



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE ESTUDIOS PROFESIONALES ZARAGOZA

**CARGA OBJETIVA Y EMOCION EXPRESADA EN EL CUIDADOR
INFORMAL DEL PACIENTE DIAGNOSTICADO CON ESQUIZOFRENIA**

TESIS

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADO EN PSICOLOGÍA

PRESENTA:

LÓPEZ MENDOZA, ALINA

ASESOR: REYES HERNÁNDEZ, GERARDO

MÉXICO, D. F.

2006



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

“La única que nos concede cosas es la vida. Y es tan generosa. Muchas veces concede lo que no se le pide. Pero nunca nos basta”.

MALDE AMORES
Isabel Allende

“En busca de sueños, en busca de un provocador de ilusiones”

Sabina

A mis padres Mónica y Juan

Por que a lo largo de sus andanzas, aciertos y descuidos, conformaron el ser que soy.

A pesar de las diferencias que en ocasiones se viven, saben que mi amor hacía ambos es incondicional.

¡GRACIAS!

A mis hermanas Joanna, Janete y Anabel

A ese trío de cosas raras ya que en la diversidad de pandas, osos y changuitos, he reído, tolerado y he pedido a la vida que las cuide por siempre.

A las personas que se ama se les desea siempre lo mejor.

A mis queridas amigas y amigos

*A ellos porque fueron una parte importante a lo largo de mi deformación. Coincidimos en el instante adecuado y tal vez se han ido pero creo que la vida tal vez lleve a que nuestros caminos permanezcan o se unan en el tiempo destinado.
Sección "C" Anjeles, Paty, Vero, Keila, Isabel, Cynthia, Carito, Nigeria, Elsa, Lucia, Yola, Héctor, Cesar, Pepe y Julio.*

Guadalupe

En ocasiones creo que la vida te reúne con un par, alguien similar y así, si alguna de las piezas se transforma, el otro también lo hará y es lo que ha venido sucediendo desde el primer semestre.

Graciela

El deporte trae cosas buenas, hace que conozcas seres excepcionales que no se vencen ante la adversidad y a pesar que tratan ocultar su sensibilidad esta sale. Tú también has dejado muchos instantes inolvidables en mi vida.

Emily

Es bueno conocer las fases de la Luna, ver con nitidez dependiendo la luz que esta nos brinde.

A Yvette

*Amiga incondicional en las aventuras, comedias, dramas y tragedias; como lo fue este proyecto. Mi gran amiga contribuiste en gran medida en romper la coraza.
Una luciérnaga en la oscuridad de la noche.*

¡GRACIAS!

A la Universidad Nacional Autónoma de México

*¡Infinitas gracias a esta mi casa de estudios, ya que sin ella este
proyecto de vida no hubiese sido realidad!*

A la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza

¡Infinitas Gracias!

Al Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez

*Por haber dado las facilidades para la realización de este
proyecto.*

A la Dra. Ma. Luísa Rascón Gasca

*Por su atención, calidez y guía desinteresada en la
elaboración de este proyecto.*

¡Muchas gracias!

A los profesores Gerardo, Eliud y Luz María

*Para mí cada uno de ustedes fue una pieza clave en su
momento.*

A los profesores Eduardo, Sergio y Araceli

*Ya que con sus comentarios y aportaciones afinaron este
trabajo.*

¡Gracias!

INDICE

RESUMEN

INTRODUCCIÓN

CAPÍTULO 1. ESQUIZOFRENIA

1.1 Antecedentes históricos.....	7
1.2. Definición.....	7
1.3 Etiología	
1.3.1 Factores biológicos.....	7
<i>a) Factores genéticos</i>	
<i>b) Anomalías estructurales</i>	
<i>c) Anomalías bioquímicas</i>	
1.3.2 Factores psicológicos desde diferentes modelos.....	8
<i>a) Modelo Psicoanalítico</i>	
<i>b) Modelo sistémico</i>	
<i>c) Modelo conductual</i>	
<i>d) Modelo de vulnerabilidad al estrés</i>	
1.3.3 Factores sociales.....	12
1.4. Criterios diagnósticos.....	13
1.5 Tipos clínicos de Esquizofrenia.....	16
1.6 Curso y pronóstico.....	17
1. 7. Tratamiento.....	18
1.7.1 Hospitalización	
1.7.2 Medicamentos	
1.7.3 Intervenciones psicosociales	
1.8. Cuidador informal.....	21

CAPÍTULO 2. CARGA Y EMOCIÓN EXPRESADA

2.1 CARGA

2.1.1 Definición de carga global.....	24
2.1.2 Carga objetiva.....	25
2.1.3 Carga subjetiva.....	26
2.1.4 Variables sociodemográficas.....	28

2.1.5 Variables estresoras.....	29
a) <i>Sintomatología</i>	
b) <i>Inicio, recaída y hospitalizaciones</i>	
c) <i>Contacto cara a cara</i>	
d) <i>Eventos vitales</i>	
2.1.6 Variables de vulnerabilidad.....	32
a) <i>Afrontamiento</i>	
b) <i>Atribuciones</i>	
c) <i>Creencias</i>	
d) <i>Estigma</i>	
e) <i>Redes sociales</i>	
2.1.7 Variables de recurso.....	37
a) <i>Afrontamiento</i>	
b) <i>Conocimiento del cuidador</i>	
c) <i>Apoyo social y Fe</i>	
2.2 EMOCIÓN EXPRESADA	40
2.2.1 Antecedentes del Constructo Emoción Expresada (EE).....	40
2.2.2 Definición.....	40
2.2.3 Definición de los componentes.....	41
a) <i>Crítica (CC)</i>	
b) <i>Hostilidad (H)</i>	
c) <i>Sobreinvolucramiento emocional (SE)</i>	
2.2.4 La EE como predictor del índice de recaídas.....	42
2.2.5 Sociodemográficas.....	43
a) <i>Sexo del paciente</i>	
b) <i>Ocupación</i>	
c) <i>Parentesco</i>	
2.2.6. Variables Estresoras.....	45
a) <i>Sintomatología del paciente</i>	
b) <i>Primer episodio, primera hospitalización, recaída o reingreso (tiempo de evolución, cronicidad)</i>	
c) <i>Contacto cara a cara</i>	
d) <i>Adherencia al tratamiento</i>	
2.2.7 Variables de vulnerabilidad.....	47
a) <i>Afrontamiento</i>	
b) <i>Atribuciones</i>	
c) <i>Estigma</i>	

2.2.8 Emoción expresada ¿rasgo o estado?	50
2.2.9 Relación carga y emoción expresada	52
2.2.10 Modelos Explicativos para Carga y EE	53
<i>a) Creencias o atribuciones</i>	
<i>b) Vulnerabilidad al estrés</i>	
<i>c) Afrontamiento</i>	

CAPÍTULO 3 PLAN DE INVESTIGACIÓN

3.1 Planteamiento del problema	57
3.2 Hipótesis	57
3.3 Objetivos	58
3.4 Variables	58
3.5 Definición Conceptual	58
3.6 Operacionalización	60
3.7 Sujetos	60
3.8 Diseño	61
3.9 Tipo de estudio	61
3.10 Muestro	61
3.11 Instrumentos	61
3.12 Procedimiento	64
3.13 Análisis Estadístico	64

CAPÍTULO 4. RESULTADOS

4.1 Datos demográficos	71
4.2 Carga	73
4.3 Emoción Expresada	74
4.4 Sintomatología	75
4.5 Funcionamiento social del paciente	76
4.6 Apoyo social percibido	77
4.7 Relación entre Carga y EE	79
4.8 Carga	80
4.9 Emoción Expresada	81
4.10 Efectos Adversos	82
4.11 Apoyo social	82

CAPÍTULO 5. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

5.1 Discusión.....	84
5.2 Conclusiones.....	94
5.3 Sugerencias.....	96
5.4 Limitaciones.....	97

REFERENCIAS.....	99
-------------------------	-----------

REFERENCIAS CONSULTADAS.....	107
-------------------------------------	------------

ANEXOS

1. Formato de consentimiento informado
2. Escala de evaluación de la conducta del paciente (Social Behavior Assesment Schedule – SBAS)
3. Cuestionario encuesta del nivel de emoción expresada (CEEE)
4. Reactivos del CEEE agrupados por cada componente de la emoción expresada
5. Codificación CEEE

RESUMEN

Se realizó un estudio descriptivo y correlacional con un diseño transversal, con el objetivo de identificar la relación entre la carga objetiva y la emoción expresada en el cuidador informal del paciente diagnosticado con esquizofrenia. A través de un muestro no probabilístico se entrevistaron a 31 cuidadores informales; de los cuales en su mayoría fueron mujeres, madres del paciente, con un rango de edad entre los 45 y 55 años; los pacientes fueron varones de 18 a 28 años, solteros y desocupados. Los resultados en la *Carga Global* fue de baja en un 80.6%, mientras que la *Carga Objetiva* fue reportada como baja por el 83.9%. La *Emoción Expresada* global se presentó alta en el 90.3%. Se utilizó el análisis de coeficiente de correlación pearson (r) para las variables de interés; obteniéndose como resultado para esta investigación que no existe una correlación estadísticamente significativa entre los constructos; además se obtuvieron otras correlaciones con variables sociodemográficas, sintomatología, funcionamiento social del paciente y apoyo social; lo que llevo a reasaltar la importancia de las variables sociales y culturales que pudiesen ser mediadores en el proceso de adaptación del cuidador informal cuando un miembro de su familia padece esquizofrenia.

INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS) en su informe emitido en el 2001 reporta que más de 450 millones de personas en todo el mundo padecen en algún momento de su vida algún tipo de perturbación mental y neurológica, se calcula que el 1% al 2% de la población padece esquizofrenia.

En México la Secretaría de Salud en el 2000 estimaba que la esquizofrenia, los trastornos esquizotípicos y trastornos delirantes tienen una prevalencia de 0.8% de morbilidad hospitalaria, mientras que en el 2002 se reportó que el trastorno afectaba entre 500 mil a 700 mil personas (www.ssa.gob.mx).

La esquizofrenia se caracteriza por una distorsión profunda de la facultad de pensar y de las percepciones, que afecta al lenguaje, el pensamiento y el sentido de la identidad, a menudo se reportan experiencias como alucinaciones auditivas o ideas delirantes. Se presenta en ambos sexos y por lo regular suele iniciarse en la segunda o tercera década de la vida aunque puede ser variable. Las causas de esta enfermedad aun no se conocen en su totalidad, pero se plantea que se debe a una combinación de factores biológicos-genéticos y ambientales-sociales (Elkin, 2000; DSM-IV, 1995; OMS, 2001).

Los síntomas propios de este trastorno suelen resultar devastadores, frecuentemente tienen efectos nocivos y desalentadores en la vida del enfermo y su familia; duran toda la vida y a menudo el nivel de funcionamiento social se reduce notablemente (Soto, 1998).

Se asume que las condiciones de una enfermedad implican cambios psicosociales y demandas adaptativas, que incluyen: la incertidumbre de un diagnóstico, la amenaza de posibles repercusiones físicas y/o cognitivas, creencias y estigmas sociales negativos hacia la enfermedad y al enfermo; y un cambio abrupto del estilo de vida. Por lo que en este caso la familia como sistema de apoyo social primario es una pieza clave en el transcurso y adaptación hacia la enfermedad. Cada familia así como sus integrantes, tienen sus propios mecanismos para afrontar los problemas que pueden estar determinados por la capacidad de la familia para distribuir los roles y hacer frente al estigma y resistirse a un posible aislamiento social (Devins & Binik, 1996; Goldbeck, 2001).

Se ha encontrado que la familia es el único agente que brinda apoyo y cuidado al paciente psicótico después de ser dado de alta, ya que alrededor del 79 al 80% de los pacientes regresan a vivir con la familia después de la hospitalización; por lo que la familia interviene en todas las etapas que cursará el paciente debido a la naturaleza del trastorno (Rascón, Díaz, López & Reyes, 1997).

Se ha planteado la importancia de la atención a las personas que cuidan de los enfermos mentales, frecuentemente quienes desempeñan las actividades de cuidado hacia el enfermo mental son familiares cercanos. El cuidado concierne específicamente a la asistencia informal provista por familiares o amigos cercanos de gente con enfermedades a largo plazo o incapacitantes (MacInnes & Watson, 2002).

Denominados *cuidadores primarios o informales*, asumen una responsabilidad no remunerada ni prevista hacia el paciente, ellos son los que conviven con mayor frecuencia con el paciente, quienes lo apoyan financiera y emocionalmente, quienes se involucran en el tratamiento del mismo y quienes son mayormente contactados por el equipo de tratamiento en caso de emergencia. Proporcionan “atención no especializada” a sus familiares que padecen una enfermedad mental, son proveedores de recursos, co-trabajadores respecto a los profesionales de la salud y obligados promotores de bienestar para el paciente; es por ello que se ha comenzado a reconocer su importancia y el costo que ello supone para las familias, como resultado se ha brindado una atención significativa en la evaluación de los programas de tratamiento y en las políticas sociosanitarias (Perlick, Clarkin, Sirey, Raue, Greenfield, Struening, & Rosenheck, 1999).

Tradicionalmente, la mayor parte de los estudios sobre la familia de los pacientes esquizofrénicos se centraban en el efecto de la familia sobre la enfermedad del paciente; se mostraba poco interés por el efecto que la enfermedad ejercía sobre los familiares y las medidas que adoptaban para afrontarse a ella, a pesar de que en el trabajo psiquiátrico comunitario cada vez se pide más a las familias que cuiden de sus pacientes (Castilla, López, Chavarría, Sanjuán & Canut, 1998; Fadden, Bebbington & Kuipers, 1987; Martínez, 2002).

Es a partir de los años 50's que se desarrollan los primeros estudios acerca del constructo de “carga”, elucidando diversas definiciones y dividiéndolo para su mejor

entendimiento en dos tipos: carga subjetiva y carga objetiva, este constructo ha sido observado en los cuidadores informales de pacientes con trastornos tales como: demencia (Adams, 1996); trasplante de médula (Foxall & Gaston-Johansson, 1996); depresión (Jenkins & Schumacher, 1999) y con trastorno maniaco-depresivo (Perlick et al., 1999).

El conocer cómo afecta a la familia y a la vida doméstica la convivencia con estos pacientes (por ejemplo, cargas económicas, vergüenza por tener un paciente psiquiátrico en la familia) y evaluar la carga que para los familiares supone el cuidado del paciente, es suma importancia para la calidad de vida del paciente y de la familia, (Montorio, Izal, López, & Sánchez, 1998; Mueser et al., 1996) ya que se reporta que el paciente puede suponer una carga económica, psicológica y moral en el mantenimiento de éste en la comunidad (Fadden, Bebbington y Kuipers 1987; OMS, 2001).

Las características clínicas del trastorno generan gran número de situaciones negativas como dificultad en las relaciones familiares, empobrecimiento de 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 rehospitalizaciones. (Cortés & Rascón, 2001).

El constructo *Emoción Expresada* acuñado por George Brown en 1950 es tomado como un buen referente de la atmósfera emocional que vive la familia, además de ciertas actitudes en el trato que tiene la familia hacia el paciente (Karanci & Inandilar, 2002). Éste ha tenido relevancia a nivel internacional e incluso se ha llevado en diversos trastornos como en las madres de niños: con problemas de conducta (Baker, Heller & Hender, 2000; Calam, Bolton Roberts, 2002; Peris & Baker, 2000; Bolton, Calam, Barrowclough, Peters, Roberts, Wearden & Morris, 2003); trastorno con déficit de atención con o sin hiperactividad (Daley, Sonuga-Barke & Thompson, 2003); bajo peso al nacer (Jonn-Seed & Weiss, 2002); asma (Wamboldt, O'Connor, Wamboldt, Gavin & Klinnert, 2000) y epilepsia (Hodes, Garralda, Rose & Schwartz, 1999). En los familiares de adultos con: trastorno obsesivo compulsivo, agorafobia (Steketee & Chambless, 2001); trastorno límite de la personalidad (Hoffman, Buteau, Hooley,

Fruzzetti & Bruce, 2003); trastorno por estrés post-traumático (Tarrier, Sommerfield & Pilgrim, 1999); trastorno bipolar (Goldstein, Miklowitz & Richards, 2002) y depresión (Leff, Alexander, Asen, Brewin, Dayson, Vearnals & Wolff, 2003).

Por lo tanto el comprender el impacto sobre las familias con un paciente que padece esquizofrenia es de importancia, debido a los cambios que surgirán en el estilo de vida y en las relaciones de la familia y al exterior de ésta; como una consecuencia de la evolución del trastorno, el tratamiento, la rehabilitación y la reinserción del paciente a su comunidad. El costo económico, psicológico, emocional y social es alto y aun más en el familiar que asume el rol de cuidador, por lo que el involucrarse en la problemática que vive éste, es de interés para crear o mejorar los servicios de salud mental que son proporcionados al paciente, al cuidador y a su familia.

Con el objetivo de brindar medios que pudiesen ser de utilidad para un mejor conocimiento del impacto psicológico que la esquizofrenia pudiese tener en el cuidador y la familia, el presente estudio tuvo por objetivo el identificar la relación entre la carga objetiva y la emoción expresada en el cuidador informal del paciente diagnosticado con esquizofrenia.

En este trabajo se abordará en cinco apartados la temática descrita anteriormente, en el primero se expondrá todo lo referente a la esquizofrenia, en el capítulo dos se desarrollará lo concerniente a brindar un mejor entendimiento de los dos constructos de interés carga y emoción expresada, en el tercer capítulo se describe el plan de investigación por el cual se guió este estudio, los resultados obtenidos se describen en el cuarto capítulo, finalizando con el quinto apartado que comprende la discusión, conclusiones, limitaciones y recomendaciones de los resultados obtenidos en esta investigación.

CAPÍTULO 1. ESQUIZOFRENIA

1.1 Antecedentes históricos

A través del tiempo la esquizofrenia ha sido motivo de inagotables discusiones, autores como Emil Kraepelin, Eugen Bleuler y Kurt Schneider aportaron información trascendental a la descripción y clasificación de dicha enfermedad. Información que fue ampliamente aceptada a mediados del siglo XX, constituyendo una de las bases para acuñar el diagnóstico de la esquizofrenia en países Europeos y en Estados Unidos. La necesidad de tener un consenso en el tema, un lenguaje común, diagnósticos más consistentes llevó a la realización de algunos estudios a nivel internacional patrocinados por la OMS. En la actualidad el concepto de esquizofrenia se ha fundamentado y además se han consolidado los criterios diagnósticos mostrados en la Clasificación Internacional de las Enfermedades Mentales y del Comportamiento (CIE-10) y el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV), los cuales son reconocidos a nivel internacional (Belloch, Sadin & Ramos, 1995; Garnica, 1998; Lieberman & Murray, 2001; Sue & Sue, 1996).

1.2. Definición

El CIE-10 (OMS, 2000) define a la esquizofrenia como: *“Un conjunto de trastornos que se caracterizan por distorsiones fundamentales y típicas de la percepción, del pensamiento y de las emociones”* p 70.

Por otra parte el DSM-IV (APA, 1995) menciona que la esquizofrenia es: *“Una mezcla de signos y síntomas peculiares que han estado presentes una parte significativa de tiempo durante un periodo de 1 mes...los síntomas característicos de la esquizofrenia implican un abanico de disfunciones cognoscitivas y emocionales que incluyen la percepción, el pensamiento inferencial, el lenguaje y la comunicación, la organización comportamental, la afectividad, la fluidez y productividad del pensamiento y el habla, la capacidad hedónica como la voluntad, la motivación y la atención...asociados a un deterioro de la actividad laboral o social”* p 280.

1.3 Etiología

Las disciplinas encargadas del estudio de la salud mental, así como la ciencia en general han dado explicaciones unicasales encaminadas a la explicación de los factores que desencadenan el trastorno, las cuales han quedado atrás debido a falta de evidencias contundentes, esto ha dado pie a perspectivas donde se considera la multifactorialidad. Dichos factores, se refieren a aspectos genéticos, de estructura y organización cerebral de desarrollo e interacción psicológica así como de variables socioculturales.

1.3.1 Factores biológicos

- a) *Factores genéticos:* Los resultados obtenidos han establecido que los familiares biológicos de primer grado (padres, hermanos, hijos) de un individuo esquizofrénico presentan un riesgo diez veces mayor al de la población general. Con ambos padres esquizofrénicos, el riesgo aumenta considerablemente, alrededor de un 50%. Se han realizado investigaciones en pacientes adoptados y padres biológicos y adoptivos, se ha verificado que: los hijos de los esquizofrénicos padecen la enfermedad en la misma proporción si se criaron con padres tanto sanos como enfermos. La predisposición genética se ha de desarrollar en un medio, por ende, el interactuar de diversos factores puede explicar el desarrollo del trastorno (Colodrón, 2002; DSM-IV, 1995; Sue & Sue, 1996).
- b) *Anomalías estructurales:* Existen datos que parecen apoyar la hipótesis del trastorno del desarrollo como la disminución del volumen cerebral (lóbulo temporal, sobre todo el giro temporal superior, áreas hipocampales y temporolímbicas). El hallazgo más aceptado parece ser el aumento del tamaño de los ventrículos (laterales y tercer ventrículo), sin embargo, esto no aumenta con el progreso de la enfermedad. En los últimos estudios que han utilizado imágenes tridimensionales, se ha encontrado en el lóbulo frontal la mayor pérdida de sustancia gris, los pacientes pierden hasta un 13% en el prefrontal inferior (Colodrón, 2002; Elkin, 2000).
- c) *Anomalías bioquímicas:* Una de las hipótesis que en la actualidad ha sido considerablemente aceptada ha sido relacionada con el neurotransmisor dopamina, en ella se hace alusión a que la esquizofrenia puede resultar de un exceso de la actividad de la dopamina en ciertos sitios sinápticos. Esta hiperactividad es causada ya sea por: 1) liberación de dopamina excesiva por las neuronas presinápticas ó 2) la sensibilidad excesiva de los receptores de la dopamina. Otro neurotransmisor que

parece estar involucrado en la etiología de dicha enfermedad es la noradrenalina, esta hipótesis supone que la beta-hidroxilasa que regula la transformación de dopamina en norepinefrina, se encuentra disminuida en esquizofrénicos, en consecuencia existe un déficit en la actividad noradrenérgica, por lo tanto se hablaría de una incapacidad para metabolizar incrementos aleatorios de dopamina. Aunque no se ha encontrado una relación significativa entre esquizofrenia y norepinefrina, cabe mencionar que en el tipo paranoide se han encontrado elevadas tasas de norepinefrina en líquido cefalorraquídeo y en sangre (Colodrón, 2002; Sue & Sue, 1996).

1.3.2 Factores psicológicos desde diferentes modelos

a) Modelo Psicoanalítico

Freud (citado por Colodrón, 2002), consideró la esquizofrenia como una alteración primaria de las relaciones objetales, neurosis narcisista desde la que no se establece transferencia con el terapeuta y, por tanto, no susceptible de psicoterapia analítica formal.

La etiología de una psicosis, según dicho modelo es la Privación, el incumplimiento de deseos infantiles, privación que parece partir del super Yo el cual se ha atribuido la representación de las exigencias de la realidad. El efecto patógeno depende de que el Yo permanezca fiel en este conflicto a su dependencia del mundo exterior, e intente amordazar al Ello o que, por el contrario, se deje dominar por el Ello y desviarse de la realidad. Pero en esta situación, aparentemente sencilla, introduce una complicación la existencia del super Yo, que reúne en sí influencias del Ello y otras del mundo exterior constituyendo un ideal hacia el que tienden las aspiraciones del Yo: la conciliación de múltiples dependencias. Se observan en el psicótico dos procesos: fuga inicial de la realidad y transformación de la realidad. Así podemos decir que en la psicosis domina el influjo del Ello, y la pérdida de la realidad (Colodrón, 2002; Rendueles, 1990).

En la esquizofrenia se presenta un mecanismo de defensa denominado Forclusión, similar a la represión para la neurosis. Para Freud (citado por Colodrón, 2002) la Forclusión no era exactamente la represión de la memoria, sino de una parte de la realidad, así este sujeto no entraría de lleno en la realidad, sin embargo no olvidará sus deseos al contrario que en la neurosis.

Freud (citado por Colodrón, 2002) dice que en hay una mayor extensión del aparato inconsciente, frente al de la realidad. Se trata de un yo débil que se adapta poco a la realidad, donde los delirios, alucinaciones rigen el aparato psíquico en los que el desplazamiento o la simbolización tienen un papel preponderante.

En la actualidad la mayoría de teorías psicoanalíticas postulan, o una predisposición al estrés, o un trastorno en la interacción madre-hijo, o ambas cosas a la vez, como base para la esquizofrenia. Estos trastornos de las funciones del yo, deben atribuirse a desviaciones en su desarrollo, maduración e integración en la infancia y pueden ocurrir como consecuencia de factores genéticos o constitucionales, o de distorsiones en las relaciones madre-hijo (Rendueles, 1990).

b) Modelo sistémico

Este modelo afirma que la esquizofrenia es una alteración de la comunicación, donde la discriminación de mensajes sufre perturbaciones y se favorece la aparición de hábitos comunicacionales no convencionales, es decir, el sujeto esquizofrénico vive en un sistema comunicacional aparte (Colodrón, 2002; Rendueles, 1990).

En el presente modelo se deduce que es imposible dejar de comunicar; el esquizofrénico se enfrenta a la imposible tarea de negar que esta comunicando y, a su vez, de negar que su negación es una comunicación (Colodrón, 2002; Rendueles, 1990).

El individuo con esta enfermedad no sabe descifrar el lenguaje analógico (comunicación no verbal) y digital (comunicación verbal). El esquizofrénico confunde el nivel de contenido (aspecto referencial que transmite información) y el nivel relacional (aspecto connotativo referente al tipo de mensaje que debe entenderse) de la comunicación (Colodrón, 2002; Rendueles, 1990).

El enfoque sistémico, aún dentro de la teoría de la comunicación, señala que la esquizofrenia es una enfermedad familiar y no individual. Generalmente las familias de esquizofrénicos son aglutinadas y una de sus características es que utilizan paradojas, es decir, la acción para solucionar el problema se desarrolla en un nivel equivocado. En las

familias de los esquizofrénicos suelen darse frecuentemente las paradojas pragmáticas, éstas son ocasionadas por órdenes contradictorias (Colodrón, 2002; Rendueles, 1990).

Dentro del modelo sistémico existe la hipótesis del doble vínculo, las características de este son:

- El individuo participa en una relación intensa, siente que es de vital importancia diferenciar con precisión el tipo de mensaje que le ha sido comunicado a fin de responder de forma adecuada.
- El individuo está atrapado en una situación en que la otra persona que participa de la relación expresa dos tipos de mensajes contradictorios, a diferente nivel, en los que uno niega al otro.
- La huida a esta contradicción está bloqueada justamente por la dependencia inherente a la situación (infancia o enfermedad).
- El individuo es incapaz de hacer comentarios acerca de los mensajes que se están expresando, con el fin de corregir su discriminación del tipo de mensaje al que debe responder, no realiza metacomunicación.
- El individuo considera importante dar una respuesta adecuada a esa situación, por tanto debe ser una respuesta de dualidad y contradicción.

Se puede ver a la esquizofrenia como una perturbación que impide identificar e interpretar señales que deberían decir al sujeto qué clase de mensajes recibe. La función del yo sería discriminar modos comunicacionales, sea para discriminar correctamente los mensajes que recibe de los otros, los mensajes que él emite de manera verbal e, interpretar sus propios pensamientos, sensaciones y preceptos (Colodrón, 2000; Rendueles, 1990).

c) Modelo conductual

Este modelo considera a la esquizofrenia como el cuadro crónico de una forma de respuesta aprendida y desadaptativa debido a pautas de reforzamiento alteradas de las experiencias primarias. Las contingencias desadaptativas de refuerzo de respuestas interfieren en la discriminación perceptiva y cognitiva (Rendueles, 1990).

Yates (citado por Rendueles, 1990) habla principalmente de un déficit psicológico en la esquizofrenia, ya que el rango de comportamiento desviado que se ha encontrado en esta es muy amplio. Se ha debatido que el déficit encontrado en los pacientes con esquizofrenia puede ser el resultado de una falla en cualquiera de por lo menos cuatro niveles de procesamiento de datos.

Es decir, la falla puede ocurrir al “nivel del receptor”, en la percepción del estímulo. Un segundo nivel en el que puede tener lugar es en el “nivel de procesamiento de datos”, que consiste en la organización preliminar de los estímulos que entran para la presentación ulterior a los niveles corticales superiores ya que se ha colocado tentativamente el nivel de procesamiento de datos en la sub-corteza. El tercer nivel de análisis se refiere a los “niveles superiores corticales o mediadores”, en los que la información organizada o desorganizada que entra se liga con la masa aperceptiva de aprendizajes previos y estructuras asociativas para producir elementos de decisión. El nivel final se refiere al “nivel ejecutivo”, en el que los procesos de decisión se traducen a complejos de respuestas (Rendueles, 1990).

Frecuentemente se ha supuesto que el déficit en la esquizofrenia se encuentra en el nivel cortical o mediador, como se manifiesta en el trastorno del pensamiento que se afirma como la característica fundamental de la esquizofrenia (Rendueles, 1990).

d) Modelo de vulnerabilidad al estrés

Zubing y Spring (1977, citado por Colodrón, 2002) elaboran el modelo de vulnerabilidad al estrés, el cual asigna un doble papel al estrés en la esquizofrenia.

Por un lado, los agentes estresantes que operan en los primeros años de vida provocarían leves trastornos de la personalidad, que son un riesgo permanente de esquizofrenia (generando así una vulnerabilidad peculiar); por otro lado, el estrés, en el adulto, actuaría directamente como desencadenante o precipitante del trastorno en sujetos afectados de la mencionada vulnerabilidad. Se ha insistido en establecer la diferencia entre el *agente causal*, que cambia y en lo sucesivo determina la

vulnerabilidad y, el *factor precipitante* que se limita a poner de manifiesto dicha vulnerabilidad (Belloch, Sadin, & Ramos, 1995).

La vulnerabilidad, resultado de la interacción de factores genéticos y estresantes en las primeras etapas de la vida, permanecería inmodificada y se definiría por ciertas peculiaridades (déficit atencional, anomalías en la activación autonómica, déficit de la competencia social). Entre esta “debilidad” tan peculiar y la esquizofrenia manifiesta parecen transcurrir estadios intermedios (que coinciden con los pródromos clínicos) que, dificulta aún más las relaciones con el medio ambiente, cierran un círculo vicioso del ya deficitario procesamiento cognitivo e inductor de la explosión de los síntomas activos. Parece que la peculiar situación emocional del esquizofrénico le hace especialmente sensible a las sobrecargas tal vez porque le incapacita para elaborar estrategias adecuadas para afrontarlas (Belloch, Sadin, & Ramos, 1995).

1.3.3 Factores sociales

Respecto a la intervención de los factores sociales, la teoría más extendida es la que apoya la distribución sectorial de la esquizofrenia de forma desigual según las clases sociales; la cual se refiere que la esquizofrenia se concentra de forma desproporcionada entre las personas de las áreas más pobres de las grandes ciudades, y en las ocupaciones que perciben bajos ingresos. Esta correlación entre clase social y esquizofrenia tiene dos posibles explicaciones:

- Primera, la posición socioeconómica baja es de por sí estresante, los agentes estresantes físicos y psicológicos asociados con la pobreza, carencia de educación, empleo mal remunerado, etc. incrementarán la posibilidad de que la esquizofrenia se desarrollé; se ha sugerido que las familias de clase baja transmiten a sus hijos un sistema de orientación demasiado limitado y rígido para afrontar situaciones complejas, cambiantes y cargadas de tensiones (hipótesis de la crianza) (Sue & Sue, 1996).
- Segunda, las personas esquizofrénicas tienden a derivar hacia las áreas urbanas más pobres y los niveles socioeconómicos más bajos debido a que no pueden funcionar de manera efectiva en otro lugar de la sociedad (teoría de la deriva descendente) (Sue & Sue, 1996).

Actualmente se acepta que la relación lineal entre enfermedad y clase social se obtiene sólo para los habitantes de las grandes ciudades. En las ciudades pequeñas o en las áreas rurales no existe tal relación (Rendueles, 1990).

1.4. Criterios diagnósticos

1.4.1 Criterios CIE-10 para el diagnóstico de esquizofrenia

El diagnóstico de la esquizofrenia es fundamentalmente clínico y se basa en una correcta anamnesis y una cuidadosa exploración del estado mental.

El CIE-10 menciona los siguientes criterios generales para la esquizofrenia paranoide, hebefrénica, catatónica e indiferenciada

G1. Al menos uno de los síndromes, síntomas o signos incluidos en el apartado 1, o al menos dos de los síntomas y signos incluidos en 2 deben estar presentes la mayor parte del tiempo durante un episodio de enfermedad psicótica de por los menos un mes de duración (o durante algún tiempo la mayor parte de los días).

1. Por lo menos uno de los siguientes:

- a) Eco, inserción, robo o difusión del pensamiento.
- b) Ideas delirantes de ser controlado, de influencia o de pasiva, referidas claramente al cuerpo, a los movimientos de los miembros o a pensamientos, acciones o sensaciones específicas y percepciones delirantes.
- c) Voces alucinatorias que comentan la propia actividad o que discuten entre sí acerca del enfermo, u otro tipo de voces alucinatorias procedentes de alguna parte del cuerpo.
- d) Ideas delirantes persistentes de otro tipo que no son propias de la cultura del individuo y que son completamente imposibles (por ejemplo, ser capaz de controlar el clima o estar en comunicación con seres de otro mundo).

2. O al menos dos de los siguientes:

- a) Alucinaciones persistentes de cualquier modalidad, cuando se presentan a diario durante al menos un mes, o se acompañan de ideas delirantes (que pueden ser fugaces o poco estructuradas sin un contenido afectivo claro), o bien se acompañan de ideas sobrevaloradas persistentes.

- b) Neologismos, interceptación o bloqueo del curso del pensamiento, que dan lugar a un discurso incoherente o irrelevante.
- c) Conducta catatónica, tal como excitación, posturas características o flexibilidad cética, negativismo, mutismo y estupor.
- d) Síntomas “negativos”, tales como marcada apatía, pobreza del discurso y embotamiento o incongruencia de las respuestas emocionales (debe quedar claro que estos síntomas no se deben a depresión o a medicación neuroléptica) (OMS, 2000).

1.4.2 Criterios DSM-IV para el diagnóstico de esquizofrenia

A. Síntomas característicos: dos (o más) de los siguientes presentes la mayor parte del tiempo durante un periodo de un mes (a menos que los síntomas hayan sido tratados satisfactoriamente).

1. Ideas delirantes.
2. Alucinaciones.
3. Alteraciones del discurso (p. ej. descarrilamiento o incoherencia).
4. Conducta catatónica o claramente desorganizada.
5. Síntomas negativos (aplanamiento afectivo, alogia o abulia).

Solo es necesario un síntoma, si las ideas delirantes son bizarras o las alucinaciones consisten en una voz que comenta los pensamientos o conductas del sujeto o dos o más voces conversando entre sí.

B. Disfunción sociolaboral: durante el curso de la alteración la vida laboral, las relaciones sociales y el cuidado personal están notablemente por debajo del nivel previo al inicio de la enfermedad (o, cuando el inicio se presenta en la infancia o en la adolescencia, el sujeto no ha alcanzado el nivel de desarrollo social que cabría esperar).

C. Duración: signos continuos de la alteración durante seis meses como mínimo. El periodo de seis meses debe incluir una fase activa (de un mes como mínimo o menos si los síntomas han sido tratados satisfactoriamente) durante la cual se han presentado síntomas psicóticos característicos de la esquizofrenia (síntomas del criterio A) con o sin fase prodrómica o residual. Durante este periodo prodrómico o residual los signos de la enfermedad pueden manifestarse sólo por síntomas negativos o dos o más síntomas del criterio A presentes en forma atenuada (creencias extrañas, experiencias perceptivas inusuales).

D. Exclusión del trastorno esquizoafectivo y del estado de ánimo con síntomas psicóticos: se descartan 1): si a lo largo de la fase activa de la alteración no ha habido un síndrome depresivo mayor o un síndrome maníaco, o 2): si la duración global de todos los episodios del síndrome del estado de ánimo ha sido breve en comparación con la duración total de la fase activa y de la fase residual de la enfermedad.

E. Exclusión de un trastorno médico general o de consumo de sustancias: si el trastorno no es debido a los efectos psicológicos directos de una sustancia o una alteración médica.

F. Relación con el trastorno generalizado del desarrollo: si hay una historia de trastorno autista u otro trastorno generalizado del desarrollo, el diagnóstico adicional de esquizofrenia solo se aplica si hay ideas delirantes o alucinaciones durante un mes como mínimo (a menos que hayan sido tratados satisfactoriamente) (APA, 1995).

1.5 Tipos clínicos de Esquizofrenia

De acuerdo al DSM-IV y CIE-10 los tipos de esquizofrenia son:

1.5.1 Tipo paranoide: Su característica consiste en el predominio de ideas delirantes, estables, suelen acompañarse de alucinaciones, predominantemente auditivas y de otras alteraciones perceptivas. El contenido de las ideas es de persecución, de referencia, de grandeza, de transformación corporal o de celos, aunque también pueden tener otra temática. Las alteraciones del afecto, la volición y el discurso y síntomas catatónicos están ausentes o relativamente inadvertidos.

1.5.2 Tipo hebefrénica o desorganizado: Es una forma de esquizofrenia donde hay un predominio de cambios a nivel afectivo, las ideas delirantes y alucinaciones se presentan transitoriamente y fragmentadas, además del comportamiento irresponsable e impredecible; se presentan manierismos. El humor se caracteriza por ser superficial e inapropiado, el pensamiento se encuentra desorganizado y el discurso es incoherente. Parece haber un rápido desarrollo de síntomas negativos en comparación con otros tipos de esquizofrenia.

1.5.3 Tipo catatónica: En este tipo hay un predominio de lo que se denominan alteraciones psicomotoras, puede presentarse hipercinesia, actividad motora

excesiva, obediencia automática o negativismo. Además se pueden mantener posturas y actitudes constreñidas forzadas durante largos períodos de tiempo.

1.5.4 Tipo indiferenciado: El criterio esencial es el de cumplir con las características generales de esquizofrenia, pero que no se adecua a ninguno de los subtipos (paranoide, hebefrénica y catatónica).

1.5.5 Tipo residual: Estado crónico en el desarrollo de la enfermedad esquizofrénica, en la cual se observa un progreso claro desde un estadio temprano a uno posterior caracterizado por síntomas “negativos” a largo plazo, aunque no necesariamente irreversibles; por ejemplo, enlentecimiento psicomotor, disminución de la actividad y embotamiento afectivo, pasividad y falta de iniciativa, pobreza de la cantidad o contenido del lenguaje; comunicación no verbal pobre por la expresión facial, contacto ocular, modulación de la voz y posturas; cuidado de sí mismo y rendimiento social empobrecido.

1.5.6 Tipo simple: Se observa un desarrollo insidioso, pero progresivo de anormalidad conductual, incapacidad para cumplir las demandas sociales y deterioro del rendimiento en general. La sintomatología negativa como embotamiento y pérdida de iniciativa se desarrollan sin manifestarse ningún síntoma psicótico (OMS, 2000; APA, 1995).

1.6 Curso y pronóstico

Curso

En relación a la esquizofrenia se tiene bien establecido que en la mayoría de los casos antes de manifestarse el trastorno existe una personalidad prémorbida en la cual se empieza a mostrar un deterioro en la vida del individuo.

El curso típico de la esquizofrenia consiste en tres frases:

- *Fase prodrómica:* la cual se refiere a un periodo de síntomas menores que se produce antes del inicio del trastorno declarado; por ejemplo el retraimiento y aislamiento social y emotivo, evitación a la competencia, la realización de actividades solitarias, ensimismamiento en la fantasía, el descuido del arreglo personal y la presencia de conductas raras o peculiares son características clásicas de esta fase.

- *Fase activa*: las presiones psicológicas o demandas excesivas sobre el individuo en la fase prodrómica dan por resultado el inicio de síntomas psicóticos prominentes, por lo tanto ahora se manifiestan los síntomas patognómicos de la esquizofrenia, los cuales incluyen perturbaciones graves en el pensamiento, un marcado deterioro en el desempeño escolar y social, además de pérdida de la motivación y afecto abatido o inapropiado de manera marcada. Las alucinaciones e ideas delirantes se manifiestan aunadas a los errores de juicio y conducta; se podría decir que es la fase aguda o crítica del trastorno.
- *Fase residual*: los síntomas ya no se muestran de manera prominente, la gravedad disminuye y el individuo muestra un deterioro leve o similar al manifestado en la fase prodrómica (Elkin, 2000; Sue & Sue, 1996).

Pronóstico

Se ha observado que la recuperación completa es rara, se estima que un 10% recupera y alcanza su nivel de funcionamiento, de un 40 a 50% de los pacientes presentan periodos de remisión, pero siguen experimentando dificultades ocasionales en sus relaciones sociales y en el empleo. De 20 a 30% pueden presentar una estancia psicótica en la mayor parte de su vida y con ello niveles de funcionamiento pobre (Elkin, 2000). Las remisiones se producen en los primeros 2 años y el curso se define comúnmente en los 5 primeros años, sin demasiadas esperanzas de cambio después. Aunque se acepta como excepcional observar remisiones totales tardías ya que el paso del tiempo está asociado con expectativas peores respecto a la recuperación (Colodrón, 2002).

Por otra parte, Colodrón (2002) menciona que la esquizofrenia de tipo paranoide no suele evolucionar hacia estados graves de deterioro, el peor pronóstico se emite para la esquizofrenia simple y hebefrénica, mientras que la catatónica oscilan de uno a otro extremo, pues, si bien suele evolucionar favorablemente en ocasiones se cronifican y se conduce a formas residuales muy graves.

Actualmente se han intentado perfilar nuevos indicadores pronósticos que destacan el buen ajuste social, emocional, ocupacional, sexual y familiar previo al comienzo del trastorno; se espera un mejor pronóstico si el paciente tiene una adecuada adherencia al

tratamiento farmacológico, se encuentra en un medio sociofamiliar adecuado y se facilita la debida rehabilitación ocupacional y una posterior integración laboral (Colodrón, 2002).

1. 7. Tratamiento

La esquizofrenia al ser un trastorno heterogéneo, de una etiología desconocida y de un curso prolongado y sobre todo que afecta en su totalidad al individuo el cual pierde la percepción de si mismo, del mundo y de la autonomía personal, hace que su manejo sea más complejo, por lo que el tratamiento debe ser desarrollado de manera integral por varios profesionales de la salud mental. En éste, el ápice es el tratamiento farmacológico seguido de un abordaje psicosocial (Colodrón, 2002; Fernández & González, 1999).

El tratamiento puede comprender una amplia diversidad de componentes, su aplicación dependerá del curso clínico donde se encuentre el paciente y de los recursos con los que cuente la institución:

1.7.1 Hospitalización: Las indicaciones para la hospitalización son en su mayoría para propósitos de diagnóstico, de estabilización de la sintomatología, para seguridad del paciente o de sus familiares, debido a las ideas delirantes y a los errores de juicio y conducta, incluidos la incapacidad de hacerse cargo de sí mismo y de sus necesidades básicas. Una de las principales metas de la hospitalización es decrementar la sintomatología en el paciente y la ansiedad que representa esto para la familia.

1.7.2 Psicofármacos: Los antipsicóticos, llamados también neurolépticos, controlan los síntomas de la esquizofrenia; aunque éstos no son una cura, inducen en la mayoría de los casos una remisión de los síntomas psicóticos, en un lapso de siete a 21 días y también ayudan a prevenir la recurrencia de los síntomas. Se considera que éstos actúan bloqueando los receptores de dopamina, del tipo D-2 en el área mesolímbica. En la actualidad los neurolépticos se distinguen en dos: los atípicos estos son más específicos en su mecanismo de acción y tienen menos efectos secundarios y los típicos, que producen más efectos secundarios Para obtener un abordaje farmacológico efectivo se debe de establecer qué síntomas hay que atenuar en el paciente o identificar los síntomas blanco (Elkin, 2000; Goldman, 2001; Kaplan & Sadock, 2000).

1.7.3 Intervenciones Psicosociales: La mayoría de los profesionistas de la salud mental concuerdan en que el tratamiento más benéfico para la esquizofrenia es la conjunción del tratamiento farmacológico con una intervención psicosocial

Aunque los objetivos parecieran ser diversos en este tipo de intervenciones hay acuerdos como: alcanzar una mejoría en el funcionamiento psicosocial en el paciente, la disminución de síntomas y el fortalecimiento de la adherencia al tratamiento farmacológico, la reducción de la carga familiar y de la emoción expresada, así como la disminución en las recaídas-reingresos (Kuhliger, 2003; Leff, 1996; Muela & Godoy, 2001; Vallina & Lemos, 2000).

Vallina y Lemos (2000) han propuesto elementos en común en las intervenciones psicosociales dirigidas hacia la familia, que son los siguientes:

- *Aproximación positiva y relación de trabajo genuina con la familia:* Se evita culpabilizar a las familias, respetando sus necesidades y reconociendo la carga que le supone el cuidado de un familiar esquizofrénico, al tiempo que les enseñan maneras adecuadas de abordar los problemas originados por el cuidado y convivencia con su familiar.
- *Proporcionar estructura y estabilidad:* Se pretende establecer un ambiente terapéutico con contactos regulares y estables, que proporcione a la familia una estructura asistencial que les ayude ante la sensación de descontrol e impredecibilidad que puede generar la enfermedad. Además de desarrollar climas estables.
- *Centrarse en el aquí y en el ahora:* Se centra en trabajar con los problemas y con el estrés que sufren las familias, identificar sus formas de afrontamiento así como sus puntos fuertes y débiles. Además se analizan las relaciones mutuas dentro de cada familia y cómo cada miembro percibe los problemas y ensaya un estilo personal de afrontamiento.
- *Utilización de conceptos familiares:* Se pretenden establecer límites inter-personales e inter-generacionales claros, apoyando a los padres y promoviendo la separación e independencia del hijo enfermo cuando sea necesario.

- *Reestructuración cognitiva*: Con los componentes educativos de las intervenciones se intenta proporcionar a las familias un modelo que dé sentido a las conductas y sentimientos del paciente y a las propias, y les ayude a ser más hábiles y a disponer de mejores recursos de afrontamiento.
- *Aproximación conductual*: Se centra en evaluar los recursos y necesidades de la familia, establecer metas realistas, fijar prioridades, descomponer las metas en pequeños pasos conductuales y establecer tareas entre sesiones para realizar en casa y revisarlas.
- *Mejorar la comunicación*: Se pone especial cuidado en entrenar a las familias en solicitar los cambios de un modo simple, claro y específico. Se pretende que la comunicación sea un medio de corregir el deterioro que producen los límites sobre el funcionamiento debido a las relaciones de los miembros en la unidad familiar.

1.8. Cuidador informal

La familia es definida generalmente como un grupo de personas interactuando en virtud de amistad o el espacio vital compartido, así como las relaciones consanguíneas, maritales u otros compromisos entre personas (Foxall & Gaston-Johansson, 1996). La presencia de la enfermedad o discapacidad (especialmente si es crónica) en un miembro de la familia afecta no sólo a la persona que la sufre, sino también a todas aquellas que tienen algún vínculo con ella (familia, amigos e incluso a los profesionales de la salud); las cuáles asumen las responsabilidades primarias del cuidado del paciente, por lo que se produce un desgaste físico y emocional como resultado de los múltiples factores de estrés a los que se enfrentan (Fornés, 2003).

El cambio en la política en salud mental ocurrido en los años 60 que tenía por objetivo integrar a los pacientes a su comunidad fue llamado proceso de des-institucionalización; este proceso ayudó a los pacientes a reincorporarse en su mayoría a su núcleo de origen, sin embargo, este cambio no brindó apoyo a la familia en el conocimiento y preparación que requerían para el cuidado del paciente, a partir del mencionado proceso una considerable cantidad de personas que padecen una enfermedad mental viven con sus parientes, generalmente con sus padres (Loukissa, 1995).

La mayor parte de los estudios sobre la familia de los pacientes esquizofrénicos se centraban en el efecto de la familia sobre la enfermedad del paciente. Se mostraba poco interés por las repercusiones que la enfermedad traía sobre los familiares y las medidas que adoptaban para enfrentarse a ella, a pesar de que en el trabajo psiquiátrico comunitario cada vez se pide más a éstas que cuiden de sus pacientes (Castilla et al., 1998; Loukissa, 1995; Martínez, 2002).

Generalmente, en las labores de cuidado, quien ejerce la mayor parte de la responsabilidad de su familiar o allegado con algún tipo de necesidad de cuidado es una sola persona, son los que conviven más frecuentemente con el paciente, quienes lo apoyan financiera y emocionalmente, quienes se involucran en el tratamiento del mismo y quienes son mayormente contactados por el equipo de tratamiento en caso de emergencia, a este individuo se le denomina “cuidador principal” o “cuidador primario” (Colina, 2001; Perlick et al, 2002).

Se ha planteado la importancia de la atención a las personas que cuidan de los enfermos mentales, pues después del proceso de des-institucionalización psiquiátrica, frecuentemente quienes desempeñan las actividades de cuidado hacia el enfermo mental son familiares cercanos. El cuidado concierne específicamente a la asistencia informal provista por familiares o amigos cercanos de gente con enfermedades a largo plazo o incapacitantes. El cuidador asume una responsabilidad no remunerada ni prevista hacia el paciente, cuyos problemas mentales de salud son incapacitantes y de una naturaleza a largo plazo sin ningún tratamiento curativo disponible (MacInnes & Watson, 2002).

El cuidado no formal es definido como “la prestación de cuidados a personas dependientes, por parte de familiares, amigos u otras personas, que no reciben retribución económica por la ayuda que ofrecen”. Así los cuidadores no formales podrían ser caracterizados como los que satisfacen las necesidades no cubiertas por el sistema formal de cuidados. En consecuencia podrían considerarse como el apoyo prestado a personas con algún tipo de necesidad por parte de sus familiares, amigos y vecinos, o cualquier otra persona que no sea remunerada ni dependiente a la prestación de servicios formales en lo referente a la asistencia sanitaria (Colina & Antonioli, 2001).

El cuidador no formal es percibido por el personal de los servicios sanitarios y sociales desde cuatro perspectivas: el cuidador como recurso, el cuidador como co-trabajador, el cuidador como cliente, y el cuidador bajo el enfoque de la producción de bienestar (Colina & Antonioli, 2001).

En lo que respecta al modelo de cuidador como recurso, el foco de atención se centra en la persona dependiente o necesitada. De tal modo, el cuidador sólo es tomado en consideración, en la medida que presta cuidados a su familiar, en pro del “beneficio” que aporta al sistema formal de asistencia sanitaria. En lo referente al modelo de cuidador como co-trabajador, se le ve desde el sistema formal, bajo una “relación de igualdad” por cuanto se establece que realiza una serie de actividades y atenciones diferentes a las ejecutadas por los profesionistas de la atención sanitaria. En tercer lugar, en torno al cuidador como cliente, se tiene en cuenta al cuidador no formal como co-cliente o cliente secundario de los servicios sanitarios y sociales, es decir, que se ve tanto al cuidador como a la persona dependiente, como focos de atención sobre los que el profesional debe intervenir. Por último, bajo el enfoque de la producción de bienestar, en el cual prevalece el sentido economicista, ya que el proporcionar cuidados a la persona dependiente disminuye costos al sistema sanitario (Colina & Antonioli, 2001).

Existe aún una propuesta alternativa, en la que desde el sistema de atención formal se trabaje conjuntamente con el cuidador no formal, ya que para el cuidador las consecuencias a largo plazo pueden repercutir en varios niveles, como el emocional, económico, social y físico, agravando la problemática. Se intenta integrar al cuidador en la atención sanitaria, por sus muy valiosos aportes de cuidado, de hecho imposibles de ser prestados o replicados en el ámbito socio-sanitario; sin embargo cabe la posibilidad de que al no tener conocimientos formales sino empíricos sobre el cuidado puede también obstaculizar e incluso dañar el buen funcionamiento del paciente y por ende, su propio bienestar (Colina & Antonioli, 2001).

CAPÍTULO 2. CARGA Y EMOCIÓN EXPRESADA

2.1 Carga

2.1.1 Definición de carga global

El concepto de carga ha sido considerado muy relevante a nivel psicológico y social pero adolece de suficiente elaboración teórica; dicho concepto se remonta a principios de los años 60, concretamente en un trabajo realizado por Brad y Sainsbury en 1963 (citados por Montorio, Fernández de Trocóniz, López, & Sánchez, 1998) con el objetivo de identificar los efectos que tenían sobre las familias el mantener en la comunidad a pacientes psiquiátricos como parte de la asistencia psiquiátrica comunitaria que se estaba implementando en Gran Bretaña en aquellos años.

En la Cd. de México Ryan (1982, citado por Rascón et al., 1997) encontró que la familia interviene en todas las etapas de la enfermedad, ya que en un estudio realizado en el Instituto Mexicano de Psiquiatría del 75% de los pacientes que habían sido internados por sus familiares, el 79% regresaron a vivir con ellos después de ser dados de alta.

La convivencia con la familia repercute de una manera importante sobre el curso de la enfermedad en un trastorno mental mayor. Es interesante identificar los parámetros de influencia y cómo regula estos efectos. En estudios de esquizofrenia se ha demostrado que la carga familiar se refiere al el estrés emocional, social y financiero que la enfermedad impone sobre la familia, es reportado generalmente por el cuidador y es asociado con resultados clínicos y psicosociales bajos (Perlick et al., 1999).

El constructo de carga es utilizado como un término integrador que hace referencia a *“la totalidad de la experiencia de cuidado para con un familiar o amigo enfermo, incluyendo los efectos en el bienestar físico, psicológico y socioeconómico, así como la capacidad de afrontar y ajustarse a dicha circunstancia”* (Ohaeri, 2003, p. 459).

En 1965 Hoenig y Hamilton (citado por Loukissa, 1995) realizan la primera distinción del constructo dividiéndolo en carga objetiva y carga subjetiva. El propósito de la división fue enfatizar la diferencia entre las repercusiones observables y las reacciones emocionales que presenta el cuidador a consecuencia de proporcionar el cuidado.

2.1.2 Carga objetiva

Loukissa (1995, p. 249) menciona que *“la carga objetiva hace alusión a ciertas conductas disruptivas de la enfermedad mental que causan problemas familiares y se hacen menos tolerables debido al agotamiento del familiar”*. Además, se encontró que una o más de las siguientes conductas enfadan en un 60% a los cuidadores: hostilidad, agresividad, irritabilidad, costumbres ofensivas, aislamiento y conductas que requieren una supervisión constante del cuidador.

Mientras que Pratt, Gill, Barrett y Roberts (1999, p. 267), incluyen que *“son problemas identificables, potencialmente verificables asociados directamente con el paciente y en los miembros de la familia puede afectar aspectos físicos y mentales, siendo un factor de riesgo para desarrollar alguna enfermedad crónica”*. Esta carga incluye problemas económicos debido al tratamiento psiquiátrico, interrupción en la vida cotidiana, restricción en la actividad social y alteraciones en las relaciones interpersonales debido a las demandas de proporcionar cuidado.

La carga objetiva se define por la descripción de todo lo que la familia está soportando como consecuencia de la enfermedad de uno de sus miembros. Cualquier alteración potencialmente verificable y observable. Operativamente hace referencia a alteraciones en el trabajo, la vida social, el tiempo libre, tareas en casa, las finanzas y las interacciones dentro y fuera de la familia (Martínez, 2002).

- Tareas de la casa: Cuando un miembro de la familia se ve imposibilitado para cumplir sus tareas, otro tiene que asumirlas. Si además del enfermo, otro miembro de la familia asume las tareas adicionales de cuidado, supervisión y control del paciente, se ve obligado a abandonar o delegar en otro sus funciones habituales en el hogar.
- Relaciones familiares: Las relaciones interpersonales entre los miembros de la familia de los enfermos mentales suelen volverse tensas debido a la aparición de nuevas obligaciones hacia el familiar enfermo y la necesidad de asumir más tareas de la casa.

- **Relaciones sociales:** La estigmatización puede inducir a mantener el secreto e incluso ocultar y negar la enfermedad. En ocasiones para conseguirlo se rompe el contacto con los familiares y amigos hasta perder todo contacto social y toda posibilidad de ayuda por su parte. Esta falta de apoyo social hace a los familiares del enfermo más vulnerables a padecer problemas de ansiedad, depresión, etc.
- **Tiempo libre y desarrollo personal:** La sobrecarga de tareas no sólo limita las relaciones sociales sino también cualquier posibilidad de desarrollo personal o vocacional. El tiempo libre desaparece y con él las oportunidades para desarrollar las aficiones, deportes, vacaciones, etc.
- **Economía:** Los ingresos económicos de la familia se reducen en primer lugar por la pérdida de capacidad de trabajo del enfermo. Pero, es frecuente, que la necesidad de cuidar al enfermo disminuya también la capacidad de trabajar de otros miembros de la familia. Por otra parte, los gastos aumentan, tanto por las necesidades especiales de cuidado de los pacientes como por las conductas disruptivas de los mismos (Martínez, 2002).

2.1.3 Carga subjetiva

La naturaleza cíclica de la enfermedad mental (estabilidad – recaída) origina preocupación y dificultades en las personas que brindan cuidado al enfermo. En las ocasiones que el paciente se encuentra estable y funcionando adecuadamente o se encuentra bajo un nuevo tratamiento aparece en la familia un sentimiento de esperanza y tranquilidad; mientras que los momentos en que reaparece la sintomatología se viven como terribles y desagradables (Jungbauer & Angermeyer, 2002).

Existen familiares que desempeñan una gran labor como cuidadores sin manifestar problemas de adaptación a esta labor. Mientras que otros no proporcionan ningún cuidado al paciente y refieren elevados niveles de angustia y malestar por la enfermedad (Martínez, 2002).

La carga subjetiva es definida en términos de los sentimientos familiares a consecuencia de brindar cuidado y la tensión emocional incluyendo sentimientos como estigma, pérdida, miedo, y preocupación que surge de afrontar una enfermedad mental

(Greenberg, Greenley, McKee, Brown & Griffin-Francell, 1993; Martens & Addington, 2001).

“Es la sensación de soportar una obligación pesada y opresiva, se reporta como una reacción subjetiva del cuidador ante las tareas que asume por el hecho de cuidar al paciente” (Martínez, 2002, p. 4). Pero también la carga subjetiva puede ser producida por factores subjetivos no relacionados directamente con las tareas asumidas por el cuidador ni por los comportamientos del paciente. Por ejemplo, la angustia por el hecho de que el paciente nunca llegará a ser lo que hubiera podido ser. Además, se distinguen dos áreas de la carga subjetiva: 1) salud física y mental y 2) malestar subjetivo: sentimientos y emociones negativas (Martínez, 2002).

- Salud: Tanto la salud física como mental de los familiares puede verse afectada por la presencia de un enfermo mental grave en el entorno familiar. La salud física puede alterarse por agresiones del enfermo o por alteraciones psicosomáticas: pérdida de apetito, ahogo, dolor de cabeza, de estómago, etc. La salud mental se altera y aparecen síntomas de tensión, ansiedad, irritabilidad, insatisfacción o depresión.
- Malestar subjetivo: Incluye una gran variedad de sentimientos negativos y emociones: culpa, incertidumbre, ambivalencia, odio, angustia, compasión y sentimientos de pérdida. Todos estos sentimientos se combinan, originados unas veces por la propia enfermedad y otras por los cambios que ésta produce en la vida de los cuidadores (Martínez, 2002).

Se ha mencionado que la carga subjetiva está relacionada con la carga objetiva, pero en ciertos cuidadores pueden presentarse altos niveles de carga objetiva, debido a que aún se están adaptando a los cambios en su rutina y pueden sentir bajos niveles de carga subjetiva, mientras que otros familiares pueden reportar carga objetiva baja pero alta carga subjetiva porque aparentemente hay cambios abruptos en su rutina y por ello reportan mayor carga subjetiva (Pratt et al., 1999).

2.1.4 Variables sociodemográficas

Los efectos mediáticos y contextuales de las características sociodemográficas, tales como la edad de los padres, años de educación, estado marital y el sexo del paciente pueden influir sentimientos de carga (Greenberg et al., 1993).

Ya que los padres comparten el hogar con los pacientes es más probable que provean mayor cuidado directo y supervisión y experimenten mayores interrupciones debidas a la enfermedad de sus hijos (Greenberg et al., 1993). Jungbauer y Angermeyer (2002) realizaron un estudio en el que los participantes (padres o parejas) que se hacían cargo de pacientes esquizofrénicos fueron entrevistados. El resultado fue que los padres y esposos perciben la carga del cuidado en forma distinta, a pesar de ello hay algunas aparentes similitudes.

En el cuidado por parte de los padres hacia el paciente, diversas investigaciones han reportado que los cuidadores de mayor edad presentan mayor carga. Parece ser que hay un incremento en la carga en los padres de mayor edad (40-50 años) por la advertencia de su propia mortalidad pues experimentan las limitantes propias del envejecimiento (Dyck, Short & Vitaliano, 1999; Greenberg et al., 1993; MacInnes & Watson, 2002; Martens & Addington, 2001).

El sexo del cuidador ha sido otro factor relevante ya que se menciona que las cuidadoras del sexo femenino reportan una mayor carga, ya ellas perciben o encuentran el cuidado más estresante (Dyck, et al., 1999; Tennakoon; Fannon, Doku, O'Ceallaigh, Soni, Santamaria, Kuipers & Sharma, 2000). Aunado a lo anterior se aumenta la percepción de carga si el cuidador es separado o viudo ya que la gente casada o con pareja experimenta menor carga (Greenberg et al., 1993).

Se ha mostrado que el género del paciente contribuye a la carga experimentada por los cuidadores; el brindar cuidado a un paciente masculino, incrementan la carga, ya que los reportes de los familiares sobre su ejecución actual y actividades sociales se encuentran mayores déficits, en cambio, se reportó que las mujeres con enfermedades mentales graves llevaban a cabo una serie de tareas a pesar de presentar síntomas psiquiátricos serios. (Jenkins & Schumacher, 1999).

Aparentemente un paciente joven puede ser causa de mayor carga en los familiares ya que la incapacidad para mantener un trabajo remunerado (área ocupacional) y por ende no tener ingresos (área económica), es decir, depender económicamente de la familia produce gran tensión entre los miembros de la misma (Pratt, et al., 1999; Valencia, Rascón & Quiroga, 2003).

Otro aspecto de interés es que las madres latinas experimentan altos grados de estrés en el manejo de la enfermedad; lo que se hace aún más difícil por las condiciones sociales adversas, los escasos recursos financieros y el ser madres o padres solteros (Jenkins & Schumacher, 1999).

2.1.5 Variables estresoras

Como se ha mencionado, el brindar cuidado a un familiar con una enfermedad mental, es un rol que tiene diversas consecuencias en la vida del llamado cuidador, a continuación se exponen diversas variables externas al cuidador que incrementa la carga global, objetiva y subjetiva en el cuidador.

a) Sintomatología

La carga aguda de estrés de los cuidadores, comparada con las fases estables de la enfermedad del paciente, puede originar carga crónica y restringir la vida cotidiana normal (Jungbauer & Angermeyer, 2002). Se considera que una variable que influye considerablemente en la carga del familiar es la sintomatología que predomina en el paciente. Dyck, et al. (1999) encontraron que la variable estresora más potente para la carga del cuidador eran los síntomas negativos en el paciente, se ha indicado que aspectos como falta de conversación, baja actividad, lentitud y poco interés en actividades en su tiempo libre son experimentados por los familiares como factores que contribuyen significativamente en los niveles de carga más que los síntomas positivos.

Esto puede explicarse debido a que este tipo de síntomas incluyen una variedad de dificultades funcionales y cognitivas que tienen implicaciones de carga para los cuidadores (p.e. aumento en la necesidad de asistencia en la vida diaria y en las tareas domésticas).

Además como Magliano, Fadden, Economou, Held, Xavier, Guarneri, Malangone, Marasco y Maj (2000) explican, el incremento de la carga objetiva y subjetiva se predice por el incremento de la discapacidad del paciente así como una reducción en los intereses sociales del mismo.

En el primer episodio, los síntomas negativos y los problemas de conducta causan mayor malestar en el cuidador (carga) (Tennakoon et al., 2000). Aunque se presenta una leve contradicción en cuanto a la sintomatología y su relación con la carga. Pratt, et al. (1999) notaron que una variedad de comportamientos contribuyen a la carga padecida por los miembros de la familia que incluyen los siguientes:

1. Comportamientos hostiles, abusivos y agresivos (aunque sean raros)
2. Cambios de humor o comportamiento impredecible
3. Conducta social ofensiva o vergonzosa

Por otro lado otros autores indican que parece ser que el tipo de síntomas no es importante sino el grado de la severidad total y la cantidad de los mismos que muestra el paciente ya que estos son los que incrementan la carga (objetiva y subjetiva) en el cuidador (Greenberg et al., 1993; Lowyck, De Hert, Peeters, Gilis & Peuskens, 2001; Perlick et al., 1999).

b) Inicio, recaída y hospitalizaciones

En el inicio de la enfermedad o en el primer episodio psicótico parece haber más alto riesgo de malestar combinado con carga y estrés para los cuidadores (Jungbauer & Angermeyer, 2002; Martens & Addington, 2001). La carga que los miembros de la familia padecen incluye comportamientos abusivos y agresivos en las fases agudas de la enfermedad, específicamente en los primeros años. A pesar de que estos son poco frecuentes o se hayan presentado en una sola ocasión, son incidentes que pueden persistir en la memoria de la familia en los años venideros. Hay una variedad de comportamientos problemáticos que son particularmente preocupantes, incluyendo los síntomas de ideación paranoide respecto a miembros de la familia y síntomas negativos que se refieren a un pobre auto-cuidado (Pratt et al., 1999).

En el transcurso de la enfermedad, los cuidadores experimentan carga aguda cuando un episodio psicótico aparece. Esta carga no es tan intensa durante posteriores episodios en comparación con el inicio de la enfermedad ya que los cuidadores inicialmente saben muy poco sobre las enfermedades mentales y las posibilidades de asistencia adecuadas, esta disminuye con el aumento de las experiencias compartidas con otros cuidadores y una mejor información. Pareciera ser que la carga crónica diaria es menos “dramática” pero puede interferir más severamente en la calidad de vida de los cuidadores, existe evidencia del incremento de la carga objetiva a más duración de la enfermedad (Jungbauer & Angermeyer, 2002; Martens & Addington, 2001; Perlick et al., 1999).

Se menciona que el malestar aumenta si el paciente recién ha salido de un periodo de hospitalización (Martens & Addington, 2001). Niveles más altos de carga objetiva y subjetiva fueron reportadas por los cuidadores cuando sus familiares enfermos fueron hospitalizados que por los cuidadores de pacientes ambulatorios. Los reportes con altos niveles de estrés de los cuidadores fueron asociados con las hospitalizaciones (el número de admisiones psiquiátricas en los pasados 2 años) y asociados positivamente con el grado de carga objetiva (Perlick et al., 1999).

c) Contacto cara a cara

Se ha observado que las mujeres que proveían cuidado 36 horas o más a la semana experimentaban 6 veces más síntomas depresivos o ansiosos que las no-cuidadoras. (Ohaeri, 2003). Sin embargo, Scazufca y Kuipers (1998) no encontraron una relación significativa entre el tiempo de contacto y la carga. No está claro como es que los altos niveles de contacto pueden contribuir a sentimientos de carga y niveles de emoción expresada (ambos parecen estar relacionados).

d) Eventos vitales

Otros eventos estresantes no necesariamente resultan de la enfermedad del paciente, tales como el cambio de residencia o la muerte en la familia, pueden tener consecuencias físicas adversas a nivel de salud para los cuidadores. Estos estresores vitales pueden incrementar la carga subjetiva asociada con el cuidado del paciente (Greenberg et al., 1993). Algunos cuidadores sufren de un humor depresivo permanente que se acercan a la descripción clínica de la distimia. Particularmente cuando eventos

relacionados con la carga o eventos vitales se suman y deterioran las relaciones cotidianas (p.e. desempleo, enfermedad física severa), ya que esto puede exceder sus límites de capacidad emocional. (Jungbauer & Angermeyer, 2002).

2.1.6 Variables de vulnerabilidad

Son llamadas variables de vulnerabilidad a estilos de afrontamiento, creencias y atribuciones que el cuidador posee como una característica en particular, y la percepción de estigma y redes sociales que el cuidador percibe de los demás; esto con lleva a un incremento de la carga.

a) Afrontamiento

En la ausencia de intervenciones familiares específicas la carga y las estrategias de afrontamiento de los cuidadores de los pacientes con esquizofrenia tienden a permanecer estables en el tiempo (Magliano et al., 2000). El uso de la resignación y la evitación como estrategias de afrontamiento incrementan la carga objetiva y subjetiva (Jungbauer & Angermeyer, 2002).

Dyck et al. (1999) observaron que mayores puntuaciones de carga en el cuidador estaban asociadas con mayores niveles de control de la ira y afrontamiento de auto-culpabilización en los cuidadores. El hallazgo de que un estilo de afrontamiento de auto-culpabilización es un predictor de carga fue consistente con su clasificación como un factor de vulnerabilidad y está frecuentemente asociado con la depresión. Los hallazgos de que mediciones de afrontamiento pasivas fueron asociados con la carga fueron consistentes con la observación de que el afrontamiento pasivo es asociado con el malestar psicológico.

Aquellos familiares que sienten mucho malestar por la carga y que evalúan sus posibilidades de afrontamiento de una forma pesimista frecuentemente muestran comportamientos hostiles, críticos y sobreprotectores (Barrowclough & Parle, 1997; Scazufca y Kuipers, 1999).

b) Atribuciones

Parece ser la evaluación cognitiva de, y/o las creencias acerca de los síntomas, más que los síntomas en sí mismos, los que son responsables en la experiencia de carga del

cuidador en relación a los síntomas de la enfermedad del paciente. (Martens & Addington, 2001; Perlick, et al., 1999; Tennakoon et al., 2000). Creer que el cuidador puede controlar el comportamiento del paciente enfermo fue asociado con menores niveles de carga, la conciencia de la severidad de los síntomas del paciente y percibir los síntomas como bajo el control del paciente fue asociado con mayores niveles de carga (Perlick, et al., 1999).

En un estudio de Provencher y Fincham (2000) llegaron a la conclusión de que mientras el cuidador percibía que el paciente tenía más conocimiento sobre la ocurrencia de la conducta y más intencionalidad al producirla, la atribución de la responsabilidad aumentaba. Para los síntomas negativos los cuidadores principalmente basan sus juicios de responsabilidad en la naturaleza volitiva de estas conductas, consideran que el paciente tiene la capacidad de conocer lo erróneo de su conducta.

c) *Creencias*

Se han resaltado una variedad de creencias han sido catalogadas como *temores subjetivos* que presentan los familiares de pacientes psiquiátricos:

- *Expectativas funcionales*: Se refiere a la idea de las expectativas normales acerca de las actividades que puede desempeñar un miembro de la familia con una enfermedad mental, ya que si las expectativas son bajas, el individuo tenderá a actuar en conformidad con estas bajas expectativas y raramente alcanzará un nivel de funcionamiento que sería considerado como normal o dentro de los parámetros de una enfermedad mental (Greenberg et al., 1993).
- *Agresividad hacia si mismo y/o otros*: El temor de que un hijo con enfermedad mental puede lastimarse a sí mismo o a otros ocasiona malestar en las familias de personas con una enfermedad mental. Estos temores pueden incidir significativamente en la salud de los miembros de la familia creando una condición de ansiedad crónica en los padres debido a un monitoreo constantemente hacia el

ambiente de su hijo enfermo para protegerlo de sí mismo y a otros (Greenberg et al., 1993).

- *Mortalidad del cuidador:* Estas preocupaciones se refieren a la seguridad del hijo y su bienestar a largo plazo acerca de qué le pasará a su hijo cuando ellos mueran. Esta preocupación a largo plazo se ha convertido en algo tan común que ha adquirido su propio acrónimo, que en inglés se denomina: WIAG, When I Am Gone (Cuando yo ya no este aquí). Los padres también reportan preocupaciones cotidianas debidas a la naturaleza cíclica de la enfermedad mental, lo que introduce una considerable incertidumbre e inestabilidad en la vida de su hijo (Greenberg et al., 1993).
- *Expectativas sobre el futuro del hijo:* Sentimientos de agotamiento y pérdida acerca del hijo que nunca llegará a ser lo que se esperaba de él. Este tipo de pérdida es particularmente estresante porque, a diferencia de la muerte de un ser querido, la persona permanece físicamente presente pero psicológicamente ya no es más la persona que se conoció. La familia espera un ascenso cuando el paciente está estable y funcionando adecuadamente, sólo para frustrarse cuando el paciente se vuelve sintomático. Afrontar estas pérdidas ambiguas tiene efectos negativos en el bienestar individual y familiar (Greenberg et al., 1993).
- *Enfermedad vs. temperamento:* En algunos casos se sospecha que el paciente está tomando ventaja de su enfermedad para evadir deberes desagradables que desde el punto de vista del cuidador podría cumplir con “mayor fuerza de voluntad” (Jungbauer & Angermeyer, 2002).
- *Consentimiento del paciente:* Las medidas de tratamiento introducidas sin el consentimiento del paciente están asociadas en particular con sentimientos tormentosos de culpa, vergüenza y fallarle a la persona que padece la enfermedad (Jungbauer & Angermeyer, 2002).
- *Causas de la enfermedad:* Algunos de los padres entrevistados reportaron sentimientos de culpa y responsabilidad respecto a las causas del trastorno; debido a que en la familia se habían presentado enfermedades mentales y/o a los estilos de crianza pudieran ser causa directa al desarrollo del trastorno (Jungbauer & Angermeyer, 2002).
- *Dependencia vs. Independencia:* Frecuentemente, los problemas aumentan cuando el paciente relativamente joven (entre 20 y 35 años) aún vive en la casa paterna y

tiene un pequeño ingreso o no lo tiene en absoluto. Los padres ven esta situación como un tipo de arreglo temporal, particularmente al inicio y esperan que a pesar de la enfermedad el paciente eventualmente se independizará, en un sentido material y práctico, al respecto de la perspectiva a largo plazo de la vida del paciente muchos padres vacilan entre la esperanza y la ansiedad. Los padres se sienten preocupados que el paciente no sea capaz de manejar su vida sin el cuidador paterno y se aíse, sea negligente o se arruine financieramente (Jungbauer & Angermeyer, 2002).

- *Creencias con componentes catastróficos:* Para uno de los grupos de familiares estas circunstancias habían afectado seriamente sus pensamientos acerca de la vida y de la muerte, ambos tipos de pensamientos en conexión con su paciente enfermo y en términos de pensamientos suicidas respecto a ellos mismos. Además, estos mismos familiares creían que el paciente enfermo se encontraría mejor muerto, y/o deseaban que paciente y familiar nunca se hubiesen conocido y que el paciente nunca hubiera nacido; las familiares de sexo femenino eran más propensas a creer que el paciente estaría mejor muerto (Östman & Kjellin, 2002).

d) Estigma

La actitud hacia la enfermedad mental predispone las reacciones hacia la problemática que se vive; además se toma una visión emocional determinada por un componente afectivo, resultado de la experiencia adquirida que obedece al medio cultural (Rascón et al., 1997).

Se propone que existe una carga adicional compuesta por ansiedad y sentimientos de estigmatización, relacionados a los muy difundidos prejuicios acerca de los enfermos mentales y la asistencia psiquiátrica. El estigma es una marca y elemento de vergüenza y puede ser adquirido por otros que estén asociados cercanamente al individuo enfermo (Greenberg et al., 1993; Jungbauer & Angermeyer, 2002).

El estigma es uno de los elementos de la carga subjetiva más invasivos para las familias que tienen un enfermo mental se ha encontrado que los niveles de carga subjetiva estaban relacionados con la percepción de estigma en las madres de pacientes diagnosticados con esquizofrenia (Greenberg et al., 1993).

Lo anterior coincide con que el estigma no solamente afecta a la gente con una enfermedad mental, sino también a sus familias. Al proceso por el cual una persona es estigmatizada en virtud de la asociación con otro individuo estigmatizado se le ha llamado “cortesía” o estigma “asociativo”. Cuando se es un familiar cercano a una persona con una enfermedad mental severa se crea “*una posición particularmente difícil y delicada si no se sustraen a sí mismos, pues ellos son señaladores y señalados*” (Östman & Kjellin, 2002, p. 494).

e) Redes sociales

La familia, vecinos y amigos dejan de visitar al cuidador y no proporcionan el apoyo necesitado, esto contribuye al aislamiento social, al mal funcionamiento laboral, y a empobrecer la calidad de vida. Asimismo, pueden ser consideradas como predictoras de la exacerbación de los síntomas de recaídas y hospitalizaciones en el paciente; ya que una reducción en el apoyo social práctico recibido por la familia incrementa la carga objetiva y subjetiva, además incrementa la probabilidad de presentar problemas de salud (Adams, 1996; Magliano et al., 2000; Östman & Kjellin, 2002; Rascón et al., 1997).

MacInnes y Watson (2002) sugieren que las relaciones familiares conflictivas incrementan la severidad de la carga pues aumentan las dificultades entre los cuidadores primarios y otros parientes.

Se ha demostrado que una alta proporción de cuidadores consideraron que el paciente con enfermedad mental había afectado sus posibilidades de tener compañía, había influido en sus relaciones con otros y que también los había llevado a presentar problemas de salud (Östman & Kjellin, 2002).

En general, parece que la reducción en el apoyo social práctico recibido por la familia incrementa la carga objetiva y subjetiva (Magliano et al., 2000).

2.1.7 Variables de recurso

Se ha observado la reducción de la carga en cuidadores que poseen características específicas como el estilo de afrontamiento, el conocimiento que posea sobre la enfermedad, creencias relacionadas con la fe y la percepción de apoyo social, a continuación se exponen los hallazgos encontrados:

a) Afrontamiento

A pesar de las estrategias de afrontamiento mejoradas durante el curso de la enfermedad, los episodios esquizofrénicos son temidos enormemente por los cuidadores pues saben por experiencia que sus propias habilidades para ayudar están limitadas en esta situación. De cualquier modo, los cuidadores ganan más y más conocimiento estructurado sobre la enfermedad, pero aún tienen que proporcionar comprensión y empatía hacia el paciente. La esquizofrenia es vista como un evento impredecible que hace sentir a los familiares débiles a pesar de sus esfuerzos por afrontarla. La enfermedad es frecuentemente percibida como una amenaza latente durante las fases no agudas de la misma (Jungbauer & Angermeyer, 2002).

En un estudio realizado por Tennakoon et al. (2000) en el que entrevistó familiares de pacientes que presentaban el primer episodio psicótico, se les preguntó acerca de sus experiencias de cuidado, estrategias de afrontamiento, y malestar. Muchos de los cuidadores en la presente muestra utilizaban ambas, las estrategias de afrontamiento dirigidas tanto al problema y hacia la emoción preferiblemente que las estrategias “espirituales” (fe).

Magliano et al. (2000) reporta en su estudio que cuando los familiares de pacientes con esquizofrenia mejoran sus estilos de afrontamiento es posible que la carga se reduzca después de algunos años. Las reducciones más grandes en la carga objetiva y subjetiva se encontraron entre familiares que:

- Redujeron su evitación del paciente.
- Se volvieron menos resignados
- Incrementaron sus actitudes positivas hacia el paciente.

b) Conocimiento del cuidador

Al recibir educación o información respecto a la enfermedad, los cuidadores pueden ajustarse y anticiparse al declive del paciente más fácilmente, así como institucionalizarlo cuando la situación se vuelve inmanejable; pueden sensibilizarse respecto a la importancia de prevenir la posible ocurrencia de sintomatología ya que

ellos mismos parecen darle gran importancia a la dimensión del conocimiento cuando adscriben la responsabilidad al paciente (Dyck et al., 1999; Provencher & Fincham, 2000)

Magliano et al. (2000) sugiere que una reducción significativa de la carga puede esperarse sobretodo después de una intervención psicosocial, encontrándose un mejoramiento en:

- La tolerancia de los cuidadores hacia la conducta del paciente (como se ha sugerido por los altos niveles de actitudes positivas del cuidador hacia el paciente y los niveles mas bajos de evitación y resignación)
- Apoyo práctico provisto por las familias que proviene de su red de apoyo social.
- El curso de la enfermedad del paciente (sugerido por el menor número de admisiones en el periodo de seguimiento comparado con el año precedente al reclutamiento)
- El funcionamiento social del paciente.

c) Apoyo social y Fe

Dyck et al. (1999) encontraron algunas variables de recurso como la satisfacción con el apoyo social pues ésta estaba relacionada con un decremento en la carga objetiva y subjetiva, así como que predecía el decremento en la frecuencia de episodios de enfermedades infecciosas. Así mismo, hallaron que fue significativo que las estrategias de afrontamiento expresadas por los cuidadores involucraran fe (religiosidad) y que ésta era considerada otra variable de recurso.

Östman y Kjellin (2002) observaron que la mayoría de los familiares obtuvieron apoyo en sobrellevar la carga de estar relacionado con una persona que padeciera una enfermedad mental severa, mayormente por otros miembros de la familia o redes de apoyo de amigos cercanos y más raramente de empleados de los servicios psiquiátricos.

A manera de conclusión general, la literatura indica que:

- El diagnóstico psiquiátrico tiene un efecto mínimo sobre la carga
- Existe un consenso en el efecto de los síntomas del paciente sobre la carga

- No hay un consenso claro en el efecto de la duración de la enfermedad del paciente sobre la carga
- Ni la duración de la hospitalización ni el tipo de tratamiento afecta a la carga
- No se ha encontrado diferencia en la carga cuando es comparada entre padres y parejas y los resultados de los estudios en la diferencia entre la carga en los padres y parejas por un lado, y los hijos y hermanos de los pacientes por otro, no son consistentes
- Las intervenciones familiares (consejería, psicoeducación) parecen tener un efecto positivo sobre la carga (Lowyck et al., 2001).

2.2 Emoción Expresada

2.2.1 Antecedentes del Constructo Emoción Expresada (EE)

El clima afectivo de las familias con un miembro esquizofrénico ha sido objeto de estudios desde hace décadas planteando que dentro del núcleo familiar existen factores estresantes que pueden influir en las recaídas o en la presencia y exacerbación de síntomas en el paciente enfermo (Rascón, Rascón, Díaz & Valencia, 1999).

Uno de los pioneros en el estudio de Emoción Expresada (EE) fue Brown, desde 1972, presentó pruebas acerca de la influencia de las familias sobre el desarrollo de la enfermedad; observó que los pacientes empeoraban al regresar a sus familias y no al regresar a ambientes no familiares. Entrevistó a “pacientes clave”, después de ser dados de alta y se percató de que los valores que influían en el resultado eran el número de comentarios desagradables y el grado de hostilidad expresada, y no solo ello sino también el tono de la voz y la manera de expresarlos. El conjunto de estas medidas dio una puntuación general de “emoción expresada” (EE) (Birley & Hudson, 1990).

2.2.2 Definición

El consenso es que la EE representa un aspecto de las interacciones familiares que se observan en las actividades de la familia por lo que ésta influye sobre las actitudes y conductas de la misma hacia el “blanco” (McCleary & Sanford, 2002).

Rascón (1999, p.57), la define como un “estado psíquico caracterizado por sentimientos, emociones y actitudes acompañados casi siempre de una expresión motora, a menudo intensa, respecto al familiar enfermo”.

2.2.3 Definición de los componentes

La EE se divide en 3 dimensiones: crítica, hostilidad y sobreinvolucramiento emocional que a continuación se describen:

a) Crítica (CC)

La CC es definida como “aquellos comentarios o aseveraciones que por la manera en que son expresados, constituyen comentarios desfavorables sobre la conducta o personalidad del individuo a quien se refieren” (Kuipers & Bebbington, 1988; Leff & Vaughn, 1985; citados por Rascón et al., 1999, p. 58).

Para otros autores la CC hace referencia “a la frecuencia de comentarios o declaraciones que indican disgusto, molestia, sentimientos negativos o resentimientos por una conducta en particular o características de personalidad del individuo” (Bolton et al., 2003; King & Dixon, 1996; Peris & Baker, 2000).

b) Hostilidad (H)

La H se considera presente cuando el paciente es atacado por lo que es (su persona), más que por lo que hace (su conducta). Generalmente lo que manifiesta es una dificultad para tolerar y algunas veces comprender la situación del familiar enfermo (Kuipers & Bebbington, 1988; Leff & Vaughn, 1985 citados por Rascón et al. 1999). Generalmente la H se presenta si existe CC, 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 a las que se refieren, ya que un familiar altamente crítico no es necesariamente hostil (Bolton et al., 2003; King & Dixon, 1996).

c) Sobreinvolucramiento emocional (SE)

El SE es exhibido cuando un padre expresa una cantidad exagerada de emoción con respecto al paciente o tiende a sobreidentificarse con él o ella. Este

sobreinvolucramiento frecuentemente se presenta como preocupación pero tiende a cruzar una línea y se convierte en intrusivo en su naturaleza (Hall & Docherty, 2000).

El SE basa en criterios que incluyen una respuesta emocional exagerada, conductas de autosacrificio, intromisión y sobreprotección conductual, todas estas extremas (Bolton et al., 2003; King & Dixon, 1996; Peris & Baker, 2000).

Levy (1943; citado por Bentsen et al., 1996) menciona que las características de el SE son: a) contacto excesivo, b) infantilización, c) prevención de conductas independientes y d) falta o exceso de control materno; ya sea una o ambas.

2.2.4 La EE como predictor del índice de recaídas

Investigaciones realizadas por Brown et al. (1972, citados por Birley & Hudson, 1990) han demostrado que pacientes que viven en hogares con uno o más miembros con niveles altos de EE así como altos niveles en los componentes CC y SE tienen un 58% de riesgo de recaer en los próximos nueve meses que los familiares con una puntuación baja de EE (16%); además, encontraron que si estaba en contacto estrecho con aquella persona entonces el paciente tenía un gran riesgo de experimentar un riesgo en la sintomatología (Hall & Docherty, 2000; King & Dixon, 1996; Parker, Rosen, Emdur & Hazdi-Pavlovic, 1990; Stirling, Tantam, Thomas, Newby, Montague, Ring, & Rowe, 1993).

Si se encuentra que un familiar tiene una alta EE, toda la vivienda se puntúa como presentando una EE alta, asumiéndose que dicho familiar establece el tono emocional predominante. En la práctica es relativamente raro encontrar a dos miembros con diferentes resultados en la EE: a este tipo pertenecen el 10-15% (Leff, 1996).

La medición de la EE actualmente se desarrolla y utiliza a nivel mundial en diversos trastornos psiquiátricos. Los resultados han sido consistentes: se ha identificado la EE en diversas culturas, se ha corroborado el valor predictivo, además de estar asociada con un mal curso y pronóstico clínico, (Hashemi & Cochrane, 1999; McCleary & Sanford, 2002).

La EE es considerada un predictor importante de recaída y no sólo de recaída que implique una hospitalización, sino también una recaída sintomática en la que se exacerban los síntomas. El paciente puede estar estable y seguir presentando síntomas como aislamiento, depresión, etc. afectándose así su funcionamiento e incluso la atmósfera familiar (Rascón et al, 1999).

Butzlaff y Hooley (1998) realizaron un meta-análisis en el cual se estudio el valor predictivo del constructo EE para esquizofrenia, trastornos del estado de ánimo y trastornos alimenticios. El estudio constó de 27 investigaciones que analizaban la relación entre la EE y los resultados de pacientes esquizofrénicos. Los resultados confirmaron que la EE es un predictor significativo y fuerte en las recaídas en esquizofrenia. Un análisis adicional muestra que la relación EE-recaída es más fuerte para los pacientes esquizofrénicos crónicos. Aunque el constructo EE ha sido ampliamente examinado en la investigación con esquizofrenia, para los trastornos del estado de ánimo y alimenticios, la EE fue altamente significativa; parece tener similares efectos que para la esquizofrenia. Aunque la EE predice recaídas a pesar de la cronicidad del paciente, la asociación incrementa en cuanto es más crónica la enfermedad del mismo. Una explicación es que la medición del ambiente familiar (EE) es más fiable cuando el paciente ha estado enfermo por bastante tiempo. Otra posibilidad es que estos pacientes puedan llegar a ser más sensibles hacia la EE por la continuidad de la enfermedad, quizás este proceso se asemeje a la sensación de tener una astilla en el dedo. La EE puede jugar un rol análogo en el curso de los trastornos del estado de ánimo y alimenticios.

2.2.5 Variables Sociodemográficas

En el estudio y comprensión del constructo EE se han apreciado la intervención de diversas variables influyendo en los niveles que reporta el cuidador informal, por lo que a continuación se exponen.

a) Sexo del paciente

Se ha encontrado que los niveles de EE pueden variar de acuerdo al género del paciente; existe evidencia en la que las actitudes hacia el paciente son distintas dependiendo si el

paciente es un varón o una mujer. En los pacientes varones la primera hospitalización se da a una edad temprana, además tienden a tener un nivel inferior de funcionamiento premórbido, un curso y funcionamiento pobre, un bajo nivel de funcionamiento social y más síntomas negativos. Las familias de pacientes varones tienden a tener altas expectativas del paciente, es menos probable que toleren las conductas del paciente y las hospitalizaciones son más prolongadas en contraparte a las pacientes mujeres (Davis, Goldstein & Neuchterlein, 1996).

b) Ocupación

En particular niveles altos CC y H son asociados a si el paciente no trabajaba o no estudiaba previo a la admisión, mientras que niveles elevados de SE son asociados con las características del cuidador como si es mujer, vive sola y pasa mucho tiempo con el paciente. Es probable que si los pacientes trabajan o estudian previo al internamiento, el familiar probablemente muestre bajos niveles EE y sus categorías de CC y H. Los familiares con actitudes críticas y hostiles estimulan o apoyan menos al paciente para mejorar sus habilidades laborales. Puede ser una carga para el familiar que el paciente no esté trabajando, lo que puede hacer al familiar más crítico hacia el paciente (Boye et al., 1999; Stirling et al. 1993)

c) Parentesco

El sobreinvolucramiento emocional de los padres puede suponer un mal resultado en el curso de la esquizofrenia. Mediante un estudio realizado por Bentsen et al. (1996) se mostró que el SE se relacionó significativamente con un pronóstico y resultados pobres, aunado a características particulares del cuidador como: madre, soltera, que pase más tiempo con el paciente; por parte del paciente: que haga uso de sustancias y presente estados de depresión-ansiedad; parece que los niveles de SE en las madres son más altos que en los padres. Los cuidadores que no tienen pareja presentan mayor malestar respecto al cuidado del paciente esquizofrénico.

2.2.6. Variables Estresoras

a) Sintomatología del paciente

La enfermedad mental, quizás por sus formas de manifestarse o por el pronóstico frecuente de cronicidad, suele ser una de las que más sentimientos negativos genera: temor o ansiedad ante la imprevisibilidad de las respuestas, falta de habilidades para afrontarlas eficazmente. Ello hace que con frecuencia los cuidadores experimenten agotamiento y sentimientos de culpabilidad (Fornés, 2003).

Para las sub-escalas: los altos niveles de CC en la admisión fueron asociados respecto al paciente: falta de empleo, más conductas problemáticas y más síntomas positivos y ansiosos reportados por los familiares, los pacientes eran percibidos como menos enfermos. Los síntomas depresivos-ansiosos del paciente pueden ser experimentados como difíciles de afrontar para el familiar así que el paciente es admitido cuando está menos enfermo. Altos niveles de Hostilidad en la admisión del paciente fueron asociados con falta de empleo y más de 3 hospitalizaciones previas. Los familiares con alto-alto SE percibieron más síntomas a la admisión que los pacientes que tenían familiares en el grupo de alto- bajo SE (Boye et al., 1999).

Los factores dinámicos de la familia pueden también explicar porqué algunos pacientes son admitidos cuando el paciente está moderadamente enfermo. Un nivel de CC bajo estable en el tiempo fue asociado con un mejor funcionamiento cognitivo del paciente que un nivel inestable de CC. Las funciones cognitivas reducidas pueden hacer la enfermedad más obvia al familiar, haciendo al familiar menos crítico (Boye et al., 1999).

Mientras que Bentsen et al., (1996) reportaron una baja prevalencia de CC y H; en contraparte el SE presentó mayor incidencia, esto es explicado como una forma de reacción para los sentimientos de hostilidad del cuidador hacia el paciente. La agresión puede ser subsecuente por el SE del padre, por la necesidad de dominancia o por el temor de agresión por parte del paciente. Los resultados sugieren que los pacientes demostraron una agresión interna en lugar de una agresión aparente.

b) Primer episodio, primera hospitalización, recaída o reingreso (tiempo de evolución, cronicidad)

La enfermedad del paciente trae consigo expectativas hacia el tratamiento y en muchas ocasiones éstas no son realistas. Los familiares pueden culpar al paciente y con el fin de controlar la situación los familiares pueden ser críticos; lo que puede estresar al paciente e iniciar un círculo vicioso (Boye et al., 1999).

Los criterios de una recaída psiquiátrica incluyen: (a) la recurrencia o exacerbación de síntomas psicóticos (delirios, alucinaciones y/o desordenes formales del pensamiento) basados en una declaración explícita de recaída o exacerbación de síntomas psicóticos en el record psiquiátrico; (b) un incremento significativo en la medicación antipsicótica; y (c) síntomas psicóticos persistiendo al menos una semana. Todos los criterios tienen que estar presentes para ser relacionados a una recaída (Linszen, Dingemans, Van, Nugter, Scholte, Lenior & Goldstein, 1996).

Cuando el paciente es internado se percibe una carga familiar alta cuando son asociadas variables como las hospitalizaciones, niveles altos en las escalas de CC, SE y EE, después de la admisión los niveles bajan; mientras que los puntajes elevados en la H se asocian con tres hospitalizaciones previas (Boye et al., 1999)

c) Contacto cara a cara

El contacto cara a cara, se refiere a un contacto excesivo entre paciente-familiar. Los cuidadores varones muestran una menor búsqueda de contacto en comparación con las mujeres; ellos muestran un estrés bajo con respecto al cuidado pero se eleva en cuanto incrementa el contacto interpersonal con el paciente (Bentsen et al., 1996).

Si el cuidador entrevistado fue la madre, vive con el paciente y pasa más de 35 hrs a la semana con él se obtiene una predictibilidad positiva y sensibilidad hacia la EE, en específico en la sub-escala de SE. Los familiares con un nivel alto de SE presentan más contacto cara a cara con el paciente por lo que acuden tardíamente a los servicios cuando el paciente presenta una recaída en comparación con los familiares con bajo SE (Boye et al., 1999). Esto puede sugerir que cuando el contacto es alto, el paciente es más obediente, y un alto SE es más efectivo para controlar al paciente, cuando el contacto es bajo, el paciente puede mostrarse más desafiante (Bentsen et al., 1996).

El índice de EE así como las sub-escalas de EE no son siempre estables en el tiempo aunque un contacto cara a cara elevado con el paciente antes de la admisión puede ser un predictor de posteriores niveles altos de SE (Boye et al., 1999).

d) Adherencia al tratamiento

Sellwood, TARRIER, Quinn y Barrowclough (2003) confirmaron que la EE estaba relacionada con el cumplimiento; cuando los cuidadores exhibían baja EE los pacientes más viejos tendían a ser más cumplidos, pero con los cuidadores con alta EE, el aumento de la edad no actuaba como un factor “protector” para el cumplimiento. Los hallazgos son consistentes con la perspectiva de que la EE puede exacerbar el no-cumplimiento gracias a las restricciones percibidas impuestas a los pacientes, pero es importante notar que el no-cumplimiento bien puede evocar la EE en los cuidadores. Es posible que los efectos de la EE sobre el cumplimiento estén más marcados en el inicio de la enfermedad cuando los pacientes son más jóvenes y sea más probable que estén en casa. Si los pacientes viven con cuidadores son más propensos a cumplir que si viven separados de su familia.

2.2.7 Variables de vulnerabilidad

a) Afrontamiento

Se ha sugerido que la forma en la que los padres de pacientes afrontan el estrés puede afectar su percepción e interacción con su prole esquizofrénica. Hooley (1985, citado por Hall & Docherty, 2000) ha propuesto que la EE (altos niveles de CC o SE) puede ser un intento del padre para afrontar lo que frecuentemente es el comportamiento incontrolable del paciente.

Pacientes con esquizofrenia y sus familiares fueron entrevistados por Scazufca y Kuipers, (1999) en un estudio longitudinal (9 meses), evaluando los síntomas del paciente y los estilos de afrontamiento, carga, estrés y niveles de EE de los familiares. El afrontamiento dirigido hacia el problema fue el estilo más utilizado seguido de la búsqueda de apoyo social y evitación, resultados similares se obtuvieron en el seguimiento. La evitación se correlacionó con carga, estrés y EE (específicamente SE) alta y estado general de salud en ambas mediciones. Los familiares con sentimientos de carga altos usaron más la evitación y la búsqueda de apoyo social. Familiares con baja EE y carga tiene menor búsqueda de apoyo social que los familiares de alta EE. Las

estrategias de evitación son utilizadas a nivel cognitivo y no conductual. Los familiares utilizaron los estilos con mayor frecuencia en el lapso que el paciente tuvo un episodio psicótico y de admisión al hospital, que cuando fue dado de alta. El uso de menor afrontamiento fue seguido de una mejoría en los sentimientos de carga en el familiar; los estilos de afrontamiento demuestran una relación lógica hacia la evaluación y la emoción.

Por su parte Hall y Docherty (2000) reportaron que los padres que eran más asertivos y que tenían progenie agresiva hacían muchos comentarios críticos. Lo que indica que dichos padres pueden haber estado haciendo comentarios críticos como reacción a la conducta inaceptable de su progenie pero estos comentarios fueron también resultado de su propio estilo asertivo de afrontamiento.

Barrowclough y Parle (1997) exploraron las relaciones entre las variables de evaluación (evaluación de la amenaza del síntoma, evaluación primaria) y el control percibido de los síntomas (evaluación secundaria), la EE y el malestar psicológico en los familiares de los pacientes esquizofrénicos. Sus resultados fueron que el mayor malestar asociado a problemas estaba significativamente relacionado a la categorización de alta EE. Se sugiere que este hallazgo es consistente con la evaluación de los familiares de alta EE acerca de los síntomas pues los perciben como más amenazantes que los familiares con baja EE. Se encontró que los familiares más molestos por los síntomas hacían más comentarios críticos y si al enfrentar los síntomas dudaban poder afrontarlos o controlarlos, eran más propensos a ser hostiles. Los familiares SE estaban también molestos por los problemas, pero reportaban menores problemas en el afrontamiento. El estar molestos por los aspectos de la conducta del paciente es una parte necesaria de los comentarios críticos; y bajas expectativas de control sobre las experiencias aversivas están asociadas con enojo y hostilidad. Los familiares femeninos estaban más propensos a sentir malestar mientras el paciente estaba hospitalizado

b) Atribuciones

Teorías e investigaciones sugieren que los familiares con alta EE, en sus componentes de CC y H, son más propensos a ver las conductas del paciente como problemáticas y atribuir la causa de estas conductas como factores internos y personales del paciente.

Mientras que los cuidadores que presentan SE piensan que las conductas del paciente son causadas por factores externos y están más allá de su control (Tarrier, Sommerfield & Pilgrim, 1999).

La percepción de los familiares con alta EE sobre la controlabilidad de los problemas de los pacientes fue relacionada significativa y positivamente con el grado de control que ellos ejercen hacia el paciente. Los pacientes con esquizofrenia quienes viven con familiares que son clasificados como de alto control son más propensos a recaer que aquellos pacientes que viven con familiares que ejercen bajo control. Familiares quienes piensan que el paciente es responsable de su conducta pueden reaccionar con crítica cuando el paciente no se comporta de acuerdo a lo que el familiar espera, mostrándose más persistentes o exigentes respecto al cambio de conducta en el paciente (Hooley & Campbell, 2002).

c) Estigma

El estigma es frecuentemente conceptualizado por los familiares como una influencia intolerable existente en el ambiente externo, que infringe estragos en su vida de los demás miembros que son objetos de éste. En esta conceptualización, los que son objeto de estigma, son vistos como receptores pasivos. El efecto más dañino del estigma y la discriminación es la internalización subjetiva de éstas evaluaciones negativas, un proceso cognitivo que se puede alterar y al que las personas se pueden resistir (Phillips, Pearson, Li, Xu & Yang, 2002).

El efecto del estigma en la vida fue mayor en pacientes masculinos y para pacientes más jóvenes en el inicio de la enfermedad ya que las expectativas sociales para ellos son mayores. A mayor tiempo de persistencia de la enfermedad era más difícil para las familias guardar “el secreto familiar”; entre más miembros de la comunidad se daban cuenta de la enfermedad, las consecuencias sociales negativas para la familia (las temidas y las actuales) incrementaban. El hallazgo más importante de este estudio fue la relación extremadamente fuerte entre la EE alta y los efectos reportados del estigma tanto en los pacientes como en los familiares. El nivel de EE del respondiente fue el predictor más importante de la magnitud percibida del efecto del estigma en la vida del paciente y otros miembros de la familia. Se hipotetizó que la alta EE y una sensibilidad

aumentada hacia los efectos del estigma estaban reforzados mutuamente. (Phillips et al., 2002).

2.2.8 Emoción expresada ¿rasgo o estado?

Generalmente se experimenta mayor malestar por todos los miembros de la familia cuando el desorden es crónico (Hodes, Garralda, Rose & Schwartz, 1999).

Un aspecto del paradigma de la EE que no ha sido resuelto es si la EE es un rasgo o característica de la comunicación parental o un producto de las interacciones entre un padre y un familiar enfermo (estado) (Schreiber, Breier & Picar, 1995).

Schreiber et al. (1995) se plantearon la pregunta de si la EE es una respuesta característica de los padres (rasgo) o una respuesta parental a circunstancias o personas específicas (estado). En este estudio se compararon niveles de EE de padres hacia sus hijos que tienen un hijo con esquizofrenia y los niveles de EE de los mismos padres hacia otro de sus hijos no esquizofrénico, se les preguntó por el episodio más severo de la enfermedad en el pasado y el más severo periodo de estrés referente al hijo sano. Los datos de este estudio sugieren que la variables de EE de SE y calidez están relacionadas al estado. No hubo diferencias significativas en los comentarios críticos. Se interpretaron los niveles significativamente altos de SE hacia el hijo con esquizofrenia y la calidez hacia el hijo sano como respuestas parentales hacia las necesidades de la situación de cada hijo. La literatura sugiere que los niveles más altos de SE hacia el hijo con esquizofrenia puede interferir con la autonomía de ese hijo. Otra posible interpretación sería que los niveles más altos de SE hacia este hijo pueden ser una respuesta a los aspectos de la discapacidad crónica de la enfermedad y a una creencia de los padres de que un aumento en el involucramiento facilitaría el incremento en la funcionalidad de su hijo. El nivel elevado de calidez hacia el hijo sano puede indicar que un evento en particular, estresante, era percibido como temporal por el padre y no interrumpía las interacciones padre-hijo que caracterizan los niveles de “calidez”, Contrastando estos datos sobre el SE y la calidez se sugiere que la presencia de la enfermedad genera una respuesta de SE, mientras el estrés en la progenie genera una respuesta de calidez de parte de los padres.

En su estudio Hooley y Campbell (2002) mencionan que pacientes familiares con alta EE no tienen más síntomas negativos que los pacientes con baja EE. Esto sugiere que los niveles similares de sintomatología o problemas conductuales pueden tener diferentes reacciones en los familiares dependiendo de sus diferencias en reactividad. En otras palabras los índices de los familiares pueden ser rasgo o estado, la EE puede ser probablemente un reflejo de la dinámica entre el paciente y las características del familiar. Una hipótesis puede explicar por que EE alta puede ser relacionado con ciertas variables en los pacientes. En algunos familiares la interacción con el paciente se manifiesta mediante la CC o en el control de conductas.

2.2.9 Relación carga y emoción expresada

Han sido pocos los estudios que han abordado la relación entre los constructos carga y emoción expresada uno de ellos fue el realizado por Scazufca y Kuipers (1996) este estudio examinó cómo los niveles de EE en los familiares de pacientes con esquizofrenia estaban relacionados con la carga que experimentaban por el cuidado y sus percepciones de los déficits del paciente en la ejecución social de su rol. Fueron evaluados 50 pacientes recientemente admitidos en el hospital que cumplían los criterios diagnósticos de esquizofrenia o trastorno esquizofreniforme para determinar sus síntomas positivos y negativos. Fueron entrevistados 50 familiares que estaban en contacto estrecho con los pacientes para evaluar la EE (por el CFI) y la carga (mediante SBAS).

Los principales hallazgos de la investigación citada anteriormente fueron que los familiares que reportaron mayores niveles de EE también reportaron más carga en todas las áreas examinadas, percibían mayores déficits en la ejecución del rol social del paciente, y eran menos propensos a estar trabajando que los familiares con baja EE. Que la EE, la carga y la ejecución social del rol del paciente están relacionados. El status de empleo del familiar fue la única característica sociodemográfica de pacientes y familiares que estuvo estadísticamente asociada con el nivel de EE y se encontró que era un predictor independiente de la misma. Se puede suponer que los familiares que trabajan tienen ciertas características, quizás una red social más amplia y menos tiempo de verse involucrado en la rutina del paciente, que a su vez puede predisponerse o contribuir siendo menos crítico, hostil o sobreinvolucrado con el paciente. Las autoras

encontraron que las medidas de carga y EE eran más dependientes de la evaluación del familiar de la condición del paciente más que de sus déficits actuales. La medida de EE puede ser comprendida como una medida de la calidad de la relación entre los pacientes y los familiares vista desde la evaluación del familiar de las circunstancias. El hecho de que los familiares con alta EE reportaron mayores niveles de carga que los de baja EE no significa que los de baja EE no se ven afectados por el impacto del cuidado. Los resultados muestran que ambos grupos afrontan altos niveles de demandas y frecuentemente tiene que ayudar con número de tareas básicas que no se esperan normalmente cuando se vive con otro. El hecho de que carga y EE estén relacionadas puede facilitar la identificación de las familias que se beneficiarían más de la intervención.

Scazufca y Kuipers en 1998 buscaron explicar si los cambios en los niveles de EE a lo largo del tiempo están asociados con modificaciones en la carga del cuidador y su percepción del funcionamiento social del paciente. Se evaluaron a 50 pacientes con diagnóstico de esquizofrenia y 50 familiares. Se les dió seguimiento nueve meses después de su egreso, sólo a 36 pacientes y 31 familiares. Ambas mediciones incluyeron la sintomatología del paciente y la EE de los familiares, carga y funcionamiento social del paciente. 23 familiares (64%) tenían el mismo nivel de EE en ambas mediciones, 9 cambiaron de alta a baja y 4 de baja a alta.

Los resultados muestran que los familiares que cambian de alta a baja EE se presentan más frecuentemente que los que cambian de baja a alta EE. Los familiares que cambian de alta a baja EE muestran una mejoría en los sentimientos de carga y la percepción del funcionamiento social del paciente a comparación de los grupos de familiares que tienen niveles estables. Las variables que mejor predicen el cambio de EE son la carga del cuidado y las horas de contacto entre los pacientes y familiares. La mejoría en los sentimientos de carga (objetiva y subjetiva) y la percepción de funcionamiento social, son más acentuadas para los familiares que cambian de alta a baja EE, a pesar de que no se encontraron diferencias entre los cuatro grupos del cambio de EE, funcionamiento social y sintomatología negativa del paciente. Esto refuerza la idea de que el asunto es más la evaluación del familiar que tiene de las condiciones del paciente, que los déficits que son mostrados por el paciente. Uno de los factores importantes que influyen en el cambio de los familiares de alta a baja EE es el grado de mejoría en ambos tipos de

carga (objetiva y subjetiva) esto sugiere una fuerte asociación entre los cambios de niveles de EE y los sentimientos de carga.

Boye et al., (1999) concuerda con los resultados anteriores concluyendo que la percepción de carga se relaciona con la CC o la EE en las fases agudas. La percepción global de la carga familiar parece ser causada por los problemas conductuales del paciente y éstos se relacionan con la EE y sus sub-escalas, por lo tanto, altos niveles de carga parecen estar relacionados con altos niveles de EE y CC.

2.2.10 Modelos Explicativos para Carga y EE

a) Creencias o atribuciones

La relación entre las cogniciones, afecto y conducta parentales pueden ser entendidas con la teoría atribucional de la emoción de Weiner (1986,1993 citado por Hooley & Campbell, 2002) quien refiere que las atribuciones causales que hace la gente a cerca de los eventos en su vida dan como resultado ciertas emociones.

El proceso por el cual el cuidador determina el grado en el que el paciente es visto como la principal causa de la ocurrencia de la conducta. Siguiendo este paso, el cuidador determina la responsabilidad del paciente, la cual descansa sobre la evaluación secuencial de cuatro dimensiones. Estas son: el conocimiento de las posibles consecuencias de la conducta, la intencionalidad de la conducta, la presencia de factores coercitivos que forzan al paciente a comportarse de tal manera (p.e. alucinaciones ordenatorias y presión de pares) y, la capacidad del paciente para entender la equivocación moral de la conducta, la cual puede ser alterada por los déficit cognitivos asociados a la esquizofrenia. Esta presencia de fuerzas coercitivas y limitaciones en la capacidad del paciente probablemente pueden detectar los juicios de responsabilidad de la conducta. Una vez señalado el responsable, el proceso de asignación de la culpa ocurre, la culpa es moderada o no asignada en absoluto cuando el cuidador acepta parcial o totalmente las excusas del paciente; los juicios de culpa no son afectados cuando el cuidador rechaza las excusas del paciente. Para este modelo la determinación de la causalidad de la severidad de la sintomatología, en particular de los síntomas negativos descansa en la atribución de culpa o responsabilidad que el cuidador deposita en el paciente, por ende, los juicios provenientes del cuidador están basados

principalmente en la evaluaciones y atribuciones que realiza al respecto de la conducta del paciente más que a la sintomatología del mismo. Por ello, la evaluación de la sintomatología es importante puesto que la carga es producto del proceso que realiza el propio cuidador acerca de la responsabilidad de los síntomas del paciente, pues esto implica que se pueden modificar en base a la voluntad del mismo (Provencher & Fincham, 2000)

Esta teoría ha sido aplicada para entender la EE; este modelo sugiere que las atribuciones son vistas como la causa de las conductas difíciles, el control de estas es responsabilidad del paciente por lo que él se adelanta a las respuestas emocionales negativas como la crítica y hostilidad. Esto propone que la respuesta emocional es regulada por las respuestas conductuales hacia el paciente. Se ha establecido que cuidadores quienes se muestran críticos u hostiles muestran una tendencia a incrementar las explicaciones de las conductas y síntomas de su paciente en términos de una causa interna, personal y controlable por el paciente. Si los familiares culpan a los pacientes de sus conductas estos pueden ser más susceptibles al enojo e inclinarse hacia la crítica (Bolton et al., 2003).

b) Vulnerabilidad al estrés

En el modelo de Pearlin et al. (1999) se propone que el cuidador ha de enfrentarse a una gran cantidad de estresores como consecuencia del cuidado del enfermo. Sin embargo estos estresores no se sitúan en el mismo nivel, sino que se considera a aquellos que se derivan directamente de la conducta del enfermo y de los cuidados del mismo como estresores primarios, mientras que los estresores secundarios serían los derivados de las evaluaciones que el cuidador hace de sus propios recursos y de las interacciones de éste con otras personas (familiares, compañeros de trabajo, etc.) Estos estresores parecen tener mayor peso tanto en la generación de estrés como en las consecuencias negativas asociadas como peor salud, mayor depresión y mayor carga

Mediante el modelo de vulnerabilidad al estrés señala que los miembros de la familia que se encuentran bajo agotamiento extremo en el momento del episodio agudo de su familiar pueden expresar dicho agotamiento mediante reacciones afectivas altamente negativas – notablemente CC y H- hacia el paciente (Zubin & Spring, 1977, citado por Goldstein, Miklowitz & Richards, 2002).

Uno de sus postulados menciona que existe cierta vulnerabilidad personal y ambiental y la combinación de factores protectores y la interacción con intermediarios cognitivos y psicosociales que influyen en diversos aspectos en los resultados del paciente. Los componentes de la dinámica familiar como las expectativas que la familia hace con respecto del funcionamiento del paciente y de la adaptación del paciente hacia dichas expectativas puede reflejar la necesidad de adaptación de los individuos con esquizofrenia hacia su estructura ambiental (King & Dixon, 1996).

c) Afrontamiento

De acuerdo con Lazarus y Folkman (citados por Barrowclough y Parle, 1997) el afrontamiento se refiere a “los esfuerzos cognitivos y conductuales realizados para manejar o controlar las demandas externas o internas evaluadas como abrumadoras o desbordantes de los recursos de la persona”. Siguiendo con su teoría, las formas en las que los familiares afrontan la enfermedad de su paciente, se ve influida por las características personales y de la situación entre ambos, paciente y familiar (Barrowclough & Parle, 1997).

La carga, representa el monto de estrés resultante de la interacción entre una situación estresante (p.e. que la esquizofrenia esté presente en un ser querido y sus consecuencias sociales) y las estrategias de afrontamiento de los cuidadores y sus recursos. Cuando los cuidadores son capaces de mejorar sus habilidades de afrontamiento, o mejora el funcionamiento social del paciente, es posible que la carga decremente después de varios años (en promedio de 11.4 ± 7.3 años) (Magliano et al., 2000).

Los familiares con alto malestar pueden evaluar los síntomas como intolerables y sentir un bajo control sobre su habilidad para manejarlos; los efectos de la tendencia a evaluar afectan de manera importante en el afrontamiento conductual y afectivo subsiguiente, este tipo de evaluación probablemente se exagera en situaciones difíciles. Ya que la alta EE está asociada con la exacerbación de los síntomas del paciente, entonces la evaluación de la amenaza de los cuidadores será reforzada, mientras decrementarán sus sentimientos de control sobre las situaciones (Barrowclough & Parle, 1997; Scazufca & Kuipers, 1999).

Estos datos sugieren que la evaluación primaria (evaluación de daño) y secundaria (evaluación de afrontamiento) contribuyen a la experiencia de carga del cuidador (Perlick, et al., 1999).

3. 1.Planteamiento del problema.

El interés de comprender el impacto sobre las familias con un paciente que padece esquizofrenia es de importancia, debido a los cambios que surgirán en el estilo de vida y en las relaciones de la familia y al exterior de ésta; como una consecuencia de la evolución del trastorno. Con el objetivo de brindar medios que pudiesen ser de utilidad para un mejor conocimiento del impacto psicológico que la esquizofrenia pudiese tener en el cuidador informal y en su relación con el paciente, en esta investigación se analizó exclusivamente los constructos de *Carga Global*, *Carga Objetiva*, *Emoción Expresada* y sus sub-categorías; dejándose el análisis de la Carga Subjetiva a otra investigación que de llevó a la par en la Facultad de Psicología; por lo tanto el interés principal de esta investigación fue el responder a las siguientes interrogantes:

- ¿Cuáles serán las características de la relación entre la carga objetiva y la emoción expresada en el cuidador informal del paciente diagnosticado con esquizofrenia?
- ¿Existirá una correlación estadísticamente significativa entre la carga objetiva y la emoción expresada en el cuidador informal del paciente diagnosticado con esquizofrenia?

3.2 Hipótesis

Ha₁: Existirá relación entre carga global y emoción expresada en el cuidador informal del paciente diagnosticado con esquizofrenia.

Ho₁: No existirá relación entre carga global y emoción expresada en el cuidador informal del paciente diagnosticado con esquizofrenia.

Ha₂: Existirá relación entre carga objetiva y emoción expresada en el cuidador informal del paciente diagnosticado con esquizofrenia.

Ho₂: No existirá relación entre carga objetiva y emoción expresada en el cuidador informal del paciente diagnosticado con esquizofrenia.

3.3 Objetivos

3.3.1 Objetivo General

- Identificar la carga global y la emoción expresada en el cuidador informal del paciente diagnosticado con esquizofrenia.
- Establecer la relación entre la carga global y la emoción expresada en el cuidador informal del paciente diagnosticado con esquizofrenia.

3.3.2 Objetivos particulares

- Identificar la carga objetiva y la emoción expresada en el cuidador informal del paciente diagnosticado con esquizofrenia.
- Establecer la relación entre la carga objetiva y la emoción expresada en el cuidador informal del paciente diagnosticado con esquizofrenia.

3.4 Variables

Variable Dependiente:

- Emoción Expresada.

Variables Independientes:

- Carga global
- Carga objetiva

3.5 Definición Conceptual

3.5.1 Variables Dependientes:

Emoción Expresada:

“Estado psíquico caracterizado por sentimientos, emociones y actitudes acompañado casi siempre de una expresión motora, a menudo intensa respecto al familiar enfermo (Rascón, 1999).

Conformado por tres categorías:

- Crítica (CC) se refiere a “a la frecuencia de comentarios o declaraciones que indican disgusto, molestia, sentimientos negativos o resentimientos por una conducta en

particular o características de personalidad del individuo (paciente)” (Bolton et al., 2003; King & Dixon, 1996; Peris & Baker, 2000).

- Sobreinvolucramiento emocional (SE) se describe como “respuestas exageradas emocionales, autosacrificio inusual y dedicación, sobreinvolucramiento que sea considerado inadecuado para la edad del paciente y una incapacidad para mantener un límite entre la existencia del sujeto y la del paciente” (Vaughn & Leff, 1976, citado por Sánchez, 2001; Rascón, 1999).
- Hostilidad (H) es definida como “crítica generalizada, rechazo del paciente como persona o una combinación de crítica generalizada y rechazo” (Vaughn & Leff, 1976, citado por Sánchez, 2001; Rascón, 1999).

3.5.2 Variables Independientes:

Carga Global:

“La totalidad de la experiencia de cuidado para con un familiar o amigo enfermo, incluyendo los efectos en el bienestar físico, psicológico y socioeconómico, así como la capacidad de afrontar y ajustarse a dicha circunstancia” (Ohaeri, 2003).

Carga Objetiva:

“Son problemas identificables, potencialmente verificables asociados directamente con el paciente y en los miembros de la familia puede afectar aspectos físicos y mentales, siendo un factor de riesgo para desarrollar alguna enfermedad crónica (Pratt et al., 1999)

Operativamente, la carga objetiva hace referencia a alteraciones en el trabajo, la vida social, el tiempo libre, las tareas de la casa, las finanzas y las interacciones dentro y fuera de la familia.

3.6 Operacionalización

Emoción Expresada:

Se evaluará mediante la aplicación del Cuestionario-Encuesta Evaluación del nivel de Emoción Expresada (CEEE) elaborado por Guanillo y Seclén (1993) aplicada al cuidador informal.

Carga Global:

Se evaluará a través de la aplicación del Social Behaviour Assessment Schedule (SBAS) adaptado por Rascón y Otero (1988) aplicada al cuidador informal.

3.7. Sujetos

Los cuidadores informales fueron contactados en el Servicio de Preconsulta del Hospital Psiquiátrico “Fray Bernardino Álvarez”, después de que el paciente había sido diagnosticado con esquizofrenia (simple, paranoide, catatónica o indiferenciada). Se seleccionaron únicamente los familiares que mantenían convivencia estrecha de por lo menos 5 horas diarias y cohabitaban con el paciente. Su participación fue voluntaria. Se entrevistaron 45 cuidadores, de los cuales quedaron 31 mediante los criterios de inclusión.

Criterios de Inclusión:

- Ser cuidador informal de un paciente con diagnóstico de esquizofrenia.
- Que cohabitará con el paciente.
- Que tuviese convivencia cotidiana de por lo menos de cinco horas continuas al día con el paciente.
- Que aceptará participar en la investigación.

Criterios de Exclusión:

- Que la sintomatología del paciente no ameritara su pase al Servicio de Urgencias.
- Presencia de trastornos psiquiátricos en el cuidador informal.
- Que el cuidador hiciera uso de sustancias psicoactivas.

3.8 Diseño:

Transversal:

Se realizó una medición en un momento determinado tratando de describir la relación estadística entre más de una variable.

3.9 Tipo de estudio:

Exploratorio:

Se examinó la presencia de de las variables de interés para el presente estudio.

Descriptivo:

Se trató de referir la relación estadística entre dos variables poco estudiadas.

Correlacional:

Se pretendió establecer el tipo de relación estadística entre las variables propuestas.

3.10. Muestreo

El tipo de muestreo fue no probabilística ya que se tenía como finalidad cubrir ciertas características que eran de interés primordial para esta investigación, la selección de los cuidadores informales se basó en los criterios de inclusión antes mencionados.

3.11 Instrumentos

Cuestionario-Encuesta Evaluación del nivel de Emoción Expresada (CEEE):

Elaborado por Guanilo y Seclén en 1993, instrumento autoaplicable, estandarizado y estructurado, las respuestas del cuestionario se codifican en una escala tipo Likert de 1 a 4, donde 1= “nunca”, 2= “casi nunca”, 3= “casi siempre” y 4= “siempre”, conformado por 30 reactivos que se agrupan en Crítica (CC), Sobreinvolucramiento (SE) y Hostilidad (H) (ver Anexo 2).

Datos psicométricos.

Para población mexicana se obtuvo un Alpha de Cronbach de 0.85 (Rascón, 1999; Reyes, 1998 y Chávez, 2002).

Social Behaviour Assessment Schedule (SBAS):

Instrumento elaborado por Platt et al. (1980) y adaptado por Otero y Rascón (1988) para escenarios mexicanos; evalúa tanto los cambios objetivos vinculados con la enfermedad física o mental del paciente como el estrés subjetivo experimentado por la familia y relacionado con estos cambios. Está diseñado para evaluar la conducta social de los sujetos y su efecto en los otros, por medio de una entrevista semi-estructurada realizada a un pariente o amigo íntimo del sujeto. Mide, por un lado el efecto del comportamiento en sus parientes y por otro el estrés que produce en el informante, se agrupa en:

- Carga objetiva: se refiere a los cambios objetivos en la vida del informante.

- Carga subjetiva: se refiere al estrés causado por el paciente.

El SBAS adaptado por Otero y Rascón (1988) está dividido en 5 secciones:

Sección A Introducción

En esta sección el entrevistador obtiene información básica sobre datos demográficos e información general del paciente y del familiar.

Sección B Conducta del paciente

Esta sección cubre 22 tipos de conducta. Para cada ítem se establecen 2 tipos de puntuaciones:

1. Evalúa si esa conducta en particular la presenta o no el paciente esquizofrénico, en caso afirmativo si es moderada o grave.
2. El tiempo de aparición de la conducta.

Sección C Ejecución social del paciente

Valora la percepción de ejecución del paciente tomando 11 áreas de la vida social del paciente como: tareas domésticas, manejo doméstico, cuidado de los niños, disposición hacia los niños (estos dos últimos apartados se aplican si el paciente está a cargo de infantes), tiempo libre, afecto o amistad, relaciones sexuales, rendimiento en trabajo o estudio y toma de decisiones. Para cada ítem se establecen 3 tipos de puntuaciones:

1. Evalúa: si el rol es desempeñado o no y a que nivel.
2. El cambio en ese comportamiento social comparándolo con lo que hacía antes de empezar con la problemática.

Sección D Efectos adversos en otros:

Hace referencia las repercusiones que tiene en:

- a) Los niños, sólo si el paciente está a cargo de ellos
- b) El cuidador informal
- c) Vecinos

Son un total de 9 ítems (enfermedad física, enfermedad emocional, vida social, tiempo de descanso, ingreso disponible, ejecución laboral/escolar, tiempo fuera del trabajo/estudio, relaciones domésticas y perturbación general), para cada uno hay 3 tipos de puntuaciones:

1. Si ha habido problemas en la vida del informante.
2. Si estos problemas tiene relación con el paciente.
3. Desde cuando inicio esta problemática.

Sección F Apoyo al informante

Esta sección se describe el apoyo o ayuda que percibe el cuidador informal a nivel emocional o práctico (ver Anexo 3).

Datos psicométricos:

Se obtuvo una confiabilidad para escenarios mexicanos, con una Kappa de .78. Se encontraron algunos reactivos de baja confiabilidad ya que 35% del total de reactivos aplicados se codifican como conductas ausentes (Otero & Rascón, 1988).

3.12 Procedimiento

1er Etapa:

Se realizó la búsqueda bibliográfica referente a investigaciones nacionales e internacionales sobre ambos constructos y esquizofrenia; tomando como referencia libros, publicaciones en revistas y bases de datos especializadas tales como: ARTEMISA, OVID, MEDLINE, PSYINFO, EBSCO, entre otras.

Se integró la información dando como resultado el protocolo de investigación presentado ante la Comisión de titulación de FES Zaragoza, mismo que fue entregado ante el Comité de Ética e Investigación del Hospital Psiquiátrico “Fray Bernardino Álvarez.”.

Se contacto a la Dra. María Luisa Rascón Gasca investigadora del Instituto Nacional de Psiquiatría con basta experiencia en el tema, el propósito fue obtener sus comentarios sobre el protocolo elaborado, además de recibir capacitación para la aplicación de los inventarios CEEE y SBAS; dicha capacitación tuvo una duración aproximada de 5 sesiones y fue finalizada previo a la aplicación formal de los instrumentos.

Se realizó el registró del proyecto ante el Comité del Hospital Psiquiátrico, obteniéndose respuesta del protocolo registrado siendo No Aprobado y enlistándose las correcciones pertinentes, las cuales fueron realizadas; la carta de Aprobación se obtuvo posteriormente a la par se realizó el registro del anteproyecto ante la jefatura de carrera en Fes-Zaragoza.

2da Etapa

Al dar autorización el Hospital Psiquiátrico se contacto con la Jefe del Servicio de Preconsulta y Urgencias Dra. Juana Ramírez, el propósito fue informar los objetivos de la investigación y estancia dentro del servicio; además de obtener un área de trabajo en dicho servicio; el espacio se obtuvo mediante la intervención de la psicóloga adscrita Lic. Janette Genchi. La presentación formal con el personal Adscrito al servicio de Preconsulta la Dra. Osiris Ceceña y la Dra. Gabriela Rosas.

La aplicación formal se inició en el servicio de preconsulta donde acuden las personas que lo hacen por vez primera, el fin es obtener atención y tratamiento psiquiátrico. El paciente y familiar entraban a la consulta, cuando las adscritas detectaban un paciente con el diagnostico de esquizofrenia, se notificaba y se realizaba la presentación formal con el cuidador informal del paciente, ese era el primer contacto.

Se conducía a los cuidadores informales al espacio asignado, se proporcionaba información general de la investigación y de la importancia de su participación en la misma, si aceptaba participar se le proporcionaba el consentimiento informado (ver Anexo 1).

Previó a continuar con la aplicación de los instrumentos se realizaban ciertas preguntas encaminadas a establecer si él cuidador informal cubría los criterios de inclusión

previamente descritos, si cubría se continuaba con al aplicación de los instrumentos. La aplicación se realizó en un cubículo con medidas aproximadas de 1.25 m. de ancho por 2.25 m. de largo con tres sillas y un escritorio, se evitaron en la medida posible las interrupciones o estímulos que propiciaran la distracción del cuidador. Las entrevistas se llevaron a cabo por dos pasantes de psicología previamente capacitadas en el manejo de los instrumentos; con una duración aproximada de 90 minutos en la aplicación

Esta etapa tuvo una duración de seis meses, el número de cuidadores por mes fue el siguiente:

Mes de Aplicación	Número de aplicaciones
Julio	Siete cuidadores
Agosto	Siete cuidadores
Septiembre	Seis cuidadores
Octubre	Cuatro cuidadores
Noviembre	Cuatro cuidadores
Diciembre	Tres cuidadores

Los instrumentos se calificaron según los criterios de los autores; posteriormente se pasó a la captura tanto de los datos obtenidos. Las respuestas de los reactivos de los instrumentos se capturaron y procesaron a través del programa estadístico SPSS 12.

3.13 Análisis Estadístico

a) Variables sociodemográficas (SBAS Sección A Introducción)

Se empleó estadística descriptiva para conocer las características generales de la muestra investigada de acuerdo a la información proporcionada con la ficha de identificación del SBAS.

En cada una de las secciones que se muestran a continuación se presentarán las modificaciones en los valores asignados a cada reactivo, estos cambios se llevaron a cabo para fines de esta investigación ya que se consideró era necesario obtener un nivel de medición distinto (ordinal) al que ofrecía la escala original (nominal); con el objetivo de realizar pruebas estadísticas paramétricas

Al realizar las modificaciones se establecieron puntajes globales, obteniendo estos puntajes en cada sección se determinó la puntuación mínima y la máxima que podía

presentarse, la puntuación máxima era dividida en tres para obtener tres rangos a los que se les asignaron categorías dependiendo de la sección.

b) *Sección B Evaluación de la conducta del paciente:*

Escala original: Por:		Categoría	
0= ninguna	0 = No presenta síntoma	Puntaje	Categoría
1= alguno	1= Presenta dicho síntoma	1-6	Leve
2= extremo		7-14	Moderada
		15-22	Severa

Además se clasificaron reactivos de acuerdo a sintomatología negativa y sintomatología positiva percibida por el cuidador:

Sintomatología Positiva	Sintomatología Negativa
Preocupación	Depresión o tristeza
Temor	Aislamiento
Obsesionabilidad	Lentitud
Ideas extravagantes	Olvidos
Hiperactividad	Subactividad
Impredictibilidad	Sobredependencia
Irritabilidad	Indecisión
Rudeza	Autodescuido
Violencia	Quejas relacionadas con molestias corporales o dolores
Intento suicida	
Conducta ofensiva	
Ingestión excesiva de alcohol	
Conducta extravagante	

Se realizó una categoría de la percepción de la severidad de la sintomatología positiva y negativa en el paciente:

Sintomatología Positiva		Sintomatología Negativa	
Puntaje	Categoría	Puntaje	Categoría
1-3	Leve	1-3	Leve
4-8	Moderada	4-6	Moderada
9-13	Severa	7-9	Severa

c) *Sección C Ejecución social del paciente:*

Escala original:	Permaneció:	Puntaje	Categoría
0= Toma parte importante	0= Toma parte importante	0-6	Funcionamiento adecuado
1= Toma alguna parte o solo con instigación	1= Toma alguna parte o solo con instigación	7-12	Funcionamiento moderado
2= No toma parte aunque se le obligue	2= No toma parte aunque se le obligue	13-18	Funcionamiento pobre

Cabe mencionar, que el instrumento consta de reactivos que determinan la percepción del cambio en el funcionamiento social del paciente, en este apartado se realizaron las siguientes modificaciones:

Escala original	Por:
0= Igual	0= Más
1= Menos	1= Igual
2= Más	2= Menos

d) *Sección D Efectos adversos sobre otros:*

Escala original	Permaneció:	Puntaje	Categoría
0= Ningún efecto	0= Ningún efecto	0-6	Efectos Leves
1= Algún efecto	1= Algún efecto	7-12	Efectos Moderados
2= Efecto considerable o severo	2= Efecto considerable o severo	13-18	Efectos Severos

e) *Sección F Apoyo al informante*

Estos cambios se aplican para los dos tipos de apoyo que comprende esta sección, apoyo de familiares y de amigos/vecinos (emocional y práctico).

Escala original	Por
0= Ningún contacto	0= Por lo menos un contacto
1= Por lo menos un contacto	1= Ningún contacto

Escala original	Por
0= Ninguna descarga	0= Descarga considerable
1= Alguna descarga	1= Alguna descarga
2= Considerable descarga	2= Ninguna descarga

Puntaje	Categoría
0-4	Efectos Leves
7-12	Efectos Moderados
13-18	Efectos Severos

f) Carga global

Se agruparon los reactivos que pertenecían a las categorías de carga subjetiva y objetiva, posteriormente se realizó la sumatoria de ambas para obtener un puntaje de carga global como se muestra en las siguientes tablas:

Carga Objetiva		Carga Subjetiva	
Num. 110	Num. 212	Num. 125	Num. 203
Num. 113	Num. 215	Num. 128	Num. 206
Num. 122	Num. 218	Num. 131	
Num. 140	Num. 221		
Num. 209	Num. 224		

Carga Global	Categoría	Carga Subjetiva	Categoría	Carga Objetiva	Categoría
0-15	Baja	0-5	Baja	0-11	Baja
16-32	Alta	6-10	Alta	12-22	Alta

Se cambiaron los puntajes en las secciones B, D y F siguiendo la lógica que a mayor puntaje, mayor sintomatología, mayores efectos adversos y más contactos. Mientras que en las secciones C y F a mayor puntaje menor funcionamiento social del paciente y ninguna descarga emocional/practica.

Se obtuvo una confiabilidad global para la presente muestra de un $\text{Alpha} = .7813$ a pesar de las modificaciones realizadas al instrumento.

g) *Emoción Expresada*

El cuestionario CEEE se calificó según los criterios de sus autores Guanilo y Seclén (1993, citado por Rascón, 1999); los reactivos se agrupan de acuerdo a su relación con la alguna de las tres categorías, se suman los puntajes de cada grupo para obtener el nivel de cada componente de la EE. Para determinar si el nivel es alto o bajo en los componentes se utiliza un punto de corte, que se muestra a continuación, lo mismo es para determinar el nivel de EE.

Componentes	Puntajes	Nivel de EE	Puntajes
Alto	40-25	Alta	120-65
Bajo	24-10	Baja	64-30

Obtenidos los resultados de la EE y de sus componentes, estos fueron correlacionados en primer lugar con los datos sociodemográficos, con la carga global, la carga subjetiva, la carga objetiva y las secciones del SBAS mediante la prueba de coeficiente de correlación pearson (r) y el coeficiente de correlación de Kendall (t).

CAPÍTULO 4. RESULTADOS

Los resultados obtenidos en esta investigación se presentarán en el siguiente orden, primero se describirán los datos demográficos de los cuidadores informales y los pacientes, seguido de los datos obtenidos en los cuidadores informales sobre carga (global, objetiva y subjetiva) y de la emoción expresada (global, crítica, sobreinvolucramiento y hostilidad), posteriormente, la percepción de la sintomatología por parte del cuidador (general, positiva y negativa), enseguida, la percepción del cuidador del funcionamiento social del paciente y finalmente la percepción del apoyo social de los sujetos que conforman la presente muestra. Por último se mostrará lo referente a las correlaciones de las variables mencionadas anteriormente.

4.1. Datos demográficos

Tabla 1 Datos Demográficos de la Muestra

Familiares			Pacientes		
Sexo	Frec.	%	Sexo	Frec.	%
Femenino	25	80.6	Masculino	24	77.4
Masculino	6	19.4	Femenino	7	22.6
Edad	Frec.	%	Edad	Frec.	%
44-55	14	45.2	18-28	18	58.1
56-65	8	25.8	29-39	9	29.0
34-44	5	16.1	40-50	4	12.9
23-33	4	12.9			
Estado civil	Frec.	%	Estado civil	Frec.	%
Casado	19	61.3	Soltero	27	87.1
Soltero	9	29.0	Separado	3	9.7
Separado o divorciado	2	6.5	Casado	1	3.2
Viudo	1	3.2			
Familiar responsable	Frec.	%	Lugar que ocupa	Frec.	%
Madre	20	64.5	Últimos lugares	16	51.6
Hermana	6	19.4	Primeros lugares	9	29.0
Hermano	3	9.7	Lugares medios	5	16.2
Padre	1	3.2	Hijo único	1	3.2
Esposo	1	3.2			
Escolaridad	Frec.	%	Escolaridad	Frec.	%
Primaria	13	41.9	Secundaria o equivalente	10	32.3
1 o más años de preparatoria	6	19.3	1 o más años de preparatoria	7	22.6
Secundaria o equivalente	2	6.5	1 o más años de secundaria	5	16.1
1 o más años de secundaria	1	3.2	Primaria	4	12.9
1 o más años de universidad	1	3.2	1 o más años de universidad	4	12.9
Nunca asistió	1	3.2	No termino primaria	1	3.2
Ocupación	Frec.	%	Ocupación	Frec.	%
Hogar	15	48.4	Desocupado	18	58.1

Dependiente	8	25.8	Hogar	4	12.9
Empleado	2	6.5	Dependiente	3	9.7
Oficio	2	6.5	Estudiante	2	6.5
Desocupado	2	6.5	Empleado	2	6.5
Burócrata	1	3.2	Oficio	1	3.2
Jubilado	1	3.2	Burócrata	1	3.2
Frecuencia de contacto	Frec.	%	Inicio del padecimiento	Frec.	%
Todo el día	16	51.6	5 años en adelante	9	29.0
Un rato en todo el día	8	25.8	1 a 6 meses	8	25.8
Por la tarde	5	16.1	7 meses a 1 año 6 meses	7	22.6
Solamente por la noche	1	3.2	1 año 7 meses a 3 años	5	16.1
Media mañana	1	3.2	3 años 1 mes a 5 años	2	6.5

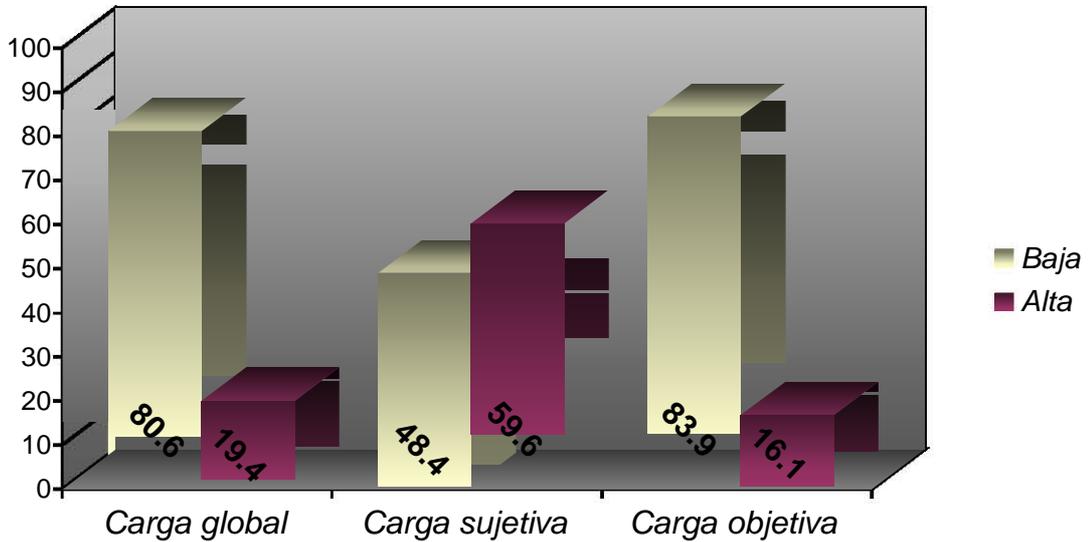
La muestra del estudio se conformó de 31 cuidadores informales de los cuales el 80.6% eran mujeres, 64.5% de ellas eran madres de los pacientes. La media de edad fue de 49 años con una desviación estándar de 10.4. En la presente población el estado civil prevaleciente era el de casado con un 61.3%; la ocupación que desempeñaban en un 48.4% era el hogar, seguido de un 25.8% que laboraba como dependiente. La escolaridad fue de primaria en un 41.9% seguida de 1 ó más años de preparatoria que tenía un 19.4% fueron las dos categorías más frecuentes.

Los receptores de cuidado eran en un 77.4% del sexo masculino, la media de edad fue de 29 años con una desviación estándar de 8.8; de los cuales el 87.1% se encontraban solteros y desocupados en un 58.1%. Un 32.3% cursó la secundaria completa, el 22.6% 1 ó más años de preparatoria, mientras que el 16.1% no concluyó la secundaria. El 51.6% ocupaba dentro de la familia los últimos lugares. El 64.5% fueron diagnosticados con esquizofrenia del tipo paranoide, el 25.8% con el tipo indiferenciada, seguido de un 6.5% del tipo simple y, por último con esquizofrenia catatónica el 3.2%.

Los cuidadores informales reportaban el inicio del padecimiento desde hace más de 5 años en un 29%, un 25.8% menciona el inicio de 1 a 6 meses, el 22.6% de 7 meses a 1 año 6 meses, el 16.1% lo reporta de 1 año 7 meses a 3 años y el 6.5% lo sitúa de 3 años 1 mes a 5 años. El 77.4% de los cuidadores informales mencionan que viven en el mismo domicilio que el paciente desde siempre. La frecuencia de contacto en un 51.6% es de todo el día, mientras que el 25.8% convive un rato en todo el día.

4.2. Carga

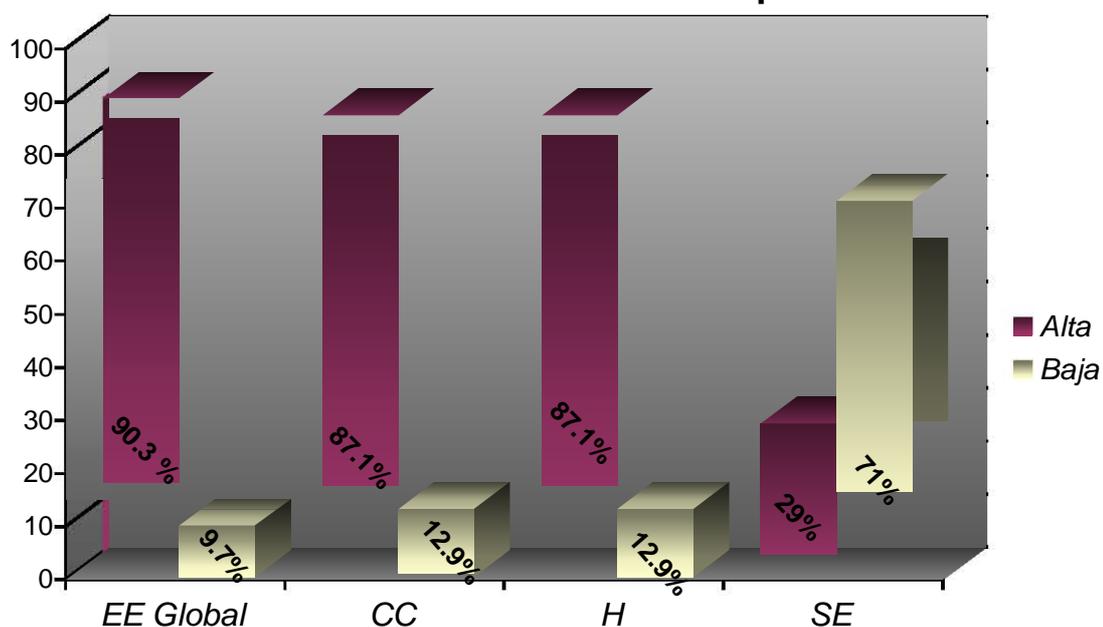
Gráfica 1 Niveles de Carga



En la Gráfica 1 se observan los resultados obtenidos en la variable *Carga*; la categoría de Carga Global Baja fue de un 80.6% (25), respecto a la categoría de Carga Global Alta el porcentaje fue de 19.4% (6); resultados que hacen referencia a la percepción del cuidador informal de las repercusiones generales del cuidado que proporciona. El 83.9% (26) presenta Carga Objetiva Baja y un 16.1% (5) refiere Puntajes Altos de Carga Objetiva. En lo que respecta a los puntajes de Carga Subjetiva el 48.4% (15) corresponde a la categoría de baja, mientras un 51.6% (16) equivale la categoría de alta carga subjetiva.

4.3. Emoción Expresada

Gráfica 2 Niveles de Emoción Expresada

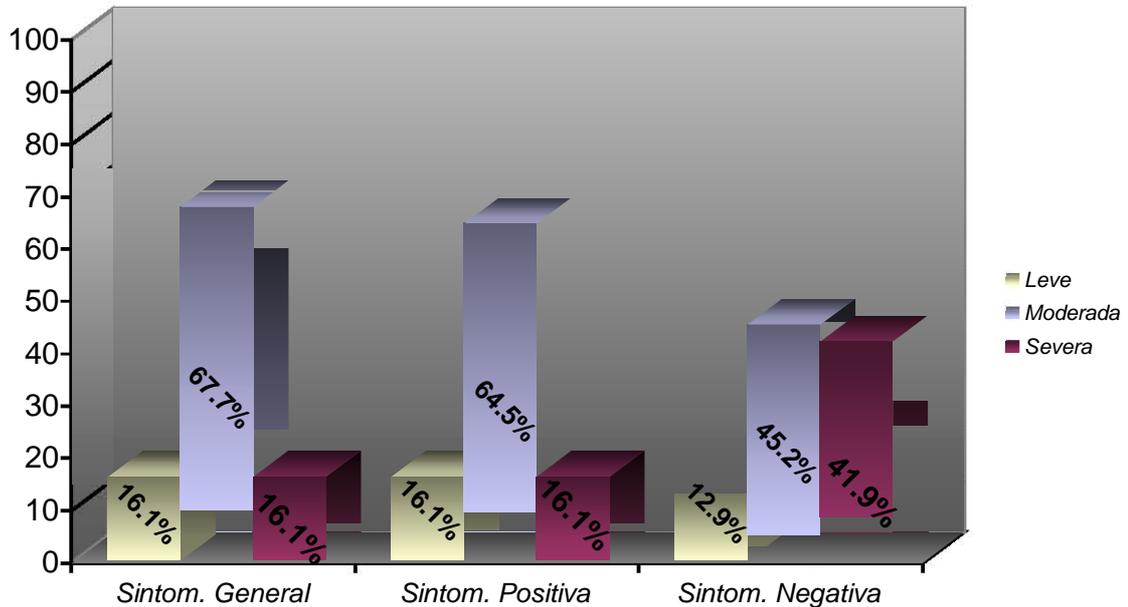


En cuanto a la Emoción Expresada Global presentada por el cuidador informal, a través de la gráfica 2 se aprecia que el 90.3% (28) obtuvo puntajes altos y el 9.7% (3) refirió puntajes bajos. En la subcategoría de CC el 87.1% (27) muestran niveles altos, el 12.9% (4) indica niveles bajos. La subcategoría de H fue alta en un 87.1% (27) y baja con un 12.9% (4); finalmente, en cuanto al SE el 71% (22) puntuó como bajo y como alto un 29% (9).

4.4 Otras Variables

4.4.1 Sintomatología

Gráfica 3 Percepción de Sintomatología

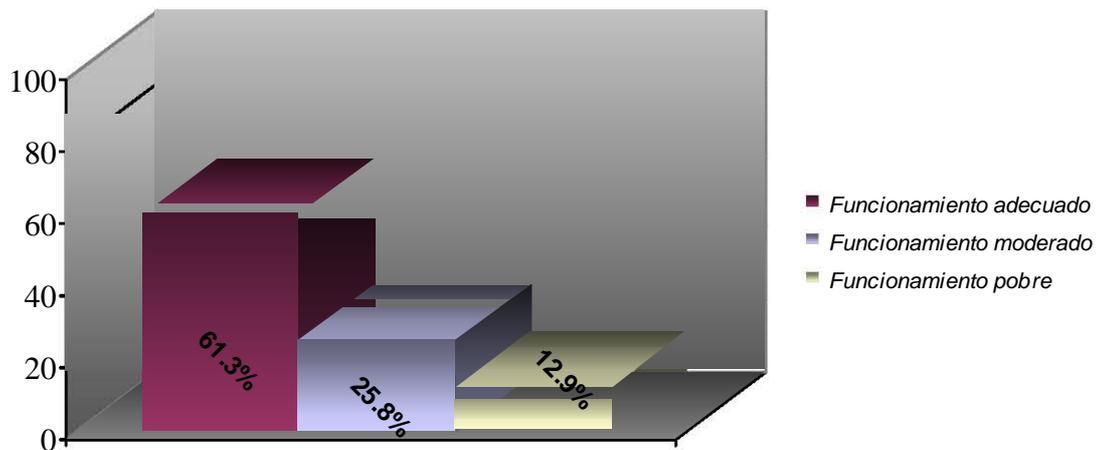


Al apreciar la gráfica 3 se advierte que el grado de sintomatología que predominaba en los pacientes, de acuerdo a la percepción del cuidador informal, está fue moderada en un 67.7% (21), seguido de los grados leve y severo, ambos con 16.1% (5). La sintomatología positiva en un grado moderado fue reportada por un 64.5% (20), de igual manera se obtuvo un 16.1% (5) para los niveles leve y severo; habiendo un cuidador (3.2%) que no percibía en su paciente este tipo de sintomatología. En lo que a la sintomatología negativa se refiere el 45.2% (14) de los cuidadores informales la percibe como moderada, mientras el 41.9% (13) como severa y el 12.9% (4) como leve.

Cabe mencionar que de los 22 síntomas evaluados, el aislamiento (14) y las ideas extravagantes (12) parecieran producir con mayor frecuencia preocupación (regular o bastante) más que malestar y tristeza.

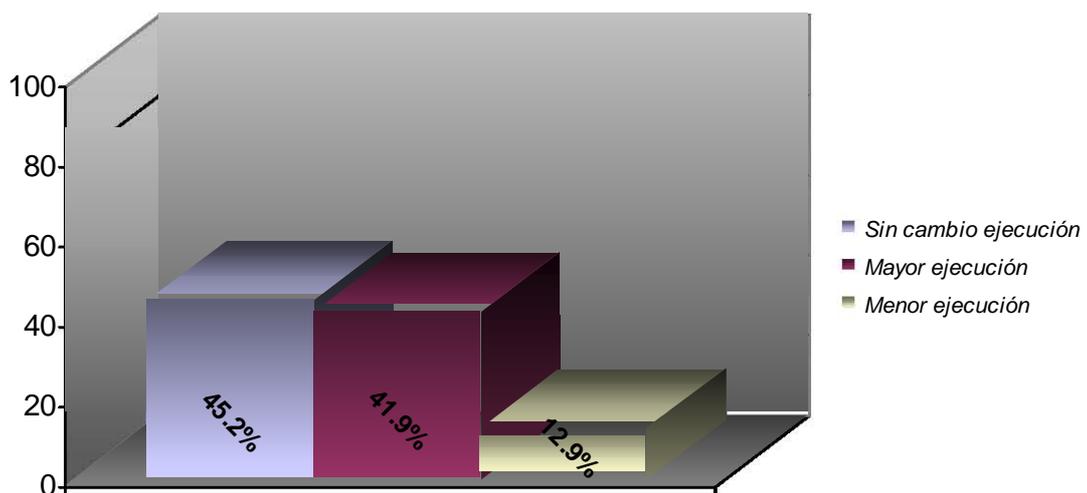
4.4.2 Funcionamiento social del paciente

Gráfica 4 Funcionamiento Social del Paciente



El funcionamiento social del paciente se indica por medio de la gráfica 4, éste es percibido por el cuidador informal como adecuado para un 61.3% (19), el 25.8% (8) perciben el funcionamiento social del mismo como moderado y el 12.9% (4) como pobre.

Grafica 5 Cambio en el Funcionamiento Social del Paciente

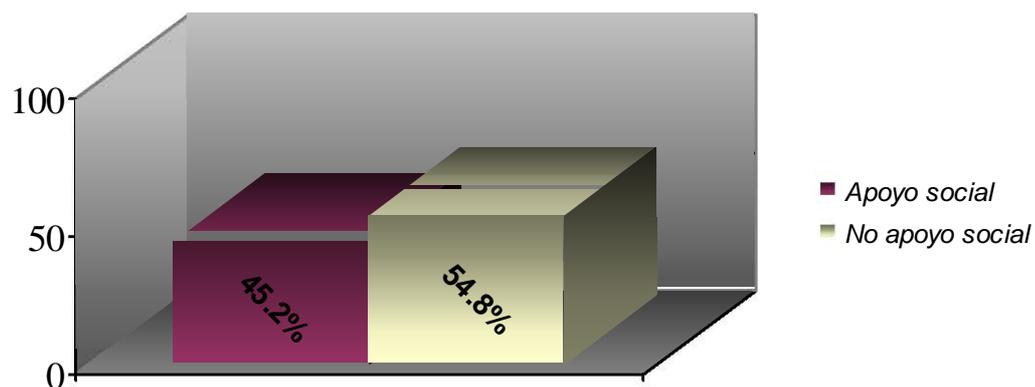


Los resultados obtenidos en el cambio de la ejecución se exponen la gráfica 5, un 45.2% (14) de los cuidadores informales aprecian que no ha habido cambio en la ejecución del funcionamiento social de sus pacientes, el 41.9% (13) refiere que la ejecución en esta área a sido mayor y sólo un 12.9% (4) reporta una ejecución menor.

Cabe destacar que de los 11 roles que las cuidadores esperaban de los pacientes en le rubro de funcionamiento social la conversación cotidiana (9) parece ser la actividad que al estar más disminuida causa mayor preocupación (regular o bastante) entre los cuidadores.

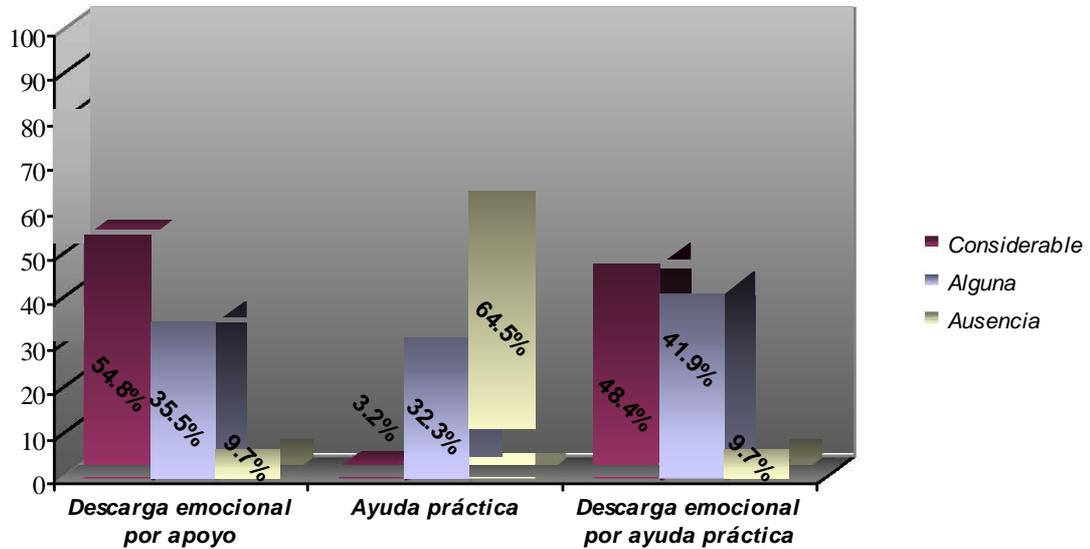
4.4.3 Apoyo social percibido

Gráfica 5 Apoyo Social Percibido



En el área de apoyo social percibido la gráfica 5 refleja que en los cuidadores informales un 45.2% (14) dice sentirse apoyado por lo menos de un familiar, amigo o vecino y el 54.8% refiere no sentirse apoyado (17). Mientras que en la ayuda practica percibida referente al cuidado que presta, el 64.5% (20) dice no percibir ninguna ayuda práctica, el 32.3% (10) refiere recibir alguna ayuda práctica y solamente el 3.2% (1) parece recibir ayuda práctica ya sea de un familiar, amigo o vecino.

Gráfica 6 Descarga del Cuidador Informal



La descarga emocional es reportada por cuidador informal un 54.8% (17) menciona que a partir de dicho apoyo siente una descarga emocional considerable, 35.5% (11) refiere solamente alguna descarga emocional y el 9.7% (3) no refiere o no observa descarga emocional alguna. La descarga a partir del apoyo práctico fue reportada como considerable en un 48.4% (15), como alguna descarga en un 41.9% (13) y como ausencia de descarga en un 9.7% (3).

4.5. Relación entre Carga y EE

Tabla 2 Resultados de la Correlación de Carga y EE

	EE Total	Crítica	Sobreinvolucramiento Emocional	Hostilidad
Carga Global	r = -.057	r = -.090	r = -.008	r = -.50
Carga Subjetiva	r = -.185	r = -.194	r = -.074	r = -.152
Carga Objetiva	r = .068	r = -.054	r = -.049	r = -.49

* p< .05. + Correlación débil
 **p< .01. ++Correlación media
 +++Correlación considerable
 ++++ Correlación fuerte

Al relacionar las variables de interés para este estudio como se puede observar en la tabla 2 no se encontró alguna correlación estadísticamente significativa, por lo que se correlacionaron otros datos obtenidos con los que puedan elucidarse algunas hipótesis que puedan explicar la ausencia de correlación entre las variables de *Carga global*, Carga Objetiva y subjetiva y EE y la subcategorías de CC, H y SE. Estos datos parecieran ser independientes de la correlación antes mencionada, sin embargo, la literatura sugiere que son factores de relevancia para una comprensión un poco más cercana a la experiencia de cuidado del paciente esquizofrénico.

4.6. Carga

Tabla 3 Correlación de la carga y otras variables

	Edad del cuidador	Func. social	Efectos adversos	Cambio en ejecución	Relación de problemas con el paciente
Carga global	r = -.359*+	r = .828**++++	r = .695**+++	r = .404* +	r = .437* +
Carga subjetiva		r = .839**++++	r = .474**+	t = .476**+	t = .313*+
Carga objetiva		r = .833**++++	r = .643**+++	t = .399*+	r = .390*+

* p < .05. + Correlación débil
 ** p < .01. ++ Correlación media
 +++ Correlación considerable
 ++++ Correlación fuerte

En la tabla 3 se puede observar las correlaciones significativas; la carga global tiene una relación positiva considerable con el funcionamiento social, con los efectos adversos una correlación positiva media, mientras que con el cambio en la ejecución se presenta una relación débil positiva similar a la presentada con la relación de los problemas con el paciente. La carga subjetiva mostró una correlación positiva considerable con el funcionamiento social, con los efectos adversos se muestra una correlación débil; al utilizar el estadístico coeficiente de correlación de Kendall (t) se muestra una correlación débil con el cambio en la ejecución y con la relación de los problemas con el paciente. En la carga objetiva, se aprecia una correlación considerable y positiva con el funcionamiento social del paciente, una correlación media positiva con los efectos adversos y una correlación positiva y débil con el cambio en la ejecución y con la relación de los problemas con el paciente.

4.7. Emoción Expresada

Tabla 4 Correlación de la EE y otras variables

	Frec. Recaída	Edad del Cuidador	Escolaridad Cuidador	Funcionamiento Social	Num. de Horas a la Semana
EE Global				$r = ^*-.368+$	$r=.319^{*+}$
Crítica	$r = .405^{*+}$				
Sobreinvolucramiento Emocional		$r = -.394^{*+}$	$r = -.488^{**+}$		

* $p < .05$. + Correlación débil
** $p < .01$. ++ Correlación media
 +++ Correlación considerable
 ++++ Correlación fuerte

En la tabla 4 la EE global se muestra una correlación negativa débil con el funcionamiento social del paciente y el número de horas de contacto a la semana; la subcategoría de crítica se correlaciona de manera positiva y débil con la frecuencia de recaída del paciente. El SE se correlaciona de manera negativa y débil con la edad del cuidador informal, mientras que en la escolaridad del cuidador la correlación es negativa y débil.

4.8. Otras Variables

4.8.1 Efectos Adversos

Tabla 5 Efectos adversos y su correlación con otras variables

	Relación de Problemas con el paciente	Funcionamiento social	Cambio en la ejecución
Efectos Adversos	r = .819**+++	r = .413*+	
Funcionamiento Social			r = .486**+

* p< .05.
**p< .01.

+ Correlación débil
++Correlación media
+++Correlación considerable
++++ Correlación fuerte

En la tabla 5 observamos una correlación positiva y considerable entre los efectos adversos que el cuidador percibe y la asociación que éste hace de su problemática directamente con el paciente; a su vez, la variable de los efectos adversos se correlaciona con el funcionamiento social del paciente de una manera débil y positiva. Mientras que el cambio en la ejecución del funcionamiento social muestra una correlación de manera débil y positivamente con el cambio en la ejecución del funcionamiento social.

4.8.2. Apoyo social

Tabla 6 Apoyo social y otras variables

	Descarga emocional	Descarga practica	Carga Objetiva	Puntaje total de EE
Apoyo social	r=.947**++++	r=.528**++	r=.368*+	
Ayuda práctica	r=.954**++++	r=.611**++		
Descarga emocional				r=.290*+

* p< .05.
**p< .01.

+ Correlación débil
++Correlación media
+++Correlación considerable
++++ Correlación fuerte

El apoyo social que es percibido por el cuidador tiene una correlación positiva y fuerte con la descarga emocional, mientras que con la descarga práctica su correlación es media, mientras que con la carga objetiva es débil y positiva; la ayuda práctica que es percibida se correlaciona fuerte y positivamente con la descarga emocional, con la descarga práctica se muestra una correlación media y positiva; la descarga emocional se correlaciona positiva y débilmente con los puntajes totales de emoción expresada.

CAPITULO 5 DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

5.1 Discusión

Se ha expuesto a lo largo de este trabajo la importancia de estudiar lo que acontece en la vida de las personas que conviven y asumen responsabilidades del cuidado de una persona con esquizofrenia, como se ha mencionado el estilo de vida de la familia cambiará drásticamente, los problemas que trae consigo una enfermedad crónica y en especial la enfermedad mental serán afrontadas con los recursos propios del cuidador y la familia.

En otros países la atención especializada hacia ambos paciente-cuidador pertenece a un sistema básico de atención, por desgracia en nuestro país hasta cierto punto se brindan una atención tradicional basada en la hospitalización y medicación, atribuyéndose poca importancia a la rehabilitación psicosocial del paciente y la integración de la familia en el tratamiento de éste.

Proporcionar atención especializada tanto al paciente como a su familiar es de importancia para ambos ya que el costo físico, emocional y social es elevado y sobre todo interviene en la calidad de vida que se le brindará al paciente. Hashemi y Crochrane (1999) sugieren que el cambio en la dinámica familiar repercutirá en el pronóstico del paciente.

En esta investigación las características de la muestra estudiada en los cuidadores informales fueron mujeres, madres del paciente con una media de edad de 49 años (d.s. 10.4) que se dedican al hogar principalmente; mientras que en el caso de los pacientes fueron varones con una edad de 29 años (d.s 8.8) los cuales se encontraban solteros y desocupados, ocupaban los últimos lugares dentro de la familia y padecían principalmente esquizofrenia del tipo paranoide, estos resultados son similares a los encontrados por Bentsen et al (1996); Castilla et al (1998); Karno et al (1987); Rascón (1999) y Rascón et al (1997); en estudios similares en familiares y pacientes con esquizofrenia.

Los niveles de carga objetiva obtenidos fueron reportados por los cuidadores como bajos en un 83.9% de ello, con lo que respecta a la carga global se encontró baja en un 80.6% contrario a lo informado en los estudios de Foxal y Gaston-Johansson (1996), Castilla et al (1998) los cuales reportan que los familiares se encuentran sobrecargados por la presencia del paciente. Por su parte Jungbauer & Angermeyer (2002) mencionan que los cuidadores experimentan en los primeros episodios más carga, debido a las funciones adoptadas no contempladas por el cuidador (carga objetiva) y a través del tiempo mediante las experiencias compartidas con otros cuidadores y una mejor información tiende a disminuir; en esta muestra se puede inferir entonces que debido a que el inicio del padecimiento del paciente es diverso en esta muestra (de 1mes hasta mas de 5 años) esto podría influir en que los resultados anteriores no coincidan con los presentados en este trabajo.

Otro factor a que podría influir en los niveles de carga obtenidos es al instalarnos en la naturaleza cíclica de la enfermedad, lo que hace que la aflicción sea más difícil ya que la familia pueda esperar una mejoría total cuando el paciente esta estable o frustrada cuando el paciente se muestra sintomático (Greenberg et al., 1993) a lo cual Spaniol y Zipple (1994, citados por Pratt et al., 1999) mencionan que la respuesta que brindan los cuidadores puede variar desde minimizar la importancia de la condición de la situación que se vive, esto se toma como natural ya que es parte de un proceso de recuperación familiar como una respuesta inicial ante una severa y persistente enfermedad mental.

Siguiendo la misma línea Boss (2001), considera que la enfermedad mental crea confusión y estrés lo que hace que se presente un fenómeno de pérdida ambigua; en este tipo de pérdida se percibe a la persona como presente físicamente pero ausente psicológicamente, el enfrentar la amenaza de perder a su ser querido como lo han conocido , lo cual posiblemente sitúe al cuidador en un proceso de duelo ante la perdida ambigua; esto puede llevar a los cuidadores a omitir o negar la sintomatología del paciente, adjudicarlo a la personalidad de su familiar o a una crisis aislada y pasajera o incluso en ocasiones elucidar una esperanza hacia la curación total de su familiar. Esta respuesta puede deberse a un esfuerzo por disminuir el dolor, lo que complica la pérdida y el proceso de duelo; a mayor ambigüedad en una pérdida se presenta mayor dificultad en dominarla y son mayores la impotencia y el desconcierto, es decir, no se puede resolver, aumentando si no se conoce al inicio si es definitiva o temporal, en ocasiones

la pérdida ambigua puede significar mayor estrés que una pérdida en caso de muerte de un ser querido.

Fabrega (1969, citado por Karno, Jenkins, de la Selva, Santana, Telles, Lopez, y Mintz, 1987) y Pratt et al. (1999) opinan que la negación puede funcionar como un alivio transitorio de la realidad de una pérdida potencial, actuando como amortiguador y disminuyendo la angustia, ya que la pérdida gradual es difícil de reconocer (predominio de síntomas negativos). Retomando las características de la muestra estudiada podríamos inferir que los familiares aún habiendo convivido desde siempre con el paciente (77.4%), éste podría haber manifestado los síntomas esquizofrénicos recientemente), por ello los cuidadores, al enfrentarse al diagnóstico de una enfermedad crónica y degenerativa que podría tomarles por sorpresa o les es difícil de identificar pues el cambio percibido podría no ser drástico, es entonces cuando se inicia un proceso que siendo doloroso les pueda llevar a minimizar o negar síntomas y con ello su propio malestar, Birley y Hudson (1990) sugieren que hay ocasiones en las que los familiares llegan a culparse a sí mismos y compensan esta culpa negando sus necesidades para satisfacer los que requiere su paciente (carga objetiva).

Por su parte al observar las relaciones con otras variables encontramos que la carga global se correlacionó estadísticamente de una forma negativa con la edad del cuidador ($r = -.359$ $p = 0.01$), es decir, entre mayor sea el cuidador este percibirá menor carga, contrario a lo reportado por Greenberg et al. (1993) el cual explica que los padres de mayor edad pueden experimentar mayores niveles de carga que los padres jóvenes por la advertencia de su propia mortalidad.

Se obtuvo una correlación estadística positiva entre la carga objetiva y global y el funcionamiento social ($r = .828$ $p = 0.01$ y $r = .833$ $p = 0.01$) lo que nos sugiere que a mayor funcionamiento social el cuidador siente mayor carga global y objetiva, contrario a lo reportado por Scazufca y Kuipers (1998). Tomando en cuenta los resultados de la percepción del funcionamiento social (adecuado en un 61.3% y sin cambio un 45.2%); datos que podrían sugerir que los cuidadores presentan más carga cuando detectan mayor actividad en su paciente, para ellos tal vez esto implique destinar más tiempo en supervisar las actividades de su familiar, estar más atentos en detectar algún síntoma que advierta una probable recaída, además de dedicar más tiempo al paciente

restringiendo el destinado a las actividades que por naturaleza ha asumido y por ende restringir el destinado a sus necesidades personales.

Al retomar los resultados obtenidos en la percepción de sintomatología del paciente por parte del cuidador, éste reporta como moderado en un 67.7%, además no se identificó alguna relación estadísticamente significativa con la carga (objetiva y global), lo que no coincide con lo que menciona Castilla et al. (1998), Martens y Addington (2001), McDonnell et al. (2003) y Tenakoon et al. (2000) estos refieren una relación. A pesar que los cuidadores lo evalúan la sintomatología como moderada, al acudir a un servicio de salud mental es un indicio que notaban algo anormal en su familiar; tal vez al experimentar su primer contacto con este servicio es natural que ellos no comprendieran el cuadro clínico del trastorno por lo que los síntomas pueden ser molestos pero indefinibles. Por su parte Skazufca y Kuipers (1996) refieren que a pesar de que los cuidadores informales pasan la mayor parte del tiempo con el paciente estos pueden tener confusiones en la evaluación de los síntomas y esta puede no corresponder a la sintomatología que manifiesta el paciente. Para Martens y Addington (2001) y Tennakoon et al. (2000) mencionan investigaciones en los que tiene una mayor importancia la percepción y la atribución de los síntomas que la ausencia o presencia de estos.

Los niveles de EE obtenidos en un 90.3% de esta muestra correspondieron a la categoría alta la igual que sus subcategorías de Crítica (CC) y Hostilidad (H) (87.1%); en donde los obtenidos son más elevados que los reportados por Jenkins, Karno, De la Selva y Santana (1986) y Karno et al., 1987 los cuales al comparar muestra de las diferentes nacionalidades (británicos, euroamericanos y mexicoamericanos) encontraron solamente en un 41.4% de EE alta en el grupo de mexicoamericanos. Por otra parte Rascón (1999) en población mexicana solamente encontró en un 67.5% de los familiares índices de EE alta. Hashemi y Cochrane (1999) en su recapitulación de EE a través de diversos estudios internacionales sugiere que en los países en desarrollo existe cierta tendencia encontrar niveles bajos de EE, esto se debe a que en estos existe una mayor cohesión, apoyo familiar y una muestran mayor tolerancia a los síntomas que son expresados por el paciente; en la muestra estudiada esto no concuerda, con los resultados precedentes, tal vez de deba a lo que nos explica Beloso, García y De Prado (1999) ya que al realizar un programa de intervención para los familiares encontraron

que el conocimiento que se posee sobre la esquizofrenia influye en los niveles de EE que presentará el familiar al relacionarse con el paciente, ya que se podría tener una visión poco realista de la enfermedad, lo que lleva a mostrarse poco tolerantes sobre la conducta que manifieste el paciente mostrando mayores índices de EE; es así que es posible que esta muestra los familiares al tener un primer contacto a los servicios de salud mental y desconocer la naturaleza del cambio en el comportamiento de su paciente y al no poseer información sobre la esquizofrenia, podrían entonces manifestar este tipo de interacción con el paciente.

Así mismo Tarrier et al. (1999) al estudiar los niveles de EE en familiares de pacientes con estrés post-traumático indicaron que los altos niveles de EE en los cuidadores informales se deben a que consideran que los pacientes tienen control sobre sus síntomas e incluso que son características de su personalidad y por ello utilizarlos a conveniencia, lo que los hace menos tolerantes hacia el comportamiento del paciente y por ello podrían presentar conductas críticas hacia esquizofrénico. Mientras que Hooley y Campbell (2002) y Barrowclough y Parle (1997) indicaron que el cuidador informal al verse ante una situación considerada como estresante (exacerbación de los síntomas, falta de recursos materiales, aumento en las actividades de cuidado, etc) y percibir que disminuye el control de la situación y sobre todo del paciente; trae consigo mayor EE ya que él cree que de esta manera al mostrarse exigente y persistente hacia su familiar enfermo, este podrá cambiar ya sea disminuyendo o aumentando su conducta. Estos niveles de EE global y sus categorías traen consigo una situación contraproducente ya que al tratar de disminuir la conducta por esta interacción se incrementa la sintomatología ya que posiblemente y como mencionan Hooley y Campbell (2002) y Tarrier et al. (1999) el paciente esquizofrénico manifiesta una importante sensibilidad al estrés, es por ello que al interactuar constantemente con familiares que aumentan el monto de estrés podrían influir a nivel fisiológico afectando a su vez en la actividad de los neurotransmisores lo que podría resultar en la exacerbación de los síntomas; aunado con otras variables psicosociales y principalmente afectando el apego al tratamiento farmacológico.

Recordemos que al hablar de la EE nos referimos al clima emocional que se esta experimentando el cuidador informal y de las actitudes que tiene hacia el paciente; Weiber (1993, citado por Hooley y Campbell, 2002) asevera que la manifestación de

emociones y actitudes se deben en su gran mayoría a las atribuciones causales que se realizan acerca de los eventos. Hooley y Campbell (2002) en sus aportaciones incluyeron en el caso de los cuidadores informales la percepción de controlabilidad del paciente hacia su enfermedad, juega un rol importante en las reacciones que pudiesen tener hacia el paciente; así que los cuidadores que piensan que el paciente tiene el control o voluntad sobre los síntomas pueden mostrarse más molestos hacia el paciente. En este estudio las subescalas CC y H fueron altas, ambas en un 87.1%. Como refiere Tarrier et al. (1999) y Bolton et al. (2003) los cuidadores pueden estar utilizando comentarios críticos (CC) como una forma de control hacia el paciente, además estos muestran cierta tendencia a explicar el comportamiento y los síntomas del paciente como internos, personales y controlables a voluntad del paciente; lo que hace que se muestren más críticos. Barrowclough y Parle (1997), refieren que estos familiares reportan tener menor tolerancia hacia los síntomas y además dudan de su propia capacidad para afrontarlos y controlarlos lo que hace que sean más propensos a ser más críticos e incluso hostiles. Boye et al. (1999) nos refieren que el cuidador puede sentirse culpable lo que hace que trate de controlar la situación y con ello al percibir que se sale de su control tiende a mostrarse más crítico y hostil llevando al paciente a una sensación de estrés lo que puede ser el inicio de un círculo vicioso.

En la presente muestra los familiares que perciben menores niveles en el funcionamiento social del paciente, presentan mayores niveles de EE ($r = -.368$ $p=0.01$) esto concuerda con lo que aportaron Scazufca y Kuipers (1996) las cuales mencionan que familiares con niveles elevados de EE percibían un mayor déficit en el funcionamiento social del paciente, en esta muestra los pacientes eran menos propensos a estar laborando, lo que se asemeja a la muestra estudiada (71% desocupado o en el hogar), incluso se señala una relación entre la carga global y de las variables antes mencionadas. Para Boye et al. (1999) al estudiar los predictores de EE encontraron que si el paciente no trabaja o está desocupado el familiar presenta mayor EE y expresa más comentarios críticos esto se debe a que el cuidador considera que probablemente al asumir actitudes críticas u hostiles con el paciente estimulara o fomentará un mayor funcionamiento en él. Por su parte McClean y Sanford (2002) corroboraron esta relación en una muestra de padres de adolescentes que experimentaban trastorno del estado de ánimo, los padres al percibir un mal funcionamiento social de su hijo, mostraban mayores niveles de EE.

Al retomar la subcategoría de CC se encontró que en estudios realizados por Bebbington y Kuipers (1994), Bolton et al. (2003), Butzlaff y Hooley (1998), King y Dixon (1995), Stirling et al. (1993), Tarrier et al. (1999) y Vaughn et al. (1984), se replica la correlación de la CC y su relación con el índice de recaídas ($r = .405$ $p = 0.05$) lo que nos hace destacar que este componente es de suma importancia a trabajar en intervenciones con los cuidadores y pacientes.

Los índices de Sobreinvolucramiento emocional (SE) fueron bajos en un 71% de los cuidadores informales, Hibbs et al (1991, citados por Peris y Barker, 2000) en su experiencia han encontrado niveles altos de EE se derivan en niveles bajos de SE y más bien tienden a emerger niveles altos de CC. Una variable que se correlacionó de manera negativa fue la edad del cuidador, la cual hace alusión que a mayor edad del cuidador se manifiestan menores niveles de SE; conjuntándolo con la correlación obtenida con la escolaridad del cuidador informal ($r = .488$ $p = 0.01$) esto se explica al retomar las características de la muestra que en su mayoría esta conformada por madres del paciente, con una media de edad de 49 años (d.s. 10.4) y su principal ocupación el hogar y el paciente su hijo varón y que ocupa los últimos lugares, es socialmente aceptado que ella brindará toda la protección y cuidado y con ello no podrá tal vez vislumbrar la parte de SE que ejerce sobre su hijo. Jenkins et al. (1986) mencionan que al comparar muestras con otras culturas, las cuidadoras mexicanas lo veían como parte de su rol social y estas conductas (SE) eran asumidas como naturales.

Los cuidadores en un 58.4% percibieron estar apoyados y esto les proporcionaba una descarga considerable (54.8%); se encontró una correlación negativa con los efectos adversos ($r = -.396$ $p = 0.05$) lo que Greenberg et al., (1993) y Östman y Kjellin (2002), mencionan que a pesar que cuidador pudiese reportar malestar debido al proporcionar actividades dedicadas al cuidado, el apoyo social puede ser un amortiguador para disminuir este malestar y sobre todo si el apoyo se percibe como satisfactorio. Un aspecto importante que ha destacado Hashemi y Cochrane (1999) es que a nivel cultural la vivencia de esquizofrenia es diferente, ya que Karno et al. (1987) y Jenkins et al. (1986) en sus estudios al comparar las mismas variables en distintas muestras se obtuvieron variaciones interesantes: las que destacan las características de la estructura familiar que es conformada por los mexicanos, esta tiene la misión de brindar mayor

apoyo al paciente, además de proporcionar el sentido de identidad y bienestar a cada integrante de la familia; la familia crean una red de apoyo más extensa lo que hace que las actividades de cuidado y asistencia sean distribuidas en los integrantes compensando y disminuyendo el malestar del cuidador informal; en comparación con la cultura anglosajona que muestra una mayor tendencia a resolver la problemática de manera individual, son menos cálidos con el paciente y se muestran menos tolerantes a las conductas de éste. Además hay que destacar que en muchos cuidadores es más importante la percepción de la calidad del apoyo que les es proporcionado que la cantidad de éste.

Al centrarse en los resultados obtenidos y en la hipótesis principal del estudio los datos obtenidos no apoyan la relación que se pretendía encontrar entre la carga objetiva y la EE, ya que autores como Jungbauer y Angermeyer (2002), Scazufca y Kuipers (1996^a y 1998^b) y Boye et al. (1999) refieren cada uno de estos en sus estudios con familiares de esquizofrénicos una relación significativa entre ambos constructos. Al retomar el estudio de Hashemi y Cochrane (1999) se resalta la importancia de comprender los resultados de las investigaciones con esquizofrénicos dependiendo la cultura, ya que de esto dependerá la atribución que se de a la esquizofrenia y por ende a las interacciones familiares que surgirán a causa del trastorno; mientras que Weisman (1997) menciona que los mexicanos presentan cierta tendencia a atribuir la causa de los eventos o de su sufrimiento a la voluntad de un poder superior, presentan la creencia de que fuerzas externas y sobrenaturales intervienen y pueden tener control sobre su vida; Gómez (citado por Weisman, 1997) señala que a causa de esto pudiese surgir cierto sentimiento de resignación a lo que el destino le ha otorgado y por ende tiene que ser aceptado. En este caso las creencias religiosas pueden llevar a la aceptación de las cosas que no son controladas por el individuo, pueden preparar a los cuidadores a sobrellevar la incertidumbre que surge que de la pérdida ambigua que se afrontará a lo largo de la vida; esto nos hace referencia de un locus de control externo, de acuerdo con esto se piensa que lo que pasa al otro puede pasarle a uno mismo y producir reacciones de compasión, comprensión y tolerancia hacia el familiar enfermo y dando la apertura a cubrir funciones realizaba sobre todo asumiéndolas con tolerancia y resignación las funciones del cuidador por ello no se atribuye y reporta carga global y carga objetiva.

Al retomar las características de la muestra para explicar los niveles bajos de carga; encontramos que en su mayoría fueron mujeres, adultas, madre o hermanas que se dedicaban principalmente al hogar, es natural a nivel cultural y social que asuman un rol de cuidadoras; en otras culturas Myers (2001) y Hartmann (2000) mencionan que en otras culturas las mujeres se les atribuye este rol, asumiendo el cuidado de los demás y colaborando con el trabajo doméstico, inclusive ellos resaltan que ellas dedican más de 40 horas a la semana de su tiempo a esta actividad; por lo que las mujeres de la muestra estudiada podrían no visualizar problemática alguna en desempeñar este rol que pareciera natural para ellas. Los estudios en nuestro país por Díaz-Guerrero (1994) han reiterado que la madre mexicana muestra tendencia a satisfacer las necesidades de los otros poniendo en segundo plano las propias, al incluir las características de los pacientes se podría comprender que las mujeres de esta muestra vivan el cuidado que brindan como incondicional y natural sobre todo que su convivencia con el paciente e incluso que el rol de cuidado es permanente; por lo que sería natural encontrar estos niveles de carga objetiva.

Otro punto que destaca Birley y Hudson (1990) es que el cuidador al cuestionarse el origen de la problemática y las causas de la esquizofrenia en su familiar, a menudo puede culparse a sí mismo por no haber detectado a tiempo los síntomas premorbidos o incluso confundirlos como parte de la personalidad de su hijo, esto podría dar como resultado tratar de compensar esta situación sacrificando parte de su vida y las de los otros miembros de la familia; aunado a que algunos profesionistas refuerzan esta culpa atribuyendo los síntomas o la poca mejoría del paciente a los familiares, lo que esto podría llevar a un círculo vicioso: el cuidador se siente culpable, culpa al paciente por la situación que esta viviendo, pero él no se permite mostrarlo directamente por lo que solo a través de comentarios críticos y/u hostiles puede manifestar esta inconformidad (incongruencia entre el lenguaje analógico y digital), lo que encierra a ambos en un círculo vicioso.

Retomando a Jenkins, Karno, De la Selva y Santana (1986) mencionan que en los países en desarrollo actitudes encasilladas como sobreprotectoras son naturales en contraparte con los países desarrollados ya que en estos la crianza y educación para los hijos es encaminada hacia su independencia, al no observar que estos no son autosuficientes se observan mayores índices de carga y EE que en los cuidadores de países en desarrollo,

lo que fue reportado por Jungbauer y Angermeyer (2002), Scazufca y Kuipers (1996^a y 1998b) y Boye et al. (1999).

Otro factor que en la revisión de literatura fue de llamar la atención y que en esta investigación no fue incorporado a la medición son ciertas características de personalidad que mencionan autores como Goldstein, Miklowitz & Richards, (2002) los cuales son flexibilidad, tolerancia y locus de control interno, ya que familiares que puntuaban bajo en estas características en su investigación presentaban altos de niveles de EE; mientras Fornés (2003) observo que los familiares con alta EE se muestran más ansiosos, vigilantes y preocupados lo que hace que seas menos tolerantes con el paciente. Al retomar estas características de ambos autores, sugieren que los cuidadores al encontrarse en los periodos de crisis del paciente, estos manifiestan mayor reactividad al estrés y por ende mayores niveles de EE; además estos cuidadores son más propensos a manifestar algún trastorno psiquiátrico a lo largo de su vida que los familiares con EE baja.

5.2 Conclusiones

- ≠ La presente muestra estuvo conformada en su mayoría por mujeres, madres o hermanas del paciente, en una edad madura, que se dedicaban a las labores del hogar, generalmente con pareja y con primaria concluida, los pacientes eran varones en su mayoría, jóvenes, desocupados, solteros y en su mayoría no habían concluido el nivel bachillerato.
- ≠ Los cuidadores informales no presentaron niveles considerables de carga global y objetiva lo que pareciera sugerir que las mujeres asumen el rol de cuidadoras con naturalidad y por ende no manifiesta malestar general e instrumental al asumir este papel delegado culturalmente.
- ≠ Los cuidadores presentan altos niveles de EE así como en dos de sus categorías CC y H, a pesar de ello no parece afectar el vínculo que se tiene de brindar el cuidado a su familiar, en este caso en particular el de una madre a su hijo, tal vez es por ello que tal vez se refrende su apoyo a su hijo esquizofrénico y no le de una connotación de carga o pesadumbre a este cuidado.
- ≠ A través de los resultados no se observó una relación estadísticamente significativa entre la carga global, la carga objetiva y la EE que mostraban los cuidadores, por lo tanto no se corroboraron las hipótesis planteadas.
- ≠ Se verifica los resultados obtenidos en la subcategoría CC con otros estudios ya que esta se relaciona con las recaídas del paciente y en esta investigación se obtuvo una similar entre ambas variables.
- ≠ La categoría SE en el cuidador informal se mostró acorde tomando en cuenta el contexto social, ya que en nuestra cultura en las situaciones de crisis se muestra un poco más tolerante, se crean vínculos de apoyo y se acoge más al esquizofrénico que en culturas anglosajonas.
- ≠ Los cuidadores parecen minimizar o incluso negar el nivel de sintomatología que muestra el paciente y que afecta el nivel de funcionamiento social de este; pero se pudiese considerar natural debido tal vez al poco conocimiento que se tenía de la esquizofrenia y/o del proceso de duelo que se estaba cursando.

- ㊦ Se aprecia la importancia que tiene la percepción de apoyo social sobre todo la calidad que se percibe en lugar de la cantidad ya que este factor pudiese haber sido importante interviniendo en los resultados obtenidos.
- ㊦ En este estudio la edad del cuidador pudiese ser relevante ya que al tener mayor edad este mostraba menores niveles de carga sin importar si su paciente iniciaba el padecimiento, ya que se espera que estos muestren mayor carga objetiva y EE, pareciera ser que al ser mayor se tienen más elementos para asumir los cambios en el cuidado por lo que sería de importancia tomar en cuenta este precepto.
- ㊦ La esquizofrenia es un trastorno complejo, en su estudio y abordaje deben de ser integrados varios factores, en el caso de la carga global, carga objetiva y EE es de suma importancia aproximarse a dichas variables en una visión bi-direccional y multifactorial ya que de lo contrario se pueden incurrir en sesgos importantes que solo permitan una comprensión parcial y por ende realizar aportaciones de mínima importancia hacia el cuidado y tratamiento de la esquizofrenia.

5.3 Sugerencias

- ㊦ La esquizofrenia al ser una enfermedad crónica degenerativa que generará deterioro en el paciente, afectará directamente a la familia; debe ser abordada en una perspectiva multidisciplinaria y sobre todo perfilar las intervenciones en el contexto cultural y social que vive el paciente y el cuidador informal.
- ㊦ Es primordial tener los elementos para crear programas de intervención destinados hacia la atención del paciente con esquizofrenia y el cuidador informal por lo que realizar estudios que los incluyan durante la evolución del trastorno, pudiesen aportar información de los cambios que surgen en el tiempo y en la vida de ambos.
- ㊦ Se debe de considerar los instrumentos encaminados a la medición de los constructos, además de vislumbrar el proceso adecuado para alcanzar la multidimensionalidad de la EE y carga.
- ㊦ Es importante para futuras investigaciones considerar otro diseño y tipo de estudio ya que se pudiesen obtener resultados que enriquezcan o complementen las investigaciones que ya se ha realizado en el tema.
- ㊦ Se requiere de estudios en población mexicana encaminados a conocer de una manera más amplia los factores que intervienen en un mejor pronóstico para el esquizofrénico ya que los que existen son de otras naciones o de inmigrantes radicando en otros países.
- ㊦ Otro punto importante es de reformular la visión del cuidador encaminada a las posibles ganancias secundarias que estos pudiesen tener a través de ejercer el cuidado de otro ya sea económicas y emocionales sobre los otros miembros de la familia.

5.4 Limitaciones

- ≠ Los resultados obtenidos deben de ser considerados con reserva debido al tamaño de la muestra, ya que sería arriesgado realizar aseveraciones tomando en cuenta el número sujetos entrevistados.
- ≠ La investigación y los resultados obtenidos fueron de tipo cuantitativos lo que limita e impide observar variantes de tipo cualitativo que pudiesen aportar información para una mejor comprensión del comportamiento de las variables estudiadas.
- ≠ El tipo de estudio al ser de tipo transversal no permitió seguir el comportamiento de las variables a través de los cambios en la evolución del paciente y de los cambios que surgirían con este.
- ≠ No se pudo realizar una comparación entre el grado de sintomatología y funcionamiento social del paciente mediante instrumentos destinados para ello y no solo basándose en la percepción del cuidador por lo que este estudio se basa en dicha percepción y no en los estándares establecidos de normalidad en el comportamiento humano.
- ≠ Para la medición del constructo carga es recomendable emplear o elaborar un instrumento, a pesar que se obtuvo un adecuado coeficiente de confiabilidad el SBAS este no abarca los tipos de carga de una forma más amplia.
- ≠ A pesar de que los diagnósticos fueron emitidos por psiquiatras con experiencia en el área, los diagnósticos iniciales cambian y en muchas ocasiones se presentan como probables por lo que esto debe de tomarse en cuenta para considerar el alcance de los resultados obtenidos a través de esta medición.
- ≠ Es importante resaltar que los resultados se basan en la posición que brinda un solo miembro y del clima que vive la familia, por lo que esto limita la perspectiva que se pudiese establecer con los demás familiares repercutiendo en la interacción que se tiene hacia los otros y el paciente.
- ≠ El tiempo de la entrevista fue inadecuado debido a su duración, antes de que se abordara al cuidador, éste y su paciente tuvieron un tiempo de espera para ser llamados a pre-consulta, después la duración de la consulta para determinar el diagnóstico, lo que se calculan entre 3 a 5 horas de espera.

≠ El espacio asignado para las entrevista en muchas ocasiones no fue el óptimo debido a interrupciones propias del servicio lo que pudo haber limitado el vinculo que se estableció con el cuidador.

REFERENCIAS

- Adams, T. (1996). Informal family caregiving to older people with dementia: research priorities for community psychiatric nursing. **Journal of Advanced Nursing**, **24** (4), 703-710
- Asociación Americana de Psiquiatría (1995). **Manual Diagnóstico y Estadístico de las Enfermedades Mentales (DSM-IV)** (1ª.ed.) México.
- Baker, B., Heller, T. & Henker, B. (2000). Expressed Emotion, Parenting Stress, and Adjustment in Mothers of Young Children with Behavior Problems. **Journal of Child Psychology and Psychiatry**, **41**(7), 907-915
- Barrowclough, C. & Parle, M. (1997). Appraisal, Psychological Adjustment and Expressed Emotion in Relatives from Patients Suffering from Schizophrenia. **The British Journal of Psychiatry**, **171** (7), 26-30
- Belloch, A., Sadin, B. & Ramos, F. (1995). **Manual de psicopatología**. España McGrawHill.
- Bentsen, H., Boye, B., Munkvold, O., Notland, T. Lesbryggen, A., Oskarsson, K. Ulstein, I., Uren, G., Bjorge, H. Berg-Larsen, R. & Lingjaerde, O. (1996). Emotional Overinvolvement in Parents of Patients with Schizophrenia or Related Psychosis: Demographic and Clinical Predictors. **The British Journal of Psychiatry**, **169** (5), 622-630
- Birley, J. & Hudson, B. (1990). La familia, red social y rehabilitación. **En Watts, F. y Bennett, D. Rehabilitación Psiquiátrica. Teoría y práctica**. México. Limusa.
- Bolton, C., Calam, R., Barrowclough, C., Peters, S., Roberts, J., Wearden, A. & Morris, J. (2003). Expressed emotion, attributions and depression in mother of children with problem behaviors. **Journal of Child Psychology and Psychiatry**, **44**(2), 242-254
- Boss, P. (2001). **La pérdida ambigua: como aprender a vivir con un duelo no terminado**. Gedisa. España.
- Boye, B., Bentsen, H., Notland, T.H., Munkvold, O.G., Lersbryggen, A.B., Oskarsson, K.H., Uren, G., Ulstein, I., Bjorge, H., Lingjaerde, O. & Malt, U.F. (1999). What predicts the course of expressed emotion in relatives of patients with schizophrenia or relatives psychoses? **Soc Psychiatry Epidemiol**, **34**, 35-43
- Butzlaff, R. & Hooley, J. (1998). Expressed Emotion and Psychiatric Relapse: A Meta-analysis. **Archives of General Psychiatry**, **55** (6), 547-552
- Calam, R., Bolton, C. & Roberts, J. (2002). Maternal expressed emotion, attributions and depression and entry into therapy for children with behaviors problems. **British Journal of Clinical Psychology**, **41**, 213-216

- Castilla, A., López, M., Chavarría, V., Sanjuán, M. & Canut, P. (1998). La carga familiar en una muestra de pacientes esquizofrénicos en tratamiento ambulatorio. **Rev. Asoc. Esp. Neuropsiquiatría**, **18** (68), 621-642
- Chávez, A. (2002). **Correlación entre el nivel de emoción expresada por el familiar y el grado de severidad sintomatología en pacientes con trastornos de alimentación**. Tesis de especialidad en psiquiatría, UNAM, México.
- Colina, A. & Antonioli, C. (2001). Los cuidados no-formales en el contexto de la salud mental comunitaria. *INTERPSIQUIS* (2): de <http://www.psiquiatria.com>
- Colodrón, A. (2002). **La condición esquizofrénica**. Madrid. Triacastela.
- Cortés-Padilla, M. y Rascón, M. (2001). Factores psicosociales relacionados con la rehospitalización de pacientes con psicosis orgánica. **Salud Pública México**, **43**(6), 529-536
- Daley, D., Sonuga-Barke, E. & Thompson, M. (2003). Assessing expressed emotion in mothers of preschool AD/HD children: Psychometric properties of a modified speech sample. **British Journal of Clinical Psychology**, **42**, 53-67
- Davis, J., Goldstein, M. & Neuchterlein, K. (1996). Gender Differences in Family Attitudes About Schizophrenia. **Psychological Medicine**, **26** (4), 689-696
- Devins, G. M. y Binik, Y. (1996). **Facilitating coping with chronic physical illness**. En **Zeidner, M. & Endler (Eds.) Handbook of coping: Theory, research, applications**. New York: Wiley
- Díaz-Guerrero, R. (1982) **Psicología del mexicano**. México. Trillas.
- Dyck, D., Short, R. & Vitaliano, P. (1999). Predictors of burden and infectious illness in schizophrenia caregiver. **Psychosomatic Medicine**, **61** (4), 411-419
- Elkin, D. (2000). **Psiquiatría Clínica**. España: Mc Graw Hill.
- Fadden, G., Bebbington, P. y Kuipers, L. (1987). The burden of care: The impact of functional psychiatric illness on the patients family. **Br. J. Psych.**, **150**, 285-292
- Fernández A. & González, J. (1999). Rehabilitación psicosocial en los trastornos esquizofrénicos. En Sáinz R. (comp.) **Esquizofrenia, enfermedad del cerebro y reto social** Barcelona. Masson.
- Fornés, V. (2003) Enfermería en salud mental. Cómo cuidar al cuidador y a nosotros mismos. Enfermería global (revista electrónica semestral de enfermería). Mayo. N°. 2: de <http://www.um.es/eglobal/>
- Foxall, M. & Gaston-Johansson, F. (1996). Burden and health outcomes of family caregivers of hospitalized bone marrow transplant patients. **Psychological Medicine**, **24** (5), 915-923

- Garnica, P., R. (1998). **Esquizofrenia: Diagnóstico y tratamiento en la práctica médica.** México. Ciencia y cultura latinoamericana SA de CV.
- Goldbeck, L. (2001). Parental coping with the diagnosis of childhood cancer. **Pshyco-oncology**, **10**, 325 – 335
- Goldman, H. (2001). **Psiquiatría general.** México. Manual Moderno
- Goldstein, T.R., Miklowitz, D. J. & Richards, J. A. (2002). Expressed Emotion Attitudes and Individual Psychopathology Among the Relatives of Bipolar Patients. **Family Process**, **41** (4), 645- 657
- Greenberg, J., Greenley, J., McKee, D., Brown, R. & Griffin-Francell, C. (1993). The effects of subjective burden in maternal health. **Family Relations**, **42** (2), 205-212
- Hall, M., J. & Docherty, N., M. (2000). Parent Coping Styles and Schizophrenic Patient Behavior as predictors of Expressed Emotion. **Family Process**, **39** (4), 435- 444
- Hartmann, H. (2000). La familia con lugar de lucha política, de género y de clase: el ejemplo del trabajo doméstico. **En Acker-Gunn, A., Hartmann-Pateman, R y Ruether-Sen, T. Cambios sociales, económicos y culturales. Argentina. Fondo de Cultura Económica 2000: 17-58**
- Hashemi, A. & Cochrane, R. (1999). Expressed emotion and schizophrenia: a review of studies across cultures. **International Review of Psychiatry**, **11**, 219- 224
- Hernández, S., Fernández, C. & Baptista, P. (1998). **Metodología de la Investigación.** México. Mc Graw Hill. Interamericana Editores.
- Hodes, M., Garralda, E., Rose, G. & Schwartz, R. (1999). Maternal Expressed Emotion and Adjustment in Children with Epilepsy. **Journal of Child Psychology and Psychiatry**, **40** (7), 1083- 1093
- Hoffman, P., Buteau, E., Hooley, J., Fruzzetti, A. & Bruce, M. (2003). Family Members' Knowledge about Borderline Personality Disorder: Correspondence with their Levels of Depression, Burden, Distress, and Expressed Emotion. **Family Process**, **42** (4), 469-478
- Hooley, J. & Campbell, C. (2002). Control and controllability: beliefs and behaviors in high and low expressed emotion relatives. **Psychological Medicine**, **32** (6), 1091-1099
- Jenkins, J. & Schumacher, J. (1999). Family burden of schizophrenia and depressive illness: Specifying the effects of ethnicity, gender and social ecology. **The British Journal of Psychiatry**, **174** (1), 31-38
- Jenkins, J., Karno, A., de la Selva, A. y Santana, F. (1986). Expressed emotion in cross-cultural context: familial response to schizophrenic illness among mexican americans. **En:**

Goldstein M, Hand I, Hahlweg K, editors. Treatment of schizophrenia: family assessment and intervention. New York: Springer-Verlag; 1986:35-49.

- Jenkins, J., Karno, M. y De la Selva, A. (1986) Expressed emotion among mexican-descent families: cultural adaptation of method and principal findings. **Psychological Bulletin**, **22**(6), **21-627**
- Jonn-Seed, M. & Weiss, S. (2002). Maternal expressed emotion as a predictor of emotional and behavioral problems in low birth weight children. **Issues in Mental Health Nursing**, **23**, 649-672
- Jungbauer, J. & Angermeyer, M. (2002). Living with a schizophrenic patient; a comparative study of burden as its affects parents and spouses. **Psychiatry**, **65** (2), 110-124
- Kaplan, H. & Sadock, B. (2000). **Sinopsis de Psiquiatría ciencia de la conducta y psiquiatría clínica**. España. Panamericana.
- Karanci, N e Inundilar, H. (2002). Predictors of component of expressed emotion in major caregivers of Turkish patients with schizophrenia. **Soc. Psychiatry Epidemiol**, **37**, 80-88
- Karno, M., Jenkins, J., de la Selva, A., Santana, F., Telles, C., Lopez, S. y Mintz, J. (1987)
- Kerlinger, F. & Howard L. (2002). **Investigación del comportamiento. Métodos de investigación en Ciencias Sociales. México**. Mc Graw Hill.
- King, S. & Dixon, M. (1996). The Influence of Expressed Emotion, Family Dynamics, and Symptom Type on the Social Adjustment of Schizophrenic Young Adults. **Archives of General Psychiatry**, **53** (12), 1098-1104
- Kuhliger, O. (2003). Aspectos psicosociales en la esquizofrenia: de <http://www.interpsiquis.com>
- Leff, J. (1996). Manejo Familiar en la esquizofrenia. En C.L. Shriqui, y H.A. Nasrallan (Ed.). **Aspectos actuales en el tratamiento de la esquizofrenia**. (pp. 777-798). Madrid. Editores médicos S. A.
- Leff, J., Alexander, B., Asen, E., Brewin, C. Dayson, D., Vearnals, S. & Wolff, G. (2003). Modes of action of family interventions in depression and schizophrenia: the same or different? **Journal of Family Therapy**, **25**, 357-370
- Lieberman, J. & Murray, R. (2001). **Comprehensive care of schizophrenia. A textbook of clinical management**. Martin Dunitz. London.
- Linszen, D. Dingemans, P. Van Der Does, J. W., Nugter, A. Scholte, P. Lenior, R. & Goldstein, M. J. (1996). Treatment, expressed emotion and relapse in recent onset schizophrenic disorders. **Psychological Medicine**, **26** (2), 333-342

- Loukissa, D. (1995). Family burden in chronic mental illness: a review of research studies. **Journal of Advanced Nursing**, **21** (2), 248-255
- Lowyck, B., De Hert, M., Peeters, E., Gilis, P. & Peuskens, J. (2001). Can we identify the factors influencing the burden on family members of patients with schizophrenia? **International Journal of Psychiatry in Clinical Practice**, **5**, 89-96
- MacInnes, D. & Watson, J. (2002). The differences in perceived burdens between forensic and non-forensic caregivers of individuals suffering from schizophrenia. **Journal of Mental Health**, **11** (4), 375-388
- Magliano, L., Fadden, G., Economou, M., Held, T., Xavier, M., Guarneri, M., Malagnone, C., Marasco, C. & Maj, M. (2000). Family burden and coping strategies in schizophrenia: 1-year follow-up data from BIOMED I study. **Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol**, **35**, 109-115
- Martens, L. & Addington, J. (2001). The psychological well-being of family members of individuals with schizophrenia. **Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol**, **36**, 128-133
- Martínez, L. A. (2002). Sobrecarga de los familiares de los pacientes con trastornos esquizofrénicos: de <http://www.hospitalarias.org>
- Mc Cleary, L. & Sanford, M. (2002). Parental expressed emotion in depressed adolescents: prediction of clinical course and relationship to comorbid disorders and social functioning. **Journal of Child Psychology and Psychiatry**, **43**(5), 587-595
- McDonnell, M., Short, R., Berry, C. & Dick, D. (2003). Burden in schizophrenia caregivers: impact of family psychoeducation and awareness of patient suicidality. **Family Process** **42**, 91-103
- Montorio, C., Fernández de Trocóniz, M., López, L. & Sánchez, C. (1998). La entrevista de carga del cuidador. Utilidad y validez del concepto de carga. **Anales de psicología**, **14** (2), 229-248
- Muela, J. & Godoy, J. (2001). Programas actuales de intervención familiar en esquizofrenia. **Psicothema**, **13**(1), 1-6
- Muela, M., Torres, C. & Peláez, P. (2002). Nuevo instrumento de situaciones estresantes en cuidadores de enfermos de Alzheimer. **Anales de psicología**, **18** (2), 319-331
- Mueser, K. T., et al. (1996). Family burden of schizophrenia and bipolar disorder: perceptions of relatives and professionals. **Psych. Services**, **47**, 507-511
- Myer, D. (2001). *Psicología social*. México Mc Graw Hill.
- Ohaeri, J. (2003). The burden of caregiving in families with mental illness: a review of 2002. **Current Opinion in Psychiatry**, **16** (4), 457-465

- Organización Mundial de la Salud (2000). **Guía de Bolsillo de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10)**. España, Medicina Panamericana
- Organización mundial de la Salud (OMS) Nota descriptiva: Informe sobre la salud en el mundo 2001 Ginebra.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). Informe sobre la salud en el mundo (2001) Salud mental: nuevos conocimientos nuevas esperanzas Ginebra.
- Östman, M. & Kjellin, L. (2002). Stigma by association: Psychological factors in relatives of people with mental illness. **The British Journal of Psychiatry**, **181**, 494-498
- Otero, B. & Rascón, M. (1988). Confiabilidad de la Escala de Valoración de la Conducta Social (SBAS). **Salud Mental**, **11**(1), 8-12
- Parker G, Rosen A, Emdur N & Hazdi-Pavlovic D. (1990). The Life Skills Profile: psychometric properties of a measure assessing function and disability in schizophrenia. **Acta Psychiatrica Scandinavica**, **83**, 145-152
- Peris, T. & Baker, B. (2000). Applications of the Expressed Emotion Construct to Young Children with Externalizing Behavior: Stability and Prediction over Time. **Journal of Child Psychology and Psychiatry**, **41**(4), 457-462
- Perlick, D., Clarkin, J., Sirey, J., Raue, P., Greenfield, S., Struening, E. & Rosenheck, R. (1999). Burden experienced by care-givers of persons with bipolar affective disorders. **British Journal of Psychiatry**. **175** (7), 56-62
- Phillips, M., Pearson, V., Li, F., Xu, M. & Yang, L. (2002). Stigma and expressed emotion: a study of people with schizophrenia and their family members in China. **The British Journal of Psychiatry**, **181**, 488-493
- Pratt, C., Gill, K., Barrett, N. & Roberts, M. (1999). **Psychiatric Rehabilitation. San Diego, California. Academia Press.**
- Provencher, H. & Fincham, F. (2000). Attributions of causality, responsibility and blame for positive and negative symptom behaviors in caregivers of persons with schizophrenia. **Psychological Medicine**, **30** (4), 899-910
- Rascón, D. (1999). **La opinión afectiva del paciente esquizofrénico y la emoción expresada por los familiares**. Tesis de Licenciatura, UNAM, México.
- Rascón, G., Díaz, M., López, J. & Reyes, C. (1997). La necesidad de dar atención a los familiares responsables del cuidado de pacientes esquizofrénicos. **Salud Mental**, **20**, 55-63

- Rascón, M. L., Rascón, D., Díaz, R. & Valencia, M. (1999). Relación entre la emoción expresada y la opinión afectiva de familiares y pacientes esquizofrénicos. **Psicología Iberoamericana**, **6** (4), 56-65
- Rendueles, G. et al. (1990). **Las esquizofrenias**. Ediciones Júcar. España.
- Reyes, C. (1998). **Nivel de emoción expresada en familiares de pacientes esquizofrénicos funcionales**. Tesis de Licenciatura, UNAM, México.
- Sales, E. (2003). Family burden and quality of life. **Quality of Life Research**, **12** (1), 33-41
- Sánchez, O. (2001). **La emoción expresada familiar en una muestra costarricense de pacientes esquizofrénicos**. Tesis doctoral, Universitat Autònoma de Barcelona, Barcelona.
- Scazufca, M. & Kuipers, E. (1996). Links Between Expressed Emotion and Burden of Care in Relatives of Patients with Schizophrenia. **The British Journal of Psychiatry**, **168** (5), 580-587
- Scazufca, M. & Kuipers, E. (1998). Stability of expressed emotion in relatives of those with schizophrenia and its relationship with burden of care and perception of patients' social functioning. **Psychological Medicine**, **28** (2), 453-461
- Scazufca, M. & Kuipers, E. (1999). Coping strategies in relatives of people with schizophrenia before and after admission. **The British Journal of Psychiatry**, **174**, 154-158
- Schreiber, J., Breier, A. & Picar, D. (1995). Expressed Emotion Trait or State? **The British Journal of Psychiatry**, **166** (5), 647-649
- Secretaría de Salud. (2000) Programa de acción de salud mental: Programa específico de esquizofrenia. En www.ssa.gob.mx.
- Sellwood, W., TARRIER, N, Quinn, J & Barrowclough, C. (2003). The family and compliance in schizophrenia: the influence of clinical variables, relatives' knowledge and expressed emotion. **Psychological Medicine**, **33** (1) 91-96
- Soto, H. (1998). Depresión y esquizofrenia. **Acta suplemento psicofarmacológico**, **2**, 1-25
- Steketee, G. & Chambless, D. (2001) Does Expressed Emotion Predict Behavior Therapy Outcome at Follow-up for Obsessive-Compulsive Disorder and Agoraphobia? **Clinical Psychology and Psychotherapy**, **8**, 389-399
- Stirling, J., Tantam, D., Thomas, P., Newby, D., Montague, L., Ring, N. & Rowe, S. (1993). Expressed Emotion and Schizophrenia: The Ontogeny of EE During an 18- Month Follow- Up. **Psychological Medicine**, **23**, 771- 778
- Sue, D. & Sue, S. (1996). **Comportamiento anormal**. México. McGraw-Hill.

- Tarrier, N., Sommerfield, C. & Pilgrim, H. (1999). Relatives' expressed emotion (EE) and post-traumatic stress disorder (PSTD) treatment outcome. **Psychological Medicine**, **29** (4), 801-811
- Tennakoon, L., Fannon, D., Doku, V., O'Ceallaigh, S., Soni, W., Santamaría, M., Kuipers, E. & Sharma, T. (2000). Experience of caregiving: relatives of people experience a first episode of psychosis. **The British Journal of Psychiatry**, **177**, 529-533
- Valencia, M., Rascón, M. & Quiroga, H. (2003). Aportaciones de la investigación respecto al tratamiento psicosocial y familiar de pacientes con esquizofrenia. **Salud Mental**, **26** (5), 1-15
- Vallina, F. O. & Lemos, G. S. (2000) .Dos décadas de intervenciones familiares en la esquizofrenia. **Psicothema**, **12**(4), 671-681
- Wamboldt, F., O'Connor, S., Wamboldt, M., Gavin, L. & Klinnert, M. (2000). The Five Minute Speech Sample in Children with Asthma: Deconstructing the Construct of Expressed Emotion. **Journal of Child Psychology and Psychiatry**, **41** (7), 887-898

REFERENCIAS CONSULTADAS

- Arthur, D. & The Nursing Research Group. (2002). The validity and reliability of measurement of the concept “expressed emotion” in the family members and nurses of Honk Kong patients with schizophrenia. **International Journal of Mental Health Nursing**, **11**, 192-198
- Bebbington, P. y Kuipers, L. (1995). The predictive utility of expressed emotion in schizophrenia: an aggregate analysis. **Psychological Medicine**, **25** (1), 707-718
- Bellack, A., Haas, G., Schooler, N. & Flory, J. (2000). Effects of behavioral family management on family communication and patient outcomes in schizophrenia. **The British journal of Psychiatry**, **177**, 434-439
- Belloso, J., García, B & De Prado, E. (1999) Intervención psicoeducativa en un centro de rehabilitación social. Originales y revisiones. 24-34
- Bentsen, H., Boye, B., Munkvold, O., Notland, T., Lersbryggen, A., Oskarsson, K., Ulstein, I., Uren, G., Bjorge, H., Berg-Larsen, R., Ling-Jaerden, O. y Malt, U. (1996). Emotional overinvolvement in parents of patients with schizophrenia or related psychosis: demographic and clinical predictors. **British Journal of Psychiatry**, **169**, 622-630
- Cabrero, L. Nieto, B., Amor, J., Hernández & Obiols, J. Terapia psicoeducativa familiar: primera experiencia en Cataluña. Subdivisión de Psiquiatría y Psicología Médica Hospital Clínico y Provincial de Barcelona, 5-9
- Campuzano, M. (1981). La ideología médica de los hospitales psiquiátricos. En S. Marcos (coordinadora). **Manicomios y Prisiones**. I Encuentro Latinoamericano y V Encuentro Internacional de Alternativas para la Psiquiatría, del 2 al 6 de Octubre. Cuernavaca, Morelos, México.
- Carta de Ottawa para la promoción de la salud, en:
<http://www.inta.cl/promosalud/conferencias/ottawa.pdf>
- Cheng, A. (2002). Expressed emotion: a cross-culturally valid concept? **The British Journal of Psychiatry**, **181**, 466-467
- Christensen, A. Dornink, R., Ehlers, S. & Schultz, S. (1999). Social Environment and Longevity in Schizophrenia. **American Psychosomatic Society**, **61** (2), 141-145
- Cooley, E. (1981). Desarrollo institucional de la atención del psiquismo en México. En S. Marcos (coordinadora). **Manicomios y Prisiones**. I Encuentro Latinoamericano y V Encuentro Internacional de Alternativas para la Psiquiatría, del 2 al 6 de Octubre. Cuernavaca, Morelos, México.

- Dixon, M., King, S., Stip, E. & Cormier, H. (2000). Continuous performance test differences among schizophrenic out-patients living in high and low expressed emotion environments. **Psychological Medicine**, **30** (5), 1141- 1153
- El tránsito de la caridad cristiana a la asistencia pública (Las instituciones de salud mental), en: <http://www.asambleadf.gob.mx/princip/informac/revista/num02/histori.html>
- Espina, A. & González, P. (2003). Intervenciones familiares en la esquizofrenia: cambios en la sintomatología y el ajuste social. **Salud Mental**, **26** (1), 51-58
- Fadden, G. (1998). Family intervention in psychosis. **Journal of Mental Health**, **7** (2), 115-123
- Falloon, I. (1988). Expressed emotion: current status. **Psychological Medicine**, **18**, 269-274
- Fernández, F., J., Reyes, P., M. & Ramal, P., J. (1997). La rehabilitación psicosocial en los hospitales psiquiátricos. En G. A. Rodríguez. **Rehabilitación psicosocial de personas con trastornos mentales crónicos** (pp. 57-81). Madrid. Psicología Pirámide.
- Fiscella, K. & Campbell, T. Association of Perceived Family Criticism with Health Behaviors. **Journal of Family Practice**, **48** (2), 128-134
- Forster, J., Finlayson, S., Bentall, R., Day, J., Randall, F., Wood, P., Reid, D., Rogers, A. & Healy, D. (2003). The perceived expressed emotion in staff scale. **Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing**, **10**, 109-117
- Gavazzi, M., Mckenty, P., Jacobson, J. Julian, T. & Lohman, B. (2000). Modeling the Effects of Expressed Emotion, Psychiatric Symptomology, and Marital Quality Levels on Male and Female Verbal Aggression. **Journal Marriage and the Family**, **62**, 669-682
- Hahlweg, K. & Wiedermann, G. (1999). Principles and results of family therapy in schizophrenia. **Eur Arch Psychiatr Neurosci**, **249** (4), 108-115
- Hakan, J., Grawe, R. & Hansson, K. (2000) Expressed emotion and prediction of relapse in adolescent with psychotic disorders. **Nord J. Psychiatry**, **54** (3), 201-205
- Harrison, G., Croudace, T., Mason, P., Glazebrook, C & Medley, I. (1996). Predicting the Long-Term Outcome of Schizophrenia. **Psychological Medicine**, **26** (4), 697- 706
- Haywood, T., Kravitz, H.; Grossman, L., Cavanaugh, J., Davis, J. & Lewis, D. (1995). Predicting the “Revolving Door” Phenomen Among Patients With Schizophrenic, Schizoaffective, and Affective Disorders. **Soc Psychiatry Psychiatry Epidemiol**, **152** (6), 856-861
- Hodes, M., Dare, C., Dodge, E. & Eisler, I. (1999) The Assessment of Expressed Emotion in a Standardized Family Interview. **Journal of Child Psychology and Psychiatry**, **40** (4), 617-625

- Hubschmind, T. y Zemp, M. (1989). Interactions in high- and low- EE families. **Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology**, **24**, 113-119
- Ibáñez, B. (1990). **Manual para la elaboración de la tesis**. México: Trillas.
- Ivanovic, M., Vuletic, Z. y Bebbington, P. (1994). Expressed emotion in the families of patients with schizophrenia and its influence on the course of illness. **Soc Psychiatr Epidemiol**, **29**, 61-65
- Jacobsen, T., Hibbs, E. & Ziegenhain, U. (2000). Maternal Expressed Emotion Related to Attachment Disorganization in Early Childhood: A Preliminary Report. **Journal of Child Psychology and Psychiatry**, **41**(7), 899-906
- Jones, A. (2002). Research and organizational issues for the implementation of family working in community psychiatric services. **Journal of Advanced Nursing**, **38** (2), 171-179
- Karanci, N. & Inundilar, H. (2002). Predictors of components of expressed emotion in major caregivers of Turkish patients with schizophrenia. **Soc. Psychiatr Psychiatr Epidemiol**, **37**, 80-88
- Koenigsberg, H. y Hnadley, R. (1986). Expressed emotion: from predictive index to clinical construct. **The American Journal of psychiatry**, **143**(11), 1361-1373
- Kuipers, L. (1992). Expressed emotion in 1991. **Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology**, **27**(1), 1-3
- Kuipers, L. (1994). The measurement of expressed emotion: its influence on research and clinical practice. **International Review of Psychiatry**, **6**, 187-199
- Lopez, S. y Weisman, A. Integrating a cultural perspective in psychological test development. **En Velásquez, R., Arellano, L. y Mcneill, B. Mahwah (Eds.), The handbook of chicana/o psychology and mental health**. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers
- Mavreas, V., Tomaras, V., Karydi, V., Economou, M. y Stefanis, C. (1992). Expressed emotion in families of chronic schizophrenics and its association with clinical measures. **Psychiatric Epidemiology**, **27**(1), 4-9
- McCarty, C. & Weisz, J. (2002). Correlates of expressed emotion in mothers of clinically-referred youth: an examination of the five-minute speech sample. **Journal of Child Psychology and Psychiatry**, **43** (6), 759-768
- Montero, I., Gómez-Beneyto, I., Ruiz, E. y Adam, A. (1992). Expressed emotion on the course of schizophrenia in a sample of spanish patients a two- year follow- up study. **British Journal of Psychiatry**, **161**, 217-222

- Moore, E., Yates, M., Mallindine, C., Ryan, S., Jackson, S., Chinnon, N., Kuipers, E. & Hammond. (2002). Expressed Emotion in relationships between staff and patients in forensic services: Change in relationship status at 12 month follow-up. **Legal and Criminological Psychology**, **7**, 203-218
- Mottaghipour, Y., Pourmand, H., Maleki, H. & Davidian, L. (2001). Expressed emotion and the course of schizophrenia in Iran. **Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol**, **36**, 195-199
- Mozny, P. y Votypkova, P. (1992). Expressed emotion, relapse rate and utilization of psychiatric inpatient care in schizophrenia, **Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology**, **27**(4), 174-179
- Paley, G., Shapiro, D. & Worrall-Davies, A. (2000). Familial origins of expressed emotion in relatives of people with schizophrenia. **Journal of Mental Health**, **9** (6), 655-663
- Philip, J., Sturgeon, D. y Leff, J. (1992). The perception of emotion by schizophrenic patients. **British Journal of Psychiatry**, **161**, 603-609
- Phillips, M. R., Li, Y., Stroup, T.S. & Xin, L. (2000). Causes of schizophrenia reported by patients' family members in China. **The British Journal of Psychiatry**, **177**, 20-25
- Posininsky & Schaumbura. (1998); **¿Qué es la esquizofrenia?: una enfermedad y las posibilidades de su tratamiento.** Herder, Barcelona.
- Postel, J. & Quérel, C. (2000). **Nueva historia de la Psiquiatría.** México. Fondo de Cultura Económica.
- Razali, S. Che Ismail, K.A. & Subramaniam, M. (2000). Psychological interventions for schizophrenia. **Journal of Mental Health**, **9** (3) 283-290
- Rodríguez, G. A. & Sobrino, C. T. (1997). La evolución de la atención al enfermo mental crónico: la reforma psiquiátrica y el desarrollo de la atención comunitaria. En G. A. Rodríguez. **Rehabilitación psicosocial de personas con trastornos mentales crónicos** (pp. 57-81). Madrid. Psicología Pirámide.
- Rosenfarb, I., Ventura, J., Nuechterlein, K., Goldstein, M., Snyder, K. & Hwang, S. (1999). Expressed Emotion, Appraisal and Coping by Patients with Recent-onset Schizophrenia. A Pilot Investigation. **Scandinavian Journal of Behaviour Therapy**, **28** (1), 3-8
- Ruggeri, M. & Tansella, M. (2002). To what extent do mental health services meet patients' needs and provide satisfactory care? **Social Psychiatry**, **15** (2), 193-199
- Sanz, F. & Cañive, J. (1996). "Psicoeducación" de familiares de pacientes esquizofrénicos. En Aldaz, J. y Vázquez, C. (comps). **Esquizofrenia: fundamentos psicológicos y psiquiátricos de la rehabilitación.** España. Siglo veintiuno

- Schoefield, H. L., Murphy, B., Herrman, H. E., Bloch, S. & Singh, B. (1997). Family caregiving: measurement of emotional well-being and various aspects of the caregiving role. **Psychological Medicine**, **27** (3), 647-657
- Smith, J., Birchwood, M., Cochrane, R. y George, S. (1992). The needs of high and low expressed emotion families: a normative approach. **Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology**, **28**(1), 11-16
- Strachan, A., Leff, J., Goldstein, M., Doane, J., y Burt, C. (1986). Emotional attitudes and direct communication in the families of schizophrenics: a cross-national replication. **British Journal of Psychiatry**, **149**, 279-287
- Tanaka, S., Mino, Y. & Inoue, S. (1995). Expressed Emotion and the Course of Schizophrenia in Japan. **The British Journal of Psychiatry**, **167** (6), 794-798
- Tattan, T. & Tarrier, N. (2000). The expressed emotion of case managers of the seriously mentally ill: the influence of expressed emotion on clinical outcomes. **Psychological Medicine**, **30** (1), 195-204
- Telles, C., Karno, M., Mintz, J. Paz, G. Tucker, D. Arias, M. & Lopez, S. (1995). Immigrant families coping with schizophrenia: Behavioral Family Intervention v. Case Management with a low-income spanish-speaking population. **The British Journal of Psychiatry**, **167** (4), 473-479
- Uehara, T., Yokohama, T., Goto, M., Nakano, Y., Kawashima, Y. & Someya, T. (1999). Reliability of the 5-min speech sample for assessing expressed emotion in Japanese patients. **Psychiatry and Clinical Neurosciences**, **53**, 511-514
- Van Humbeeck, G., Van Audenhove, Ch., Pieters, G., De Hert, M., Storms, G. Vertommen, H. Peuskens, J. & Heyrman, J. (2001). Expressed emotion in staff-patient relationships: the professional's and resident's perspectives. **Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol**, **36**, 486-492
- Van Humbeeck, G., Van Audenhove, Ch., Pieters, G., De Hert, M., Storms, G. Vertommen, H. Peuskens, J. & Heyrman, J. (2002). Expressed emotion in the client- professional dyad: are symptoms, coping strategies and personality related? **Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol**, **37**, 364-371
- Van Os, J. & McGuffin, P. (2003). Can the social environment cause schizophrenia? **The British Journal of Psychiatry**, **182**, 291- 292
- Vaugh, C., Sorensen, K., Jones, S., Freeman, W. y Fallon, I. (1984). Family factors in schizophrenic relapse. **Arch Gen Psychiatry**, **41**, 1169-1177

- Vaughn, C. (1989). Expressed emotion in family relationships. **J. Child Psychol. Psychiat**, **30** (1), 13-22
- Vaughn, C., Sorensen, K., Jones, S., Freeman, W., Falloon, I. (1984). Family factors in schizophrenic relapse. **Arc Gen Psychiatry**, **41**, 1169-1177
- Warner, R. (2000). How much of the burden of schizophrenias alleviated by treatment? **The British Journal of Psychiatry**, **183**, 375-376
- Weisman, A. (1997). Understanding cross-cultural prognostic variability for schizophrenia. **Cultural Diversity and Mental Helth**, **3**(1), 23-35
- Whittaker, D. & Theodore, S. (2003). Happy families: expressed emotions and team dynamics. **Mental Health Practice**, **6** (6), 34-38
- Willets, L. & Leff, J. (1997). Expressed emotion and schizophrenia: the efficacy off a staff training programme. **Journal of Advanced Nursing**, **26**, 1125-1133
- Winefield, H. (1994) Needs of family caregivers in chronic schizophrenia. **Schizophrenia Bulletin**, **20** (3), 557-566
- Woo, S., Goldstein, M. & Neuchterlein, K. (1997). Relatives' Expressed Emotion and Non-Verbal Signs of Subclinical Psychopathology in Schizophrenic Patients. **The British Journal of Psychiatry**, **170** (1), 58-61

ANEXOS

ANEXO 1

FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE PSICOLOGÍA Y FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES
ZARAGOZA
HOSPITAL PSIQUIÁTRICO "FRAY BERNARDINO ÁLVAREZ"

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

La Universidad Nacional Autónoma de México a través de la Facultad de Psicología y de la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza y en colaboración con el Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Álvarez", se encuentran realizando un estudio con el propósito de conocer el impacto de la Esquizofrenia y sus posibles consecuencias en el cuidador del paciente diagnosticado con dicha enfermedad.

Por ello es importante su participación para la realización de este estudio. Toda la información que usted nos proporcione es **TOTALMENTE ANÓNIMA Y CONFIDENCIAL**.

La forma de participación será a través de **RESPONDER A DOS CUESTIONARIOS**.

El equipo de trabajo se encuentra integrado por profesionales de la salud, particularmente dos psicólogas y el equipo que atiende a su familiar.

Si usted decide no participar en esta investigación, puede hacerlo sin repercusiones de ninguna índole sobre la atención médica que esta recibiendo en este servicio, pero recuerde que la información obtenida **SERVIRÁ PARA MEJORAR SU SALUD, CONOCER Y RESOLVER PROBLEMAS** que les ocurre a personas que tienen un familiar diagnosticado con Esquizofrenia.

Si usted esta de acuerdo en participar en este estudio, le solicitamos escriba sus datos que se le piden en la hoja anexa de este documento.

De antemano gracias.

Para mayor información, dudas y/o comentarios, sobre la información antes mencionada, comunicarse con las psicólogas Alina López Mendoza y Yvette Mora Sánchez.

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE PSICOLOGÍA Y FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES
ZARAGOZA
HOSPITAL PSIQUIÁTRICO "FRAY BERNARDINO ÁLVAREZ"**

SE ME HA INFORMADO QUE SE ESTÁ REALIZANDO UN ESTUDIO CON EL PROPÓSITO DE CONOCER EL IMPACTO DE LA ESQUIZOFRENIA EN EL CUIDADOR DEL PACIENTE DIAGNOSTICADO CON DICHA ENFERMEDAD MENTAL.

SE ME HA ASEGURADO QUE LA INFORMACIÓN QUE PROPORCIONE SERÁ CONFIDENCIAL Y MANEJADA CON FINES ESTRICTAMENTE DE INVESTIGACIÓN.

CUALQUIER DUDA ME SERÁ ACLARADA Y DOY MI AUTORIZACION PARA QUE SE ME APLIQUEN DOS CUESTIONARIOS.

Nombre: _____	Edad: _____
Domicilio: _____ _____	
Teléfono: _____	Fecha: _____
Nombre y Firma de que autoriza: _____	

ANEXO 2

ESCALA DE EVALUACIÓN DE LA CONDUCTA DEL PACIENTE (SBAS)

ESCALA DE EVALUACIÓN DE LA CONDUCTA DEL PACIENTE

(Adaptación para pacientes con esquizofrenia-estables)
Aplicación el familiar responsable

No. de aplicación: _____

Fecha: _____

Nombre del paciente: _____

Nombre del familiar: _____

(El entrevistador debe explicar el objetivo del 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).

SECCIÓN A INTRODUCCIÓN

A.1 Empezaré preguntándole un poco en relación a datos sobre usted y su familiar enfermo.

PACIENTE

SEXO

1. Masculino
2. Femenino

5

EDAD

(Escriba el número en el recuadro)

<input type="text"/>	<input type="text"/>
6	7

ESTADO CIVIL

1. Casado o unión libre (viven juntos)
2. Separado(a) o divorciado(a)
3. Soltero
4. Viudo

8

OCUPACIÓN DEL PACIENTE

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.
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 el dueño que estaría en el nivel 3), policía auxiliar, albañil, hojalatero, panadero, talabartero, joyero, relojero, afanadora, chofer, pintor, comerciante, cantinero, tramoyista, cocinero, carnicero, fotógrafo, herrero.
6. Barrendero, bolero, portero, soldado raso, campesino, boxeador.
7. Hogar.
8. Desocupado.
9. Estudiante.

9

ESCOLARIDAD DEL PACIENTE

1. Título universitario ó 1 ó más años de carrera universitaria
2. Cursó 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

10

LUGAR QUE OCUPA EN LA FAMILIA (Aproximación entre el número de hijos)

11

1. Hijo único
2. Primeros lugares
3. Lugares medios
4. Últimos lugares

INFORMANTE

SEXO

1. Masculino
2. Femenino

12

¿Cuántos años tiene usted?

EDAD DEL INFORMANTE

(Escriba el número en el recuadro)

13

14

RELACIÓN CON EL PACIENTE

15

0. esposa (o)
1. padre (madre)
2. hijo (a)
3. otro pariente
4. amigo/vecino (especifique)
5. otra (especifique)

ESTADO CIVIL DEL INFORMANTE

16

1. Casado o unión libre (viven juntos)
2. Separado (a) o Divorciada
3. Soltero
4. Viudo

DESDE CUANDO VIVEN EN EL MISMO DOMICILIO INFORMANTE-PACIENTE

17

0. Menos de un 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

OCUPACIÓN DEL INFORMANTE

18

10. Profesional, doctor, abogado, etc. magnate industrial o de negocios, ministros, subsecretarios de gobierno.
11. Industrial término medio, hombre de negocios, funcionario bancario, de relaciones públicas, auditor, contador público, cabeza de alguna oficina, inversionista, piloto aviador, actor, cineasta.
12. Empleado bancario, empleado burócrata en oficina, dueño de una tienda pequeña, agente viajero, profesor de primaria, contador privado, secretaria, sobrecargo, recepcionista.
13. Carpintero, mecánico, sastre, electricista, plomero, policía bancario, agente de tránsito, agente judicial, agente de ventas, radiotécnico de laboratorio, cobrador.
14. Obrero no calificado, mesero, taxista, peluquero (exceptuando el dueño que estaría en el nivel 3), policía auxiliar, albañil, hojalatero, panadero, talabartero, joyero, relojero, afanadora, chofer, pintor, comerciante, cantinero, tramoyista, cocinero, carnicero, fotógrafo, herrero.
15. Barrendero, bolero, portero, soldado raso, campesino, boxeador.
16. Hogar.
17. Desocupado.
18. Estudiante.

ESCOLARIDAD DEL INFORMANTE

19

1. Título universitario ó 1 ó más años de carrera universitaria
2. Cursó 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

CIRCUNSTANCIAS DOMÉSTICAS DEL PACIENTE

20

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 situación

FRECUENCIA DE RECAÍDA CON HOSPITALIZACIÓN

21

9. Ninguna vez
10. Primera vez (con hospitalización)
11. Segunda recaída (con hospitalización)
12. Tercera recaída (con hospitalización)
13. Cuarta recaída (con hospitalización)
14. Quinta recaída (con hospitalización)
15. Sexta recaída (con hospitalización)
16. Séptima recaída (con hospitalización)
17. Octava recaída (con hospitalización)

A.2 En el último..... (tiempo/periodo), ¿Qué tan a menudo vio usted a S?

FRECUENCIA DE CONTACTO

22

1. Todo el día
2. Media mañana
3. Por la tarde
4. Solamente por la noche
5. Un rato en la mañana, o en la tarde, o en la noche
6. Especialmente los fines de semana

Aproximadamente cuántas horas se ven al día (calcular por semana) _____hrs/semana

23 24

A.3 ¿Podría darme alguna breve explicación del problema de S? ¿Cuándo notó por primera ocasión que había algo mal?

TIEMPO DE APARICIÓN DEL PROBLEMA

_____ años

25 26

A. 4 ¿Desde cuándo notó por primera vez que algo andaba mal? ¿Se ha comportado S en forma extraña todo el tiempo?

PERSISTENCIA DEL PROBLEMA DEL PACIENTE

27

0. No persistencia
1. Persistencia

(Si la calificación es de 0, haga la pregunta A.6; si la calificación es de 1, pase a la pregunta A.5)

A.5 ¿Cuándo comenzó el problema actual de S?

TIEMPO DE APARICIÓN DEL EPISODIO ACTUAL

28

- 0. < 1 semana a 1 mes
- 1. > 1 mes a 3 meses
- 2. > 3 meses y < 1 año
- 3. > 1 año < 2 años
- 4. > 2 años a 5 años
- 9. NO APLICABLE

A. 6 (Si la calificación para la pregunta 4 es de 1) Desde que notó por primera vez que algo andaba mal con S, ¿Ha empeorado, se ha mantenido igual o ha mejorado?

(Si la calificación para la pregunta 4 fue de 0) ¿Se encuentra S peor que antes en esta ocasión, igual o no tan mal?

NIVEL DE SEVERIDAD DEL PROBLEMA DEL PACIENTE

29

- 1. Igual
- 2. Más severo
- 3. Menos severo

Ahora me podría decir quienes integran su familia en forma tal que pueda obtener una mejor imagen global de la situación.

A. 7 ¿Podría decirme quiénes viven con usted? (HOJA ANEXA)

NOMBRE Y RELACIÓN CON EL INFORMANTE

EDAD

PRESENCIA DE ENFERMEDAD

1. _____	_____	_____
2. _____	_____	_____
3. _____	_____	_____
4. _____	_____	_____
5. _____	_____	_____
6. _____	_____	_____
7. _____	_____	_____
8. _____	_____	_____

SECCIÓN 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. Intento de suicidio
- 18. Conducta ofensiva
- 19. Abuso excesivo de alcohol o drogas
- 20. Auto-descuido
- 21. Quejas relacionadas con molestias
- 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 y quizá me pueda decir si S se ha comportado de esa manera. A todo mundo le hacemos las mismas preguntas por lo que muchas de estas cosas no se aplicarán a S.

NOTAS PARA EL ENTREVISTADOR

En las siguientes preguntas se aplica el nivel de aparición cuando una conducta es calificada como presente.

APARICIÓN: ¿Cuándo notó por primera vez que S..... (De un ejemplo de la conducta)?

B.1 TRISTEZA

¿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

30

0. Poca o ninguna depresión
1. Lloraba o estaba obviamente deprimido parte del tiempo
2. Rara vez animado; no responde a intentos por animarlo

PERIODO DE APARICIÓN

31

- | | |
|-------------------------|--------------------------|
| 1. < 1 semana | 5. No hubo cambio |
| 2. > 1 semana < 3 meses | 9. No presenta depresión |
| 3. > 3 meses < 1 año | |
| 4. > 1 año | |

B.2 AISLAMIENTO

¿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

32

0. Normalmente sociable
1. Socialmente aislado y solitario pero se mezcla con otras personas si se le anima a hacerlo
2. Nunca sociable, aún cuando se le anime a hacerlo

PERIODO DE APARICIÓN

33

- | | |
|-------------------------|--------------------------|
| 1. < 1 semana | 5. No hubo cambio |
| 2. > 1 semana < 3 meses | 9. No presenta depresión |
| 3. > 3 meses < 1 año | |
| 4. > 1 año | |

B. 3 LENTITUD En el último (tiempo/periodo).....

¿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

34

- 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 APARICIÓN

35

- 1. < 1 semana
- 2. > 1 semana < 3 meses
- 3. > 3 meses < 1 año
- 4. > 1 año
- 5. No hubo cambio
- 9. No presenta depresión

B. 4 OLVIDO En el último (tiempo/periodo).....

¿Tuvo problemas S para recordar cosas cotidianas?

¿Olvidaba dónde ponía cosas tales como las 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

36

- 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 APARICIÓN

37

- 1. < 1 semana
- 2. > 1 semana < 3 meses
- 3. > 3 meses < 1 año
- 4. > 1 año
- 5. No hubo cambio
- 9. No presenta depresión

B. 5 SUBACTIVIDAD En el último (tiempo/periodo).....

¿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

38

- 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 APARICIÓN

39

- 1. < 1 semana
- 2. > 1 semana < 3 meses
- 3. > 3 meses < 1 año
- 4. > 1 año
- 5. No hubo cambio
- 9. No presenta depresión

B. 6 SOBREDPENDENCIA En el último (tiempo/periodo).....

¿Se aferró S a usted o le seguía a donde fuera?

¿Si sale usted de la habitación, le sigue S?

¿Resiste S el ser dejado solo aún durante periodos breves?

NIVEL DE SOBREDEPENDENCIA DEL PACIENTE

40

0. Normalmente independiente
1. Sigue a las personas por algún rato
2. No permanece solo ni siquiera por minutos

PERIODO DE APARICIÓN

41

1. < 1 semana
2. > 1 semana < 3 meses
3. > 3 meses < 1 año
4. > 1 año
5. No hubo cambio
9. No presenta depresión

B. 7 INDECISIÓN En el último (tiempo/periodo).....

¿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 qué comer? ¿Estaba tan indeciso/indecisa sobre el qué hacer que prefería no hacer las cosas? Por ejemplo, no iba a trabajar debido a que no podía decidir qué ponerse.

NIVEL DE INDECISIÓN DEL PACIENTE

42

0. Nula
1. Algo
2. Tan indeciso/indecisa que otras actividades quedan severamente imposibilitadas

PERIODO DE APARICIÓN

43

1. < 1 semana
2. > 1 semana < 3 meses
3. > 3 meses < 1 año
4. > 1 año
5. No hubo cambio
9. No presenta depresión

B. 8 PREOCUPACIÓN En el último (tiempo/periodo).....

¿Encuentra S todos los eventos cotidianos como generadores de ansiedad o sumamente preocupantes?

¿Le preocupa a S el hecho de salir 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 porque le preocupaba que algo terrible les fuera a pasar.

NIVEL DE PREOCUPACIÓN DEL PACIENTE

44

0. Nula
1. Alguna, pero no totalmente preocupado
2. Extrema. Constantemente afligido por preocupaciones o intenta cambiar la conducta de otros debidos a sus preocupaciones

PERIODO DE APARICIÓN

45

1. < 1 semana
2. > 1 semana < 3 meses
3. > 3 meses < 1 año
4. > 1 año
5. No hubo cambio
9. No presenta depresión

B. 9 TEMOR En el último (tiempo/periodo).....

- ¿Presentaba S algunos temores poco comunes?
- ¿Temía salir?
- ¿Temía el estar en un espacio cerrado?
- ¿Estaba a menudo temeroso de animales o insectos?
- ¿Estaba 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

46

- 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 APARICIÓN

47

- 1. < 1 semana
- 2. > 1 semana < 3 meses
- 3. > 3 meses < 1 año
- 4. > 1 año
- 5. No hubo cambio
- 9. No presenta depresión

B. 10 OBSESIONES En el último (tiempo/periodo).....

- ¿Era S muy exigente o remilgado con respecto a hacer 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 DEL PACIENTE

48

- 0. Nula
- 1. Algunas conductas obsesivas pero no obstaculizan seriamente otras actividades
- 2. Conducta obsesiva extrema que obstaculiza seriamente otras actividades

PERIODO DE APARICIÓN

49

- 1. < 1 semana
- 2. > 1 semana < 3 meses
- 3. > 3 meses < 1 año
- 4. > 1 año
- 5. No hubo cambio
- 9. No presenta depresión

B. 11 IDEAS EXTRAVAGANTES En el último (tiempo/periodo).....

- ¿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 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

50

- 0. Nulas
- 1. Algunas ideas extravagantes pero no totalmente inquietantes
- 2. Ideas extremadamente extravagantes, únicamente un contacto mínimo con la realidad

PERIODO DE APARICIÓN

51

- | | |
|-------------------------|--------------------------|
| 1. < 1 semana | 5. No hubo cambio |
| 2. > 1 semana < 3 meses | 9. No presenta depresión |
| 3. > 3 meses < 1 año | |
| 4. > 1 año | |

B. 12 HIPERACTIVIDAD En el último (tiempo/periodo).....

- ¿Estaba 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

52

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 APARICIÓN

53

- | | |
|-------------------------|--------------------------|
| 1. < 1 semana | 5. No hubo cambio |
| 2. > 1 semana < 3 meses | 9. No presenta depresión |
| 3. > 3 meses < 1 año | |
| 4. > 1 año | |

B. 13 IMPREDICTIBILIDAD En el último (tiempo/periodo).....

- ¿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

54

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 APARICIÓN

55

- | | |
|-------------------------|--------------------------|
| 1. < 1 semana | 5. No hubo cambio |
| 2. > 1 semana < 3 meses | 9. No presenta depresión |
| 3. > 3 meses < 1 año | |
| 4. > 1 año | |

B. 14 IRRITABILIDAD En el último (tiempo/periodo).....

- ¿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

56

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 comporta cortésmente con extraños)

PERIODO DE APARICIÓN

57

1. < 1 semana
2. > 1 semana < 3 meses
3. > 3 meses < 1 año
4. > 1 año
5. No hubo cambio
9. No presenta depresión

B. 15 RUDEZA En el último (tiempo/periodo).....

- ¿Era S rudo o desconsiderado con usted o con amigos y 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

58

0. Nula
1. Mal educado o desconsiderado pero responde a intentos por cambiar su conducta
2. Extremadamente rudo, no responde a intentos por cambiar su conducta

PERIODO DE APARICIÓN

59

1. < 1 semana
2. > 1 semana < 3 meses
3. > 3 meses < 1 año
4. > 1 año
5. No hubo cambio
9. No presenta depresión

B. 16 VIOLENCIA En el último (tiempo/periodo).....

- ¿Era S agresivo o abusivo con usted o con alguien más?
¿Le 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

60

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.

PERIODO DE APARICIÓN

61

1. < 1 semana
2. > 1 semana < 3 meses
3. > 3 meses < 1 año
4. > 1 año
5. No hubo cambio
9. No presenta depresión

B. 17 INTENTO DE SUICIDIO En el último (tiempo/periodo).....

- ¿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 arrojarde de un edificio?

NIVEL DE INTENTOS DE SUICIDIO DEL PACIENTE

62

- 0. No amenazas o intento de suicidio
- 1. Amenazas de suicidio pero sin llevar a cabo ningún intento
- 2. Intento suicida o gesto suicida

PERIODO DE APARICIÓN

63

- 1. < 1 semana
- 2. > 1 semana < 3 meses
- 3. > 3 meses < 1 año
- 4. > 1 año
- 5. No hubo cambio
- 9. No presenta depresión

B. 18 CONDUCTA OFENSIVA En el último (tiempo/periodo).....

- ¿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

64

- 0. Nula
- 1. Conducta ofensiva en una ocasión
- 2. Conducta ofensiva en más de una ocasión

PERIODO DE APARICIÓN

65

- 1. < 1 semana
- 2. > 1 semana < 3 meses
- 3. > 3 meses < 1 año
- 4. > 1 año
- 5. No hubo cambio
- 9. No presenta depresión

B. 19 ABUSO EXCESIVO DE ALCOHOL O DROGAS En el último (tiempo/periodo).....

- ¿Tomó alcohol o uso alguna droga S en exceso?
- ¿La ingestión excesiva de alcohol o de alguna droga le hacía difícil el concentrarse o le hacía difícil la vida en otros aspectos?
- ¿El beber en forma excesiva o el tomar alguna droga hacía que resultara peligroso/a (Ej., que fuera probable que provocara un accidente automovilístico, en el trabajo o en el hogar)

NIVEL DE ABUSO DE ALCOHOL O DROGAS DEL PACIENTE

66

- 0. Nula
- 1. Alguna, conducente a una obstaculización de su actividad
- 2. Extrema, peligrando su vida o la de otros

PERIODO DE APARICIÓN

67

- 1. < 1 semana
- 2. > 1 semana < 3 meses
- 3. > 3 meses < 1 año
- 4. > 1 año
- 5. No hubo cambio
- 9. No presenta depresión

B. 20 AUTODESCUIDO En el último (tiempo/periodo).....

- ¿Era S descuidado consigo mismo?
- ¿No se mantenía limpio o arreglado?
- ¿No comía apropiadamente?

¿No se cuidaba así mismo si otros le sugerían que lo hiciera?
¿No comía si alguien más le preparaba la comida y le sugería que debía comerla?

NIVEL DE AUTODESCUIDO DEL PACIENTE

68

- 0. Nula
- 1. Necesita orientación y supervisión para prevenir el autodescuido
- 2. Se descuida a pesar de los esfuerzos de otros

PERIODO DE APARICIÓN

69

- 1. < 1 semana
- 2. > 1 semana < 3 meses
- 3. > 3 meses < 1 año
- 4. > 1 año
- 5. No hubo cambio
- 9. No presenta depresión

B. 21 QUEJAS RELACIONADAS CON MOLESTIAS CORPORALES O DOLORES

En el último (tiempo/periodo).....

¿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 DEL PACIENTE

70

- 0. Nula
- 1. Quejas frecuentes sobre enfermedades corporales pero no diarias
- 2. Casi diariamente se quejaba de enfermedades corporales

PERIODO DE APARICIÓN

71

- 1. < 1 semana
- 2. > 1 semana < 3 meses
- 3. > 3 meses < 1 año
- 4. > 1 año
- 5. No hubo cambio
- 9. No presenta depresión

B. 22 CONDUCTA EXTRAVAGANTE En el último (tiempo/periodo).....

¿Hizo algo S, además de las cosas 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 esta manera?

NIVEL DE CONDUCTA EXTRAVAGANTE DEL PACIENTE

72

- 0. Nula
- 1. Alguna conducta extravagante ocasional
- 2. La mayor parte de la conducta de S es idiosincrática o bizarra

PERIODO DE APARICIÓN

73

- 1. < 1 semana
- 2. > 1 semana < 3 meses
- 3. > 3 meses < 1 año
- 4. > 1 año
- 5. No hubo cambio
- 9. No presenta depresión

Ahora me podría decir de las conductas sintomáticas reportadas por el familiar enfermo. Dígame, ¿Cuál le provoca malestar, preocupación o tristeza?

De los síntomas que acabamos de revisar dígame

- | | |
|-------------------------|--|
| 1. Depresión | 12. Hiperactividad |
| 2. Aislamiento | 13. Impredictibilidad |
| 3. Lentitud | 14. Irritabilidad |
| 4. Olvido | 15. Rudeza |
| 5. Subactividad | 16. Violencia |
| 6. Sobredependencia | 17. Intento de suicidio |
| 7. Indecisión | 18. Conducta ofensiva |
| 8. Preocupación | 19. Ingestión excesiva de alcohol |
| 9. Temor | 20. Autodescuido |
| 10. Obsesionabilidad | 21. Quejas relacionadas con molestias corporales |
| 11. Ideas extravagantes | 22. Conducta extravagante |

¿Cuál o cuales le provocan malestar?

1) poco 2) regular 3) bastante

74	75	78	79	82	83
76	77	80	81	84	85

¿Cuál o cuáles le provocan preocupación o angustia?

1) poco 2) regular 3) bastante

86	87	90	91	94	95
88	89	92	93	96	97

¿Cuál o cuáles le provocan tristeza?

1) poco 2) regular 3) bastante

98	99	102	103	106	107
100	101	104	105	108	109

(Si el informante no expresa aflicción):

¿A qué se debe?

(Si el informante no expresa aflicción y el reactivo de conducta sintomática 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 mantenerse limpio y arreglado por más tiempo? ¿Qué usted tendría que abandonar el hogar o de lo contrario se enfermaría?

SECCIÓN C
FUNCIONAMIENTO SOCIAL DEL PACIENTE

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.- Pac.
8. Afecto/Amistad
9. Relaciones sexuales
10. Reconocimiento en trabajo/estudio
11. Toma de decisiones

A continuación me gustaría hacerle unas preguntas sobre la forma en la que S se ha comportado o funcionado 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.

APARICIÓN: ¿Cuánto tiempo hace que S comenzó a (menciones el cambio en el reactivo de ejecución social, ej. Colaboró menos en el hogar).

C.1 TAREAS DOMÉSTICAS

En el último.....(tiempo/periodo), ¿Usted esperaba que S realizara tareas domésticas?, por ejemplo: Hacer compras, cocinar, limpiar, escombrar, etc.

NIVEL DE EJECUCIÓN DE TAREAS DOMÉSTICAS DEL PACIENTE

110

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.
18. No toma parte en las tareas domésticas.

¿En el último.....(tiempo/periodo) S ha tenido cambios en cuanto a tareas domésticas? ¿Cómo han sido?

PERIODO DE APARICIÓN DEL CAMBIO EN LA EJECUCIÓN DE TAREAS DOMÉSTICAS POR PARTE DEL PACIENTE

111

0. Igual
1. Menos
2. Más
9. No toma parte en tareas domésticas

(Si las calificaciones en los campos 110 y 111 son de 0, califique con 5 la casilla 112).

APARICIÓN DEL CAMBIO EN LA EJECUCIÓN DE TAREAS DOMÉSTICAS DEL PACIENTE

112

- | | |
|-------------------------|---------------------------------------|
| 1. < 1 semana | 4. > 1 año |
| 2. > 1 semana < 3 meses | 5. No hubo cambio |
| 3. > 3 meses < 1 año | 9. No toma parte en tareas domésticas |

C.2 MANEJO DOMÉSTICO

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 DE EJECUCIÓN DE MANEJO DOMÉSTICO DEL PACIENTE

113

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.
0. No toma parte en el manejo de la casa.

¿En el último.....(tiempo/periodo) S ha tenido cambios en cuanto al manejo de la casa? ¿Cómo han sido?

CAMBIO EN EL MANEJO DOMÉSTICO DEL PACIENTE

114

1. Igual
2. Menos
3. Más
9. No toma parte en el manejo doméstico

(Si las calificaciones en los campos 113 y 114 son de 0, califique con 5 la casilla 115).

PERIODO DE APARICIÓN DEL CAMBIO EN LA EJECUCIÓN DEL MANEJO DOMÉSTICO DEL PACIENTE

115

- | | |
|-------------------------|---|
| 1. < 1 semana | 4. > 1 año |
| 2. > 1 semana < 3 meses | 5. No hubo cambio |
| 3. > 3 meses < 1 año | 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)

En el último.....(tiempo/periodo), ¿Usted esperaba que S realizara sus 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

116

- 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.

¿En el último.....(tiempo/periodo) S ha tenido cambios en cuanto al cuidado de los niños? ¿Cómo han sido?

CAMBIO EN EL CUIDADO DEL NIÑO POR PARTE DEL PACIENTE

117

- 0. Igual
- 1. Menos
- 2. Más
- 9. No toma parte en el cuidado de los niños.

(Si las calificaciones en los campos 116 y 117 son de 0, califique con 5 la casilla 118).

PERIODO DE APARICIÓN DEL CAMBIO EN LA EJECUCIÓN DEL MANEJO DOMÉSTICO DEL PACIENTE

118

- | | |
|-------------------------|---|
| 1. < 1 semana | 4. > 1 año |
| 2. > 1 semana < 3 meses | 5. No hubo cambio |
| 3. > 3 meses < 1 año | 9. No toma parte del cuidado de los niños |

C.4 DISPOSICIÓN HACIA EL NIÑO

(Pregunta únicamente si S es responsable del cuidado de un niño/niña en edad escolar)

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 INTERÉS EN EL NIÑO POR PARTE DEL PACIENTE

119

- 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.

¿En el último.....(tiempo/periodo) S ha tenido cambios en cuanto al cuidado de los niños? ¿Cómo han sido?

CAMBIO EN EL CUIDADO DEL NIÑO POR PARTE DEL PACIENTE

120

- 0. Igual
- 1. Menos
- 2. Más
- 9. No presenta disposición hacia el niño.

(Si las calificaciones en los campos 119 y 120 son de 0, califique con 5 la casilla 121).

PERIODO DE APARICIÓN DEL CAMBIO EN LA EJECUCIÓN DEL MANEJO DOMÉSTICO DEL PACIENTE

121

- | | |
|-------------------------|--|
| 1. < 1 semana | 4. > 1 año |
| 2. > 1 semana < 3 meses | 5. No hubo cambio |
| 3. > 3 meses < 1 año | 9. No presenta disposición hacia el niño |

C.5 ACTIVIDADES DURANTE SU TIEMPO LIBRE

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

122

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 espero lo contrario.
9. No presenta actividades durante su tiempo libre.

¿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

123

0. Igual
1. Menos
2. Más
9. No presenta actividades durante su tiempo libre.

(Si las calificaciones en los campos 122 y 123 son de 0, califique con 5 la casilla 124).

PERIODO DE APARICIÓN DEL CAMBIO EN LAS ACTIVIDADES DEL PACIENTE DURANTE SU TIEMPO LIBRE

124

- | | |
|-------------------------|--|
| 1. < 1 semana | 4. > 1 año |
| 2. > 1 semana < 3 meses | 5. No hubo cambio |
| 3. > 3 meses < 1 año | 9. No presenta actividades durante su tiempo libre |

C.6 CONVERSACIÓN COTIDIANA

En el último.....(tiempo/periodo), ¿Usted esperaba que S platicara con usted sobre asuntos cotidianos? Por ejemplo: cómo le había ido en el trabajo, sobre la familia, sobre la comida, etc.

NIVEL DE CONVERSACIÓN COTIDIANA DEL PACIENTE

125

0. Plática diaria regular, cuando quiera que S y el informante estaban juntos, no necesita instigación.
1. Irregular, S necesita de instigación para platicar.
2. Rara vez, aún instigándolo aunque se espere lo contrario.
9. No realiza conversación cotidiana.

¿En el último.....(tiempo/periodo) la conversación cotidiana ha tenido cambios?

CAMBIO EN LA CONVERSACIÓN COTIDIANA DEL PACIENTE

126

0. Igual
1. Menos
2. Más
9. No realiza conversación cotidiana

(Si las calificaciones en los campos 125 y 126 son de 0, califique con 5 la casilla 127).

PERIODO DE APARICIÓN DEL CAMBIO EN LA CONVERSACIÓN COTIDIANA DEL PACIENTE

127

- | | |
|-------------------------|--------------------------------------|
| 1. < 1 semana | 4. > 1 año |
| 2. > 1 semana < 3 meses | 5. No hubo cambio |
| 3. > 3 meses < 1 año | 9. No realiza conversación cotidiana |

C.7 APOYO EN LA RELACIÓN

En el último.....(tiempo/periodo), usted esperaba que S lo escuchara, apoyara y aconsejara cuando le compartía sus problemas y preocupaciones ¿Qué respuesta obtenía de S?

NIVEL DE APOYO DEL PACIENTE

128

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.

En el último.....(tiempo/periodo) ¿El apoyo ha cambiado y cómo ha sido?

CAMBIO EN EL APOYO POR PARTE DEL PACIENTE

129

0. Igual
1. Menos
2. Más
9. No brinda apoyo

(Si las calificaciones en los campos 128 y 129 son de 0, califique con 5 la casilla 130).

PERIODO DE APARICIÓN DEL CAMBIO EN EL APOYO POR PARTE DEL PACIENTE

130

- | | |
|-------------------------|-------------------|
| 1. < 1 semana | 4. > 1 año |
| 2. > 1 semana < 3 meses | 5. No hubo cambio |
| 3. > 3 meses < 1 año | 9. No brinda |

C.8 AFECTO Y AMISTAD

En el último.....(tiempo/periodo), ¿Usted esperaba que S fuera afectuoso o amoroso con usted (siendo pariente) o fuera amigable y cariñoso con usted (aún sin ser pariente) ¿cómo se caracteriza la relación?

NIVEL DE AFECTIVIDAD / AMISTAD DEL PACIENTE

131

0. Relación caracterizada por afecto y 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.

En el último.....(tiempo/periodo) ¿Era S tan afectuoso/amigable como siempre? ¿Era más/menos afectuoso/amigable?

CAMBIO DE AFECTIVIDAD / 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 la casilla 133).

PERIODO DE APARICIÓN DEL CAMBIO EN EL APOYO POR PARTE DEL PACIENTE

133

- | | |
|-------------------------|-----------------------------|
| 1. < 1 semana | 4. > 1 año |
| 2. > 1 semana < 3 meses | 5. No hubo cambio |
| 3. > 3 meses < 1 año | 9. No brinda afecto/amistad |

C.9 RELACIONES SEXUALES

En el último.....(tiempo/periodo), ¿Usted esperaba que S se interesara y preocupara en sus relaciones sexuales? ¿Cómo respondía ante esta situación?

NIVEL DE LAS RELACIONES SEXUALES DEL PACIENTE

134

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.

En el último.....(tiempo/periodo) ¿Estaba S tan interesado como siempre 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

135

0. Igual
1. Menos
2. Más
9. No realiza actividades sexuales

(Si las calificaciones en los campos 134 y 135 son de 0, califique con 5 la casilla 136).

PERIODO DE APARICIÓN DEL CAMBIO EN LAS RELACIONES SEXUALES POR PARTE DEL PACIENTE

136

- | | |
|-------------------------|------------------------------------|
| 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 |

C.10 RENDIMIENTO EN TRABAJO O ESTUDIOS

En el último.....(tiempo/periodo), ¿Tenía S dificultades en su trabajo/estudios, por ejemplo: le hizo comentarios sobre que no podía desempeñar su trabajo/ estudio, que era muy difícil, que no le interesaba desempeñarlos, etc.?

NIVEL DE TRABAJO/ESTUDIOS DEL PACIENTE

137

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.

En el último.....(tiempo/periodo) ¿Estaba S funcionando en el trabajo/estudio de la misma forma o distinto?

CAMBIO DE TRABAJO/ ESTUDIO DEL PACIENTE

138

0. Igual
1. Menos
2. Más
9. No trabaja/estudia

(Si las calificaciones en los campos 137 y 138 son de 0, califique con 5 la casilla 139).

PERIODO DE APARICIÓN DEL CAMBIO EN EL TRABAJO/ESTUDIO POR PARTE DEL PACIENTE

139

- | | |
|-------------------------|-----------------------|
| 1. < 1 semana | 4. > 1 año |
| 2. > 1 semana < 3 meses | 5. No hubo cambio |
| 3. > 3 meses < 1 año | 9. No trabaja/estudia |

C.11 TOMA DE DECISIONES

(Pregunte únicamente a pacientes adultos que vivan en la misma casa que el informante)

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

140

0. Participa en la toma de decisiones regularmente.
1. Ocasionalmente participa en la toma de decisiones, pero relega la mayor parte de decisiones a otros.
2. Nunca participa en la toma de decisiones.
9. No toma decisiones.

En el último.....(tiempo/periodo) ¿Participó S en la toma de decisiones en la misma forma antes de que comenzara su problema? ¿Participaba más o menos?

CAMBIO EN LA TOMA DE DECISIONES DEL PACIENTE

141

0. Igual
1. Menos
2. Más
9. No toma decisiones

(Si las calificaciones en los campos 140 y 141 son de 0, califique con 5 la casilla 142).

PERIODO DE APARICIÓN DEL CAMBIO EN LA TOMA DE DECISIONES POR PARTE DEL PACIENTE

142

- | | |
|-------------------------|-----------------------|
| 1. < 1 semana | 4. > 1 año |
| 2. > 1 semana < 3 meses | 5. No hubo cambio |
| 3. > 3 meses < 1 año | 9. No toma decisiones |

Ahora me podría decir sobre el funcionamiento de su familiar enfermo. Dígame, ¿Cuál le provoca malestar, preocupación o tristeza?

Del funcionamiento que acabamos de revisar dígame

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.-Pac.
8. Afecto / Amistad
9. Relaciones sexuales
10. Rendimiento en trabajo / estudio
11. Toma de decisiones

¿Cuál o cuales le provocan malestar?

1) poco 2) regular 3) bastante

--	--

143 144

--	--

145 146

--	--

147 148

--	--

149 150

--	--

151 152

--	--

153 154

¿Cuál o cuáles le provocan preocupación o angustia?

1) poco 2) regular 3) bastante

--	--

155 156

--	--

157 158

--	--

159 160

--	--

161 162

--	--

163 164

--	--

165 166

¿Cuál o cuáles le provocan tristeza?

1) poco 2) regular 3) bastante

--	--

167 168

--	--

169 170

--	--

171 172

--	--

173 174

--	--

175 176

--	--

177 178

(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? ¿Qué usted tendría que abandonar el hogar o de lo contrario se enfermaría?

SECCION D **EFFECTOS ADVERSOS SOBRE OTROS**

(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

(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

(III)... Otros

18. Perturbación a la vida de otros

A continuación me gustaría hacerle unas cuantas preguntas en relación a usted y a los integrantes de su familia. Me interesa escuchar acerca de cualquier problema que hayan tenido y que piensen pueda estar

relacionado 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.
Platíqueme de los niños en primer lugar.

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.

Relación con el paciente

Si la aparición del efecto adverso es anterior a la aparición del problema de 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 FÍSICA

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 FÍSICA DEL NIÑO

179

0. Ninguna
1. Alguna pero no se buscó el tratamiento
2. Se buscó algún tratamiento o está en proceso

(Si la calificación en el reactivo 179 es de 0, califique con 9 las casillas 180 y 181 y prosiga con el reactivo D2).

¿Cuánto tiempo ha estado enfermo el niño?

CALIFIQUE LA APARICIÓN DE LA ENFERMEDAD FÍSICA DEL NIÑO

180

- | | |
|-------------------------|---------------------------------|
| 1. < 1 semana | 4. > 1 año |
| 2. > 1 semana < 3 meses | 5. No hubo cambio |
| 3. > 3 meses < 1 año | 9. No problemas de salud física |

¿Piensa usted que estos problemas tienen que ver con el problema de S? ¿En qué forma? Especifique...

CALIFIQUE LA RELACIÓN CON EL PACIENTE

181

0. No relación
1. Relación
9. No problemas de salud física

D.2 NIÑOS EN EDAD ESCOLAR: SALUD EMOCIONAL

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 entre 5 y 10 años)

CALIFIQUE LA ENFERMEDAD EMOCIONAL DEL NIÑO

182

0. Nula
1. Alguna pero no se buscó tratamiento
2. Alguna: se buscó algún tratamiento o está en proceso

(Si la calificación en el reactivo 182 es de 0, califique con 9 las casillas 183 y 184 y prosiga con el reactivo D3).

¿Cuánto tiempo el niño está así?

CALIFIQUE LA APARICIÓN DE LA ENFERMEDAD EMOCIONAL DEL NIÑO

- | | |
|-------------------------|------------------------------------|
| 1. < 1 semana | 4. > 1 año |
| 2. > 1 semana < 3 meses | 5. No hubo cambio |
| 3. > 3 meses < 1 año | 9. No problemas de salud emocional |

¿Piensa usted que estos problemas tienen que ver con el problema de S? ¿En qué forma? Especifique...

CALIFIQUE LA RELACIÓN CON EL PACIENTE

184

- 0. No relación
- 1. Relación
- 9. No problemas de salud emocional

D.3 NIÑOS EN EDAD ESCOLAR: CONDUCTA PERTURBADA

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 rehúsa/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

185

- 0. Ningún problema
- 1. Alguno, pero se ha buscado consejo o ayuda
- 2. Alguno, se ha buscado consejo o ayuda o éste está en proceso

(Si la calificación en el reactivo 185 es de 0, califique con 9 las casillas 186 y 187 y prosiga con el reactivo D4).

¿Hace cuánto tiempo que ha estado así el niño?

CALIFIQUE LA APARICIÓN DE LA CONDUCTA PERTURBADA DEL NIÑO

186

- | | |
|-------------------------|-----------------------------|
| 1. < 1 semana | 4. > 1 año |
| 2. > 1 semana < 3 meses | 5. No hubo cambio |
| 3. > 3 meses < 1 año | 9. No problemas de conducta |

¿Piensa usted que estos problemas tienen que ver con el problema de S? ¿En qué forma? Especifique...

CALIFIQUE LA RELACIÓN CON EL PACIENTE

187

- 0. No relación
- 1. Relación
- 9. No problemas de conducta

D.4 NIÑOS EN EDAD ESCOLAR: RELACIÓN CON EL PACIENTE

En el último.....(tiempo/periodo), ¿Cómo de estaba/n llevando el niño/los niños con el paciente?

¿Recurrían a S en busca de ayuda, afecto o consejo? ¿Le tenía/n miedo a S?

¿Trataba/n de evadir a S? ¿Intentó usted mantenerlo/s alejado/s de S?

CALIFIQUE LA RELACIÓN DEL NIÑO CON S

188

- 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 en el reactivo 188 es de 0, califique con 9 las casillas 189 y 190 y prosiga con el reactivo D5).

¿Hace cuánto tiempo que los niños evitan/tienen miedo/se alejan de S?

CALIFIQUE LA APARICIÓN DE LA EVITACIÓN EN EL NIÑO

189

- | | |
|---------------|------------|
| 1. < 1 semana | 4. > 1 año |
|---------------|------------|

- 2. > 1 semana < 3 meses
- 3. > 3 meses < 1 año
- 5. No hubo cambio
- 9. No lo evita

¿Piensa usted que este problema tiene que ver con el problema de S? ¿En qué forma? Especifique...

CALIFIQUE LA RELACIÓN CON EL PACIENTE

190

- 0. No relación
- 1. Relación
- 9. No lo evita

D.5 NIÑOS EN EDAD ESCOLAR: TIEMPO FUERA DE CASA

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

191

- 0. Nulo
- 1. Permanece entre una noche y seis días fuera de casa
- 2. Pasa una semana o más fuera de casa

(Si la calificación en el reactivo 191 es de 0, califique con 9 las casillas 192 y 193 y prosiga con el reactivo D6).

¿Cuándo empezó el niño a permanecer fuera en esta forma?

CALIFIQUE LA APARICIÓN DE LA PERMANENCIA FUERA DE CASA

192

- 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

¿Piensa usted que estos problemas tienen que ver con el problema de S? ¿En qué forma? Especifique...

CALIFIQUE LA RELACIÓN CON EL PACIENTE

193

- 0. No relación
- 1. Relación
- 9. No se ha ausentado

D.6 NIÑOS EN EDAD ESCOLAR: CONTACTO CON AMIGOS

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

194

- 0. Visita a sus amigos y estos lo visitan
- 1. Visita a sus amigos pero estos no lo visitan
- 2. No contacto con amigos

(Si la calificación en el reactivo 194 es de 0, califique con 9 las casillas 195 y 196 y prosiga con el reactivo D7).

¿Cuándo empezó el niño a dejar de visitar a sus amigos/de invitarlos?

CALIFIQUE LA APARICIÓN DE LA PÉRDIDA DEL CONTACTO DEL NIÑO CON SUS AMIGOS

195

- 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

¿Piensa usted que estos problemas tienen que ver con el problema de S? ¿En qué forma? Especifique...

CALIFIQUE LA RELACIÓN CON EL PACIENTE

196

- 0. No relación
- 1. Relación
- 9. No ha perdido contacto

D.7 NIÑOS EN EDAD ESCOLAR: FALTA DE ASITENCIA A LA ESCUELA

En el último.....(tiempo/periodo), ¿Ha estado el niño fuera de la escuela?
¿Cuántos días dejó de asistir a la escuela?

CALIFIQUE FALTA DE ASISTENCIA DEL NIÑO A LA ESCUELA

197

- 0. No ha dejado de asistir
- 1. Ausencia en raras ocasiones, menos de 5 veces
- 2. Cinco días consecutivos o más de 5 días en un periodo escolar

(Si la calificación en el reactivo 197 es de 0, califique con 9 las casillas 198 y 199 y prosiga con el reactivo D8).

¿Cuándo empezó a faltar el niño a la escuela?

CALIFIQUE LA APARICIÓN DE LAS FALTAS A LA ESCUELA

198

- 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

¿Piensa usted que estos problemas tienen que ver con el problema de S? ¿En qué forma? Especifique...

CALIFIQUE LA RELACIÓN CON EL PACIENTE

199

- 0. No relación
- 1. Relación
- 9. No ha dejado de asistir

D.8 NIÑOS EN EDAD ESCOLAR: EJECUCIÓN ESCOLAR

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 EJECUCIÓN ESCOLAR DEL NIÑO

200

- 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 en el reactivo 200 es de 0, califique con 9 las casillas 201 y 202 y prosiga con el reactivo D9).

¿Cuándo empezó el niño a tener problemas en la escuela?

CALIFIQUE LA APARICIÓN DE LAS FALTAS A LA ESCUELA

201

- 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

¿Piensa usted que estos problemas tienen que ver con el problema de S? ¿En qué forma? Especifique...

CALIFIQUE LA RELACIÓN CON EL PACIENTE

202

- 0. No relación
- 1. Relación
- 9. No evidencia de problemas

D.9 ENFERMEDAD FÍSICA DEL INFORMANTE

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 estos malestares? ¿Está recibiendo algún tratamiento?

CALIFIQUE EL NIVEL DE ENFERMEDAD FÍSICA DEL INFORMANTE

203

- 0. Ninguna
- 1. Alguna, pero no se ha buscado tratamiento
- 2. Alguna, se ha recurrido a tratamiento o en proceso

(Si la calificación en el reactivo 203 es de 0, califique con 9 las casillas 204 y 205 y prosiga con el reactivo D10).

¿Desde cuándo tiene usted estos problemas de salud?

CALIFIQUE LA APARICIÓN DE LA ENFERMEDAD FÍSICA DEL INFORMANTE

204

- 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

¿Considera que su enfermedad se relaciona con el problema de S? ¿Ha sido provocada por su conducta? Especifique...

CALIFIQUE LA RELACIÓN CON EL PACIENTE

205

- 0. No relación
- 1. Relación
- 9. No presenta enfermedad física

D.10 ENFERMEDAD EMOCIONAL DEL INFORMANTE

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 al médico o a alguien más en relación a este problema? ¿Está recibiendo algún tratamiento?

CALIFIQUE EL TRASTORNO EMOCIONAL DEL INFORMANTE

206

- 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 en el reactivo 206 es de 0, califique con 9 las casillas 207 y 208 y prosiga con el reactivo D11).

¿Desde cuándo tiene usted estos problemas?

CALIFIQUE LA APARICIÓN DEL TRASTORNO EMOCIONAL DEL INFORMANTE

207

- 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

¿Considera que estos trastornos se relacionan con el problema de S? ¿Han sido provocados por su conducta? Especifique...

CALIFIQUE LA RELACIÓN CON EL PACIENTE

- 0. No relación
- 1. Relación
- 9. No presenta trastorno emocional

D.11 VIDA SOCIAL DEL INFORMANTE

En el último.....(tiempo/periodo), ¿Ha estado viendo a sus amigos?
¿Ha salido a visitar amigos? ¿La han visitado algunas personas?

CALIFIQUE LA VIDA SOCIAL DEL INFORMANTE

209

- 0. Familiares/amigos invitados y visitado
- 1. Algunos contactos sociales pero sin invitar amigos a la casa
- 2. Ningún contacto social con personas fuera del hogar

(Si la calificación en el reactivo 209 es de 0, califique con 9 las casillas 210 y 211 y prosiga con el reactivo D12).

¿Hace cuánto que no invita a amigos a su casa o que no sale de la misma?

CALIFIQUE LA APARICIÓN DE LA RESTRICCIÓN DE LA VIDA SOCIAL DEL INFORMANTE

210

- | | |
|-------------------------|-------------------------------|
| 1. < 1 semana | 4. > 1 año |
| 2. > 1 semana < 3 meses | 5. No hubo cambio |
| 3. > 3 meses < 1 año | 9. No ha perdido invitaciones |

¿Considera que esta reducción en su vida social se relaciona con el problema de S? ¿En qué forma? ¿Sentía que no podía dejar a S? ¿No deseaba recibir visitas en su casa debido a S? Especifique...

CALIFIQUE LA RELACIÓN CON EL PACIENTE

211

- 0. No relación
- 1. Relación
- 9. No ha perdido invitaciones

D.12 TIEMPO DE DESCANSO DEL INFORMANTE

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

212

- 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 en el reactivo 212 es de 0, califique con 9 las casillas 213 y 214 y prosiga con el reactivo D13).

¿Hace cuánto 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

213

- | | |
|-------------------------|--|
| 1. < 1 semana | 4. > 1 año |
| 2. > 1 semana < 3 meses | 5. No hubo cambio |
| 3. > 3 meses < 1 año | 9. No presenta trastornos en el descanso |

¿Considera que esta falta de momentos de descanso se relaciona con el problema de S? ¿En qué 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 RELACIÓN CON EL PACIENTE

- 0. No relación
- 1. Relación
- 9. No presenta trastornos en el descanso

D.13 INGRESO DISPONIBLE DEL INFORMANTE

En el último.....(tiempo/periodo), ¿Ha tenido problemas económicos?
 ¿Ha tenido gastos extra o disminución de ingresos? ¿Ha tenido dificultades para cubrir sus gastos?
 ¿Le ha resultado verdaderamente imposible el pagar sus cuentas?

CALIFIQUE LOS PROBLEMAS FINANCIEROS DEL INFORMANTE

215

- 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 en el reactivo 215 es de 0, califique con 9 las casillas 216 y 217 y prosiga con el reactivo D14).

¿Desde cuándo tiene estos problemas financieros?

CALIFIQUE DESDE CUÁNDO EL INFORMANTE TIENE PROBLEMAS FINANCIEROS

216

- | | |
|-------------------------|----------------------------|
| 1. < 1 semana | 4. > 1 año |
| 2. > 1 semana < 3 meses | 5. No hubo cambio |
| 3. > 3 meses < 1 año | 9. No problemas económicos |

¿Considera que estos problemas financieros se relacionan con el problema de S? ¿En qué forma? ¿Se metió S en una deuda que usted hubiera tenido que pagar? ¿Le ha resultado costoso el visitar a S en el hospital? Especifique...

CALIFIQUE LA RELACIÓN CON EL PACIENTE

217

- 0. No relación
- 1. Relación
- 9. No problemas económicos

D.14 EJECUCIÓN LABORAL / EDUCATIVA DEL INFORMANTE

En el último.....(tiempo/periodo), ¿Cómo le ha estado yendo en su trabajo/ sus estudios?
 ¿Ha tenido dificultad para concentrarse en el trabajo/estudio? ¿Ha encontrado su trabajo/estudio demasiado difíciles para usted? ¿Se han quejado otras personas de su trabajo?

CALIFIQUE LA EJECUCIÓN LABORAL / ACADÉMICA DEL INFORMANTE

218

- 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 en el reactivo 218 es de 0, califique con 9 las casillas 219 y 220 y prosiga con el reactivo D15).

¿Cuándo empezó a tener dificultades en su trabajo?

CALIFIQUE LA APARICIÓN DE PROBLEMAS LABORALES / ACADÉMICOS DEL INFORMANTE

219

- | | |
|-------------------------|--------------------------------------|
| 1. < 1 semana | 4. > 1 año |
| 2. > 1 semana < 3 meses | 5. No hubo cambio |
| 3. > 3 meses < 1 año | 9. No dificultades laborales/estudio |

¿Considera que estos problemas de su trabajo/estudio se relacionan con el problema de S?
 ¿En qué forma se vio afectada su concentración por los problemas provocados por S? Especifique...

CALIFIQUE LA RELACIÓN CON EL PACIENTE

220

- 0. No relación
- 1. Relación
- 9. No dificultades laborales/estudio

D.15 TIEMPO LIBRE EN EL TRABAJO / ESTUDIO DEL INFORMANTE

En el último.....(tiempo/periodo), ¿Ha pedido usted permiso en el trabajo?
¿Ha estado llegando a trabajar/a la escuela a tiempo? ¿Ha estado trabajando horas extras si se le piden?

CALIFIQUE EL TIEMPO LOBRE EN EL TRABAJO/ESTUDIO

221

- 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 cinco días consecutivos o más de cinco días
- 3. Abandonó el trabajo del todo
- 9. No aplicable

(Si la calificación en el reactivo 221 es de 0, califique con 9 las casillas 222 y 223 y prosiga con el reactivo D16).

¿Cuándo comenzó a tomarse días libres/llegar tarde/ rechazar horas extras y abandonar el trabajo?

CALIFIQUE EL INICIO DEL TIEMPO FUERA DEL TRABAJO/ESTUDIOS DEL INFORMANTE

222

- 1. < 1 semana
- 2. > 1 semana < 3 meses
- 3. > 3 meses < 1 año
- 4. > 1 año
- 5. No hubo cambio
- 9. No permisos especiales

¿Considera que sus faltas en el 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 RELACIÓN CON EL PACIENTE

223

- 0. No relación
- 1. Relación
- 9. No permisos especiales

D.16 RELACIONES DOMÉSTICAS DEL INFORMANTE

En el último.....(tiempo/periodo), ¿Ha habido fricciones en casa?
¿Han discutido las personas que viven en la casa? ¿La atmósfera ha estado tensa?
¿Se ha ido alguien de la casa o amenazado con hacerlo?

CALIFIQUE LAS RELACIONES DOMÉSTICAS

224

- 0. Poca o ninguna fricción
- 1. Discusiones regulares y fricción
- 2. Discusiones constantes y/o algún miembro de la casa se ha ido de la casa o amenazado con hacerlo

(Si la calificación en el reactivo 224 es de 0, califique con 9 las casillas 225 y 226 y prosiga con el reactivo D17).

¿Cuándo comenzaron estas discusiones?

CALIFIQUE LA APARICIÓN DE RELACIONES DOMÉSTICAS TENSAS

225

- 1. < 1 semana
- 2. > 1 semana < 3 meses
- 3. > 3 meses < 1 año
- 4. > 1 año
- 5. No hubo cambio
- 9. No problemas o fricciones

¿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 RELACIÓN CON EL PACIENTE

226

- 0. No relación
- 1. Relación
- 9. No problemas ni fricciones

D.17 PERTURBACIÓN A LA VIDA DEL INFORMANTE

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 PERTURBACIÓN A LA VIDA DEL INFORMANTE

227

- 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

(Si la calificación en el reactivo 227 es de 0, califique con 9 las casillas 228 y 229 y prosiga con el reactivo D18).

¿Cuándo comenzó a irse a quedar en algún otro lugar?

CALIFIQUE EL INICIO DE LA PERTURBACIÓN A LA VIDA DEL INFORMANTE

228

- 1. < 1 semana
- 2. > 1 semana < 3 meses
- 3. > 3 meses < 1 año
- 4. > 1 año
- 5. No hubo cambio
- 9. No se ausentó

¿Considera que esto se relacionó con el problema de S? ¿En qué forma? ¿Se marchó para alejarse de S?
Especifique...

CALIFIQUE LA RELACIÓN CON EL PACIENTE

229

- 0. No relación
- 1. Relación
- 9. No se ausentó

D.18 PERTURBACIÓN A LA VIDA OTROS

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 PERTURBACIÓN A LA VIDA DE OTROS

230

- 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 en el reactivo 230 es de 0, califique con 9 las casillas 231 y 232 y pase a la siguiente sección).

¿Cuándo comenzó la perturbación a la vida de...?

CALIFIQUE EL INICIO DE LA PERTURBACIÓN A LA VIDA DE OTROS

231

- 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

¿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 RELACIÓN CON EL PACIENTE

232

0. No relación
1. Relación
9. No perturbación en otros

SECCIÓN F
APOYO AL INFORMANTE

1. Apoyo de familiares
2. Apoyo de amigos / vecinos
3. Apoyo de servicios de salud

Finalmente, me gustaría hacerle unas cuantas preguntas en relación al tipo de ayuda y apoyo que ha estado recibiendo de amigos, familiares durante el último...

F.1 APOYO DE FAMILIARES

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 (telefónico o cara a cara)

233

0. Ningún contacto
1. Por lo menos un contacto

(De ser 0, califique con 9 la casilla 234)

¿El apoyo familiar le hizo sentir alguna descarga?

CALIFIQUE LA DESCARGA A PARTIR DE CONFIDENCIAS A UN FAMILIAR

234

0. No descarga
1. Alguna descarga
2. Considerable descarga
9. No confidencias

¿Recibió alguna ayuda práctica por parte 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, etc.

CALIFIQUE LA AYUDA PRÁCTICA DE FAMILIARES

(Califique cualquier cosa definida por el informante como ayuda práctica)

235

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.

(Si la calificación es de 0, califique con 9 la casilla 236)

¿Esta ayuda práctica de ...(familiar) le hizo sentir alguna descarga?

CALIFIQUE LA DESCARGA A PARTIR DE LA AYUDA PRÁCTICA

236

0. Ninguna descarga
1. Alguna descarga
2. Considerable descarga – No hubiera podido lidiar de lo contrario
9. No ayuda práctica

F.2 APOYO DE AMIGOS / VECINOS

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 (telefónico o cara a cara)

237

0. Ningún contacto
1. Por lo menos un contacto

(De ser 0, califique con 9 la casilla 238)

¿El apoyo de amigos/vecinos le hizo sentir alguna descarga?

CALIFIQUE LA DESCARGA A PARTIR DE CONFIDENCIAS A AMIGOS / VECINOS

238

0. Ninguna descarga
1. Alguna descarga
2. Considerable descarga – No hubiera podido lidiar de lo contrario
9. Ninguna confianza

¿Recibió alguna ayuda práctica por parte de algún amigo/vecino en el último...(tiempo/periodo)?, por ejemplo: dinero, cuidado de los niños, irse a quedar con usted, hacer que alguien lo acompañe, visitas a usted o a S, etc.

CALIFIQUE LA AYUDA PRÁCTICA DE AMIGOS / VECINOS

239

0. No ayuda práctica por parte amigos/vecinos
1. Alguna ayuda práctica de amigos/vecinos
2. Un amigo/vecino toma una o más responsabilidades (ej. a un niño, obligaciones financieras)

(Si la calificación es de 0, califique con 9 la casilla 240)

¿Esta ayuda práctica de amigos/vecinos le hizo sentir alguna descarga?

CALIFIQUE LA DESCARGA A PARTIR DE LA AYUDA PRÁCTICA

240

0. Ninguna descarga
1. Alguna descarga
2. Considerable descarga – No hubiera podido lidiar de lo contrario
9. Ninguna ayuda práctica

ANEXO 3

CUESTIONARIO-ENCUESTA EVALUACIÓN DEL NIVEL DE EMOCIÓN
EXPRESADA (CEEE)

Emoción Expresada del Familiar (Guanilo y Seclén)

Presentación:

Este es un cuestionario en el que usted encuentra situaciones que comúnmente pueden presentarse cuando un miembro con una 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 sinceras será posible ayudarle a mejorar se 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 o menos de una vez al mes** siente o reacciona ponga la (X) en el recuadro **NUNCA**
- Si **ocasionalmente o lo hace pocas veces** en tal caso pondrá una (X) en **CASI NUNCA**
- Si **lo hace más veces o frecuentemente** en este caso ponga la (X) en el recuadro de **CASI SIEMPRE**
- Si **diario o muy a menudo** ponga la (X) en el casillero **SIEMPRE**

	NUNCA Menos de una vez al mes	CASI NUNCA Ocasionalmente	CASI SIEMPRE Frecuentemente pero no constante	SIEMPRE Diario
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. Cuando mi familiar se descuida de su vestido como de su higiene me es indiferente.				
4. Siento desesperación 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 igual que los demás.				
6. Me es imposible ocultar mi sufrimiento cuando estoy con mi familiar enfermo				
7. La enfermedad de mi familiar hace que aumenten los problemas que existen en casa.				
8. Cuando mi familiar intenta realizar algo en casa yo se lo hago.				
9. Estoy acostumbrado (a) al poco interés de mi familiar porque tengo que cuidarlo siempre.				
10. Desde que inicio la enfermedad de mi familiar tengo que cuidarlo siempre.				

	NUNCA Menos de una vez al mes	CASI NUNCA Ocasional- mente	CASI SIEMPRE Frecuente- mente pero no constante	SIEMPRE Diario
11. Tengo que hacerle todo a mi familiar enfermo porque no sabe lo que hace.				
12. Mi familiar no hace nada por si solo, sin embargo no me molesta.				
13. Las recompensas que merezco son menores por culpa de mi familiar enfermo.				
14. Mi responsabilidad es hacer que mi familiar permanezca tranquilo en casa.				
15. Cuando converso con mi familiar termino molestándome por lo confuso de su conversación.				
16. La mortificación que sentía antes siento 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, procuramos apartarlo.				
20. Dejo a mi familiar sólo por su cuenta.				
21. El saber que la enfermedad de mi familiar, solo es controlable indefinidamente, me irrita y me fastidia.				
22. Trato de 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. La situación o las continuas recaídas de mi familiar me han llegado a cansar tanto que siento ganas de internarlo o pedirle que se vaya a otro lado.				
26. En casa estoy pendiente de lo que pueda necesitar mi familiar enfermo.				
27. Me da coraje que mi familiar no entienda claramente lo que quiero decir.				
28. Ya hice lo máximo por mi familiar enfermo, es caso perdido.				
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. Procuo hacerle sentir vergüenza a mi familiar para que deje de hacer algunas cosas desagradables.				

ANEXO 4

**REACTIVOS DEL CEEE AGRUPADOS POR CADA COMPONENTE DE LA
EMOCIÓN EXPRESADA
(Crítica, Sobreinvolucramiento Emocional y Hostilidad)**

REACTIVOS DEL CEEE AGRUPADOS POR CADA COMPONENTE DE LA EE

El CEEE se encuentra conformado por 10 reactivos de Crítica, 10 de Sobreinvolucramiento emocional y 10 de Hostilidad y se agrupan de acuerdo a como se muestra en los siguientes recuadros.

Crítica

No. de reactivo	Reactivo
1	Cuando veo a mi familiar enfermo encerrado en su cuarto lo regaño para que ayude en casa.
3	Cuando mi familiar se descuida de su vestido como de su higiene me es indiferente.
5	Exijo a mi familiar que se esfuerce por adaptarse a las normas de la casa igual que los demás.
9	Estoy acostumbrado (a) al poco interés de mi familiar porque tengo que cuidarlo siempre.
15	Cuando converso con mi familiar termino molestándome por lo confuso de su conversación.
16	La mortificación que sentía antes siento 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	Procuró hacerle sentir vergüenza a mi familiar para que deje de hacer algunas cosas desagradables.

Sobreinvolucramiento emocional

No. de reactivo	Reactivo
2	Tengo cuidado de que a donde vaya mi familiar lo haga acompañado.
4	Siento desesperación 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 yo se lo hago.
10	Desde que inicio la enfermedad de mi familiar tengo que cuidarlo siempre.
11	Tengo que hacerle todo a mi familiar enfermo porque no sabe lo que hace.
12	Mi familiar no hace nada por si solo, sin embargo no me molesta.
14	Mi responsabilidad es hacer que mi familiar permanezca tranquilo en casa.
20	Dejo a mi familiar sólo por su cuenta.
26	En casa estoy pendiente de lo que pueda necesitar mi familiar enfermo.

Hostilidad

No. de reactivo	Reactivo
7	La enfermedad de mi familiar hace que aumenten los problemas que existen en casa.
13	Las recompensas que merezco son menores por culpa de mi familiar enfermo.
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, procuramos apartarlo.
21	El saber que la enfermedad de mi familiar, solo es controlable indefinidamente, me irrita y me fastidia.
22	Trato de 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	La situación o las continuas recaídas de mi familiar me han llegado a cansar tanto que siento ganas de internarlo o pedirle que se vaya a otro lado.
28	Ya hice lo máximo por mi familiar enfermo, es caso perdido.

ANEXO 5

CODIFICACIÓN CEEE

CODIFICACIÓN

Las respuestas del cuestionario de emoción expresada se codifican utilizando una escala de tipo Likert de 1 a 4, donde 1 = “nunca”, 2 = “casi nunca”, 3 = “casi siempre”, 4 = “siempre”.

Los reactivos, tal como se observaron en los recuadros anteriores, se agrupan en tres: Crítica, Sobreinvolucramiento emocional y Hostilidad, se suman los puntajes de cada grupo para obtener el nivel de cada componente de la emoción expresada. Para determinar si el nivel de cada componente es alto o bajo se utiliza un punto de corte; se realiza el mismo procedimiento para determinar el nivel de emoción expresada. Tal como puede observarse en las siguientes tablas.

Componentes	Puntajes
Alta	40 – 25
Baja	24 - 10

Nivel de emoción expresada	Puntajes
Alta	120 – 65
Baja	64 - 30