parkinson, y con lesión cerebral (Jacobs,1990), niños con trastorno mental y déficit de la atención (Marshall; 1990), veteranos y parejas de pacientes con la enfermedad de Alzheimer y en general enfermedades incapacitantes. (Vaughn y Left ,1976; Hooley y cols1986; Kuipers y cols.1983)

En este trabajo se pretende mostrar los resultados obtenidos del estudio de la expresividad emocional EE, en relación con variables clínicas y el funcionamiento psicosocial del paciente, y la prueba de un modelo conceptual para evaluar los factores psicosociales predictores de la EE en familiares responsables de pacientes ambulatorios que padecen esquizofrenia, contactados en la consulta externa de un centro hospitalario de tercer nivel, al sur de la ciudad de México. Se divide en dos partes, la primera, se refiere a la descripción comparativa de los familiares que reportaron EE alta y baja, en la segunda parte del estudio la prueba de un modelo

* Investigador Titular "B" del Depto. de Investigaciones Psicosociales de la Dirección de Investigaciones Epidemiológicas y sociales del Instituto Nacional de Psiquiatría, Ramón de la Fuente

Los resultados del presente estudio son parte de la tesis doctoral titulada " Estudio de familias de pacientes con esquizofrenia"

conceptual de expresividad emocional, se utilizó un diseño transversal con un grupo de 33 pacientes y sus familiares. Los Instrumentos que se utilizaron fueron: 1.- Cédula de evaluación de la conducta del paciente SBAS; Expresión emocional (CEEE) 3.- Opinión afectiva (OPAF).

Se encontró en los familiares a cargo más de un 40% de expresión emocional alta, como componente principal el excesivo involucramiento entre ambos.

El modelo de estudio demostró que las variables psicosociales del familiar enfermo son predictores de una interacción familiar con características de expresión emocional alta, en particular: la presencia de conductas sintomáticas, un pobre funcionamiento psicosocial del paciente y el parentesco del familiar (padre o hermano),.

Los familiares que expresaron EE alta, reportaron mayor presencia de autodescuido, de irritabilidad, de violencia y de aislamiento como conductas disruptivas en el familiar enfermo, respecto a los familiares de EE baja se observan principalmente los miedos o temores, los olvidos, la dependencia, las ideas extrañas. Se caracterizó un mejor funcionamiento en los de EE baja, respecto a tareas domésticas, demostraciones de afecto, actividades de su tiempo libre, conversación y apoyo en la relación entre el informante y el paciente.

Kuipers y Bebbigton (1988) afirman que hay evidencias para pensar que la emoción representa un aspecto de la interacción familiar y que la expresión de estas, puede cambiar con el tiempo y que refleja la interacción con estresores externos, de problemas reales con el paciente y de respuestas de afrontamiento inapropiadas. La crítica y hostilidad expresada por el familiar puede causar mayor sintomatología clínica en el paciente, y a su vez, la sintomatología del paciente puede provocar la presencia de expresión emocional alta, la relación entre estas variables es muy

estrecha, además de estar ligadas a desconocimiento de la enfermedad y a creencias culturales.

Palabras clave: Expresión Emocional, Familias, esquizofrenia.

INTRODUCCIÓN

A menudo se considera a la familia como la unidad básica del desarrollo y de la experiencia, de la realización y del fracaso; también, como la unidad de la enfermedad y la salud, cualquiera que sea su estructura y su forma, tiene la tarea de regular los vínculos a través de la combinación de factores biológicos, psicológicos, sociales y económicos. Sin embargo, la familia como lo menciona Ackerman (1978), no es una entidad estática, tampoco es el pilar de la sociedad, si no que, más bien la sociedad es la que moldea el funcionamiento de la familia para lograr que sea más útil. La familia es el producto de la evolución, se adapta sutilmente tanto desde dentro como desde fuera. La concepción de la enfermedad mental de cada familia se modifica de acuerdo a la ideología imperante y de acuerdo a los paradigmas del conocimiento, generando diferentes actitudes y comportamientos por parte de las diferentes instituciones entre ellas la familia.

A pesar de que las familias de pacientes esquizofrénicos casi siempre son los responsables del nivel de cuidado primario, usualmente no reciben la capacitación, ni la ayuda profesional necesaria, es muy común observar que se ignora en el diagnóstico la valoración del funcionamiento familiar y se considera al paciente de manera individual, es decir, que las familias en muy pocos casos reciben atención para poder manejar la problemática que manifiesta el paciente. Al detectar en los familiares los problemas de manejo, de sobrecarga emocional, de falta de conocimientos sobre la enfermedad obliga a pensar en las necesidades que este tipo de población presenta.

Desde 1976 Vaughn y Leff demostraron que un alto grado de expresión emocional (EE) de un familiar en el momento de la admisión del paciente en el hospital, constituye el mejor factor de predicción de recaída del paciente durante los nueve meses siguientes de haber sido dado de alta el paciente, estas actitudes familiares también han sido asociadas con recaídas a los dos años de ser dados de alta (Leff y Vaughn, 1980), especialmente cuando los miembros de la familia y el paciente conviven en el mismo espacio (contacto cara a cara) más de 35 horas semanales (Brown, 1972). Los registros de recaída más altos (92%) están relacionados con pacientes que permanecen más de 35 horas por semana con familiares de alta EE y que no están tomando medicamentos neurolépticos. La expresión emocional más característica con valor de pronóstico para las recaídas en la esquizofrenia son: comentarios críticos, hostilidad y exceso de involucramiento afectivo, la crítica y el sobreinvolucramiento son percibidos en general como estresantes, la crítica implica intolerancia y desaprobación, el sobreinvolucramiento sugiere intrusividad y niveles altos de ansiedad en el paciente, tanto la primera como la segunda propician ambientes adversos que propician recaídas. Así pues, se concluyó que la asociación entre las recaídas y trastornos de la conducta, era mediado por el alto índice de EE exhibido por miembros del hogar y sin duda, la familia influye en el curso de la enfermedad del paciente.

En nuestro país existen diversos estudios del funcionamiento psicosocial del paciente Valencia y cols 1993, 1995; 1999, sin embargo, del binomio enfermo y familia existen pocos.

En otros ámbitos, desde la década de 1950, Brown y cols; emprendieron una serie de estudios 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 su riesgo de sufrir una recaída, este riesgo era mayor en aquellos que retornaban a un hogar conyugal o parental, en comparación con quienes volvían a otras condiciones de vida (Brown y cols. 1972).

La línea de estudios sobre los mecanismos familiares estresantes ha involucrado un término denominado Expresividad emocional (Expressed Emotion EE) en el ambiente familiar, que se refiere a la evaluación de las actitudes y sentimientos que el familiar expresa acerca de un miembro de la familia diagnosticado de esquizofrenia.

Los estudios de la expresividad emocional actualmente se desarrollan en investigaciones con familiares de pacientes Japoneses, Hindúes, Egipcios, Australianos, Italianos, Brasileños, Norteamericanos, etc. y la utilidad del constructo EE no parece ser única en relación con la esquizofrenia, otros estudios han demostrado la validez predictiva para pacientes depresivos, bipolares, (Miklowitz y cols. 1984) con demencia senil, con enfermedad de parkinson, y con lesión cerebral (Jacobs,1990), también en niños con trastorno mental y déficit de la atención (Marshall, Longwell, Goldstein y Swanson, 1990), veteranos y parejas de pacientes con la enfermedad de Alzheimer y en general enfermedades incapacitantes. (Vaughn y Left ,1976; Hooley y cols1986; Kuipers y cols.1983)

Diversos estudios muestran la asociación entre la EE y la sintomatología del paciente como los de Mintz J (1986) en donde los pacientes con familias de alta EE mostraban un comportamiento más alterado. Strachan (1986) encontro más síntomas de depresión, con Glynn SM (1990) mostraban más síntomas positivos, significativamente más delirios y más puntuación en la escala de depresión ansiosa del BPRS.

En las familias donde la emoción expresada fue de nivel alto se observó una constante de incapacidad en el funcionamiento social de sus familiares enfermos y en un pobre ajuste social a lo largo de 5 años. Hugguelet y cols (1995)

Weisman y cols. (1998) encontraron que familiares con crítica alta (alta-EE) piensan que la enfermedad y los síntomas asociados se ubican más dentro del

control personal de los pacientes en comparación con los familiares con menos crítica (baja-EE). Un análisis de contenido clasificó de los tipos de conductas y síntomas más frecuentemente criticados por los familiares. Los síntomas que reflejan déficits conductuales (e g: higiene pobre) fueron criticados más a menudo que los síntomas que reflejan excesos conductuales (e g: alucinaciones). En línea con un modelo atribucional-afecto, los familiares pueden ser menos tolerantes de los déficit conductuales porque ellos creen que son intencionales, por lo tanto los excesos conductuales son fácilmente reconocidos con síntomas centrales de la enfermedad mental.

Otros investigadores como (Valone y cols, 1983; Miklowitz y cols, 1984; Strachan y cols, 1986) afirman que los factores individuales del paciente, tienen menos efecto en las recaídas en comparación con los efectos de las emociones expresadas por los familiares que tienen alto nivel de EE.

Es relevante también, el estudio de la percepción afectiva que tiene el paciente de sus familiares y en especial del familiar a cargo, como lo demuestra Lebell y cols. (1993) en su estudio con pacientes donde se plantea que las percepciones positivas de sus familiares tuvieron significativamente mejores resultados, es decir un grado menor de exacerbación de síntomas psicóticos después de un año de seguimiento. Este resultado es consistente con otros estudios que reportan la percepción de los pacientes esquizofrénicos de sus ambientes familiares y que predicen las recaídas (Baker y cols, 1984; Parker y cols, 1986; Schunur y cols. 1986; Warner y cols. 1988).

El constructo de la Expresividad Emocional ha sido evaluado de varias maneras, como principal instrumento de evaluación se encuentra la entrevista semiestructurada, grabada, llamada Camberwell Family Interview, esta entrevista se basa en el contenido y en los atributos vocales: la velocidad, grado de excitación y énfasis de la voz. (Brown, y Rutter, 1966) Otra forma breve evaluación que toma aspectos del anterior es la Five Minute Speech Sample, (Goottschalk, y Gleser

1969; Goottsachalk, Fallon, Marter y cols, 1988) es una entrevista grabada de menor duración (cinco minutos). Así mismo, otro instrumento para medir la emoción expresada por el familiar fue evaluada con el Cuestionario-encuesta evaluación del nivel de emoción expresada (CEEE) elaborado por Guanilo y Seclén (1993) conformado por 30 reactivos, que miden crítica, sobreprotección y hostilidad.

Los dos primeros instrumentos utilizados para medir la EE están formados por cinco principales escalas que agrupan las actitudes de los familiares; la crítica, la hostilidad y el sobreinvolucramiento emocional, la calidez y los comentarios positivos. (Leff y Vaughn, 1985) Los resultados obtenidos de estos instrumentos son clasificados en un índice global con el valor de alta o baja EE, así como cada una de las escalas tiene valores altos o bajos.

De las cinco escalas mencionadas por Leff y Vaughn (1985), los comentarios críticos y el sobreinvolucramiento han dado los más importantes predictores para las recaídas en la esquizofrenia. Estas dos escalas unidas a la hostilidad (la cuál es raro encontrarla, excepto en asociación con crítica alta), representan un índice clave para predecir el curso de la enfermedad. El último instrumento CEEE toma en cuenta éstas tres categorías que a continuación se describen tres de las categorías que se incluyen en la evaluación de la Emoción Expresada: a) Crítica, originalmente fue definida como aquellos comentarios o aseveraciones en los cuales, por la manera en que son expresados, constituyen comentarios desfavorables sobre la conducta o personalidad del individuo a quién se refiere (Leff y Vaughn, 1985). Es decir que la crítica es definida como el mostrar aversión o desaprobación de la conducta o características de una persona. (Kuipers y Bebbington, 1988) eg. "Ei nunca limpia su cuarto, es un desordenado", "Me molesta que Juan este de holgazán".

b) Sobreinvolucramiento o Sobreprotección, se presenta más comúnmente en los padres que en algún otro familiar, esta compuesta por aspectos de sobreprotección o consentimiento, autosacrificio y malestar emocional, similar al trato que

normalmente se le da a un niño, con niveles inapropiados de preocupación por parte del familiar, el paciente es visto como menos competente que antes, y más vulnerable. (Kuipers y Bebbington, 1988) eg: "La mayor parte de mi vida me la he pasado haciendo lo más que puedo por mi hija".

c) Hostilidad, generalmente la hostilidad se presenta si existe crítica, por tal razón tiene poco valor como predictor independiente. La hostilidad se considera presente cuando el paciente es atacado por lo que es, más que por lo que hace. (Leff y Vaughn, 1985). Mas que nada lo que refleja es una dificultad en tolerar y algunas veces en comprender la situación del familiar enfermo. (Kuipers y Bebbington, 1988) eg: "Pedro es una persona enferma, no en pleno uso de sus facultades, un enfermo al que hay que combatir"

OBJETIVO GENERAL:

En este trabajo se pretende mostrar los resultados obtenidos del estudio de la expresividad emocional EE del familiar, su relación con las variables clínicas, y con el funcionamiento social del paciente, además, con la prueba de un modelo conceptual para evaluar los factores psicosociales predictores de la emoción expresada en los familiares responsables de personas que padecen esquizofrenia.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

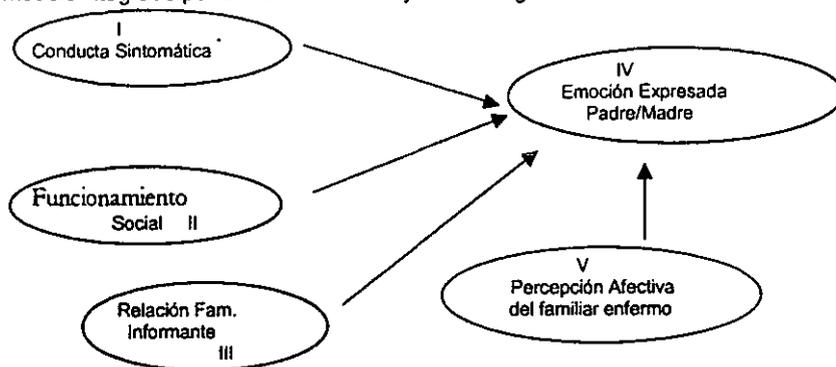
- 1.- Describir la relación entre la conducta sintomática del familiar enfermo y la expresión emocional EE del familiar responsable.
- 2.- Determinar el funcionamiento social del familiar enfermo y la expresión emocional EE del familiar a cargo.

3- Comparar las variaciones entre la percepción afectiva del familiar enfermo en relación a su familiar a cargo, con la emoción expresada del familiar sobre el paciente.

4.- Analizar los factores psicosociales predictores de la expresión emocional en los familiares.

5.- Plantear los resultados de la prueba de instrumentos, del estudio exploratorio y de la prueba del modelo de expresividad emocional

El modelo integrado por cinco indicadores y son los siguientes:



Descripción de cada indicador:

I.- La conducta sintomática; incluye 22 síntomas* propios de la enfermedad, se tomará en cuenta un puntaje global, en donde a mayor puntaje menor estabilidad del paciente

II.- El funcionamiento social: tareas domésticas, manejo doméstico, actividades recreativas, conversación cotidiana, apoyo en la relación informante-paciente, afecto/amistad y toma de decisiones. Se tomará en cuenta a mayor puntaje menor funcionamiento social del paciente.

III - Relación familiar por el parentesco: madre, padre, hermano (a).

IV.- Emoción Expresada; actitudes y sentimientos. Se divide en crítica y sobreinvolucramiento, se codificó con un puntaje global, a mayor puntaje EE Alta.

(I, II, III y IV reportados por el familiar responsable)

V.- Percepción afectiva del paciente acerca de su familiar responsable; fue evaluada la presencia de agresiones verbales, físicas, indiferencia y no afecto, por parte del familiar que cuida al paciente. Se tomará en cuenta a mayor puntaje mayor expresión negativa.

El modelo esta integrado por cinco indicadores y son los siguientes:

* Tristeza, aislamiento, lentitud, olvidos, inactividad, dependencia, indecisión, preocupación, temor, obsesiones, ideas extrañas, sobreactividad, reacciones imprevisibles, irritabilidad, rudeza, violencia, ideas suicidas, conducta exhibicionista, ingestión excesiva de alcohol, autodescuido, quejas dolores corporales, conducta extraña, de cada conducta sintomática se evalúa su presencia, su tiempo de aparición y la preocupación del informante (familiar responsable), para este estudio solo se tomaron en cuenta la presencia de la conducta sintomática, con niveles de poca, moderada o severa

METODO y MATERIAL

Se utilizó un diseño transversal, en donde la muestra fue no probabilística y de tipo circunstancial, la selección fue de manera secuencial, los sujetos de estudio fueron familiares de pacientes crónicos ambulatorios en tratamiento (programa integral de tratamiento), en un hospital de tercer nivel de la zona sur de la ciudad de México, se planeó una muestra de 70 familiares de pacientes. El grupo quedó conformado con 33 familiares, se obtuvo una tasa aproximada de 55% de evaluaciones incompletas por rechazo o abandono.

Para evaluar los conceptos:

Conducta sintomática; funcionamiento social; tiempo de evolución de la enfermedad; número de recaídas del familiar enfermo, se aplicó el instrumento:

1.- Cédula de evaluación de la conducta del paciente SBAS (segunda edición) elaborada por Platt S., Weyman e Hirsch.(1977) y Platt S.(1980). La SBAS es un instrumento estandarizado, semiestructurado, se obtuvo la confiabilidad global entre entrevistadores para escenarios mexicanos de Kappa: .78, se encontraron algunos reactivos con baja confiabilidad ya que el 35% del total de reactivos aplicados se codificaron como conductas ausentes. La consistencia obtenida de las respuestas planteó la necesidad de algunas modificaciones al contenido de la escala, como reducciones y reestructuración de algunas preguntas, que se llevaron a cabo para este estudio. Otero R., Rascón ML. (1988).

Expresión emocional del familiar responsable, se aplicó el instrumento:

2.- El Cuestionario-encuesta evaluación del nivel de emoción expresada (CEEE) elaborado por Guanilo y Seclén (1993) conformado por 30 reactivos, que miden crítica, sobreprotección y hostilidad. Es un instrumento estructurado, autoaplicable, su confiabilidad en escenarios peruanos obtuvo un Alpha de Cronbach de 0.7. Para población mexicana se hicieron modificaciones y alcanzó una Alpha de Cronbach de 0.8570 (Rascón, 1994); La forma de codificación de este instrumento es de acuerdo al instructivo utilizado por Guanilo y Seclén (1993), También se aplicó la

FMSS "Muestra de conversación de cinco minutos" (The five-minute speech sample) Goottschalk, y Gleser 1969, Goottsachalk, Fallon, Marter y cols. 1988. Que posteriormente se publicarán los resultados.

La opinión o percepción afectiva del paciente hacia el familiar a cargo

3.- Se evaluó mediante un cuestionario llamado (OPAF) Rascón (1995). Este cuestionario esta integrado por los indicadores de la teoría de la emoción expresada tomando en consideración los estudios de Leff y cols. (1982), Leff (1989); Vaughn y Leff (1976); Vaughn (1976). Abarca las siguientes áreas: Tipo y frecuencia de contactos, trato del familiar responsable, características de la relación como irritabilidad, indiferencia, sobreprotección, no afecto y percepción del ambiente familiar. Para obtener la confiabilidad en población mexicana de este instrumento se aplicó un análisis de consistencia interna se obtuvo un Alpha de 0.6278.

La investigación se desarrolló en tres fases: en primer lugar la prueba de instrumentos, la segunda fase: el estudio exploratorio y por último la prueba del modelo de la expresión emocional.

La prueba de instrumentos, en esta fase, por medio de entrevistas a familiares de pacientes con algún trastorno mental n:19, se construyeron los cuestionarios siguiendo los siguientes pasos, considerando las hipótesis de investigación; se generaron los tópicos de las áreas, elaborando algunas frases que nos dieron pista de las preguntas que conformaron los cuestionarios, se clasificaron los tópicos de las áreas, se formularon las preguntas necesarias; se revisó si las preguntas tienen que ver con las hipótesis de investigación, se probaron una serie de preguntas abiertas, la comprensión del lenguaje utilizado, el tiempo de aplicación, hasta obtener la saturación de las respuestas, se pilotearon los instrumentos, esta fase sirvió para corroborar las categorías planteadas anteriormente y los indicadores a investigar, (Nadelsticher A;1984). Los instrumentos de investigación fueron resultado de la combinación de técnicas cualitativas y cuantitativas, en lo que refiere a los instrumentos utilizados para el presente trabajo, se verificó la confiabilidad el

CEEE se aplicó en n:45 familiares y se obtuvo una consistencia interna por medio de Alpha de Cronbach de 0.8570, para el OPAF se obtuvo un Alpha de 0.6278; y la validez concurrente entre el CEEE y el FMSS fue de: Kappa: .7534 y Alpha: .8570 y para el SBAS ya se había validado anteriormente.

En el estudio exploratorio se planteó la necesidad de conocer en un grupo mayor la adecuación de los instrumentos y se probó la consistencia interna en las respuestas a los instrumentos ad-hoc, en esta fase se entrevistó a un familiar de cada paciente con esquizofrenia, evaluando la efectividad de un tratamiento integral (psicosocial-familiar) vs tradicional (farmacológico), por medio de un diseño cuasiexperimental, longitudinal con dos medidas en tiempo, se evaluaron los cambios entre el inicio y 12 meses después. La muestra fue no probabilística y de manera secuencial, las familias fueron contactadas en la consulta externa de un centro hospitalario de tercer nivel ¹, después de haber cubierto los requisitos de diagnóstico del paciente; Se seleccionaron únicamente a los familiares responsables de pacientes esquizofrénicos crónicos estables, contando con su colaboración voluntaria, se evaluaron 50 familiares, obteniéndose finalmente 36. Se observó una tasa aproximada de un 28.0% de rechazo o abandono por parte del familiar y/o del paciente.

Dentro de los resultados más importantes se encontró que el parentesco del familiar responsable del paciente, correspondió a la madre con 72.2%, el padre 27.7%, la edad promedio fue de 54.5 años, con una desviación estándar de 13.6 años.

El 30.5% de los familiares presentó psicopatología (uno o más diagnósticos), el diagnóstico más frecuente fue el de trastorno afectivo con 16.6%, en segundo lugar los trastornos fóbicos y/o somatoformes con 11.1%. Al relacionar el trastorno psicopatológico con algún otro tipo de trastorno físico o emocional (diagnosticado por un especialista) se encontró que el 13.8% de los familiares presentaba esta asociación.

¹ Dirección de Investigaciones Clínicas, Instituto Nacional de Psiquiatría, Ramón de la Fuente

Respecto a los antecedentes de trastornos familiares, el 69.4% tuvo familiares de 1er grado (padres y/o hermanos), seguido de los familiares de segundo grado (abuelos, tíos y primos) con 55.5% y por último los de tercer grado (otros parientes) con 22%.

El tipo de costo asociado a tener un paciente esquizofrénico en la familia fue reportado como 72.2% costo emocional, con 52.7% costo económico, el 44.4% costo físico, el 33.3% costo social y el 19.4% no reportan percibirlo como carga o costo.

Las atribuciones de causalidad de la enfermedad, los familiares las orientaron principalmente a problemas familiares con 55.5%, (separación o divorcio de los padres, conflictos familiares, violencia intrafamiliar, etc) en segundo lugar, a los eventos adversos con 41.6% (abusos, encarcelamientos, problemas económicos, etc); en tercer lugar por presión, cambio o pérdida laboral o de estudio con 36.1%, con 11.1% lo atribuyeron a brujería o hechizos, El tipo de enfermedad mental que los familiares atribuyen al trastorno de los pacientes, la mayoría la denominan apropiadamente como enfermedad mental y esquizofrenia 94.3%, enfermedad de los nervios y enfermedad física con 58.2% y un 11.1% lo atribuyen a estar embrujado (respuestas múltiples). Estos resultados demuestran la importancia de contar con instrumentos de investigación confiables y válidos como vehículos para evaluar algunos aspectos de la problemática: familia y esquizofrenia, y la posibilidad de vincular la implementación con alguna técnica psicoterapéutica y de prevención.

La tercera fase es la prueba del modelo de la expresión emocional y corresponde al estudio que nos ocupa en este trabajo y se detalla a continuación

PROCEDIMIENTO

El procedimiento una vez seleccionados los familiares, fue llevar a cabo las entrevistas en la institución hospitalaria con una duración global promedio de 5 horas por familia, garantizándoles confidencialidad en el manejo de la información, las entrevistas se efectuaron por psicólogos capacitados aplicando cada uno de los instrumentos tanto al inicio como al final del tratamiento. Los escenarios en donde se llevaron a cabo las entrevistas fue en cubículos de un hospital de tercer nivel, cuando los familiares no podían acudir se visitaron en hogares. Al familiar se le aplicó la cédula de evaluación de la conducta del paciente SBAS (segunda edición); se le aplicó el CEEE y al paciente se le aplicó el OPAF.

Los criterios de inclusión de las familias:

- 1.- Posibilidad de entrevistar al familiar del paciente, de preferencia el que esté a cargo, es decir, que sea responsable de su manutención y cuidado
- 2.- Que tenga convivencia cotidiana con el paciente.
- 3.- Residencia en la ciudad de México y zona conurbada

Criterios de exclusión de la familia o el familiar:

- 1.- Familiares gravemente enfermos.
- 2.- Que no reúna alguno de los criterios de inclusión

Criterios de inclusión de los pacientes:

- 1.- Pacientes de ambos sexos con edad entre 18 y 60 años
- 2.- Residencia en la ciudad de México y zona conurbada
- 3.- Educación primaria terminada.
- 4.- Pacientes que reúnan los criterios diagnósticos de esquizofrenia, de acuerdo al DSM III-R y el CIE-10.

Criterios de exclusión del paciente:

- 1.- Paciente que no reúnan alguno de los criterios de inclusión.
 - 2.- Pacientes gravemente enfermos.
 - 3.- Pacientes con efectos colaterales medicamentosos severos.
 - 4.- Pacientes con déficit medicamentosos severos.
 - 5.- Pacientes que no tengan algún familiar que conviva con él.
- (La evaluación de los criterios de exclusión será de acuerdo a criterios médicos)

TRATAMIENTO ESTADÍSTICO DE LOS DATOS:

La homogeneidad del grupo de estudio se analizó por medio de estadística descriptiva, comparando la media y las proporciones de las variables categóricas mediante la prueba χ^2 , las comparaciones de las medias de las variables continuas se realizaron con las pruebas t de student.

Para analizar la existencia de la asociación entre las variables clínicas, el funcionamiento social y la EE (componentes) utilizando la prueba estadísticas t de student.

Se aplicó para la prueba del modelo conceptual el modelo general de regresión lineal utilizando la expresión algebraica $\hat{y} = B_0 + B_1x + e_i$ donde el modelo que se desea probar reduzca la incertidumbre, bajo el principio de parsimonia, el mejor ajuste que genere el menor error por el método de mínimos cuadrados.

RESULTADOS

Se describen los resultados del estudio, de acuerdo con el siguiente orden I) Las características demográficas de los familiares y sus parientes enfermos por tipo de expresión emocional EE, II) La proporciones de Expresión emocional, Conducta sintomática y EE, Funcionamiento Social y EE, y por último, la prueba del modelo de la Expresión emocional.

Los familiares entrevistados fueron 33 y se caracterizaron por una EE baja 19 de ellos, el 84.0% correspondió a la madre, el 10.5% al padre y el 5.3% a hermana(o); la edad promedio fue de 58.3 años, con una D.S. de 8.2 años; la proporción mayor del estado civil de los familiares correspondió: con pareja 68.4%; la ocupación principal del familiar fue no empleado 68.4%; la escolaridad del familiar fue: secundaria o equiv. 36.9%; la frecuencia de contacto mayor fue de alrededor de 25 horas: 47.4%.

Las características de los familiares enfermos fueron: 68.4% hombres y 31.6% mujeres, la media de edad: 29.2 años, DS. 6.6; la escolaridad 1 ó más años de universidad 42.1%, 1 ó más años de bachillerato 42.1%; desempleado 63.2%; el número de recaídas fue de 0 a 1 vez 57.9%, la media fue de 1 recaída con una DS. 2.4; el tiempo de aparición de la enfermedad, más frecuente fue de > de 5 años: 63.2%.

Los familiares entrevistados que se caracterizaron por EE alta fueron 14, de los cuales el 71.4% correspondió a la madre, el 7.1% al padre y el 21.4% a hermana(o); la edad promedio fue de 54.8 años, con una D.S. de 11.43 años; el estado civil de los familiares correspondió: sin pareja 57.7%, la ocupación principal del familiar fue empleado 64.3%, la escolaridad del familiar fue: 1 ó más años de bachillerato 42.9%, la frecuencia de contacto < de 35 a 25 horas: 47.4%;

Las características de los familiares enfermos fueron: 76.9% hombres y 23.1% mujeres, la media de edad: 32.5 años con una DS. 8.4, la escolaridad más frecuente fue de: 1 ó más años de bachillerato 57.2%, desempleado 71.4%; El número de recaídas fue de 0 a 1 vez 42.8%, 2 ó más 57.1%, la media 2 recaída DS: 1.2. El tiempo de aparición de la enfermedad más común fue > de 5 años: 64.3%.

Las principales características asociadas con la Expresión emocional son: el ser joven mayor de 30 años, estar soltero, desocupado, sin actividades alternativas, el ocupar los últimos lugares en la familia, el convivir con los padres regularmente, el que los familiares expresen emociones negativas frecuentemente, tener 2 ó más recaídas en más de 5 años de evolución persistente de la enfermedad.

Cuadro I

Datos Demográficos por Grupos de Emoción Expresada Alta y Baja.

FAMILIAR		Baja N=19		Alta N=14	
			%	Frec.	%
Parentesco	Madre		84,2		71,4
	Padre		10,5		7,1
	Hermano/a		5,3		21,4
Edad	28-49 años		15,8		21,4
	50-59 años		42,1		35,7
	60-74 años		42,1		42,9
		Media: 58.37	DS: 8.27	Media: 54.79	DS: 11.43
Edo. Civil	Con pareja		68,4		42,9
	Sin pareja		26,3		57,7
Ocupación	Empleado		0,0		64,3
	Sin ocupación		68,4		35,7
Escolaridad	Universidad		21,1		-
	Preparatoria		15,8		42,9
	Secundaria		36,9		21,4
	Primaria		5,3		7,1
	Primaria incompleta		21,1		28,5
Frec. de contacto	más de 35 horas		15,8		21,4
	25 horas		47,4		21,4
	20 horas		10,5		-
	15 horas		5,3		28,6
	10 horas		15,8		21,4
	6 horas		5,3		7,1
PACIENTE		Baja N=19		Alta N=14	
			%		%
Sexo	Masculino		68,4		76,9
	Femenino		31,6		23,1
Edad	19-29 años		57,9		35,7
	30-39 años		31,6		42,9
	40-45 años		10,5		21,4
		Media: 29.21	DS: 6.66	Media: 32.57	DS: 8.45
Escolaridad	Universidad		42,1		14,3
	Preparatoria		42,1		57,7
	Secundaria		10,5		14,3
	Secundaria incomp.		5,3		14,3
Ocupación	Empleado		21,1		14,3
	Hogar		5,3		7,1
	Estudiante		10,5		7,1
	Desempleado		63,2		71,4
Recaídas	0-1 vez		57,9		42,8
	2 o más veces		42,2		57,1
		Media:1.00	DS: 2.45	Media:2.00	DS: 1.22
Años de evolución	Menos de 1 año		10,5		-
	2 años		21,1		14,2
	3 años		-		7,1
	4 años		5,3		14,3
	Más de 5 años		63,2		64,3
Persistencia del problema	No persistente		68,4		28,6
	Persistente		31,6		71,4
Severidad	Igual		21,1		28,6
	Más severo		5,3		-
	Menos severo		63,2		71,4

Cuadro II

La Emoción Expresada en Familiares de Pacientes con Esquizofrenia

A los familiares se les entrevisto para conocer las características de la interacción familiar de acuerdo con la expresión emocional, se pudo observar un índice de 42% de familiares con EE alta, al dividir por cada componente encontramos 51.5% de los familiares con sobrenvolucramiento y el 18.2% con crítica.

		C.E.E.E.	
		Emoción Expresada	
		F	%
Crítica	Baja	27	81.8
	Alta	6	18.2
Sobrevolucramiento	Baja	16	48.5
	Alta	17	51.5
Emoción Expresada	Baja	19	57.6
	Alta	14	42.4

Porcentajes tomados del total de familiares

Conductas Sintomáticas del Paciente y la Expresión Emocional por el Familiar

Se muestran las diferencias entre los familiares que expresaron EE (alta y baja) y las conductas sintomáticas de sus parientes enfermos, resalta en los familiares con EE alta el reporte mayor de la presencia del autocuidado, la irritabilidad, la violencia, el aislamiento como conductas disruptivas en el familiar enfermo, respecto a los familiares de EE baja se observan principalmente los miedos o temores, los olvidos, la dependencia, las ideas extrañas.

Conducta Sintomática del paciente		Expresión Emocional			
		Baja n =19		Alta n=14	
			%		%
Tristeza	Nulo		78.9		57.1
	Moderado		21.1		35.7
	Severo		-		7.1
Aislamiento	Nulo		68.4		42.9
	Moderado		26.3		21.4
	Severo		5.3		35.7
Lentitud	Nulo		94.7		64.3
	Moderado		-		21.4
	Severo		5.3		14.3
Olvidos	Nulo		57.9		71.4
	Moderado		31.6		14.3
	Severo		10.5		14.3
Inactividad	Nulo		63.2		42.9
	Moderado		36.8		50
	Severo		-		7.1
Dependencia	Nulo		68.4		71.4
	Moderado		31.6		28.6
	Severo		-		-
Indecisión	Nulo		63.2		57.1
	Moderado		31.6		21.4
	Severo		5.3		21.4
Preocupación	Nulo		73.7		57.1
	Moderado		26.3		35.7
	Severo		-		7.1
Temor	Nulo		63.2		85.7
	Moderado		36.8		14.3
	Severo		-		-
Obsesiones	Nulo		78.9		57.1
	Moderado		21.1		35.7

Conducta Sintomática del paciente		Expresión Emocional			
		Baja n=19		Alta n=14	
			%		%
Continuación	Severo		-		7.1
Ideas Extrañas	Nulo		63.2		64.3
	Moderado		26.3		21.4
	Severo		10.5		14.3
Hiperactividad	Nulo		89.5		57.1
	Moderado		10.5		21.4
	Severo		-		21.4
Reacciones Imprevisibles	Nulo		84.2		85.7
	Moderado		15.8		14.3
	Severo		-		-
Irritabilidad	Nulo		78.9		42.9
	Moderado		21.1		28.6
	Severo		-		28.6
Rudeza	Nulo		63.2		57.1
	Moderado		31.6		21.4
	Severo		5.3		21.4
Violencia	Nulo		78.9		57.1
	Moderado		15.8		35.7
	Severo		5.3		7.1
Ideas Suicidas	Nulo		94.7		92.9
	Moderado		5.3		7.1
	Severo		-		-
Conducta Exhibicionista	Nulo		100		85.7
	Moderado		-		14.3
	Severo		-		-
Abuso de alcohol	Nulo		94.7		78.6
	Moderado		-		21.4
	Severo		5.3		-
Autodescuido	Nulo		73.7		28.6
	Moderado		26.3		50
	Severo		-		21.4
Quejas corporales	Nulo		73.7		71.4
	Moderado		26.3		14.3
	Severo		-		14.3
Conductas Extrañas	Nulo		89.5		78.6
	Moderado		5.3		21.4
	Severo		5.3		-

Porcentajes tomados del total de familiares por tipo de EE.

Las diferencias entre la EE (alta y baja) y la conducta sintomática T: 16.30 gl:32 sig: .000

Cuadro IV

Funcionamiento Social del Paciente y la Emoción Expresada por el Familiar

A los familiares se les pregunto sobre el funcionamiento de sus parientes enfermos y se caracterizó un mejor funcionamiento en los de EE baja, respecto a tareas domésticas, demostraciones de afecto, actividades de su tiempo libre, conversación y apoyo en la relación entre el informante y el paciente, en contraste con los familiares de EE alta.

Funcionamiento Social		Expresión Emocional			
		Baja n=19		Alta n=14	
		f	%	f	%
Tareas Domésticas	Siempre	2	10.5	3	21.4
	Frecuente	16	84.2	6	42.9
	Pocas veces	-	-	2	14.3
	Nunca	1	5.3	3	21.4
Manejo Doméstico	Siempre	5	26.3	1	7.1
	Frecuente	5	26.3	5	35.7
	Pocas veces	3	15.8	4	28.6
	Nunca	6	31.6	4	28.6
Actividades de Tiempo Libre	Siempre	6	31.6	1	7.1
	Frecuente	11	57.9	8	57.1
	Pocas veces	-	-	1	7.1
	Nunca	2	10.5	4	28.6
Conversación	Siempre	8	42.1	3	21.4
	Frecuente	9	47.4	3	21.4
	Pocas veces	1	5.3	6	42.9
	Nunca	1	5.3	2	14.3
Apoyo en la Relación Inf-pac	Siempre	9	47.4	3	21.4
	Frecuente	8	42.1	3	21.4
	Pocas veces	1	5.3	3	21.4
	Nunca	1	5.3	5	35.7
Afecto	Siempre	9	47.4	7	50
	Frecuente	9	47.4	2	14.3
	Pocas veces	-	-	4	28.6
	Nunca	1	5.3	1	7.1
Toma de decisiones	Siempre	6	31.6	3	21.4
	Frecuente	6	31.6	6	42.9
	Pocas veces	3	15.8	4	28.6
	Nunca	4	21.1	1	7.1

Porcentajes tomados del total de familiares por tipo de EE.

Se encontraron diferencias entre la EE (alta y baja) de los familiares y el funcionamiento Social T: 21.34 gl:32 sig:.000

**Opinión Afectiva del Paciente acerca del Familiar Responsable y la Emoción
Expresada por Familiar**

La comparación sobre la percepción emocional de su interacción, entre el familiar y el pariente enfermo es relevante, por la discrepancia observada en la agresión verbal por los enfermos y los familiares de EE baja, se corroboró la falta de afecto en los familiares de EE alta y la sobreprotección percibida tanto en familiares de EE baja como en los de alta.

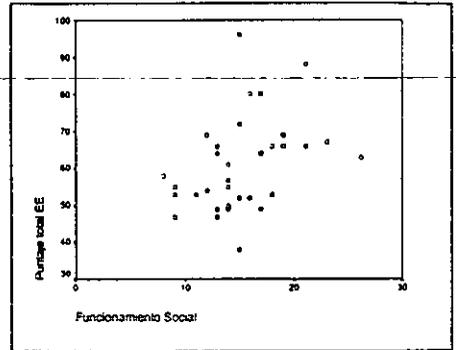
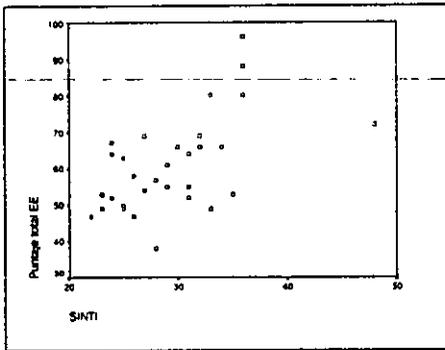
Opinión Afectiva		Expresión Emocional			
		Baja n=19		Alta n=14	
		f	%	f	%
Agresión Verbal	Casi nunca	12	63.2	9	64.3
	De vez en cuando	4	21.1	3	21.4
	Siempre	3	15.8	2	14.3
Agresión Física	Casi nunca	17	89.5	13	92.9
	De vez en cuando	-	-	1	7.1
	Casi siempre	2	10.5	-	-
Indiferencia	Casi nunca	15	78.9	10	71.4
	De vez en cuando	2	10.5	3	21.4
	Casi siempre	2	10.5	1	7.1
Sobreprotección	Casi nunca	11	57.9	10	71.4
	De vez en cuando	3	15.8	3	21.4
	Casi siempre	5	26.3	1	7.1
Falta de Afecto	Casi nunca	6	31.6	1	7.1
	De vez en cuando	3	15.8	4	28.6
	Casi siempre	10	52.6	9	64.3

Porcentajes tomados del total de familiares por tipo de EE.

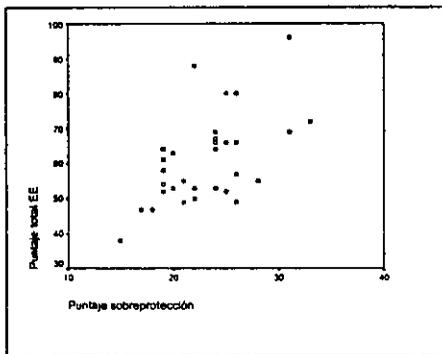
Se observaron diferencias entre la EE del familiar (alta y baja) y la opinión afectiva del paciente T: 25.61 gl:32 sig.:000

En los dispersigramas I, II, III y IV, se muestra la asociación lineal, con poca dispersión entre las variables, es decir, que en la medida en que un aumenta el otro lo hace de manera similar, El puntaje global de la expresión emocional EE del familiar aumenta y la conducta sintomática del paciente lo hace también (I); de igual manera, el puntaje EE aumenta con el funcionamiento social del paciente (II); así mismo, el puntaje EE con el puntaje de sobreprotección (III) y por último con el puntaje de crítica (IV) n: 33 familiares .

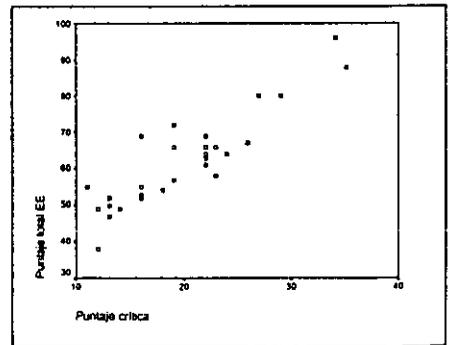
EE y conducta sintomática del paciente (I) EE funcionamiento social del paciente (II)



EE y p. sobreprotección (III)



EE y p. de crítica.(IV)



Cuadro VI

Matriz de correlación entre las variables predictores de la expresión emocional EE

El indicador de la conducta sintomática mostró el índice mayor de correlación entre ellos, la emoción expresada correlacionó significativamente con la relación familiar y con el funcionamiento social

	Emoción Expresada	Funcionamiento Social	Relación Familiar	Conducta Sintomática
Emoción Expresada				
Funcionamiento Social	.379 P= .01			
Relación Familiar	.411 P= .00	.07 P= .34		
Conducta Sintomática	.526 P= .00	.173 P= .16	.159 P= .18	

Predictores de la expresión emocional EE.

Este análisis intenta identificar los mejores predictores de la expresión emocional EE a través del uso de la regresión lineal múltiple. La variable dependiente es el puntaje total de la EE. Los predictores son variables continuas de funcionamiento social, de la conducta sintomática y la opinión afectiva.

Para la muestra total de familiares, el tener un pobre funcionamiento social, además inestabilidad sintomática del paciente, y el tener una opinión afectiva desfavorable del paciente en relación con su familiar; explicaron el 42% de la varianza de la expresión emocional EE

Cuadro VII

Expresión emocional EE	R: .650;	R2: .423;	F: 7.102;	P _≥ : .001
Predictores:	Beta	T	Sig T	
Conducta sintomática	.493	3.43	.001	
Funcionamiento social	.380	2.52	.01	
Opinión afectiva	.262	1.75	.09	

En un segundo análisis se sustituyó el predictor que rebasó los niveles esperados y se incluyó el predictor relación (Madre, padre o hermano(a)) y se procedió a realizar la prueba del modelo por medio de la regresión lineal múltiple. La variable dependiente es el puntaje total de la EE. Los predictores son variables continuas de funcionamiento social, de la conducta sintomática y la relación del informante.

Para la muestra de familiares, el tener un pobre funcionamiento social, además inestabilidad sintomática por parte del pariente enfermo y ser hermano del paciente; explicó el 46% de la varianza de la expresión emocional EE. Se observó en los predictores niveles de significancia adecuados.

Cuadro VIII

Expresión emocional EE	R: .681;	R2: .464;	F: 8.391;	P _≥ : .0004
Predictores:	Beta	T	Sig T	
Relación	.324	2.35	.02	
Conducta sintomática	.425	3.04	.004	
Funcionamiento social	.283	2.05	.049	

Modelo EE= constante + Rel.+ Cond. Sin.+ Func

El modelo permite conocer la contribución independiente de cada variable y su interacción

Discusión y Conclusiones

Durante los últimos 30 años, diversos estudios han demostrado que los factores psicosociales influyen en el curso de la esquizofrenia. El concepto de expresividad emocional y su importancia como predictor de recaída en pacientes esquizofrénicos ha sido avalado por una amplia investigación, sin embargo aún existen preguntas sobre la forma en que se aborda el tema y su interpretación. Sin embargo

El interés de este trabajo es demostrar que las variables psicosociales pueden ser predictoras de una interacción familiar con características de Expresión emocional alta.

En los familiares responsables de pacientes estables, se encontró expresión emocional alta en más del cuarenta por ciento, resalta como componente característico el

sobreinvolucramiento, compuesto por aspectos de sobreprotección o consentimiento, autosacrificio y malestar emocional, similar al trato que normalmente se le da a un niño, con niveles inapropiados de preocupación por parte del familiar, el paciente es visto como menos competente que antes, y más vulnerable.

La relación entre la conducta sintomática y la expresión emocional alta se podría interpretar como consecuencia de la situación clínica del paciente, pero a su vez una causa de la expresión emocional del familiar. Los familiares que expresaron EE alta, reportaron mayor presencia de autodescuido, de irritabilidad, de violencia y de aislamiento en su enfermo. Estos resultados se confirman con los estudios de Mintz J (1986) que ha demostrado la asociación entre la EE y la sintomatología del paciente. A su vez, Weisman y cols (1998) mencionan que los síntomas más frecuentemente criticados por los familiares fueron los que reflejan déficits conductuales como: higiene pobre o autodescuido, además encontraron que familiares con crítica alta (alta-EE) piensan que la enfermedad y los síntomas asociados se ubican más dentro del control personal de los pacientes en comparación con los familiares con menos crítica (baja-EE).

Es pertinente mencionar la importancia de la línea del modelo atribucional-afecto, que se refiere a la mayor o menor tolerancia por parte de los familiares de los déficits conductuales, porque ellos creen que son intencionales, esto repercute en la expresión emocional y en la concepción de la enfermedad.

El desempeño de los parientes enfermos se caracterizó por un pobre funcionamiento cuando interactuaban con familiares con EE alta, esto se corroboró con los estudios de Hugguelet y cols (1995) en las familias donde la emoción expresada fue de nivel alto se observó una constante de incapacidad en el funcionamiento social de sus familiares enfermos y en un pobre ajuste social a lo largo de 5 años.

La relevancia del estudio de la percepción afectiva que tiene el paciente de sus familiares y en especial del familiar a cargo, ha sido demostrada en diversos estudios donde se plantea que las percepciones positivas de sus familiares tuvieron significativamente mejores resultados, es decir, un grado menor de exacerbación de síntomas psicóticos. De manera consistente con otros estudios se reporta la percepción de los pacientes esquizofrénicos de sus ambientes familiares, que predicen las recaídas Lebell y cols, (1993); Baker y cols,

(1984); Parker y cols, (1986); Schunur y cols, (1986); Warner y cols, (1988). En el presente estudio se encontró discrepancia en la agresión verbal percibida por los enfermos y lo expresado por los familiares, se corroboró la falta de afecto en los familiares de EE alta y la sobreprotección percibida tanto en familiares de EE baja como en los de alta, lo cual se interpreta como una percepción negativa del familiar a cargo, que puede relacionarse con la presencia de síntomas y con un funcionamiento pobre del paciente.

Para la muestra de familiares, el tener un pobre funcionamiento social, además inestabilidad sintomática por parte del pariente enfermo y ser hermano del paciente; explicó el 46% de la varianza de la expresión emocional EE. Se observó en los predictores niveles de significancia adecuados

Esta línea de investigación contribuirá a descubrir las diferencias en la influencia cultural asociada a los perfiles de las emociones y al desarrollo de modelos teóricos asociados con la patología de las relaciones familiares.

La utilidad del modelo de estudio para los familiares de un enfermo esquizofrénico, permitirá atender de manera eficaz las necesidades detectadas en los familiares, con el propósito de disminuir por parte del familiar enfermo la exacerbación de síntomas o recaídas, de acuerdo a los resultados expuestos la necesidad de abordar de manera integral tanto el diagnóstico, el tratamiento y la prevención por el grupo familiar, el familiar enfermo y con apoyo del equipo de salud mental y la sociedad.

En este tipo de estudios se trata de tener un rigor metodológico; sin embargo los estudios de esta naturaleza conllevan limitaciones en mayor o menor medida en cuanto a la validez interna por no poder controlar la historia de los sujetos de estudio, su maduración y la mortalidad experimental; respecto a la validez externa, la variables extrañas como la adherencia terapéutica, la aceptación de la enfermedad por parte del paciente y del familiar, así como la variabilidad en la presencia de síntomas propios de la enfermedad por el paciente, y que sin embargo resultan estar presentes en la mayoría de los sujetos de estudio.

REFERENCIAS

- Ackerman, W N (1978) *Diagnóstico y tratamiento de las relaciones familiares. Psicodinamismos de la vida familiar*. Buenos Aires: Hormé SAE Paidós.
- Baker B, Helmes E & Kasarian S. (1984) Past and present perceived attitudes of schizophrenic in relation to rehospitalisation. *British Journal of Psychiatry*, vol 144: 263-269.
- Brown GW., Birley JLT., Wing JK.,(1972) Influence of family life on the course of schizophrenic disorder, a replication. *Br. J. Psychiatry*, 121, 241.
- Brown GW., Rutter M. (1966). *The measurement of family activities and relationships. A methodological study. Human relations*. Editorial Notice; 241-63.
- ~~Glynn SM y cols. (1990) Patient Psychopathology and expressed emotion in Schizophrenia. *British Journal of Psychiatry*, 157: 877-880~~
- Gottschalk LA. and Gleser GC (1969). *The Measurement of Psychological States Through the Content Analysis of verbal behavior*. University of California Press, Berkeley.
- Gottschalk LA., Fallon RH., Marder SR., Lebell M., Gift T., y Wynne C. (1988) *Psychiatry Research*, 25: 261-276
- Guanilo, J.V. y Seclén, Y.M. (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 optar el Título Profesional de Enfermera, Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Medicina. Lima, Perú.
- Hooley, J M & Hahlweg K. (1986) *The marriages and interaction patterns of depressed patients and their spouses: Comparison of high and low EE dyads. In treatment of Schizophrenia. Family Assessment and Intervention* (ed. M.J. Goldstein, I Hand and K. Hahlweg), pp.85-96 Springer: Berlin.
- Huguelet P, Favre S, Binyet S, González C, Zabala I. (1995). The use of the Expressed Emotion Index as a predictor of outcome in first admitted schizophrenic patients in a French speaking area of Switzerland, *Acta Psychiatr Scand*, 92: 447-452.

Kuipers, L., Sturgeon, D., Berkowitz R. & Leff J.P. (1983). Characteristics of expressed: its relationship to speech and looking in Schizophrenia patients and their relatives. *British Journal of Clinical Psychology* 22: 257- 264.

Kuipers L, y Bebbington P. (1988). Expressed emotion research in schizophrenia: theoretical and clinical implications. *Psychological Medicine*, 18: 893-909.

Lebell M. Marder R E., Mintz J., Mintz I L .Tompson M. Wshing W. Johnston-Cronk K. Mckenzie J. (1993). Patients, perceptions family emotional climate and outcome in schizophrenia. *British Journal of psychiatry*. 162: 751-754.

Leff Julian (1989). "Review article controversial issues and growing points in research on relatives' expressed emotion". *The International Journal Of Social Psychiatry*. Vol. 35: 2, 133-145.

Leff J., Vaughn C. (1980) The interaction of life events and relatives expressed emotion in schizophrenia and depressive neurosis. *Br. J. Psychiatry*, 136- 146.

Leff J., Kuipers L., Berkowits R., Eberlein-Vries R y Sturgeon D (1982). Un ensayo controlado de intervención Social en las familias de pacientes esquizofrénicos. *Brit. Jour Psych*. 141.

Leff J. Vaugh C.(1985) *Expressed emotion in families*, Guilford Press, New York,pp.7-25

Miklowitz Dj. Goldstein Mj. Faloon Irh. Doane Ja. (1984). Interactional Correlates Of Expressed Emotion In The Families Of Schizophrenics. *Br. Psychiatry* 144. 482.

Mintz J. y cols (1986). Expressed Emotion and Relapse in first Episodes of Schizophrenia. A Rejoinder to Macmillan et al. *British Journal of Psychiatry*, 151: 314-320

Nadelsticher A. (1983). *Técnicas para la construcción de cuestionarios de actitudes y opción múltiple*. México: Instituto Nacional de Ciencias Penales

Otero R; Rascón ML (1988). Confiabilidad de la escala de valoración de la conducta social (sbas). *Rev. Salud mental* V 11:1 Marzo p 8-12.

Parker G & Mater R., (1986). Predicting schizophrenic relapse: A comparison of two measures. Australian and New Zealand. *Journal of Psychiatry*, 20: 82-86.

Platt,S.; Weyman, A.; Hirsch, S. (1977): *La escala de la conducta del paciente charing cross* hospital London.

Platt S. Weyman A. Hirsh S. Hewett,S.: The Social Behaviour Assessment Schedule (Sbas) (1980).: Rationale Contents, Soring And Reliability Of A New Inteterview Schedule. *Social Psychiatry* 15: 43-55.

Rascón G ML(1995). *Funcionamiento familiar y esquizofrenia. Reporte interno*, Instituto Mexicano de Psiquiatría.

Schunur DB. Friedman S. Dorman M. et al. (1986). *Assessing the family environment of schizophrenic patients with multiple hospital admissions*. Hospital and community Psychiatry, 37, 249-252.

Strachan AM. y cols (1986) Emotional Attitudes and Direct Communication in the families of Schizophrenics: A cross-National Replication. *British Journal of Psychiatry*, 149:279-287

Valencia M., Saldivar G.: (1993). "Seguimiento comunitario de pacientes esquizofrénicos". *Anales IV, Reseña de La VIII Reunión de Investigación* 145- 156. Instituto Mexicano de Psiquiatría.

Valencia C. M. (1999). Programa de intervención psicosocial para pacientes esquizofrénicos crónicos. *Rev. Salud Mental* 22:128-137

Valone K, Norton Jp. Goldstein Mj. Doane Ja. (1983). Parental Expressed Emotion And Affective Style In An Adolescent Sample At Risk For Schizophrenia Spectrum Disorders. *J. Abnormal. Psychol.* 92, 399.

Vaughn Ce, Leff Jp, (1976). The Measurement Of Expressed Emotion In The Families Of Psychiatric Patients, *Clin Psychol*, Vol. 15: 157-165.

Warner R. y Atkinson M (1988). The relationship between schizophrenic patients, perceptions of their parents and the course of their illness. *British Journal of Psychiatry*, 153 344-353.

Weisman A.G, Nuechterlein K.H, Goldstein M.J, Snyder K.S. (1998) Expressed Emotion, attributions, and schizophrenia symptom dimensions. *J Abnorm Psychol*, 107(2): 355-9.

CONCLUSIONES

INTRODUCCIÓN

En este capítulo se presenta de manera resumida las conclusiones del estudio de la prueba de los modelos conceptuales, primero los indicadores de la psicopatología en los familiares y en segundo lugar los predictores de la expresividad emocional de los mismos, se discuten a la luz de los hallazgos de otros estudios; para finalizar, se incluyen las perspectivas derivadas de los resultados, sobre la investigación a futuro, la prevención y el tratamiento de la familia y la esquizofrenia.

De acuerdo con los niveles de incidencia y prevalencia y debido al tipo de limitación y secuelas incapacitantes que produce la esquizofrenia este padecimiento es considerado como el más caro de todos los trastornos mentales. Es sabido que las características clínicas de la esquizofrenia generan un gran número de situaciones negativas como dificultad en las relaciones familiares, empobrecimiento en la calidad de vida, aislamiento social que interfiere en el funcionamiento laboral, escolar y en el propio hogar, lo que aumenta el nivel de estrés ya existente, convirtiéndose en un factor adicional de angustia, tanto para el paciente como para su familia, llegando a ser considerado como precipitante de recaídas, de exacerbación de síntomas y de re-hospitalizaciones. Es evidente que los integrantes de la familia requieren información y apoyo para sobrellevar el manejo de estos pacientes tanto en la casa como en el hospital, como también el equipo de salud mental requiere mayor información sobre las complicaciones familiares cuando se tiene este problema, asimismo, los integrantes de la comunidad en general deben ser sensibilizados a la problemática de las personas con este padecimiento y las de sus familias. A fin de que el estigma social que sufren se reduzca y aumente las posibilidades de interacción.

PSICOPATOLOGÍA EN EL FAMILIAR

En el familiar a cargo se estudio la frecuencia de psicopatología, sorprende el índice de 58.8%, cifra muy superior a la reportada para la población general 28.7% (población adulta de 18 a 65 años de edad), en la Ciudad de México. (Caraveo y cols;1999)

En cuanto al tipo de diagnóstico se encontró similitud con lo descrito para otras poblaciones generales, en donde los trastornos depresivos destacan en primer lugar; seguidos por la dependencia al alcohol; El diagnóstico principal en las mujeres fue depresión, seguido por el trastorno de ansiedad incluyendo al trastorno disociativo y somatoforme, en los familiares hombres destaca la dependencia al alcohol y el trastorno somatoforme. El rango de edad en que los sufren con mayor frecuencia es de 41 a 60 años. En los familiares hermanos, el número de diagnósticos fue menor en comparación con las madres y los padres. En particular, en las familias donde se presenta patología, se acentúa la situación de que los cuidados los provee la madre, el padre muchas veces los deja sin atención, este descuido provoca que se pierda la comunicación, la familia pierde unidad y se forman triadas patológicas (madre-paciente-padre).

El diagnóstico del familiar que se asocio con mayor número de recaídas por parte del paciente fue el trastorno somatoforme, seguido de dependencia al alcohol y el padecer más de un diagnóstico, se relacionó con un número de una a tres recaídas del paciente.

El tiempo de convivencia entre el familiar a cargo y su enfermo fue mayor a 39 horas por semana, cuando se asocio con un mayor número de diagnósticos en el familiar. Se ha reportado que cuando los miembros de la familia y el paciente conviven en el mismo espacio (contacto cara a cara) más de 35 horas semanales, los registros de recaída aumentan (92%), (Brown y cols.1972)

El reporte del familiar de padecer algún trastorno físico o emocional estuvo presente en tres cuartas partes de los sujetos de estudio. Llama la atención

que el familiar atribuyera la presencia de algún trastorno físico y emocional en él relacionado con la enfermedad del paciente en un 48.1 %.

Los trastornos emocionales reportados frecuentemente por el familiar fueron irritabilidad, angustia, problemas para dormir, diferentes sentimientos de culpa, enojo, frustración, resentimiento y otros. Los trastornos físicos fueron: diabetes, trastornos del sistema digestivo, hipertensión, herpes, bitiligo y otros

Las variables predictoras de la psicopatología en el familiar, que explicó el 61% de la varianza fueron: La conducta sintomática del paciente, pobre ejecución de tareas domésticas por parte del paciente, falta de apoyo familiar recibido por el familiar a cargo, nivel de severidad de la esquizofrenia, tiempo de aparición del episodio actual, nivel de conversación cotidiana entre el familiar y el paciente, desahogo a partir de pláticas con familiares, diagnóstico principal del familiar, perturbación a la vida de otros. Este grupo de variables nos muestra lo complejo tanto por el número como por las interacciones entre ellas y la relación tan estrecha que guarda el funcionamiento familiar (paciente-familiar).

EXPRESIVIDAD EMOCIONAL EN EL FAMILIAR

En el familiar responsable del paciente, se encontró la expresión emocional alta en más del cuarenta por ciento, resalta como componente característico el excesivo involucramiento, compuesto por aspectos de sobreprotección o consentimiento, autosacrificio y malestar emocional, similar al trato que normalmente se le da a un niño, con niveles inapropiados de preocupación por parte del familiar, el paciente es visto como menos competente que antes, y más vulnerable.

En diversos estudios se plantea la relación predictiva entre la expresión emocional alta del familiar y la conducta sintomática del paciente son el índice de recaídas, se ha interpretado como consecuencia de ésta la situación clínica del paciente. Sin embargo, a su vez se ha demostrado como causa de ésta. Al

* El índice global de expresividad emocional EE alta o baja, se obtiene de los comentarios críticos, hostilidad y el sobreinvolucramiento han demostrado ser los predictores más importantes para las recaídas en la esquizofrenia.

estudiar la relación entre los familiares que expresaron EE alta, se encontró mayor presencia de autodescuido, de irritabilidad, de violencia y de aislamiento por parte del paciente. Estos resultados se confirman con los estudios de Mintz (1986) que ha demostrado la asociación entre la EE y la sintomatología del paciente. A su vez, Weisman y cols (1998) mencionan que los síntomas más frecuentemente criticados en los pacientes por los familiares fueron los que reflejan déficits conductuales como: higiene pobre o descuido, además señalan que los familiares con crítica alta (alta-EE) piensan que la enfermedad y los síntomas propios de ella, los ubican como responsabilidad y control personal de los pacientes en comparación con los familiares con menos crítica (baja-EE).

Es pertinente mencionar la importancia de la línea del modelo atribucional, que se refiere a la mayor o menor tolerancia por parte de los familiares de los déficit conductuales, porque si ellos creen que son intencionales, esto repercute en la expresión emocional y se relaciona con la concepción o representación de la enfermedad.

El desempeño de los parientes enfermos se caracterizó por un pobre funcionamiento cuando interactuaban con familiares con EE alta, esto coincide con los estudios de Hugguet y cols (1995) en las familias donde la emoción expresada fue de nivel alto se observó una constante incapacidad en el funcionamiento social de sus familiares enfermos y en un pobre ajuste social a lo largo de 5 años.

La relevancia del estudio de la percepción afectiva que tiene el paciente de sus familiares y en especial del familiar a cargo, ha sido demostrada en diversos estudios donde se plantea que las percepciones positivas de sus familiares tuvieron significativamente mejores resultados, es decir un grado menor de exacerbación de síntomas psicóticos. De manera consistente con otros estudios se reporta la percepción de los pacientes esquizofrénicos de sus ambientes familiares, que predicen las recaídas (Lebell y cols, 1993; Baker y cols, 1984; Parker y cols, 1986; Schunur y cols, 1986; Warner y cols, 1988). En el presente estudio se corroboró la discrepancia en la agresión verbal percibida

por los enfermos de sus familiares y la expresión de emociones con un contenido bajo de EE de sus familiares, se confirmó la falta de afecto en los familiares de EE alta y la sobreprotección percibida tanto en familiares de EE baja, como en los de alta, lo cual se interpreta como una percepción negativa del familiar a cargo, que puede relacionarse con la presencia de síntomas y con un funcionamiento pobre en el paciente.

De acuerdo a los objetivos del estudio se demostró que las variables psicosociales como pobre funcionamiento social, además inestabilidad sintomática del paciente, explicaron el 46% de la varianza de la expresión emocional EE.

Por otra parte es importante mencionar que el trabajo terapéutico con los pacientes y su familiar no es fácil, más bien tiene un alto grado de complejidad por lo multifactorial de la enfermedad y las características de su evolución, tanto en la fase aguda como en la crónica, varios investigadores han encontrado que pasan entre 12 y 24 meses antes de que los pacientes que experimentan el episodio psicótico activo reciban tratamiento (Fenton W; 1997), por esto el equipo que trabaje con estos pacientes y sus familias deben de tener sensibilidad, experiencia, un alto grado de capacitación y de tolerancia a la frustración sabiendo que es un proceso lento, continuo, con múltiples desilusiones silenciosas, para poder lograr los mejores resultados.

En cuanto a la rehabilitación no debe pensarse únicamente en el enfermo, sino también en las familias y en la sociedad, la cual al ampliar los conocimientos logra integrar en su seno a los "enfermos mentales" superando los estereotipos sociales creados en torno a la enfermedad mental.

Como lo menciona Rodríguez en (1998) la humanidad se enfrenta a complejos problemas, y el individuo, como protagonista principal de un modo de vida determinado, necesita de algo más que la satisfacción de sus necesidades materiales para alcanzar su pleno bienestar. En consecuencia, la promoción, conservación y restablecimiento de la salud se convierte en una de las más altas prioridades de la satisfacción de necesidades. Pocos consideran hoy que

el alcance de estos objetivos pueda ser resultado de posiciones reduccionistas biologicistas. La "apelación de la integridad" es la atención al hombre enfermo o en riesgo de enfermar, no es meramente una consigna declarativa, sino una realidad que hay que enfrentar estratégica y tácticamente.

Considerando a los factores de riesgo como aquellas características, variables y obstáculos que hacen vulnerable al individuo para que desarrolle la enfermedad. Muchos individuos en riesgo, también cuentan en su vida con factores protectores. Si fuera posible planear que los factores de riesgo pueden ser decrementados o de alguna forma alterados y/o si los factores protectores pueden ser involucrados, la probabilidad de que las personas en riesgo desarrollen una enfermedad mental disminuiría. De las aportaciones de este estudio, es claro que el familiar que se hace cargo de el pariente enfermo de esquizofrenia, tiene alta probabilidad de que presente o desarrolle alguna psicopatología, razón de más, para prevenir, tratar y poder atender la calidad de vida tanto del paciente como del familiar.

En el proceso de la comprensión de la enfermedad, se ven involucrados un sin número de factores, por una parte, la población aún no está educada para poder demandar un servicio, existen barreras sociales y hospitalarias, que no permiten recibir orientación o atención que les conduzca a mantenerse sanos y a evitar la enfermedad

Las conclusiones a las que he llegado a través de mi experiencia clínica y de la investigación, es que los familiares de un pariente enfermo de esquizofrenia necesitan información, orientación y apoyo, a través de intervenciones psicoeducativas; psicoterapéuticas y, de tratamiento psiquiátrico, para poder por un lado, integrar una concepción de la enfermedad y por otro, lograr una relación enfermo-familiar diferente, enfrentando el estigma social, para tener los familiares un bienestar psicosocial de menor riesgo en su salud emocional, mental y física.

Los resultados de esta tesis permite darle voz a los familiares que anteriormente se visualizaban como entidad pasiva en el curso y evolución de la enfermedad.

Otra aportación es el desarrollo de la tecnología, al crear instrumentos específicos para el estudio de la temática en cuestión, que permitan el conocimiento de las necesidades de atención y la evaluación de la efectividad de programas de tratamiento integral, en donde participen los familiares y los pacientes con esquizofrenia. Así como, la formación de recursos humanos específicos para el desarrollo de esta línea de investigación y para poblaciones similares.

4.1 PERSPECTIVAS

El abordar el estudio de la relación familia y esquizofrenia desde la perspectiva psicológica, nos orienta al estudio del comportamiento de ésta y de los determinantes psicosociales de la salud. Sin embargo, no se pretende dejar de lado las posibles interrelaciones con las otras disciplinas, no olvidando que se parte de una visión integral biopsicosocial. Considerando a su vez, que el bienestar personal es la reunión armónica de aspectos biológicos, cognoscitivos, conductuales y afectivos, en el plano de la vida familiar y social.

El estudio de la familia y la esquizofrenia desde la perspectiva del enfoque de riesgo se encuentra en sus inicios, por la diversidad de los factores que intervienen, como por la interrelación entre ellos; mediante la identificación de estos factores de riesgo en la familia, se podrá contribuir a atenuar o modificar los que conduzcan a la psicopatología.

Los resultados obtenidos del presente estudio pretenden ser utilizados en la creación de un modelo dual de atención a la salud mental de las familias por un lado que anticipe al daño, es decir, prevenir y disminuir los factores de riesgo y por otro, la implementación en un tratamiento integral (familia-paciente) basado en el costo-efectividad, considerando que la prevención y la rehabilitación son dos caras de la misma moneda que buscan la planeación de acciones y

estrategias tendientes a mantener el bienestar poblacional, por medio del abordaje en el proceso salud-enfermedad-salud, cuando se pretende prevenir riesgos, la prevención se debe hacer en lo cotidiano, a través de incidir en el entramado de las relaciones, para que a su vez se de un cambio en las representaciones sociales.

Como se mencionó en el capítulo de prevención existen tres tipos de intervención preventiva, la primera es la universal, dirigida para público general que no ha sido identificado sobre las bases de riesgo individual, la segunda es la selectiva que esta dirigida a subgrupos de la población en riesgo significativo, riesgo inminente o en el proceso, y la tercera es la intervención preventiva indicada, esta dirigida a personas de alto riesgo identificadas con signos o síntomas mínimos de un trastorno mental y que ameritan un diagnóstico . En el caso del problema que nos ocupa, la intervención selectiva es la más apropiada por el riesgo inminente y para evitar el deterioro (biológico, psicológico y social) en las personas enfermas y sus familiares; como también, la prevención universal, dirigida al público general para reducir el estigma y modificar las creencias sobre la esquizofrenia y por supuesto la prevención indicada en la población diagnosticada y en sus familiares .

La aplicación de este modelo parte de una perspectiva interdisciplinaria de un equipo de salud, en donde cada uno tenga funciones y a su vez se complementen de manera horizontal. Es de suma importancia, la involucración en un alto grado de la participación comunitaria en el autocuidado de la salud.

Construir un modelo integral familia-paciente es una tarea compleja, necesariamente creativa, donde las aportaciones del estudio se consideran cuando se integran las "Y" y se eliminan las "O". El poder llevar a cabo este modelo implica cambios en las funciones de enlace y en la relación de las acciones sociales de las diferentes instituciones en la comunidad y sobretodo en los roles que los integrantes de las instituciones desempeñen. Como lo plantean Rodríguez y Rojas (1998). considerar las siguientes tareas en la Psicología de la Salud :

1. La presencia de los psicólogos de la salud en los sistemas de atención; con el fin de llevar a cabo intervenciones psicológicas con las personas que padecen esquizofrenia y con sus familiares.
2. Definir el papel del psicólogo en las políticas de servicio de salud y la legislación correspondiente; con el fin de delimitar las funciones correspondientes a los psicólogos en la rehabilitación y tratamiento.
3. Incluir en los programas de entrenamiento a nivel de pregrado y de posgrado información sobre la estructura y organización de los servicios de atención a la esquizofrenia (tratamiento y prevención), así como las políticas generales que definen a éstos.
4. Definir y operar programas de entrenamiento y actualización con respecto a la esquizofrenia, en la detección temprana de la población en riesgo; en la disminución de barreras al tratamiento; en las intervenciones psicosociales y en la adherencia terapéutica. Para los psicólogos que actualmente laboran en el sistema de salud.
5. El incremento en el financiamiento para llevar a cabo investigación que impacte la práctica de los profesionales para incidir en la salud y bienestar de las personas que padecen esquizofrenia y sus familiares.
6. Incrementar el impacto de la investigación sobre la práctica de los profesionales de la salud de tal modo que los conocimientos sobre la esquizofrenia y los productos tecnológicos de esta actividad incidan efectivamente en la salud de los afectados.

El reto de la psicología de la salud, en particular en la esquizofrenia será coadyuvar en el mejoramiento de la calidad de vida de nuestra población. Es tarea de todas las instituciones: Familiar, educativa, hospitalaria y social, de construir sin prejuicios una relación digna. Las personas que padecen esta enfermedad merecen un trato justo separado de la estigmatización.

Al profesional de la salud mental, le corresponde esclarecer los problemas que están relacionados con los estilos de vida y la búsqueda de medios más eficaces de promoción de la salud, así como la adopción de conductas preventivas de enfermedades y en la optimización de los servicios de salud, asumir el compromiso de hacer todo lo que esté a su alcance, a fin de prevenir, diagnosticar, tratar y rehabilitar a las personas con enfermedades crónicas

Por la diversidad de factores relacionados para favorecer la preservación del estado de salud de una población, es necesario la participación de la comunidad para identificar los factores de riesgo, como para realizar acciones para su manejo. Esta participación contribuirá a que la comunidad vaya adquiriendo mayor capacidad para resolver sus problemas y mayor responsabilidad para asumir la obligación de cuidar su salud.

Seguramente, cuando se logre modificar el señalamiento a los enfermos nos integraremos, aumentando el bienestar común, la seguridad y el desarrollo social para todos.

Finalmente, las condiciones que permitirán el avance a largo plazo será por un lado, la difusión de las propuestas acompañadas de resultados como los de la presente tesis, para que las instituciones de salud y educativas participen en la toma de decisiones sobre política sanitaria y política institucional en salud y, por otro, la difusión en instituciones que participen en el financiamiento de investigaciones que las adopten como prioritarias, ya que la psicología y las enfermedades crónicas son un paradigma de trabajo en un futuro .

REFERENCIAS

Ackerman, W N (1978) *Diagnóstico y tratamiento de las relaciones familiares. Psicodinamismos de la vida familiar*. Buenos Aires: Hormé SAE Paidós.

American Psychiatry Association (APA) (1996) *DSM-IV: Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders*, Cuarta Edición. American Psychiatry Association Press. Washington.

Anderson CM., Hogarty G., Bayer G., Needleman R (1984): Expressed emotion and the social networks of parents of schizophrenic patients. *British Journal of Psychiatry*, vol 144, 247-255.

Anderson CM., Hogarty GE.,Reiss DJ (1986):. *Esquizofrenia y familia*. De. Amorrortu, Buenos Aires.

Anderson, C., y Adams, C. (1996) Family intervention in schizophrenia: An effective but underused treatment. *British Medical Journal*, 313, 505-510.

Andreasen, N.C., Flavm, Swayze II VW. y cols. (1990). Positive and negative symptoms in schizophrenia: a critical reapraisal. *Archi Gen Psychiatry*, 47:615-621.

Andreoli V. (1992). *El lenguaje gráfico de la locura*. Fondo de Cultura Económica.

Andrews G. (1991) The cost of schizophrenia revisited. *Schizophrenia Bulletin* 17:389-94.

Arieti, S. (1980) *The family of the schizophrenic and its participation in the therapy*, *Adult Clinical Conditons*, 271-284.

Ayala, H. E., Chism, S. K., Cárdenas, L. G., Rodríguez, B. M., Cervantes, G. L., y Caballero, S. P. (1982). Una alternativa al tratamiento y rehabilitación de enfermos mentales crónicos. *Salud Mental*, 5, 1-10.

Ayala, H. E. (1992). Promoting the use of behavioural treatment in developing countries through the use of behavioural assessment. *Which psychotherapies in year 2000? Annual Series of European Research in Behavior Therapy*. Ed. Jean Cottraux, Patrick Legeron, Evelyne Mollard. pp. 119-125.

Baker B, Helmes E & Kasarian S, (1984). Past and present perceived attitudes of schizophrenic in relation to rehospitalisation. *British Journal of Psychiatry*, vol 144, 263-269.

Ballus, C., Martí-Tusquets, J.L. (1991). Rehabilitación Psicosocial. *Monografías de psiquiatría; Madrid, Año III, 2*, 10-41.

Bastide R. (1979) *Sociología de las enfermedades mentales*. México: Siglo XXI Editores.

Bateson G., Jackson D.D., Haley J., y Weakland J.(1956): Toward a theory of schizophrenia. *Behavioral Science*, 1, 251-264.

Bellack, A. S., Mueser, K.T., Wade, J., Sayers, S., y Morrison, R.L. (1992) The Ability of Schizophrenics to Perceive and Cope with Negative Affect. *British Journal of Psychiatry*, 160, 473-480.

Bleuler M. (1951). *Fortsch Neur. Psych.*, 19, 385-452.

Brown GW., Birley JLT., Wing JK.,(1972) Influence of family life on the course of schizophrenic disorder, a replication. *Br. J. Psychiatry*, 121, 241.

Brown GW., Rutter M. (1966). *The measurement of family activities and relationships. A methodological study. Human relations*. Editorial Notice; 241-63.

Brown, GW. (1959). Experiences of discharged chronic schizophrenic mental hospital patients in various types of living group. *Millbank Memorial Fund Quarterly*, 37, 105-131.

Bulger, M W; Wandersman A; Goldman CH. (1993). Burdens and gratifications of caregiving: Apraisal of parental care of adults with schizophrenia. *Amer. J. Orthopsychiat.* 630 (2), April

Cabrero LJ. (1993): "Familia y tratamiento integral en la esquizofrenia" Trabajo presentado en el simposio: Abordajes Psicosociales en la Esquizofrenia en el *XIX Congreso Nacional de la Sociedad Española de Psiquiatría*. Bilbao, Mayo..

Caraveo AJ., Medina-Mora ME., Rascón G. ML., Villatoro J.; López EK.; Juárez F., Gómez M.; Martínez NA. (1994). "Características psicopatológicas de la población urbana adulta en México. Resultados de una encuesta nacional de hogares". *Anales V, Reseña de la IX Reunión de Investigación. Instituto Mexicano de Psiquiatría*. p 22- 42

Caraveo AJ.; Espinosa M.; Saldivar G.; González R.E. (1995). Encuesta Nacional de pacientes psiquiátricos hospitalizados. *Rev. Salud Mental* V. 18:4, 1-9, Mex.

Caraveo AJ., Colmenares E., Saldivar GJ. (1999). Morbilidad psiquiátrica en la ciudad de México: prevalencia y comorbilidad a lo largo de la vida. *Rev. Salud Mental*. V 22, 62-67.

Carpenter WI, Kirkpatrick, B. (1988). "The heterogeneity of long-term course of schizophrenia implications for future research". *Schizophrenic bulletin*, 14, 645-652.

Casco M., Natera G., Herrejon ME. (1987). "La actitud hacia la enfermedad mental, una revisión de la bibliografía". *Salud Mental* Vol. 10, Nº 2, Junio, pp.41-53.

Casco, M. (1990) Percepción y actitud ante los problemas de salud mental entre jóvenes de educación media superior. *Salud Mental*, 13(2), 18-23.

Caton, C (1981) The new chronic patient and the system of community care. *Hospital and Community Psychiatry*, 32, 475-478.

Cervantes RC. Castro FG. (1986). Stress, Coping and Mexican American mental health: A systematic review. *Hispanic Journal of Behavioral Sciences* 7, (1), 1-73

Clausen J:A. y Kohn M:L. (1960). *Relaciones sociales y esquizofrenia: un informe de investigación y la manera de enfocar el tema*. En Jackson D.D. *Etiología de la esquizofrenia*, Argentina: Amorrortu 301-326.

Creer,G. Wing J.K. (1974). Schizophrenia at home. *National Schizophrenia Fellowship*.

Crow TJ. (1980). Molecular pathology of schizophrenia: More than one disease process?. *BMJ*. 134; 66-68.

Cutting, J. (1985). *The Psychology of Schizophrenia*. Edinburgo: Churchill Livingstone

De la Fuente R; Díaz M.R. (1993). "Proyecto para el estudio, tratamiento y rehabilitación del paciente esquizofrénico". Instituto Mexicano de Psiquiatría. Reporte interno.

De la Fuente R (1997) *La patología mental y su terapéutica Tomo I y II* Ed. Fondo de Cultura Económica.

Denicker P. (1990) The neuroleptics: a historical survey. *Acta Psychiatr Scand* 358; suppl. 83-87.

De Sandoval DM. (1998). *El Mexicano: Psicodinámica de sus relaciones familiares*. Ed. Villicaña S.A.

Díaz, R, Murow, E., Ortega, H., Valencia, M., Rascón ML., Ramírez, I. (1996). El manejo integral del paciente esquizofrénico. Un modelo del Instituto Mexicano de Psiquiatría. *Salud Mental*, 19(4):1-7.

Díaz, R, Rascón ML, Ortega, H., Murow, E., Valencia, M., Ramírez, I. (1998). Evaluación de un programa de rehabilitación del paciente esquizofrénico. *Revista de la Facultad de Medicina*, 41(2):51-59.

Dohrenwend, B.P.; Levav, I.; Schrot, P.E.; Schwartz, S.; Naveh, G.; Link, B.G.; Skodol, A.E.; Stueve, A. (1992) Socioeconomic status and psychiatric disorders: the causation- selection issue. *Science*; 255: 946-951.

Durán González L (1998) La participación del psicólogo en la atención integral a la salud en *La Psicología de la Salud en América Latina*, Rodríguez Ortega G, Rojas Russell M coord. Facultad de Psicología UNAM

Eaton, W.W. (1974) Residence, social class, and schizophrenia. *Journal of Health and Social Behavior*, 15(4): 289-299.

Estroff S.E. (1993). Identity, Disability, and Schizophrenia En Lindenbaum, S. y Lock M. Knowledge, Power, and Practice New York: *University of California Press*. 247-286.

Ey, H.; Bernard, P. y Brisset, CH. (1980). Tratado de psiquiatría. *Toray-Masson*, 8ª ed. Barcelona.

Fadden GB, Bebbington PE, Kuipers (1987). The burden of care :The impact of functional psychiatric illness on the patient's family. *Br. J. Psychiatry* 150: 285-292

Falloon, I.R.H., Boyd, J.L., y McGill, C. (1984). *Family care of schizophrenia*. Nueva York: Guilford Press.

Folkman , Lazarus, R.S (1988). Coping as a mediator of emotion. *Journal of Personality and Social Psychology*, 543, 466-475.

Foulcault M (1998) Historia de la locura en la Época Clásica; Breviarios Tomo I Fondo de Cultura Económica

Fromm-Reichmann F.(1950). *Principles of intensive psychotherapy*, vol.1 Univ. of Chicago

Furedi, J. (1986). Un punto de vista sobre la rehabilitación del paciente psiquiátrico en Hungría. *Rev Salud Mental*, 2(9): 28-29.

García S. S., Andrade P.P (1994). El significado psicológico y social de la salud y la enfermedad mental. *Rev. Salud Mental*. Vol. 17 (1) .

García S.S. (1993) Creencias y actitudes hacia la enfermedad mental y el psiquiatra: Estudio exploratorio. *Acta Psquiát. Psicol. Am. Lat.*, 39(2), 159-168.

García S.S. (1993) Las redes de la locura. *Psicología Social y Personalidad*, Vol. IX, Num 1, 13-28.

Garmezy, N (1983). *Stressors of childhood*. In: N. Garmezy and M.Ruter, Eds *Stress, Coping and Development in Children*. New York,NY: MacGraw-Hill,43-84.

Glascote RM.(1971). *Rehabilitating the mentally ill in the community: A study of psychosocial rehabilitation centers the joint information services* of the American psychiatric association for mental health. Washington. DC.

Goffman, E. (1970). *Internados. Ensayo sobre la situación social de los enfermos mentales*. Amorrortu, Buenos Aires.

Goffman (1993). *Estigma. La identidad deteriorada*. Amorrortu Ed, Buenos Aires: pp.175

Goldstein, M., Rkodnick, E., Evans, J., May, P., y Steinberg, M. (1978). Drug and family therapy in the aftercare of acute schizophrenics. *Archives of General Psychiatry*, 35, 1169-1177

Gruen, RJ, Folkman S, Lazarus Rs. (1988). Centrality and individual differences in the meaning of daily hassles. *Journal of personality* ,56 (4), 743-762.

Guanilo, J.V. y Seclén, Y.M. (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 optar el Título Profesional de Enfermera, Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Medicina. Lima, Perú.

Hoening J, Hamilton NW. (1967) The burden on the household in an extramural psychiatric service. In: Freeman H, de. *New aspects of the mental health services*. London: Pergamon. Citado en: Jackson HT, Smith N, McGorry P (1990) Relationship between expressed emotion and family burden in psychotic disorders: an exploratory study. *Acta Psychiatr Scand* 82: 243-249.

Holmes TH; Masuda (1974) *Life change and illness susceptibility*, en: BS. Dohrenwed y BP Dohrenwed (Eds) *Stressful life events, Their Nature and Effects* (Ed) John Wiley, New York.

Hooley, J. M. & Hahlweg K. (1986). *The marriages and interaction patterns of depressed patients and their spouses: Comparison of high and low EE dyads*. In *treatment of Schizophrenia. Family Assessment and Intervention*. ed. M.J. Goldstein, I. Hand and K. Hahlweg, pp.85-96 Springer: Berlin.

Huguelet P, Favre S, Binyet S, González C, Zabala I. (1995). The use of the Expressed Emotion Index as a predictor of outcome in first admitted schizophrenic patients in a French speaking area of Switzerland, *Acta Psychiatr Scand*, 92: 447-452.

IOM (Institute of Medicine). (1994) *Reducing Risks for Mental Disorders, Frontiers For Preventive Intervention Research* Ed. P.J. Mrazek and R.J. Haggerty Eitors; Committee on prevention of Mental Disorders. Division of Biobehavioral Sciences and Mental Disorders. National Academy Press. Washington, D.C.

Jackson HT, Smith N, McGorry P (1990). Relationship between expressed emotion and family burden in psychotic disorders: an exploratory study. *Acta Psychiatr Scand* 82: 243-249.

Jones, M.(1968). *Beyond the therapeutic community: Social learning and social psychiatry*. New Haven, Conn.: Yale University Press.

Kalina, K. (1988). Psychotherapy and pharmacotherapy in treatment of schizophrenia. Part one: Additive model and therapeutic relationship. *EUR J Psychiatr*, 2(3): 133-139.

Kissling, W (1994) Compliance, quality assurance and standards for relapse prevention in schizophrenia, *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 89, 16-24

Kraepelin E (1913). *Clinical Psychiatry*. William Wood, New York.

Krech, D., Crutchfield, R. y Livson, N. (1973). *Elementos de Psicología*. Madrid Gredos. 611-651 pp.

Kuipers, L., Sturgeon, D., Berkowitz R. & Leff J.P. (1983). Characteristics of expressed emotion: its relationship to speech and looking in Schizophrenia patients and their relatives. *British Journal of Clinical Psychology* 22, 257- 264.

Kuipers L. y Bebbington P. (1988). Expressed emotion research in schizophrenia: theoretical and clinical implications. *Psychological Medicine*, 18, 893-909.

Kuipers, L. (1993). Family burden in schizophrenia: implications for services. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiology*, 28:207-210.

Laing RD.(1976). *Crítica de la familia y la sociedad a partir de la esquizofrenia*. Antigua casa editorial Cuervo, Buenos Aires

Lawton MP; Kleban MH; Moss M; Rovine M; & Glicksman A. (1989). Measuring caregiving appraisal. *Journal of gerontology*. 44. 61-71

Lazarus R.S.(1990). Theory-based stress measurement. *Psychological Inquiry*, 1(1), 3-13.

Lebell M. Marder RE., Mintz J., Mintz I L .Tompson M. Wshing W. Johnston-Cronk K. Mckenzie J. (1993). Patients, perceptions family emotional climate and outcome in schizophrenia. *British Journal of psychiatry*. 162. 751-754.

Leff J., Vaughn C. (1980) The interaction of life events and relatives expressed emotion in schizophrenia and depressive neurosis. *Br. J. Psychiatry*, 136, 146.

Leff J., Kuipers L., Berkowits R., Eberlein-Vries R y Sturgeon D (1982). Un ensayo controlado de intervención Social en las familias de pacientes esquizofrénicos. *Brit. Jour Psych*. 141.

Leff J. Vaugh C.(1985) *Expressed emotion in families*, Guilford Press, New York.pp.7-25

Leff Julian (1989). "Review article controversial issues and growing points in research on relatives' expressed emotion". *The International Journal Of Social Psychiatry*, Vol. 35, N°2, Pp. 133-145.

Leff JC. (1990). Relatives expressed emotion and the curse of schizophrenia in chandigarh. *British Journal of Psychiatry*,. 156, 351-356.

Leff Julian (1994). "Working with the families of schizophrenic patients". *British Journal Of Psychiatry*, Vol. 164, (Suppl.23), Pp. 71-76

Lefley HP (1987). Ageing parents as care givers of mentally ill adult children: an emerging social problem. *Hosp Community Psychiatry* 38: 1063-1070

Lefley, H.P. (1990). Culture and chronic mental illness. *Hospital and Community Psychiatry*, 41, 227-286.

Leñero L Fernández ME; Loeza L; Guzmán MT.(1994) *Las familias de la ciudad de México*; Ed. DIF; UNICEF; CEMEFI; IMES A.C.

Liberman PR¹ (1994) Psychosocial treatment for schizophrenia. *Psychiatry*, 57:104-114.

Liberman PR, kopelowicks A, Young AS.² (1994). "Biobehavioral treatment and rehabilitation of schizophrenia". *Behavior therapy*, 25, 89-107

Lindz, T.; Paker, B. Y Cornelison, A. R (1956): *Am J. Psychiat*, 113, N° 1.

Lolas F. (1998). *La perspectiva psicósomática en medicina. Ensayos de aproximación*. Ed. Universitaria.

Ludwing, A.M. (1971). *Treating the treatment failures: The challenge of chronic schizophrenia*. New York: Grune & Stratton

Luthar, S.S. (1993) Annotation: methodological and conceptual issues in research on childhood resilience. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 34(4): 441-453.

MacCarthy B (1988). *The role of relatives*, In Lavender A, Holloway F eds Community care in practice. Wiley, Chichester

MacCarthy B Lesage A, Brewin CR, y cols. (1989). Needs for care among the relatives of long-term users of day-care. *Psychol Med* 19: 725-736.

Macmillan JF, Gold A, Crow TJ, Jahnsen AI, Johnstone EC.:(1986). Expressed Emotion and relapse, *Br. J. Psychiatr*, Vol. 148, 133-143.

Martí T. JI. Y Murcia G. MJ. (1988). *Enfermedad mental y entorno urbano. Metodología e investigación*. De. Hombre, Anthopos.

Masanet, MJ., Lacruz, M, Asencio, A, Belver, F y Montero, I. (1997). Clima emocional familiar y perfil clínico en la esquizofrenia. *Actas Luso-Españolas de Neurología, Psiquiatría y Ciencias Afines*, 25, 3, 159-166.

May, P. R. A. (1968). *Treatment of schizophrenia*. Nueva York: Science House

May, P (1976) Psychotherapy and pharmacology of schizophrenia. En Claghorn, J.L.(edit):*Successful Psychological Medicine*, 24, 565-578.

McGilloway S, Donnelly M; Mays N. (1997). The experience of caring for former long-stay psychiatry patients. *British Journal of Clinical Psychology*. 33 (Pt 1): 149-51.

Medina-Mora ME, Padilla GP, Mas C., Ezban M., Caraveo AJ, Campillo C, Corona J. (1985). Prevalencia de trastornos mentales y factores de riesgo en una población de práctica médica general. *Acta Psiquiat. Psicol. Amér. Lat.*, 31, 53-61

Medina-Mora ME.; Rascón ML.; Tapia R.; Mariño M.; Villatoro J.; Caraveo J.;Gómez M. (1992). Trastornos emocionales en población urbana mexicana: Resultados de un estudio nacional. *Anales III, Reseña de la VII Reunión de Investigación 48-55. Instituto Mexicano de Psiquiatría.*

Miklowitz DJ. Goldstein MJ. Faloon IR. Doane JA. (1984). Interaccional Correlates Of Expressed Emotion In The Families Of Schizophrenics. *Br. Psychiatry* 144. 482.

(MSP) Ministerio de Salud Pública (1986). *Rehabilitación en Salud Mental.* República de Colombia, 18pp

Muller, B.J. (1987). Attitudinal, administrative, legal, and fisicas barriers to case management in social rehabilitation of the mentally ill. *Int J Ment Health*, 5(4):44-58.

Munich (1987). Conceptual Trends and Issues in the Psychotherapy of Schizophrenia. *American Journal of Pschotherapy*, XLI, 1, January.

Murillo, N. (1976). The Mexican-American family (pp 13-24). In C.A. Hernández, M.J.

Nadelsticher A. (1983). Técnicas para la construcción de cuestionarios de actitudes y opción múltiple. México: *Instituto Nacional de Ciencias Penales*

Natera, G.; Casco, M y cols. (1985) Percepción de la enfermedad mental a través de historietas. *Bol. Of Sanit Panam*, 98(4) 327-338.

Oldrigde, M.L.; Hughes, ICT (1992) Psychological well-being families with a member suffering from schizophrenia: An investigation long-standing problems. *British Journal of Psychiatry*, 161: 249-251.

Ordaz, D. E. (1991). *Rehabilitación Psiquiátrica.* Ministerio de Salud Pública, Hospital Psiquiátrico de la Habana; Cuba, 3ª ed., 72pp.

Organización Mundial de la Salud: CIE-10. (1992). *Trastornos Mentales y del Comportamiento. Descripción Clínica y Pautas para el Diagnóstico*, España.

OMS/WHO (2000) Mental Health and Brain Disorders. www.who.int/mentalhealth/topic/Schizophrenia.

Otero R. Rascón.MI. (1988). Confiabilidad de la escala de valoración de la conducta social (sbas). *Rev. Salud mental* V 11:1 Marzo p 8-12.

Otero V.; Rebolledo S. (1992). "Evaluación De Un Programa De Rehabilitación Psiquiátrica". *Rev. Psiquis*, España; 13 (3): 54-61..

Parker G & Mater R., (1986). Predicting schizophrenic relapse: A comparison of two measures. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 20, 82-86.

Paul, GL., Lentz, R. (1977). Psychosocial treatment of the chronic mental patient. *Harvard University Press*.

Platt S, Hirsch SR, Knights AC, (1981). Effects Of Brief Hospitalization On Psychiatric Patients Behavior And Social Functioning, *Acta Psychiatr Acad*, Vol. 163, N° 2, 117-128.

Platt S. Weyman A. Hirsh S. Hewett,S.: The Social Behaviour Assessment Schedule (Sbas) (1980): Rationale Contents, Scoring And Reliability Of A New Interview Schedule. *Social Psychiatry* 15, 43-55.

Platt,S.; Weyman, A.; Hirsch, S. (1977): La escala de la conducta del paciente charing cross hospital London.

Quiroga, A.H. (1982). La rehabilitación del paciente mental crónico hospitalizado: Descripción, resultados y perspectivas. *I Reunión sobre investigación y enseñanza. IMP*, 203-315.

Quiroga, H.; Rodríguez, M.; Cárdenas, G.; Vite, A.; Mata, A.; Molina, J.; and Ayala, H.E. (1986). Programa de tratamiento psicosocial para la rehabilitación del paciente mental crónico hospitalizado en México. *Revista Mexicana de Psicología*. Vol. 3, No. 1, 44-58.

Rascón G ML.(1995). Funcionamiento familiar y esquizofrenia. *Reporte interno, Instituto Mexicano de Psiquiatría*

Rascón G ML. Díaz M LR., López JL., Reyes RC. (1997). La necesidad de dar atención a los familiares responsables del cuidado de pacientes esquizofrénicos. *Rev Salud Mental 2, suplemento*, 55-64.

Rascón ML., Rascón D., Díaz-Martínez R., López JL. (1998). Consecuencias familiares por el cuidado del paciente esquizofrénico. *Depto. De Educación Especializada, Centro Universitario de Estudios para la Familia, Universidad Autónoma de Tlaxcala*

Rascón G. Ma. Luisa; Rascón G. Daniela; López J. Jorge L ;Díaz M. L. Rosa (2000) "Actitudes familiares con respecto a la esquizofrenia, estudio exploratorio" *Depto. De Educación Especializada, Centro Universitario de Estudios para la Familia, Universidad Autónoma de Tlaxcala*

Rascón G. ML., Rascón D. "Los Factores Familiares en la Esquizofrenia" en el libro: *Esquizofrenia estado actual y perspectivas*. Colección del Instituto Nacional de Psiquiatría y el Fondo de Cultura Económica (en proceso de publicación, 2001).

Revere V.L. (1983). Modifying psychotherapeutic techniques to met the needs of chronic schizophrenics. *Hospital and Communny Psychiatry*, 34(4):361-362.

Robins L.N. (1988). The composite international diagnostic interview. *Arch. Gen. Psychiatry*, 45, 1069-1077.

Rutter M. (1979) Protective factors in children's responses to stress and disadvantage. In: M.W. Kent and J.E. Rolf, Eds. Primary Prevention of Psychopathology, Vol. 3 Social Competence in Children. Hanover, NH: University Press of New England.

Ryan P.J.; Valencia M; Martínez B; Otero B (1981). Características demográficas de pacientes mentales y la posibilidad de recaídas. *Reporte Interno. IMP*

Ryan P.J.; Valencia M; Otero B; Núñez M; González N; Rascón M.L. (1982). Alternativas para el hospitalismo. *Salud Mental* 5:5:3.

Ryan P.J. (1982). Un programa experimental psicosocial para pacientes agudos hospitalizados. *I Reunión sobre investigación y enseñanza, IMP*, 196-202

Sánchez M, Mares M, (1998) Modelo de intervención multifamiliar con pacientes esquizofrénicos. *Rev Psicología Iberoamericana* 6:4; 34-39

Scazufca M y Kuipers L (1993). Expressed Emotion, burden of care and coping styles in adults suffering from schizophrenia (in preparation)

Scott, R.D., Fagin, L. y Winter, D. (1993). The importance of the role of the patient in the outcome of schizophrenia. *British Journal of Psychiatry*, 163, 62-68.

SSRG (Scottish Schizophrenia Research Group) (1985) First episode schizophrenia (IV): Psychiatric and social impact on the family. *British Journal of Psychiatry*, 150: 340-344.

Schunur D.B. Friedman S. Dorman M. et al. (1986). Assessing the family environment of schizophrenic patients with multiple hospital admissions. *Hospital and community Psychiatry*, 37, 249-252.

Seeman M. & Thornton J. (1982); *Schizophrenia courses and outcome*. Clarke Institute of Psychiatry. Canada,

Skagerind L., Perris C. Eisemann (1996). Conducta parental del cuidado percibida en pacientes con un trastorno esquizofrénico y su relación a aspectos del curso de la enfermedad. *Acta Psychiatr Scand*, 93: 403-406.

Smith J y Birchwood M. Cochrane R, George S. (1993). The needs of high and low expressed emotion families: a normative approach. *Soc Psychiatr Epidemiol* 28: 11-16

Stefani D (1977). Escala de actitudes hacia la enfermedad mental. *Acta psiquiat. Pscol. Amer. Lat.*, 23: 202-207.

Stefani D. (1979). Actitud hacia la enfermedad mental y nivel socio-económico, *Acta Psiquiat. Psicol. Amer. Lat*, 282-287.

Strachan Am. Leff JP. Goldstein MJ. Doane JA: Burt C. (1986). Emotional attitudes and direct communication in the families of schizophrenics. *Br. J. Psychiatry*, 149, 279.

Straube, E.R. y Oades, R.D. (1992). *Schizophrenia, Empirical Research and Findings*, New York: Academic Press.

Strauss J.S., Carpenter Wt, (1972). The prediction of outcome in schizophrenia. y characteristics of outcome, *Arch. Gen. Psychiatry*, 27,739.

Sullivan HS. (1969). La recherche socio-psychiatrique. *Rev. Psychoth. Institut.*, 6, 65-76.

Szmukler GI; Burgers P; y Cols (1996). Caring for relatives with serious mental illness: The Experiences of caregiving inventory. *Soc-Psychiatry-Psychiatr-Epidemiol*. Jun; 31(3-4): 137-48

Tarrier, N., Haddock, G., Barrowclough, C. (1998). Training and dissemination: Research to practice in innovative psychosocial treatments for schizophrenia. Cap. 12. En Wykes, T., Tarrier, N., Lewis, S. (eds.): *Outcome and innovation in psychological treatment of schizophrenia*. John Wiley & Sons.

Tompson, M., Goldstein, M., Lebell, M., Mintz, L., Marder, S. Mintz, J. (1995) Schizophrenic patients' perceptions of their relatives' attitudes. *Psychiatry Research*, 57: 155-167.

Tovar AH. (1987). La ampliación de la cobertura a la población abierta en la atención primaria de la salud mental en: *La Psiquiatría Al Filo Del Siglo XXI México*. Asociación Siquiátrica Mexicana.

Valencia M: (1985). Evaluación del funcionamiento social en pacientes mentales, su importancia en el campo de la salud mental. *Rev. Salud Mental* 8: 29-38.

Valencia M., Otero R., Rascón MI.: (1986). Un modelo de intervención Clínica en un hospital mental. *Acta Psiquiátrica y Psicol. Am. Latina* 32. 41-51.

Valencia M., Otero R., Rascón MI. Nuñez M., Gonzalez N.: (1986). Un programa de intervención clínica en un hospital mental. *Rev. Salud Púb. México* 28: 480-488

Valencia M., Rascón MI. Otero R., Ryan P.: (1987). Descripción de la conducta de pacientes Psiquiátricos hospitalizados. *Rev. Salud mental* , 10: 81-89.

Valencia, M. (1988). Un programa de tratamiento psicosocial para pacientes psicóticos agudos hospitalizados. *Psiquiatría*, 4(1): 71-96.

Valencia M., Saldivar G.: (1993). "Seguimiento comunitario de pacientes esquizofrénicos". *Anales IV, Reseña de La VIII Reunión de Investigación Instituto Mexicano de Psiquiatría*, 145- 156.

Valencia M., Rascón G. ML. (1998). Abordaje psicoterapéutico de la esquizofrenia en pacientes agudos y crónicos. *Psicología Iberoamericana*, 18-33.

Valencia C. M. (1999). Programa de intervención psicosocial para pacientes esquizofrénicos crónicos. *Rev. Salud Mental* 22:128-137

Valone K. Norton JP. Goldstein MJ. Doane JA. (1983). Parental Expressed Emotion And Affective Style In An Adolescent Sample At Risk For Schizophrenia Spectrum Disorders. *J. Abnormal. Psychol.* 92, 399.

Vaughn CE, Leff JP, (1976). The Measurement Of Expressed Emotion In The Families Of Psychiatric Patients, *Clin Psychol*, Vol. 15, 157-165.

Vaughn CE, Snyder KS, Jones S. Freeman WB, Foon IR, (1984). Family Factors In Schizophrenic Relapse: Replication In California Of British Research In E.E., *Arch Gen Psychiatry*, Vol. 41, N° 11, 1169-1177

Wallace CJ. (1993). Psychiatric rehabilitation. *Psychopharmacology Bulletin*, 29:537-548.

Warner R. & Atkinson M. (1988). The relationship between schizophrenic patients' perceptions of their parents and the course of their illness. *British Journal of Psychiatry*, 153; 344-353

Watzlavick P & Krieg P (1995). *El ojo del observador, Contribuciones al constructivismo*. De. Gedisa Barcelona

Weiner B., Perry P., & Magnusson J. (1988). An Attributional Analysis of Reactions to Stigmas. *Journal of Personality and Social Psychology* 55, 5, 738-748.

Weisman A., López S., Karno, M. & Jenkins J. (1993). An Attributional Analysis of Expressed Emotion in Mexican-American Families with Schizophrenia. *Journal of Abnormal Psychology*, 601-606.

Weisman A., López S. (1996). Family Values, Religiosidad, and Emotional Reactions to Schizophrenia in Mexican and Anglo-American Cultures. *Family Process*, 35, 227-237.

Weisman A.G, Nuechterlein K.H, Goldstein M.J, Snyder K.S. (1998). Expressed Emotion, attributions, and schizophrenia symptom dimensions. *J Abnorm Psychol*, 107(2): 355-9.

Werner, EE y Smith, RS (1992). *Overcoming the Odds: High Risk Children from Birth to Adulthood*. New York, NY: *Cornell University Press*;185

Wing JK. & Brown G. (1970). *Institutionalize and Schizophrenia: A comparative study of three mental hospitals*. Cambridge.

Witcher HU, Robins LN, Cottler LB, Sartorius N., Burke JD., Regier D., and participants in the Multicenter WHO/ADAMHA field Trials (1991). Cross-Cultural feasibility, reliability and sources of variance of the Composite International Diagnostic Interview (CIDI). *Br. J. Psychiatry* 159:645-653.

Apéndice 1

Instrumentos, su confiabilidad y puntaje

OPAF Opinión afectiva

(versión IIa)

PERCEPCIÓN AFECTIVA QUE TIENE EL
PACIENTE DE SU FAMILIAR
Instituto Mexicano de Psiquiatría

Fase: _____

Folio: ()
1 2 3 4

Nombre del familiar: _____

Edad: ()
5 6

Relación: madre: 1 padre: 2 otro fam: 3 ()
7

Nombre del paciente: _____

Edad: ()
8 9

Instrucción: Me gustaría que me platicara
acerca de cómo se lleva o cómo se relaciona
con su familia o familiar..:

1.-¿ Ud y su familia cuando conviven con
mayor frecuencia?

Califique con el número adecuado en el
paréntesis de abajo a la derecha:

- 1.- Todo el día () 10
- 2.- Media mañana
- 3.- Por la tarde
- 4.- Solamente por la noche
- 5.- Durante la comida o la cena
- 6.- Solo fines de semana

2.-¿Qué hacen juntos a menudo? () 11

- 1.- Muchas actividades dentro y fuera de la casa.
- 2.- Algunas actividades dentro y fuera de la casa.
- 3.- Pocas actividades solo en casa.
- 4.- Casi nunca o nunca realizamos actividades juntos.

3.-¿Le gusta lo que hacen juntos? () 12

- 1- si me agrada
- 2- más o menos me agrada
- 3- no me agrada

4.- ¿Qué le gustaría hacer con su familiar que
no hace? () 13

- 1.- diversiones, viajes, etc.
- 2.- convivir, platicar, no pelear, etc.
- 3.- nada

Otros

comentarios _____

5.- ¿Porqué cree que no lo hace? () 14

- 1.- Por falta de recursos y/o tiempo.
- 2.- Por mi enfermedad
- 3.- por falta de deseo, apatía, distanciamiento.
- 4.- Por la edad de mis padres

Otros

comentarios _____

6.- ¿Qué opinión tiene usted de como lo trata su
o sus familiar(es)?

califique con:

Muy bien bien regular mal muy mal ns. nc

1 2 3 4 5 9

Su Mamá () 15

Su Papá () 16

Su(s) Hermano(s) () 17

Otro(s) familiar(s) () 18

Comentario del
paciente: _____

Qué es lo que más le hace sentir cada día su familiar.....A Ud:

Irritabilidad:

7.- ¿Con qué frecuencia su o sus familiar(es) se enfadan, exasperan levantan la voz (grita), se alteran, se impacientan o pelean con Ud?

Califique con:
Nunca o casi nunca..... 1
De vez en cuando.....2
Casi siempre o siempre3
NS. NC.9

Características de Irritabilidad:

Madre Padre Hermano Otro

1.- Gritos, molestias, insultos con palabras
()19 ()20 ()21 ()22

2.- Acciones violentas, pelean, agreden con golpes
()23 ()24 ()25 ()26

Otras especifique _____

8.- ¿ Si menciona, que nunca nadie le ha mostrado irritabilidad. Sondear.

a) ¿Alguna vez ocurrieron muestras de irritabilidad antes del problema?

b) ¿Por qué piensa que ocurre que no se enojan con UD?

Indiferencia:

9.- ¿Con frecuencia su o sus familiar(es) lo tratan con indiferencia, lo ignoran etc?

Califique con:
Nunca o casi nunca..... 1
De vez en cuando.....2
Casi siempre o siempre.....3
NS. NC.....9

Madre Padre Hermano Otro

1.- No le hacen caso, lo tratan con desinterés frialdad, desamor, casi no le hablan
()27 ()28 ()29 ()30

Otras
especifique _____

10.- Si se menciona, que nunca nadie le ha demostrado indiferencia? Sondear

a) ¿Nunca lo han anulado o ignorado o tratado con indiferencia?

b) ¿Alguna vez ocurrió esto antes del problema?

c) ¿Porqué piensa que ocurre que no lo anulan a UD?

Sobreprotección:

11.- Con qué frecuencia su o sus familiar(es) no le dejan hacer nada, lo sobreprotegen, lo cuidan con exageración, al grado de limitarlo en lo que quiere hacer.

- Califique con:
- Nunca o casi nunca.....1
 - De vez en cuando.....2
 - Casi siempre o siempre.....3
 - NS. NC.9

Característica de sobreprotección:

Madre Padre Hermano Otro

1.- Lo cuidan demasiado, no lo dejan salir de casa solo, no le permite tener amigos(as). No lo dejan hacer sus cosas personales, ni trabajar o estudiar (comida, aseo de su cuarto, toma de medicamentos y transportarse)

31 32 33 34

Otro especifique

12.- Si menciona, que nunca nadie le ha demostrado sobreprotección- protección, control de sus actividades? Sondear

a) ¿No lo han limitado en sus deseos? _____

b) ¿Alguna vez ocurrió esto antes de su enfermedad? _____

Afecto, interés, comprensión.

13.- ¿Con frecuencia su o sus familiar(es), le demuestran afecto, cariño.

- Califique con:
- Nunca o casi nunca.....1
 - De vez en cuando.....2
 - Casi siempre o siempre.....3
 - NS.NC.....9

Características de comprensión

Madre Padre Hermano Otro

1.- Le demuestran afecto, cariño, comprensión, platican con Ud.

35 36 37 38

Otro especifique

14.- Si menciona que nunca nadie le ha demostrado afecto o cariño? Sondear

a) ¿Antes de presentar el problema, le manifestaban afecto? _____

b) ¿Porque piensa que no le demuestran afecto o cariño? _____

15.-Me podría decir que siente por su familiar responsable de usted.

Sentimientos ()39

- 1.- muy positivos
- 2.- poco positivos
- 3.- negativos y positivos
- 4.- poco negativos
- 5.- muy negativos
- 6.- Indiferente

16.- ¿Cómo percibe usted su ambiente familiar?

()40

- 1.- Desagradable, hostil, tenso.
- 2.- Agradable, cordial, armonioso.
- 3.- Ambos (incluye demostraciones agradables y desagradables).

Otros especifique _____

CONFIABILIDAD

PERCEPCIÓN AFECTIVA QUE TIENE EL PACIENTE DE SU FAMILIAR OPAF

La formula aplicada para el análisis de consistencia interna fue la siguiente:

Forma general del modelo ALPHA de Cronbach estandarizado (α_s)

$$\alpha_s = \frac{K \bar{r}}{1 + [(K-1) r]}$$

Donde:

K= número de ítems.

R= la media de las correlaciones entre los ítems.

El resultado de este análisis fue de un Alpha estandarizada de 0.6278. Después se hizo un análisis por secciones y los resultados se muestran en la tabla 1.

Tabla 1.

SECCIONES	ALPHA
Irritabilidad	.5184
Indiferencia	.5350
Sobreprotección	.5729
Afecto	.1410

Los resultados por reactivo a partir de la pregunta 6 y hasta la 16 (ver anexo 1) fueron los siguientes: (tabla 2).

Tabla 2.

No. de campo	ALPHA
15	.6058
16	.6133
17	.6098
18	.6372
19	.6155
20	.6130
21	.6080
22	.6122
23	.5829
24	.5969
25	.5720
26	.5976
27	.5639
28	.5795
29	.5848
30	.6128
31	.5979
32	.6080
33	.6119
34	.5967
35	.5939
36	.6118
37	.6072
38	.6118

PERCEPCIÓN AFECTIVA QUE TIENE EL PACIENTE DE SU FAMILIAR

El puntaje de opinión afectiva se tomó de la suma de las distintas variables del cuestionario de OPAF, que son; agresión verbal y física, indiferencia, sobreprotección y falta de afecto, estas tenían una escala de 1 a 3 y la dirección fue a mayor puntaje, más negativa era la opinión del paciente acerca del familiar.

La variable que corresponde a falta de afecto, se le invirtió el sentido, ya que medía la presencia de afecto y el sentido era diferente a las demás variables del cuestionario.

EMOCIÓN EXPRESADA DEL FAMILIAR
GUANILO Y SECLÉN

FOLIO _____
FASE _____

PRESENTACIÓN:

Este es un cuestionario en el que usted encuentra situaciones que comúnmente pueden presentarse cuando hay un miembro con enfermedad mental en casa. Ante estas situaciones usted tiene la oportunidad de recordar su reacción o sentimiento contestando a todas las preguntas que a continuación se le presentan. De sus respuestas francas y sinceras será posible ayudarlo a mejorar su relación con él.

Instrucciones:

Usted deberá poner una cruz (X) dentro del casillero que mejor describa su respuesta. Deberá decidir entre las siguientes opciones:

- SI NUNCA SIENTE O REACCIONA ponga la (X) en el casillero NUNCA.
- SI LO HACE POCAS VECES en tal caso pondrá un (X) en CASI NUNCA.
- SI LO HACE MÁS VECES en este caso ponga la (X) en el casillero de CASI SIEMPRE.
- SI ES MUY A MENUDO su reacción o sentimiento ponga la (X) en el casillero SIEMPRE.

EJEMPLO:	NUNCA	CASI NUNCA	CASI SIEMPRE	SIEMPRE
Ej: Se ríe usted cuando le cuentan chistes colorados				X
	NUNCA	CASI NUNCA	CASI SIEMPRE	SIEMPRE
1.- Cuando veo a mi familiar enfermo encerrado en su cuarto lo regaño para que ayude en casa.				
2.- Tengo cuidado de que a donde vaya mi familiar lo haga acompañado				
3.- No me importa que mi familiar se descuide de su vestido como de su higiene.				
4.- Siento desesperación, lloro frente a él por las cosas que este hace.				
5.-Exijo a mi familiar que se esfuerce por adaptarse a las normas de la casa al igual que los demás.				
6.- Me es imposible ocultar mi sufrimiento cuando estoy con mi familiar enfermo.				
7.- La enfermedad de mi familiar no lo hace responsable de los problemas que existen en la casa.				

8.- Cuando mi familiar intenta realizar algo en casa no lo dejo que actúe solo.

9.- Estoy acostumbrado(a) al poco interés de mi familiar por que tengo otras preocupaciones mayores

10.- Desde que se inicio la enfermedad de mi familiar tengo que cuidarlo siempre.

11.- Tengo que hacer todo por mi familiar enfermo porque no sabe lo que hace.

12.- Mi familiar no hace nada por si solo, sin embargo no me molesta.

13.- No es por culpa de mi familiar enfermo que no tengo las recompensas que merezco.

14.- Mi responsabilidad es hacer que mi familiar permanezca tranquilo descansado en casa.

15.- Cuando converso con mi familiar termino molestándome por lo confuso de su conversación

16.- La mortificación que sentía antes ya no la siento.

17.- Cada vez que puedo le saco en cara todo lo que me hace sufrir a mi familiar enfermo.

18.- Me molesto cuando veo a mi familiar desganado

19.- Por la enfermedad de mi familiar la vida ya no es la misma, por eso procuramos apartarlo.

20.- Dejo a mi familiar sólo por su cuenta.

21.- El saber que la enfermedad de mi familiar es incurable me ha llevado a acostumbrarme a él.

22.- Trato de no ser duro con mi familiar

23.- Por la tranquilidad de mi familia prefiero mantener a mi paciente encerrado en su cuarto.

24.- Constantemente tengo que estar advirtiéndole a mi familiar para prevenir las imprudencias que pueda cometer.

	NUNCA	CASI NUNCA	CASI SIEMPRE	SIEMPRE
8.- Cuando mi familiar intenta realizar algo en casa no lo dejo que actúe solo.				
9.- Estoy acostumbrado(a) al poco interés de mi familiar por que tengo otras preocupaciones mayores				
10.- Desde que se inicio la enfermedad de mi familiar tengo que cuidarlo siempre.				
11.- Tengo que hacer todo por mi familiar enfermo porque no sabe lo que hace.				
12.- Mi familiar no hace nada por si solo, sin embargo no me molesta.				
13.- No es por culpa de mi familiar enfermo que no tengo las recompensas que merezco.				
14.- Mi responsabilidad es hacer que mi familiar permanezca tranquilo descansado en casa.				
15.- Cuando converso con mi familiar termino molestándome por lo confuso de su conversación				
16.- La mortificación que sentía antes ya no la siento.				
17.- Cada vez que puedo le saco en cara todo lo que me hace sufrir a mi familiar enfermo.				
18.- Me molesto cuando veo a mi familiar desganado				
19.- Por la enfermedad de mi familiar la vida ya no es la misma, por eso procuramos apartarlo.				
20.- Dejo a mi familiar sólo por su cuenta.				
21.- El saber que la enfermedad de mi familiar es incurable me ha llevado a acostumbrarme a él.				
22.- Trato de no ser duro con mi familiar				
23.- Por la tranquilidad de mi familia prefiero mantener a mi paciente encerrado en su cuarto.				
24.- Constantemente tengo que estar advirtiéndole a mi familiar para prevenir las imprudencias que pueda cometer.				

**REACTIVOS DEL CEEE AGRUPADOS POR CADA COMPONENTE DE LA EMOCIÓN
EXPRESADA (CRITICA, SOBREPOTECCIÓN Y HOSTILIDAD)**

Crítica

No. de reactivo	Reactivo
1	Cuando veo a mi familiar enfermo encerrado en su cuarto lo regaño para que me ayude en casa.
3	No me importa que mi familiar se descuide de su vestido como de su higiene.
5	Exijo a mi familiar que se esfuerce por adaptarse a las normas de la casa al igual que los demás.
9	Estoy acostumbrado(a) al poco interés de mi familiar por que tengo otras preocupaciones mayores.
15	Cuando converso con mi familiar termino molestándome por lo confuso de su conversación
16	La mortificación que sentía antes ya no la siento.
18	Me molesto cuando veo a mi familiar desganado
27	Me da coraje que mi familiar no entienda claramente lo que quiero decir.
29	A pesar de que se lo digo, me da coraje cuando mi familiar enfermo no se da cuenta que lo que hace me fastidia.
30	Procuro hacerle sentir vergüenza a mi familiar enfermo para que deje de hacer algunas cosas desagradables.

* La crítica alta es resultado de la suma de respuestas que en su mayoría son de casi siempre o siempre por lo que obtienen puntajes altos, la baja es el resultado de la suma de respuestas predominantemente de casi nunca o nunca que sumen puntajes bajos.

Sobrepotección

No. de reactivo	Reactivo
2	Tengo cuidado de que a donde vaya mi familiar lo haga acompañado.
4	Siento desesperación, lloro frente a él por las cosas que este hace.
6	Me es imposible ocultar mi sufrimiento cuando estoy con mi familiar enfermo.
8	Cuando mi familiar intenta realizar algo en casa no lo dejo que actúe solo.
10	Desde que se inicio la enfermedad de mi familiar tengo que cuidarlo siempre.
11	Tengo que hacer todo por mi familiar enfermo porque no sabe lo que hace.
12	Mi familiar no hace nada por sí solo, sin embargo no me molesta.
14	Mi responsabilidad es hacer que mi familiar permanezca tranquilo descansado en casa.
20	Dejo a mi familiar sólo por su cuenta.
26	En casa estoy al pendiente de lo que pueda necesitar mi familiar enfermo.

* La sobreprotección alta es resultado de la suma de respuestas que en su mayoría son de casi siempre o siempre por lo que obtienen puntajes altos, la baja es el resultado de la suma de respuestas predominantemente de casi nunca o nunca que sumen puntajes bajos.

Hostilidad

No. de reactivo	Reactivo
7	La enfermedad de mi familiar no lo hace responsable de los problemas que existen en la casa.
13	No es por culpa de mi familiar enfermo que no tengo las recompensas que merezco.
17	Cada vez que puedo le saco en cara todo lo que me hace sufrir a mi familiar enfermo.
19	Por la enfermedad de mi familiar la vida ya no es la misma, por eso procuramos apartarlo.
21	El saber que la enfermedad de mi familiar es incurable me ha llevado a acostumbrarme a él.
22	Trato de no ser duro con mi familiar.
23	Por la tranquilidad de mi familia prefiero mantener a mi paciente encerrado en su cuarto.
24	Constantemente tengo que estar advirtiéndole a mi familiar para prevenir las imprudencias que pueda cometer.
25	Las continuas recaídas de mi familiar me han llegado a cansar tanto que siento ganas de internarlo en el hospital.
28	Ya no puedo hacer nada por la enfermedad de mi familiar es un caso perdido.

La hostilidad alta es resultado de la suma de respuestas que en su mayoría son de casi siempre o siempre por lo que obtienen puntajes altos, la baja es el resultado de la suma de respuestas predominantemente de casi nunca o nunca que sumen puntajes bajos.

CONFIABILIDAD Y CODIFICACIÓN CEEE

Emoción Expresada

Confiabilidad

Para población mexicana se hizo un estudio piloto con 27 casos, el método utilizado para el análisis de confiabilidad fue el mismo que el de OPAF, obteniendo una Alpha estandarizada de Cronbach de 0.8570 (Rascón, 1995). Los resultados por reactivo fueron los siguientes: (tabla 3).

Tabla 3.

Clasificación por reactivo	ALPHA
1 Cri *	.8341
2 Sob *	.8383
3 Cri	.8399
4 Sob	.8393
5 Cri	.8266
6 Sob	.8386
7 Hos *	.8366
8 Sob	.8448
9 Cri	.8352
10 Sob	.8313
11 Sob	.8344
12 Sob	.8395
13 Hos	.8373
14 Sob	.8512
15 Cri	.8271
16 Cri	.8306
17 Hos	.8322
18 Cri	.8368
19 Hos	.8293
20 Hos	.8436
21 Hos	.8358
22 Hos	.8411
23 Hos	.8342
24 Hos	.8265
25 Hos	.8372
26 Sob	.8401
27 Cri	.8233
28 Hos	.8373
29 Cri	.8262
30 Cri	.8194

* Clasificación por pregunta:

Cri: Crítica

Sob: Sobreinvolucramiento

Hos: Hostilidad

Proceso para la obtención de los puntajes de las variables

El puntaje de emoción expresada se tomó directamente del cuestionario CEEE, al igual que los niveles bajo y alto.

Las respuestas del cuestionario se codifican utilizando una escala de tipo Likert de 1 a 4, donde 1= "nunca", 2= "casi nunca", 3= "casi siempre" y 4= "siempre". Los reactivos se agrupan en tres, crítica, sobreprotección y hostilidad, (para agrupación de reactivos ver cuadro de evaluación), se suman sus puntajes de cada grupo para obtener el nivel de cada componente de la emoción expresada. Después se hace una sumatoria global de los tres grupos de reactivos para obtener el nivel de emoción expresada. Para facilitar este procedimiento es necesario una hoja donde vienen agrupados los reactivos (ver siguiente anexo). Para determinar si el nivel es alto o bajo en los componentes (crítica, sobreprotección y hostilidad) se utiliza un punto de corte en los puntajes, (ver tabla 4) lo mismo para determinar el nivel de emoción expresada. (ver tabla 5) (Guanilo y Seclén, 1993).

Tabla 4.

Componentes	Puntajes
Alta	40 - 25
Baja	24 - 10

Tabla 5.

Nivel de Emoción Expresada	Puntajes
Alta	120 - 65
Baja	64 - 30

CUADRO DE EVALUACIÓN DEL NIVEL DE EMOCIÓN EXPRESADA (VACIADO DE RESPUESTAS)

FOLIO:

EVALUACIÓN DEL NIVEL DE EMOCIÓN EXPRESADA

SUJETOS SUBTEST	N				C				S				H			
	N	C	S	H	N	C	S	H	N	C	S	H	N	C	S	H
CRITICA																
1C																
3C																
5C																
9C																
15C																
16C																
18C																
27C																
29C																
30C																
SUB-TOTAL:																
SOBREPROTECCION																
2S																
4S																
6S																
8S																
10S																
11S																
12S																
14S																
20S																
26S																
SUB-TOTAL:																
HOSTILIDAD																
7H																
13H																
17H																
19H																
21H																
22H																
23H																
24H																
25H																
28H																
SUB-TOTAL:																
TOTAL	C: S: H: (NEE):															

ESCALA DE EVALUACION DE LA CONDUCTA

DEL PACIENTE

(SBAS)

SECCIONES A, B, C, D, y F

ESCALA DE EVALUACION DE LA CONDUCTA

N° DE ENTREVISTA _____
 1 2 3 4

DEL PACIENTE
 (Segunda Edición)

INFORMACION GENERALMENTE OBTENIDA
 ANTES DE LA ENTREVISTA

PACIENTE

SEXO 1. Masculino _____
 2. Femenino _____
 5

EDAD años _____
 6 7

PACIENTE.....

STATUS MARITAL

1. Casado o unión marital _____
 2. Soltero _____
 3. Viudo _____
 4. Separado o divorciado _____
 8

INFORMANTE.....

OCUPACION DEL PACIENTE:

ENTREVISTADOR.....

9

CALIFICADOR.....

1. Profesional, doctor, abogado, etc.
 Magnate industrial o de negocios,
 Ministros, subsecretarios de
 Gobierno.

FECHA DE LA ENTREVISTA.....

2. Industrial término medio, hombre
 de negocios, funcionario bancario, de
 relaciones públicas, auditor,
 contador público, cabeza de alguna
 oficina, inversionista, piloto
 aviador, actor, cineasta.

FECHA DE LA CALIFICACION.....

3. Empleado bancario, empleado
 burócrata en oficina, dueño de una
 tienda pequeña, agente viajero,
 profesor de primaria, contador
 privado, secretaria, sobrecargo,
 recepcionista.

NUMERO DE LA ENTREVISTA.....

4. Carpintero, mecánico, sastre,
 electricista, plomero, policía
 bancario, agente de tránsito, agente
 judicial, agente de ventas,
 radiotécnico de laboratorio,
 cobrador.

STEPHEN PLATT

ANNE WEYMAN

STEVEN HISRSCH

5. Obrero no calificado, mesero,
 taxista, peluquero (exceptuando al
 dueño que estaría en el nivel 3)
 policía auxiliar, albañil,
 hojalatero, panadero, talabartero,
 joyero, relojero, afanadora, chofer,
 pintor, comerciante, cantinero,
 tramboyista, cocinero, carnicero,
 fotógrafo, herrero.

COPYRIGHT (C) 1977

DERECHOS RESERVADOS

6. Barrendero, bolero, portero, soldado raso, campesino, boxeador.

7. Hogar.

8. Desocupado.

9. Estudiante

ESCOLARIDAD DEL PACIENTE

10

1. Título universitario ó 1 ó más años de carrera universitaria
2. Curso 1 ó más años o terminó la preparatoria, normal o equivalente
3. Terminó la secundaria o su equivalente
4. 1 ó 2 años de secundaria o su equivalente
5. Terminó la primaria
6. No terminó la primaria
7. Nunca asistió

LUGAR QUE OCUPA EN LA FAMILIA (APROXIMACION ENTRE EL NUMERO DE HIJOS)

1. Hijo único
2. Primeros lugares
3. Lugares medios
4. Ultimos lugares

11

INFORMANTE

SEXO 1 = Masculino

2 = Femenino

12

RELACION CON EL PACIENTE

- 0 = esposa (o)
- 1 = padre (madre)
- 2 = hijo (a)
- 3 = otro pariente
- 4 = amigo/vecino (especifique)
- 5 = otra (especifique)

13

VIVE EN EL MISMO DOMICILIO DEL PACIENTE

- 0 = No
- 1 = Sí

14

DESDE CUANDO VIVE EN EL MISMO DOMICILIO EL PACIENTE

0 = Menos de 1 año

1 = De 1 a 5 años

2 = De 6 a 10 años

3 = 11 años o más

4 = Siempre

9 = No vive en el mismo domicilio

15

OCUPACION DEL INFORMANTE

1. Profesional, doctor, abogado, etc. Magnate industrial o de negocios, Ministros, subsecretarios de Gobierno.
2. Industrial término medio, hombre de negocios, funcionario bancario, de relaciones públicas, auditor, contador público, cabeza de alguna oficina, inversionista, piloto aviador, actor, cineasta.

16

3. Empleado bancario, empleado burócrata en oficina, dueño de una tienda pequeña, agente viajero, profesor de primaria, contador privado, secretaria, sobrecargo, recepcionista.

4. Carpintero, mecánico, sastre, electricista, plomero, policía bancario, agente de tránsito, agente judicial, agente de ventas, radiotécnico de laboratorio, cobrador.

5. Obrero no calificado, mesero, taxista, peluquero (exceptuando al dueño que estaría en el nivel 3) policía auxiliar, albañil, hojalatero, panadero, talabartero, joyero, relojero, afanadora, chofer, pintor, comerciante, cantinero, tramboyista, cocinero, carnicero, fotógrafo, herrero.

6. Barrendero, bolero, portero, soldado raso, campesino, boxeador.

7. Hogar.

8. Desocupado.

9. Jubilado.

ESCOLARIDAD DEL INFORMANTE

17

1. Título universitario ó 1 ó más años de carrera universitaria
2. Terminó la preparatoria, la normal o equivalente
3. Terminó la secundaria o su equivalente
4. 1 ó más años de secundaria o su equivalente
5. Terminó la primaria
6. No terminó la primaria
7. Nunca asistió

CIRCUNSTANCIAS DOMESTICAS:

18

1. Vive con la esposa (o)
2. Vive con uno o ambos padres
3. Vive con sus niños (hijos)
4. Vive con otros parientes/amigos (especifique)
5. Vive solo
6. No tiene domicilio fijo, vive en el hospital, en un hotel o en otra institución.

DIAGNOSTICO CLINICO

19

- 1 = Condiciones orgánicas
- 2 = Condiciones psicóticas funcionales (ESQUIZOFRENIA)
- 3 = Dependencias de drogas
- 4 = Trastornos neuróticos

FRECUENCIA DE RECAIDA Y HOSPITALIZACION

20

- 0 = Ninguna vez
- 1 = Primera vez (con hospitalización)
- 2 = Segunda recaída (con hospitalización)
- 3 = Tercera recaída (con hospitalización)
- 4 = Cuarta recaída (con hospitalización)

SECCION A - INTRODUCCION

(El entrevistador debe explicar el estudio poniendo énfasis en sus beneficios para el informante y para el futuro de otros que se encuentran en situaciones similares. El entrevistador también deberá subrayar la naturaleza confidencial de la entrevista).

A.1 Me pregunto si podríamos empezar preguntándole un poco en relación a datos sobre usted y la familia en forma tal que pueda obtener una mejor imagen global de la situación.

A.2 En el último. (tiempo/periodo), ¿Qué tan a menudo vio usted a S?

FRECUENCIA DE CONTACTO

21

- 1 = Todos los días
- 2 = de dos a seis veces por semana
- 3 = una vez por semana
- 4 = por lo menos una vez (periódicamente) en dos semanas o más
- 5 = en absoluto

A.3 ¿Podría decirme quiénes viven con usted?

<u>NOMBRE Y RELACION</u>	<u>EDAD</u>	<u>PRESENCIA</u>
<u>CON EL INFORMANTE</u>		<u>DE</u>
		<u>ENFERMEDAD</u>

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____
7. _____
8. _____
9. _____
10. _____

Número total de adultos (Casilla 22 y 23)

22 23

Número total de adultos excluyendo al informante y al paciente (Casilla 24 y 25)

24 25

Número de niños (Casillas 26 y 27)

26 27

Número de niños

edad 0 - 4 (Casilla 28) _____ 28
edad 5 - 11 (Casilla 29) _____ 29
edad 12 - 16 (Casilla 30) _____ 30

A.4 ¿Cuántos años tiene usted?

EDAD DEL INFORMANTE

.....años _____
(Casilla 31 y 32) 31 32

A.5 ¿PODRÍA DARME ----- ALGUNA BREVE EXPLICACION DEL PROBLEMA DE S?

¿CUANDO NOTO POR PRIMERA OCAISION QUE HABIA ALGO MAL?

TIEMPO DE APARICION DEL PROBLEMA DEL PACIENTE

33

- 1 = < 1 mes
- 2 = > 1 mes < 3 meses
- 3 = > 3 meses < 1 año
- 4 = > 1 año < 2 años
- 5 = 2 años
- 6 = 3 años
- 7 = 4 años
- 8 = 5 años o más (especifique)

A.6 ¿Desde cuando notó por primera vez que algo andaba mal, ¿se ha comportado S en forma extraña todo el tiempo?

PERSISTENCIA DEL PROBLEMA DEL PACIENTE

34

0 = No persistente
1 = Persistencia
Si la calificación es de 0, haga la pregunta A.8; si la calificación es de 1, pase directamente la pregunta A.7).

A.7 ¿Cuándo comenzó el problema actual de S?

TIEMPO DE APARICION DEL EPISODIO ACTUAL

35

- 0 = < 1 semana
- 1 = > 1 semana < 1 mes
- 2 = > 1 mes < 3 meses
- 3 = > 3 meses < 1 año
- 4 = > 1 año < 2 años
- 5 = > 2 años
- 9 = NO APLICABLE

A.8 (Si la calificación para la pregunta 6 es de 1)

¿Desde cuando notó por primera vez que algo andaba mal con S, ¿se ha empeorado, se ha mantenido igual o ha mejorado?

(Si la calificación para la pregunta 6 fue de 0)

(Se encuentra S peor que antes en esta ocasión? ¿Igual o no tan mal?)

NIVEL DE SEVERIDAD DEL PROBLEMA DEL PACIENTE

36

- 1 = Igual
- 2 = Más severo
- 3 = Menos severo

A.10 ¿Podría decirme un poco más sobre lo que ha estado sucediendo con S en el último (tiempo/periodo)

Especifique

SECCION B - CONDUCTA DEL PACIENTE

- 1 Depresión
- 2 Aislamiento
- 3 Lentitud
- 4 Olvido
- 5 Subactividad
- 6 Sobredependencia
- 7 Indecisión
- 8 Preocupación
- 9 Temor
- 10 Obsesionabilidad
- 11 Ideas extravagantes
- 12 Hiperactividad
- 13 Impredictibilidad
- 14 Irritabilidad
- 15 Rudeza
- 16 Violencia
- 17 Suicidio
- 18 Conducta ofensiva
- 19 Ingestión excesiva de alcohol
- 20 Auto-descuido
- 21 Quejas relacionadas con molestias corporales o dolores
- 22 Conducta extravagante.

Ya me ha hablado un poco sobre la forma en la que S se ha estado comportando en el último Ahora me gustaría hacerle unas preguntas más detalladas sobre estos puntos. Voy a repasar una lista de la forma en que algunas personas se comportan en estas situaciones y quizá me pueda decir si S se ha comportado de esa manera. A todo mundo le hacemos las mismas preguntas por lo que obviamente muchas de estas cosas no se aplicarán a S.

NOTAS PARA EL ENTREVISTADOR

Las siguientes preguntas son utilizadas para los niveles de aparición y aflicción a lo largo de esta sección cuando una conducta es calificada como presente.

APARICION: ¿Cuándo notó por primera vez que S..... (de un ejemplo de la conducta)?

AFLICCION: ¿Cómo se sintió cuando S..... (de un ejemplo de la conducta)?

¿Se deprimió/asombró/afligió/preocupó por ello?

(Si el informante no expresa aflicción y la conducta ha estado presente por lo menos durante el último año)

¿A qué se debe? ¿Es que se ha acostumbrado a la misma?

(Si el informante expresa alguna aflicción)

¿Sintió usted que no podría tolerar.....(de un ejemplo de la conducta) por más tiempo?

¿Qué tendría que abandonar el hogar o de lo contrario se enfermaría?

(VER EL MANUAL PARA INSTRUCCIONES SOBRE LA CALIFICACION) DESDE LA ULTIMA HOSPITALIZACION.

B.1 DEPRESION

P: ¿En el último (tiempo/periodo)..... estaba S deprimido o desanimado?
 ¿Lloraba?
 ¿Se comportaba en forma triste y no sonreía?
 ¿Respondía S a los intentos por animarlo?
 ¿Señaló S que no valía la pena vivir?
 ¿Estaba S deprimido todo el tiempo?

NIVEL DE SUFRIMIENTO DEL PACIENTE

 37

- 0 = poca o ninguna depresión
- 1 = lloraba o estaba obviamente deprimido parte del tiempo
- 2 = rara vez animado; no responde a intentos por animarlo

TIEMPO DE APARICION

 38

- 1 = < 1 semana
- 2 = > 1 semana < 3 meses
- 3 = > 3 meses < 1 año
- 4 = > 1 año
- 5 = No hubo cambio
- 9 = No presenta depresión

PREOCUPACION DEL INFORMANTE

 39

- 0 = Ausencia
- 1 = Presencia
- 2 = Resignación
- 9 = No presenta depresión

B.2 AISLAMIENTO

P: ¿Se encerró S en sí mismo durante el último (tiempo/periodo)?
 ¿No platicaba?
 ¿Se comportó en forma asocial?
 ¿Respondía S cuando se le dirigía la palabra?
 ¿Se rehusaba a conocer personas?
 ¿Se comportaba de esta manera todo el tiempo?

NIVEL DE AISLAMIENTO DEL PACIENTE

 40

- 0 = Normalmente sociable
- 1 = Socialmente aislado y solitario pero se mezcla con otras personas si se le anima a hacerlo
- 2 = Nunca sociable, aun cuando se le anime a hacerlo

PERIODO DE APARICION

 41

- 1 = < 1 semana
- 2 = > 1 semana < 3 meses
- 3 = > 3 meses < 1 año
- 4 = > 1 año
- 5 = No hubo cambio
- 9 = No presenta aislamiento

PREOCUPACION DEL INFORMANTE

 42

- 0 = Ausencia
- 1 = Presencia
- 2 = Resignación
- 9 = No presenta aislamiento

B.3 LENTITUD En el último (tiempo/periodo).....

P: ¿Mostró S lentitud en sus movimientos y actividades?
 ¿Le tomaba mucho tiempo el vestirse?
 ¿El comer sus alimentos? ¿El lavarse?, etc.
 ¿Mostraba S tanta lentitud al punto de resultar peligrosa?

NIVEL DE LENTITUD DEL PACIENTE

 43

- 0 = Ninguna
- 1 = Le toma un lapso excepcionalmente largo el cumplir sus tareas
- 2 = Lentitud extrema al punto de resultar peligrosa para sí mismo o para otros.

PERIODO DE APARICION

 44

- 1 = < 1 semana
- 2 = > 1 semana < 3 meses
- 3 = > 3 meses < 1 año
- 4 = > 1 año
- 5 = No hubo cambio
- 9 = No presenta lentitud

PREOCUPACION DEL INFORMANTE

 45

- 0 = Ausencia
- 1 = Presencia
- 2 = Resignación
- 9 = No presenta lentitud

B.4 OLVIDO En el último
(tiempo/periodo).....

- P: ¿Tuvo problemas S para recordar cosas cotidianas?
¿Olvidaba dónde ponía cosas tales como llaves o dinero?
¿Se olvidaba S de haber hecho cosas que podrían provocar daño, ej. olvidar que había comenzado a cocinar algo?
¿Olvidaba su camino de regreso a casa?

NIVEL DE OLVIDO DEL PACIENTE

46

- 0 = Nulo o no frecuencia
1 = Lapsos de memoria definibles
2 = Tan olvidadizo que no puede confiársele el hacer nada solo, ej. cocinar, ir de compras, viajar

PERIODO DE APARICION

47

- 1 = < 1 semana
2 = > 1 semana < 3 meses
3 = > 3 meses < 1 año
4 = > 1 año
5 = No hubo cambio
9 = No presenta olvidos

PREOCUPACION DEL INFORMANTE

48

- 0 = Ausencia
1 = Presencia
2 = Resignación
9 = No presenta olvidos

B.5 SUBACTIVIDAD En el último
(tiempo/periodo).....

- P: ¿Tendió S a tener muy poca actividad?
¿Permanece S sentado sin moverse en un lugar por un largo periodo de tiempo?
¿Permanece S en cama por largos periodos de tiempo?
¿Pasa S la mayor parte del tiempo sin hacer nada?
¿Se uniría S a alguna actividad de sugerírsele?

NIVEL DE SUBACTIVIDAD DEL PACIENTE

49

- 0 = Se mantiene activo la mayor parte del tiempo sin sugerírsele
1 = Subactividad definible pero responde cuando se le anima a hacer cosas
2 = Subactividad extrema, se pasa la mayor parte del tiempo sin hacer nada y no responde cuando se le anima a hacer las cosas

PERIODO DE APARICION

50

- 1 = < 1 semana
2 = > 1 semana < 3 meses
3 = > 3 meses < 1 año
4 = > 1 año
5 = No hubo cambio
9 = No presenta subactividad

PREOCUPACION DEL INFORMANTE

51

- 0 = Ausencia
1 = Presencia
2 = Resignación
9 = No presenta subactividad

B.6 SOBREDEPENDENCIA En el último (tiempo/periodo).....

P: ¿Se aferró S a usted o le seguía a donde fuera?
¿Si sale usted de la habitación, le sigue S?
¿Se resiste S a ser dejado solo aún durante periodos breves?

NIVEL DE SOBREDEPENDENCIA DEL PACIENTE

52

- 0 = Normalmente independiente
- 1 = Sigue a las personas por algún rato
- 2 = No permanece solo ni siquiera por minutos

PERIODO DE APARICION

53

- 1 = < 1 semana
- 2 = > 1 semana < 3 meses
- 3 = > 3 meses < 1 año
- 4 = > 1 año
- 5 = No hubo cambio
- 9 = No presenta sobredependencia

PREOCUPACION DEL INFORMANTE

54

- 0 = Ausencia
- 1 = Presencia
- 2 = Resignación
- 9 = No presenta sobredependencia

B.7 INDECISION En el último (tiempo/periodo).....

P: ¿Le resultaba difícil a S el tomar una decisión?
¿Tendía a evitar el decidir sobre cosas?
¿Tenía problemas para decidir que ponerse o para decidir entre salir o quedarse en casa? ¿Para decidir que comer?
¿Estaba tan indeciso/indecisa sobre el que hacer que prefería no hacer las cosas? Por ejemplo, no iba a trabajar debido a que no podía decidir que ponerse.

NIVEL DE INDECISION DEL PACIENTE

55

- 0 = Nula
- 1 = Algo
- 2 = Tan indeciso/indecisa que otras actividades quedan severamente imposibilitadas.

PERIODO DE APARICION

56

- 1 = < 1 semana
- 2 = > 1 semana < 3 meses
- 3 = > 3 meses < 1 año
- 4 = > 1 año
- 5 = No hubo cambio
- 9 = No presenta indecisión

PREOCUPACION DEL INFORMANTE

57

- 0 = Ausencia
- 1 = Presencia
- 2 = Resignación
- 9 = No presenta indecisión

B.8 PREOCUPACION

P: ¿Encuentra S todos los eventos cotidianos como generadores de ansiedad o sumamente preocupantes?
 ¿Le preocupaba a S el hecho de salir fuera y encontrarse a amigos?
 ¿Le parecen a S extremadamente preocupantes los eventos simples de su trabajo?
 ¿Le preocupa a S el que algo terrible vaya a pasarle a él/ella o a otros?
 ¿Siempre se preocupó por estas dificultades?
 ¿Trató de evitar que otros hicieran cosas?
 Por ejemplo, impedir que los niños salieran fuera porque le preocupaba que algo terrible les fuera a pasar.

NIVEL DE PREOCUPACION DEL PACIENTE

58

- 0 = Nula
- 1 = Alguna, pero no totalmente preocupado
- 2 = Extrema. Constantemente afligido por preocupaciones o intenta cambiar la conducta de otros debido a sus preocupaciones

PERIODO DE APARICION

59

- 1 = < 1 semana
- 2 = > 1 semana < 3 meses
- 3 = > 3 meses < 1 año
- 4 = > 1 año
- 5 = No hubo cambio
- 9 = No presenta preocupación

PREOCUPACION DEL INFORMANTE

60

- 0 = Ausencia
- 1 = Presencia
- 2 = Resignación
- 9 = No presenta preocupación

B.9 TEMOR En el último (tiempo/periodo).....

P: ¿Presentaba S algunos temores poco comunes?
 ¿Temía el salir fuera?
 ¿Temía el estar en un espacio cerrado?
 ¿Estaba a menudo temeroso de animales o insectos?
 ¿Estaba S tan asustado/asustada que evitaba el salir?
 ¿Evitaba por ejemplo el aceptar "aventones"?
 ¿Daba largos rodeos para evitar animales o insectos?

NIVEL DE TEMOR DEL PACIENTE

61

- 0 = Ninguno o escaso
- 1 = Algunos temores poco comunes pero que no obstaculizan otras actividades
- 2 = Temores tan extremos que la situación que los provoca es totalmente evitada

PERIODO DE APARICION

62

- 1 = < 1 semana
- 2 = > 1 semana < 3 meses
- 3 = > 3 meses < 1 año
- 4 = > 1 año
- 5 = No hubo cambio
- 9 = No presenta temores

PREOCUPACION DEL INFORMANTE

63

- 0 = Ausencia
- 1 = Presencia
- 2 = Resignación
- 9 = No presenta temores

B.10 OBSESIONES En el último (tiempo/periodo).....

P: ¿Era S muy exigente o remilgado con respecto a hacer las cosas en una forma particular?
¿Tenía S una rutina para hacer las cosas, siempre en una forma determinada?
¿Se la pasaba checando que ciertas cosas se hicieran, por ejemplo, que se cerraran las puertas con llave?
¿Repetía S cosas una y otra vez, ej., lavarse las manos?
¿Era S incapaz de hacer otras cosas debido a estas conductas? ej., no era capaz de irse a trabajar porque se la pasaba checando que la puerta principal estuviera cerrada.

NIVEL DE OBSESIONABILIDAD

64

- 0 = Nula
- 1 = Algunas conductas obsesivas pero no obstaculizan seriamente otras actividades
- 2 = Conducta obsesiva extrema que obstaculiza seriamente otras actividades

APARICION

65

- 1 = < 1 semana
- 2 = > 1 semana < 3 meses
- 3 = > 3 meses < 1 año
- 4 = > 1 año
- 5 = No hubo cambio
- 9 = No presenta obsesiones

PREOCUPACION DEL INFORMANTE

66

- 0 = Ausencia
- 1 = Presencia
- 2 = Resignación
- 9 = No presenta obsesiones

B.11 IDEAS EXTRAVAGANTES En el último (tiempo/periodo)....

P: ¿Expresó S alguna idea extraña o poco común?
¿Señaló que la gente estaba contra él/ella, que querían herirlo/a o que hablaban de él/ella?
¿Lo acusó a usted o a otras personas de estar conspirando contra él/ella?
¿Estaba irracionalmente celoso de usted o de alguien más?
¿Dijo alguna vez que había escuchado voces o visto cosas que de hecho no estaban presentes?
¿Pensaba que tenía una enfermedad física seria de la cual no existía una buena evidencia?
¿Estaba S totalmente preocupado por estas ideas?
¿Estaba S, de hecho, totalmente fuera de la realidad?

NIVEL DE IDEAS EXTRAVAGANTES DEL PACIENTE

67

- 0 = Nulas
- 1 = Algunas ideas extravagantes pero no totalmente inquietantes
- 2 = Ideas extremadamente extravagantes, únicamente un contacto mínimo con la realidad.

PERIODO DE APARICION

68

- 1 = < 1 semana
- 2 = > 1 semana < 3 meses
- 3 = > 3 meses < 1 año
- 4 = > 1 año
- 5 = No hubo cambio
- 9 = No presenta ideas extravagantes

PREOCUPACION DEL INFORMANTE

69

- 0 = Ausencia
- 1 = Presencia
- 2 = Resignación
- 9 = No presenta ideas extravagantes

B.12 HIPERACTIVIDAD En el último
(tiempo/periodo).....

P: ¿Estaba S excesivamente alegre,
agitado o excitado?
¿Era ruidoso/a? ¿Gritaba
demasiado?
¿Hablaba incesantemente?
¿Era inquieto(a)? ¿Incapaz de
estar sentado durante toda la
comida?
¿Se levantaba por las noches y
se ponía a hacer cosas que por
lo general constituyen
actividades de día? (Ej.,
limpiar la casa) ¿Si intentaba
persuadirlo de dejar de ser
tan activo(a), respondía a sus
esfuerzos?

NIVEL DE HIPERACTIVIDAD DEL PACIENTE

70

- 0 = Nula
- 1 = Conducta definiblemente
hiperactiva pero responde a los
esfuerzos por controlarlo(a).
- 2 = Incontrolable por otros o
controlable pero hiperactivo en
momentos inconvenientes la mayor
parte de las veces, ej., por la
noche.

PERIODO DE APARICION

71

- 1 = < 1 semana
- 2 = > 1 semana < 3 meses
- 3 = > 3 meses < 1 año
- 4 = > 1 año
- 5 = No hubo cambio
- 9 = No presenta hiperactividad

PREOCUPACION DEL INFORMANTE

72

- 0 = Ausencia
- 1 = Presencia
- 2 = Resignación
- 9 = No presenta hiperactividad

B.13 IMPREDICTIBILIDAD En el último
(tiempo/periodo).....

P: ¿Dijo o hizo algo que estuviera
completamente fuera de lugar?
¿Hizo algo bastante
inesperado?
¿Dijo algo bastante
inesperado?
¿Nunca sabía usted qué iba a
decir o hacer a continuación?
¿Pensaba usted que S
repentinamente podría decir o
hacer algo que tuviera serias
consecuencias?

NIVEL DE IMPREDICTIBILIDAD DEL
PACIENTE

73

- 0 = Nula o sólo ocasionalmente
- 1 = Alguna impredecibilidad pero no
implicando duda sobre el
cumplimiento de sus
responsabilidades
- 2 = Impredecibilidad extrema al
punto de resultar probables
serias consecuencias para él o
para otros.

PERIODO DE APARICION

74

- 1 = < 1 semana
- 2 = > 1 semana < 3 meses
- 3 = > 3 meses < 1 año
- 4 = > 1 año
- 5 = No hubo cambio
- 9 = No presenta impredecibilidad

PREOCUPACION DEL INFORMANTE

75

- 0 = Ausencia
- 1 = Presencia
- 2 = Resignación
- 9 = No presenta impredecibilidad

B.14 IRRITABILIDAD En el último
(tiempo/periodo).....

- P: ¿Estaba S irritable?
¿Era mordaz?
¿Se desquitaba con otras
personas?
¿Se comportaba irasciblemente?
¿Era seco con los niños?
¿Se comportaba así todo el
tiempo?
¿Si intentaba usted cambiar su
temperamento, se tornaba menos
irritable?

NIVEL DE IRRITABILIDAD DEL PACIENTE

76

- 0 = Nula u ocasional
1 = A menudo irritable pero responde
a los intentos de otros por
cambiar su temperamento.
2 = Siempre mordaz y de mal carácter
con la familia (aún cuando se
comporte cortésmente con
extraños).

PERIODO DE APARICION

77

- 1 = < 1 semana
5 = No hubo cambio
2 = > 1 semana < 3 meses
9 = No presenta
3 = > 3 meses < 1 año
irritabilidad
4 = > 1 año

PREOCUPACION DEL INFORMANTE

78

- 0 = Ausencia
1 = Presencia
2 = Resignación
9 = No presenta irritabilidad

B.15 RUDEZA En el último
(tiempo/periodo).....

- P: ¿Era S rudo o desconsiderado
con usted o con amigos o
familiares?
¿Era S grosero cuando alguna
persona le visitaba o
cuando usted visitaba a otra
persona?
¿Si le remarcaba usted a S que
su conducta era ruda o
desconsiderada,
¿Se disculpaba o trataba de
ser más cortés?

NIVEL DE RUDEZA DEL PACIENTE

79

- 0 = Nula
1 = Mal educado o desconsiderado pero
responde a intentos por cambiar
su conducta
2 = Extremadamente rudo, no responde
a intentos por cambiar de conducta

PERIODO DE APARICION

80

- 1 = < 1 semana
2 = > 1 semana < 3 meses
3 = > 3 meses < 1 año
4 = > 1 año
5 = No hubo cambio
9 = No presencia de rudeza

PREOCUPACION DEL INFORMANTE

81

- 0 = Ausencia
1 = Presencia
2 = Resignación
9 = No presencia rudeza

B.16 VIOLENCIA En el último
(tiempo/periodo).....

- P: ¿Era S agresivo o abusivo con usted o con alguien más?
¿La agredió verbalmente a usted o a otros?
¿Rompió muebles o dañó la casa en un arranque de violencia?
¿Le golpeó o golpeó a alguien más?

NIVEL DE VIOLENCIA DEL PACIENTE

- 0 = Nula
1 = Modales agresivos y/o abuso verbal pero sin golpear a nadie y sin provocar daños en propiedades
2 = Golpeó a personas o destruyó propiedades (Ej., romper sillas, ventanas) por lo menos en una ocasión.

82

PERIODO DE APARICION

- 1 = < 1 semana
2 = > 1 semana < 3 meses
3 = > 3 meses < 1 año
4 = > 1 año
5 = No hubo cambio
9 = No presencia de violencia

83

PREOCUPACION DEL INFORMANTE

- 0 = Ausencia
1 = Presencia
2 = Resignación
9 = No presencia de violencia

84

B.17 SUICIDIO En el último
(tiempo/periodo).....

- P: ¿Habló S sobre el suicidarse?
¿Dijo que tomaría una sobredosis, cortaría sus venas, etc.?
¿Intentó alguna vez suicidarse?
¿Tomó una sobredosis, se cortó las venas, intentó intoxicarse con gas, trató de Brincar al paso de un camión o tren o de arrojarse de un edificio?

NIVEL DE INTENTOS DE SUICIDIO DEL PACIENTE

- 0 = No amenazas o intento de suicidio
1 = Amenazas de suicidio pero sin llevar a cabo ningún intento
2 = Intento suicida o gesto suicida

85

PERIODO DE APARICION

- 1 = < 1 semana
2 = > 1 semana < 3 meses
3 = > 3 meses < 1 año
4 = > 1 año
5 = No hubo cambio
9 = No presenta intentos de suicidio

86

PREOCUPACION DEL INFORMANTE

- 0 = Ausencia
1 = Presencia
2 = Resignación
9 = No presenta intentos de suicidio

87

B.18 CONDUCTA OFENSIVA En el último (tiempo/periodo).....

- P: ¿Se comportó S en alguna forma que ofendiera a otras personas?
¿Llevó a cabo avances sexuales abiertos con amigos o familiares?
¿Se desvistió en público?
¿Se exhibió en público?
¿Sucedió esto en más de una ocasión?

NIVEL DE CONDUCTA OFENSIVA DEL PACIENTE

88

- 0 = Nula
1 = Conducta ofensiva en una ocasión
2 = Conducta ofensiva en más de una ocasión

PERIODO DE APARICION

89

- 1 = < 1 semana
2 = > 1 semana < 3 meses
3 = > 3 meses < 1 año
4 = > 1 año
5 = No hubo cambio
9 = No presenta conducta defensiva

PREOCUPACION DEL INFORMANTE

90

- 0 = Ausencia
1 = Presencia
2 = Resignación
9 = No presenta conducta defensiva

B.19 INGESTION EXCESIVA DE ALCOHOL

- P: En el último tiempo/periodo....
¿Tomó S en exceso?
¿La ingestión excesiva de alcohol le hacía difícil el concentrarse o le hacía difícil la vida en otros aspectos?
¿El beber en forma excesiva hacía que resultara peligroso(a)? (Ej. Que fuera probable que provocara un accidente automovilístico, en el trabajo o en el hogar?

NIVEL DE INGESTION DE ALCOHOL DEL PACIENTE

91

- 0 = Nula
1 = Alguna, conducente a una obstaculización de su actividad
2 = Extrema, peligrando su vida o la de otros

PERIODO DE APARICION

92

- 1 = < 1 semana
2 = > 1 semana < 3 meses
3 = > 3 meses < 1 año
4 = > 1 año
5 = No hubo cambio
9 = No presenta ingestión de alcohol

PREOCUPACION DEL INFORMANTE

93

- 0 = Ausencia
1 = Presencia
2 = Resignación
9 = No presenta ingestión de alcohol

B.20 AUTO-DESCUIDO En el último (tiempo/periodo).....

- P: ¿Era S descuidado consigo mismo?
¿Se mantenía limpio y arreglado?
¿Comía apropiadamente?
¿Se cuidaba así mismo si otros le sugerían que lo hiciera?
¿Comía si alguien más le preparaba la comida y le sugería que debía comerla?

NIVEL DE AUTO-DESCUIDO DEL PACIENTE

94

- 0 = Nula
1 = Necesita orientación y supervisión para prevenir el autodescuido
2 = Se descuida a pesar de los esfuerzos de otros.

PERIODO DE APARICION

95

- 1 = < 1 semana
2 = > 1 semana < 3 meses
3 = > 3 meses < 1 año
4 = > 1 año
5 = No hubo cambio
9 = No presenta auto-descuido

PREOCUPACION DEL INFORMANTE

96

- 0 = Ausencia
1 = Presencia
2 = Resignación
9 = No presenta auto-descuido

B.21 QUEJAS RELACIONADAS CON MOLESTIAS CORPORALES O DOLORES

- P: En el último (periodo/tiempo).....
¿Buscaba S que se condolieran de él debido a dolores o malestares?
¿Se quejaba de cansancio o de otros dolores corporales?
¿Qué tan a menudo presentaba quejas de este tipo?

NIVEL DE MALESTARES O DOLORES CORPORALES

97

- 0 = Nula
1 = Quejas frecuentes sobre enfermedades corporales pero no diarias
2 = Casi diariamente se quejaba de enfermedades corporales

PERIODO DE APARICION

98

- 1 = < 1 semana
2 = > 1 semana < 3 meses
3 = > 3 meses < 1 año
4 = > 1 año
5 = No hubo cambio
9 = No presenta malestares

PREOCUPACION DEL INFORMANTE

99

- 0 = Ausencia
1 = Presencia
2 = Resignación
9 = No presenta malestares

B.22 CONDUCTA EXTRAVAGANTE

P: ¿En el último (tiempo/periodo)....., hizo algo S, además de las cosas de las que ya me ha platicado, que resultara extravagante o extraño?
¿Caminaba por las calles hablando consigo mismo(a)?
¿Se detenía a escudriñar escombros en las calles?
¿Se vestía en forma bizarra?
¿Con qué frecuencia se comportaba de ésta manera?

SECCION C

FUNCIONAMIENTO SOCIAL DEL PACIENTE

NIVEL DE CONDUCTA EXTRAVAGANTE DEL PACIENTE

100

- 0 = Nula
- 1 = Alguna conducta extravagante ocasional
- 2 = La mayor parte de la conducta de S es idiosincrática o bizarra

PERIODO DE APARICION

101

- 1 = < 1 semana
- 2 = > 1 semana < 3 meses
- 3 = > 3 meses < 1 año
- 4 = > 1 año
- 5 = No hubo cambio
- 9 = No presenta conducta extravagante

PREOCUPACION DEL INFORMANTE

102

- 0 = Ausencia
- 1 = Presencia
- 2 = Resignación
- 9 = No presenta conducta extravagante

- 1. Tareas domésticas
- 2. Manejo doméstico
- 3. Cuidado de los niños
- 4. Disposición hacia los niños
- 5. Actividades recreativas (Tiempo Libre)
- 6. Conversación cotidiana
- 7. Apoyo en la relación Inf.-Doc.
- 8. Afecto/amistad
- 9. Relaciones sexuales
- 10. Reconocimiento en Trabajo/estudio
- 11. Toma de decisiones

A continuación me gustaría hacerle unas preguntas algo más generales sobre la forma en la que S se ha comportado en el último (tiempo/periodo). ¿Qué tipo de ayuda daba dentro de la casa? ¿Cómo le iba en el trabajo? ¿Cómo eran sus relaciones con usted y con otras personas? -este tipo de cosas.

NOTAS PARA EL ENTREVISTADOR

A lo largo de esta sección se harán preguntas en relación a los puntajes de aparición y aflicción cuando quiera que exista un puntaje diferente de 0 para el reactivo de ejecución social.

APARICION: ¿Cuánto tiempo hace que S comenzó a ? (mencione el cambio en el reactivo de ejecución social, ej. colaboró menos en el hogar).

AFLICCION: ¿Cómo se sintió por el hecho de que S no ? (mencione el reactivo de ejecución social, ej. colabora en el hogar).

(Si el informante no expresa aflicción):

¿A qué se debe? ¿Pensaba usted que no era tarea de S?

(Si el informante no expresa aflicción y el reactivo de ejecución social se califica como presente por lo menos durante un año, añada):

¿O es que acaso usted se ha acostumbrado a eso?

(Si el informante expresa alguna aflicción):

¿Sentía usted que no podía soportar el que S de un ejemplo, ej. no hiciera nada por la casa por más tiempo? ¿Que usted tendría que abandonar el hogar o de lo contrario se enfermaría?

(VER EL MANUAL PARA INSTRUCCIONES DE CALIFICACION)

C.1 TAREAS DOMESTICAS

P: En el último.....(tiempo/periodo), usted esperaba que S realizara tareas domésticas?, por ejemplo: Hacer compras, cocinar, limpiar, escombrar, etc.

NIVEL DE EJECUCION DE TAREAS DOMESTICAS DEL PACIENTE

- 0 = Toma una parte importante en el desempeño de tareas domésticas; cocina, va de compras, hace el aseo, cuida el jardín, etc. en forma regular y sin necesidad de instigamiento.
- 1 = Toma alguna parte en el desempeño de tareas domésticas; hace tareas en forma ocasional o únicamente desempeña tareas menores en forma regular o necesita instigamiento para llevar a cabo tareas domésticas.
- 2 = No efectúa tareas domésticas aunque se espere lo contrario
- 9 = No toma parte en tareas domésticas

P: ¿En el último tiempo S ha tenido cambios en cuanto a tareas domésticas? ¿Cómo han sido?

CAMBIO EN LA EJECUCION DE TAREAS DOMESTICAS POR PARTE DEL PACIENTE

- 0 = Igual
- 1 = Menos
- 2 = Más
- 9 = No toma parte en tareas domésticas

(Si las calificaciones en los campos 103 y 104 son de 0, califique con 5 las casillas 105 y con 0 la casilla 106).

APARICION DEL CAMBIO EN LA EJECUCION DE TAREAS DOMESTICAS POR PARTE DEL PACIENTE

- 1 = < 1 semana
- 2 = > 1 semana < 3 meses
- 3 = > 3 meses < 1 año
- 4 = < 1 año
- 5 = No hubo cambio
- 9 = No toma parte en tareas domésticas

PREOCUPACION DEL INFORMANTE

- 0 = Ausencia
- 1 = Presencia
- 2 = Resignación
- 9 = No aplicable, porque no toma parte en tareas domésticas

C.2 MANEJO DOMESTICO

P: En el último (tiempo/periodo), usted esperaba que S tomara parte en el manejo del hogar? por ejemplo: pagar cuentas, reparar descomposturas de casa, llevar el gasto.

NIVEL DEL MANEJO DOMESTICO DEL PACIENTE

- | | |
|---|-----|
| | 107 |
| 0 = Juega una parte fundamental en el manejo de la casa | |
| 1 = Juega alguna parte en el manejo de la casa, ej. Ocasionalmente paga las cuentas, se enfrenta a los problemas. | |
| 2 = Nunca toma parte en el manejo de la casa, aunque se espere lo contrario | |
| 9 = No toma parte en el manejo doméstico | |

P: En el último tiempo S ha tenido cambios en cuanto al manejo de la casa? ¿Cómo han sido?

CAMBIO EN EL MANEJO DOMESTICO DEL PACIENTE

- | | |
|---------------------------------------|-----|
| | 108 |
| 0 = Igual | |
| 1 = Menos | |
| 2 = Más | |
| 9 = No toma parte en manejo doméstico | |

(Si las calificaciones en los campos 107 y 108 son de 0, califique con 5 las casillas 109 y con 0 la casilla 110).

PERIODO DE APARICION DEL CAMBIO EN LA EJECUCION DEL MANEJO DOMESTICO DEL PACIENTE

- | | |
|--|-----|
| | 109 |
| 1 = < 1 semana | |
| 2 = > 1 semana < 3 meses | |
| 3 = > 3 meses < 1 año | |
| 4 = > 1 año | |
| 5 = No hubo cambio | |
| 9 = No toma parte en el manejo doméstico | |

PREOCUPACION DEL INFORMANTE

- | | |
|--|-----|
| | 110 |
| 0 = Ausencia | |
| 1 = Presencia | |
| 2 = Resignación | |
| 9 = No toma parte en el manejo doméstico | |

C.3 CUIDADO DE LOS NIÑOS

(Pregunta únicamente si S es responsable del cuidado de un niño/niña en edad escolar).

P: En el último(tiempo/periodo), ¿usted esperaba que S realizara actividades con el o los niños? por ejemplo: bañarlos, cambiarlos, darles de comer, dormirlos, cuidarlos, etc.

NIVEL DE CUIDADO DEL NIÑO POR PARTE DEL PACIENTE

- | | |
|---|-----|
| | 111 |
| 0 = Juega una parte fundamental en el cuidado del niño, regularmente lo acuesta, hace sus comidas, etc. | |
| 1 = Juega alguna parte en el cuidado del niño; ocasionalmente o irregularmente hace cosas por el niño. | |
| 2 = Nunca interviene en el cuidado del niño aunque se espere lo contrario | |
| 9 = No toma parte en el cuidado del niño | |

P: En el último tiempo S ha tenido cambios en cuanto al cuidado de los niños ¿Cómo ha sido?

CAMBIO EN EL CUIDADO DEL NIÑO POR PARTE DEL PACIENTE

- | | |
|--|-----|
| | 112 |
| 0 = Igual | |
| 1 = Menos | |
| 2 = Más | |
| 9 = No toma parte en el cuidado de los niños | |

(Si las calificaciones en los campos 111 y 112 son de 0, califique con 5 las casillas 113 con 0 la casilla 114).

APARICION DEL CAMBIO EN EL CUIDADO DEL NIÑO POR PARTE DEL PACIENTE

- | | |
|--|-----|
| | 113 |
| 1 = < 1 semana | |
| 2 = > 1 semana < 3 meses | |
| 3 = > 3 meses < 1 año | |
| 4 = > 1 año | |
| 5 = No hubo cambio | |
| 9 = No toma parte del cuidado de niños | |

PREOCUPACION DEL INFORMANTE

- | | |
|--|-----|
| | 114 |
| 0 = Ausencia | |
| 1 = Presencia | |
| 2 = Resignación | |
| 9 = No toma parte en el cuidado de los niños | |

C.4 DISPOSICION HACIA EL NIÑO

(Pregunte únicamente en el caso de que S sea responsable de un niño en edad escolar)

P: ¿En el último(tiempo/periodo), ¿usted esperaba que S mostrara buena disposición para relacionarse con los niños? por ejemplo: muestra aceptación a ellos o los rechaza cuando lo buscan, muestra interés, etc.?

NIVEL DE INTERES EN EL NIÑO POR PARTE DEL PACIENTE

115

- 0 = Regularmente se interesa por el niño
- 1 = Ocasionalmente o irregularmente se interesa por el niño
- 2 = No se interesa por el niño aunque se espere lo contrario
- 9 = No presenta disposición hacia el niño

P: En el último (tiempo/periodo), ¿Tenía el mismo interés en el niño que antes?

CAMBIO EN EL INTERES POR EL NIÑO POR PARTE DEL PACIENTE

- 0 = Igual
- 1 = Menos
- 2 = Más
- 9 = No presenta disposición hacia el niño

116

(Si las calificaciones en los campos 115 y 116 son de 0, califique con 5 las casillas 117 y con 0 la casilla 118).

PERIODO DE APARICION DEL CAMBIO DEL INTERES POR EL NIÑO

117

- 1 = < 1 semana
- 2 = > 1 semana < 3 meses
- 3 = > 3 meses < 1 año
- 4 = > 1 año
- 5 = No hubo cambio
- 9 = No presenta disposición hacia el niño

PREOCUPACION DEL INFORMANTE

- 0 = Ausencia
- 1 = Presencia
- 2 = Resignación
- 9 = No presenta disposición hacia el niño

118

C.5 ACTIVIDADES DURANTE SU TIEMPO LIBRE

P: En el último (tiempo/periodo), ¿usted esperaba que S tuviera actividades (no dañinas) por ejemplo: visitar amigos o que lo visiten, hacer deporte, leer, escuchar música, tener algún pasatiempo (hobbie), etc.

NIVEL DE ACTIVIDADES DEL PACIENTE DURANTE SU TIEMPO LIBRE

119

- 0 = Actividades regulares durante su tiempo libre sin necesidad de instigación por parte de otros.
- 1 = Algunas actividades durante su tiempo libre; en ocasiones necesita instigación por parte de otros.
- 2 = Ninguna - aún cuando se le anime y se espere lo contrario.
- 9 = No presenta actividades durante su tiempo libre.

P: En el último (tiempo/periodo), ¿estaba S llevando a cabo actividades durante su tiempo libre?

CAMBIO EN LAS ACTIVIDADES DEL PACIENTE DURANTE SU TIEMPO LIBRE

- 0 = Igual
- 1 = Menos
- 2 = Más
- 9 = No presenta actividades durante su tiempo libre

120

(Si las calificaciones en los campos 119 y 120 son de 0, califique con 5 las casillas 121 y con 0 la casilla 122).

PERIODO DE APARICION DEL CAMBIO EN LAS ACTIVIDADES DEL PACIENTE DURANTE SU TIEMPO LIBRE

121

- 1 = < 1 semana
- 2 = > 1 semana < 3 meses
- 3 = > 3 meses < 1 año
- 4 = > 1 año
- 5 = No hubo cambio
- 9 = No presenta actividades durante su tiempo libre

PREOCUPACION DEL INFORMANTE

- 0 = Ausencia
- 1 = Presencia
- 2 = Resignación
- 9 = No presenta actividades durante su tiempo libre

122

C.6 CONVERSACION COTIDIANA
Informante - Paciente

P: En el último (tiempo/periodo) ¿usted esperaba que S platicara con usted sobre asuntos cotidianos? por ejemplo: como le habia ido en el trabajo, sobre la familia, sobre la comida, etc.

NIVEL DE LA CONVERSACION COTIDIANA DEL PACIENTE

123

- 0 = Plática diaria regular, cuando quiera que S y el informante estaban juntos, no necesita de instigación.
- 1 = Irregular, S necesita de instigación platicar.
- 2 = Rara vez, aún instigándolo aunque se espere lo contrario
- 9 = No realiza conversación cotidiana.

P: En el último (tiempo/periodo) ¿la conversación cotidiana ha tenido cambios?

CAMBIO EN LA CONVERSACION COTIDIANA DEL PACIENTE

124

- 0 = Igual
- 1 = Menos
- 2 = Más
- 9 = No realiza conversación cotidiana

(Si las calificaciones en los campos 123 y 124 son de 0, califique con 5 las casillas 125 y con 0 la casilla 126).

PERIODO DE APARICION DEL CAMBIO EN LA CONVERSACION COTIDIANA DEL PACIENTE

125

- 1 = < 1 semana
- 2 = > 1 semana < 3 meses
- 3 = > 3 meses < 1 año
- 4 = > 1 año
- 5 = No hubo cambio
- 9 = No realiza conversación cotidiana

PREOCUPACION DEL INFORMANTE

126

- 0 = Ausencia
- 1 = Presencia
- 2 = Resignación
- 9 = No realiza conversación cotidiana

C.7 APOYO EN LA RELACION
Informante - Paciente

P: En el último (tiempo/periodo), usted esperaba que el paciente lo escuchara, apoyara y aconsejara cuando le compartía sus problemas y preocupaciones ¿qué respuesta obtenía del paciente?

NIVEL DE APOYO DEL PACIENTE

127

- 0 = Usualmente responde brindando apoyo ante los problemas de los otros
- 1 = Alguna evidencia de reticencia para brindar apoyo a los demás.
- 2 = Nunca ayuda cuando se le pide
- 9 = No brinda apoyo

P: En el último (tiempo/periodo) ¿el apoyo ha cambiado y cómo ha sido?

CAMBIO EN EL APOYO POR PARTE DEL PACIENTE

128

- 0 = Igual
- 1 = Menos
- 2 = Más
- 9 = No brinda apoyo

(Si las calificaciones en los campos 127 y 128 son de 0, califique con 5 las casillas 129 y con 0 la casilla 130).

PERIODO DE APARICION DEL CAMBIO EN EL APOYO POR PARTE DEL PACIENTE

129

- 1 = < 1 semana
- 4 = > 1 año
- 2 = > 1 semana < 3 meses
- 5 = No hubo cambio
- 3 = > 3 meses < 1 año
- 9 = No brinda apoyo

PREOCUPACION DEL INFORMANTE

130

- 0 = Ausencia
- 1 = Presencia
- 2 = Resignación
- 9 = No brinda apoyo

C.8 AFECTO Y AMISTAD

P: En el último (tiempo/periodo), ¿usted esperaba que S fuera afectuoso o amoroso con usted (siendo pariente) o fuera amigable y caluroso con usted (aún sin ser pariente) ¿cómo se caracteriza la relación?

NIVEL DE AFECTIVIDAD/AMISTAD DEL PACIENTE

- | | |
|--|-----|
| | 131 |
| 0 = Relación caracterizada por afecto o amistad | |
| 1 = Alguna evidencia de hostilidad o de falta de afecto pero responde a avances amigables/afectuosos | |
| 2 = No afectividad/amistad aunque se espere lo contrario | |
| 9 = No brinda afecto/amistad | |

P: En el último (tiempo/periodo), ¿era S tan afectuoso/amigable? ¿Era más/menos afectuoso/amigable?

CAMBIO EN EL AFECTO-AMISTAD DEL PACIENTE

- | | |
|------------------------------|-----|
| | 132 |
| 0 = Igual | |
| 1 = Menos | |
| 2 = Más | |
| 9 = No brinda afecto/amistad | |

(Si las calificaciones en los campos 131 y 132 son de 0, califique con 5 las casillas 133 y con 0 la casilla 134).

PERIODO DE APARICION DEL CAMBIO EN EL APOYO POR PARTE DEL PACIENTE

- | | |
|------------------------------|-----|
| | 133 |
| 1 = < 1 semana | |
| 2 = > 1 semana < 3 meses | |
| 3 = > 3 meses < 1 año | |
| 4 = > 1 año | |
| 5 = No hubo cambio | |
| 9 = No brinda afecto/amistad | |

PREOCUPACION DEL INFORMANTE

- | | |
|------------------------------|-----|
| | 134 |
| 0 = Ausencia | |
| 1 = Presencia | |
| 2 = Resignación | |
| 9 = No brinda afecto/amistad | |

C.9 RELACIONES SEXUALES

(pregúntese únicamente al compañero(a) sexual de S).

P: En el último (tiempo/periodo) ¿usted esperaba que S se interesara y se preocupara en sus relaciones sexuales? ¿cómo respondía ante esta situación?

NIVEL DE LAS RELACIONES SEXUALES DEL PACIENTE

- | | |
|--|-----|
| | 135 |
| 0 = Interesado y considerado | |
| 1 = Alguna evidencia de demanda excesiva/falta | |
| 2 = Extremadamente demandante/desinteresado/desconsiderado o no responde a los deseos del otro aunque se espere lo contrario | |
| 9 = No realiza actividades sexuales | |

P: En el último (tiempo/periodo) ¿estaba S tan interesado(a) en sus relaciones sexuales? ¿estaba menos interesado(a)/más interesado(a) en sus relaciones sexuales y en sus respuestas?

CAMBIO EN LAS RELACIONES SEXUALES DEL PACIENTE

- | | |
|-------------------------------------|-----|
| | 136 |
| 0 = Igual | |
| 1 = Menos | |
| 2 = Más | |
| 9 = No realiza actividades sexuales | |

(Si las calificaciones en los campos 135 y 136 son de 0, califique con 5 las casillas 137 y con 0 la casilla 138).

PERIODO DE APARICION DEL CAMBIO EN EL APOYO POR PARTE DEL PACIENTE

- | | |
|-------------------------------------|-----|
| | 137 |
| 1 = < 1 semana | |
| 4 = > 1 año | |
| 2 = > 1 semana < 3 meses | |
| 5 = No hubo cambio | |
| 3 = > 3 meses < 1 año | |
| 9 = No realiza actividades sexuales | |

PREOCUPACION DEL INFORMANTE

- | | |
|-------------------------------------|-----|
| | 138 |
| 0 = Ausencia | |
| 1 = Presencia | |
| 2 = Resignación | |
| 9 = No realiza actividades sexuales | |

C.10 RENDIMIENTO EN TRABAJO O ESTUDIOS
(pregúntese únicamente si S trabaja o estudia)

P: En el último (tiempo/periodo) ¿Tenía S dificultades en su trabajo/estudios, por ejemplo: le hizo comentarios sobre que no podía desempeñar su trabajo, que era muy difícil, que no le interesaba desempeñarlos, etc.?

NIVEL DE TRABAJO/ESTUDIO DEL PACIENTE

- 0 = No evidencia de problemas
1 = Algunos problemas pero va a trabajar/estudiar todos los días
2 = Va a trabajar irregularmente o abandonó del todo el trabajo/estudio
9 = No trabaja/estudia

P: En el último (tiempo/periodo), ¿estaba S funcionando en el trabajo en la misma forma o distinto?

CAMBIO DE TRABAJO/ESTUDIO DEL PACIENTE

- 0 = Igual
1 = Menos
2 = Más
9 = No trabaja/estudia

(Si las calificaciones en los campos 139 y 140 son de 0, califique con 5 las casillas 141 y con 0 la casilla 142).

PERIODO DE APARICION DEL CAMBIO EN EL TRABAJO/ESTUDIOS DEL PACIENTE

- 1 = < 1 semana
2 = > 1 semana < 3 meses
3 = > 3 meses < 1 año
4 = > 1 año
5 = No hubo cambio
9 = No trabaja/estudia

PREOCUPACION DEL INFORMANTE

- 0 = Ausencia
1 = Presencia
2 = Resignación
9 = No trabaja/estudia

C.11 TOMA DE DECISIONES
(Pregunte únicamente a pacientes adultos que vivan en la misma casa que el informante)

P: En el último (tiempo/periodo) ¿usted esperaba que S participara en la toma de decisiones de por ejemplo: qué adquisiciones hacer, a dónde salir, etc.?

NIVEL DE TOMA DE DECISIONES DEL PACIENTE

- 0 = Participa en la toma de decisiones regularmente
1 = Ocasionalmente participa en la toma de decisiones, pero relega la mayor parte de las decisiones a otros
2 = Nunca participa en la toma de decisiones
9 = No toma decisiones

P: En el último (tiempo/periodo), ¿participó S en la toma de decisiones en la misma forma que participaba antes de que comenzara su problema? ¿participaba más/menos?

CAMBIO EN LA TOMA DE DECISIONES DEL PACIENTE

- 0 = Igual
1 = Menos
2 = Más
9 = No toma decisiones

(Si las calificaciones en los campos 143 y 144 son de 0, califique con 5 las casillas 145 y con 0 la casilla 146).

PERIODO DE APARICION DEL CAMBIO EN EL TRABAJO/ESTUDIOS DEL PACIENTE

- 1 = < 1 semana
2 = > 1 semana < 3 meses
3 = > 3 meses < 1 año
4 = < 1 año
5 = No hubo cambio
9 = No toma decisiones

PREOCUPACION DEL INFORMANTE

- 0 = Ausencia
1 = Presencia
2 = Resignación
9 = No toma decisiones

A continuación me gustaría hacerle unas cuantas preguntas en relación a usted y a todos los demás del hogar. Me interesa escuchar acerca de cualquier problema que hayan tenido y que piensen pueda estar conectado en alguna forma con el problema de S. Una vez más me gustaría concretarme en lo que ha estado pasando en el último...mes/semanas.

SECCION D

EFFECTOS ADVERSOS SOBRE OTROS

Platiquemos de los niños en primer lugar.

(I)....Niños en edad escolar

1. Enfermedad física
2. Enfermedad emocional
3. Conducta perturbada
4. Relación con el paciente
5. Tiempo fuera de casa
6. Contacto con amigos
7. Pérdida de educación
8. Ejecución en la escuela

NOTAS PARA EL ENTREVISTADOR

1. Las preguntas de la D1 a la D8 deberán hacerse si hay por lo menos un niño en edad escolar viviendo dentro del hogar. Todo niño debe ser valorado y en cada caso deben calificarse los peores efectos que se presenten.

2. Las siguientes preguntas son utilizadas para las calificaciones de "aflicción" a lo largo de esta sección cuando quiera que un efecto adverso sea reportado:

(II).... Informante

9. Enfermedad física
10. Enfermedad emocional
11. Vida social
12. Tiempo de descanso
13. Ingreso disponible
14. Ejecución laboral/escolar
15. Tiempo fuera del trabajo/estudio
16. Relaciones domésticas
17. Perturbación general

-¿Cómo se sintió ante (mencione el efecto reportado)

-¿Se sintió triste/preocupado/perplejo/afligido/perturbado por el mismo?

(Si el informante no expresa ninguna aflicción y el evento adverso ha estado presente por lo menos durante un año, pregunte:)

-¿Sentía que no podía tolerar..... (mencione el efecto adverso) durante mucho tiempo más?, ¿Qué tendría que dejar el hogar o de lo contrario se enfermaría?

(VER EL MANUAL PARA INSTRUCCIONES DE CALIFICACION)

Relación con el paciente

(III)....Otros

18. Perturbación a la vida de otros

Si la aparición del efecto adverso es anterior a la aparición del problema S, y aún así el informante declara que el efecto adverso está relacionado con el paciente, intente averiguar a fondo las razones.

D.1 NIÑOS EN EDAD ESCOLAR: SALUD FISICA

P: En el último (tiempo/periodo), ha sufrido el(los) niño(s) de mala salud física?
¿Ha(n) tenido alguna enfermedad infantil?
¿Ha(n) tenido problemas alimenticios, para dormir, de peso, o cualquier otro malestar físico?

CALIFIQUE LA ENFERMEDAD FISICA DEL NIÑO

_____ 147

- 0 = Ninguna
- 1 = Alguna pero no se buscó el tratamiento
- 2 = Se buscó algún tratamiento o está en proceso

(Si la calificación en los campos 147 es de 0, califique con 9 las casillas 148 a 150 y prosiga con el reactivo D2).

P: ¿Cuánto tiempo ha estado enfermo el niño?

CALIFIQUE LA APARICION DE LA ENFERMEDAD FISICA DEL NIÑO

_____ 148

- 1 = < 1 semana
- 2 = > 1 semana < 3 meses
- 3 = > 3 meses < 1 año
- 4 = > 1 año
- 5 = No hubo cambio
- 9 = No problemas de salud física

P: ¿Piensa usted que estos problemas tienen que ver con el problemas de S? ¿En que forma?
Especifique

CALIFIQUE LA RELACION CON EL PACIENTE

_____ 149

- 0 = No relación
- 1 = Relación
- 9 = No problemas de salud física

CALIFIQUE LA PREOCUPACION DEL INFORMANTE

_____ 150

- 0 = Ausencia
- 1 = Presencia
- 2 = Resignación
- 9 = No problemas de salud física

D.2 NIÑOS EN EDAD ESCOLAR: SALUD EMOCIONAL

P: En el último (Tiempo/periodo), ¿Ha sufrido el niño algún trastorno emocional?
¿Ha estado llorando mucho?
¿Ha estado triste y deprimido?
¿Ha estado enojón e irritable?
¿Ha estado preocupado, temeroso, ansioso?
¿Ha sido incapaz de concentrarse?
(Pregunte únicamente en relación a niños mayores de 5 años).
¿Se ha orientado en la cama o carece de control de esfínteres? (Pregunte únicamente en relación a niños entre 5 y 10 años)

CALIFIQUE LA ENFERMEDAD EMOCIONAL DEL NIÑO

_____ 151

- 0 = Nula
- 1 = Alguna pero no se buscó tratamiento
- 2 = Alguna: se buscó tratamiento o éste está en proceso

(Si la calificación al reactivo 151 es de 0 califique con 9 las casillas 152-154 y proceda al reactivo D3).

P: ¿Hace cuánto que el niño está así?

CALIFIQUE LA APARICION DE LA ENFERMEDAD DEL NIÑO

_____ 152

- 1 = < 1 semana
- 2 = > 1 semana < 3 meses
- 3 = > 3 meses < 1 año
- 4 = > 1 año
- 5 = No hubo cambio
- 9 = No problemas de salud emocional

P: ¿Piensa usted que estos problemas tengan algo que ver con el problemas de S? ¿En que forma?
Especifique

CALIFIQUE LA RELACION CON EL PACIENTE

_____ 153

- 0 = No relación
- 1 = Relación
- 9 = No problemas de salud emocional

CALIFIQUE LA PREOCUPACION DEL INFORMANTE

_____ 154

- 0 = Ausencia
- 1 = Presencia
- 2 = Resignación
- 9 = No problemas de salud emocional

D.3 NIÑOS EN EDAD ESCOLAR: CONDUCTA PERTURBADA

P: En el último (tiempo/periodo), ¿Ha habido algún otro problema en relación a la forma en la que el (los) niño(s) se ha(n) comportado? ¿Ha sido muy desobediente? ¿Se rehusa(n) a ir a la escuela? ¿Tiene(n) miedo de ir a la escuela? ¿Se aísla(n)? ¿Se comporta(n) en forma extraña o extravagante?

CALIFIQUE LA CONDUCTA PERTURBADA DEL NIÑO

155

- 0 = Ningún problema
- 1 = Alguno, pero no se ha buscado consejo o ayuda
- 2 = Alguno, se ha buscado consejo o ayuda o éste está en proceso

(Si la calificación al reactivo 155 es de 0 califique con 9 las casillas 156-158 y proceda al reactivo D4).

P: ¿Hace cuánto que ha estado así el niño?

CALIFIQUE LA APARICION DE LA CONDUCTA PERTURBADA DEL NIÑO

156

- 1 = < 1 semana
- 2 = > 1 semana < 3 meses
- 3 = > 3 meses < 1 año
- 4 = > 1 año
- 5 = No hubo cambio
- 9 = No problemas de conducta

P: ¿Piensa usted que estos problemas tengan que ver en algo con el problemas de S? ¿En que forma? Especifique

CALIFIQUE LA RELACION CON EL PACIENTE

157

- 0 = No relación
- 1 = Relación
- 9 = No problemas de conducta

CALIFIQUE LA PREOCUPACION DEL INFORMANTE

158

- 0 = Ausencia
- 1 = Presencia
- 2 = Resignación
- 9 = No problemas de conducta

D.4 NIÑOS EN EDAD ESCOLAR: RELACION CON EL PACIENTE

P: En el último (tiempo/periodo), ¿Cómo se estaba(n) llevando el niño/niños con el paciente? ¿Recurrían a S en busca de ayuda, afecto o consejo? ¿Le tenían miedo a S? ¿Trataban de evadir a S? ¿Intentó usted mantenerlo(s) alejado(s) de S?

CALIFIQUE LA RELACION DEL NIÑO CON S

159

- 0 = No temor o evitación
- 1 = Alguna evitación o temor
- 2 = El niño trata de evitar a S por completo y/o es mantenido alejado de S

(Si la calificación al reactivo 159 es de 0 califique con 9 las casillas 160-162 y proceda al reactivo D5).

P: ¿Hace cuánto que los niños evitan/tienen miedo/se alejan de S?

CALIFIQUE LA APARICION DE LA EVITACION EN EL NIÑO

160

- 1 = < 1 semana
- 2 = > 1 semana < 3 meses
- 3 = > 3 meses < 1 año
- 4 = > 1 año
- 5 = No hubo cambio
- 9 = No lo evita

P: ¿Piensa usted que esto tiene algo que ver con el problemas de S? ¿En que forma? Especifique

CALIFIQUE LA RELACION CON EL PACIENTE

161

- 0 = No relación
- 1 = Relación
- 9 = No lo evita

CALIFIQUE LA PREOCUPACION DEL INFORMANTE

162

- 0 = Ausencia
- 1 = Presencia
- 2 = Resignación
- 9 = No lo evita

D.5 NIÑOS EN EDAD ESCOLAR: TIEMPO FUERA DE CASA

P: En el último (tiempo/periodo), ¿Ha pasado el niño algún tiempo fuera de casa?
¿Permaneció con amigos o parientes?
¿Comió con amigos o familiares o pasó el día con ellos?
¿Cuánto tiempo permaneció fuera el niño?

CALIFIQUE EL TIEMPO FUERA DE CASA

- 0 = Nulo
- 1 = Permanece entre una noche y seis días fuera de casa
- 2 = Pasa una semana ó más fuera de casa

(Si la calificación al reactivo 163 es de 0 califique con 9 las casillas 164-166 y proceda al reactivo D6).

P: ¿Cuándo empezó el niño a permanecer fuera en esta forma?

CALIFIQUE LA APARICION DE LA PERMANENCIA FUERA DE CASA

- 1 = < 1 semana
- 2 = > 1 semana < 3 meses
- 3 = > 3 meses < 1 año
- 4 = > 1 año
- 5 = No hubo cambio
- 9 = No se ha ausentado

P: ¿Piensa usted que esto tiene algo que ver con el problema de S? ¿En que forma? (Especifique).....

CALIFIQUE LA RELACION CON EL PACIENTE

- 0 = No relación
- 1 = Relación
- 9 = No se ha ausentado

CALIFIQUE LA PREOCUPACION DEL INFORMANTE

- 0 = Ausencia
- 1 = Presencia
- 2 = Resignación
- 9 = No se ha ausentado

D.6 NIÑOS EN EDAD ESCOLAR: CONTACTO CON AMIGOS

P: En el último (tiempo/periodo), ¿vio el niño a sus amigos?
¿Tenía amigos a quienes visitar?
¿Salía fuera a visitar a sus amigos?

CALIFIQUE EL CONTACTO DEL NIÑO CON AMIGOS

- 0 = Visita a sus amigos y estos lo visitan
- 1 = Visita a sus amigos pero estos no lo visitan o tiene amigos a quienes visitar pero no los visita
- 2 = No contacto con amigos

(Si las calificaciones al punto 167 son de 0 califique con 9 las casillas 168-170 y prosiga con el reactivo D7).

P: ¿Cuándo empezó el niño a dejar de visitar a sus amigos/de invitarlos?

CALIFIQUE LA APARICION DE LA PERDIDA DEL CONTACTO DEL NIÑO CON SUS AMIGOS

- 1 = < 1 semana
- 2 = > 1 semana < 3 meses
- 3 = > 3 meses < 1 año
- 4 = > 1 año
- 5 = No hubo cambio
- 9 = No ha perdido contacto

P: ¿Piensa usted que esto tiene algo que ver con el problema de S? ¿En que forma? (Especifique).....

CALIFIQUE LA RELACION CON EL PACIENTE

- 0 = No relación
- 1 = Relación
- 9 = No ha perdido contacto

CALIFIQUE LA PREOCUPACION DEL INFORMANTE

- 0 = Ausencia
- 1 = Presencia
- 2 = Resignación
- 9 = No ha perdido contacto

D.7 NIÑOS EN EDAD ESCOLAR: FALTA DE ASISTENCIA A LA ESCUELA

P: En el último (tiempo/periodo).
¿Ha estado el niño fuera de la escuela? ¿Cuántos días dejó de asistir a la escuela?

CALIFIQUE LA FALTA DE ASISTENCIA DEL NIÑO A LA ESCUELA

171

- 0 = No ha dejado de asistir
- 1 = Ausencia en raras ocasiones, menos de 5 veces
- 2 = Cinco días consecutivos o más de cinco días en un periodo escolar

(Si las calificaciones al punto 171 son de 0 califique con 9 las casillas 172-174 y prosiga con el reactivo D8).

P: ¿Cuándo empezó a faltar el niño a la escuela?

CALIFIQUE LA APARICION DE LAS FALTAS A LA ESCUELA

172

- 1 = < 1 semana
- 2 = > 1 semana < 3 meses
- 3 = > 3 meses < 1 año
- 4 = > 1 año
- 5 = No hubo cambio
- 9 = No ha dejado de asistir

P: ¿Piensa usted que las faltas del niño tuvieron algo que ver con el problema de S?
(Especifique).....

CALIFIQUE LA RELACION CON EL PACIENTE

173

- 0 = No relación
- 1 = Relación
- 9 = No ha dejado de asistir

CALIFIQUE LA PREOCUPACION DEL INFORMANTE

174

- 0 = Ausencia
- 1 = Presencia
- 2 = Resignación
- 9 = No ha dejado de asistir

D.8 NIÑOS EN EDAD ESCOLAR: EJECUCION ESCOLAR

P: En el último (tiempo/periodo).
¿cómo le estaba yendo al niño en la escuela?
¿Se le dificultaba el trabajo?
¿Estaba sacando bajas calificaciones?
¿Estaba holgazaneando o desobedeciendo en clase?
¿Se puso la escuela en contacto con usted en relación a algunos de estos problemas?

CALIFIQUE LA EJECUCION ESCOLAR DEL NIÑO

175

- 0 = No evidencia de problemas en la escuela
- 1 = Algunos problemas
- 2 = La escuela se puso en contacto con los padres debido a problemas en la escuela

(Si la calificación al reactivo 175 es de 0 califique con 9 las casillas 176-178 y proceda al reactivo D9).

CALIFIQUE LA APARICION DE LA EVITACION EN EL NIÑO

176

- 1 = < 1 semana
- 2 = > 1 semana < 3 meses
- 3 = > 3 meses < 1 año
- 4 = > 1 año
- 5 = No hubo cambio
- 9 = No evidencia de problemas

P: ¿Piensa usted que estos problemas tienen algo que ver con los problemas de S? ¿En que forma?
Especifique

CALIFIQUE LA RELACION CON EL PACIENTE

177

- 0 = No relación
- 1 = Relación
- 9 = No evidencia de problemas

CALIFIQUE LA PREOCUPACION DEL INFORMANTE

178

- 0 = Ausencia
- 1 = Presencia
- 2 = Resignación
- 9 = No evidencia de problemas

D.9 ENFERMEDAD FISICA DEL INFORMANTE

- P: En el último (tiempo/periodo),
 ¿cómo se ha sentido?
 ¿Ha tenido algún problema con su salud física?
 ¿Ha tenido alguna enfermedad?
 ¿Ha presentado pérdida de apetito?
 ¿Ha tenido problemas para dormir?
 ¿Ha perdido mucho peso? - más de 3 kilos
 ¿Ha tenido jaquecas? ¿Se ha sentido cansado? ¿Apático?
 ¿Ha visitado al doctor en relación a estas malestares?
 ¿Está recibiendo algún tratamiento?

CALIFIQUE EL NIVEL DE ENFERMEDAD FISICA DEL INFORMANTE

179

- 0 = Ninguna
 1 = Alguna, pero no se ha buscado tratamiento
 2 = Alguna, se ha recurrido a tratamiento o en proceso

(Si la calificación al punto 179 es de 0 califique con 9 las casillas 180-182 y prosiga con el reactivo D10).

P: ¿Desde cuando tiene usted problemas con su salud?

CALIFIQUE LA APARICION DE LA ENFERMEDAD FISICA DEL INFORMANTE

180

- 1 = < 1 semana
 2 = > 1 semana < 3 meses
 3 = > 3 meses < 1 año
 4 = > 1 año
 5 = No hubo cambio
 9 = No presenta enfermedad física

P: ¿Considera que su enfermedad se relaciona con el problema de S? ¿Ha sido provocada por su conducta? (Especifique).....

CALIFIQUE LA RELACION CON EL PACIENTE

181

- 0 = No relación
 1 = Relación
 9 = No presenta enfermedad física

CALIFIQUE LA PREOCUPACION DEL INFORMANTE

182

- 0 = Ausencia
 1 = Presencia
 2 = Resignación
 9 = No presenta enfermedad física

D.10 ENFERMEDAD EMOCIONAL DEL INFORMANTE

- P: En el último (tiempo/periodo),
 ¿Ha sufrido de algún problema emocional?
 ¿Ha tenido problemas para concentrarse?
 ¿Ha estado muy preocupado(a)?
 ¿Ha estado muy irritable?
 ¿Se ha sentido deprimido(a), ansioso(a) y tenso(a)?
 ¿Ha consultado el médico o a alguien más en relación a este problema?
 ¿Está recibiendo algún tratamiento?

CALIFIQUE EL TRASTORNO EMOCIONAL DEL INFORMANTE

183

- 0 = No hay problemas
 1 = Algunos problemas pero no se ha recurrido a tratamiento
 2 = Algunos problemas, se ha recurrido a tratamiento o éste está en proceso

(Si la calificación al punto 183 es de 0 califique con 9 las casillas 184-186 y prosiga con el reactivo D11).

P: ¿Desde cuando tiene estos problemas?

CALIFIQUE LA APARICION DEL TRASTORNO EMOCIONAL DEL INFORMANTE

184

- 1 = < 1 semana
 2 = > 1 semana < 3 meses
 3 = > 3 meses < 1 año
 4 = > 1 año
 5 = No hubo cambio
 9 = No presenta trastorno emocional

P: ¿Considera que estos trastornos se relacionan con el problema de S? ¿Han sido provocados por la conducta de S? (Especifique).....

CALIFIQUE SU RELACION CON EL PACIENTE

185

- 0 = No relación
 1 = Relación
 9 = No presenta trastorno emocional

CALIFIQUE LA PREOCUPACION DEL INFORMANTE

186

- 0 = Ausencia
 1 = Presencia
 2 = Resignación
 9 = No presenta trastorno emocional



D.12 TIEMPO DE DESCANSO DEL INFORMANTE

P: En el último (tiempo/periodo),
¿Ha tenido tiempo de hacer cosas
tales como leer el periódico, ver la
televisión o de hacer cosas en las
que esté interesado?
¿Ha tenido tiempo para hacer estas
cosas todos los días?

CALIFIQUE EL TIEMPO DE DESCANSO DEL
INFORMANTE

191

- 0 = Tiene algún rato de descanso todos los días
- 1 = Tiene momentos de descanso todo el día
- 2 = No tiene momentos de descanso

(Si la calificación del punto 191 es de 0, califique con 9 las casillas 192-194 y prosiga con el reactivo D13).

P: ¿Hace cuanto que usted tan sólo ha tenido momentos de descanso en algunos días o que no los ha tenido del todo?

CALIFIQUE DESDE CUANDO EL INFORMANTE NO TIENE MOMENTOS DE DESCANSO

192

- 1 = < 1 semana
- 2 = > 1 semana < 3 meses
- 3 = > 3 meses < 1 año
- 4 = > 1 año
- 5 = No hubo cambio
- 9 = No presenta trastornos en el descanso

P: ¿Considera que esta falta de momentos de descanso está relacionada con el problema de S? ¿En que forma? ¿Tenía que ocupar mucho tiempo cuidando de S? ¿Gastaba tanto tiempo visitando a S que tenía que utilizar sus ratos de descanso haciendo tareas domésticas? (Especifique).....

CALIFIQUE LA RELACION CON EL PACIENTE

193

- 0 = No relación
- 1 = Relación
- 9 = No presenta trastornos en el descanso

CALIFIQUE LA PREOCUPACION DEL INFORMANTE

- 0 = Ausencia
- 1 = Presencia
- 2 = Resignación
- 9 = No presenta trastornos en el descanso

194

D.13 INGRESO DISPONIBLE DEL INFORMANTE

P: En el último (tiempo/periodo),
¿Ha tenido problemas económicos?
¿Ha tenido gastos extras o alguna
disminución en sus ingresos?
¿Ha tenido dificultades para cubrir
sus gastos?
¿Le ha resultado verdaderamente
imposible el pagar sus cuentas?

CALIFIQUE LOS PROBLEMAS FINANCIEROS DEL
INFORMANTE

195

- 0 = No problemas económicos
- 1 = Gastos extra o reducción en los ingresos, que para el informante constituyen una carga
- 2 = Severos problemas económicos, el informante es incapaz de pagar la renta y de cubrir sus deudas

(Si la calificación del punto 195 es de 0, califique con 9 las casillas 196-198 y prosiga con el reactivo D14).

P: ¿Desde cuando tiene estos problemas financieros?

CALIFIQUE DESDE CUANDO EL INFORMANTE NO TIENE MOMENTOS DE DESCANSO

196

- 1 = < 1 semana
- 2 = > 1 semana < 3 meses
- 3 = > 3 meses < 1 año
- 4 = > 1 año
- 5 = No hubo cambio
- 9 = No problemas económicos

P: ¿Considera que estos problemas financieros se relacionan con el problema de S? Por ejemplo: ¿Se metió S en alguna deuda que usted hubiera tenido que pagar? ¿Le ha resultado costoso el visitar a S en el hospital? (Especifique).....

CALIFIQUE LA RELACION CON EL PACIENTE

197

- 0 = No relación
- 1 = Relación
- 9 = No problemas económicos

CALIFIQUE LA PREOCUPACION DEL INFORMANTE

- 0 = Ausencia
- 1 = Presencia
- 2 = Resignación
- 9 = No problemas económicos

198

D.14 EJECUCION LABORAL/EDUCAIVA DEL INFORMANTE

P: En el último (tiempo/periodo),
¿Cómo le ha estado yendo en su trabajo/sus estudios?
¿Ha tenido dificultad para concentrarse en el trabajo?
¿Ha encontrado su trabajo/sus estudios demasiados difíciles para usted?
¿Se han quejado otras personas de su trabajo?

CALIFIQUE LA EJECUCION LABORAL/ACADEMICA DEL INFORMANTE

- 0 = Ninguna
1 = Algunas dificultades pero sin quejas de otros
2 = Otros se han quejado de que el informante no está trabajando adecuadamente
9 = No aplicable

(Si la calificación del punto 199 es de 0, califique con 9 las casillas 200-202 y prosiga con el reactivo D15).

P: ¿Cuándo empezó a tener dificultades en su trabajo?

CALIFIQUE LA APARICION DE PROBLEMAS LABORALES/ACADEMICOS DEL INFORMANTE

- 1 = < 1 semana
2 = > 1 semana < 3 meses
3 = > 3 meses < 1 año
4 = > 1 año
5 = No hubo cambio
9 = No dificultades laborales/estudio

P: ¿Considera que los problemas de su trabajo se relacionan con el problema de S? ¿En que forma se vio afectada su concentración por los problemas provocados por S?
(Especifique).....

CALIFIQUE LA RELACION CON EL PACIENTE

- 0 = No relación
1 = Relación
9 = No dificultades laboral/estudio

CALIFIQUE LA PREOCUPACION DEL INFORMANTE

- 0 = Ausencia
1 = Presencia
2 = Renunciación
9 = No dificultades laboral/estudios

D.15 TIEMPO LIBRE EN EL TRABAJO/ESTUDIO DEL INFORMANTE

P: En el último (tiempo/periodo)
¿Ha pedido usted permiso en el trabajo?
¿Ha estado llegando a trabajar a tiempo?
¿Ha estado trabajando horas extras si se le piden?
¿Se trató de vacaciones pagadas?

CALIFIQUE EL TIEMPO LIBRE EN EL TRABAJO/ESTUDIO

- 0 = No tomó permiso o vacaciones pagadas
1 = Falta cinco días durante un periodo o rechaza las horas extras, o regularmente llega tarde al trabajo
2 = Falta 5 días consecutivos o más de cinco días
3 = Abandonó el trabajo del todo
9 = No aplicable

(Si la calificación del punto 203 es de 0, califique con 9 las casillas 204-206 y prosiga con el reactivo D16).

P: ¿Cuándo comenzó a tomarse días libres/llegar tarde al trabajo/rechazar horas extras y abandonar su trabajo?

CALIFIQUE EL INICIO DEL TIEMPO FUERA DEL TRABAJO/ESTUDIOS DEL INFORMANTE

- 1 = < 1 semana
2 = > 1 semana < 3 meses
3 = > 3 meses < 1 año
4 = > 1 año
5 = No hubo cambio
9 = No permisos especiales

P: ¿Considera que sus faltas al trabajo/el llegar tarde/el rechazar las horas extras/el dejar el trabajo, estuvo relacionado con el problema de S? ¿En qué sentido?
¿Se quedaba en casa para cuidar de S?
¿Sentía que no podía trabajar debido a la forma en que se sentía por el problema de S?
(Especifique).....

CALIFIQUE LA RELACION CON EL PACIENTE

- 0 = No relación
1 = Relación
9 = No permisos especiales

CALIFIQUE LA PREOCUPACION DEL INFORMANTE

- 0 = Ausencia
1 = Presencia
2 = Renunciación
9 = No permisos especiales

D.16 RELACIONES DOMESTICAS DEL INFORMANTE

P: En el último (tiempo/periodo),
¿Han habido fricciones en la casa?
¿Han discutido las personas que viven
en la casa?
¿La atmósfera ha estado tensa?
¿Se ha ido alguien de la casa o
amenazado de hacerlo?

CALIFIQUE LAS RELACIONES DOMESTICAS

- | | | |
|-----|---|-------|
| 0 = | Poca o ninguna fricción | _____ |
| 1 = | Discusiones regulares y fricción | _____ |
| 2 = | Discusiones constantes y/o algún
miembro de la casa se ha ido o ha
amenazado de hacerlo | _____ |

207

(Si la calificación del punto 207 es de 0,
califique con 9 las casillas 208-210 y
prosiga con el reactivo D17).

P: ¿Cuándo comenzaron estas discusiones?

CALIFIQUE LA APARICION DE RELACIONES
DOMESTICAS TENSAS

- | | | |
|-----|---------------------------|-------|
| 1 = | < 1 semana | _____ |
| 2 = | > 1 semana < 3 meses | _____ |
| 3 = | > 3 meses < 1 año | _____ |
| 4 = | > 1 año | _____ |
| 5 = | No hubo cambio | _____ |
| 9 = | No problemas ni ficciones | _____ |

208

P: ¿Considera que estas fricciones están
relacionadas con el problema de S? ¿En qué
forma? ¿Fueron sobre S?, ¿Se unió S a las
discusiones?
(Especifique).....

CALIFIQUE LA RELACION CON EL PACIENTE

- | | | |
|-----|----------------------------|-------|
| 0 = | No relación | _____ |
| 1 = | Relación | _____ |
| 9 = | No problemas ni fricciones | _____ |

209

CALIFIQUE LA PREOCUPACION DEL INFORMANTE

- | | | |
|-----|----------------------------|-------|
| 0 = | Ausencia | _____ |
| 1 = | Presencia | _____ |
| 2 = | Resignación | _____ |
| 9 = | No problemas ni fricciones | _____ |

210

D.17 PERTURBACION A LA VIDA DEL PACIENTE

P: En el último (tiempo/periodo)
¿Ha estado su vida perturbada hasta el
punto que se haya visto obligado(a) a
irse del hogar y se haya ido a
quedar en algún otro lugar?
¿Cuánto tiempo pasó fuera de casa?

CALIFIQUE LA PERTURBACION A LA VIDA DEL
INFORMANTE

- | | | |
|-----|--|-------|
| 0 = | El informante no se fue a quedar a
ningún otro lugar | _____ |
| 1 = | El informante pasó por lo menos una
noche fuera en este periodo | _____ |
| 2 = | El informante pasó más de una noche
fuera en este periodo | _____ |

211

(Si la calificación del punto 211 es de 0,
califique con 9 las casillas 212-214 y
prosiga con el reactivo D18).

P: ¿Cuándo comenzó a irse a quedar en
algún otro lugar?

CALIFIQUE EL INICIO DE LA PERTURBACION A
LA VIDA DEL INFORMANTE

- | | | |
|-----|----------------------|-------|
| 1 = | < 1 semana | _____ |
| 2 = | > 1 semana < 3 meses | _____ |
| 3 = | > 3 meses < 1 año | _____ |
| 4 = | > 1 año | _____ |
| 5 = | No hubo cambio | _____ |
| 9 = | No se ausentó | _____ |

212

P: ¿Considera que esto se relacionó con el
problema de S? ¿En qué forma? ¿Se marchó
para alejarse de S?
(Especifique).....

CALIFIQUE LA RELACION CON EL PACIENTE

- | | | |
|-----|---------------|-------|
| 0 = | No relación | _____ |
| 1 = | Relación | _____ |
| 9 = | No se ausentó | _____ |

213

CALIFIQUE LA PREOCUPACION DEL INFORMANTE

- | | | |
|-----|---------------|-------|
| 0 = | Ausencia | _____ |
| 1 = | Presencia | _____ |
| 2 = | Resignación | _____ |
| 9 = | No se ausentó | _____ |

214

D.18 PERTURBACIÓN A LA VIDA DE OTROS

- P: En el último (tiempo/periodo),
¿Se ha visto perturbada en alguna
forma la vida de otros?
¿Ha tenido que faltar al trabajo
alguien en casa?
¿Han resultado afectados los vecinos
o alguna otra persona fuera de casa?

CALIFIQUE LA PERTURBACION A LA VIDA DE OTROS

215

- 0 = Nula
1 = Otros miembros del hogar afectados
2 = Personas fuera de casa afectadas; por
ejemplo; molestias a los vecinos
durante la noche

(Si la calificación del punto 215 es de 0,
califique con 9 las casillas 216-218 y
pasa a la siguiente sección).

P: ¿Cuándo comenzó la perturbación a la
vida de?

CALIFIQUE EL INICIO DE LA PERTURBACION A LA VIDA DE OTROS

216

- 1 = < 1 semana
2 = > 1 semana < 3 meses
3 = > 3 meses < 1 año
4 = > 1 año
5 = No hubo cambio
9 = No perturbación en otros

P: ¿Considera que esto se relacionó con el
problema de S? ¿En qué forma? ¿Fue un
resultado directo de la conducta de S?
(Especifique).....

CALIFIQUE LA RELACION CON EL PACIENTE

217

- 0 = No relación
1 = Relación
9 = No perturbación en otros

CALIFIQUE LA PREOCUPACION DEL INFORMANTE

- 0 = Ausencia
1 = Presencia
2 = Resignación
9 = No perturbación en otros

218

SECCION F

APOYO AL INFORMANTE

SITUACION DOMESTICA DEL INFORMANTE

1. Apoyo de familiares
2. Apoyo de amigos/vecinos
3. Apoyo de servicios sociales

SECCION F

Finalmente, me gustaría
hacerle unas cuantas preguntas en
relación al tipo de ayuda y apoyo que
ha estado recibiendo de amigos,
familiares e instituciones de
servicio durante el último

Y para terminar, me gustaría
saber un poco más sobre su situación
en cuanto a vivienda.

F.1 APOYO DE FAMILIARES

P: En el último (tiempo/periodo), ¿vio o habló con algún miembro de su familia o parientes políticos en una base regular, digamos una vez a la semana o más?

CALIFIQUE EL CONTACTO CON FAMILIARES

(Teléfono o cara a cara)

- 0 = Ningún contacto _____
 - 1 = Por lo menos un contacto _____
- 285

(De ser 0, califique con 9 la casilla 286)

P: ¿El apoyo familiar le hizo sentir alguna descarga?

CALIFIQUE LA DESCARGA A PARTIR DE CONFIDENCIAS A UN FAMILIAR

- 0 = No descarga _____
 - 1 = Alguna descarga _____
 - 2 = Descarga considerable - No hubiera podido _____
 - 9 = No confidencias _____
- 286

P: ¿Recibió alguna ayuda práctica de sus familiares en el último (tiempo/periodo)?, por ejemplo: dinero, cuidado de los niños, irse a quedar con ustedes para ayudarle, visitas a usted o a S?

CALIFIQUE LA AYUDA PRACTICA DE FAMILIARES

(Califique cualquier cosa definida por el informante como ayuda práctica)

- 0 = No ayuda práctica por parte de familiares _____
 - 1 = Alguna ayuda práctica de familiares _____
 - 2 = Los familiares toman una o más responsabilidades, ej. cuidar de los niños, hacerse cargo de los gastos, etc. _____
- 287

(Si la calificación es de 0, califique con 9 la casilla 288)

P: ¿Esta ayuda práctica de (Familiar) le hizo sentir alguna descarga?

CALIFIQUE LA DESCARGA A PARTIR DE LA AYUDA PRACTICA

- 0 = Ninguna descarga _____
 - 1 = Alguna descarga _____
 - 2 = Considerable descarga - no hubiera podido lidiar de lo contrario _____
 - 9 = No ayuda práctica _____
- 288

F.2 APOYO DE AMIGOS/VECINOS

P: En el último (tiempo/periodo), ¿Vio o habló con algún amigo o vecino en forma regular, digamos una vez por semana o más?

CALIFIQUE EL CONTACTO CON AMIGOS/VECINOS

(Teléfono o cara a cara)

- 0 = Ningún contacto _____
 - 1 = Por lo menos un contacto _____
- 289

(De ser 0, califique con 9 la casilla 290)

P: El apoyo de amigos/vecinos ¿Le hizo sentir alguna descarga?

CALIFIQUE LA DESCARGA A PARTIR DE LAS CONFIDENCIAS A AMIGOS/VECINOS

- 0 = Ninguna descarga _____
 - 1 = Alguna descarga _____
 - 2 = Considerable descarga - No hubiera podido lidiar de lo contrario _____
 - 9 = Ninguna confidencia _____
- 290

P: ¿Recibió alguna ayuda práctica de algún amigo/vecino en el último (tiempo/periodo)? Ejemplo: dinero, cuidado de los niños, quedarse con usted, hacer que alguien lo acompañe, visitas a usted o a S?

CALIFIQUE LA AYUDA PRACTICA DE AMIGOS/VECINOS

- 0 = Ninguna ayuda práctica de amigos/vecinos _____
 - 1 = Alguna descarga práctica de amigos/vecinos _____
 - 2 = Un amigo/vecino toma una o más responsabilidades (Ej.: a un niño, obligaciones financieras) _____
- 291

(De ser 0, califique con 9 la casilla 292)

P: Esta ayuda práctica de amigos/vecinos le hizo sentir alguna descrga?

CALIFIQUE LA DESCARGA A TRAVES DE LA AYUDA PRACTICA

- 0 = Ninguna descarga _____
 - 1 = Alguna descarga _____
 - 2 = Considerable descarga-No hubiera podido lidiar con el problema en otra forma _____
 - 9 = Ninguna ayuda práctica _____
- 292

F.3 APOYO DE SERVICIOS SOCIALES

P: En el último (tiempo/periodo),
¿Estableció algún contacto con alguna
institución de servicio?

CALIFIQUE EL CONTACTO CON INSTITUCION DE
SERVICIOS (Telefónico o cara a cara)

- 0 = Ningún contacto _____
1 = Uno o dos contactos _____
293

(De ser 0, califique con 9 la casilla de
la 294 a 298)

P: ¿Porqué recurrió a (institución
de servicio)?
¿Se debió al problema de S?
Especifique

CALIFIQUE LA RELACION CON EL PACIENTE

- _____ 294
0 = Contacto con institución de servicios
no relacionado con el problemas de S
1 = Contacto con institución de servicios
probablemente relacionados con el
problema de S
2 = Contacto con institución de servicios
definitivamente relacionado con el
problema de S
9 = No se presentó contacto

P: ¿Habló con (institución de
servicios) sobre el problema de S?
¿Sintió alguna descarga?

CALIFIQUE LA DESCARGA A PARTIR DE LA
RELACION CON ALGUNA INSTITUCION DE
SERVICIOS

- 0 = No descarga _____
1 = Alguna descarga _____ 295
2 = Considerable descarga
9 = No se presentó contacto

P: ¿Recibió alguna ayuda práctica de las
instituciones de servicio en el último
tiempo/periodo?..... Por ejemplo:
visitas a usted o a S.

CALIFIQUE LA AYUDA PROVENIENTE DE
INSTITUCIONES DE SERVICIO

- 0 = No ayuda práctica _____
1 = Alguna ayuda práctica _____ 296
2 = La institución de servicio toma una o
más responsabilidades
9 = No se presentó contacto

P: ¿Le hizo más fácil el manejo de la
situación esta ayuda?
¿Esta ayuda le hizo sentir alguna
descarga?

CALIFIQUE LA DESCARGA A PARTIR DE LA AYUDA
PRACTICA

- 0 = Ninguna descarga _____
1 = Alguna descarga _____
2 = Considerable descarga _____ 297
9 = No se presentó contacto

CONFIABILIDAD SBAS

ESCALA DE EVALUACION DE LA CONDUCTA DEL PACIENTE

Este es un instrumento estandarizado, semiestructurado, con una confiabilidad para escenarios mexicanos de Kappa global : 0.78

Tabla 6. Promedios de Kappa por sección y por reactivos

FUNCIONAMIENTO SOCIAL DEL PACIENTE	K
Tareas domésticas	.70
Manejo doméstico	.87
Cuidado de los niños	*
Interés en el niño	*
Disciplina del niño	*
Actividades durante el tiempo libre	.72
Conversación cotidiana	.78
Apoyo del inf-pac.	.82
Afecto y amistad	.70
Relaciones sexuales	*
Problemas trabajo / estudios	.68
Toma de decisiones	.59
Promedio total	.76
EFFECTOS ADVERSOS SOBRE LOS DEMAS	
SOBRE LOS NIÑOS:	
Salud física	*
Salud emocional	.86
Conducta perturbada	.85
Relación con el paciente	.81
Tiempo fuera de casa	*
Contacto con amigos	.82
Falta de asistencia a la escuela	.90
Ejecución escolar	*
SOBRE EL INFORMANTE:	
Enfermedad física	.81
Enfermedad emocional	.87
Vida social	.75
Tiempo de descanso	.50
Ingreso disponible	.91
Ejecución laboral	.91
Tiempo libre	.77
Relaciones domésticas	.87
Perturbación en su vida	.73
Perturbación en la vida de los demás	.71
Promedio total	.81
APOYO AL INFORMANTE (Situación doméstica del informante)	
Apoyo de familiares	.61
Apoyo de amigos / vecinos	.61
Situación de vivienda del informante	.72
Promedio total	.77

Otero y Rascón (1988).

Posteriormente se sometió a un análisis de confiabilidad Alpha de Cronbach por secciones con 41 casos, y la sección B obtuvo un Alpha de 0.8527, también se hizo este mismo análisis para cada reactivo que se utilizó en este estudio.

Conducta Sintomática	ALPHA
1. Depresión o tristeza.	.8426
2. Aislamiento.	.8475
3. Lentitud.	.8353
4. Olvidos.	.8470
5. Subactividad.	.8419
6. Sobredependencia	.8298
7. Indecisión.	.8425
8. Preocupación.	.8429
9. Temor.	.8346
10. Obsesionabilidad.	.8329
11. Ideas extravagantes.	.8386
12. Hiperactividad.	.8288
13. Impredictibilidad.	.8272
14. Irritabilidad.	.8240
15. Rudeza.	.8240
16. Violencia.	.8217
17. Suicidio.	.8256
18. Conducta Ofensiva.	.8344
19. Exceso de alcohol.	.8407
20. Auto-descuido	.8318
21. Quejas corporales o dolores.	.8396
22. Conducta extravagante.	.8275

Proceso para la obtención de los puntajes de las variables

Conducta Sintomática del paciente

El puntaje de esta variable se obtuvo por la suma de los valores obtenidos en las 22 conductas sintomáticas que mide el SBAS. Los valores fueron de 1 a 3.

Funcionamiento Social del paciente

El puntaje de esta variable se obtuvo de manera similar a la anterior sección (11 reactivos).

Efectos adversos sobre otros

Se obtuvo el puntaje sumando los 9 reactivos y recodificando 0=1 y 1,2=2

Apoyo al informante

Se tomó en cuenta el contacto y la descarga, tomándolos en cuenta por separado los valores 0 y 1 y de 0 a 2, para cada reactivo.

CONENF Sección de actitudes hacia la esquizofrenia

Totalmente en desacuerdo	2	3	4	5	Totalmente de acuerdo
1					6
13.- ¿Ud piensa que la esquizofrenia se puede transmitir o contagiar?					<input type="checkbox"/> 93
14.- ¿Ud piensa que la esquizofrenia puede ser heredada?					<input type="checkbox"/> 94
A 15.- ¿Ud cree que cualquiera puede llegar a ser un enfermo esquizofrenia ?					<input type="checkbox"/> 95
B16.- ¿Ud se siente responsable por la suerte de su paciente?					<input type="checkbox"/> 96
B 17.- ¿Ud piensa que los enfermos con esquizofrenia, pueden llevar una vida normal?					<input type="checkbox"/> 97
B 18.- ¿Ud sería amigo de un enfermo con esquizofrenia?					<input type="checkbox"/> 98
B 19.-¿Ud confiaría en los enfermos con esquizofrenia?					<input type="checkbox"/> 99
B 20.-¿Las personas con esquizofrenia pueden bastarse así mismos?					<input type="checkbox"/> 100
A 21.-¿La esquizofrenia es terrible?					<input type="checkbox"/> 101
A 22.-¿La esquizofrenia es una enfermedad como cualquier otra?					<input type="checkbox"/> 102
A 23.- A los enfermos con esquizofrenia se les debe de tratar con el mismo control como a los niños pequeños?					<input type="checkbox"/> 103
B 24.- A los enfermos con esquizofrenia mentales se les debe de tratar como parte de la comunidad?					<input type="checkbox"/> 104
A 25.- Vivir junto a un vecino enfermo (a) con esquizofrenia le sería dasagradable?					<input type="checkbox"/> 105
A 26.- Una familia se desprestigia por tener un enfermo con esquizofrenia mental entre ellos?					<input type="checkbox"/> 106
27.- Una persona con esquizofrenia se puede curar totalmente					<input type="checkbox"/> 107
B 28.- Una persona con esquizofrenia puede realizar actividades útiles para la sociedad aunque esté enfermo?					<input type="checkbox"/> 108
A 29.- Las personas que permanecen mentalmente enfermas con esquizofrenia es porque no tienen voluntad para rehabilitarse?					<input type="checkbox"/> 109
A 30.- Cuando alguna persona con esquizofrenia parece estar bien, resulta riesgoso olvidarse de que está enfermo?					<input type="checkbox"/> 110
A 31.- La mayoría de las personas con esquizofrenia son agresivas o violentas?					<input type="checkbox"/> 111
A 32.- Las personas con esquizofrenia inspiran miedo?					<input type="checkbox"/> 112
A 33.- La mayoría de las personas con esquizofrenia, que no se recuperan debe culpárseles solo a ellos?					<input type="checkbox"/> 113
B 34.- La mayoría de las personas con esquizofrenia no son peligrosos?					<input type="checkbox"/> 114
A 35.- Un persona con esquizofrenia nunca volverá a ser sana?					<input type="checkbox"/> 115
B 36.- Una persona con esquizofrenia puede ser tan responsable como cualquier otra persona?					<input type="checkbox"/> 116
A 37.- El tener una enfermedad de esquizofrenia es haber fracasado en la vida?					<input type="checkbox"/> 117

Se sometió a un análisis global de confiabilidad Alpha de Cronbach de: .7643
n: 29 y por sección: Benevolencia obtuvo un Alpha de 0.6783 y para
Autoritarismo se obtuvo .7018

Proceso para la obtención de los puntajes de las variables

Actitudes: Benevolencia y autoritarismo.

Estas se obtuvieron mediante la selección y suma de las respuestas a las variables del instrumento CONENF. Se tomaron 13 variables que medían autoritarismo y 9 que medían benevolencia, las respuestas tenían una escala del 1 al 6 por lo que el puntaje más bajo fue de 13 para autoritarismo y 9 para benevolencia, el puntaje más alto de 78 y 54 respectivamente.

Con este puntaje se establecieron los siguientes niveles:

Para autoritarismo; 15 - 29 bajo*
30 - 49 medio
50 – 78 alto

No se tomó en cuenta el puntaje de 13 y 14 porque no se presentó

Para benevolencia; 9 – 24 bajo*
25 – 39 medio
40 – 54 alto

Hubo necesidad de invertir el sentido de algunas variables ya que se dirigía a lo favorable, a diferencia de la mayoría de las otras variables.

ENTREVISTA DIAGNOSTICA INTERNACIONAL COMPUESTA (CIDI)

Versión 1.1, 1993

Sección A: Datos demográficos

Sección B: Trastornos debidos al consumo de tabaco

Sección C: Trastornos somatomorfos y disociativos (de conversión)

Sección D: Trastornos fóbicos y otros trastornos de ansiedad

Sección E: Trastornos depresivos y trastorno distímico

Sección F: Trastorno afectivo bipolar y episodio maniaco

Sección G: Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos

Sección H: Trastornos de la conducta alimentaria

Sección I: Trastornos debidos al consumo de alcohol

Sección K: Trastorno obsesivo-compulsivo

Sección L: Trastornos debido al consumo de sustancias psicotropas

Sección M: Trastornos mentales orgánicos (incluidos los sintomáticos)

Sección N: Disfunciones sexuales

DIAGNOSTICOS PSIQUIÁTRICOS DE LOS FAMILIARES

En el siguiente cuadro se presenta el ejemplo de la captura de la información diagnóstica por sujeto

Identif.	ICD 10
061 Edad:43 Sex:Fem	-Episodio depresivo recurrente de moderada severidad con síntomas somáticos. Inicio: en las últimas 2 semanas Ultima vez: a los 6 años -Trastorno de ansiedad generalizada- grado severo Inicio: menos de un año Ultima vez: a los 6 años -Trastornos de movimiento disociativo Inicio: a los 30 años Ultima vez: de 2 semanas a un mes -Anestesia disociativa y pérdida sensorial Inicio: a los 30 años Ultima vez: de 2 semanas a un mes
070 Edad: 43 Sex:Fem	Sin diagnóstico
086 Edad:57 Sex:Fem	Sin diagnóstico
087 Edad:44 Sex:Fem	-Síndrome de dependencia al tabaco (No se tomo en cuenta) Inicio: a los 33 años Ultima vez: a los 33 años -Trastorno del dolor somatoforme persistente Inicio: a los 42 años Ultima vez: en las últimas 2 semanas
079 Edad:46 Sex:Fem	Sin diagnóstico
062 Edad:68 Sex:Fem	-Trastorno del dolor somatoforme persistente Inicio: a los 54 años Ultima vez: en las últimas 2 semanas
080 Edad:58 Sex: M.	-Uso dañino de alcohol Inicio: Hace un año Ultima vez: en las últimas dos semanas
106 Edad:61 Sex:Fem	- Síndrome de dependencia al tabaco Inicio: a los 30 años Ultima vez: en el último año -Trastorno del dolor somatoforme persistente Inicio: a los 50 años Ultima vez: en el último año
101 Edad:56 Sex:Fem	-Síndrome de dependencia al tabaco Inicio: a los 25 años Ultima vez: en las últimas dos semanas
112 Edad:61 Sex:Fem	Sin diagnóstico

DESCRIPCIÓN DE LOS DIAGNOSTICOS PSIQUIÁTRICOS

Se mencionan únicamente los diagnósticos presentes en los familiares de personas con esquizofrenia.

TRASTORNO SOMATOMORME

Descripción

La característica esencial del trastorno de somatización es un patrón de síntomas somáticos, recurrentes, múltiples y clínicamente significativos. Se considera que un síntoma somático es clínicamente significativo si requiere tratamiento médico (p. ej., tomar un medicamento) o causa un deterioro evidente de la actividad social o laboral, o en otras áreas importantes de la actividad del individuo. Los síntomas somáticos deben empezar antes de los 30 años y persistir durante varios años. Los múltiples síntomas no pueden explicarse completamente por la presencia de alguna enfermedad conocida o por los efectos directos de una sustancia. Si aparecen en el transcurso de una enfermedad médica, los síntomas o el deterioro de las relaciones sociales, laborales o en otras áreas importantes de la actividad del individuo son mucho mayores de lo que cabría esperar a partir de la historia clínica, la exploración física o las pruebas de laboratorio.

Debe de existir una historia de dolor relacionada con al menos cuatro zonas diferentes (p. ej., menstruación, coito, micción). Asimismo, al menos debe haber dos síntomas de tipo gastrointestinal, además de dolor. La mayoría de los individuos con este trastorno refieren la presencia de náuseas e hinchazón abdominal. Los vómitos, la diarrea y la intolerancia a ciertos alimentos son menos habituales. Los síntomas digestivos a menudo conducen a múltiples exámenes radiográficos, pudiendo llegar incluso a comportar intervenciones quirúrgicas que a se demuestran totalmente innecesarias.

Síntomas

Los individuos con trastorno de somatización generalmente describen sus síntomas de un modo llamativo y exagerado, pero muy a menudo falta información objetiva específica. Las historias que narran son poco consistentes, por lo que, para determinar un patrón de síntomas somáticos frecuentes, una entrevista diagnóstica puede ser menos eficaz que una revisión de los tratamientos médicos a la vez, lo que puede conducir a combinaciones de tratamientos potencialmente peligrosas. El motivo por el cual se ve a estos enfermos en centros de salud mental es la presencia de síntomas importantes de ansiedad y estado de ánimo deprimido. Pueden existir asimismo comportamientos impulsivos y antisociales, amenazas e intentos de suicidio y conflictos matrimoniales. La vida de estos individuos, en especial la de quienes presentan trastornos de personalidad asociados, es a menudo tan caótica y complicada como sus historias clínicas.

Prevalencia

Diversos estudios señalan índices de prevalencia variables, desde un 0,2 % hasta un 2 % en mujeres y menos de un 0,2 % en hombres. Las diferencias en los índices pueden depender de si el entrevistador es médico, del método de valoración y de las variables demográficas de las muestras analizadas; cuando el entrevistador no es médico, el trastorno de somatización se diagnostica con mucha menos frecuencia.

Patrón familiar

Se ha observado que el 10-20 % de las mujeres parientes de primer grado de estos enfermos presentan también trastorno de somatización. Los familiares varones de las mujeres con este trastorno tienen un mayor riesgo de padecer trastorno antisocial de la personalidad y trastornos relacionados con sustancias. Los estudios realizados en personas adoptadas indican que tanto los factores genéticos como los ambientales contribuyen a incrementar el riesgo de padecer trastorno antisocial de la personalidad, trastornos relacionados con sustancias y trastorno de somatización. El hecho de tener padres biológicos o adoptivos que presenten alguno de estos trastornos aumenta el riesgo de aparición del trastorno antisocial de la personalidad, del trastorno relacionado con sustancias o del trastorno de somatización.

TRASTORNO DE ANSIEDAD

Descripción

En esta sección se describen los siguientes trastornos de ansiedad: trastornos de angustia sin agorafobia, trastorno de angustia con agorafobia, agorafobia sin historia de trastorno de angustia, fobia específica, fobia social, trastorno obsesivo-compulsivo, trastorno por estrés postraumático, trastorno por estrés agudo, trastorno de ansiedad generalizada, trastorno de ansiedad debido a enfermedad médica, trastorno de ansiedad inducido por sustancias y trastorno de ansiedad no especificado. Pero solo se mencionaran los trastornos de ansiedad que presentaron las familias que participaron en este estudio.

Crisis de angustia (panic attack)

Descripción

Se caracteriza por la aparición súbita de síntomas de aprensión, miedo pavoroso o terror, acompañados habitualmente de sensación de muerte inminente. Durante estas crisis también aparecen síntomas como falta de aliento, palpitaciones, opresión o malestar torácico, sensación de atragantamiento o asfixia y miedo a «volverse loco» o perder el control.

Agorafobia

Descripción

Se caracteriza por la aparición de ansiedad o comportamiento de evitación en lugares o situaciones donde escapar puede resultar difícil (o embarazoso), o bien donde sea imposible encontrar ayuda en el caso de que aparezca en ese momento una crisis de angustia o síntomas similares a la angustia.

Fobia específica

Descripción

La característica esencial de la fobia específica es un miedo intenso y persistente a objetos o situaciones claramente discernibles y circunscritos. La exposición al estímulo fóbico provoca casi invariablemente una respuesta inmediata de ansiedad. Esta respuesta puede adquirir la forma de una crisis de angustia situacional o más o menos relacionada con una situación determinada.

Las fobias específicas también pueden hacer referencia a la posibilidad de perder el control, angustiarse y desmayarse al exponerse al objeto temido. Por ejemplo, los individuos temerosos de la sangre y las heridas pueden estar preocupados asimismo por

la posibilidad de desmayarse, los que tienen miedo a las alturas también pueden sentir inquietud por los mareos y los que tienen miedo a las aglomeraciones pueden preocuparse asimismo por la posibilidad de perder el control y empezar a gritar entre la gente.

Síntomas

Las fobias específicas, de-pendiendo del subtipo, pueden dar lugar a un estilo de vida limitado o interferir con ciertas actividades. Por ejemplo, la evitación de los viajes en avión puede poner en peligro un ascenso en el trabajo, y el miedo a las aglomeraciones o a los recintos cerrados puede limitar las actividades sociales del individuo. Las fobias específicas suelen coexistir con otros trastornos de ansiedad, si bien en estos casos no suelen constituir el motivo de consulta, ya que producen mucho menos malestar e interfieren notoriamente menos en las actividades del individuo que el diagnóstico principal de trastorno de ansiedad. Entre estas asociaciones destaca por su elevada frecuencia la que existe con el trastorno de angustia con agorafobia.

Prevalencia

Aunque son frecuentes en la población general, las fobias raramente provocan un malestar o un deterioro general suficientes como para permitir realizar el diagnóstico de fobia específica. Las cifras de prevalencia publicadas en la literatura pueden variar según los umbrales empleados para determinar el malestar o deterioro general a que dan lugar y el tipo de fobias estudiadas. En la población general la tasa de prevalencia anual se sitúa alrededor del 9 %, mientras que la prevalencia global oscila entre el 10 y el 11,3 %.

Patrón familiar

Los estudios preliminares sugieren la posible existencia de una cierta incidencia familiar según el tipo de fobia (p. ej., los parientes de primer grado de sujetos afectados de una fobia animal tienen más probabilidades de presentar una fobia de este tipo, aunque no necesariamente frente al mismo animal, y los parientes de primer grado de sujetos afectados de fobia situacional tienen igualmente más probabilidades de llegar a desarrollar fobias de este tipo). El miedo a la sangre y al daño presenta una incidencia familiar particularmente alta.

La fobia social

Descripción

La característica esencial de este trastorno es el miedo persistente y acusado a situaciones sociales o actuaciones en público por temor a que resulten embarazosas, lo que suele dar lugar a comportamientos de evitación. La exposición a estos estímulos produce casi invariablemente una respuesta inmediata de ansiedad. Dicha respuesta puede tomar la forma de una crisis de angustia situacional o más o menos relacionada con una situación determinada. En la mayoría de las ocasiones las situaciones sociales o actuaciones en público acaban convirtiéndose en motivo de evitación, si bien otras veces el individuo puede soportarlas aunque experimentando sumo terror. El diagnóstico puede efectuarse sólo en los casos en los que el comportamiento de evitación, el temor o la ansiedad de anticipación interfieren marcadamente con la rutina diaria del individuo, sus relaciones laborales y su vida social, o bien genera un malestar clínicamente significativo. En las personas menores de 18 años los síntomas deben haber persistido como mínimo durante 6 meses antes de poder diagnosticar una fobia social. El miedo o los comportamientos de evitación no se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia o a una enfermedad médica y no pueden explicarse mejor por la presencia de otro trastorno mental (p. ej., trastorno de angustia, trastorno de ansiedad por separación, trastorno dismórfico corporal, trastorno generalizado del desarrollo, o trastorno esquizoide de la personalidad). Si existe otro trastorno mental (p. ej., tartamudez,

enfermedad de Parkinson, anorexia nerviosa), el temor o el comportamiento de evitación no se limitan a la preocupación por su posible impacto social. Cuando el individuo con fobia social se encuentra en las situaciones sociales o en las actuaciones en público temidas, experimenta una preocupación constante por la posibilidad de que resulten embarazosas y teme que los demás le vean como a un individuo ansioso, débil, «loco» o estúpido. Estos individuos pueden tener miedo de hablar en público porque creen que los demás se darán cuenta de que su voz o sus manos están temblando, o porque piensan que en cualquier momento les puede invadir una extrema ansiedad al mantener una conversación por temor a no poder articular correctamente las palabras. Puede que eviten comer, beber o escribir en público por miedo a sentirse en apuros cuando los demás comprueben cómo les tiemblan las manos. Los individuos con fobia social experimentan casi siempre síntomas de ansiedad (p. ej., palpitaciones, temblores, sudoración, molestias gastrointestinales, diarrea, tensión muscular, enrojecimiento, confusión) en las situaciones sociales temidas, y, en los casos más serios, estos síntomas pueden llegar a cumplir los criterios diagnósticos de una crisis de angustia. El enrojecimiento es muy típico de la fobia social.

También puede aparecer una acusada ansiedad anticipatoria mucho antes de que el individuo deba afrontar la situación social temida o la actuación en público (p. ej., preocupaciones diarias durante varias semanas antes de asistir a un acontecimiento social).

Síntomas

Entre las características comúnmente asociadas a la fobia social cabe citar la hipersusceptibilidad a la crítica, a la valoración negativa por parte de los demás y al rechazo; la dificultad para autoafirmarse, y la baja autoestima y los sentimientos de inferioridad. Los individuos con fobia social también acostumbran a temer las evaluaciones indirectas, por ejemplo, los exámenes. A veces muestran pobres habilidades sociales (p. ej., les cuesta mantener la mirada de otras personas) o signos objetivables de ansiedad (p. ej., manos frías y pegajosas, temblores, voz vacilante). Los individuos con fobia social suelen obtener malos resultados en la escuela debido a la ansiedad que les producen los exámenes y la evitación de la participación oral en clase. También pueden tener un bajo rendimiento laboral debido a la ansiedad que experimentan al hablar en grupos pequeños, en público, con los colegas y las figuras de autoridad, así como por la propia evitación de estas situaciones. Las personas que padecen fobia social acostumbran a disponer de un escaso apoyo social y tienen menos probabilidades de casarse. En los casos más serios estos individuos son expulsados de la escuela o despedidos del trabajo con la posibilidad de no poder reincorporarse a estas actividades por la dificultad y ansiedad que les supone acudir a entrevistas de selección; puede que no tengan ningún amigo o no puedan aferrarse a nadie no logrando nunca completar una relación; pueden abstenerse de concertar cita alguna, o pueden permanecer toda la vida con los padres. La fobia social puede asociarse al trastorno de angustia con agorafobia, agorafobia sin historia de trastorno de angustia, trastorno obsesivo-compulsivo, trastornos del estado de ánimo, trastornos relacionados con sustancias y trastorno de somatización, precediendo habitualmente su aparición a la de estos trastornos. En las muestras clínicas los individuos con fobia social generalizada suelen presentar a la vez un trastorno de la personalidad por evitación.

Prevalencia

Los estudios epidemiológicos han puesto de relieve una prevalencia global para la fobia social que oscila entre el 3 y el 13 %. Estas cifras pueden variar dependiendo de los umbrales definidos para cuantificar el malestar clínico o la afectación de la actividad global del individuo y los tipos de situaciones sociales objeto de estudio. En uno de estos trabajos el 20 % de los casos manifestaba un miedo excesivo a hablar o actuar en público, pero sólo un 2 % aproximadamente parecía experimentar suficiente malestar o

afectación general como para poder asegurar que se trataba de una fobia social. En la población general la mayoría de los individuos con fobia social temen hablar en público, mientras que un poco menos de la mitad de estos casos confesaba tener miedo de hablar con extraños o conocer a gente nueva. Otros temores relacionados con las actuaciones en público (p. ej., comer, beber o escribir delante de los demás, o permanecer en una sala de espera) parecen menos frecuentes. En los centros asistenciales la gran mayoría de las personas con fobia social sienten temor por más de un tipo de situación social. La fobia social rara vez constituye un motivo de ingreso hospitalario. Entre los pacientes con trastorno de ansiedad en régimen ambulatorio, un 10-20 % presentan igualmente algún tipo de fobia social, si bien estas cifras varían ampliamente de unos estudios a otros.

Patrón familiar

Comparados con la población general, los parientes de primer grado de los individuos con fobia social parecen tener más probabilidades de sufrir este trastorno.

Trastorno de angustia

Descripción

La característica esencial del trastorno de angustia es la presencia de crisis de angustia recidivantes e inesperadas, seguidas de la aparición, durante un período como mínimo de 1 mes, de preocupaciones persistentes por la posibilidad de padecer nuevas crisis de angustia y por sus posibles implicaciones o consecuencias, o bien de un cambio comportamental significativo relacionado con estas crisis. Las crisis de angustia no se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., intoxicación por cafeína) o de una enfermedad médica (p. ej., hipertiroidismo). Por último, las crisis de angustia no pueden explicarse mejor por la presencia de otro trastorno mental (p. ej., fobia social o específica, trastorno obsesivo-compulsivo, trastorno por estrés postraumático o trastorno de ansiedad por separación).

Para efectuar el diagnóstico de trastorno de angustia se requiere haber presentado por lo menos dos crisis de angustia inesperadas, si bien la mayoría de los individuos refieren haber padecido un número considerablemente mayor. Estos individuos suelen presentar asimismo crisis de angustia más o menos relacionadas con una situación determinada (es decir, crisis de angustia que tienen más probabilidades de aparecer en unas situaciones concretas, aunque no se asocien a ellas de forma invariable).

Síntomas

Características descriptivas y trastornos mentales asociados. Paralelamente a las preocupaciones sobre las crisis de angustia y sus posibles consecuencias, muchos individuos con trastorno de angustia también confiesan tener sensaciones constantes o intermitentes de ansiedad que no se centran en una situación o acontecimiento específico. Otros se vuelven excesivamente aprensivos en relación al resultado de las actividades y experiencias diarias, particularmente en lo que hace referencia a la salud o a la separación de seres queridos. Por ejemplo, los individuos con trastorno de angustia acostumbran a anticipar un desenlace catastrófico como resultado de síntomas físicos o efectos farmacológicos secundarios cuya importancia real es de carácter leve (p. ej., creencia de que un dolor de cabeza indica la presencia de un tumor cerebral o una crisis hipertensiva). Asimismo, suelen mostrarse menos tolerantes con los efectos secundarios de los fármacos y suelen exigir controles clínicos continuos para seguir tomando una medicación.

Prevalencia

Estudios epidemiológicos elaborados en todo el mundo indican de forma consistente que la prevalencia del trastorno de angustia (con o sin agorafobia) se sitúa entre el 1,5 y el 3,5 %. Las cifras de prevalencia anual oscilan entre el 1 y el 2 %. Entre un tercio y la mitad de

los individuos diagnosticados de trastorno de angustia en la población general presentan también agorafobia, si bien esta última puede observarse todavía más frecuentemente en población clínica.

Patrón familiar

Los parientes de primer grado de los individuos con trastorno de angustia tienen entre cuatro y siete veces más probabilidades de presentar este trastorno. Sin embargo, en los centros asistenciales entre la mitad y las tres cuartas partes de los pacientes con trastorno de angustia no presentan el antecedente de un pariente de primer grado afectado. Los estudios con gemelos indican una influencia genética en la aparición del trastorno de angustia.

El trastorno de ansiedad generalizada

Descripción

La característica esencial del trastorno de ansiedad generalizada es la ansiedad y la preocupación excesivas (expectación aprensiva) que se observan durante un período superior a 6 meses y que se centran en una amplia gama de acontecimientos y situaciones. El individuo tiene dificultades para controlar este estado de constante preocupación. La ansiedad y la preocupación se acompañan de al menos otros tres síntomas de los siguientes: inquietud, fatiga precoz, dificultades para concentrarse, irritabilidad, tensión muscular y trastornos del sueño (en los niños basta con la presencia de uno de estos síntomas adicionales). Aunque los individuos con trastorno de ansiedad generalizada no siempre reconocen que sus preocupaciones resultan excesivas, manifiestan una evidente dificultad para controlarlas y les provocan malestar subjetivo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de actividad. Esta alteración no se debe a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., drogas, fármacos o tóxicos) o a una enfermedad médica general y no aparece exclusivamente en el transcurso de un trastorno del estado de ánimo, un trastorno psicótico o un trastorno generalizado del desarrollo. A estos individuos les resulta difícil olvidar estas preocupaciones para poder dedicar la atención necesaria a las tareas que están realizando, y todavía les cuesta más eliminar aquéllas completamente. Los adultos con trastorno de ansiedad generalizada acostumbran a preocuparse por las circunstancias normales de la vida diaria, como son las posibles responsabilidades laborales, temas económicos, la salud de su familia, los pequeños fracasos de sus hijos y los problemas de carácter menor (p. ej., las faenas domésticas, la reparación del automóvil o el llegar tarde a las reuniones). Los niños con trastorno de ansiedad generalizada tienden a preocuparse por su rendimiento o la calidad de sus actuaciones. Durante el curso del trastorno el centro de las preocupaciones puede trasladarse de un objeto o una situación a otros.

Síntomas asociados

A la tensión muscular que presentan estos individuos pueden añadirse temblores, sacudidas, inquietud motora, y dolores o entumecimientos musculares. Muchos individuos con trastorno de ansiedad generalizada también pueden presentar síntomas somáticos (p. ej., manos frías y pegajosas, boca seca, sudoración, náuseas o diarreas, polaquiuria, problemas para tragar o quejas de tener «algo en la garganta») y respuestas de sobresalto exageradas. Los síntomas depresivos también son frecuentes. El trastorno de ansiedad generalizada suele coexistir con trastornos del estado de ánimo (p. ej., trastorno depresivo mayor o trastorno distímico), con otros trastornos de ansiedad (p. ej., trastorno de angustia, fobia social, fobia específica) y con trastornos relacionados con sustancias (p. ej., dependencia o abuso de alcohol o sedantes, hipnóticos o ansiolíticos). Otros trastornos normalmente asociados al estrés (p. ej., síndrome del colon irritable, dolores de cabeza) acompañan con bastante frecuencia al trastorno de ansiedad generalizada.

Prevalencia

En muestras de población general la prevalencia anual del trastorno de ansiedad generalizada se sitúa en el 3 % aproximadamente, mientras que la prevalencia global llega hasta el 5 %. En los centros médicos para trastornos de ansiedad aproximadamente el 12 % de los individuos presenta un trastorno de ansiedad generalizada.

Patrón familiar

La ansiedad como rasgo muestra una evidente incidencia familiar. Se han descrito hallazgos todavía inconsistentes que muestran un patrón familiar para el trastorno de ansiedad generalizada, aunque la mayoría de ellos no han sido capaces de demostrar un patrón concreto de agregación familiar.

TRASTORNOS DISOCIATIVOS

Descripción

La característica esencial de los trastornos disociativos consiste en una alteración de las funciones integradoras de la conciencia, la identidad, la memoria y la percepción del entorno. Esta alteración puede ser repentina o gradual, transitoria o crónica. En esta sección se incluyen los siguientes trastornos:

La amnesia disociativa se caracteriza por una incapacidad para recordar información personal importante, generalmente de naturaleza traumática o estresante, que es demasiado amplia para ser explicada por el olvido ordinario.

La fuga disociativa se caracteriza por viajes repentinos e inesperados lejos del hogar o del puesto de trabajo, acompañados de incapacidad para recordar el propio pasado, de confusión acerca de la propia identidad y asunción de otra identidad nueva.

El trastorno de identidad disociativo (antes personalidad múltiple) se caracteriza por la presencia de uno o más estados de identidad o personalidad que controlan el comportamiento del individuo de modo recurrente, junto a una incapacidad para recordar información personal importante, que es demasiado amplia para ser explicada por el olvido ordinario.

El trastorno de despersonalización se caracteriza por una sensación persistente y recurrente de distanciamiento de los procesos mentales y del propio cuerpo, junto a la conservación del sentido de la realidad.

El trastorno disociativo no especificado se incluye para codificar trastornos en los que la característica predominante es un síntoma disociativo que no cumple los criterios para el diagnóstico de un trastorno disociativo específico.

También hay síntomas disociativos en los criterios establecidos para el trastorno por estrés agudo, el trastorno por estrés postraumático y el trastorno de somatización. Cuando los síntomas disociativos se presentan exclusivamente en alguno de estos tres trastornos, no es necesario establecer el diagnóstico de trastorno disociativo adicional.

Para la evaluación de los trastornos disociativos debe tenerse en cuenta la perspectiva intercultural, ya que estos trastornos son una expresión frecuente y aceptada de las actividades culturales y de las costumbres religiosas de muchas sociedades. El trastorno disociativo no siempre debe considerarse patológico por sí mismo, ya que generalmente no produce malestar ni deterioro, ni induce a la búsqueda de ayuda. Sin embargo, existe un número importante de síndromes definidos culturalmente, que se caracterizan por disociación, que provocan malestar y deterioro, y que son reconocidos por los individuos de una cultura determinada como manifestaciones patológicas

TRASTORNOS RELACIONADOS CON SUSTANCIAS

Descripción

Los trastornos relacionados con sustancias incluyen los trastornos relacionados con la ingestión de una droga de abuso (incluyendo el alcohol), los efectos secundarios de un medicamento y la exposición a tóxicos. El término sustancia puede referirse a una droga de abuso, a un medicamento o a un tóxico. Las sustancias tratadas en esta sección se agrupan en 11 clases: alcohol; alucinógenos; anfetamina o simpaticomiméticos de acción similar; cafeína; Cannabis; cocaína; fenciclidina (PCP) o arilciclohexilaminas de acción similar; inhalantes; nicotina; opioides, y sedantes, hipnóticos y ansiolíticos. Aunque estas 11 clases se citan en orden alfabético, algunas clases comparten propiedades: el alcohol comparte propiedades con los sedantes, hipnóticos y ansiolíticos; la cocaína comparte propiedades con las anfetaminas y simpaticomiméticos de acción similar. También se incluyen en esta sección dependencia de varias sustancias y trastornos relacionados con otras sustancias (o desconocidas) (entre los que se incluyen la mayoría de los trastornos debidos a medicamentos o a tóxicos). Muchos de los medicamentos prescritos o tomados por iniciativa propia pueden causar también trastornos relacionados con sustancias. Los síntomas suelen estar relacionados con las dosis del medicamento y normalmente desaparecen al disminuir éstas o al suspender el medicamento. Sin embargo, a veces pueden producirse reacciones idiosincrásicas a una sola dosis. Los medicamentos que ocasionan trastornos relacionados con sustancias incluyen, entre otros, los anestésicos y analgésicos, agentes anticolinérgicos, anticonvulsivantes, antihistamínicos, antihipertensivos y medicamentos cardiovasculares, medicamentos antimicrobianos, medicamentos antiparkinsonianos, agentes quimioterápicos, corticosteroides, medicamentos gastrointestinales, relajantes musculares, antiinflamatorios no esteroideos, otros medicamentos sin receta médica, antidepresivos y disulfiram.

La exposición a una amplia gama de otras sustancias químicas también propicia la aparición de un trastorno relacionado con sustancias. Entre los tóxicos capaces de provocar estos trastornos se incluyen los metales pesados (p. ej., plomo o aluminio), raticidas que contengan estricnina, pesticidas que contengan inhibidores de la acetilcolinesterasa, gases con afinidad por el sistema nervioso, glicolietileno (anticongelante), monóxido de carbono y dióxido de carbono. Las sustancias volátiles (p. ej., gasolina, pintura) se clasifican como «inhalantes» si se usan con el propósito de intoxicarse, o «toxinas» si la exposición a ellas es accidental o fruto de un envenenamiento intencionado. El deterioro cognoscitivo o del estado de ánimo son los síntomas más frecuentes asociados a las sustancias tóxicas, aunque también pueden dar lugar a ansiedad, alucinaciones, ideas delirantes o crisis comiciales. Los síntomas suelen desaparecer cuando el sujeto deja de estar expuesto a la sustancia, pero pueden mantenerse semanas o meses y requerir tratamiento médico. Los trastornos relacionados con sustancias se dividen en dos grupos: trastornos por consumo de sustancias (dependencia y abuso) y trastornos inducidos por sustancias (intoxicación, abstinencia, delirium inducido por sustancias, demencia persistente inducida por sustancias, trastorno amnésico inducido por sustancias, trastorno psicótico inducido por sustancias, trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias, ansiedad inducida por sustancias, disfunción sexual inducida por sustancias y trastorno del sueño inducido por sustancias).

TRASTORNOS DEL ESTADO DEL ANIMO

Descripción

La sección de los trastornos del estado de ánimo incluye los trastornos que tienen como característica principal una alteración del humor. Esta sección se divide en tres partes. La primera describe los episodios afectivos (episodio depresivo mayor, episodio maniaco, episodio mixto y episodio hipomaniaco) que han sido incluidos por separado al principio

de esta sección para poder diagnosticar adecuadamente los diversos trastornos del estado de ánimo. Estos episodios no tienen asignados códigos diagnósticos y no pueden diagnosticarse como entidades independientes; sin embargo, sirven como fundamento al diagnóstico de los trastornos.

La segunda parte describe los trastornos del estado de ánimo (p. ej., trastorno depresivo mayor, trastorno distímico, trastorno bipolar I). Los criterios de la mayoría de los trastornos del estado de ánimo exigen la presencia o ausencia de los episodios afectivos descritos en la primera parte de esta sección.

La tercera parte incluye las especificaciones que describen el episodio afectivo más reciente o el curso de los episodios recidivantes.

Para fines de esta investigación solo se mencionaran el trastorno depresivo mayor, el trastorno distímico y el trastorno depresivo no especificado debido a que estos se encontraron en los familiares del estudio.

El trastorno depresivo mayor se caracteriza por uno o más episodios depresivos mayores (p. ej., al menos 2 semanas de estado de ánimo depresivo o pérdida de interés acompañados por al menos otros cuatro síntomas de depresión).

El trastorno distímico se caracteriza por al menos 2 años en los que ha habido más días con estado de ánimo depresivo que sin él, acompañado de otros síntomas depresivos que no cumplen los criterios para un episodio depresivo mayor.

El trastorno depresivo no especificado se incluye para codificar los trastornos con características depresivas que no cumplen los criterios para un trastorno depresivo mayor, trastorno distímico, trastorno adaptativo con estado de ánimo depresivo o trastorno adaptativo con estado de ánimo mixto ansioso y depresivo (o síntomas depresivos sobre los que hay una información inadecuada o contradictoria).

SÍNDROME ORGANICO

Descripción

Esta sección incluye el delirium, las demencias, los trastornos amnésicos y los trastornos cognoscitivos no especificados. La alteración predominante es un déficit clínicamente significativo de las funciones cognoscitivas o la memoria que representa un cambio del nivel previo de actividad. En esta sección cada trastorno es debido a una enfermedad médica (aunque no se haya identificado de un modo específico) o al consumo de una sustancia (p. ej., de drogas, medicamentos o tóxicos), o a una combinación de estos factores.

En el DSM-III-R estos trastornos se incluyeron en la sección titulada «Síndromes y trastornos mentales orgánicos». El término trastorno mental orgánico no es muy usado en el DSM-IV, ya que implica incorrectamente que los trastornos mentales «no orgánicos» carecen de una base biológica. En el DSM-IV los trastornos antes llamados «trastornos mentales orgánicos» se han agrupado en tres secciones: 1) delirium, demencia, trastorno amnésico y otros trastornos cognoscitivos; 2) trastornos mentales debidos a una enfermedad médica, y 3) trastornos por consumo de sustancias. Pero solo se hará énfasis en el trastorno cognoscitivo no especificado debido a que los otros componentes que pertenecen a los síndromes orgánicos no se encontraron en las familias de este estudio.

El delirium se caracteriza por una alteración de la conciencia y un cambio de las cogniciones que se desarrollan a lo largo de un breve periodo de tiempo. Los trastornos incluidos en el apartado «Delirium» son enumerados de acuerdo con la etiología que se les presupone; delirium debido a etiologías múltiples o delirium no especificado (si la etiología es indeterminada).

La demencia se caracteriza por déficit cognoscitivos múltiples que implican un deterioro de la memoria. Las demencias son también enumeradas de acuerdo con su presumible etiología: demencia debida a una enfermedad médica, demencia inducida por sustancias (p. ej., debida a abuso de drogas, a medicamentos, o a la exposición a un tóxico), demencia debida a etiologías múltiples o demencia no especificada (si la etiología es indeterminada).

El trastorno amnésico se caracteriza por el deterioro de la memoria en ausencia de otros deterioros cognoscitivos significativos. Los trastornos en el apartado «trastornos amnésicos» se enumeran de acuerdo con su etiología presumible: trastorno amnésico debido a una enfermedad médica, trastorno amnésico persistente inducido por sustancias o trastorno amnésico no especificado.

El trastorno cognoscitivo no especificado se reserva para los cuadros clínicos que se caracterizan por alteraciones cognoscitivas presumiblemente debidas a una enfermedad médica o inducidas por sustancias, que no cumplen los criterios para algunos de los trastornos enumerados en otro lugar de esta sección. La discusión de los síntomas generales para cada grupo de trastornos va precedida de un texto, a modo de introducción, según la etiología específica de cada uno de ellos.

Esta categoría se reserva para los trastornos caracterizados por disfunciones cognoscitivas probablemente debidas a un efecto fisiológico directo de una enfermedad médica, pero que no cumplen los criterios para ninguno de los trastornos especificados anteriormente. Para la disfunción cognoscitiva debida a sustancias específicas o desconocidas, debe utilizarse la categoría diagnóstica de trastorno por sustancias afines no especificado. Como ejemplos se citan:

1. Trastorno neurocognoscitivo leve, con deterioro de las funciones cognoscitivas, demostrado por pruebas neuropsicológicas o valoración clínica cuantitativa, que se acompaña de una enfermedad médica o una disfunción del sistema nervioso central.
2. Trastorno posconmocional que sigue a un traumatismo craneal, con deterioro de la memoria o de la atención, y con síntomas asociados.

Apéndice 3
CARTA DE CONSENTIMIENTO
Familiar y paciente

PROYECTO PARA EL ESTUDIO, TRATAMIENTO Y REHABILITACIÓN DEL PACIENTE
ESQUIZOFRENICO CRÓNICO

PRIMERA ENTREVISTA CON EL PACIENTE Y SUS FAMILIARES

FECHA _____

RESPONSABLE _____

NOMBRE DEL PACIENTE _____

SEXO _____ EDAD _____ OCUPACION _____ ESCOLARIDAD _____

MEDICO TRATANTE _____

FUENTE DE REFERENCIA _____

DIRECCIÓN _____

TELEFONO _____

REUNE PRIMEROS CRITERIOS DE INCLUSION Y EXCLUSION SI _____ NO _____

EXPLICACION DE LOS OBJETIVOS Y FASES DEL ESTUDIO SI _____ NO _____

COMPROMISO VERBAL DEL PACIENTE Y SUS FAMILIARES SI _____ NO _____

NOMBRE DEL FAMILIAR / (ES) _____

FECHA DE VISITA PREVIA DE TRABAJO SOCIAL _____

PROXIMA CITA (ENTREV. CIDI) _____

GRUPO EXPERIMENTAL _____ GRUPO CONTROL _____

Firmas:

Nombre del familiar

Nombre del paciente