



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

**LOS NIVELES DE EMOCIÓN EXPRESADA EN FAMILIARES
DE PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA ANTES Y DESPUÉS
DE LA INTERVENCIÓN PSICOEDUCATIVA DE HD
DEL HOSPITAL PSIQUIÁTRICO FRAY BERNARDINO
ÁLVAREZ**

**TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA**

PRESENTA:

MARÍA DEL CARMEN RAMÍREZ Y JIMÉNEZ

DIRECTORA

DRA. BLANCA ELENA MANCILLA GÓMEZ

REVISORA

MTRA. LAURA ANGELA SOMARRIBA ROCHA

COMITÉ DE TESIS

DR. JORGE ROGELIO PÉREZ ESPINOSA

DRA. LILIA JOYA LAUREANO

MTRA. MARÍA EUGENIA GUTIÉRREZ ORDÓÑEZ



Ciudad Universitaria, Cd. Mx.

Enero 2022



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	7
CAPÍTULO 1	10
LA ESQUIZOFRENIA DESDE DIFERENTES ENFOQUES	10
CONSIDERACIONES	10
LA TEORÍA GENERAL DE LOS SISTEMAS	22
SISTEMAS ABIERTOS Y SISTEMAS CERRADOS	25
COMUNICACIÓN ES INFORMACIÓN	26
LOS SISTEMAS EN PSICOPATOLOGÍA	27
ANTECEDENTES HISTÓRICOS DE LA ESQUIZOFRENIA	30
EPIDEMIOLOGÍA	39
LA HIPÓTESIS GENÉTICA COMO FACTOR BIOLÓGICO EN LA INCIDENCIA DE LA ESQUIZOFRENIA	40
DEFINICIONES DEL TRASTORNO	41
LAS CLASIFICACIONES	42
SIGNOS Y SÍNTOMAS	44
ETIOLOGÍA	46
HIPÓTESIS DE LA DOPAMINA	49
VERSIÓN I	49
VERSIÓN II	50
CAPÍTULO 2	58
LA EMOCIÓN EXPRESADA	58
CONSIDERACIONES	58
LAS EMOCIONES	59
COMUNICACIÓN DE LAS EMOCIONES	61
EL ESTRÉS Y EL MANEJO DE LAS EMOCIONES	63
EL CONSTRUCTO EMOCIÓN EXPRESADA	64
CAPÍTULO 3	68
LA REHABILITACIÓN DEL PACIENTE CON ESQUIZOFRENIA	68
CONSIDERACIONES	68
LA REHABILITACIÓN EN PSIQUIATRÍA	69
LOS TRATAMIENTOS PSICOSOCIALES	70
LAS INTERVENCIONES PSICOEDUCATIVAS	71

EL HOSPITAL PSIQUIÁTRICO FRAY BERNARDINO ÁLVAREZ	78
LA ATENCIÓN MÉDICO-PSIQUIÁTRICA	81
EL HOSPITAL PARCIAL DE DÍA DEL HPFBA	84
EL PROGRAMA DE INTERVENCIÓN PSICOEDUCATIVA	85
<u>METODOLOGÍA</u>	<u>87</u>
PLANTEAMIENTO Y JUSTIFICACIÓN DEL PROBLEMA	87
OBJETIVOS	88
DEFINICIÓN CONCEPTUAL Y OPERACIONAL DE LAS VARIABLES	89
TIPO DE ESTUDIO	91
CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN	92
OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES INTERVINIENTES	98
<u>CUADRO DE VARIABLES INTERVINIENTES (CONTINUACIÓN).</u>	<u>99</u>
<u>RESULTADOS</u>	<u>101</u>
<u>RESULTADOS DE LOS NIVELES DE EMOCIÓN EXPRESADA</u>	<u>101</u>
RESULTADO DEL NIVEL DE SIGNIFICANCIA	104
RESULTADOS DE LAS VARIABLES INTERVINIENTES.	105
ANÁLISIS DE LA REGRESIÓN SIMPLE	109
DETECCIÓN DE LOS CASOS MÁS DESTACADOS PARA UNA INTERVENCIÓN UNIFAMILIAR.	113
<u>DISCUSIÓN</u>	<u>117</u>
<u>CONCLUSIONES</u>	<u>121</u>
<u>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</u>	<u>123</u>

RESUMEN. Estudio de intervención psicoeducativa, para modificar la emoción expresada (EE), de los familiares de pacientes con esquizofrenia antes y después del impacto del programa psicoeducativo (PP), en el Hospital Psiquiátrico de la Ciudad de México. El tipo de estudio es de corte transversal y comparativo entre dos grupos, uno control y otro experimental. El programa tiene una duración de 30 sesiones dos veces por semana y de 17 sesiones en el caso de una vez por semana, cada uno de ellos con duración de 1 hora y media. La muestra es secuencial no intencionada de 20 familiares, 9 de ellos del grupo control y 11 del grupo experimental. Antes de la intervención el puntaje total promedio de alta EE, es de 67% y de baja EE es de 33%. Después de la intervención el puntaje total promedio de alta EE es de 36% y de baja EE es de 64% demostrando la eficacia del programa psicoeducativo. En ambos grupos los porcentajes más altos están en sobreprotección, 100% en el grupo control y 64% en el experimental. La hostilidad 22% en el control y 0% en el experimental. Atribuimos los valores de sobreprotección al factor cultural de la población en general de nuestro país. La crítica 11% en el control y 9% en el experimental. Con 4 cuestionarios preliminares se miden a la vez los niveles de estrés que pudieran estar interviniendo adicionalmente en el familiar del paciente. El índice de impacto porcentual promedio del total de estrés de las variables intervinientes en el grupo control es de 46% y de 43% en el grupo experimental. La asociación medianamente significativa, entre la EE y las variables Intervinientes puede ser atribuible hipotéticamente a dos factores: el primero por estar inmersos en las circunstancias propias de la enfermedad, el segundo por la poca movilidad socioeconómica y sociocultural que se da en el país. Debido a lo pequeño de la muestra, los resultados encontrados en las variables intervinientes no tienen valor predictivo, pero sí indicativo para posibles estudios futuros.

Palabras Clave: *Esquizofrenia; psicosis y rehabilitación; emoción expresada; intervención psicoeducativa en familias; familia y esquizofrenia.*

ABSTRACT. Study of psychoeducational intervention, to modify the Expressed Emotion (EE), of the relatives of patients with schizophrenia, before and after the impact of the psychoeducational program at the Psychiatric Hospital of Mexico City. The type of study is cross-sectional and comparative between two groups, one control and the other experimental. The program lasts 30 sessions twice a week and 17 sessions once a week, each of them lasting 1 hour and a half. The sample is unintended sequential of 20 relatives, 9 of them from the control group and 11 from the experimental group. Before the intervention, the average total score for high EE is 67% and for low EE is 33%. After the intervention, the average total score for high EE is 36% and for low EE is 64%, demonstrating the effectiveness of the PP. In both groups, the highest percentages are 100% overprotection in the control group and 64% in the experimental group. Hostility 22% in the control and 0% in the experimental. We attribute the values of overprotection to the cultural factor of the general population of our country. The critical 11% in the control and 9% in the experimental. With 4 preliminary questionnaires, the stress levels that could be additionally intervening in the patient's illness in the family member are measured at the same time. The average percentage impact index of the total stress of the intervening variables in the control group is 46% and 43% in the experimental group. The medium association between EE and the hypothesizing Intervening variables may be attributable to two factors: the first being immersed in the circumstances of the disease and secondly due to the low socioeconomic and sociocultural mobility that occurs in the country. Due to the small size of the sample, the results found in the intervening variables do not have predictive value but are indicative for possible future studies.

Key words: Schizophrenia; rehabiliy psychosis outcome; expressed emotion; psychoeducational family intervention; schizophrenia and family.

DEDICO ESTA TESIS A...

Mis padres Donato y Carmen,... mis hijos Enrique y Francisco Xavier,... quien fue mi esposo Enrique,... mis maestras y maestros,... mis hermanos Marta, Donato y Horacio.

MI AGRADECIMIENTO EN ESTE TRABAJO DE TESIS

Al Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez, al Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, a la División de Educación Continua de la Facultad de Psicología de la UNAM, instituciones a las que pertenecen, en sus respectivas sedes, a quienes nombro:

*Lic. Damariz García Carranza,... Lic. Mayra de la Llera Villena,...
Dr. Jorge A. Gamiochipi Cano,... Dr. Alejandro Rodríguez Velázquez,...
Lic. María Luisa Rascón Gasca,... Lic. Janet Jiménez Genchi,...
Dra. Elizabeth Jiménez Monroy,... Dr. Alberto López Díaz,...
T.S. Emma Martínez Cruz,... Ana Lilia Hernández Castillo,...
Judith García Cerrillos.*

A los familiares de los pacientes que formaron parte de este estudio.

A los docentes, Dra. Blanca Elena Mancilla Gómez, Mtra. LauraAngela Somarriba Rocha, Dr. Jorge Rogelio Pérez Espinosa, Dra. Lilia Joya Laureano, Mtra. María Eugenia González Ordóñez, sinodales del jurado que se me asignó y que hicieron posible que pudiera mejorar la presentación de mi documento.

AGRADECIMIENTOS ESPECIALES

Agradezco especialmente y con gran aprecio a la Lic. Damariz García Carranza, su acertada y valiosa dirección del año 2017 al 2020, tomando en cuenta los propósitos que me fije en la realización de este trabajo.

Agradezco con gran aprecio a la Lic. en Psicología Mayra de la Llera Villena, su gran apoyo y asesoría para realizar la investigación de mi trabajo de tesis en el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez.

Agradezco con especial aprecio al Matemático Ernesto Vázquez Mantecón, su asesoría en la elaboración de los cuestionarios preliminares de esta investigación, por el procesamiento de los datos estadísticos y el vaciado de los resultados en las tablas presentadas.

Agradezco con afecto al Ingeniero Arturo Gutiérrez Reed su valioso apoyo en momentos en que tuve problemas para manejar los programas de software.

INTRODUCCIÓN

La esquizofrenia es considerada como el más grave de los trastornos mentales. Su detección se dificulta antes de su primer brote por presentarse de manera insidiosa, es decir, en forma oculta y grave. Su curso presenta variabilidad.

Por la dificultad que tiene la familia y la sociedad para identificar el trastorno esquizofrénico, la enfermedad puede ser atribuida al carácter del enfermo o a conductas inapropiadas de la adolescencia y juventud.

Cuando aparece, el entorno se afecta complicando las diferentes situaciones que van ocurriendo.

Muchas veces, la primera visita para tratar el problema no es con el especialista, la enfermedad avanza y no se inicia un tratamiento temprano con las consecuencias que esto acarrea.

Acudir al psiquiatra abre el camino para el inicio del tratamiento adecuado que incluye, la administración de fármacos y el establecimiento de una alianza entre el médico psiquiatra, el enfermo y la familia.

En este estudio se presentan casos de pacientes con diagnóstico de esquizofrenia que han acudido al Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez (HPFBA) y remitidos a Hospital Parcial de Día (HPD).

A partir de los años 50's, con la aparición de los fármacos antipsicóticos, se da un cambio considerable en el tratamiento del enfermo con esquizofrenia. Las largas hospitalizaciones se dejan al considerar que, la rehabilitación del enfermo es mejor en los hogares de donde han salido.

Con los trabajos de Brown en 1959, y después con los de Vaughn y Leff en 1976, surge el constructo emoción expresada (EE) en el tratamiento del paciente con esquizofrenia. La emoción expresada es la conducta que se da por parte del familiar con el paciente que regresa a casa después de una hospitalización, por no tener información de lo que es la enfermedad y las herramientas para manejarla.

En los países latinos, la familia es una unidad social con fuertes lazos de unión entre sus integrantes. Sus valores ayudan a enfrentar el problema. En general, la sociedad latina puede ayudar a que las personas sean más tolerantes con los pacientes.

No obstante, la familia que tiene a una persona con esquizofrenia se ve gravemente afectada en las tareas diarias, los gastos económicos rebasan cualquier presupuesto, las visitas al hospital pueden ser desde lugares alejados. En muchas ocasiones, el cuidador primario tiene la necesidad de dejar su trabajo. El vecindario y el medio social también son impactados con la conducta del enfermo, lo que también repercute en el problema familiar.

Por lo anterior, surge la necesidad de apoyar a la familia para mitigar sus problemas con un modelo estructurado y guiado que incluya factores psicológicos, biológicos y ambientales, con el propósito de mejorar la calidad de vida del enfermo de esquizofrenia y de la familia.

Los programas psicoeducativos para familiares han mostrado tener resultados efectivos para la comprensión del problema.

Este trabajo investiga el impacto del programa psicoeducativo en los niveles de EE del cuidador primario del paciente con esquizofrenia, programa que se imparte en HPD del HPFBA, para involucrar a la familia en el tratamiento y en la rehabilitación del enfermo.

Los conceptos de la Teoría General de los Sistemas de Ludwig von Bertalanffy, expuesta por su autor en 1968, son fundamento para entender lo que es la persona del enfermo y la familia como sistemas abiertos y en comunicación con otros sistemas vivos del entorno.

Los primeros enunciados del autor datan de 1925-26.

Los capítulos de este estudio, tratan tres temas que la autora considera importantes para esclarecer conceptos sobre el trastorno esquizofrénico y la rehabilitación del paciente, en especial después de salir de una hospitalización.

Los capítulos son: La Esquizofrenia desde Diferentes Enfoques. La Emoción Expresada. La Rehabilitación del Paciente con Esquizofrenia.

El Capítulo 1, explica el trastorno esquizofrénico y como ha sido entendido a través de la historia; expone el marco teórico sobre el que se trabaja; presenta la enfermedad desde diferentes enfoques; revisa sus causas prestando atención a las versiones I, II y III de la hipótesis de dopamina como causante del padecimiento; expone a la versión III de la

hipótesis de la dopamina como camino final en la etiología de la esquizofrenia; da a conocer clasificaciones, signos y síntomas del trastorno mental.

El Capítulo 2, explica la importancia de las emociones, la expresión y comunicación de ellas; define el constructo emoción expresada como predictor de recaídas; proporciona los datos del origen del constructo EE; da a conocer investigaciones del tema EE.

El Capítulo 3, contiene consideraciones y aportaciones sobre la rehabilitación psiquiátrica y la importancia de la contribución de la familia en la rehabilitación del paciente; informa acerca del modelo de tratamiento de hospital de día y del programa psicoeducativo para familiares de HPD del HPFBA.

En la Metodología se dan a conocer los objetivos de la investigación, el procedimiento para la selección de la muestra, el método estadístico que se utilizó y los resultados del análisis estadístico.

En la Discusión se examinan y comparan los resultados obtenidos con los de investigaciones realizadas, en otros países y en México.

En las Conclusiones se valoran los resultados obtenidos, los beneficios del programa de HPD y algunas observaciones recogidas durante el trabajo de investigación.

CAPÍTULO 1

LA ESQUIZOFRENIA DESDE DIFERENTES ENFOQUES

CONSIDERACIONES

La esquizofrenia es un trastorno mental grave que se presenta de manera insidiosa, es decir, empieza sin síntomas obvios y en forma dañina y grave. Afecta al pensamiento y a la percepción de los estímulos internos y externos. Cambia la vida del enfermo. Su funcionamiento dejará de ser el de antes.

El 40% enferma abiertamente durante su vida; el 40% tiene un curso fásico; el 20% se recupera sin deficiencia en general, después de un solo episodio (Goldman, 1989).

Acontecimientos de vida como la pérdida de una persona o de una relación importante, se han identificado claramente durante la época que precede a la iniciación de la enfermedad (Kaplan & Sadock, 1987; Schwartz & África, 1989).

Cuando una persona sufre la esquizofrenia provoca un impacto en la familia. La familia busca ayuda cuando la persona ha dejado de funcionar (Anderson, Reiss & Hogarty, 1986).

La familia como grupo surge en forma natural, en ella la persona crece y se desarrolla. Posee principios para su autonomía y conservación. El individuo, la familia nuclear, la familia extensa y la comunidad, son un holón. Por la dificultad conceptual de las palabras todo y parte, Arthur Koestler creó el término holón que viene del griego holos (todo), y del sufijo on (como la palabra protón o neutrón). Cada holón busca su autonomía y autoconservación como un todo. Las familias son sistemas de extrema complejidad. Necesitan ser auxiliadas para buscar soluciones viables a sus problemas. El paciente necesita ser auxiliado al no vivenciarse como parte de una estructura (Minuchin & Fishman, 1981).

Al trabajar con las familias con un paciente psicótico se perciben fuertes fuerzas afectivas que necesitan ser atendidas y manejadas con habilidades terapéuticas para conseguir los objetivos de la reorganización y crecimiento familiar (Goldstein M., 1996).

Hoffman (1987), en el libro “Fundamentos de la Terapia Familiar. Un Marco Conceptual para el Cambio de Sistemas”, expone cómo ha ido evolucionando el movimiento familiar terapéutico y las diversas teorías. A continuación una selección del libro de Lynn Hoffman:

Con los avances científicos de la física, la biología y las matemáticas en primer lugar y de las ciencias cognoscitivas de la tecnología y de las computadoras, en segundo lugar, se da el cambio a un pensamiento circular, dejando a un lado el pensamiento lineal como explicación de los diferentes acontecimientos en el campo familiar. El cambio fue influenciado por los científicos Claude Shannon, teórico de la información; el cibernético Norbert Wiener, teórico de sistemas; se agrega a Gregory Bateson, con ideas que tomó de diversas fuentes para el estudio de la comunicación. Bateson dice, el cerebro no piensa, lo que piensa es un cerebro dentro del hombre.

El movimiento surge de la labor de personas como Nathan Ackerman en Nueva York, Murray Bowen en Topeka y Washington, D. C.; Lyman Wynne y Margaret Singer en los Institutos de Salud Mental en Bethesda; Carl Whitaker en Atlanta; Salvador Minuchin y E. H. Auerswald en la Escuela de Wiltwyck en el estado de Nueva York; y con Gregory Bateson, Don Jackson, Jay Haley, John Weakland, Paul Watzlawick, John Bell y Virginia Satir, en Palo Alto.

En Palo Alto, Gregory Bateson y los miembros de su grupo, con su proyecto de investigación intentaban clasificar la comunicación por niveles, de significado, de tipo lógico y de aprendizaje. El grupo investigaba en varios campos de interés entre ellos las pautas de transacción esquizofrénica. Se preguntaban si los miembros de una familia podrían discriminar niveles de tipo lógico, distinguir entre lo literal y lo metafórico. Observaron que las personas consideradas como dementes, eran incapaces de distinguir entre lo literal y lo metafórico. Plantearon la hipótesis de que éstas personas podían, “aprender a aprender”, como una forma adaptativa al medio. Pensaban que el habla y el comportamiento esquizofrénico, se había moldeado por los requerimientos de comunicación que se les imponía y en donde las madres estaban presentes, controlando la comunicación. Al mismo tiempo otros terapeutas por su cuenta observaban a las familias con un paciente esquizofrénico. Notaron que al mejorar el paciente otro miembro de la familia presentaba un síntoma. La familia caía en un proceso patológico que Jackson llamó “homeostasis familiar”. La familia se oponía a un cambio. Bateson y su

grupo hablaban de la familia como una identidad destinada a mantener el equilibrio en parte por tener comportamientos limitados y de la necesidad de conducir a la familia a un cambio como medida terapéutica. Jackson al observar a las familias llamó “escapada” al proceso amplificador o de descomposición que se da en las familias.

Cuando el grupo de Bateson empezó a estudiar la comunicación esquizofrénica, no pensaron en observar a las familias. Bateson y su grupo entrevistaron a pacientes internados en el Hospital de la Administración de Veteranos de Palo Alto donde Bateson era asesor. Como resultado de las entrevistas va surgiendo la hipótesis de la “doble atadura”. En 1956 se publicó el escrito “Hacia una teoría de la esquizofrenia”. Nace el concepto de la doble atadura.

La doble atadura es una forma de comunicación en un sistema de relación en donde unos y otros imponen callejones sin salida habitualmente existen callejones sin salida. La comunicación se da en diferentes niveles, en un nivel se da una orden y en otro se contradice lo que resulta en una paradoja. Por ejemplo, en un nivel emocional o cognitivo se dice “no hagas esto” y en otro nivel “no atiendas a nada de lo que te digo” y en donde no caben los comentarios. La orden se da en un nivel y en otro nivel se contradice ya sea con una orden implícita o explícita de desobedecer. Las comunicaciones son vagas, amorfas, descalificadoras. La persona queda atrapada en una secuencia de ataduras dobles. Las situaciones son vitales y provocan pánico o ira.

Por lo anterior se llegó a razonar que en la familia se da un contexto básico de aprendizaje que moldeaba al paciente esquizofrénico por los requerimientos que la comunicación imponía y mencionando a las madres de los pacientes esquizofrénicos en esa lucha.

Durante los 70's, Weakland y Bateson, en ciertos ensayos escritos, indicaron que la doble atadura era parte de una epistemología y que no tendría que ver con los términos de “etiología” y “esquizofrenia”.

Estaba prohibido que los terapeutas vieran a los parientes del paciente por la orientación analítica que había prevalecido. Había el temor de contaminar la intensa relación con el paciente, la transferencia.

Jay Haley visitaba a sus pacientes del Hospital de la Administración de Veteranos, grababa las conversaciones que sostenía con ellos. Observó que un joven tenía graves accesos de angustia cuando su familia lo visitaba. Haley pidió a los padres acudir a las entrevistas con el paciente. En el audio tape, cuando acudieron los padres a visitar al enfermo y quedar grabadas las conversaciones, el paciente que era bastante racional, mostraba pensamiento confuso en las conversaciones que sostenía con su madre, conversaciones asociadas a un tipo de comunicación conocido como esquizofrenia. De las aportaciones de Haley, investigadores y clínicos empezaron a estudiar y a observar la interacción familiar en una terapia conjunta.

Bateson aportó un enfoque no psicodinámico en las comunicaciones en términos diádicos. Weakland en 1960 consideraba ya el comportamiento esquizofrénico en tríadas. Fue el primero en romper el círculo diádico

Bateson y su grupo notaron que en una familia con una persona con esquizofrenia, cuando dos personas se reunían para convenir o disentir una tercera persona era introducida haber una tercera persona. Llamó a esto “la danza infinita de las coaliciones cambiantes”.

Bateson observó que el comportamiento es análogo a la inestabilidad que se da en el juego de cinco personas de Von Neuman y Morgenstern en “Theory of Games”. Los jugadores resueltos a ganar forman coaliciones para tener mayores ganancias. La posibilidad de coalición se vuelve inestable. Para Bateson, en las familias con personas esquizofrénicas, el mismo resultado es aplicable para obtener el mismo resultado de inestabilidad. Dos personas asociadas se sentirían incómodas por excluir a una tercera persona. De no intervenir otro miembro, los dos asociados disolvían su coalición por sentirse incómodos de excluir a la otra persona. Bateson argumentó que un sistema con este tipo de organización familiar causa perturbación y dolor al enfermo y dificulta la adaptabilidad.

Haley, al escribir sobre de la teoría del “control”, revisando la evolución de las ideas del proyecto de Bateson en el curso de diez años, argumenta que la gente es impulsada por necesidades y deseos internos como el temor al castigo, deseo de amor o evitación del dolor. Haley también expresa que cuando se da por una lucha por el poder, la necesidad surge cuando los niveles jerárquicos no están suficientemente definidos. En la

lucha por el poder se emplea la descalificación. Y por ejemplo cuando el hijo trata de enfocar asuntos concretos, la madre insiste en pasar a otro nivel de comunicación, le quita importancia y la comunicación no es sencilla. Por ejemplo el hijo pregunta: Me trajiste la ropa blanca? La madre responde: Cómo te sientes? El hijo vuelve a preguntar lo mismo. La madre dice, pareces triste. El hijo dice estoy perfectamente. La madre le pregunta si está enojada con ella. El hijo dice sí. Cuando estos dos niveles se dan en uno solo, el ejemplo es un letrado que dice "Todas las afirmaciones que aparecen en este letrado son falsas". Se da así una contradicción o paradoja.

Psiquiatras con antecedentes más clínicos que el grupo que Bateson, estaban explorando también en el mismo terreno y en la misma época. Murray Bowen, también del grupo de Palo Alto, en el decenio de los años 50's, fue uno de los primeros psiquiatras que hospitalizaron familias enteras para su observación y tratamiento. Había comenzado la idea de que esquizofrenia era el resultado de un no resuelto nexo simbiótico con la madre. Después de un año de trabajar con madres y sus hijos en la Clínica de Menninger, sentía que la esquizofrenia era una patología más generalizada y trató de incorporar a todos los miembros posibles de la familia. Pensó que la patología de la esquizofrenia era algo más generalizado en toda la familia. La patología la veía como una perturbación emocional de tres generaciones. Desarrolló la hipótesis de la esquizofrenia de tres generaciones en una cadena que después de tres generaciones, la inmadurez de ambos padres, daba por resultado un hijo tan atado a la madre que padecía de esquizofrenia. Muchas de las ideas de Bowen estaban relacionadas con las características de la perturbación emocional y con la necesidad de trabajar con la familia de origen el concepto de "diferenciación". Menciona que el sistema emocional entre dos personas, formará un sistema de tres personas cuando surja una tensión entre ellos. Aliviará la tensión "triangulando". Al estallar la tensión entre dos personas, por ejemplo la madre y el hijo, el padre entra en acción atacando a la madre. Bowen menciona que ante un cambio o tensión, se crean pautas triádicas, siendo más flexibles en periodos de calma. Se da en familias con miembros perturbados y en familias presuntamente "normales". Bowen presentó el concepto de "diferenciación", observando que en familias con un miembro con psicosis la interdependencia mostraba lo que llamó "la indiferenciada masa del ego familiar".

Algo similar se encuentra en Wynne que describe la calidad viscosa de la familia y en el concepto de Minuchin de la familia “enredada”. Lyman Wynne, investigador psiquiátrico, comenzó con un interés en los desórdenes mentales de la esquizofrenia. Adoptó la opinión sistémica de la familia y notó las redundancias de las características de las familias con una persona con esquizofrenia. Estando de acuerdo con Bateson, en la danza infinita de las coaliciones cambiantes y con Haley, en las díadas inestables, menciona que la estructura de las alineaciones y escisiones parecen cambiar de manera sorpresiva y rápida, sin surgir claramente, apareciendo para los observadores como no formadas, fragmentadas y separadas entre sí en un “apartheid psicológico”. A estas estructuras las nombró “seudomutualidad” y “seudohostilidad” por no aparecer las alineaciones como una verdadera intimidad, ni como de una verdadera hostilidad o distancia. En relación con los límites de la familia con el medio observó existía una barrera que parecía flexible pero que en realidad era rígida y la llamó “cerca de caucho”. Wynne describe que el grupo familiar, cuando tiene a un hijo o hija enferma, en ocasiones recurre a una persona externa, la abuela por ejemplo o a terapeutas, reemplazando la atención en el hijo o la hija enferma, intimidad que coincidiría con alejamientos entre esposo y esposa. En estas familias los límites parecen flexibles, pero no es así, en realidad las barreras son rígidas contra todos los de afuera. Creyó también, que estos procesos ocurren en cualquier familia sin ser tan vivos y pronunciados. Especuló sobre que estos comportamientos pueden crear, en el niño, desórdenes mentales mostrados en la esquizofrenia y en otras perturbaciones afectivas. Negativa a pensar o sentir e incapacidad para juzgar una realidad objetiva. La única “realidad” validada sería una intensa lealtad e intimidad.

A finales de los años 60's, surge una tipología de la familia. Siguiendo con la idea de Jackson, después de su muerte en 1968, se siguió con la idea de relacionar diversos tipos de síntomas con ciertas características de comunicación en las familias. Más concretamente con un tipo de síntoma.

Se estudia en la familia la interacción de las parejas. La rígidamente simétrica, la rígidamente complementaria y en la que hay conflictos. En esta última interacción observan que la pareja se lleva muy bien.

Salvador Minuchin y Braulio Montalvo estudian familias con muchachos delincuentes. Las dividen en dos categorías, familia “enredada” y familia “apartada. La familia enredada se caracteriza por una íntima relación, de tipo homeostático hasta el punto de fomentar la patología. Existe en este tipo de familia una falta de diferenciación entre sus miembros a decir de Minuchin. Se debilitan las fronteras y no permiten actuar a los subsistemas, entre la familia nuclear y la de origen, entre padres e hijos, los hijos no se diferencian por edad o niveles de madurez. Minuchin y otros autores señalan en estas familias la incapacidad para las transacciones diáticas. La interacción es triádica o de grupo. Se promueve un sentido de vaguedad. Bowen habla de familia indiferenciada, como una burbuja viscosa. En la familia enredada, es una tipología de la estructura familiar, en donde los sistemas y subsistemas están tan enredados que en cada conflicto de reglas o intereses, habrá pugna sobre las alineaciones que deben predominar.

La familia de un sistema intercruzado. Se aplica aquí el concepto de Bateson de “la danza de las infinitas coaliciones”. Presenta un sistema de equilibrio complejo con una alta resonancia entre las partes. Si un elemento no se encuentra en equilibrio, afectara grandemente al sistema En este sistema difícilmente negocian cambios con el medio. . Existe un grado óptimo para que las partes sean independientes. Ashby menciona que un aumento en la comunicación es dañino. Ashby considera a los organismo y al medio como un campo unificado.

La familia demasiado desunida es un sistema familiar demasiado sueltamente conectado, en oposición a un sistema familiar demasiado apretadamente conectado. Minuchin describe como en la familia apartada en donde los padres no se dan cuenta de lo que pasa con el niño. Las frases que más la describen sugieren algún tipo de infirmitad o de caos. Esta familia se encontrará con instituciones sociales, con un tipo de estructura enredada más abierta, donde el personal esté sustituyendo a los padres, no sin los peligros propios

La familia apartada está sueltamente estructura. Sin embargo no carece de rigidez propia. La madre puede ser una persona aislada y abrumada que reacciona con “el todo” o “el nada” y que en ciertos momentos “usa la ropa de gorila”, los hijos responden tensamente. La madre atemorizando cae en depresiones periódicas como una forma de

recuperarse de la tensión. También este tipo de familia se encontrará peligros por existir coyunturas de intergeneraciones.

Para Ashby una familia funcional es en la que hay cismas de status entre generaciones y diferenciaciones de edad entre los hijos, no debe sistema demasiado inter cruzado.

La mayoría de los terapeutas familiares coinciden en que cuando hay pautas de coalición demasiado conectadas, equivaldrá a síntomas y tensiones.

Ashby y Bowen señalan lo conveniente de romper las pautas de interacción que para romper. Bowen llama a la necesidad de la “diferenciación del ego”. Explica que si una persona puede permanecer apartada de un sistema emocional en un contexto triádico, la tensión se resuelve.

Paul Dell piensa que las pautas o situaciones no son estáticas, y que pueden surgir transformaciones súbitas. Piensa que las familias son sistemas vivos, las define como sistemas en evolución. Su modelo evolutivo la deriva de un grupo de científicos de fama durante los años setenta, el físico Ilya Prigogine, o del biólogo Humberto Maturana.

Paul Dell evoluciona hacia un modelo etiológico, dejando el modelo transaccional de investigación de familias con una persona esquizofrénica. Dice Dell que Bateson en 1960 y Wynne y Singer en 1965 no hablaba de causación, hablaba de cómo la familia embona en conjunto. Lynn Hoffmann menciona que es caer en el error pensar que un tipo de organización familiar está conectada directamente con la enfermedad.

David Reiss trató de investigar más allá del modelo transaccional de investigación sobre las familias con una persona con esquizofrenia. En un documento de investigación de Reiss investigó estilos de interacción familiar vinculados con los procesos del pensamiento individual. Reunió a tres grupos de familias para resolver los problemas que se les propuso. Ocho familias con miembros diagnosticados con esquizofrenia. Ocho familias con miembros con desórdenes de carácter de delincuencia solitaria. Ocho familias con miembros sin desórdenes conocidos. Las familias podían atender a claves que les llegaban del medio exterior o a las claves que se daban entre sus miembros. Su resumen de tipología familiar se basa en: la conexión externa, la interna y el cierre. La flexibilidad en las familias, entre el grado de conexión interna y la externa, para resolver las tareas del estudio de Reiss, es el tipo de familia que mejor lo hace.

Los enfoques ecológico, estructural y ecológico:

En los años sesenta, se realizaron importantes programas comunitarios, con terapeutas de sistemas, para tratar problemas psicosociales dirigidos a personas de pocos recursos. Salvador Minuchin, junto con E. H. Auerswald y Charles King, en Wiltwyck School, encabezó un programa de investigación con el fin estudiar y trabajar con familias de muchachos delincuentes en la Wiltwyck School. El grupo de Minuchin reunió a investigadores y clínicos con talento que después continuaron aportando ideas en el campo de la psicoterapia comunitaria. Entre ellos estaban E. H. Auerswald, Richard Rabkin y Braulio Montalvo. El proyecto Wiltwyck terminó en 1965.

Rabkin y Montalvo, fueron los primeros en aportar una intensa visión en el campo de la psicoterapia comunitaria. Rabkin se separó del proyecto de Wiltwyck y finalmente se dedicó a la práctica privada en Nueva York.

Las ideas de Bateson fueron permeando había trabajado en los años cincuenta en la costa oeste de los Estados Unidos en los 50's. En los 60's, el proyecto de Wiltwick aportó un marco similar, en la costa este de los Estados Unidos.

Braulio Montalvo, a finales de los años sesenta, se fue con Minuchin a la Clínica de Guía de Niños, en Philadelphia. Montalvo, en ese lugar, dejó una serie de videotapes de enseñanza muy bien diseñados que analizan los significados contextuales del comportamiento en las entrevistas con familiares.

Auerswald, dejó Wiltwyck para crear con un enfoque de sistemas, un programa que transformara la estructura de los programas de psiquiatría comunitaria en marcos públicos. Trabajó en los Servicios de Salud en Gouverneur, en el bajo East Side de Nueva York. Su objetivo fue construir un nuevo tipo de servicios de salud para atender, en un marco más amplio los problemas de la población pobre. A su programa lo llamó, enfoque de "sistemas ecológicos". Contaba con apoyos importantes para realizarlo. Estaba dirigido al campo total de un problema, incluía a otros profesionales, la familia extensa, figuras de la comunidad, a instituciones como las de beneficencia y a otros apoyos para el trabajo de cada terapeuta con familias pobres. Pensó en un nuevo profesional de la salud que adoptara una visión holística "sistémica" del problema y que siguiendo el pensamiento batesoniano, no hiciera tajadas del problema. Creó una unidad móvil con un equipo de profesionales de la salud mental que iría, según se necesitara, a una casa,

escuela, hospital o tribunal. Empieza de esta manera, la necesidad de tratar problemas de salud mental en un contexto ecológico global.

Minuchin trabajó poco tiempo en el modelo ecológico, dedicándose más de cerca en problemas infantiles dentro de la familia nuclear y elaborar el enfoque estructural.

El enfoque estructural se encuentra bien representado con Minuchin. Para Minuchin la familia bien organizada, tendrá límites claramente marcados, el subsistema marital tendrá límites cerrados que protegen la intimidad; el subsistema de hermanos tendrá limitaciones y se organizará jerárquicamente; el límite en torno a la familia nuclear será respetado.

El enfoque estratégico, término acuñado por Haley, e identificado por la labor de Weakland, Watzlawick y Fish, labor que quedó representada en el artículo "Terapia breve: enfoque en la resolución de problemas". El enfoque estratégico describe cualquier terapia en donde el clínico, activamente diseña intervenciones para cada problema. Con este enfoque, no interesa la estructura familiar ni el sistema familiar; se empieza con preguntas para identificar un problema, no se va los detalles, el síntoma no es lo único que le interesa. El terapeuta también se aboca a restablecer una situación que sea percibida de una diferente manera. La escuela estratégica ha consistido en crear un modelo elegante y ahorrativo para el cambio. Este enfoque tiene riesgos para los principiantes debido a que no es fácil identificar lo que se debe cambiar y cómo cambiarlo. Haley es una figura de transición entre las posiciones estratégicas y las estructurales de Minuchin y el enfoque estructural. La posición estratégica lo llevó a tratar de crear un modelo de terapia con técnicas hipnóticas que son formas de enfrentarse a las resistencia en donde el terapeuta ofrece a la familia una alternativa peor por ejemplo, ¿Desea usted que lo visite el jueves o el viernes?, pasando por alto el asunto de la visita. Esta táctica se llama "ofrecer una alternativa peor", que siendo tan aterradora o difícil, el cliente piensa por sí solo en una solución distinta o acepta la menos mala.

Haley enfatiza la necesidad de identificar el comportamiento que circula en torno a un problema. A esto se le unen Watzlawick, Weakland y Fish, aunque sin solo pensar en ciclos autorreforzantes. Haley habla de las "secuencias de problemas" y explica que pueden abarcar a diferentes miembros de la familia, o de la familia con el terapeuta. La madre, el padre y el hijo; o una abuela, la madre y el hijo; o al terapeuta, los padres y el

hijo; o el hijo parental, la madre y el hijo. Pasando de la organización anormal a una anterior a lograr, finalmente una organización más normal. Piensa que la terapia es un cambio paso a paso de la forma en que la familia está organizada. También hace hincapié en las líneas jerárquicas apropiadas, así como que el terapeuta y otros profesionales, han de tener conciencia de no contribuir a anormalidad organizacional en sus esfuerzos por ayudar.

Las ideas de Bateson se fueron extendiendo en todo lo largo de Estados Unidos.

Al fallecer Jackson, en 1968, las ideas de Bateson llegaron a Milán Italia con Mara Selvini Palazzoli quien organizó el Instituto de Estudios Familiares ahora llamados Asociados de Milán. Influidos por el grupo de Palo Alto evolucionaron creando una forma bastante distinta. En Europa, su enfoque emplea el término "sistémico". Se trabaja en dos parejas de terapeutas, una pareja de hombre y mujer en la habitación con la familia y otra pareja de hombre y mujer detrás de una pantalla que solo puede ser vista de un lado. Los Asociados de Milán son influidos por el grupo de Palo Alto evolucionando en otra dirección, los terapeutas, recurren a obtener información con preguntas. Las preguntas se refuerzan y son reforzadas por las prescripciones derivadas de ellas. Las preguntas en la entrevista son ejemplo de circularidad planteando preguntas que enfoquen una diferencia o definan una relación por ejemplo pedirle a alguien que comente el matrimonio de sus padres. Buscan la neutralidad del terapeuta mediante la capacidad de evitar alianzas con los miembros de la familia al saberse controlados unos por otros, los observadores tras la pantalla y los presentes en la sala, pudiendo tener la capacidad de ser eficientes, contrario al hecho de permanecer al margen. Cada terapeuta tiene ciertos factores de personalidad o carisma. La familia y el terapeuta forman una unidad de tratamiento. El tratamiento por lo general es de diez sesiones con intervalos de un mes o más para dar oportunidad a procesar la información. Cuando una familia cae en crisis durante un lapso de tiempo y hace por ejemplo una llamada telefónica se trata el problema con cuidado y respeto tratando de no estabilizar el sistema y dar oportunidad al cambio. La connotación positiva es otro de sus recursos terapéuticos, siendo más adecuado que culpar a la familia y elogiar al enfermo, connotar positivamente todos los comportamientos de la familia que pertenecen al síntoma.

La terapia familiar sistémica se ocupa de “como cambiar”, más que “qué cambiar”, desde diferentes enfoques y con distintas técnicas incluso con el enfoque de Bowen en el sentido de que es uno de los terapeutas familiares, con más orientación psicoanalítica. No subraya síntomas ni problemas. Su terapia está orientada a las “terapias de crecimiento” del individuo, busca la diferenciación del self. Bowen trabaja para identificar las pautas familiares pasadas que dominan el presente. Se basa en que la familia es una enorme red interconectada. La persona ha de ser enseñada a diferenciarse de su familia de origen, proceso que puede durar doce años.

Los terapeutas de familia buscan pautas de comportamiento en sistemas patológicos. Estilos de interacción en familias que dan origen a perturbaciones. Procesos interpersonales que estén impidiendo los cambios necesarios para la adecuación del sistema. Trabaja para romper ciclos sintomáticos, círculos viciosos.

En las terapias ecológicas se trabaja con sistemas de más de un nivel, que imponen cambios como cualquier sistema vivo.

Hasta aquí la selección del libro de Lynn Hoffman (2020).

Virginia Satir es considerada entre las escuelas no establecidas. Su lugar, va más allá de la terapia familiar, entra en lo que es la educación humana. En 1963, dirigía un proyecto de demostración de terapia familiar en el Instituto de Investigación Mental en Palo Alto. Se publicó en esas fechas, su libro “Conjoint Family Therapy”. Tenía una gran presencia entre las familias. En las familias disfuncionales advertía una tendencia a usar el pronombre “nosotros”, en vez del “yo”. Admite las “discrepancias” en la familia aceptando las “diferencias”. Es destacada su capacidad para resolver el problema o la situación negativa y convertirla en algo positivo. Se une a las personas sin mostrar, ira, acusación u hostilidad, muestra su decepción, dolor y esperanza. El Programa Psicoeducativo de Hospital Parcial de Día (HPD) del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez (HPFBA), proporciona a los familiares del paciente información sobre lo que es el padecimiento y herramientas para su manejo. Con una visión sistémica y un enfoque estratégico y ecológico, se trabaja en los servicios que da el Hospital Parcial de Día y de Fin de Semana y de Psiquiatría Comunitaria. La familia como sistema es parte de una alianza terapéutica para evitar recaídas y caminar hacia la rehabilitación paciente. Aunado a lo anterior el Hospital Parcial de Día involucra al paciente, como parte del

tratamiento médico-psiquiátrico, en diferentes actividades psicosociales y entre ellas también un programa psicoeducativo con el objetivo de que el paciente conozca lo que es su propio trastorno y adquiera habilidades para aprender a manejarlo.

En el documento pontificio “*Carta a las Familias del Papa Juan Pablo II*”, Juan Pablo II (1994), menciona a la familia como institución fundamental en la vida de la sociedad y considera que el estado, por el principio de subsidiaridad, está jurídicamente ordenado al bien común y llamado a atender a la familia cuando no tiene los medios necesarios para realizar sus propios fines.

La psiquiatría y la psicología han adoptado el punto de vista de los sistemas. Se estableció una sociedad dedicada a la teoría general de los sistemas que publicó un *General Systems Yearbook*. La Teoría General de los Sistemas (TGS), se discutió en 1966 bajo la guía de doctor William Gray, de Boston, en la reunión anual 122 de la Asociación Americana de Psiquiatría, con la asistencia de 1500 personas y se pidió hubiera reuniones regulares de psiquiatras para desarrollar la “Teoría unificada del comportamiento humano” (Bertalanffy, 1976).

LA TEORÍA GENERAL DE LOS SISTEMAS

Bertalanffy presentó su “Teoría General de los Sistemas” en 1948. Sus trabajos experimentales en metabolismo y crecimiento lo empujaban a salir de conceptos mecanicistas dentro de la biología que concebía al organismo como un agregado de células dejando a un lado los problemas de organización. Bertalanffy menciona que los organismos son cosas organizadas y expresa que se tiene que averiguar al respecto (Bertalanffy, 1976).

La Teoría General de los Sistemas (TGS), de una manera general, define a un “*sistema*” como una totalidad organizada y compleja de componentes interactuantes (Bertalanffy, 1976).

La historia del concepto “*sistema*” tiene como nombres ilustres a: Leibniz con su “*filosofía natural*”; Nicolas de Cusa con su coincidencia de los opuestos; Paracelso en su medicina mística; Vico e Ibn-Kaldun viendo a la historia como una sucesión de entidades o “sistemas” culturales; Marx y Hegel con la dialéctica. En literatura Nicolas de Cusa y Hermann Hesse que ven el caminar del mundo como un juego abstracto agudamente planeado. La obra de Köhler en 1924, las “*Gestalten físicas*”, interpretó los fenómenos psicológicos desde el punto de vista de la física. Más tarde, en 1927, Köhler propone una

teoría para encontrar las propiedades más generales de los sistemas inorgánicos en comparación con los orgánicos de la que salió en parte, la necesidad de la teoría de los sistemas abiertos. Se le deben formulaciones fundamentales de la Teoría General de los Sistemas (TGS), a Lotka (1925), que como estadístico se interesó en los problemas de las poblaciones más que en problemas biológicos. Concibió a las comunidades como sistemas (Bertalanffy, 1976).

A principios de los 1930's, Bertalanffy (1976), abogaba por una concepción organísmica, le inquietaba el enfoque mecanicista de las teorías biológicas, haciendo hincapié en que el organismo era un todo o un sistema. Sus primeros enunciados fueron en 1925-26. Los trabajos de científicos de sus contemporáneos Whitehead y Cannon fueron importantes. El gran precursor de la teoría organísmica fue Claude Bernal. En 1932, Bertalanffy publica su *Theoretische Biologie*. Su publicación, a decir de Bertalanffy, entró en el limbo por concebirse en ese tiempo a la biología como un trabajo de laboratorio. Otto Pötzl, psiquiatra conocido de Viena, alentó a Bertalanffy a preparar un escrito que fue leído quedando destruido durante la segunda Guerra Mundial. En 1948, después la muerte de Otto Pötzl, Bertalanffy se animó a presentar la teoría general de los sistemas en conferencias.

En filosofía Bertalanffy (1976), siguió la tradición del neopositivismo del llamado *Círculo de Viena*. Posteriormente en los años veintes, sus lazos fueron más fuertes con el grupo berlinés de la *Sociedad de Filosofía Empírica*.

En 1953, el economista K. Boulding le escribe a Bertalanffy (1976), una carta diciendo que ha llegado a la misma conclusión que él.

En 1954 se encontraron en la reunión anual de la *American Association for the Advancement of Science* junto con el biomatemático A. Rapoport y el fisiólogo Ralph Gerard. El nombre de la sociedad cambió por el de Sociedad para la Investigación General de Sistemas organizada para impulsar el desarrollo de sistemas teóricos aplicables a los conocimientos tradicionales. La *Sociedad para la Investigación General de Sistemas* impulsa el desarrollo de sistemas teóricos. Sus funciones específicas fueron: investigar el isomorfismo de conceptos, leyes y modelos y fomentar transferencias de un campo a otro; estimular el desarrollo de modelos teóricos adecuados; minimizar repeticiones teóricas; promover la unidad de la ciencia

mejorando la comunicación entre especialistas. La nueva tendencia fue aceptada poco a poco sobre todo a partir de los años 60's (Bertalanffy, 1976).

Bertalanffy (1976), en su libro *"Teoría General de los Sistemas"* expone el concepto de "sistemas" que ha invadido los campos de la ciencia. El ser humano dentro de su propio proceso biológico y evolutivo como todo ser vivo, nace, crece, se desarrolla y eventualmente muere. La persona es un ser vivo que por su naturaleza comparte características con los demás seres vivos y como todo organismo vivo es también un sistema en interacción mutua. El organismo vivo es un sistema abierto que mantiene un equilibrio diferente al de los sistemas cerrados. El organismo vivo en ciertas condiciones, independientemente de las condiciones anteriores o iniciales alcanza lo que se llama "estado uniforme". Éste estado le permite autorregularse y adaptarse a nuevas condiciones. Una característica importante que poseen los organismos vivos es la equifinalidad. La equifinalidad es una tendencia hacia un estado final característico. En la conducta humana y en el campo sociológico siempre hay una persecución de metas e intencionalidad aún adoptando una posición estrictamente conductista.

En la tercera década del siglo XX, Ludwig von Bertalanffy se opuso a un enfoque puramente mecanicista en la ciencia y de características unidireccionales. Propuso que la biología estudiara al organismo como un todo y que su objetivo principal fuera el descubrir los principios de organización en cada uno de sus diversos niveles. Bertalanffy, introduce la expresión *"teoría general de los sistemas"* como se usa la expresión *"teoría de la evolución"* o *"teoría del comportamiento"*. El concepto "sistema" abarca un abanico grande dentro de la ciencia por lo que tiene alcances *metafísicos* o *filosóficos* (Bertalanffy, 1976).

Thomas Kuhn (1962), nombra a la TGS, un nuevo paradigma científico, una revolución científica por la aparición de nuevos esquemas conceptuales (Bertalanffy, 1976).

Aparecen en los diferentes sistemas para paralelismos o isomorfismos que ven al mundo como una gran organización (Bertalanffy, 1976).

Bertalanffy menciona como los isomorfismos de la ciencia permiten resolver problemas empezando por leyes y modelos más sencillos o mejor conocidos para aplicarlos a fenómenos más complicados. Se puede estimular la transferencia de leyes de análoga estructura a otros campos de la ciencia (Bertalanffy, 1976).

El modelo de “*sistema*” es un modelo general y se puede definir como un conjunto o complejo de elementos interrelacionados entre sí y con el medio (Bertalanffy, 1976).

En matemáticas, al manejar complejos de elementos se hacen tres distinciones, su número, sus especies y las relaciones entre sus elementos. Por ejemplo, el crecimiento de un sistema es directamente proporcional al número de sus elementos y según la constante sea positiva o negativa, el crecimiento de un sistema será positivo o negativo. Otro ejemplo, es el que en un sistema de ecuaciones se puede indicar la competencia entre las partes del propio sistema (Bertalanffy, 1976).

La cibernética, es una teoría de los sistemas de control basada en la transferencia de información entre el sistema y el medio circundante, con mecanismos de retroalimentación y en donde muchos mecanismos pueden permanecer desconocidos apareciendo el sistema aparece como una caja negra con entradas y salidas. Este esquema puede aplicarse con ciertos límites a fenómenos fisiológicos y a sistemas de naturaleza biológica cuando los mecanismos permanecen desconocidos y sin ser descritos (Bertalanffy, 1976).

La TGS tuvo expresiones de incomodidad y de aceptación en la psicología teórica y aplicada. La psicología europea del Desarrollo y del niño la aceptó de manera retrasada. Actualmente en las diferentes corrientes hay un principio común que ve al hombre como portador de un sistema activo y no como un autómatas reactivo o robot. Son representantes de esto Goldstein, Allport, Maslow, Roger (Bertalanffy, 1976).

Gordon W. Allport (1961), habla de convergencia en muchas direcciones en el cambio semántico y define a la personalidad de la siguiente manera: “*La Personalidad es la Organización Dinámica, Dentro del Individuo, de Aquellos Sistemas Psicofísicos que Determinan sus Ajustes Únicos a su Ambiente*” (p. 65).

SISTEMAS ABIERTOS Y SISTEMAS CERRADOS

Tanto en la física como en la biología se tienen sistemas cerrados y sistemas abiertos. En ambos sistemas son principios y a la vez propiedades formales *la totalidad, la suma, la mecanización, la centralización*. Un sistema es un complejo de componentes interactuantes en totalidades organizadas. La centralización progresiva aparece durante la vida de los seres vivos. La centralización progresiva es también una *individualización*

progresiva, de modo que el organismo vivo en su desarrollo, se vuelve más unificado e indivisible. En sociología una multitud amorfa no tiene individualidad (Bertalanffy, 1976).

En psicología, ejemplo de la individualización progresiva es la Gestalt que distingue cada individuo; dos personas perciben en forma diferente una misma situación y ambas percepciones son precisas (Kaplan & Sadock, 1975).

Los organismos vivos son básicamente sistemas abiertos que se mantienen incorporando y eliminando materia, con un equilibrio cuasi uniforme llamado *estado uniforme (steady)*, fenómeno fundamental en el metabolismo y en la vida. En los seres vivos se aplican principios de equilibrios fisicoquímicos. Al entrar y salir material del medio circundante, no siempre se contienen los mismos componentes. No hay un equilibrio verdadero es un equilibrio cuasi uniforme, llamado *estado uniforme* que permite funciones de metabolismo, respuestas de arranque para la realización de un trabajo y en ayuda del principio de *equifinalidad* (Bertalanffy, 1976).

La equifinalidad es otro de los fenómenos fundamentales de vida a diferencia de los fenómenos puramente físicos, ya que los organismos vivos pueden alcanzar el mismo estado final partiendo de diferentes condiciones iniciales. En la naturaleza un ejemplo de equifinalidad es el erizo de mar que puede proceder de un cigoto, de la mitad de uno o de la fusión de dos cigotos. En el hombre los gemelos idénticos provienen de la escisión de un cigoto.

La equifinalidad aparece en muchos procesos orgánicos como en el crecimiento (Bertalanffy, 1976).

COMUNICACIÓN ES INFORMACIÓN

La información es elemento fundamental de la comunicación y es una medida de orden y de organización. En muchos casos la corriente de energía corresponde a la comunicación como lo vemos en los telégrafos o en las puertas automáticas con un sistema fotoeléctrico. En la conducta la comunicación puede ser medida en términos de la toma de decisiones.

La entropía es una medida de desorden, Eddington la llamó "*la flecha del tiempo*", se define como la irreversibilidad de los acontecimientos físicos y es la que da al tiempo su

dirección mostrando la diferencia que existe entre el pasado y el futuro debido a que existen procesos que no son completamente reversibles (Bertalanffy, 1976).

Al dar información, por medio de la comunicación en el comportamiento humano se evitan conductas al azar que muchas veces tienen un cierto grado de improbabilidad.

Otro concepto importante dentro de la comunicación es el mecanismo de retroalimentación. Se da en los sistemas cerrados y abiertos. En la tecnología los sistemas de retroalimentación regulan las acciones. La cibernética es una disciplina que creó Norbert Wiener, disciplina que tiene el propósito de mostrar que los mecanismos de retroalimentación son básicos en el comportamiento teleológico o intencionado de las máquinas. En la biología y por lo tanto en el hombre, como sistema abierto, el modelo de retroalimentación se encuentra presente en los mecanismos de regulación del metabolismo que contribuyen al crecimiento y el desarrollo, así como en el control neurohormonal y en la fisiología de órganos y sistemas de órganos (Bertalanffy, 1976).

Si seguimos el principio el segundo principio de la termodinámica en la física, los acontecimientos de naturaleza física apuntan a estados de máximo desorden donde se igualan las diferencias y los procesos del universo se paran. En los organismos vivos, se transita a un orden superior, heterogeneidad y organización, pasa en el desarrollo embrionario y en la teoría de la evolución. (Bertalanffy, 1976).

La información en la comunicación es una forma de entropía negativa que ayuda a la reestructuración de conductas en el comportamiento teleológico e intencionado respaldan metas de un plan de vida. Por medio de retroalimentación, el ser biológico contrarresta la entropía negativa que se sabe es una medida de desorden (Bertalanffy, 1976).

Siguiendo el segundo principio de la termodinámica, los sistemas cerrados, los lleva a la entropía creciente y a un orden decreciente. Sin embargo *“los sistemas vivos se mantienen en un estado de alto orden e improbabilidad, o incluso evolucionan hacia diferenciación y organización crecientes, como ocurre en el desarrollo y la evolución orgánicos”* (Bertalanffy, 1976, p.148).

LOS SISTEMAS EN PSICOPATOLOGÍA

Bertalanffy menciona que la teoría de los sistemas en la psicología y en la psiquiatría no va más allá de ofrecer un marco teórico psicofísicamente neutral, siendo solo un bosquejo

que alude a los temas que se desprenden de estas ciencias y que puede ser definido y ahondado de diferentes modos alrededor de los postulados centrales (Bertalanffy, 1976). La enfermedad mental es una perturbación de las funciones del sistema del organismo psicofísico que difiere a la de un organismo sano. Paradójicamente en la poesía, en la mística o en construcciones fantásticas de la ciencia y de la literatura, se presentan fenómenos equiparables a la enfermedad mental sin embargo, en la actividad normal hay plasticidad, adaptación y jerarquía de funciones. La persona con esquizofrenia que en grupo comparte sus figuraciones, muestra dificultad para adaptarse a situaciones exteriores reales, prefiere permanecer encerrado, se muestra como espectador y no como ejecutante (Bertalanffy, 1976).

En el desarrollo se pasa de una condición general o global a un estado de mayor diferenciación, articulación y orden jerárquico. Se pasa de un estado sincrético a un estado en donde las funciones de percepción, motivación, sensación, imaginación, símbolos, conceptos, etc. se distinguen cada vez más claramente. En la psicopatología y en la esquizofrenia no pasa lo mismo ya que resurgen estados primitivos por regresión con manifestaciones extrañas que se combinan arbitrariamente elementos arcaicos entre ellos y con procesos de pensamiento más rebuscados en donde falta un universo organizado. En el estado psicótico puede haber una regresión a formas antiguas e infantiles de comportamiento. La persona con esquizofrenia nivel inferior pero no se integra a él, sigue desorganizado. Hay desintegración de la personalidad (Bertalanffy, 1976).

La perturbación de la espontaneidad es un signo de la enfermedad mental. La actividad automática es la forma más primitiva del comportamiento y el enfermo se hace cada vez más automática, es empujado por pulsiones biológicas, la comida, excreción, satisfacción sexual, etc.). El organismo como sistema físico sigue principios de equilibrio fisicoquímico que son estudiados por la fisiología. El equilibrio no es una función que se mantiene en un sistema abierto permanentemente. Al no ser propiamente un equilibrio es llamado *estado uniforme*. El estado uniforme permite por medio del metabolismo y la entrada y salida de materia fenómenos fundamentales de vida. La homeostasis es un conjunto de mecanismos que conducen al control automático de las constantes biológicas en los seres vivos. La fisicoquímica estudia los sistemas cerrados y los sistemas abiertos. Los

organismos vivos son sistemas abiertos que se mantienen en intercambio continuo entre sus componentes (Bertalanffy, 1976).

Bertalanffy (1968), al hablar de los sistemas químicos abiertos menciona lo expresado por Hopkins: *“La vida es un equilibrio dinámico en un sistema polifásico”* (p. 127).

En psicopatología es aplicable el modelo homeostático debido a que las funciones no homeostáticas decaen los pacientes con una enfermedad mental. Karl Menninger en 1963 describió el progreso de la enfermedad mental como una serie de mecanismos de defensa. Arieti en 1959 menciona que en la esquizofrenia se da en alguna forma una regresión teleológica progresiva (Bertalanffy, 1976).

Otro punto de vista a ser considerado en la psicopatología y al entenderse a la disfunción mental como la perturbación de un sistema y no como una pérdida de funciones sueltas se ha encontrado que, en las lesiones corticales localizadas, aunque el efecto perjudica a todo el sistema, el sistema tiene capacidades de regulación (Bethe, 1931; Goldstein, 1959; Lashey, 1964. En Bertalanffy, 1976).

Un universo integrado y congruente con el marco cultural que se vive es signo de salud mental (Bertalanffy, 1976).

Todos los sistemas tienen por derecho propios límites espaciales y dinámicos. Son difíciles de establecer en muchas ocasiones. En psicología los límites del yo son fundamentales, pero a la vez precarios; tienen su origen en la experiencia propioceptiva y en la imagen corporal y poco a poco se van estableciendo. En psicopatología los límites del yo pueden ser demasiado fluidos o rígidos (Bertalanffy, 1976).

Las categorías de la percepción pueden reflejar el mundo “real” y permiten la orientación y la supervivencia, si le son isomorfas en cierto grado (Bertalanffy, 1976).

Otro aspecto que tiene que ver con la percepción de la realidad es saber que los rasgos de la realidad captados están determinados por factores biológicos, culturales y probablemente lingüísticos (Bertalanffy, 1976).

Whorf en 1952, estudiando las pautas lingüísticas, propone como hipótesis que el hombre posee en sus procesos cognitivos una estructura lógica común y que en la comunicación los distintos sistemas lingüísticos determinan su pensamiento y la manera de percibir el mundo (Bertalanffy, 1976).

Tomar en cuenta los estados fisiológicos como parte la experiencia de vida es un factor fundamental. Bajo la acción de las sustancias tóxicas como la mezcalina, las impresiones visuales se intensifican y la percepción de espacio tiempo cambia. El soñar es otra categoría de experiencia. Estas categorías en la esquizofrenia difieren de la experiencia normal. Lo más importante y fundamental en la categoría de la experiencia es la distinción entre el yo y el no yo que no está absolutamente fija y que evoluciona gradualmente desde la infancia, pudiendo desaparecer en ciertos estados anímicos (Bertalanffy, 1976).

ANTECEDENTES HISTÓRICOS DE LA ESQUIZOFRENIA

La esquizofrenia ha sido identificada a través de la historia. Descripciones de este síndrome se han encontrado desde 1400 A.C., aunque su diagnóstico y tratamiento no han sido conocidos como en la actualidad.

Philippe Pinel (1745-1826), importante médico alienista del siglo XIX usaba el término “*manía*” para describir diferentes trastornos mentales y entre ellos a la esquizofrenia (Pérez- Rincón, 2001).

La palabra manía viene del latín y a su vez del griego definida como una “*especie de locura, caracterizada por delirio general, agitación y tendencia al furor*” (Diccionario Enciclopédico Espasa, 1979) (2 vols., p.512).

Philippe Pinel (1745-1826), es reconocido como uno de los más importantes médicos alienistas del siglo XIX y uno de los iniciadores de la psicoterapia debido a que daba lineamientos generales para un tratamiento moral de los alienados (Pérez- Rincón, 2001).

El vocablo alienista viene de alienado, loco, demente y de alienar que viene del latín, alienare, de alienus, que significa ajeno, perder y designa al médico dedicado al estudio y curación de las enfermedades mentales (Diccionario Enciclopédico Espasa, 1979) (2 vols).

Pinel trató de descubrir en la manía diferentes clasificaciones de las enfermedades mentales, dejando así lo que antiguamente se conocía como locura o frenesí, es decir, agitación, delirio, furor, lo contrario a la melancolía. La nueva especialidad nacía al dejar atrás el término locura. Pinel a fines del siglo XVIII aún utilizaba el término manía como

sinónimo de alienación mental utilizado en la Antigüedad Grecorromana y que más tarde se conoció como “locura circular” o de “locura de doble forma” (Pérez- Rincón, 2001).

En 1852 Benedict Augustine Morel, psiquiatra belga, describió lo que padecía una joven con una alteración grave tanto emocional como intelectual, y la denominó “*démence précoce*”. Más tarde, Hecker clasificó esta alteración como “*hebefrenia*” que etimológicamente significa locura juvenil por evocar a Hebe, deidad protectora de la juventud (Pérez- Rincón, 2001; Schwartz & Africa, 1989).

Fue a finales del siglo XIX y principios del siglo XX cuando se dio un parteaguas con las grandes figuras en el estudio de la esquizofrenia. Ellos fueron, Emil Kraepelin (1855-1926), Eugen Bleuler (1857-1939), en el campo de la psiquiatría y dentro del psicoanálisis Sigmund Freud (1856-1939).

Emil Kraepelin a principios del siglo XX, psiquiatra alemán y Alois Alzheimer, trabajando juntos en Munich, empezaron a diferenciar a pacientes con una grave demencia. Diferenciaron entre una demencia temprana y la que ocurre al final de la vida. Los pacientes de Alzheimer tenían una demencia tardía. Pensó que la esquizofrenia es de naturaleza biológica, que la mayoría de los pacientes no llevan un proceso demencial o un declive lineal cognitivo y en la implicación de las funciones cognitivas de la enfermedad en todo el funcionamiento del paciente (Lauriello, Biehl, & Bagb-Stone, 2012).

Kraepelin en 1886 clasificó diversos trastornos psiquiátricos mayores que ya habían sido descritos. Los clasificó en dos grupos “*la psicosis maníaco depresiva*” para los trastornos del afecto que se caracterizaban por exacerbaciones y remisiones más que del pensamiento y la “*demencia precoz*” para otro grupo de trastornos mayores caracterizados por alteraciones graves del funcionamiento que iniciaban en la adolescencia y empeoraban progresivamente observando que el 13% se recuperaban sin déficit residuales (Schwartz & Africa 1989. En Goldman 1989).

En Kaplan & Sadock (1987), encontramos los tres tipos básicos de demencia precoz que Kraepelin describió: catatónica, hebefrénica y paranoide. Bleuler describió un cuarto tipo: la esquizofrenia simple. En 1913 Bleuler incluyó la “parafrenia” (Pichot, 1983; Garrabé 1996, en Pérez- Rincón, 2001). Posteriormente se han añadido otros nuevos subtipos: la esquizoafectiva, latente, límite, indiferenciada, residual, y seudoneurótica entre otros (Kaplan & Sadock, 1987).

El DSM-5 se refiere a la esquizofrenia como tal sin subtipos.

A finales de los años 50's, en 1959, Kurt Schneider, sucesor de Kraepelin en Munich, intentó redefinir la esquizofrenia según sus primeros síntomas y pensó eran específicos de ella, oír los propios pensamientos en voz alta, oír voces argumentando o comentando los propios comportamientos, sentir que su cuerpo propio afectado, robo de pensamientos, inclusiones o inserciones en el pensamiento, difusión del pensamiento, delirios de ser controlados por una fuerza externa. Algunas de sus concepciones fueron erróneas ya que la evidencia clínica de algunas patologías demenciales, no llevan un proceso demencial o un declive lineal cognitivo. Tenía razón en que la esquizofrenia es de naturaleza biológica y en que la mayoría de los pacientes empeoran no necesariamente en forma continua y en la implicación de las funciones cognitivas de la enfermedad en todo el funcionamiento del paciente con esquizofrenia (Lauriello, Biehl, & Bagb-Stone, 2012).

Los trabajos de Kraepelin, Bleuler y Schneider han tenido repercusión en la actual definición de esquizofrenia. Es importante decir que los síntomas psicóticos que aparecen en la esquizofrenia y quedan en ella como un sello o una huella, no son exclusivos del trastorno esquizofrénico (Lauriello, Biehl, & Bagb-Stone, 2012).

Lauriello et al. (2012), citan a Kuhn (2004), al decir que Bleuler revolucionó lo que es la esquizofrenia al hablar de una división entre el entendimiento y la emoción, así como del pensamiento y la conducta.

Eugene Bleuler, psiquiatra suizo, tomó el concepto unificador de "*Dementia Praecox*" de Kraepelin (Pérez-Rincón, 2001). En 1911 Bleuler sustituyó el término de "*demencia precoz*" por el de "*esquizofrenia*" que significa "*escisión de la mente*" para describir a un grupo de síntomas caracterizados por autismo, ambivalencia y trastornos primarios del afecto y las asociaciones (Kaplan & Sadock, 1987).

Conocía la neurología y la psiquiatría francesas por su formación inicial en Berna y había pasado en Paris con Charcot antes de pasar por Londres y Munich ingresando finalmente al hospital psiquiátrico de Zurich. Siguió la tradición alemana que en el cambio de los siglos XIX y XX siguió la tradición de la psiquiatría alemana estableciendo que las enfermedades mentales eran enfermedades cerebrales. En 1923, en el Congreso de Besan se hablaba de la esquizofrenia como "*delirio de eclipse, de psicosis circular en un*

paranoico o de asociación de episodios maníacos con un delirio de interpretación”, para Bleuler y sus discípulos era un caso de esquizofrenia (Minkowski, 2000). En 1926 pensó que el déficit de la afectividad junto a la relajación de las asociaciones era el síntoma primitivo de la esquizofrenia y que más que un grupo de esquizofrenias se ha de hablar de una sola entidad tanto desde el punto de vista clínico como del heredo-biológico, etiológico y anatómico. En 1930 establece que el síntoma primitivo de la esquizofrenia era la falta de sinergia, es decir, de colaboración de las funciones tanto instintivas como asociativas que se integran en una totalidad (Guiraud, 1968. En Pérez-Rincón, 2001). Describió un cuadro sobresaliente de las características psicológicas del trastorno esquizofrénico (Schwartz & Africa, 1989. En Goldman, 1989). Eugen Bleuler en 1911, también dividió la esquizofrenia en síntomas positivos y síntomas negativos. Todo ello con implicaciones significativas en el actual tratamiento y hallazgos de la esquizofrenia (Lauriello et al., 2012).

En 1930 el pensamiento de Kraepelin y Bleuler se había difundido internacionalmente. La escuela germánica y la francesa tenían ciertas diferencias. La escuela francesa en 1922 con Maurice Dide y Paul Guiraud propusieron el neologismo griego *atimhormia* para la enfermedad descrita por Bleuler, misma raíz que “*hormona*” con la a, privativa. El enfoque biológico de Dide con repercusión en los autores que introdujeron en la década de los 50’s los medicamentos neurolépticos (Pérez- Rincón, 2001).

En los años 20’s se dieron muchos enfoque para tratar de entender la naturaleza de la condición esquizofrénica. La epidemia de la encefalitis letárgica condujo a la psiquiatría clínica a numerosas investigaciones. Se dio un proceso de construcción nosográfica de los diferentes tipos de patología encefálica y sistémica. Había muchos cuadros de “esquizofreniformes” de etiología diversa. Era necesario precisar muchos síntomas de la entidad bleuleriana. Los trabajos de la Sección de Patología Cerebral de las Psicosis del Instituto de Munich fundado por Kraepelin, realizó la aportación más numerosa en 1927. Definieron tres subgrupos de esquizofrenias sistemáticas simples: las formas catatónicas, con seis variedades; las hebefrénicas, con cuatro; paranoides con seis, un grupo limítrofe entre la esquizofrenia y la psicosis maniacodepresiva, constituido por la parafrenia afectiva, la esquizofasia y la catotonia periódica. (Pérez- Rincón, 2001).

Kurt Schneider a la mitad del siglo XX contribuyó a que la psiquiatría cerrara el paso a las corrientes filosóficas especialmente en el caso de la de Karl Jaspers (Pérez- Rincón, 2001). Cuando las teorías biológicas fueron avanzando en el sentido de una transmisión hereditaria del padecimiento y después de que el desarrollo de la farmacología modificó el tratamiento del padecimiento los enfoques psicodinámicos fueron perdiendo su prestigio. Los estudios transnacionales encontraron diferencias entre los pacientes, las alucinaciones visuales tienen mayor frecuencia en los pacientes egipcios y mexicanos. Así mismo se investigó la expresión artística de los artistas psicóticos. La etiqueta de “esquizofrenia” también se ha utilizado en la política por ejemplo en la Unión Soviética, los psiquiatras moscovitas la definieron como esquizofrenia “tórpidas” semejante a la esquizofrenia latente de Bleuler con manifestaciones “prodrómicas” que nunca evolucionaban a una esquizofrenia con sintomatología típica (Pérez- Rincón, 2001). Dentro de la vertiente filosófica y al mismo tiempo profundamente clínica destaca la obra de Eugene Minkowski, polaco y alumno de Bleuler en Zurich. En su libro “*La Esquizofrenia*”, de 1927. Para Minkowski, el trastorno nuclear de la esquizofrenia es la pérdida del contacto vital con la realidad. Su libro fue el resultado de la colaboración de su esposa Madame Minkowska, también alumna de Bleuler y del contacto con la filosofía de Henri Bergson. Lo último en el proceso de construcción nosográfica es la elaboración del *Manual Diagnóstico y Estadístico de la American Psychiatric Association* (Pérez- Rincón, 2001).

Sigmund Freud nació en 1856 en Freiberg, Moravia y murió en Londres en 1939, sin embargo pertenece y perteneció a Viena. A los tres años su familia lo había llevado a Viena. Recibió la influencia de grandes científicos de la época. En 1873, ingresó a la escuela de medicina siendo alumno de Ernest Brücke, fisiólogo que exponía de manera radical que el organismo vivo es un sistema dinámico al que se le aplican las leyes de la química y de la física. Freud, 20 años después, aplicó las leyes de la dinámica a la personalidad del hombre. En 1881 había recibido el diploma como médico de la Universidad de Viena. Durante quince años se dedicó a investigar el sistema nervioso. A instancias de Brücke trabajó también como médico. Cuando empezó su práctica como médico se especializó en el tratamiento de las perturbaciones nerviosas. El contacto con los pacientes le hizo pensar en términos psicológicos. En ese tiempo no se atendían

grandemente las enfermedades nerviosas. En Francia, Jean Charcot alcanzaba algunos éxitos con la hipnosis especialmente en el caso de la histeria. Freud entre 1885 y 1886 pasó un año en París aprendiendo de Charcot. De Joseph Breuer, médico vienés aprendió los beneficios de la terapia catártica (Hall, 1974).

Freud (1893), escribió una nota larga sobre la figura de Charcot en el mismo año de su muerte, Charcot daba la cátedra de Anatomía Patológica y al margen de sus ocupaciones oficiales su fama fue sus estudios en neuropatología. En la Salpetriere había muchas enfermas “nerviosas” crónicas que pudo estudiar. Freud sintió mucho el fallecimiento de Charcot en 1893 a los 68 años. Lo admiro por sus dotes científicas y humanas. Tuvo un trato cercano con él como amigo después de haberle ofrecido a su maestro sus servicios como traductor al alemán de las lecciones que daba (1893/1948). Freud trabajó con Breuer la histeria en sus diversos síntomas y formas con resultados valiosos como lo menciona el mismo Freud. En 1889 trató a una señora histérica con el método que su colega Breuer le había pasado junto con el historial clínico (1895/1948).

Freud desarrolló el método de la asociación libre y el concepto del inconsciente. Dejó la fisiología y la neurología. En la habitación donde veía a sus pacientes estaba el diván como única pieza de su equipo en donde los pacientes, con nuevas y mejoradas técnicas terapéuticas aplicó el método de relatar y el de la asociación libre. En la última década del siglo XIX, con su característico rigor científico, intento llegar a su inconsciente, analizaba sus propios sueños, su propia dinámica interna verificando el material proporcionado por sus pacientes. En esa década escribió La interpretación de los sueños, obra publicada en 1900. En 1890, Freud descubrió que la psicología era su meta. Escribiendo a un amigo lo explicaba. Y en 1927 declaró que el psicoanálisis es parte de la psicología. Freud fue científico, médico, psiquiatra, psicólogo y filósofo. Buscaba una filosofía de la vida basada en la ciencia (Hall, 1974).

Hall (1974), escribe que a Freud lo podemos vislumbrar como filósofo cuando en 1896 escribió a un amigo *“De joven no ansiaba nada más que el conocimiento filosófico, y ahora estoy en camino de satisfacer ese anhelo al pasar de la medicina a la psicología”* (p.22).

En 1894 Freud interpreto los fenómenos alucinatorios al estudiar la diferencia entre los estados de vigilia del yo y los sueños y entre lo normal de lo patológico. En ese mismo

año Freud publicó, un artículo sobre la neuropsicosis de defensa, muchos casos que ahí se encontraban serían actualmente casos de esquizofrenia. Abraham en 1907 y 1908 relacionó los delirios y las alucinaciones con las experiencias de la infancia. Freud en el caso Schreber que publicó en 1911, estudio el proceso psicótico; en 1914 formuló la hipótesis sobre la megalomanía. Con sus estudios sobre las regresiones y compensaciones sentó las bases de los postulados de Federn quien fue el primero en considerar a la esquizofrenia como una perturbación del yo, aportando conceptos sobre los límites del ego y del aparato perceptivo. En todo lo concerniente al estudio de la teoría psicoanalítica de la esquizofrenia conviene considerar sus dificultades y el que frecuentemente no se menciona si se acepta su origen o predisposición somática (Bellak & Blaustein, 1962).

Freud (1925), en su investigación analítica estudió el caso del doctor en Derecho magistrado de los Tribunales de Sajonia quien había escrito "*Memorias de un Neurótico*" que aparecieron en 1903. Interpretó sus delirios y alucinaciones paranoicos y megalomaniaca de sentirse hijo de Dios con la misión de salvar al mundo, con nucleos de homosexuales e impregnado de simbolismos de los pueblos primitivos. Schreber expresa su orgullo de la raza a la que pertenece él y su familia, una raza de la más alta nobleza celestial. Fué paciente del doctor Flechsig quien se oponía a la publicación de sus memorias. El paciente publicó sus memorias al parecer esperando la comprensión del doctor Flechsig. Freud, en sus escritos agradece al paciente haberle dado la oportunidad de estudiar su caso por el hecho de haber publicado la historia de su enfermedad aunque nunca lo conoció y no sabía si al estar escribiendo sobre su caso aún vivía. El doctor Schreber tenía periodos de remisión durante los cuales se reintegraba a su trabajo y a decir de Freud fué una persona con una inteligencia de "*inteligencia superior*". Freud comenta que la investigación psicoanalítica de la paranoia tiene dificultades para saber lo que el enfermo tiene y quiere revelar de lo más íntimo de su persona. Freud al final de su escrito acerca del doctor Shreber comunica que se ha limitado a interpretar y externar sus conclusiones para dejarlo en manos de los lectores familiarizados con el psicoanálisis.

Freud identificó la esquizofrenia al definir al narcisismo, término elegido por P. Näcke nombrar los casos en los que la persona elige a su cuerpo como algo gratificante que

llevado al extremo es una perversión que acapara la vida sexual y se da en diferentes casos o padecimientos de los enfermos y nombra narcisismo primario cuando lo aplica a la teoría de la libido a la demencia precoz de Kraepelin, su contemporáneo, o a la esquizofrenia de Bleuler, también contemporáneo de Freud. Freud los llama parafrénicos a los casos o padecimientos de los enfermos de demencia precoz o de esquizofrenia por presentar principalmente la manía de grandeza y la falta de interés por todo lo del mundo exterior, situación que a juicio de Freud, en *“Introducción al Narcisismo”*, sustrae al paciente totalmente del influjo del psicoanálisis. La manía de grandeza la aporta del yo, como un narcisismo secundario, basado en el narcisismo primario. Freud hace constar que no pretende dar una explicación al problema de la esquizofrenia (Freud, 1914/1948). Freud (1914), en *“Introducción al Narcisismo”* relata que la investigación psicoanalítica ha encontrado rasgos de conductas narcisista en personas aquejadas de otras perturbaciones, en homosexuales, en personas neuróticas. Para Freud, no sería una perversión *“sino el complemento libidinoso del egoísmo del instinto de conservación”* (p. 1097).

EL YO PSICÓTICO Y LOS TRASTORNOS DEL PENSAMIENTO

Leopoldo Bellak (1962), en su obra *“Esquizofrenia”*, revisa literatura sobre esquizofrenia del período de 1946 a 1956 y en cuanto le fue posible la aparecida en 1957 y 1958. Menciona que la esquizofrenia no es una enfermedad única por lo que no se debe a una causa única y tampoco se le puede aplicar un mismo tratamiento expresando que con los adelantos de la ciencia médica, muchos pacientes con esquizofrenia pueden tener una mejoría, pero no alcanzan un nivel aceptable de funcionamiento.

Bellak (1962), expresa que aún teniendo una orientación genética u orgánica *“Probablemente el único factor que desempeña siempre algún papel etiológico en la esquizofrenia (primario unas veces y subordinado otras) es la formación que ha recibido el paciente, el efecto del medio, de los factores ambientales”* (p. 18). También expresa que muchas de las personas expertas en educación al parecer están de acuerdo en que es conveniente evitar *“una excesiva estimulación de las tendencia agresivas y sexuales, sea por demasiada exacerbación, sea por demasiada supresión. Debe haber continuidad en la educación, buenos modelos para la identificación y cierto calor afectivo”* (p. 18).

La psicología del yo ha avanzado estimulando la reeducación dentro los tratamientos terapéuticos de los padecimientos del yo psicótico. Siguiendo los conceptos psicoanalíticos el yo es examinado a partir de su desarrollo y funciones como son: la relación con la realidad, la regulación y el control de los impulsos, las relaciones de objeto, los procesos del pensamiento, las funciones de defensa, las funciones autónomas, y la función de síntesis. Entre las relaciones de objeto está la capacidad de formar relaciones de objeto satisfactorias y constancia de objeto; dentro de los proceso de pensamiento está la reflexión selectiva, la buena memoria, la concentración y la abstracción; dentro de las funciones de defensa está la represión como barrera de estímulos internos y externos, la sublimación, la proyección y la negación; dentro de las funciones autónomas está la percepción, la intención, la inteligencia, el pensamiento y el lenguaje. Esencialmente el funcionamiento del yo es el resultado del proceso secundario que implica la capacidad selectiva para evitar “la contaminación” del material inapropiado a diferencia de los procesos primarios del yo. Originalmente los procesos del pensamiento primario del yo fueron identificados por Freud. Son reconocibles por sus objetivos instintivos y también por ciertas peculiaridades como es el pensamiento con una lógica autista en vez del pensamiento bien dirigido (Bellak, 1962).

Las características de los trastornos graves del yo los habían descrito ya Kraepelin y Bleuler como signos y síntomas formales de la demencia precoz y de la esquizofrenia. La psiquiatría ha caminado hacia los tratamientos organicistas neuropsiquiátricos y a los tratamientos con medicamentos. Sin embargo, las formulaciones del psicoanálisis han útiles a la terapéutica del paciente con esquizofrenia, después de un periodo agudo, cuando se puede establecer una comunicación con el paciente sobre todo en los casos de inicio del padecimiento. La esquizofrenia es una manifestación grave del funcionamiento del yo resultando de utilidad los progresos de la psicología del yo en la terapéutica de los trastornos del yo psicótico estimulando la reeducación. El modelo tripartito del yo con el yo (ego), super yo (super-ego) y el ello (id) ayudan a examinar el desarrollo y las funciones del yo. Los medicamentos ayudan a la integración del yo controlando las fuerzas del super yo y del ello sin embargo los conocimientos para activar el funcionamiento del yo a través del aprendizaje y/o reeducación para cambiar la

debilidad del yo o cuando menos para evitar una recaída para fortalecer la debilidad del yo de la organización del yo (Bellak, 1962).

Es oportuno señalar que aproximadamente el 20% de los pacientes después de sufrir el período inicial no experimentan recaídas. La mayoría de ellos padecerán varios episodios agudos y en los períodos intermedios sus niveles de funcionamiento alcanzarán diferentes niveles (Anderson, Reiss y Hogarty, 1986).

A principios del siglo XX Adolfo Meyer, insistió en que el estrés es un factor importante en la génesis de todas las enfermedades mentales (Schwartz & Africa, 1989).

Entre los seguidores más actuales apegados a los postulados freudianos está Donald Winnicott (1987), parte del respeto que se le debe a la *“madre de cuidados ordinarios”*, la madre sana, cuando el médico o la enfermera, intervienen en el cuidado del bebé. Explica las primeras etapas del niño al nacer y la importancia de una continuidad en el crecimiento humano, debiendo tomarse en cuenta la ansiedad que se da en el bebé cuando existen distorsiones durante el proceso de desarrollo infantil y que lo llevan a la desintegración. En 1964, anota *“La teoría de la esquizofrenia como anulación de los procesos madurativos de la primera infancia tiene mucho que enseñar al psiquiatra; también creo, tiene mucho que enseñar al pediatra, al neurólogo y al psicólogo sobre los bebés y sus madres”* (p. 72).

EPIDEMIOLOGÍA

Incidencia. Recientes revisiones de McGrath y sus colaboradores en 2004, reportan variaciones substanciales en la incidencia, es decir en la frecuencia de casos diagnosticados en un cierto periodo, según múltiples estudios y localidades a nivel mundial (Lauriello, et al., 2012).

McGrath y colaboradores en 2004 y Messias y sus colaboradores en 2007, encontraron que la incidencia media es 15.2 por cada 100,000 habitantes (0.0152 %) y (1.52 cada 1000 habitantes) (Lauriello, et al., 2012).

La incidencia de la esquizofrenia presenta variaciones entre localidades, países y culturas o puede ser por lo sesgado de los datos que muestran, así es que no es tan igualitaria como antes se pensaba (Lauriello, et al., 2012).

Kaplan & Sadock (1987), reportan que estudios de población en general la incidencia es de 1 por cada 1000 habitantes.

Se estima se dan 2 millones de casos nuevos al año en el mundo (Schwartz & África, 1989).

Prevalencia. La publicación en español de 1993 de la CIE-10, menciona la existencia de discrepancias en la prevalencia de la esquizofrenia según las metodologías, en el medio rural versus el urbano, en la población general y en el medio clínico u hospitalario o por las diferentes definiciones de esquizofrenia. En muchos estudios extensos, la prevalencia varía desde el 0.2 al 2 %. Las tasas de prevalencia son similares, aunque se ha encontrado prevalencia más alta en algunas áreas específicas. Las tasas de prevalencia son más altas que las de incidencia ya que la esquizofrenia tiende a ser un trastorno crónico. Al tomar en cuenta todas las fuentes de información la CIE-10 estima la prevalencia de la esquizofrenia entre el 0.5 y el 1%.

En México, en el año 1999, se estimaba que para el año 2000 la prevalencia de la esquizofrenia en el año 2000 sería del 1%, representando a un millón de afectados (Díaz Martínez & Esteban Jiménez, 1999).

LA HIPÓTESIS GENÉTICA COMO FACTOR BIOLÓGICO EN LA INCIDENCIA DE LA ESQUIZOFRENIA

Con el fin de conocer la incidencia de la esquizofrenia debida al factor biológico se han realizado estudios basados en los registros hospitalarios obteniéndose los siguientes índices en el riesgo de morbilidad:

En la población general y entre hermanos va de 0.3% al 2.8%.

En los padres de los padres de personas con esquizofrenia 0.2% al 12%.

En los hermanos de 3% al 14%.

En los hijos con un padre con esquizofrenia del 8% al 18%.

En los hijos de dos padres con esquizofrenia del 15% al 55% (Kaplan & Sadock, 1987).

En las hipótesis genéticas de la esquizofrenia se prefiere el estudio de los gemelos monocigóticos y dicigóticos:

En los gemelos monocigóticos van del 0 al 86%.

En los dicigóticos van del 2 al 17%.

En los monocigóticos que no han vivido conjuntamente después de su nacimiento durante algunos años fue del 77.6% Kaplan & Sadock, 1987).

En los monocigóticos que han vivido conjuntamente después de su nacimiento durante algunos años fue del 91.5% (Kaplan & Sadock, 1987).

En Goldman (1989), Schwartz & África (1989), mencionan que los estudios genéticos de la esquizofrenia realizados en gemelos y adopción para conocer la consanguinidad en los índices de morbilidad de la esquizofrenia. Se aislaron las dos variables la genética y crianza. Los autores reportan que los niños que en su constitución tienen un componente biológico en la adquisición de la esquizofrenia y en donde las familias biológicas se encargaron de la paternidad durante el desarrollo y que desarrollaron esquizofrenia de manera subsecuente, se confirmó del componente genético ya que el 9% de los miembros biológicos eran esquizofrénico y de los niños adoptados no esquizofrénicos solo el 2% de las familias biológicas eran esquizofrénicos.

DEFINICIONES DEL TRASTORNO

Al hablar de esquizofrenia hablamos de un trastorno mental y de una psicosis.

La esquizofrenia es un síndrome psiquiátrico, no una enfermedad única, los síntomas son variados que se manifiestan por una grave perturbación del yo y una debilidad psicógena relativamente pura del ego de muy diversos factores, quimiógenos, genógenos, psicógenos o combinaciones de ellos (Bellak, 1962).

La esquizofrenia como “un trastorno psiquiátrico mayor que abarca gran variedad de alteraciones graves de conducta” (Schwartz & Africa 1989. En Goldman 1989).

Kaplan y Sadock en 1975 la definen como un síndrome heterogéneo en su etiología, patogenia, cuadro, curso, respuesta al tratamiento y pronóstico que independientemente de manifestar conductas socialmente inaceptables, es una enfermedad.

La esquizofrenia es “un síndrome heterogéneo en su etiología, patogenia, cuadro, curso, respuesta al tratamiento y pronóstico” (Kaplan & Sadock, 1987).

En el DSM-5 (2013), la esquizofrenia es una enfermedad en donde están como síntomas los delirios, las alucinaciones, el discurso desorganizado, comportamiento desorganizado y síntomas negativos (expresión emotiva disminuida o abulia).

La CIE-10, define a la esquizofrenia como el cuadro más importante del grupo de los Trastornos Mentales. La mayoría de los trastornos delirantes no están relacionados con la esquizofrenia. En ella se comprometen la individualidad, singularidad y el dominio de sí mismo. Se caracteriza por distorsiones fundamentales y típicas de la percepción, del pensamiento y de las emociones que se presentan en forma de embotamiento o falta de adecuación. Generalmente se conserva la claridad de la conciencia y la capacidad intelectual. Con el paso del tiempo puede haber déficits cognoscitivos. Los trastornos de la percepción pueden llevar a darle importancia a detalles irrelevantes. El trastorno del pensamiento los aspectos periféricos e irrelevantes toman importancia y afloran en lugar de una actividad mental normal. El pensamiento se vuelve vago, elíptico y oscuro, así la expresión verbal es a veces incomprensible. El afecto se vuelve superficial, caprichoso e incongruente. Hay apatía marcada, inercia, negativismo y estupor. En la crisis aguda de las ideas delirantes y alucinaciones paranoides, el trastorno del pensamiento puede ser importante pero no impide que las ideas delirantes y las alucinaciones sean descritas con claridad y la afectividad esta menos embotada.

LAS CLASIFICACIONES

La Organización Mundial de la Salud, organismo creado en 1948, publica en 1993 *“The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders. Diagnostic criteria for research”* y otorga licencia para la publicación en español de *“La CIE-10, Décima Revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades. Trastornos Mentales y del Comportamiento. Descripciones Clínicas y Pautas para el Diagnóstico”*. La CIE-10 (1993), tiene a la esquizofrenia en el capítulo F y en el apartado *“Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos”*.

El DSM-5 (2013), tiene a la esquizofrenia clasificada en el apartado “Espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos.

El HPFBA, en la anotación de los diagnósticos sigue la clasificación de la CIE-10 (1993). En este estudio se toma el diagnóstico que el clínico anota al ingreso del paciente, al Hospital Parcial de Día del HPFBA.

La CIE-10 ve la necesidad de sub-tipificar a la esquizofrenia debido a que esquizofrenia incluye un abanico amplio de diferentes cuadros clínicos. Bleuler se refería a ellos como

“el grupo de esquizofrenias”. Los subtipos han sido cuestionados, la CIE-10 (1993), los conserva por su valor diagnóstico. Ellos son:

- F20.0 Esquizofrenia paranoide.
- F20.1 Esquizofrenia hebefrénica.
- F20.2 Esquizofrenia catatónica.
- F20.3 Esquizofrenia indiferenciada.
- F20.4 Depresión post-esquizofrénica.
- F20.5 Esquizofrenia residual.
- F20.6 Esquizofrenia simple.
- F20.8 Otra esquizofrenia.
- F20.9 Esquizofrenia sin especificación.

El DSM-5 (2013), tiene a la esquizofrenia en el capítulo “*Espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos*” ya que la esquizofrenia es un abanico de diversos trastornos psicóticos. Este capítulo no incluye subtipos de la esquizofrenia.

Los otros trastornos de este capítulo son:

- Trastorno delirante.
- Trastorno psicótico breve.
- Trastorno esquizofreniforme.
- Trastorno esquizoafectivo.
- Trastorno psicótico inducido por sustancias/medicamentos.
- Catatonia.
- Trastorno catatónico debido a otra afección médica.
- Catatonia no especificada.
- Otro trastorno del espectro de la esquizofrenia especificado y otro trastorno psicótico.
- Trastorno del espectro de la esquizofrenia no especificado y otro trastorno psicótico.

En este capítulo del DSM-5 (2013), el trastorno esquizotípico (de la personalidad), solo se menciona sin darle una nomenclatura. En la CIE-9 y en la CIE-10, el trastorno esquizotípico de la personalidad se encuentra en la sección de trastornos de la personalidad. Los criterios diagnósticos para el trastorno esquizotípico de la

personalidad, en el DSM-5 (2013), se presentan en la sección “Trastornos de la personalidad. Grupo A.”

SIGNOS Y SÍNTOMAS

Los síntomas no son una definición completa de los trastornos. Los diagnósticos abarcan lo cognitivo, lo emocional, el comportamiento y lo fisiológico. Los síntomas son un resumen del síndrome o cuadro en el que subyace la historia característica del desarrollo y los factores biológicos y ambientales (DSM-5, 2013).

Retrospectivamente se puede recurrir a una fase prodrómica, fase anterior con características del trastorno. En la fase prodrómica la persona manifiesta aislamiento social, pérdida de interés en los estudios, en el trabajo, deterioro en la higiene y aseo personal, comportamiento extraño y explosiones de ira. El inicio puede ser brusco o insidioso, puede evidenciar anomalías fisiológicas y deterioro cognoscitivo. El curso y la evolución es variable con exacerbaciones y remisiones en algunas personas o pueden permanecer crónicamente enfermos (La CIE-10).

En la CIE-10 (1993), los síntomas característicos de la esquizofrenia son:

- Ideas delirantes.
- Alucinaciones.
- Lenguaje desorganizado como descarrilamiento frecuente o incoherencia.
- Comportamiento catatónico o gravemente desorganizado.
- Síntomas negativos como aplanamiento afectivo, alogia o abulia.

Anotación: Un solo síntoma de los anteriores, se requiere para el diagnóstico si las ideas delirantes son extrañas o si consisten en una voz que comenta continuamente los pensamientos o el comportamiento del sujeto, o si dos o más voces conversan entre ellas.

En el DSM-5 (2013), los síntomas característicos de la esquizofrenia son los siguientes:

- Delirios.
- Alucinaciones.
- Discurso desorganizado.
- Comportamiento muy desorganizado o catatónico.

- Síntomas negativos. Es decir, expresión emotiva disminuida o abulia.

Señala el DSM-5 (2013), que el diagnóstico de la esquizofrenia se hace cuando los síntomas duran al menos 6 meses incluyendo 1 mes de la fase activa, o menos si se trató con éxito; y si durante una parte significativa del tiempo, el nivel de funcionamiento del paciente está muy por debajo del nivel alcanzado antes del inicio del padecimiento; o si hay un fracaso en el nivel esperado en la consecución del funcionamiento interpersonal, académico laboral.

La CIE-10 (1993), describe:

Los delirios son creencias fijas, inverosímiles, incomprensibles, no susceptibles de cambio a pesar de las pruebas en su contra y no proceden de las experiencias cotidianas. Van en contra de la verdad y de la razón y de las pruebas claras.

Los delirios pueden ser persecutorios, referenciales, de grandeza, erotomaníacos, nihilistas, y somáticos.

Una creencia firme puede confundirse con un delirio dependiendo de la convicción en contra de las pruebas de la realidad.

Las alucinaciones son percepciones sensoriales claras y fuertes. Son una experiencia más en el paciente, experiencia real pero no sujeta al control voluntario. Pueden ser sensoriales o auditivas a nivel de conciencia y no al despertar pues éstas últimas son las hipnagógicas y están dentro del rango de la normal como la de una experiencia religiosa en determinados contextos culturales.

Pensamiento y discurso desorganizado. El sujeto cambia de un tema a otro, se llaman descarrilamiento o asociaciones laxas. Las respuestas a las preguntas son indirectas o no relacionadas. Son tangenciales. El discurso se vuelve incomprensible. Puede ser de menor gravedad en la fase prodrómica o en la residual. Al valorar la gravedad se hace la distinción con el de un entorno lingüístico diferente del paciente.

Comportamiento muy desorganizado o anómalo, incluida la catatonía. Se manifiesta desde un comportamiento pueril hasta la agitación impredecible. El comportamiento puede impedir el conseguir objetivos y afectar las actividades cotidianas. El comportamiento catatónico no es reactivo al entorno. Puede darse con una negatividad

a seguir instrucciones, con la adopción de una postura rígida, inadecuada o extravagante, con la ausencia total de respuestas verbales o motoras (mutismo y estupor), así como con una actividad motora sin finalidad, excesiva y sin causa aparente (excitación catatónica). Otras características pueden ser los movimientos estereotipados repetidos, la mirada fija, las muecas, el mutismo y la ecolalia. Pueden presentarse estos comportamientos en otros trastornos mentales y patologías médicas.

Síntomas negativos. Los más predominantes son, la expresión emotiva disminuida y la abulia. La expresión disminuida en la cara, el contacto ocular, la entonación del habla y los movimientos de manos, cabeza y cara. La abulia es una disminución de las actividades en actividades laborales y sociales. Otros síntomas son la alogia, la anhedonia.

En *psiquiatria.com* <https://psiquiatria.com/glosario/alogia> (2017), la definición de alogia y anhedonia es la siguiente:

Se habla de alogia cuando hay una ausencia o disminución del lenguaje espontáneo, una pobreza de su contenido, bloqueos, aumento de la latencia de la respuesta. Se ha considerado como un síntoma negativo de la esquizofrenia por Nancy C. Andreasen.

La anhedonia (del griego ἀν-: an- «falta de» y ἡδονή: hedoné «placer») es la incapacidad para experimentar placer, la pérdida de interés o satisfacción en casi todas las actividades. Se considera una falta de reactividad a los estímulos habitualmente placenteros.

ETIOLOGÍA

Las causas de la esquizofrenia no se han definido completamente y si se ha aceptado que los pacientes presentan una anormalidad en los neurotransmisores del cerebro especialmente en la dopamina y probablemente en el glutamato, además de los factores de riesgo personales que se presentan en cada individuo, como los genéticos, complicaciones obstétricas, nacer en invierno, infecciones, padre añoso, uso de la marihuana, urbanización e inmigración (Lauriello, et al., 2012).

En 2014, La Red Europea de Redes Nacionales para el estudio de las interacciones genéticas-ambientales en la esquizofrenia (Eu-GEI por sus siglas en inglés) indica que la investigación epidemiológica y de genética molecular sobre los factores ambientales

enfrentan retos conceptuales y metodológicos. Estos estudios se encuentran en proceso para ser integrados a gran escala. Se necesita más evidencias y un mayor número de estudios que evidencien que la variación genética y las exposiciones ambientales son compartidas por un grupo de trastornos psiquiátricos en los que puede existir superposición de fenotipos. Se necesita “esclarecer la compleja interacción de genes, ambiente y mecanismos subyacentes que conducen a algunos sujetos a la psicosis, mientras que en otros no genera este efecto o no se desarrolla el trastorno” y que son compartidos por un grupo de trastornos psiquiátricos. Los descubrimientos genéticos proporcionan las bases en varios campos de investigación que pueden conducir a una definición actualizada de clasificaciones clínicas más allá de la esquizofrenia.

Schwartz y África (1989), mencionan que la genética, la psicología personal del individuo, el ambiente psicosocial, el importante factor familiar, el medio social en el momento de la enfermedad, son factores que intervienen en la etiología y ninguno de ellos explica exclusivamente el desarrollo de la enfermedad. Y al referirse a los factores anatómicos y fisiológicos según los estudios TC indican que las personas con esquizofrenia pueden tener los ventrículos laterales aumentados y aplasia de la corteza cerebral (falta de desarrollo), algunos pacientes tienen agrandamiento del tercer ventrículo que conlleva a cambios en el área periventricular límbica estriada, disminución de la utilización de las áreas corticales prefrontales. Las imágenes de resonancia magnética (IRM) mostraron que los lóbulos frontales de las personas con esquizofrenia son más pequeños y los movimientos oculares a sacudidas cuando persiguen un objeto en movimiento. Se han hecho estudios en las familias y han tomado en cuenta factores perinatales en pacientes con esquizofrenia que apuntan a un porcentaje mayor de casos en donde la frecuencia de partos difíciles es superior en la población con esquizofrenia que en la población normal.

Las teorías orientadas al desarrollo de la patogenia dentro de la familia han encontrado que el paciente es un reflejo de las interacciones alteradas de los miembros de la familia: el cisma notable entre los padres; familias disfuncionales que a la vez se conservan superficialmente intactas; el cisma notable entre los padres en donde uno de ellos forma una relación estrecha inapropiada con el niño del sexo opuesto; el hecho de que uno de los padres domina soslayadamente a la familia; las familias donde se mantienen patrones

de relación “*seudomutuas*” o “*seudohostiles*” por el tono emocional característicos de todos sus miembros suprimiendo ellos mismos de manera activa la expresión de sentimientos alternativos; “*el doble enlace*” que describió Bateson y sus colaboradores en 1956 como una discordancia entre el mensaje verbal y otro encubierto por el tono emocional o las acciones no verbales. Como consecuencia el paciente no tiene alternativas ni independencia, queda atrapado en algo insoportable e imposible de cambiar (Schwartz & Africa 1989. En Goldman 1989).

Otros factores sociales relacionados con la de esquizofrenia son la densidad de población cuando ésta es mayor a un millón de habitantes ya que en ciudades más pequeñas la correlación es más baja, así como el pertenecer a una clase económica inferior o fracasar en el intento de subir a una clase superior (Schwartz & Africa 1989. En Goldman 1989).

En Europa y en E.U.A. la fecha de nacimiento aumenta la incidencia de la esquizofrenia y ha llevado a muchas interrogantes entre ellas la más apoyada es las infecciones prenatales de la madre (Schwartz & Africa 1989, En Goldman 1989).

Otros factores mencionados es el estrés ocasionado por acontecimientos vitales como la pérdida de una persona o de una relación; la emigración y la dislocación cultural; la industrialización que aumenta la esquizofrenia de tipo paranoide y los síntomas catatónicos en los países en desarrollo (Schwartz & Africa 1989. En Goldman 1989).

Como factores iniciadores de la esquizofrenia se encuentran las drogas como son el alcohol, la LSD, las anfetaminas y la marihuana (Kaplan y Sadock, 1975).

Kaplan y Sadock (1987), señalan entre los factores biológicos causales del trastorno esquizofrénico el de la hipótesis de la dopamina, idea asociada a la observación de que los fármacos antipsicóticos aumentan los niveles de metabolismo de la dopamina.

Schwartz y África (1989, en Goldman 1989), mencionan la alteración de la cantidad de dopamina contenida en el cerebro como factor bioquímico causante de la esquizofrenia tanto en pacientes con esquizofrenia como en otros fenotipos y la eficacia comprobada de los fármacos en el tratamiento de la esquizofrenia para reducir la proporción de recaídas. Es importante la elección y la forma de administrarlos y es de primer orden cuando salen de una hospitalización para ayudarlos a que se percaten de su enfermedad y recuperen el control de sus vidas. Cuando el paciente tiene el apoyo psicoterapéutico pueden ser innecesarias las medicaciones adicionales. El tratamiento incluye el

establecimiento de una alianza terapéutica con el paciente al igual que con sus amigos y familiares.

La dopamina como neurotransmisor del sistema nervioso tiene un papel importante en la sinapsis de intercomunicación de las neuronas y en las funciones cerebrales. Fue sintetizada en 1910. Es una hormona natural presente en el organismo, una catecolamina derivada de la dopa y de la tirosina. Su sustrato inicial es la dopa que forma parte del proceso metabólico de las catecolaminas: dopamina, noradrenalina y adrenalina estando involucrada en los procesos emocionales, cognitivos y vitales. Otra de sus funciones es la coordinación de ciertos movimientos musculares. Mayormente es sintetizada en el mesencéfalo y en la sustancia nigra, circula por múltiples vías (Regarder, 2018), (Castillero Mimenza, 2018), (Dopa-Wikipedia, 2018).

HIPÓTESIS DE LA DOPAMINA

Los siguientes datos fueron encontrados en el artículo “*The Dopamine Hypothesis of Schizophrenia: Version III - The Final Common Pathway*” (Howes & Kapur, 2009).

Actualmente una de las teorías más robustas en la etiología de esquizofrenia, particularmente en las psicosis, es la hipótesis sobre la dopamina y los mecanismos dopaminérgicos. En la versión I de la hipótesis de la dopamina se determina el papel de la hiperdopaminergia en la causa de la esquizofrenia. En la II versión de la hipótesis se especifica su relación en el área subcortical con una hipodopaminergia prefrontal.

La versión III, al revisar los 6,700 artículos publicados desde la versión II, recoge lo relacionado con los factores de riesgo, incluyendo las complicaciones alrededor del nacimiento, el estrés y trauma, el uso de drogas y los factores genéticos que aumentan las funciones de la presinapsis estriatal dopaminérgica.

VERSIÓN I

La versión I puede ser llamada la hipótesis de los receptores de la dopamina. Al descubrirse los fármacos antipsicóticos, Carlsson y Lindqvist encontraron que los antipsicóticos aumentaban el metabolismo de la dopamina al ser administrada en animales. Posteriormente se encontró el beneficio de la reserpina al bloquear la recaptura de la dopamina y de otras monoaminas. Otros estudios encontraron que las anfetaminas

aumentaban la sinapsis de los niveles de monoaminas desencadenando síntomas psicóticos. Fue hasta los años 70's, cuando se definió la hipótesis de la dopamina al conocer que la afinidad de las drogas antipsicóticas, estaba específicamente relacionada con los receptores de la dopamina y su efectividad en el tratamiento de la esquizofrenia. La atención se puso en el exceso de transmisión dopamina a los receptores y en bloquear esos receptores para el tratamiento de la esquizofrenia. Esto fue un hallazgo importante, se daba énfasis al papel de la hiperdopaminergia en la etiología de la esquizofrenia. Sin embargo, lo anterior aparecía como un todo sin discriminar por ejemplo entre los síntomas positivos y negativos, había solo una escasa claridad de la anormalidad cerebral, no había una relación con los factores genéticos, los factores de riesgo que habían sido considerados en la esquizofrenia, se consideraban escasamente.

VERSIÓN II

En 1991 Davis y sus colaboradores al publicar su artículo denominado "*a modified dopamine hypothesis of schizophrenia*", reconceptualizaron la hipótesis de la esquizofrenia. Encontraron que los receptores D1 de la dopamina se encontraban predominantemente en el área cortical y los D2 predominantemente en el área subcortical lo que llevó a conocer que las anormalidades de la dopamina podían variar en las diferentes regiones del cerebro. Los estudios de PET (positron emission tomography), mostraban el flujo sanguíneo reducido en la corteza cerebral, evidencia de la disfunción de esa región del cerebro en la esquizofrenia y estaba correlacionaba con los niveles bajos del CSF (fluido cerebro espinal). Como los niveles de los metabolitos de la dopamina reflejan el metabolismo cortical de la dopamina funciones, Davis y sus colaboradores argumentaban que era una consecuencia de los pocos niveles de dopamina en la parte frontal del cerebro. Lo más importante de sus investigaciones fue la explicación de las facetas de la esquizofrenia, la hipodopaminergia prefrontal y la hiperdopaminergia subcortical. Por estudios realizados en animales hipotizaron que los síntomas negativos de la esquizofrenia eran el resultado de la hipodopaminergia frontal. Los altos niveles de los metabolitos de la dopamina encontrados y la respuesta de los antipsicóticos al tratamiento, llevaron a hipotetizar que los síntomas positivos eran el resultado de la hiperdopaminergia estratial. En esta versión de la dopamina no se describe el origen de la disfunción dopaminérgica.

VERSIÓN III

Howes y Kapur (2009), publican lo que llaman la versión III del papel de la dopamina en la esquizofrenia después de haber revisado 6700 artículos y 181 000 citas bibliográficas desde 1991.

La hipótesis de la dopamina de la tercera versión identifica cinco nuevas corrientes:

- Los avances en las imágenes neuroquímicas de la esquizofrenia.
- Los avances en el conocimiento de la etiología genética de la esquizofrenia.
- Los factores de riesgo ambientales en la esquizofrenia.
- Las múltiples rutas de la disfunción de la dopamina
- La interacción de los factores ambientales y genéticos en las múltiples rutas de la disfunción dopaminérgica.

La tercera versión de la hipótesis sobre la importancia de la molécula de la dopamina en la esquizofrenia se deriva de estudios de patología resonancia magnética y de tomografía por emisión de positrones y de hallazgos de anomalías estructurales y funcionales fronto-temporales y alteraciones cognitivas. Provee los elementos para relacionar el incremento de la **presinapsis estriatal dopaminérgica**, con factores de riesgo, teniendo esto implicaciones en el tratamiento, en los mecanismos de los neurotransmisores y en futuras investigaciones sobre lo que es la acción de la dopamina.

La investigación y el desarrollo de los fármacos llevan a las siguientes conclusiones:

- **Existe una vía común final que es la desregulación de la dopamina.**

La hipótesis explica **los múltiples factores de riesgo genéticos y ambientales en el trastorno esquizofrénico proponiendo que al interactuar conducen a la hiperdopaminergia estriatal presináptica y que no solo se explica en términos neuroquímicos**. La hiperdopaminergia estriatal presináptica subyace a los síntomas negativos y cognitivos abriendo el camino para nuevas investigaciones. El diagnóstico final se explica como el resultado de factores individuales que interactúan con el medio sociocultural. Todo esto tiene implicaciones en el tratamiento. Los estudios de imágenes

moleculares corroboran la eficacia de los fármacos que bloquean la transmisión intensificada de la dopamina, siguiendo así el principio original de la versión I. Estos estudios se correlacionan con la necesidad de fármacos que actúen en la función dopaminérgica presináptica estriatal.

• **El principio de la desregulación pasa, de estar en el receptor D2, al control dopaminérgico presináptico.**

Los niveles de dopamina no pueden medirse directamente en los humanos. La síntesis de la presinapsis estriatal de la función dopaminérgica se mide usando las imágenes PET escaneadas y de L-dopa radiomarcada, precursor de la dopamina que al convertirse en dopamina en las células nerviosas del estriado queda atrapada en los nervios terminales para ser posteriormente ser liberada. En todos los estudios de investigación de pacientes con esquizofrenia, con un cierto grado de psicosis, se encontró elevada la presinapsis estriatal para la síntesis de la dopamina en la célula nerviosa. Los estudios de la emisión de la tomografía (PET) y la imagen de la foto emisión de la tomografía computarizada (SPECT), dan índice indirecto de la liberación de la dopamina. Los resultados de los radiotrazos en estos pacientes esquizofrénicos con un cierto grado de psicosis, comparados con los controles, dan evidencias de una elevación de moderada a mayor en el desplazamiento de la dopamina liberada. Así la síntesis de la dopamina se incrementa siendo más sensible a su liberación en pacientes con psicosis.

▪ **Con las evidencias encontradas con los estudios SPECT, usando la técnica de depleción de la dopamina, la ocupación de los receptores D2 por la dopamina también se encuentra incrementada en la esquizofrenia.**

Los estudios de PET y de SPECT en imágenes de los receptores D2/3 en la esquizofrenia son inconsistentes, como David y sus colaboradores encontraron. En unos se encuentran incrementados los receptores D2/3 y en otros no se encuentran diferencias con los controles. Se concluye que los niveles estriatales de los receptores D2/3 hay una modesta elevación de su densidad (10%-20%), independientemente de los efectos de los antipsicóticos. Esta elevación no se ve en las regiones extraestriatales, como en el tálamo o en el cíngulo anterior.

No hay completa claridad en los estudios que se han hecho en relación con la densidad de los receptores D2 y D3 debido a que los trazos mezclan los receptores D2 y D3.

La transmisión de la dopaminergia en el área prefrontal de la corteza es mediada en gran medida por los receptores D1. La disfunción ha sido relacionada con el deterioro cognitivo y los síntomas negativos de la esquizofrenia. En tres estudios en los que se investigó la asociación de los niveles de los receptores D1 con el deterioro cognitivo y los síntomas negativos, en pacientes con esquizofrenia libres de droga, se encontró asociaciones con el deterioro cognitivo y con los síntomas negativos. En uno se encontró reducida la densidad del receptor D1. En otro no hubo diferencia con los controles. Los estudios con pacientes requieren ser clarificados debido que los marcadores pueden estar en relación con la serotonina.

- **La desregulación de la dopamina está ligada más que a la esquizofrenia a la psicosis y a su propensión.**

La mayoría de los pacientes con esquizofrenia acuden a la atención clínica debido a su psicosis, sin embargo, hay evidencias de que la disfunción de la dopamina está presente tanto en pacientes con esquizofrenia como en otros diagnósticos o cuadros clínicos, **por lo que la hiperfunción dopaminérgica está más ligada a la psicosis.** Y se podría predecir que no se encontrarían anomalías similares de la dopamina, en otras formas no psicóticas de esquizofrenia, disociándose así la psicosis de la esquizofrenia.

- **La desregulación de la dopamina se ve afectada por múltiples factores ambientales y riesgos genéticos que influyen en su diagnóstico y que afectan las funciones cerebrales y que subyacen a los síntomas negativos y cognitivos frontales.**

Recientemente estudios genéticos reportan que existe más de un solo gen asociado a la esquizofrenia, cada uno de ellos de efecto pequeño. Hasta el otoño de 2008, 4 de las 10 variantes de genes más fuertemente asociados con la esquizofrenia, están en relación con el sistema dopaminérgico. La más fuerte asociación es con la variante genética que afecta la vesícula de monoamina que transporta proteína. Los estudios de PET muestran acumulación de dopamina en las vesículas estriatales en la esquizofrenia. También hay otras variantes en la lista de genes, fuertemente asociados, que indirectamente afectan el sistema dopaminérgico entre otros efectos. Muchas de las otras variantes están involucradas en el desarrollo del cerebro. La evidencia conduce a pensar que es difícil encontrar una asociación entre genes y grupos de esquizofrenia. La

anormalidad dopaminérgica depende del número de ellos y sus funciones. Todo ello lleva a enfatizar la importancia de los factores ambientales en la esquizofrenia. Estudios en animales en aislamiento o en subordinación o lo relacionado con estas experiencias, conducen a un aumento de la actividad dopaminérgica.

- **El diagnóstico correcto refleja la naturaleza de los impactos de factores socioculturales y no en sí por la disfunción de la dopamina.**

Anteriormente e incluso antes de la primera versión de la dopamina se ha reconocido como factores de riesgo de la esquizofrenia no pueden ser fácilmente explicables sólo por los factores genéticos. Son muchos tipos de **adversidades sociales**, la migración, el desempleo, el urbanismo, la falta de amigos cercanos, los abusos en la infancia, las complicaciones obstétricas, el estrés prenatal y neonatal, la separación materna, la exposición de los neonatales a los tóxicos. Estudios en animales en aislamiento y en subordinación conducen a una sobreactividad de la función dopaminérgica.

La versión III de la dopamina no propone que todos los individuos con estructura cerebral alterada tengan el riesgo de esquizofrenia a pesar de haberse encontrado estas alteraciones en casos de pacientes con esquizofrenia. Se ha encontrado un deterioro cognitivo en cierto grado en personas con signos prodrómicos.

- **Un gran número de sustancias psicoactivas aumentan el riesgo de la esquizofrenia y de la psicosis.** Las imágenes de PET muestran que pocas dosis de estimulantes **pueden sensibilizar el sistema estriatal de la dopamina** y conducir a un duradero aumento de la liberación de la dopamina hasta después de varios meses de abstinencia. Recientes versiones de la hipótesis de la dopamina, el uso del cannabis aumenta el riesgo de la esquizofrenia. Estudios realizados en animales demuestran que los principales componentes de los cannaboides actúan en los receptores de los cannaboides, incrementando la liberación de la dopamina estriatal. Los primeros hallazgos basados en la observación en humanos indican que los niveles metabólicos de la dopamina están incrementados en pacientes ingresados durante su primer episodio psicótico asociado al uso del cannabis. Por datos recientes, tenemos que las drogas psicoactivas, actúan indirectamente en otros sistemas e impactar indirectamente en el sistema dopaminérgico y en la liberación de la dopamina.

• **Otras investigaciones recientes han puesto atención en los signos prodrómicos de la enfermedad** dentro de la familia y en la población en general. En grupos que tienen el riesgo pero que no han desarrollado la enfermedad con el propósito de encontrar la cadena causal que lleva al desarrollo de la esquizofrenia. Por ejemplo, se ha encontrado, en aproximadamente 400 casos con evidencias de riesgo de desarrollar una psicosis, especialmente la esquizofrenia en pocos años, una acumulación estriatal elevada de F-dopa posiblemente asociada a severos síntomas y a elevados niveles como los que se encuentran, en pacientes con esquizofrenia. Se vio también la función presináptica estriatal dopaminérgica elevada en otros grupos con riesgo alto de desarrollar una psicosis como la **esquizotipia y en los familiares de personas con esquizofrenia**. Las personas con esquizofrenia tienen grandes cambios en el metabolismo de la dopamina como respuesta al estrés y se asocian con síntomas psicóticos. Lo anterior sugiere que las anomalías dopaminérgicas están por debajo de quienes tienen una inclinación a la psicosis y muestran la importancia del medio ambiente en el desarrollo hacia una franca psicosis. **Se sabe desde la versión II de la dopamina que las personas con signos prodrómicos presentan déficits en la estructura cerebral iguales a las de los pacientes, aunque en menor grado, esto pasa en los familiares de personas con esquizofrenia y en personas con rasgos esquizofrénicos**. Las anomalías están en las regiones frontotemporales en las mismas áreas donde se lesionan a animales que presentan anomalías estriatales dopaminérgicas. Sin embargo la contribución de los cambios cerebrales por factores como la medicación o por el uso de cannabis, no se han resuelto. Se puede concluir que la elevación de la dopamina estriatal aparece en la esquizofrenia como en otros fenotipos y hay evidencias de conexión en ambos casos con los signos prodrómicos y con el trastorno esquizofrénico. **Se tienen también evidencias de que personas con signos prodrómicos y en la esquizofrenia, la elevación de la dopamina estriatal está asociada a funciones neurocognitivas deficientes y a un funcionamiento alterado en las áreas corticofrontales durante las tareas**. Esto da indicaciones de que más que las estructuras cerebrales alteradas puede haber ciertos cambios en el grado de la elevación dopaminérgica aunque la comprobación directa necesita más evidencias. Los estudios recientes de la esquizofrenia y los signos prodrómicos están empezando a

encontrar la relación entre la elevación de la dopamina en el estriado y las funciones de las áreas corticales.

- **La desregularización de la dopamina lleva hipotéticamente a una alteración aberrante de la evaluación de los estímulos.**

- **La hipótesis de la desregulación de la dopamina presináptica tiene implicaciones clínicas.** Desde la versión II de la hipótesis de la dopamina **hay evidencias del papel de la dopamina como incentivo motivacional en la conducta.** Estudios posteriores vinculan la disfunción neuroquímica con el papel de los sistemas de dopamina subcorticales en la experiencia motivacional de recompensa. **Las neuronas al descargar anormalmente la dopamina llevan a darle una importancia aberrante a estímulos inocuos.** Esta psicosis tiene consecuentemente diferentes manifestaciones clínicas al ser filtrada en los esquemas cognitivos del individuo y dentro de su contexto social. **La expresión puede dar también una explicación de los síntomas negativos de la esquizofrenia, al ahogar las señales relacionadas con la recompensa motivacional, como es el aislamiento social y la negligencia o falta de intereses.** La propuesta da algunas evidencias de que la esquizofrenia se asocia con la reducción de la activación estriatal ventral y los altos niveles de síntomas negativos, descartando así la hipótesis del deterioro cognitivo frontal por los niveles de dopamina. Todo esto necesita ser validado con estudios posteriores de la función neuroquímica en pacientes.

- **La esquizofrenia es una desregulación de la dopamina en un cerebro comprometido por diferentes factores.**

- **La desregulación de la dopamina en la esquizofrenia en un cerebro comprometido por múltiples factores, es la hipótesis final de la versión III en la esquizofrenia.** La hipótesis explica los múltiples factores de riesgo genéticos y ambientales en la esquizofrenia. Propone que los múltiples factores de riesgo conducen a la hiperdopaminergia estriatal presináptica no solo explicada en términos neuroquímicos. El desarrollo de fármacos en un futuro, pueden centrarse en los sistemas que conducen a la vía final de la desregulación de la dopamina en la esquizofrenia.

Comentario. En cuanto al tratamiento médico psiquiátrico y el uso de fármacos es oportuno mencionar, como cosa del pasado, el movimiento antipsiquiátrico procedente de varios frentes (de la Llera, 2002).

CAPÍTULO 2

LA EMOCIÓN EXPRESADA

CONSIDERACIONES

En el hombre las entidades individualizadas se encuentran en lo que se llama personalidad (Bertalanffy, 1968).

Para Allport (1961), la personalidad es lo que la persona realmente es. La define de la siguiente manera:

“La personalidad es la organización dinámica, dentro del individuo, de aquellos sistemas psicofísicos que determinan sus ajustes únicos a su ambiente” (p. 65).

Allport también hizo notar la importancia de la integración de cada uno de los aspectos del desarrollo en la salud mental. Considera importante la integración hacia la individualización. Los intereses adquiridos y bien establecidos son determinantes en la conducta y van conformando actitudes rasgos y valores que se van integrando y uniendo en los diferentes aspectos de la persona. En Allport encontramos seis intereses que Spranger identifica y que van unificando a la persona. Ellos son: el teórico, el económico, el estético, el social, el político y el religioso.

Allport (1961), cita a Shöen que define a la personalidad como *“el sistema organizado, el todo en funcionamiento o la unidad de hábitos, disposiciones y sentimientos que caracterizan a un miembro de un grupo como diferente de cualquier otro miembro del mismo grupo”*(p. 63).

Son rasgos de personalidad los comportamientos constantes y una conducta consistente. No obstante, Walter Mischel, uno de los exponentes de la teoría del situacionismo, en sus estudios observó que las personas, dejando a un lado sus rasgos personales, se comportan según los estímulos externos a las situaciones que los envuelven. Más tarde, reconoce que hay un alto grado de congruencia con respecto a la inteligencia, a la capacidad de obtener logros académicos, a las expectativas que se forman y a los sistemas de valores (Morris, 1992).

La sociedad humana, no debe engullir al individuo. La persona con sus propios logros y valores que proceden de su mente individual y lo lleva a una organización propia como individuo y como persona humana. El desarrollo de la personalidad es parte de un sistema complejo en medio de un crecimiento gradual que pasa por diferentes etapas no exentas de cambios abruptos o traumas en su desarrollo. En ocasiones un evento abrupto da una dirección nueva en los fines, perspectivas y estilos de vida. La integración y la diferenciación en el crecimiento y evolución es uno de los principios importantes en el desarrollo (Bertalanffy, 1968).

Las disposiciones y los sentimientos de la persona, si son sólidos, llevan al hombre a la adaptación a su ambiente, al crecimiento y al desarrollo. El ajuste al ambiente es en mucho, una conducta creativa (Allport, 1961).

Desde el nacimiento del ser humano, aparecen necesidades activadas por estímulos internos o externos, dando lugar a los motivos. El comportamiento de la persona también se rige por motivos, necesidades o deseos que dirigen la conducta hacia una meta y están característicamente combinados con las acciones. El querer y la motivación actúan como un todo y junto a la emoción suscitan y dirigen el comportamiento (Morris, 1992).

La experiencia emocional afecta el comportamiento, dependiendo de cómo el individuo percibe o emite un juicio acerca de la situación en la que se encuentra y de los valores y creencias en que se fundamenta su personalidad. Sus valores pueden estar basados en la razón y en las experiencias vividas. Los propósitos absolutistas y las creencias irracionales hacen, en ocasiones, que las personas se sientan tristes, deprimidas, enojadas, ansiosas. Surgen así emociones displacenteras (Ellis & Abrahms 1980; Morris, 1992).

LAS EMOCIONES

Las emociones son sentimientos y como los motivos, actúan como motores o incentivos que energizan la conducta y dan lugar a comportamientos complejos. En otras palabras, son impulsos dirigidos a la reducción de un estado de tensión o excitación del organismo (Morris, 1992).

Kaplan y Sadock (1987), definen a la emoción de la siguiente manera *“Es un estado de sentimiento complejo con componentes físicos, somáticos y de comportamiento que está relacionado con el afecto y el estado de ánimo”* (p. 183).

La trascendencia de las emociones en la conducta humana la podemos explicar con lo que encontramos en Garrett (1958):

Los psicólogos han reconocido desde hace mucho tiempo la importancia de las emociones para la conducta. Pero sólo en fecha reciente se han percatado agudamente de que el éxito o fracaso de un individuo en sus ocupaciones, así como en su vida privada, depende tanto de su equilibrio emocional como de su capacidad intelectual; si no es que más (p.190).

En Morris (1992) encontramos lo siguiente:

La expresión de las emociones es una manifestación del sentir la persona y en alguna forma de lo que piensa, se establece entonces una comunicación que puede verbal o no verbal. Plutchik en 1980, identifica e identifica ocho categorías emociones básicas variando en intensidad: la alegría, la aceptación, el miedo, la sorpresa, la tristeza, la repulsión, la ira, y la anticipación.

La alegría tiene su opuesto en la tristeza.

La aceptación en la repulsión.

El miedo en la ira.

La sorpresa en la anticipación.

Cuando se combinan las contiguas producen emociones nuevas, aunque afines:

La alegría y la aceptación producen, el amor.

La aceptación y el miedo, la sumisión.

El miedo y la sorpresa, el asombro.

La sorpresa y la tristeza, la decepción.

La tristeza y la repulsión, el remordimiento.

La repulsión y la ira, el desprecio.

La ira y la anticipación, la agresividad.

Las emociones igual que los motivos dan lugar a comportamientos complejos, en donde se encuentran implícitas conductas de aproximación o de evitación.

Arnold, en 1960, clasificó a las emociones según motivan a acercarse o a alejarse del objeto. Si objeto se considera benéfico, como pasa con la alegría o con una sorpresa agradable, provoca acercamiento al objeto. Si una sorpresa es desagradable o si se percibe algo amenazante, la emoción provoca alejamiento. Las emociones pueden provocar también, incertidumbre, ansiedad, angustia y así como los motivos, dan lugar a conductas complejas que van más allá del acercamiento o el alejamiento. Pueden provocar frustración o enojo. Se presenta la necesidad de enfrentarlas, se pueden enfrentar con estrategias positivas reuniendo información. Muchas veces las emociones impiden la concentración y el pensar en forma racional, Esto pasa cuando la intensidad de la emoción dificulta una tarea y perjudica el rendimiento (Ley de Yerkes-Dodson). Se necesita un nivel mínimo de excitación emocional para un buen rendimiento, si la excitación sobrepasa los niveles tolerables, el desempeño se deteriora (Morris,1992).

COMUNICACIÓN DE LAS EMOCIONES

Sin la comunicación no podríamos sobrevivir como seres humanos. Si queremos comunicarnos verbalmente para obtener información, ésta tiene ciertas características: debe ser clara, precisa y cuidando el significado de las palabras, sin generalizaciones y sin imponer el propio sentir o manera de pensar (Satir, 1986).

La comunicación verbal muchas veces es engañosa, oculta frecuentemente lo que no se quiere externar, sobre todo en relación con lo que se siente y ese sentir no va a ser bien aceptado (Morris,1992).

La comunicación no verbal, depende de cambios fisiológicos y funciona independientemente de la voluntad. Las expresiones faciales son las que más indican el estado emocional. Thompson y Meltzer (1964) observaron que es más fácil expresar el amor, el miedo, la determinación y la felicidad. Más difícil de expresar es el sufrimiento, el disgusto, y el desprecio. Hay, sin embargo, emociones como, el miedo y la sorpresa que son más difíciles de que otras personas las distinguan. La empatía y la interpretación de las emociones tienen una relación. La interpretación de las emociones de otros depende además de la capacidad de interpretarlas, de la capacidad de ponerse en el lugar de la otra persona y de emitir una respuesta apropiada. La sensibilidad para la comunicación no verbal aumenta con la edad. La distancia, como parte del lenguaje

corporal, es una forma de comunicación, aunque con implicaciones culturales. Si alguien se coloca más cerca de lo habitual puede indicar agresividad o sexualidad. Los actos explícitos también son señales no verbales. Todo esto no es infalible pues por ejemplo el llanto puede significar dolor, alegría, enojo o nostalgia. Hay también diferencias de género en la comunicación de las emociones, aunque no quiere decir que los hombres y las mujeres no sientan menos unos que otros. Más que todo se debe a que los varones son menos expresivos. Las investigaciones indicaron que en los cambios cardíacos y en la presión arterial fueron afectados igualmente. También, según investigaciones de Brody, en 1985, ante el engaño o la crítica, en situaciones hipotéticas, el hombre tiende más al enojo y las mujeres más a sentirse lastimadas, tristes y desilusionadas, buscando el hombre más de donde viene la causa y las mujeres dirigiendo su enojo más hacia ellas mismas. Los hombres decían que estaban enojados y las mujeres tendían a comentar. Así los hombres resultan más violentos y las mujeres tienden más a deprimirse. La expresión de las emociones es algo que en ocasiones se oculta por proteger la propia imagen o para condescender con los convencionalismos sociales. Conocemos las preferencias y gustos de los otros, en ocasiones de manera un tanto superficial, ignorando lo que realmente sienten, sobre todo en el caso de la comunicación verbal (Morris, 1992).

En los pacientes con esquizofrenia las respuestas emocionales se encuentran reducidas. Según las manifestaciones exteriores, en la historia clínica del paciente, se describe el estado de ánimo y afectos en los siguientes términos: afecto inapropiado, afecto apropiado, afecto insensible, afecto aplanado, afecto lábil. Estado de ánimo disfórico o desagradable, eutímico o normal, expansivo, irritable, oscilante, de júbilo o alegría, de exaltación, de éxtasis, de depresión, de duelo o aflicción, alexitimia o inhabilidad en expresar una emoción o estado de ánimo (Kaplan & Sadock, 1987).

En el paciente esquizofrénico las reacciones emocionales a estímulos externos se alteran y se presentan estados de ánimo muy extraños. Según los estudios realizados, el sueño de los pacientes con esquizofrenia, tienen características especiales, son menos coherentes, menos complejos y menos extravagantes que los de la normalidad, no obstante, las emociones desagradables son más comunes.

En Kaplan & Sadock (1987), encontramos: *“El paciente puede expresar sentimientos de tristeza o júbilo de forma espontánea o en respuesta a preguntas específicas, o bien su afecto puede estar tan limitado que permanezca inalterado o plano, independientemente de los temas abordados”*(p.124).

EL ESTRÉS Y EL MANEJO DE LAS EMOCIONES

Lo bueno y lo malo provocan un estrés en el organismo, es la reacción natural a la acción y adaptación. Ajustar el estrés a situaciones amenazantes o peligrosas dan lugar a tensiones más fuertes que exigen una modificación mayor del comportamiento. El ajuste puede ser un intento exitoso o fallido. Cuando hay una tarea intrincada y el nivel de emoción es alta, la emoción interfiere necesariamente en la actividad y la perjudica. Si aparece el fracaso, se intensifica el estrés; son ejemplos, el no poder alcanzar una meta, la pérdida de una relación o la de la salud. En algunas situaciones se presenta el dilema de aproximación o evitación. La tendencia de evitación es una fuerza más importante que el de aproximación. La confrontación es abordar una situación en forma directa y aunque puede provocar reacciones de ira, también puede motivar a encontrar una solución. La obtención de información es una conducta positiva al igual que aprender nuevas destrezas, contar con la ayuda de otros, cambiar uno mismo o la situación o simplemente poner más empeño en algunas cosas. Como se ha demostrado en diferentes estudios, el impacto que provoca en la familia un episodio psicótico constituye una crisis. La familia que vive un evento psicótico de alguno de sus miembros sufre un alto grado de estrés, los estados emocionales se ven alterados, sus actitudes y comportamientos se ven afectados. La sobrecarga del familiar que se responsabiliza del paciente es especialmente difícil. La desesperación y la angustia aparecen y la estructura familiar se pone en peligro, los procesos interpersonales disfuncionales pueden aumentar. Los sistemas de valores mal fundamentados o creencias irracionales pueden ofuscar más los comportamientos. La atención al enfermo implica el apoyo y la ayuda al propio sistema familiar. El constructo, emoción expresada, es un reflejo de emociones fuertes ante situaciones angustiantes o amenazantes como es el diagnóstico de esquizofrenia de un integrante de la familia y de la sociedad. La comunicación con la familia es importante en el pronóstico del trastorno esquizofrénico (Anderson, Reiss, Hogarty,1986; Ellis,

&Abrahms, 1978; Kaplan & Sadock 1987; Lauriello, Biehl & Bagby-Stone 2012; Minuchin, 1997; Morris 1992; Ortega Soto & Valencia Collazos Eds. 2001).

EL CONSTRUCTO EMOCIÓN EXPRESADA

En 1959, Brown y sus colaboradores al dar seguimiento a sus pacientes con esquizofrenia, observaron la interacción que se da entre ellos y las familias cuando regresan a sus hogares después de una hospitalización. Encontraron que el tratamiento se detiene al no estar la familia preparada para recibir al enfermo por desconocimiento de la enfermedad y no saber enfrentar y manejar las conductas del paciente e hicieron un intento preliminar de medir la calidad de la interacción familiar. En 1976, Vaughn y Leff, estandarizaron el procedimiento con calificaciones basadas en una audiotape. Miden la interacción entre el paciente con esquizofrenia y su entorno familiar según 3 criterios: la crítica, la hostilidad y la sobreimplicación, características de la emoción expresada. Es entonces cuando la emoción expresada es estudiada como un predictor de recaídas en la esquizofrenia. Se empezó a involucrar a la familia en el tratamiento y evolución de la enfermedad. Brown y sus colaboradores centraron sus estudios más en el curso de la esquizofrenia que en la etiología (Abaoub & Vidon, 2000; Bebbington & Kuiper, 1994).

Los trabajos de G.W. Brown en 1959 y después los de Vaughn y Leff en 1976, definieron a la *emoción expresada* como la interacción de un paciente con esquizofrenia y su medio tomando en cuenta tres criterios: los comentarios críticos, la hostilidad y la sobreimplicación emocional (Abaoub & Vidon, 1999).

El constructo llamado EE, es un reconocido predictor de recaídas. Brown y sus colaboradores se dieron cuenta que el paciente que había estado hospitalizado al regresar a vivir con su familia o esposo su mejoría se veía afectada. Subsecuentemente se empezó a medir el clima familiar por representar un mal pronóstico (Bebbington & Kiupers, 1994).

Como predictor de recaídas, es una herramienta teórica que pone atención en estudiar el clima familiar que vivirá el paciente después de ser atendido en el hospital (Abaoub & Vidon, 1999).

La “*Camberwell Family Interview (CFI)*”, evalúa la interacción de la familia con el paciente. Es una entrevista semiestructurada que es grabada en una cinta de audio. Su formato es flexible, el entrevistador con preguntas sencillas escucha la información y cuando surge un área de interés no interrumpe para preservar la espontaneidad. Se califican 5 escalas: comentarios críticos y positivos en la misma el mismo nivel. Globalmente se toman en cuenta la hostilidad, la calidez y sobreimplicación emocional. Y como aparecen como atributos negativos los comentarios críticos, la hostilidad y la sobreimplicación, subsecuentemente en muchos estudios se omite la calidez y los comentarios positivos (Bebbington & Kuipers, 1994).

La *Camberwell Family Interview (CFI)*, es un método estandarizado para medir la *emoción expresada* mediante una entrevista semi-estructurada. Es un cuestionario a profundidad y permite al entrevistador a base de un cuestionario a profundidad. La entrevista se registra y luego se analiza, aborda distintos aspectos de la historia personal del paciente y de sus relaciones con su entorno, cada protagonista es entrevistado personalmente. Dura alrededor de una hora y media, cada protagonista era entrevistado individualmente. La familia es calificada de alta *emoción expresada*, si al menos uno de sus miembros la tiene. Siguiendo el criterio de Vaughn y Leff, es registrada alta *emoción expresada* con:

6 comentarios críticos dirigidos directamente al paciente o comentarios en tono de crítica; y/o 3 de sobreimplicación, es decir la sobreprotección o identificación con el paciente);y/o 1 de hostilidad, es decir de rechazo al paciente con esquizofrenia. (Abaoub & Vidon, 1999).

Vaughn y Leff (1976), evaluaban la *emoción expresada*, con la “*Camberwell Family Interview*”, su administración llevaba de 1-2 horas. La “*Five Minute Speech Sample (FMSS)*”, es una medida alternativa de la EE de corta duración tomando ejemplos verbales dados por los familiares. Fue originalmente desarrollada por Gottschald y Glesser en 1969 y posteriormente modificada por Magana y colaboradores en 1986. Su utilidad fue confirmada por Malla y sus colaboradores en 1991, al ser correlacionada con la CFI (Kurihara, Kato, Tsukahara, Takano, & Reverger, 2000).

La evaluación de la *emoción expresada* se desarrolló durante los años 60's, como una respuesta al estudio de las emociones de los familiares de los pacientes con un trastorno mental severo y que sufren la carga al ser dado de alta (Bebbington & Kuipers, 1994).

A partir de los 70's los trabajos de Vaughn y de Leff representan los estudios claves de la *emoción expresada*. No obstante Vaughn y sus colaboradores tienen una posición un poco aparte del concepto emoción expresada, al no definir un modelo teórico en particular. Otros autores siguen el modelo de Zubin y Spring, ven a la esquizofrenia como un conjunto complejo de síntomas o de etiologías múltiples, pero con una característica básica, la vulnerabilidad persistente al estrés de bases bioquímicas y genéticas (Abaoub & Vidon, 1999).

Abaoub y Vidon (1999), informan sobre el resultado de estudios en familias de pacientes con esquizofrenia y mencionan que Kavanagh, habiendo realizado 26 estudios y siguiendo la evolución de los pacientes entre 9 y 12 meses, la tasa de recaídas fue de alrededor de 48% en un ambiente de alta *emoción expresa* y una tasa de alrededor de 21% en familias de baja *emoción expresada*.

Abaoub y Vidon (1999) citan que Mc Creadie y sus colaboradores realizaron estudios de las familias de 32 pacientes con esquizofrenia al dar seguimiento a su entorno durante 5 años y poniendo en evidencia una estabilidad de la *emoción expresada* en la mayoría de las familias. El 63% conservan los mismos niveles de *emoción expresada* y el 38% presentan niveles fluctuantes. El 47% de los pacientes recaen al menos una vez. Los que menos recaen son los que tienen en su entorno un bajo nivel de EE y deducen la idea de disminuir el tiempo de contacto con el paciente si en el entorno familiar existe una fuerte *emoción expresada*. El autor señala que los niveles de *emoción expresada* son más inestables durante los primeros años.

Huguelet y sus colaboradores (1995), realizaron un estudio prospectivo en 44 pacientes con esquizofrenia durante 5 años sobre la estabilidad de la EE. Encontraron que los niveles de crítica y sobreimplicación emocional no cambiaron, cualquiera que fuera la condición clínica del paciente, reportando un 86% de estabilidad. Subrayan que los familiares que tienen un nivel alto de crítica son los más sintomáticos, menos bien adaptados y presentan de manera continua problemas intensos. Pronostican que los familiares evolucionarían de un estado de perplejidad a uno de frustración para luego

pasar a un grado de intolerancia y de rechazo. También señalan que entre las características encontradas la implicación emocional aparece estable y que se puede comparar con el hecho de tratar al paciente como un niño que se percibe menos competente y más vulnerable que es la inversa del proceso habitual de autoindependización del joven adulto (Huguelet et al., 1995. En Abaoub & Vidon, 1999). En el curso de la esquizofrenia, la evaluación de las actitudes y sentimientos relacionados con la crítica, la hostilidad y el sobre involucramiento en el ambiente familiar, se ha asociado a recaídas a los dos años de haber sido dados de alta el paciente. El mayor porcentaje de recaídas que se ha encontrado es de 92% y está relacionado con familiares que son cuidadores primarios y que permanecen con el paciente más de 35 horas a la semana y su vez con el hecho de que los pacientes no están tomando medicamentos antipsicóticos (Rascón, Gutiérrez, Valencia & Murow, 2008).

Desde mitades de los 80's los estudios sobre la emoción expresada, estaban localizados en MRC Social Psychiatric Unit, donde inicialmente se desarrollaron, o por personas que allí habían trabajado (Bebbington & Kuipers, 1994).

En los 80's y en los 90's el interés por este constructo se extiende por todo el mundo y se aplica tanto en los desórdenes mentales como en los padecimientos físicos (Bebbington & Kuipers, 1994).

CAPÍTULO 3

LA REHABILITACIÓN DEL PACIENTE CON ESQUIZOFRENIA

CONSIDERACIONES

En el decenio de los 50's clínicos e investigadores observaron entrevistas en vivo tras el espejo, un descubrimiento análogo al telescopio. El antropólogo Gregory Bateson, en "*Mind and Nature: A Necessary Unity*" en 1978, habla de las ventajas de este método con el cual la psicoterapia cambió. Se analizaron primero a las familias con personas que padecían esquizofrenia y se preguntaron si eran enfermedades médicas o eran manifestaciones de comportamientos con sentido en las familias o en los marcos sociales donde surgían. Se da un cambio en el método del estudio y en el desarrollo de las ciencias, se cambia del pensamiento lineal a la idea de la circularidad. Claude Shannon como teórico de la información, Norbert Wiener en el campo cibernético, y Ludwing von Bertalanffy como teórico de sistemas, destaca en forma especial a Gregory Bateson y su grupo al concebir a la familia como un sistema en forma análoga a un sistema homeostático o cibernético. El psicólogo Paul Dell en la Universidad de Texas y otros teóricos más han desarrollado un modelo evolutivo más que homeostático, derivando sus estudios de científicos de los años setenta como el físico Ilya Prigogine y el biólogo Humberto Maturana. Dell aplica el paradigma evolutivo a los sistemas familiares en contraste con el homeostático de teóricos como el psiquiatra Don Jackson (Hoffman, 1998).

En la terapia familiar existen diferentes corrientes en el campo de la supervisión y de la enseñanza, aglutinándose en la figura del maestro (Minuchin, 1974).

Juan Jacobo Rousseau que vivió en 1712-1778, en su libro "Emilio" explica que él mismo, como maestro, no debe proponer en tono de duda lo que para él no es dudoso y razonable sin pretende ser obstinado y proponiendo lo que piensa. En la educación no puede encaminarse a la vez a dos fines opuestos y que en los proyectos educativos se debe considerar dos cosas, la bondad del proyecto y la facilidad de su ejecución (Rousseau. En Colección Nova-Mex, 1959).

LA REHABILITACIÓN EN PSIQUIATRÍA

A través de la historia poco se ha hecho dentro de la medicina por la rehabilitación y más aún por la rehabilitación psiquiátrica. La esquizofrenia es un problema de salud que se da en Estados Unidos y en el mundo entero. Sus “síntomas” aparecen descritos en registros históricos varios miles de años antes de Cristo. Su tratamiento abarca desde la muerte en la hoguera hasta un pasaje en la “nave de locos” y desde los “banquillos para las inmersiones” hasta la enema diaria, la extracción de toda dentadura, el coma insulínico y otras innovaciones de comienzos del siglo XX (Anderson et al., 1986).

La preocupación moral y social por atender a los enfermos mentales, empezó por atender y proteger a los incapacitados y a los abandonados otorgando privilegios a diferentes organizaciones caritativas y religiosas para ayudar a huérfanos, ciegos, inválidos e indigentes. Esta ayuda era dada tanto a enfermos mentales como a otros grupos de incapacitados. La distinción entre la rehabilitación física y psiquiátrica, no estaba presente. La rehabilitación física atiende a la dificultad para las tareas en el ambiente físico. La rehabilitación psiquiátrica atiende las dificultades en el desempeño social (de la Llera, 2002).

La rehabilitación psiquiátrica en Estados Unidos surgió después de la Primera Guerra Mundial ante la necesidad evidente de atender a los sobrevivientes. Anteriormente en Estados Unidos e Inglaterra la atención al paciente psiquiátrico consistía en un tratamiento inicial hospitalario o en clínicas de consulta externa. Los gobiernos de Estados Unidos e Inglaterra abrieron nuevas clínicas de consulta externa y reformaron hospitales. Los especialistas se percataron de que la institucionalización del paciente psiquiátrico anulaba las iniciativas, sus contactos sociales disminuían y en sus actividades se volvía pasivo. Pronto se reconoció la necesidad de una rehabilitación más integral para los enfermos con trastornos mentales o mutilados que les ayudara a reintegrarse a la vida normal. Algunas instituciones los ayudaban a conseguir trabajo. Se empezó con la fisioterapia, el ejercicio y los juegos; mejores dietas y vitaminas; se atendió el arreglo personal; se empleo el encomio y la crítica; la recompensa y el castigo. A las instituciones se les quito el carácter de asilos, los pacientes podían ser dados de alta y reingresar de nuevo. Los cambios se fueron dando en mayor forma después de la Segunda Guerra Mundial. Se encuentran esfuerzos y programas sistemáticos para

resolver las necesidades de personas con trastornos mentales o mutilados (de la Llera, 2002).

Ortega y Valencia (2001), dan la definición de rehabilitación psiquiátrica de Anthony (1978): *“la misión de la rehabilitación psiquiátrica es reducir las discapacidades y mantener o aumentar las habilidades conservadas para lograr el adecuado funcionamiento integral del paciente”* (p. 458).

Ordaz (1991), explica que la Organización Mundial de la Salud acepta el concepto reciente que propone que la rehabilitación psiquiátrica es un conjunto de procedimientos que tienen como objetivo integrar al enfermo en su contexto social. Es un proceso que dirigido a prevenir, reducir y compensar los efectos de la enfermedad mental (En Ortega & Valencia, 2001).

Por otro lado Goldstein (1996) menciona que las cortas estancias en los hospitales benefician la remisión de los síntomas y signos de los pacientes, sin dejar de señalar a su vez que familias no están preparadas para recibir a un paciente con psicosis.

LOS TRATAMIENTOS PSICOSOCIALES

A partir de los años 50's con la aparición de los medicamentos neurolépticos desarrollados por Delay, Deniker y Harl en 1952. Hubo un cambio en el tratamiento del paciente con una esquizofrenia crónica hospitalizado. Con la aplicación de los medicamentos se dio una salida masiva de los enfermos hospitalizados. Los medicamentos pueden ser útiles y eficaces, aunque limitados. Los pacientes pueden continuar con delirios y alucinaciones. A su salida el funcionamiento psicosocial de los pacientes los orillan a tener problemas en su familia, en sus comunidades, de independencia, etc. Los tratamientos identificados como de funcionamiento psicosocial, en pacientes con esquizofrenia, se iniciaron al igual que los neurolépticos en los años 50's con el objetivo de que el paciente adquiriera habilidades psicosociales aunado al tratamiento farmacológico, siendo estos dos tratamientos imprescindibles y complementarios. El tratamiento psicosocial se inicia cuando la sintomatología se ha controlado. Estos dos tratamientos se encuentran integrados en un modelo denominado biopsicosocial de rehabilitación en donde se incluye el mejoramiento de funcionamiento familiar. Entre las modalidades de terapia psicosocial se ha ponderado la eficacia de la

terapia de grupo. La comunicación y la convivencia con otras personas son fundamentales en el comportamiento humano. El paciente con esquizofrenia necesita hablar y comunicarse, así lo han expresado los mismos pacientes (Ortega & Valencia, 2001).

Bajo la dirección de Hogarty entre 1968 y 1981 se realizó un estudio de 374 pacientes con esquizofrenia dados de alta en tres hospitales estatales y admitidos en otras tantas clínicas para su tratamiento como pacientes externos. En el resultado del estudio se evidenció que los pacientes que solo recibían un tratamiento psicosocial no ofrecían ventaja en la prevención de una recaída. Los tratamientos farmacológicos aunados a tratamientos psicosociales han empezado a dar mejores resultados encontrándose un 37% de recaídas. En otras investigaciones a largo plazo dirigidas a un tratamiento con terapia con o sin drogas unidas con psicoterapia, se concluyó que la psicoterapia con drogas era superior. El resultado de la combinación resultó ser igual con pacientes internados. Clínicos interesados en incorporar a las familias en el tratamiento utilizaron diferentes técnicas de intervención, muchas de ellas sin el resultado esperado y en ocasiones estas técnicas, poco estructuradas, emporaban la situación. Fue entonces cuando se emprendieron la tarea de ir elaborando una técnica más estructurada de intervención familiar que llamaron psicoeducación. Sus investigaciones reunieron diferentes factores estresores en pacientes y sus familias y cayeron en la cuenta de la necesidad de información acerca de lo que es el trastorno esquizofrénico (Anderson, Reiss, & Hogarty, 1986).

LAS INTERVENCIONES PSICOEDUCATIVAS

El principio de la evaluación de la emoción expresada (EE) es el constructo EE desarrollado por Brown y sus colegas. En los 60's se fue desarrollando la medida de la EE en los 1960's. Tuvo un interés mayor alrededor del mundo al final de 1980's y en los 1990's. Empezaron así en la clínica diferentes formas de abordar a los familiares para darles a conocer la enfermedad e involucrarlos en el tratamiento de rehabilitación del paciente con esquizofrenia recomendando que el contacto de la familia con el paciente debe diferirse más o menos en 35 horas a la semana. (Bebbington & Kuipers, 1994).

Kuipers (1983), relaciona la EE de la familia cuando la conducta del enfermo no se atribuye a la enfermedad (En Ortega, & Valencia, 2001).

Según reportes e investigaciones de profesionales, en los pacientes con trastornos esquizofrénicos, el método psicoeducativo y los medicamentos, ofrecen los mayores beneficios, son parte de los tratamientos de sostén. El yo del paciente con esquizofrenia es débil y susceptible al estrés, por lo que la ayuda a los familiares para conocer lo que es la enfermedad y proporcionar herramientas para disminuir el estrés familiar, retrasará o evitará las recaídas del paciente (Schwartz & Africa, 1989).

Tratando de que los pacientes no sufran recaídas, los modelos psicoeducativos se fundan en que cada día se ve como más necesario y conveniente que las familias sean las principales cuidadoras de los enfermos. Parte de la rehabilitación del paciente es integrarlo a su medio, familiar y social, ayudar a que retome gradualmente sus tareas o responsabilidades y cuando el padecimiento lo permita integrarlo al medio laboral. El tiempo de esta reinserción varía de un paciente a otro. Existen en ello dificultades por lo que es recomendable ir paso por paso, logrando un solo cambio en cada momento, tomando en cuenta las capacidades del paciente y las capacidades de la familia (Anderson, Reiss, & Hogarty, 1986).

El impacto de la enfermedad en la familia y en la sociedad es inevitable debido a que algunos de los síntomas de la enfermedad como los problemas de atención, los delirios o la paranoia causada por la perturbación del pensamiento pueden inducir a los enfermos a percibir y cuestionar equivocadamente las comunicaciones emitidas por las personas de su alrededor (Anderson, et al., 1986).

Los síntomas negativos de la esquizofrenia, como el aislamiento deliberado del paciente, puede intensificarse por la interacción familiar y de su medio en general deteriorando su funcionamiento (Anderson, et al., 1986).

El cuidado del enfermo lleva a las familias al agotamiento emocional y físico. El daño que pueden causar a las personas, al hogar y a sí mismos, causan estrés en la familia y son causa de actitudes negativas de los miembros de la familia (Anderson, et al., 1986).

El modelo de psicoeducación de Carl Anderson, Douglas Reiss y Gerard Hogarty, es el resultado de 20 años de experiencia clínica. Estaban convencidos de que los métodos tradicionales para tratar a las familias de los pacientes esquizofrénicos no eran

suficientemente eficaces e incluso en algunos casos peores o lesivos. Existían tratamientos no estructurados como los confrontativos en las sesiones de terapia familiar que aumentaban los síntomas de los pacientes y la angustia de los familiares. Querían avanzar junto con los miembros de su grupo dedicados a la investigación en la elaboración de un cambio en el tratamiento clínico. Tomaban en cuenta los informes iniciales sobre la EE. Estaban en el entendido de las teorías “estrés-diátesis” y de la “vulnerabilidad” en la esquizofrenia y de que existe en ella una perturbación del pensamiento sensible al ambiente con un sustrato de disfunción cerebral adquirida y/o heredada genéticamente. Proponen los siguientes principios de los programas psicoeducativos para las familias:

- Crear una alianza de tratamiento entre el clínico, el paciente y la familia.
- Informar al paciente y a la familia acerca de la enfermedad y dar herramientas que ayuden al manejo de ella.
- Establecer un ambiente hogareño, laboral y social que ayude a la permanencia del paciente en su medio.
- Integrar en la medida de lo posible y de manera gradual al paciente en sus papeles familiares, sociales y vocacionales.
- Proporcionar al paciente y a su familia una sensación de continuidad en la atención que reciben (Anderson et al., 1986).

En la conexión con las familias Anderson et al. (1986), recomiendan establecer reglas y generar expectativas de lo que es el tratamiento elaborando un contrato asequible con el compromiso tanto de la familia como de los clínicos. Consideran importantes y decisivos el contacto inicial del clínico con el paciente y su familia para decidir el tratamiento y establecer una alianza terapéutica, centrarse en la crisis presente que los ha impulsado a buscar ayuda clínica, procurar que la familia se encuentre en una situación cómoda respecto al clínico y han de tratar asuntos neutros para que la familia se sienta cómoda. En el momento oportuno y han de dar la oportunidad a las familias de contar su historia y sus experiencias. El clínico debe constituirse como mediador o representante del enfermo y de su familia ante el sistema psiquiátrico. Encamina a la familia para que esté dispuesta a asistir a las sesiones que le ofrece en forma comprometida e ininterrumpidamente.

Goldstein (1996), en su artículo de 1996 "*Psychoeducational family interventions in psychotic disorders*" edita lo que presentó en su conferencia en la ciudad de Milán. Su intención, en este artículo, es definir los principios de la terapia familiar psicoeducativa con la finalidad de que resulte exitosa. Menciona la importancia de fijar el propósito y los objetivos de los programas psicoeducacionales y considera que las técnicas son solamente una expresión de la superficie de estos programas. Muestra su desacuerdo en que la psicoeducación no sea al mismo tiempo una terapia familiar, ya que la familia de los pacientes con psicosis se ve envuelta rápidamente en una compleja y fuerte congoja afectiva que necesita ser atendida con herramientas terapéuticas y en donde se presentan resistencias para aceptar ciertas realidades de lo que es una psicosis. Señala que de entre los requerimientos que deben cubrir los modelos de psicoeducación para pacientes psicóticos y sus familias, está el informar sobre las frecuentes crisis que se presentan después de las hospitalizaciones. Se preocupó por definir la esencia de los componentes más exitosos de los programas psicoeducativos. Menciona que estos programas, difieren en sus técnicas a lo que tradicionalmente se entiende por una terapia familiar. Ayudan a la reorganización de la familia y a su crecimiento, vencen las resistencias que impiden la aceptación de todo lo que es una psicosis, y dan por resultado una mayor cercanía entre el paciente y su familia. Hace notar que, siendo fáciles de entender algunos componentes de los programas psicoeducativos, es necesario que quienes los impartan estén preparados psicoterapéuticamente para manejar y contener el impacto que causan en los pacientes y sus familias.

Los objetivos varían de un programa a otro, entre ellos está el desarrollar habilidades interpersonales, la readaptación de los roles, disminuir la sintomatología psicótica (Ortega & Valencia, 2001).

La familia en los países latinos es una unidad social muy importante, sus fuertes lazos acogen con más benignidad al paciente y sus valores y creencias ayudan a que las personas sean más tolerantes y menos críticas con los pacientes (Ortega & Valencia, 2001).

Algunos pacientes son atendidos convenientemente por familiares, pero otros expresan sus dificultades para llevar la carga. Se han ido desarrollando muchos programas en ayuda a los familiares para el cuidado del enfermo, casi siempre exitosos, pocos no lo

han sido. Muchos pacientes solicitan que su familia se involucre en su cuidado. La falta de información sobre programas disponibles para ayudar a las familias, impiden sus beneficios (Drapalski & Dixon, 2012).

Los programas para incorporar a la familia son reconocidos por su eficacia para mejorar el entorno del paciente y reducir la recaída; aun así, estas intervenciones, muchas veces no están bien integradas en los planes de salud y tienden a ser insuficientes (Lauriello, et al., 2012).

Tanaka, Mino, & Inoue (1995), en el estudio que realizaron en Japón en 73 sujetos que fueron seguidos durante 9 meses encontraron que en el grupo de alta EE las recaídas fueron de 58% y en el grupo de baja EE de 21%.

Shimodera, Inoue, Mino, Tanaka, Kii & Motoki (2000), investigaron en Japón, el beneficio del tratamiento unifamiliar (SFT por sus siglas en inglés) adicionalmente a sesiones educativas breves (SES por sus siglas en inglés). El estudio se hizo en 30 pacientes con esquizofrenia con al menos un familiar que mostraba alta emoción expresada (EE), según la *Camberwell Family Interview (CFI por sus siglas en inglés)* Después de las sesiones educativas breves los pacientes fueron seleccionados aleatoriamente en dos grupos. En el primer grupo los pacientes recibieron solo el tratamiento de salida de rutina. El segundo grupo además de recibir el tratamiento de salida de rutina recibió adicionalmente el beneficio del tratamiento unifamiliar (SFT). Los grupos fueron seguidos durante 9 meses después del alta. Las recaídas fueron más bajas en el grupo que recibió el tratamiento unifamiliar adicional (23.1% vs.35.3%). La diferencia no fue significativa. Cuando las familias con alta EE fueron clasificadas por el nivel alto de crítica o por el nivel alto en involucramiento emocional, la tasa de recaídas fue de 0% cuando los pacientes vivían con familias de alto nivel de crítica tanto en el grupo de SES+SFT como en el grupo de SES. En los pacientes que vivían con alto involucramiento familiar el riesgo de recaída fue de más bajo en el grupo que recibió el tratamiento SES+SFT que el grupo y el SES (42.9% vs. 60%). Por los hallazgos encontrados los autores sugieren que las familias con una alta EE debería recibir al menos sesiones educativas breves y que el tratamiento unifamiliar s podría darse a las familias con necesidades más específicas.

Brewin (1994), evaluó a 26 familiares de pacientes con esquizofrenia antes y después de haber tomado la intervención psicoeducativa. En la asignación que Brown et al., dieron

al criticismo o desaprobación de las conductas del paciente no encontró cambios. La hostilidad, en sus estudios la encontró más orientada a cambios menos controlables y más orientados a atribuciones universales. En los cambios a las atribuciones que se dan piensa se necesitan estudios futuros que especifiquen acerca de los cambios y estudios para encontrar atribuciones más universales que puedan ayudar a los familiares (Abaoub & Vidon, 1999).

Woo, Golstein, Nuechterlein (1997), estudian la EE cotejada con el inventario *Behavioral Subclinical Rating System* (BSRS) que define aspectos no verbales de los familiares, movimientos, gesticulaciones y tonos de voz correspondientes a la alta y baja EE. Encuentran que pacientes que viven en ambientes con una muy alta EE adoptan un comportamiento hostil y/o inhabitual y los que están en ambientes con niveles bajo de EE presentan comportamientos ansiosos y/o agitados. El estudio deduce pueden estar presente factores no tomados en cuenta en las entrevistas de la CFI (En Abaoub y Vidon, 1999).

Weisman, Nuechterlein, Goldstein (1998), estudiando las dos dimensiones de la esquizofrenia, los síntomas positivos (delirios, alucinaciones y problemas en el curso del pensamiento) y los síntomas negativos (disminución de la comunicación, embotamiento afectivo, retraimiento social), al analizar los resultados encuentran que las familias una alta EE en crítica la atribuyen los síntomas a la enfermedad y a la voluntad del paciente y las de baja EE la atribuyen a la enfermedad. Los síntomas positivos claramente sobresalientes son más fácilmente reconocidos por el entorno y se atribuyen a la enfermedad. Los síntomas negativos son menos reconocibles y también son atribuidos a la personalidad y a la voluntad del paciente aumentando la irritación de la familia (En Abaoub & Vidon, 1999).

En resumen se necesita el conocimiento de lo que es la enfermedad y encontrar la dimensión de lo que es la enfermedad por medio de los programa de intervención (Abaoub y Vidon, 1999).

Mino, Inoue, Shimodera y Tanaka (2000), en Japón, midieron la emoción expresada (EE), con la *Camberwell Family Interview (CFI)*, de familiares de 27 pacientes con trastornos afectivos y 31 miembros de sus familias. Fueron comparados los datos que se tenían de familias de pacientes con esquizofrenia. Encontraron puntajes más bajos en los familiares

de pacientes con trastornos afectivos. Reportan que los niveles de crítica son más bajos en familiares del Japón que en familiares de los países de americanos o de los europeos Especialmente en hostilidad y sobreprotección. Los autores expresan la necesidad de estudios posteriores de mayor validez para los familiares de pacientes con trastornos afectivos y en los que se incorporen un mayor número de pacientes con trastornos bipolares.

Kavanagh, O'Halloran, Manicavasagar, Clark, Piatkowska, Tennant, y Rosen al. (1997), en Australia diseñan un instrumento de evaluación, la Family Attitude Scale (FAS), derivado de los conceptos del constructo EE. Los autores de esta escala de medición consideraron que la Camberwell Family Interview (CFI) requiere aplicadores entrenados y necesita ser monitoreada para su validez, no así FAS escala. La FAS puede ser útil en los inicios de la esquizofrenia. Reporta el enojo, las expresiones de enojo y la ansiedad de los encuestados. Reporta calificaciones más altas en Es un buen predictor en desórdenes de larga duración o de funcionamiento pobre de los pacientes y presumiblemente refleja los primeros síntomas de la esquizofrenia. Tiene consistencia interna y correlación con la hostilidad, el alto criticismo y la baja calidez de la CFI así como con el entorno crítico. Contiene 30 items que pueden ser resueltos por cualquier informante. En el estudio participaron estudiantes en psicología no graduados (65 hombres y 163 mujeres) y sus familias (137 madres y 119 padres). Los datos obtenidos dieron por resultado 112 casos de estudiantes y sus dos padres El FAS fue aplicado a los padres de los estudiantes y se encontró una reciprocidad en las respuestas de crítica y de enojo dándose una actitud más negativa de los estudiantes hacia sus padres que de los padres hacia los hijos. Diferencias culturales se encontraron en varias mediciones de los padres, una de ellas se dio al no aparecer el inglés como primera lengua.

Kavanagh et al., realizaron un segundo estudio con pacientes y sus familias. Los pacientes escogidos estaban teniendo exacerbación de los síntomas esquizofrénicos o de desórdenes esquizoafectivos. Los pacientes fueron 70 (46 hombres y 24 mujeres). El FAS fue aplicado a 69 familias (58 madres, 51 padres, 6 esposos, 17 hermanos y 4 otros familiares y amigos). Los datos obtenidos dieron por resultado 136 casos. Los padres de personas con esquizofrenia obtuvieron más alta calificación en el FAS que los

estudiantes. Calificaciones más altas se encuentran en pacientes con desórdenes de larga duración o de pacientes con un funcionamiento pobre.

Hostilidad, criticismo y ambiente poco cálido obtenido en las calificaciones de la Camberwell Family Interview (CFI) estuvo asociado con las más altas calificaciones del FAS en las familias. El FAS es buen indicador en la relación de estrés y enojo expresado y es de amplia aplicación.

EL HOSPITAL PSIQUIÁTRICO FRAY BERNARDINO ÁLVAREZ

El antecedente histórico del actual Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez, es el Hospital de San Hipólito fundado por Bernardino Álvarez en 1566. Fue el primer hospital en América dedicado a los enfermos mentales. El hospital en sus inicios fue un hospital general dedicado al a los pobres y desamparados, es decir a los enfermos mentales, los viejos, los convalecientes pobres, los inocentes o retrasados. Su obra fue apoyada por el Virrey Don Martín Enríquez y el Arzobispo Fray Alonso Montufar. Más tarde recibió el apoyo del rey de España y de varios pontífices romanos. El apoyo fue necesario desde un principio debido a que el dinero de Bernardino Álvarez se gastó en la edificación del hospital. Bernardino Álvarez formuló las reglas de una hermandad y fueron aprobadas por Gregorio III. Debido a la muerte del pontífice en 1581, hasta 1700 se le otorgó la calidad de congregación bajo la regla de San Agustín con votos de castidad, pobreza, obediencia y hospitalidad. La obra se fue dedicando cada vez más a los pacientes con trastornos mentales. Los pacientes con trastornos mentales recibían una atención humanitaria. Podían pasear por los huertos, y comer y dormir en salas comunes. Sólo los furiosos durante los ataques se encerraban en jaulas y o a un pasadizo para no dañarse o no dañar a otros.

Los cambios políticos que hubo en México a principios del siglo XIX, cambió la situación de la orden de los Hermanos de la Caridad, también llamados los hipólitos. La orden fue suprimida por decreto de las Cortes Españolas.

En 1821 el hospital pasó a manos del Ayuntamiento de la Ciudad y los religiosos siguieron atendiendo a los enfermos hasta 1843. En 1843 al pasar el hospital a ser atendido por administradores nombrados por la Autoridad Civil, parte del hospital se convirtió en cuartel. En 1942 el general López de Santa Ana había vendido el piso de abajo y las

accesorias de los costados. En 1846 se convirtió en hospital militar. En 1847 parte del edificio albergó a la Escuela de Medicina. Juan de Dios Peza afirma que en el año 1864 las condiciones eran totalmente tristes y deplorables. Poco se podía hacer con el escaso presupuesto que daba el Ayuntamiento. En 1948 se hicieron algunas reparaciones teniéndose a 90 pacientes. En 1910 se trasladaron los pacientes al Manicomio “La Castañeda” (de la Llera, 2002).

El Hospital del Divino Salvador, obra de José Sayago y su esposa, fue conocido como el Manicomio de “La Canoa”. Sáyago era un carpintero que recogía a mujeres que vagaban por las calles con enfermedades mentales y las albergaba en su propia casa. El arzobispo de México ayudó a trasladar a las enfermas a un lugar más grande, al Antiguo Colegio de San Gregorio y la renta y la alimentación la otorgaba el arzobispo. En 1689, al morir el beneficiario, el hospital pasó a manos de la Congregación del Divino Salvador. En 1700 la Congregación compró la casa de la calle de la Canoa, hoy calle de Donceles. Más tarde quedó bajo la tutela del Real Patronato hasta la consumación de la independencia. Llegó a ser un hospital modelo, lo llamaban la casa de las locas y de los niños expósitos. En 1871, el Cabildo de la ciudad dispuso que se asilaran a niñas y a señoras para evitar la corrupción. En 1874, las Hermanas de la Caridad fueron lanzadas del hospital, debido a la Ley Lerdo de Tejada. El hospital fue cayendo en el abandono y en la sobrepoblación. En 1882, había 203 asiladas. En los dormitorios de 8 enfermas se colocaban de 25 a 30 enfermas. En 1900 había 403 asiladas. La situación se mantuvo hasta que las internas fueron trasladadas al Manicomio “La Castañeda” (de la Llera, 2002).

La Orden Hospitalaria de San Juan de Dios, llamada de los *juaninos*, llegó al Nuevo Continente en 1596. En 1602, en México la orden quedó incorporada a la Red Internacional de Fundaciones Hospitalarias de la Orden de San Juan de Dios. Sus instalaciones atendían a leprosos, sifilíticos, enfermos crónicos, desvalidos y personas consumidas por algún vicio. En el siglo XIX, un joven hospitalario, el italiano Benito Menni, restauró la orden de los *juaninos* en España para que la orden se dedicara preponderantemente a la atención de pacientes mentales. En México la orden se restauró en 1901. En 1902 se inauguró en Zapopan, la Casa de Salud de San Juan de Dios para Enfermos mentales. En 1910 se abrió un nuevo hospital en Cholula, Puebla, llamado de

Nuestra Señora de Guadalupe. En 1949 abrió sus puertas la clínica San Rafael, ubicado en Tlalpan, D.F., centro privado importante en el área metropolitana (de la Llera, 2002).

El Manicomio General de “La Castañeda” fue creado en 1910, siendo presidente Porfirio Díaz para atender enfermos mentales de instituciones que se encontraban en condiciones deplorables. Se compró la antigua hacienda “La Castañeda”. Albergó a los internados del manicomio de San Hipólito, a las internas de La Canoa y a los internos de los estados de la República Mexicana. La obra del manicomio general de “La Castañeda” fue proyectada para albergar entre 800 y 1000 pacientes. En 1950 albergaba a más de 3000, la sobrepoblación acabó con los buenos proyectos. Bajos salarios gubernamentales y los líderes de sindicatos corruptos. Sin embargo, médicos destacados establecieron la enseñanza formal de la neurología y la psiquiatría. Durante cincuenta años fue la cuna de la psiquiatría mexicana con destacados doctores como Manuel Guevara Oropeza, Samuel Ramírez Moreno, Leopoldo Salazar Viniegra, Guillermo Dávila, Alfonso Millán, Mario Fuentes Delgado, entre otros. Al surgir nuevas terapéuticas y para atacar los problemas surgidos se inició la búsqueda de nuevas opciones. En 1944 se abrió la Granja de Recuperación para Enfermos Mentales en León, Guanajuato. El éxito que se obtuvo con ésta granja hizo que entre 1960 y 1964 se establecieran seis hospitales granja en diferentes regiones del país, estando al frente de la Dirección de Salud Mental el Dr. Manuel Velasco Suárez. En los 60’s era ya necesaria una reforma al sistema de salud psiquiátrica. En 1965 las autoridades federales propusieron dismantelar el Manicomio de “La Castañeda” por su enfoque asistencial coercitivo y de asilo. Se creó la Red Nacional de Centros de Atención Psiquiátrica para modernizar la atención psiquiátrica. Se proyectaron seis hospitales toda la región del país. En la Ciudad de México, el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez, el Hospital Psiquiátrico Infantil Dr. Juan Navarro. En Tlahuac, el Hospital Psiquiátrico Dr. Samuel Ramírez Moreno. En el Batán, Puebla, el Hospital Psiquiátrico Dr. Rafael Serrano. En el Estado de México, el Hospital Psiquiátrico Dr. Adolfo M. Nieto. En Pachuca, Hidalgo, el Hospital Psiquiátrico Fernando Ocaranza. Se trasladaron los enfermos asilados en la Castañeda. La operación fue terminada en 1984 (de la Llera, 2002).

El 9 de mayo de 1967 fue inaugurado el “Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez”. Su funcionamiento se inició el 22 de junio del mismo año, durante el gobierno del

presidente Gustavo Díaz Ordaz con un cupo original de 600 camas para enfermos mentales agudos adultos. Es una de las instituciones más reconocidas a nivel nacional, de América Latina e internacional. En sus instalaciones actuales, abrió sus puertas en 1997 (de la Llera, 2002).

De la Llera (2002), menciona que se le asignaron las siguientes funciones:

“La prevención de enfermedades mentales. El diagnóstico y tratamiento de las mismas. La rehabilitación de los pacientes que padecen alguna enfermedad mental. La enseñanza. La investigación” (p. 85).

En 1992 se construyó el edificio anexo al hospital, edificio de dos plantas. En la planta baja se reubicaron los Servicios de Consulta Externa y Urgencias. En la planta alta de este edificio se reubicaron los Servicios de Hospital Parcial de Día (HPD) y de Fin de Semana, Psiquiatría Comunitaria y la Jefatura de Hospital Parcial, Rehabilitación y Psiquiatría Comunitaria (de la Llera Villena, 2002).

LA ATENCIÓN MÉDICO-PSIQUIÁTRICA

En 1838, con el nacimiento de la psiquiatría empieza el abordaje del médico psiquiátrico a la enfermedad mental. Si no terapéuticamente, por lo menos institucionalmente. Ya no será la función del médico que teóricamente cura al loco o al alienado. Pinel a finales del siglo XVIII, inicia el tratamiento fundado en el interrogatorio y en las intervenciones psicológicas (de la Llera, 2002).

A partir de la Primera y de la Segunda Guerra Mundial, poco a poco se ha ido pasando a modelos más adelantados en la rehabilitación psiquiátrica, en diferentes países. En otras partes del mundo y en México, los diferentes gobiernos han implementado servicios en instituciones públicas para atender a pacientes con síntomas psiquiátricos. También se promueven transformaciones legales, conceptuales e institucionales a beneficio de los pacientes (Anderson, et al., 1986; de la Llera, 2002; Ortega & Valencia, 2001).

En 1933, En Moscú fue creado por M. A. Dzhagarov, el primer hospital de día. Se creó como una institución para pacientes psicóticos y traumatizados, debido a la escasez de camas y financiamiento. El hospital estaba asociado al Hospital Psiquiátrico Principal de Moscú (de la Llera, 2002).

En 1935, en Inglaterra, J.M. Woodall atendía a pacientes psiquiátricos en una estructura de tratamiento diurno, en el Adams House Sanatorium. Y en 1938, en el Lady Chichester Hospital, en Hove se implementó la misma modalidad. En Inglaterra, el primer hospital de día, con características formales, se estableció en los años cuarenta en el Instituto de Psiquiatría Social (de la Llera, 2002).

En Canadá, en 1947, el primer programa formal fue creado por D.E. Cameron en Montreal, con la finalidad de reducir la necesidad de asistencia durante las 24 horas del día (de la Llera, 2002).

Inglaterra, en 1948, introdujo la modalidad entre el tratamiento interno y externo, con una orientación psicoanalítica con terapia grupal e individual, terapia ocupacional, recreativa, artística, psicodrama y un club social (de la Llera, 2002).

En Estados Unidos, en 1948, se creó el primer programa de hospitalización parcial en la Universidad de Yale. En la Menniger Clinic, en 1949. En el Mental Health Center de Massachussets, 1952. Cada servicio con programas de tratamiento individualizado (de la Llera, 2002).

En Cuba, en 1962, se establece el hospital de día y la modalidad de día, de tarde, de noche y de fin de semana (de la Llera, 2002).

El hospital de día actualmente se encuentra en casi todo el mundo. En la Gran Bretaña su uso es intensivo.

En Abeokuta, Nigeria, se tiene hospital de día en el Hospital Aro, para enfermedades mentales y nerviosas (de la Llera, 2002).

La Asociación Americana de Hospitalización Parcial (AAHP), define a la hospitalización parcial como un programa de tratamiento ambulatorio, intrahospitalario, de diagnóstico y tratamiento médico-psiquiátrico, multidisciplinario y prevocacional, para pacientes con un serio desorden mental. La hospitalización parcial se caracteriza por ser de carácter transitorio entre el hospital y la comunidad (de la Llera, 2002).

El término de hospital parcial se puede usar indistintamente con el de hospital parcial de día. En el HPFBA el HPD es una extensión y complemento del área de internamiento y de la consulta externa (de la Llera, 2002).

El Hospital Parcial del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez, se inaugura el año de 1979, como proyecto piloto para establecer un puente de enlace para el paciente

egresado entre hospital y la familia. El programa incluía consulta psiquiátrica de seguimiento, actividades ocupacionales y sociorecreativas y pláticas de orientación familiar. En 1991, en Hospital Parcial de Día, por primera vez se da un puesto directivo de psicología clínica, lo ocupó Miriam M. de la Llera Villena (referenciada en este trabajo de tesis). Se rompía con el esquema jerárquico de carácter médico. Actualmente el Servicio de Hospital Parcial depende de la Subdirección de Servicios Ambulatorios (de la Llera, 2002).

De la Llera (2002), menciona que en la *Asociación Americana de Psiquiatría* se propusieron cinco metas para la hospitalización parcial:

- Facilitar la resolución o la estabilización de síntomas agudos subagudos.
- Impedir el deterioro de la condición clínica en los pacientes de consulta externa.
- Apoyar a los pacientes crónicos que solamente con este tipo de ayuda pueden permanecer en la comunidad.
- Crear programas específicos para grupos de alto riesgo o con necesidades especiales, como farmacodependientes, alcohólicos, adolescentes con trastornos emocionales transitorios, etc.
- Diagnosticar a pacientes que necesitan un periodo prolongado de observación antes de poder precisar un tratamiento adecuado (p. 104).

HPD del HPFBA, como institución pública de la SECRETARIA DE SALUD, se rige por la **Norma Oficial Mexicana NOM-025-SSA2-2014** para la prestación de servicios de salud en unidades de atención integral hospitalaria médico-psiquiátrica.

La Norma 025, menciona que la persona con un trastorno mental tiene la necesidad de la reinserción social, con programas en hospitales de día y considerando los aspectos biológicos, psicológicos y sociales.

En el apartado de 4, **Definiciones y abreviaturas**, el artículo 4.1.5 señala que el personal de psicología clínica forma parte del equipo multidisciplinario realiza psicoeducación y el apartado 4.1.8 menciona que Centro de Día es el espacio en donde las personas con trastornos mentales pueden asistir voluntariamente para su rehabilitación psicosocial en un ambiente amigable y de apoyo. Su permanencia depende de cada caso.

En el apartado 6, **Actividades preventivas**, el artículo 6.3.5 señala entre las actividades preventivas que tanto a pacientes como a sus familiares, se les informara de las características de la enfermedad y de la participación conjunta en el programa de tratamiento, plan terapéutico y de rehabilitación, así como de los riesgos que corre la persona con un trastorno mental por parte de la sociedad.

EL HOSPITAL PARCIAL DE DÍA DEL HPFBA

El Hospital Parcial de Día del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez, es un espacio para la atención del enfermo y su familia. El HPD del HPFBA, brinda al paciente atención psiquiátrica, control de medicación y lo incorpora a actividades que forman parte de un tratamiento psicosocial. El compromiso de cobijo y ayuda a la de familia es un facilitador en el apego terapéutico y rehabilitación de la persona con esquizofrenia.

El HPD tiene un enfoque sistémico y estratégico. Bajo la dirección de psiquiatras y psicólogos y con la participación del área de trabajo social, los pacientes y sus familiares son incorporados los para el establecimiento de una alianza terapéutica .El primer contacto se da en el área de trabajo social.

El programa de HPD, incluye diferentes actividades psicosociales que propician la convivencia de pacientes y familiares.

El paciente al incorporarse al programa, ingresa voluntariamente con el compromiso de que el familiar, cuidador primario del paciente, lo acompañe en el año de duración. Existen dos modalidades de HP, la de HPD de lunes a viernes y la de fin de semana.

La modalidad de HPD se lleva a cabo para pacientes de lunes a viernes de 8:00 a las 14:00 horas. En la modalidad de sábados o domingos el paciente acude un solo día de las 8:00 a las 17:00 horas. Dentro del programa de lunes a viernes, el familiar puede optar por asistir al programa psicoeducativo, solo el día viernes.

Actividades para pacientes.

Actividades del HPD al ingreso del paciente son : estudio socioeconómico, valoración y diagnóstico clínico, consulta y tratamiento médico psiquiátrico, aplicación de instrumentos clinimétricos. Al ser evaluado el caso de cada paciente, al paciente se le brinda, asistencia terapéutica individual, ingreso a grupos psicoeducativos para pacientes, sesiones

grupales de afrontamiento de problemas, cine-debate, taller literario, taller de teatro, estimulación neurocognitiva, actividades físicas o de expresión corporal.

Actividades para familiares. Una vez ingresado el paciente, acompañado de un familiar cuidador primario, el familiar es asignado a uno de los grupos psicoeducativos para familiares. Los familiares participan también en asambleas que están a cargo del área de trabajo social. Los familiares son asignados a grupos de afrontamiento de problemas para familiares, a propuesta del personal clínico, con el objetivo de reestructurar conductas personales que a su vez ayuden a la rehabilitación del paciente.

EL PROGRAMA DE INTERVENCIÓN PSICOEDUCATIVA

Los programas psicoeducativos para pacientes y familiares se han desarrollado en diferentes hospitales.

HPD de HPFBA entiende la psicoeducación como un proceso, con una técnica y con una metodología que ayuda a superar culpas y a afrontar los problemas que surgen cuando el paciente retorna a la casa después de una hospitalización y se reintegra a la comunidad. Tiene el propósito de evitar las recaídas del paciente, el llamado fenómeno de la puerta giratoria. Con el cambio de conductas en el hogar, se trabaja para que el ambiente favorezca la rehabilitación del paciente y su reinserción en la sociedad. Al trabajar con las familias, orienta, informa, concientiza, asesora, modifica conductas y consecuentemente modifica el clima familiar. Da información sobre las enfermedades mentales con algún tipo de psicosis, manifiesta por un malestar clínico significativo o por un deterioro importante en su funcionamiento social o laboral o causante de un malestar clínico significativo (Padilla Hernández, 2017).

Los grupos psicoeducativos de familiares, al igual que los grupos psicoeducativos para pacientes, son impartidos por un psiquiatra y un psicólogo con la participación residentes y pasantes asignados a este mismo servicio hospitalario. Son grupos abiertos para los familiares de pacientes que van siendo incorporados a HPD con varios tipos de psicosis. Se dividen en Nivel I y Nivel II. El término de los programas psicoeducativos es de 4 meses. Cuando el equipo clínico considera que el familiar ha completado la psicoeducación de Nivel I, el familiar pasa al inicio del siguiente nivel. En el caso de los grupos psicoeducativos para pacientes la duración es de 1 año.

La mayoría de los familiares de los grupos psicoeducativos son familiares de pacientes con diagnóstico de esquizofrenia. El presente estudio mide el impacto en el nivel de EE, antes y después del programa psicoeducativo de familiares de pacientes con esquizofrenia inscritos en el Nivel I.

Los grupos psicoeducativos del Nivel I son 4, constan de 30 sesiones dos veces por semana en tres de los grupos. Uno no de ellos, el de los viernes, es de una vez por semana y consta de 17 sesiones.

En la modalidad de lunes a viernes los grupos psicoeducativos para familiares son dos veces por semana con duración de 1 hora y media y en uno de ellos una vez por semana.

En la modalidad de sábados o domingos el paciente acude un solo día y los grupos psicoeducativos para familiares son también de un día con duración de 1 hora y media.

Al irse informando en cada sesión de las características de la enfermedad, sus angustias y preocupaciones van siendo controladas. Adicionalmente al interrelacionarse y convivir con otros familiares cada uno de los familiares recibe una retroalimentación que le ayuda a la reestructuración de sus conductas ante la enfermedad y el familiar enfermo.

HPD la ha incorporado en sus programas para pacientes familiares la TCC en los grupos de Afrontamiento de Problemas para pacientes y sus familiares. En el caso de las familias, se les ofrece a quienes pueden dedicar un poco más de su tiempo y/o a quienes los clínicos consideran necesitan un apoyo especial complementario al de los programas psicoeducativos.

La terapia cognitivo conductual (TCC), derivada de la terapia-racional emotiva (TRE), es una terapia breve que puede ser utilizada en la mayoría de los trastornos emocionales e incluso en el paciente con esquizofrenia. Puede contribuir en la mayoría de los casos a encontrar formas de reestructuración de conductas y de patrones familiares, en unos meses o en un año (Ellis, & Abrahms, 1978).

TEMAS DEL PROGRAMA PSICOEDUCATIVO NIVEL I

Los temas que se abordan en el grupo para pacientes y en el grupo para familiares son los siguientes:

La enfermedad mental y la respuesta que da el hospital. Derechos de los usuarios y del enfermo mental. La personalidad y la enfermedad mental. Mitos y estigmas. Factores de riesgo. Diferencias entre personalidad y enfermedad mental. Signos y síntomas de la enfermedad mental. La ansiedad como trastorno patológico. Esquizofrenia. El Trastorno depresivo. El Trastorno bipolar. Trastornos orgánicos. Consumo de sustancias y enfermedad mental. La sexualidad en el enfermo mental. El tratamiento médico-psiquiátrico. Las recaídas. Signos de alarma. Urgencias psiquiátricas.

En algunos temas se proyecta una película, se discute la película con espacio para preguntas y respuestas.

Los clínicos tratan la emoción expresada desde el primer contacto que el hospital tiene con la familia aunque no siempre de manera explícita. El constructo emoción expresada se trata en forma más explícita en los psicoeducativos para familiares.

METODOLOGÍA

PLANTEAMIENTO Y JUSTIFICACIÓN DEL PROBLEMA

Las estimaciones de casos de probable esquizofrenia en la población urbana de México, es de 0.7% en hombres y de 0.6% en mujeres.

La emoción expresada (EE), es una forma de relación de los familiares de pacientes con esquizofrenia. Desde 1959, con los trabajos de Brown y después con los de Vaughn y Left en 1976 se ha estudiado el clima afectivo que se da en la familia de pacientes con esquizofrenia. y que se define como EE. Surge con el trato cotidiano con el paciente y se estudia según 3 criterios: los comentarios críticos, la hostilidad y la sobreimplicación. La familia de la persona con esquizofrenia necesita apoyo para pasar de la disposición para atenderlo, a permitirle el autocontrol y autovalimiento. Necesita de la comprensión y del apoyo para pasar a la regularización de la vida familiar y poder atender los requerimientos de cada uno de sus miembros; necesita pasar del aislamiento, a la intercomunicación con amigos y la familia extensa. La familia ha de ser instruida para poner límites y reglas y no utilizar excesivos recursos de conducción. Ha de saber de la vulnerabilidad del paciente al estrés, de su poca energía para desplegar actividades y de su falta de iniciativa. Es mediadora entre la excesiva y la escasa estimulación del medio.

En la actualidad, el manejo clínico y psiquiátrico, de los enfermos con un trastorno mental, da oportunidad para que el paciente, después de un brote psicótico y hospitalización, se reincorpore a la familia y a la sociedad y siga su tratamiento con más eficacia dentro de la familia. Se dejan atrás los largos internamientos y el que permanezcan recluidos en manicomios o asilos sin esperanzas.

El origen de las intervenciones psicoeducacionales de la familia, se encuentra en la experiencia con familias de pacientes que sufren de un desorden psicótico. Con lo que nace la importancia de involucrar a la familia en el tratamiento ya que, la familia no está preparada para recibir al paciente después de una hospitalización.

La psicoeducación puede empezar desde la hospitalización y seguir después de que el paciente sea dado de alta. El momento idóneo para trabajar con la familia es cuando el paciente sale de una hospitalización.

OBJETIVOS

- Medir los niveles de EE de los familiares de pacientes con diagnóstico esquizofrenia antes y después de la intervención psicoeducativa y verificar si la intervención psicoeducativa modifica los niveles emoción expresada en familiares cuidadores primarios de personas con diagnóstico de esquizofrenia.
- Determinar los niveles de crítica, hostilidad y sobreprotección del constructo emoción expresada en la población estudiada.
- Determinar la medida en que los factores Funcionamiento del Paciente, Afrontamiento de Problemas, Estrés Socioeconómico y Redes de Apoyo contribuyen como estrés adicional al aumento de la EE.

HIPÓTESIS

Hipótesis conceptual.

Las intervenciones psicoeducativas modifican la EE de los familiares cuidadores primarios de pacientes con esquizofrenia.

Hipótesis de trabajo.

La intervención psicoeducativa de HD del HPFBA modifica los niveles de emoción expresada de los familiares cuidadores de pacientes con esquizofrenia.

Hipótesis nula.

La intervención psicoeducativa de HD del HPFBA no modifica los niveles de emoción expresada de los familiares cuidadores de pacientes con esquizofrenia.

DEFINICIÓN CONCEPTUAL Y OPERACIONAL DE LAS VARIABLES

VARIABLE DEPENDIENTE.

La emoción expresada.

Definición conceptual.

La emoción expresada es un constructo que mide la calidad de las emociones de los familiares con una carga de cuidado de pacientes con esquizofrenia según tres categorías: la crítica, la hostilidad y sobreprotección (Abaoub & Vidon, 1999).

Definición operacional.

Conductas que el familiar ofrece al paciente al llevar la carga de su cuidado evaluadas con el cuestionario Emoción Expresada del Familiar de Guanilo y Seclén. Versión modificada por el Instituto Nacional de Psiquiatría.

VARIABLE INDEPENDIENTE.

El Programa Psicoeducativo.

Definición conceptual.

Programa psicoeducacional para romper el círculo de episodios repetidos según los siguientes principios: crear una alianza de tratamiento con el paciente y la familia; informar al paciente y a la familia acerca de la enfermedad y su manejo; establecer un ambiente hogareño, laboral y social que sustente la permanencia del paciente dentro de la comunidad; reinsertar gradualmente al paciente en roles familiares, sociales y laborales; hacer sentir al paciente y a su familia que cuentan con una continuidad en el tratamiento y una *“transferencia institucional”* (Anderson et al., 1986).

Definición operacional.

Proceso del familiar para establecer una alianza en el tratamiento y rehabilitación del paciente que lleva a cabo mediante el programa psicoeducativo de Hospital Parcial de Día (HPD) del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez (HPFBA). Son cuidadores

primarios del programa del Nivel que fueron incorporados a tres grupos de 30 sesiones 2 veces por semana y otro grupo al programa de 1 vez por semana con 17 sesiones. Cada sesión tiene una duración de 1 hora y media. Son temas del programa: los derechos del usuario y del enfermo mental; personalidad y enfermedad mental; información acerca de las enfermedades mentales, el manejo y el curso. El consumo de drogas y sus efectos; los tratamientos médico psiquiátricos. La sexualidad. Recaídas, signos de alarma y urgencias psiquiátricas.

VARIABLES INTERVINIENTES.

Percepción del Funcionamiento del Paciente por parte del Familiar.

Definición conceptual

Comportamientos y desempeño del paciente antes y durante el periodo de tratamiento del paciente (La autora).

Definición operacional

Percepción del familiar del desempeño del paciente en relación con síntomas prodrómicos, conductas psicóticas, aceptación del tratamiento, síntomas positivos y negativos, autocuidado personal y capacidades remanentes del paciente en tratamiento puestas en juego para la inserción en su medio. Medición mediante la hoja clínica elaborada por la autora.

Afrontamiento de Problemas.

Definición conceptual.

“El término [afrontamiento] suele sugerir que el sujeto está reaccionando tan adaptativamente como puede a una situación difícil” (Horowitz, 1989. p. 48. En Goldman, 1989).

Definición operacional.

Modo en que el familiar resuelve las demandas y necesidades internas, externas, personales y las de la familia de acuerdo con criterios y valores personales. Medición mediante el cuestionario preliminar elaborado por la autora.

Estrés Socioeconómico.

Definición conceptual.

Estrés es el estado del individuo que sobrecarga a los sistemas biológicos, psicológicos y sociales como respuesta a una “tensión” o “sobrepresión” con un incremento de la actividad para hacer frente al estrés en un sistema que está a punto de fallar puede interferir con la función de los otros sistemas (Horowitz, 1989. (En Goldman,1989).

Definición operacional.

Dificultad expresa del familiar para resolver y aceptar la situación de la economía familiar de acuerdo con ingresos y egresos. Medición mediante el cuestionario preliminar elaborado por la autora.

Redes de Apoyo.

Definición conceptual.

Forma de del familiar de conectarse con amigos o miembros de su familia extensa para tener a quien recurrir en busca de ayuda práctica o apoyo emocional (Anderson et al., 1986).

Definición operacional.

Capacidad del familiar para establecer relaciones interpersonales en el ámbito familiar y social que contribuyen a resolver problemas. Medición mediante el cuestionario preliminar elaborado por la autora.

TIPO DE ESTUDIO

Investigación cuasi-experimental, exploratoria, de corte transversal y comparativa entre dos grupos, uno control y otro experimental, en dos muestras una control y otra experimental de características similares.

El grupo control compuesto por familiares de pacientes con esquizofrenia a los que no se les había presentado el programa psicoeducativo de Hospital Parcial de Día (HPD), del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez (HPFBA). El grupo experimental compuesto por familiares a los que ya se les había presentado el programapsicoeducativo. Se llevó a cabo entre el mes de diciembre del 2017 y el mes de junio del 2018.

MUESTREO

El muestreo es secuencial, no intencionado.

La muestra del grupo control y del experimental no es la misma por la razón de que propósito fundamental es conocer el impacto de la intervención psicoeducativa de HPD de los niveles de EE y no el seguimiento de los cambios en la EE de cada uno de los familiares.

SUJETOS

El grupo control está compuesto por 9 familiares, cuidadores primarios de pacientes con esquizofrenia. Se fueron incorporando a su ingreso a HPD, en forma secuencial y a los cuales no se les había presentado el programa psicoeducativo.

El grupo experimental se compone por 11 familiares, cuidadores primarios de pacientes con esquizofrenia, a los que les faltaban dos semanas para terminar con éxito el Nivel I, del programa psicoeducativo, según el criterio de los clínicos que imparten el programa. Son familiares de 4 grupos abiertos del programa psicoeducativo.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

Criterios de inclusión.

Cuidadores primarios familiares de pacientes con esquizofrenia, que cohabitan bajo el mismo techo y a los que no se les había presentado el PP de HPD.

Hombres o mujeres, mayores de 18 años y en uso de sus facultades mentales.

Todos ellos son familiares de pacientes incluidos en algunos de los siguientes criterios diagnósticos, según el CIE10:

F20.0 Esquizofrenia paranoide.

F20.1 Tipo desorganizado.

F20.2 Tipo catatónico.

F20.3 Tipo indiferenciado.

F20.5 Tipo residual

F20.8 Otra esquizofrenia que incluye esquizofrenia. Incluye el trastorno esquizofreniforme.

Criterios de exclusión.

Familiares de pacientes que no tenían el diagnóstico de esquizofrenia

Cuidadores primarios que no fueran familiares del paciente.

Familiares que no aceptaron ser voluntarios en la investigación.

Muestra control. Los participantes fueron: 9 familiares, 8 mujeres y 1 varón.

La edad osciló entre los 39 y 70 años. En promedio de 44 años y medio.

Parentesco: 8 madres y 1 padre.

Estado civil: viviendo casamiento o en pareja 4, en soltería 3 y en viudez 2.

La escolaridad fue del 1º de primaria a la licenciatura: Con primaria 4, con secundaria 1.

Con nivel medio superior 3, con licenciatura 1.

Sus ocupaciones van desde la dedicación al hogar hasta la ocupación profesional con especial dedicación al hogar 4, con actividades de trabajo varias adicionales al hogar 3, con actividades profesionales 2.

El nivel socioeconómico* 1, 3 familiares; en nivel 2, 5 familiares; en nivel 3, 1 familiar (ver tabla 1).

*La aportación diaria asignada al nivel 1 es de \$0.00 a \$20.00; al nivel 2 de \$41.00; al nivel 3 de \$60.00; al nivel 4 de \$101.00; al nivel 5 de \$152.00; al nivel 6 de 202.00.

Muestra experimental. Los participantes: 11 familiares, 9 mujeres y 2 varones.

Edad: oscilo entre los 37 y 80 años. En promedio 54 años.

Parentesco con el paciente: 8 madres, 1 hija, 1 abuelo y 1hermano.

Estado civil: en casamiento o con pareja 5, en soltería 3 y en viudez 3.

Escolaridad va desde 1º de primaria a la licenciatura: Con primaria 4, con secundaria 1, con nivel medio superior 3, con licenciatura 3.

Ocupación: con especial dedicación al hogar 4, con actividades de trabajo variadas adicionales al hogar 4, con actividades profesionales 3.

El nivel socioeconómico*: en nivel 1, 6 familiares; en nivel 2, 3 familiares; en nivel 3, 1 familiar; en nivel A 1 un familiar (ver tabla 2).

*La aportación diaria asignada al nivel 1 es de \$0.00 a \$20.00; al nivel 2 de \$41.00; al nivel 3 de \$60.00; al nivel 4 de \$101.00; al Nivel 5 de \$152.00; al nivel 6 de 202.00.

Tabla 1.
DATOS S SOCIODEMOGRÁFICOS DE LOS FAMILIARES DEL GRUPO CONTROL Y DEL GRUPO EXPERIMENTAL.

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS DE LA POBLACIÓN																														
DATOS DEMOGRÁFICOS	Sexo		Edad de los familiares	Escolaridad del familiar				Estado Civil del familiar		Ocupación del familiar			Nivel Socioeconómico				Parentesco		Sexo del paciente		Edad de los pacientes				Escolaridad del paciente				Estado Civil del paciente	
DATOS DEMOGRÁFICOS	Hombre	Mujer	Promedio	Elemental	Media	Media Superior	Superior	Con Pareja	Soltero	Hogar	Hogar / Otras	Otras	Niveles del 1 al 6 / A				Padre	Otros	Hombre	Mujer	Promedio	Elemental	Media	Media Superior	Superior	Con Pareja	Soltero			
												1	2	3	A	Madre														
GRUPO EXPERIMENTAL	2	9	54	2	1	3	3	5	6	4	4	3	6	3	1	1	8	3	5	6	33	0	4	3	4	1	10			
GRUPO CONTROL	1	8	54	4	1	3	1	4	5	3	4	2	3	5	1	0	9	0	7	2	28	0	3	6	0	1	8			
LOS 2 GRUPOS	3	17	54	8	2	6	4	9	11	7	8	5	9	8	2	1	17	3	12	8	31	0	7	9	4	2	18			
SUMAS	20		54	20				20		20			20				20		20		31	20				20				

INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN

Cuestionario Emoción Expresada del Familiar.

El instrumento utilizado es el Cuestionario de Evaluación de la Emoción Expresada de Guanilo y Seclén en versión modificada por el Instituto Nacional de Psiquiatría renombrado “Emoción Expresada del Familiar”. Es un cuestionario clínico y psicológico con validez y confiabilidad para medir el constructo emoción expresada.

El cuestionario fue elaborado por Guanilo J.V. y Seclén Y.M. E. Está adaptado a la población mexicana por el Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente, con un Alpha de Cronbach de >0.8570 que se contrastó con la entrevista *Five-Minute Speech Simple* (FMSS) obteniéndose una validez concurrente de Kappa: CRI: 0.7534 y SIE: 0.7293 (Rascón, Gutiérrez, Valencia, Murow & al., 2008).

Es un cuestionario estructurado que puede ser autoaplicable. Consta de 30 reactivos con 3 subtest de 10 reactivos cada uno y que miden crítica, sobreprotección y hostilidad. Los códigos para la calificación de cada reactivo son: nunca, casi nunca, casi siempre y siempre. En 6 reactivos los códigos se invierten.

La evaluación del cuestionario es de la siguiente manera:

El puntaje total del cuestionario CEEE se califica de la siguiente manera:

Alta emoción expresada puntaje de 65-120.

Baja emoción expresada puntaje 30-64.

Los puntajes de cada subtest, sobreprotección, crítica y hostilidad se califican de la siguiente manera:

Alta emoción expresada puntaje de 25-40.

Baja emoción expresada puntaje de 10-40.

Cuestionarios de las Variables Intervinientes.

Otro propósito que se trabajó fue el recabar información de algunas variables intervinientes que se consideraron causantes de un estrés adicional a la EE, para lo que la autora de esta investigación, elaboró 4 cuestionarios preliminares de tipo Likert: el cuestionario semiestructurado de Percepción del Funcionamiento del Paciente por Parte del Familiar, con valor de hoja clínica; y tres cuestionarios preliminares estructurados: el de Afrontamiento de Problemas, el de Estrés Socioeconómico y el Redes de Apoyo.

En la calificación de los cuestionarios se siguió el mismo criterio de calificación de 4 códigos que el cuestionario de la EE: nunca, casi nunca, casi siempre y siempre. Los niveles de alto y bajo estrés se fijaron igualmente siguiendo los rangos usados en el cuestionario de la EE.

En los cuestionarios los códigos de algunos reactivos se invierten.

El cuestionario Afrontamiento de Problemas tiene 16 reactivos de 10 puntos cada reactivo, la calificación mínima es de 160 puntos y la máxima de 640 puntos. En este cuestionario no se invierte ningún código.

El cuestionario de Estrés Socioeconómico tiene 16 reactivos, la calificación mínima es de 16 puntos y la máxima de 64 puntos; no se invierte ningún código.

El cuestionario de Redes de Apoyo tiene 17 reactivos, la calificación mínima es de 17 puntos y la máxima es de 68 puntos; se invierten 6 códigos.

El cuestionario de Percepción del Funcionamiento por parte del Familiar es considerado un cuestionario semiestructurado tipo hoja clínica debido a que las respuestas tienen un valor clínico y en donde las respuestas de los familiares tienen en sí mismas un valor subjetivo. Este cuestionario tiene 16 reactivos, la calificación mínima es de 16 puntos, la máxima de 64 puntos; no se invierte en este cuestionario ningún código.

En la elaboración de este cuestionario se tomó en cuenta el inicio de la enfermedad, la toma de medicamentos, el apego al tratamiento, el número de recaídas y/o hospitalizaciones, la sintomatología actual y el desempeño social del paciente y las horas diarias de cuidado al paciente por parte del familiar.

En los cuadros siguientes se muestra la forma en que se trabajaron las variables. Su definición y escalas de medición.

OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES DEPENDIENTE E INDEPENDIENTE

Variables	Descripción	Escala de medición	Tipo de variable
Emoción Expresada	Conductas que el familiar ofrece al paciente al llevar la carga de su cuidado.	Cuantitativa Discontinua Escala Cuestionario Emoción Expresada del Familiar de Guanilo y Seclén Alta EE 65-120 Baja EE 30-64	Dependiente
Programa Psicoeducativo de HPD DEL HPFBA	Proceso del familiar para establecer una alianza en el tratamiento y rehabilitación del paciente.	Cualitativa Nominal Escala Valoración por parte de los clínicos que imparten el Programa Psicoeducativo de HD del HPFBA Programa terminado.	Independiente

OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES INTERVINIENTES

Variable	Descripción	Escala de medición	Tipo de variable
Percepción del Funcionamiento del Paciente por parte del Familiar	Desempeño del paciente en relación con: síntomas prodrómicos, conductas psicóticas, aceptación del tratamiento, síntomas positivos y negativos, autocuidado personal y capacidades remanentes del paciente	Cuantitativa. Discontinua Escala Cuestionario semiestructurado tipo Likert de la autora Percepción del Funcionamiento del Paciente Alto estrés 16 puntos Bajo estrés 64 puntos.	Independiente
Afrontamiento de Problemas	Modo en que el familiar resuelve las demandas y necesidades internas y externas, personales y de la familia.	Cuantitativa. Discontinua Escala Cuestionario preliminar tipo Likert de la autora Afrontamiento Problemas Alto estrés 160 puntos Bajo estrés 640 puntos	Independiente
Estrés Socioeconómico	Modo en que el familiar resuelve las demandas y necesidades internas, externas, personales y las de la familia de acuerdo con criterios y valores personales.	Cuantitativa. Discontinua Escala Cuestionario preliminar tipo Likert de la autora. Estrés Socioeconómico. Alto estrés 16 puntos Bajo estrés 64 puntos	Independiente

Cuadro de variables intervinientes (continuación).

Variable	Descripción	Escala de medición	Tipo de variable
Redes Sociales	Capacidad del familiar para establecer relaciones interpersonales en el ámbito familiar y social que le ayuden a resolver problemas.	Cuantitativa. Discontinua Escala Cuestionario Preliminar tipo Likert de la autora Redes de Apoyo Alto estrés 17 puntos Bajo estrés 68 puntos	Independiente

PROCEDIMIENTO

Se entrevistó a un total de 20 familiares cuidadores primarios de enfermos de esquizofrenia, a los que se les aplicó el cuestionario Emoción Expresada del Familiar de Guanilo y Seclén y la batería intuitiva de la autora que comprende 4 cuestionarios. En total fueron 100 cuestionarios los aplicados en este estudio.

Los cuestionarios se aplicaron previo encuadre explicativo del propósito de la investigación y para, en su caso, obtener el consentimiento informado del familiar.

El tiempo que llevó la aplicación fue de aproximadamente una hora y media, dividiendo la aplicación en ocasiones en dos o tres sesiones según la disponibilidad de tiempo de los familiares.

Los cuestionarios se calificaron en forma distinta por la naturaleza de las preguntas. Se aplicó lo que en estadística se llama homotopía de 10 al 100, para dar porcentajes y homogenizar resultados haciendo un análisis estadístico más simple con el máximo y el mínimo de los puntajes de cada uno de los cuestionarios. Una vez estandarizadas las calificaciones se sometieron al ANOVA para comparar las poblaciones de control y experimental, se usó un nivel de confianza del 95% con un margen de error del 5%. El nivel de significancia para la prueba de hipótesis de 0.05 es el usado en las muestras poblacionales en la investigación de tipo psicológico.

El conjunto de las 4 variables intervinientes, de la batería intuitiva de la autora se unificó en lo que se llama un índice de impacto de las variables intervinientes. Se usó la homotopía de 10 al 100 y así se estandarizaron las variables intervinientes para mostrar la correlación con la emoción expresada.

RESULTADOS

Resultados de los Niveles de Emoción Expresada

Los resultados muestran como la emoción expresada obtuvo índices más bajos en el grupo experimental después de presentado el PP.

En el grupo control el promedio de alta EE, es 67% y baja 33%. En el grupo experimental el promedio de alta EE, 36% y baja 64% (ver figuras 1 y 2; tabla 2).

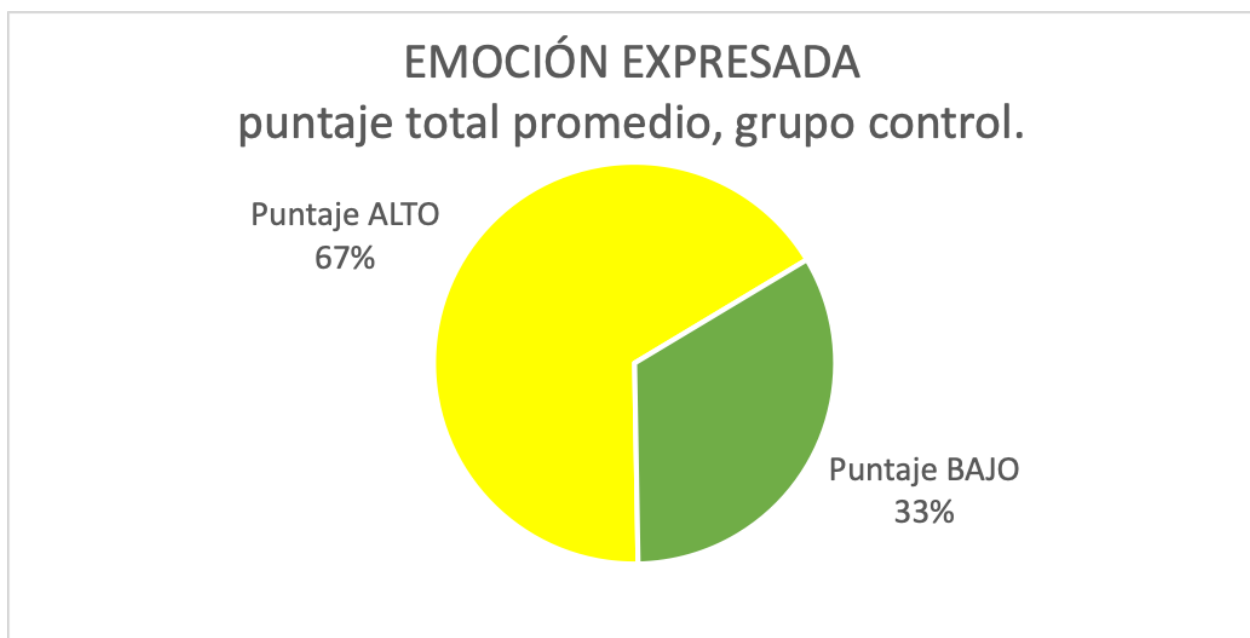


Figura 1. Resultado del Puntaje Alto y Bajo en Emoción Expresada del Grupo Control.

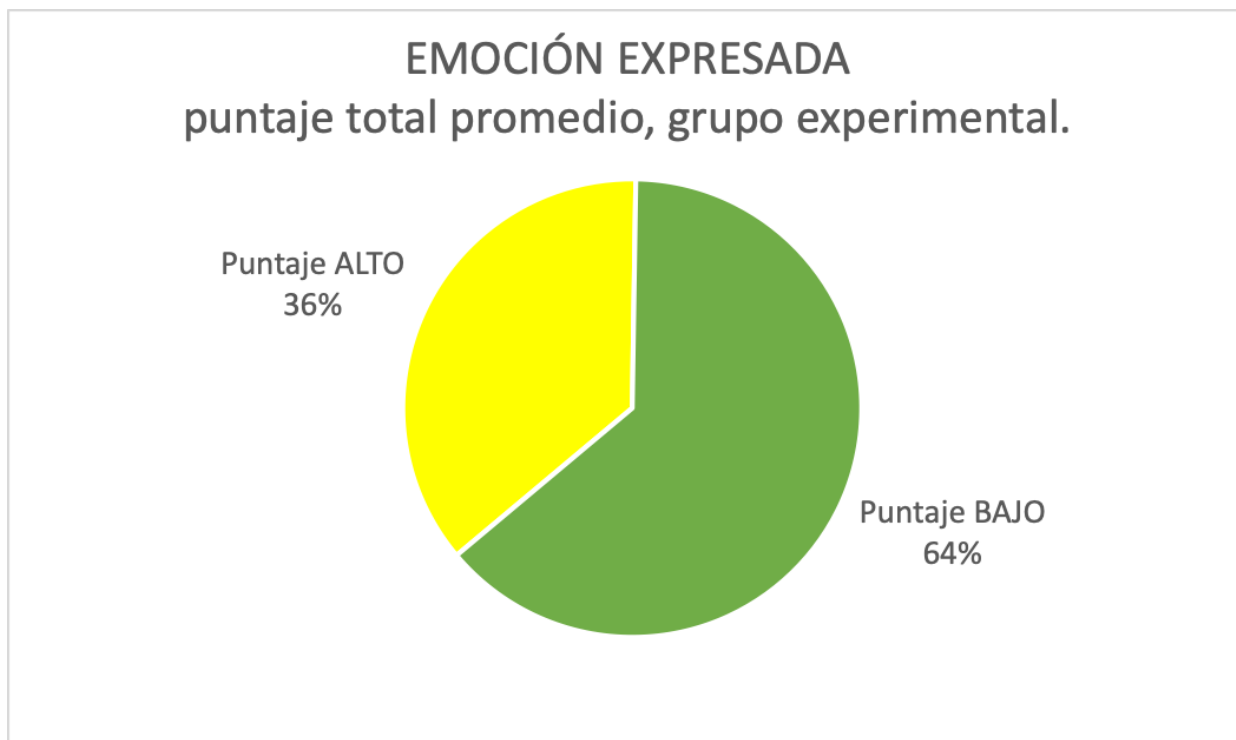


Figura 2. Resultado del Puntaje Alto y Bajo en Emoción Expresada del Grupo Experimental.

Los resultados por subtests es el siguiente:

En el grupo control la calificación promedio más sobresaliente está en sobreprotección, alta 100%, baja 0%. 64%. En el experimental alta 64%, baja 36%.

En el grupo control la calificación promedio en crítica, alta 11%, baja 89%. En el experimental alta 9%, baja 91%.

En el grupo control la calificación promedio en hostilidad, alta 22%, baja 78%. En el experimental alta 0%, baja la 100%(ver tabla 2).

Tabla 2.

Porcentajes promedios de alta y baja Emoción Expresada de los subtests.

EMOCIÓN EXPRESADA	GRUPO DE CONTROL				GRUPO EXPERIMENTAL			
	EVENTOS		PORCENTAJE		EVENTOS		PORCENTAJE	
	Alta	Baja	Alta	Baja	Alta	Baja	Alta	Baja
CRÍTICA	1	8	11%	89%	1	10	9%	91%
SOBREPROTECCIÓN	9	0	100%	0%	7	4	64%	36%
HOSTILIDAD	2	7	22%	78%	0	11	0%	100%
TOTAL	6	3	67%	33%	4	7	36%	64%

En el grupo experimental el puntaje más alto en sobreprotección corresponde a una familiar de 45 años, madre, con escolaridad de 1° de Primaria, es decir nivel escolar elemental, casada, dedicada al hogar 6 días de la semana y 1 día vendiendo comida, con nivel socioeconómico1, y bajo funcionamiento del paciente y baja puntuación en el cuestionario de Redes de Apoyo. El puntaje más bajo en sobreprotección corresponde a una familiar de 80 años, madre, con nivel escolar de Primaria, es decir nivel elemental, viuda, dedicada al hogar 6 días de la semana y 1 día, vendiendo comida, de nivel socioeconómico 1, y con alto funcionamiento del paciente.

Las siguientes tablas del grupo control y experimental, muestran los niveles de alta y baja EE en cada uno de los subtest y en cada caso incluyendo el total en cada caso (ver tablas 3 y 4).

Tabla 3.

Puntajes y niveles altos y bajos de Emoción Expresada de los subtests del Cuestionario del Grupo Control.

GRUPO CONTROL	EMOCIÓN EXPRESADA - GRUPO DE CONTROL							
	CRÍTICA		SOBREPORTECCIÓN		HOSTILIDAD		TOTAL	
Caso	Puntaje	Nivel	Puntaje	Nivel	Puntaje	Nivel	Puntaje	Nivel
1	15	Baja	26	Alta	20	Baja	61	Baja
2	15	Baja	26	Alta	20	Baja	61	Baja
3	20	Baja	25	Alta	21	Baja	66	Alta
4	16	Baja	29	Alta	17	Baja	62	Baja
5	22	Baja	26	Alta	22	Baja	70	Alta
6	24	Baja	36	Alta	26	Alta	86	Alta
7	15	Baja	31	Alta	20	Baja	66	Alta
8	20	Baja	31	Alta	17	Baja	68	Alta
9	25	Alta	29	Alta	26	Alta	80	Alta

Tabla 4.

Puntajes y niveles altos y bajos de Emoción Expresada de los subtests del Cuestionario del Grupo Experimental.

GRUPO EXPERIMENTAL	EMOCIÓN EXPRESADA - GRUPO EXPERIMENTAL							
	CRÍTICA		SOBREPORTECCIÓN		HOSTILIDAD		TOTAL	
Caso	Puntaje	Nivel	Puntaje	Nivel	Puntaje	Nivel	Puntaje	Nivel
1	18	Baja	23	Baja	19	Baja	60	Baja
2	16	Baja	25	Alta	22	Baja	63	Baja
3	11	Baja	27	Alta	23	Baja	61	Baja
4	19	Baja	25	Alta	24	Baja	68	Alta
5	18	Baja	24	Baja	19	Baja	61	Baja
6	18	Baja	24	Baja	20	Baja	62	Baja
7	19	Baja	31	Alta	24	Baja	74	Alta
8	26	Alta	33	Alta	18	Baja	77	Alta
9	15	Baja	25	Alta	19	Baja	59	Baja
10	13	Baja	29	Alta	23	Baja	65	Alta
11	12	Baja	20	Baja	19	Baja	51	Baja

Resultado del nivel de significancia

Como $F=12.71$ es mayor que el valor crítico de 2.13 para un nivel de significancia de 0.05, se rechaza la hipótesis nula, por lo que se acepta la hipótesis de trabajo:

La intervención psicoeducativa modifica los niveles de emoción expresada de los cuidadores de pacientes con esquizofrenia (ver tabla 5).

Tabla 5.

El nivel de significancia obtenido para la aceptación de la hipótesis de trabajo.

RESUMEN		Grupos	Cuenta	Suma	Promedio	Varianza
CC		9	172	19.11111111	16.11111111	
CS		9	259	28.77777778	12.44444444	
CH		9	189	21	10.75	
CT		9	206.6666667	22.96296296	8.429012346	
EC		11	185	16.81818182	17.36363636	
ES		11	286	26	14	
EH		11	230	20.90909091	5.290909091	
ET		11	233.6666667	21.24242424	5.757575758	

ANÁLISIS DE VARIANZA							
Origen de las variaciones	Suma de cuadrados	Grados de libertad	Promedio de los cuadrados	F	Probabilidad	Valor crítico para F	
Entre grupos	996.6466891	7	142.3780984	12.71867449	1.64518E-10	2.139655516	
Dentro de los grupos	805.9977553	72	11.19441327				
Total	1802.644444	79					

Como $F=12.71$ es mayor que el valor crítico de 2.13 para un nivel de significancia de 0.05, rechazamos la hipótesis nula, por lo que aceptamos la hipótesis de trabajo.

Resultados de las Variables Intervinientes.

En porcentajes promediados del total de las variables intervinientes en cada uno de los grupos, nos muestran los niveles de estrés adicional a la EE.

En el grupo control alto impacto 54%, bajo impacto 46%.

En el grupo experimental alto impacto 57%, bajo impacto 43% (ver figuras 3 y 4).

Índice de impacto porcentual promedio del total de las variables intervinientes
Grupo de Control

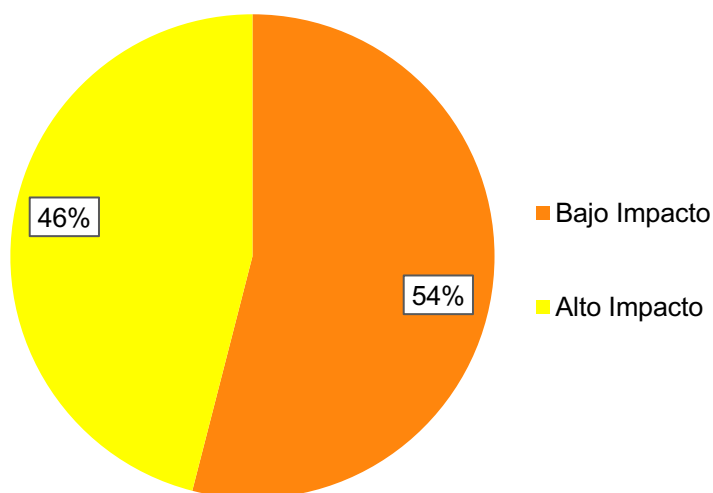


Figura 3. Gráfica del impacto porcentual promedio del total de las variables intervinientes del grupo control.

Indice de impacto porcentual promedio del total de las variables
intervinientes
Grupo Experimental

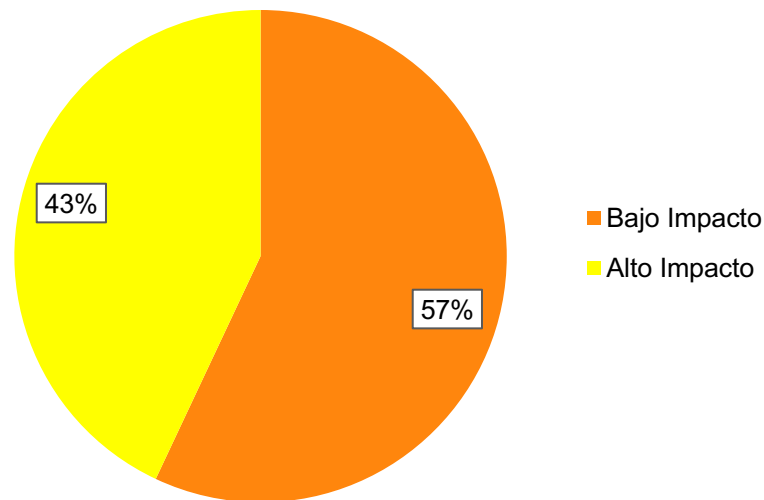


Figura 4. Gráfica del impacto porcentual promedio del total de las variables intervinientes del grupo experimental

Se obtuvieron los porcentajes promedios de alto y bajo estrés de cada una de las variables intervinientes, en el grupo control y en el experimental incluyendo los totales (ver tabla 6).

Tabla 6. Porcentajes promedios de alto y bajo estrés de las variables intervinientes en el grupo control y en el experimental.

Variables intervinientes	Grupo de Control				Grupo de Control			
	Eventos		Porcentajes		Eventos		Porcentajes	
	Alto	Bajo	Alto	Bajo	Alto	Bajo	Alto	Bajo
Afrontamiento	2	7	22%	78%	2	9	18%	82%
Socioeconómico	1	8	11%	89%	0	11	0%	100%
Redes de Apoyo	6	3	67%	33%	6	5	55%	45%
Funcionamiento	4	5	44%	56%	8	3	73%	27%
Total	13	23	36%	64%	16	28	36%	64%

Se obtuvo el resultado de alto y bajo estrés porcentajes promedios de alto y bajo estrés de cada una de las variables intervinientes, incluyendo los de la EE en el grupo control y en experimental (ver tablas 7 y 8).

Tabla 7.

Niveles de alto y bajo estrés en cada uno de los cuestionarios de las variables intervinientes incluyendo los puntajes altos y bajos de la emoción expresada en el grupo control.

GRUPO CONTROL	EMOCIÓN EXPRESADA		AFRONTAMIENTO DE PROBLEMAS		ESTRÉS SOCIOECONÓMICO		REDES DE APOYO		FUNCIONAMIENTO DEL PACIENTE		
	Caso	Puntaje	Nivel	Puntaje	Nivel	Puntaje	Nivel	Puntaje	Nivel	Puntaje	Nivel
	1	61	Baja	440	Alto	43	Bajo	46	Bajo	47	Bajo
	2	61	Baja	470	Alto	38	Bajo	44	Bajo	53	Alto
	3	66	Alta	433	Alto	51	Alto	47	Bajo	49	Alto
	4	62	Baja	438	Alto	27	Bajo	53	Alto	49	Alto
	5	70	Alta	456	Alto	35	Bajo	51	Alto	47	Bajo
	6	86	Alta	399	Bajo	32	Bajo	30	Bajo	41	Bajo
	7	66	Alta	449	Alto	24	Bajo	70	Alto	48	Alto
	8	68	Alta	412	Bajo	35	Bajo	48	Bajo	49	Alto
	9	80	Alta	457	Alto	37	Bajo	34	Bajo	45	Bajo

Tabla 8.

Niveles de alto y bajo estrés en cada uno de los cuestionarios de las variables intervinientes incluyendo los puntajes altos y bajos de la emoción expresada en el grupo experimental.

RESULTADOS DEL GRUPO EXPERIMENTAL											
GRUPO EXPERIMENTAL	EMOCIÓN EXPRESADA		AFRONTAMIENTO DE PROBLEMAS		ESTRÉS SOCIOECONÓMICO		REDES DE APOYO		FUNCIONAMIENTO DEL PACIENTE		
	Caso	Puntaje	Nivel	Puntaje	Nivel	Puntaje	Nivel	Puntaje	Nivel	Puntaje	Nivel
	1	60	Baja	437	Alto	18	Bajo	52	Alto	45	Bajo
	2	63	Baja	435	Alto	36	Bajo	44	Bajo	46	Bajo
	3	61	Baja	450	Alto	40	Bajo	43	Bajo	51	Alto
	4	68	Alta	434	Alto	41	Bajo	51	Alto	42	Bajo
	5	61	Baja	438	Alto	41	Bajo	39	Bajo	39	Bajo
	6	62	Baja	434	Alto	34	Bajo	50	Bajo	58	Alto
	7	74	Alta	455	Alto	18	Bajo	49	Bajo	46	Bajo
	8	77	Alta	424	Bajo	26	Bajo	44	Bajo	43	Bajo
	9	59	Baja	422	Bajo	28	Bajo	52	Alto	46	Bajo
	10	65	Alta	432	Alto	27	Bajo	52	Alto	42	Bajo
	11	51	Baja	446	Alto	23	Bajo	57	Alto	48	Alto

El índice de impacto porcentual promediado de estrés de las variables intervinientes de 46% en el grupo control y de 43% en el experimental (ver tablas 9 y 10).

Tabla 9.

Impacto porcentual de las variables intervinientes del grupo control.

ÍNDICE DE IMPACTO PORCENTUAL									
GRUPO CONTROL	AFRONTAMIENTO DE PROBLEMAS		ESTRÉS SOCIOECONÓMICO		REDES DE APOYO		FUNCIONAMIENTO DEL PACIENTE		TOTAL VARIABLES INTERVINIENTES
	Caso	Puntaje	%	Puntaje	%	Puntaje	%	Puntaje	%
1	440	48%	43	61%	46	49%	47	42%	50%
2	470	42%	38	51%	44	52%	53	31%	44%
3	433	49%	51	76%	47	47%	49	38%	52%
4	438	48%	27	31%	53	36%	49	38%	38%
5	456	45%	35	46%	51	40%	47	42%	43%
6	399	55%	32	40%	30	77%	41	53%	56%
7	449	46%	24	25%	70	6%	48	40%	29%
8	412	53%	35	46%	48	45%	49	38%	45%
9	457	44%	37	49%	34	70%	45	46%	52%
Promedio	439	48%	36	47%	47	47%	48	41%	46%

Tabla 10.

Impacto porcentual de las variables intervinientes del grupo experimental.

ÍNDICE DE IMPACTO PORCENTUAL									
GRUPO EXPERIMENTAL	AFRONTAMIENTO DE PROBLEMAS		ESTRÉS SOCIOECONÓMICO		REDES DE APOYO		FUNCIONAMIENTO DEL PACIENTE		TOTAL VARIABLES INTERVINIENTES
	Caso	Puntaje	%	Puntaje	%	Puntaje	%	Puntaje	%
1	437	48%	18	14%	52	38%	45	46%	36%
2	435	48%	36	48%	44	52%	46	44%	48%
3	450	46%	40	55%	43	54%	51	34%	47%
4	434	49%	41	57%	51	40%	42	51%	49%
5	438	48%	41	57%	39	61%	39	57%	56%
6	434	49%	34	44%	50	42%	58	21%	39%
7	455	45%	18	14%	49	44%	46	44%	36%
8	424	51%	26	29%	44	52%	43	49%	45%
9	422	51%	28	33%	52	38%	46	44%	41%
10	432	49%	27	31%	52	38%	42	51%	42%
11	446	46%	23	23%	57	29%	48	40%	35%
Promedio	437	48%	30	37%	48	44%	46	44%	43%
Minimo:	160		16		17		16		
Maximo:	640		64		68		64		
	Invertir				Invertir		Invertir		

Análisis de la regresión simple

La regresión simple mostró una correlación positiva entre la EE y los Cuestionarios de las Variables Intervinientes. Se valora la contribución de las variables intervinientes sobre la variable EE. Por lo tanto, se valida la batería intuitiva de la autora como instrumento para explorar otros factores que pueden aumentar la EE de los familiares.

La regresión simple es un método estadístico que se utiliza para conocer la correlación entre variables. En este estudio se conoce la contribución de las variables intervinientes sobre la variable dependiente EE (ver tabla 11 y figs. 5 y 6).

La recta de la regresión simple es una medida para conocer que tanto se parecen los datos observados a una línea recta. El modelo está representado por los valores de la EE, en la Y. Los valores de la aportación de las variables intervinientes, están en la X (ver figs. 5 y 6).

El coeficiente de determinación $R^2=1$, es ajuste perfecto en la correlación. En psicología, buena correlación es, 0.20, 0.25.

En el grupo control se obtuvo una R^2 de: 0.511

En el grupo experimental se obtuvo una R^2 de: 0.160

Más adelante se representa, (ver figs. 5 y 6).

Grupo control.

Los porcentajes más altos de impacto porcentual de las variables intervinientes en la emoción expresada los obtuvieron 4, familiares: entre el 56% y el 50%.

Los porcentajes más bajos los obtuvieron 5, familiares: entre el 29 y el 45% (ver tabla 12 y fig. 5).

Grupo experimental.

Los porcentajes más altos de impacto de las variables intervinientes en la emoción expresada 1, familiar: 56%.

Los porcentajes más bajos los obtuvieron 10 familiares: entre el 35% y el 49% (ver tabla 13 y fig. 6).

La tabla que a continuación se presenta contiene los resultados obtenidos en puntajes, porcentajes, y niveles de alto y bajo estrés de la emoción expresada y de las variables intervinientes del grupo control y del experimental.

Tabla 11.

Resultados del impacto en porcentajes del grupo control y del grupo experimental sobre la emoción expresada.

	RESULTADOS DE IMPACTO EN PORCENTAJES DEL GRUPO CONTROL SOBRE LA EMOCIÓN EXPRESADA															INDICE DE IMPACTO PORCENTUAL DE LAS VARIABLES INTERVINIENTES
	EMOCIÓN EXPRESADA			AFRONTAMIENTO			ESTRÉS SOCIOECONÓMICO			REDES DE APOYO			FUNCIONAMIENTO DEL PAC.			
	Puntaje	%	Nivel	Puntaje	%	Nivel	Puntaje	%	Nivel	Puntaje	%	Nivel	Puntaje	%	Nivel	
1	61	41%	Baja	440	48%	Alto	43	61%	Bajo	46	49%	Bajo	47	42%	Bajo	50%
2	61	41%	Baja	470	42%	Alto	38	51%	Bajo	44	52%	Bajo	53	31%	Alto	44%
3	66	46%	Alta	433	49%	Alto	51	76%	Alto	47	47%	Bajo	49	38%	Alto	52%
4	62	42%	Baja	438	48%	Alto	27	31%	Bajo	53	36%	Alto	49	38%	Alto	38%
5	70	50%	Alta	456	45%	Alto	35	46%	Bajo	51	40%	Alto	47	42%	Bajo	43%
6	86	66%	Alta	399	55%	Bajo	32	40%	Bajo	30	77%	Bajo	41	53%	Bajo	56%
7	66	46%	Alta	449	46%	Alto	24	25%	Bajo	70	6%	Alto	48	40%	Alto	29%
8	68	48%	Alta	412	53%	Bajo	35	46%	Bajo	48	45%	Bajo	49	38%	Alto	45%
9	80	60%	Alta	457	44%	Alto	37	49%	Bajo	34	70%	Bajo	45	46%	Bajo	52%

	RESULTADOS DE IMPACTO EN PORCENTAJES DEL GRUPO EXPERIMENTAL EN LA EMOCIÓN EXPRESADA															INDICE DE IMPACTO PORCENTUAL DE LAS VARIABLES INTERVINIENTES
	EMOCIÓN EXPRESADA			AFRONTAMIENTO			ESTRÉS SOCIOECONÓMICO			REDES DE APOYO			FUNCIONAMIENTO DEL PACIENTE			
	Puntaje	%	Nivel	Puntaje	%	Nivel	Puntaje	%	Nivel	Puntaje	%	Nivel	Puntaje	%	Nivel	
1	60	40%	Baja	437	48%	Alto	18	14%	Bajo	52	38%	Alto	45	46%	Bajo	36%
2	63	43%	Baja	435	48%	Alto	36	48%	Bajo	44	52%	Bajo	46	44%	Bajo	48%
3	61	41%	Baja	450	46%	Alto	40	55%	Bajo	43	54%	Bajo	51	34%	Alto	47%
4	68	48%	Alta	434	49%	Alto	41	57%	Bajo	51	40%	Alto	42	51%	Bajo	49%
5	61	41%	Baja	438	48%	Alto	41	57%	Bajo	39	61%	Bajo	39	57%	Bajo	56%
6	62	42%	Baja	434	49%	Alto	34	44%	Bajo	50	42%	Bajo	58	21%	Alto	39%
7	74	54%	Alta	455	45%	Alto	18	14%	Bajo	49	44%	Bajo	46	44%	Bajo	36%
8	77	57%	Alta	424	51%	Bajo	26	29%	Bajo	44	52%	Bajo	43	49%	Bajo	45%
9	59	39%	Baja	422	51%	Bajo	28	33%	Bajo	52	38%	Alto	46	44%	Bajo	41%
10	65	45%	Alta	432	49%	Alto	27	31%	Bajo	52	38%	Alto	42	51%	Bajo	42%
11	51	31%	Baja	446	46%	Alto	23	23%	Bajo	57	29%	Alto	48	40%	Alto	35%

Mínimo:	30	160	16	17	16
Máximo:	120	640	64	68	64
		Invertir		Invertir	Invertir

En el grupo experimental, el porcentaje más alto de impacto porcentual total de las variables intervinientes sobre la emoción expresada, 56%, corresponde a una familiar de 38 años, madre, con escolaridad de licenciatura, estado civil separada, dedicada al hogar y nivel socioeconómico 1. La familiar obtuvo la puntuación más baja EE. Baja puntuación en el cuestionario de Funcionamiento del Paciente. La puntuación más baja en el cuestionario de Redes de Apoyo.

En el grupo experimental, el porcentaje más bajo de impacto porcentual total de las variables intervinientes sobre la emoción expresada, 35%, corresponde a una familiar de 80 años, madre, con nivel escolar de primaria, viuda, dedicada al hogar 6 días de la semana y 1 día vendiendo comida, de nivel socioeconómico 1.

El total de impacto en porcentaje promediado del total de las variables intervinientes del grupo control y experimental, en cada uno de los casos, se vaciaron en dos tablas (ver tablas 12 y 13).

Tabla 12. Impacto de las variables intervinientes en la emoción expresada.

IMPACTO DE LAS VARIABLES INTERVINIENTES EN LA EMOCIÓN EXPRESADA		
GRUPO DE CONTROL		
GRUPO CONTROL	EMOCIÓN EXPRESADA	ÍNDICE DE IMPACTO PORCENTUAL DE LAS VARIABLES INTERVINIENTES
Caso	%	%
1	41%	50%
2	41%	44%
3	46%	52%
4	42%	38%
5	50%	43%
6	66%	56%
7	46%	29%
8	48%	45%
9	60%	52%

Tabla 13. Impacto de las variables intervinientes en la emoción expresada.

IMPACTO DE LAS VARIABLES INTERVINIENTES EN LA EMOCIÓN EXPRESADA		
GRUPO EXPERIMENTAL		
GRUPO EXPERIMENTAL	EMOCIÓN EXPRESADA	ÍNDICE DE IMPACTO PORCENTUAL DE LAS VARIABLES INTERVINIENTES
Caso	%	%
1	40%	36%
2	43%	48%
3	41%	47%
4	48%	49%
5	41%	56%
6	42%	39%
7	54%	36%
8	57%	45%
9	39%	41%
10	45%	42%
11	31%	35%

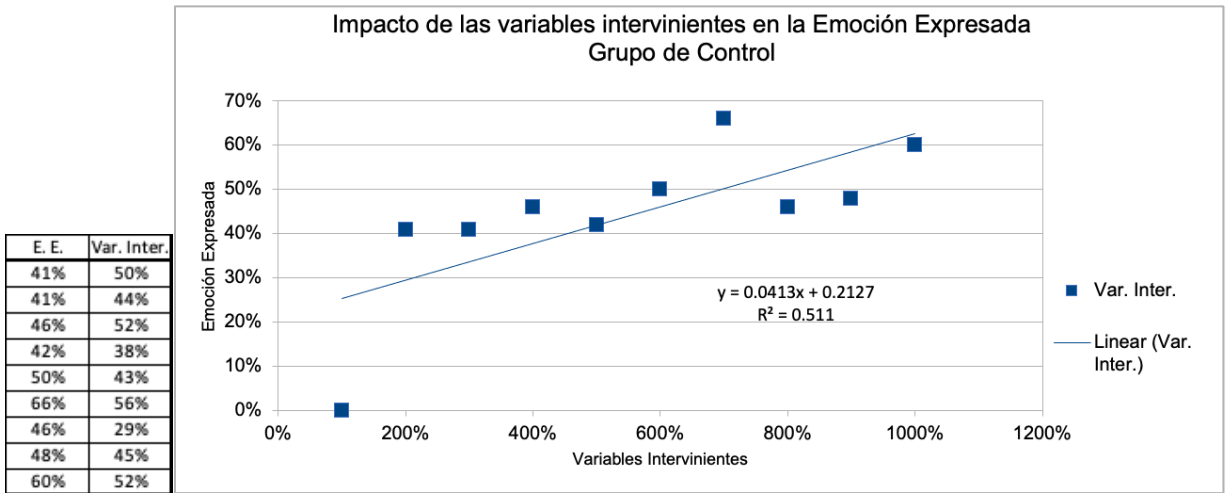


Figura 5. Gráfica de correlación entre la emoción expresada y las variables intervinientes del grupo control.

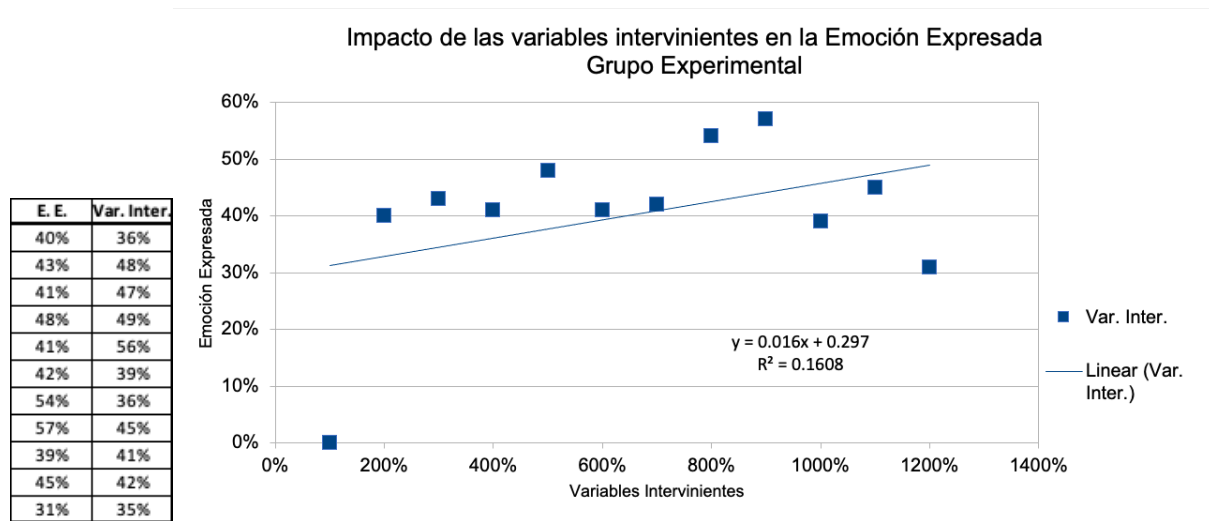


Figura 6. Gráfica de correlación entre la emoción expresada y las variables intervinientes del grupo experimental.

Detección de los casos más destacados para una intervención unifamiliar.

Complementariamente se procedió a determinar los casos de los familiares que se consideran más necesitados de intervención unifamiliar en el grupo control y en el experimental. Se tomaron en cuenta las 3 de puntuaciones más altas de estrés en cada uno de los cuestionarios de las variables intervinientes incluyendo los puntajes altos y bajos de la EE, de las variables intervinientes en el grupo control y en el experimento. Se muestran en ocasiones los resultados de más de 3 casos por haber obtenido puntajes iguales (ver tablas 9, 10 y 11).

Grupo control.

Con más alta EE los casos: 6, 9 y 5.

Con más alto estrés en cada una de las variables intervinientes:

Afrontamiento de Problemas casos: 2, 9 y 5.

Estrés Socioeconómico con alto estrés caso: 3.

Redes de Apoyo casos: 7, 4 y 5.

Funcionamiento del Paciente casos: 2, 3, 4, 8 y 7.

Los porcentajes promedios más altos de impacto de las variables intervinientes sobre la EE, casos: 6, 3, 9 y 1 (ver tablas 9 y 11).

Caso 6. El familiar tiene el porcentaje promedio más alto del grupo de impacto de las variables intervinientes sobre la EE, 56%. En Redes de Apoyo tiene el más alto impacto porcentual del grupo, 77%.

Caso 3. El familiar tiene un 52% de impacto promedio de las variables intervinientes sobre la EE. En Estrés Socioeconómico tiene el más alto impacto porcentual del grupo, 76% y la puntuación más alta en estrés socioeconómico.

Caso 9. El familiar tiene un 52% de impacto promedio de las variables intervinientes sobre la EE. En Redes de Apoyo tiene un impacto del 70%.

Caso 1. El familiar tiene un 50% de impacto promedio de las variables intervinientes sobre la EE. En Estrés Socioeconómico tiene un impacto de 66% (ver tablas 9 y 14).

En el grupo experimental.

Con más alta EE en los casos: 8, 7 y 4.

Con más alto estrés en cada una de las variables intervinientes:

Afrontamiento de Problemas casos: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 10 y 11.

Estrés Socioeconómico altos niveles de estrés casos: 0.

Redes de Apoyo casos: 11, 1, 9, 10 y 4.

Funcionamiento del Paciente casos 6, 3 y 11 (ver tabla 10 y 11).

Los porcentajes promedios más altos de impacto de las variables intervinientes sobre la EE, casos: 5, 4 y 2 (ver tabla 13 y 15).

Caso 5. El familiar tiene el porcentaje promedio más alto del grupo de impacto de las variables intervinientes sobre la EE, 56%. En Redes de Apoyo tiene el porcentaje más alto del grupo, 61% y la puntuación más baja del grupo. En Estrés Socioeconómico tiene el porcentaje más alto del grupo, 57%. En Funcionamiento del Paciente tiene el porcentaje más alto del grupo, 57% y la puntuación más baja en funcionamiento del paciente.

Caso 4. El familiar tiene promedio de impacto de las variables intervinientes sobre la EE de, 49%. En Estrés Socioeconómico tiene el porcentaje más alto del grupo de impacto sobre la EE, 57%. En funcionamiento del Paciente tiene un porcentaje de 51%.

Caso 2. El familiar tiene promedio de impacto de las variables intervinientes sobre la EE de, 48%. En Redes de Apoyo tiene un impacto de 52%. En Estrés Socioeconómico tiene un impacto de 48% (ver tablas 10 y 15).

Casos detectados para una intervención unifamiliar.

En un análisis de los resultados estadísticos, se seleccionaron los casos más indicativos de una intervención unifamiliar del grupo control y experimental (ver tabla 14 y 15).

Tabla 14.

Casos con mayor impacto porcentual de las variables intervinientes del grupo control en la emoción expresada incluyendo sus niveles altos y bajos de la emoción expresada.

Caso	Crítica	Sobreprotección	Hostilidad	Total	Afrontamiento	Socioeconómico	Redes	Funcionamiento	Total
6	Baja	Alta	Alta	Alta	55 %	40%	77%	53%	56%
3	Baja	Alta	Baja	Alta	49%	76%	77%	38%	52%
9	Alta	Alta	Alta	Alta	44%	49%<	70%	46%	52%
1	Baja	Alta	Baja	Baja	48%	61%	49%	42%	50%

Tabla 15.

Casos con mayor Impacto porcentual de las variables intervinientes del grupo experimental en la emoción expresada incluyendo sus niveles altos y bajos de la emoción expresada.

Caso	Crítica	Sobreprotección	Hostilidad	Total	Afrontamiento	Socioeconómico	Redes	Funcionamiento	Total
5	Baja	Baja	Baja	Baja	48%	57%	61%	57%	56%
4	Baja	Alta	Baja	Alta	49%	57%	40%	51%	49%
2	Baja	Alta	Baja	Baja	48%	48%	52%	44%	48%

Con el análisis de los resultados de la de la regresión simple, en el grupo control, el porcentaje de más impacto de las Variables Intervinientes en la EE lo obtuvo el caso 6, con el 56% promediado; en el grupo experimental el caso 5, con el 56% promediado (ver tabla 12 y 13).

En el grupo control el caso 6, fue afectado fuertemente por el alto porcentaje obtenido en Redes de Apoyo, el 77%.

En el grupo experimental el caso 5, fue afectado fuertemente por el alto porcentaje obtenido en Redes de Apoyo, el 61%.

DISCUSIÓN

Muchos autores correlacionan la alta EE, con las creencias de los familiares de atribuir los síntomas y las conductas del paciente a las características de la personalidad del paciente y no a la enfermedad. Las experiencias clínicas de algunos autores los conducen a pensar que los familiares muestran crítica y hostilidad al paciente por la creencia de que el paciente es capaz de controlar sus conductas y síntomas (Brewin, 1994).

La emoción expresada (EE), muchos autores la correlacionan con las creencias de los familiares de que, los síntomas del paciente se dan por las características mismas de la personalidad del paciente y no por la enfermedad. La anterior consideración del familiar contribuye a las recaídas del paciente. Las intervenciones psicoeducativas, reducen la EE, bajan los niveles de hostilidad y el criticismo. La causa de la conducta del paciente cambia para ser atribuidas a la enfermedad (Abaoub & Vidon, 1999; Goldstein, 1996; Inoue et al., 1997; Peen & Mueser 1996; Rascón G, et al., 2008).

En el presente trabajo, después del impacto del programa psicoeducativo, los niveles de EE bajaron del 67% al 36%.

Los programas psicoeducativos están diseñados para asistir a las familias en la reorganización del sistema familiar del paciente con esquizofrenia. Ayudan a los pacientes y a sus familias a integrar la experiencia psicótica y mitigar su angustia. Otorgan la confianza para contar con un sistema de apoyo que lleve al paciente a integrarse gradualmente a la familia y a la sociedad. Explican que las intervenciones con la familia están asociadas a reducir la carga familiar (Anderson, Reiss, & Hogarty, 1986; Goldstein, 1996). Peen & Mueser (1996).

Para que el paciente sea reintegrado a la sociedad pasa por una etapa que puede ser de dos meses, de un año, o más. El paciente puede reasumir sus responsabilidades en la familia, cuando el clínico, la familiar y el paciente lo acuerden y depende de que el paciente las pueda cumplir, sin que aumenten sus síntomas. Los fines de una terapia constante a la familia y al paciente, pueden ser múltiples y se relacionan con los temas tratados en los programas psicoeducativos (Goldstein, 1996).

Anderson & al. (1986), exponen que los tratamientos para pacientes al salir de una hospitalización y el seguimiento que ha de darse a su salida, además de tener el propósito de evitar recaídas, también protegen el estado de salud de los miembros de la familia. Esta investigación es comparable con el estudio de Kurihara et al. (2000), que contrasta la baja EE encontrada en Bali (Indonesia), sociedad no industrializada, con la de Tokio (Japón), ciudad industrializada. México es una ciudad con una gran cantidad de habitantes como la ciudad de Tokio. Bali es un lugar en vías de desarrollo. En Bali la mayoría de las personas atribuyen la enfermedad a fuerzas sobrenaturales como a la brujería o a una causa divina. En la Ciudad de México, mucha de su población, está en vías de desarrollo, la mayoría de las familias que fueron encuestadas, están clasificadas como de bajos ingresos económicos (ver tabla 1). El estudio de Kurihara et al., (2000), contrasta la baja prevalencia de la EE encontrada en Bali (Indonesia) con de Tokio (Japón). En Bali, encontraron una prevalencia de baja EE (12.9%) y en Tokyo (36.4%). Brewin (1994), investiga en la línea de otros autores que piensan que la EE, puede estar asociada a atribuciones de carácter más universal como es, el control del enojo y sus derivaciones ante los síntomas y conductas negativas del paciente y que también éstas atribuciones forman parte de las conductas a controlar por parte de los mismos pacientes.

La alta o baja EE del familiar es relacionada con la forma en que está constituida la familia, ya sea nuclear o extensa. La familia extensa se relaciona con un positivo entorno familiar y tiene bajos porcentaje en sobreprotección como sucede en Bali (Kurihara et al., 2000). En cambio, la familia nuclear tiende a ser sobreprotectora y más inclinada al autosacrificio por lo es necesario sea atendida en forma especial. (Goldstein, 1996; Kavanag ,1992; Kurihara et al., 2000; Shimodera et al., 2000).

Sin embargo, el número de miembros en una familia no predice la rehospitalización del paciente o su duración (Kurihara et al., 2000).

Los resultados de las investigaciones de Brewin, no difieren de otros estudios en lo referente a la crítica y a la hostilidad. En la crítica no encontró cambios en relación con la atribución de la EE. En la reducción de la hostilidad encontró cambios orientados hacia a atribuciones más universales y menos controlables.

Rascón G. et al. (2001), en su escrito mencionan, que en la actitud hacia la enfermedad, existe un importante componente emocional, adquirido por factores de orden cultural y mencionan a su vez que Murillo (1976), señala que los valores y creencias de las familias latinas, ayudan a algunas personas a ser más tolerantes y menos críticos con las conductas extrañas del paciente (En Ortega S. & Valencia, 2001).

En el presente trabajo de investigación, los resultados arrojan datos que comprueban lo dicho por Rascón G. et al. (2001), en torno a las características de las familias mexicanas. En el grupo control, los 9 familiares que lo componen, presentaron niveles de alta EE en sobreprotección. En el grupo experimental 4 familiares de los 7 familiares, aún después de haberseles presentado el Programa Psicoeducativo, obtuvieron alta EE.

En México, Rascón G., Gutiérrez L., Valencia C. & Murow T. (2008), publicaron un estudio realizado por el Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente. En la investigación estudiaron a 33 familiares responsables de pacientes con esquizofrenia con el objetivo de mostrar la relación de la EE con la conducta sintomática y el funcionamiento social del paciente. El 42.4% de los entrevistados tuvo un alta EE. El 57% tuvo una baja EE. Fue más frecuente el sobreinvolucramiento en la alta EE. La persistencia de síntomas de la enfermedad fue más baja en familiares con baja EE, 31.6%. En los familiares con alta EE fue de 71.4%. El estudio demostró mayor presencia sintomática y menor funcionamiento del paciente ante una mayor crítica, hostilidad y/o sobreinvolucramiento. En la presente investigación se elaboraron, adicionalmente al cuestionario "Emoción Expresada del Familiar", 4 cuestionarios de las variables intervinientes considerando hipotéticamente, son factores que aumentan el estrés EE. Se obtuvo como resultado una asociación medianamente significativa entre la variable dependiente EE y las Variables Intervinientes. En el grupo control está entre el 56% y el 29%. En el experimental está entre el 56% y el 35%. Consideramos que los resultados obtenidos, pueden ser una herramienta de utilidad para el clínico, en las intervenciones con la familia.

Anderson et al., (1986), menciona que la familia de la persona con esquizofrenia se ve impactada por la enfermedad, sobre todo en los primeros episodios del trastorno. Su angustia la hace vulnerable y con la necesidad de ser tratada.

En Japón, Shimodera et al. (2000), investigaron el beneficio del tratamiento unifamiliar adicional a la psicoeducación, en familiares de 30 sujetos que sufrían de esquizofrenia.

Los altos valores en sobreprotección obtenidos en el grupo control y en el experimental señalan la necesidad de trabajar más específicamente las conductas de sobreprotección dentro de los programas psicoeducativos, en los grupos de afrontamiento de problemas y en las intervenciones unifamiliares.

Los familiares del grupo control y experimental muestran características similares en edad, proporción hombres y mujeres, escolaridad, estado civil, ocupaciones del familiar, parentesco del familiar y en edad y escolaridad del paciente.

CONCLUSIONES

Es necesario para el paciente con un trastorno esquizofrénico, el contar con un tratamiento médico psiquiátrico que incorpore a la familia, en su rehabilitación y reinserción al medio.

Las intervenciones con la familia que incluyen un programa psicoeducativo, ayudan a resolver dudas, angustias y contribuyen a que el paciente y la familia, cuenten con redes de apoyo.

El constructo emoción expresada, estudia el impacto del trastorno esquizofrénico en la familia.

La emoción expresada de la familia, puede ser medida con instrumentos psicológicos, como el Cuestionario de Evaluación de la Emoción Expresada, de Guanilo y Seclén, adaptado a la población mexicana por el Instituto Nacional de Psiquiatría Juan Ramón de la Fuente, el cual se utilizó en esta investigación.

Los programas psicoeducativos crean una alianza en el tratamiento de la enfermedad, dan información sobre las enfermedades mentales y son una forma de ayuda establecida en el medio clínico de múltiples beneficios que contribuyen a la rehabilitación e incorporación del paciente a su medio.

En la mayoría de los casos, la familia del paciente, al ser incorporada en el tratamiento del paciente, muestra complacencia y buena disposición.

Se sabe que en múltiples ocasiones, la familia ignora la existencia de las enfermedades mentales hasta que su familiar entra en psicosis, por lo que es necesario incluir en la educación básica de la población, información seria y profesional sobre la existencia de las enfermedades mentales, con la finalidad de ser tratadas de manera oportuna y sean de menor sorpresa e impacto para la familia.

La persona con un trastorno esquizofrénico sufre discriminación en su entorno, o al deambular por las calles y ser percibida como vagabunda o drogadicta.

Los gastos económicos del tratamiento de las enfermedades mentales, son altos por el costo de los medicamentos y la cronicidad de los trastornos. Es necesario, que el estado otorgue subsidios económicos suficientes, para extender los servicios médico-psiquiátricos y psicosociales, en ayuda al enfermo y teniendo en cuenta las dificultades

que muchas veces tiene la familia y el paciente para acudir, desde lugares alejados, a los centros de atención especializados.

La intervención del clínico, además de llevarse a cabo con una actitud sensible, ha de ser de respeto hacia la organización propia del sistema familiar, contribuyendo a la vez a su fortalecimiento y desarrollo.

La familia ha de ser abordada en forma integral considerándola como un sistema con características propias, en organización, necesidades y metas.

Las emociones al igual que los motivos suscitan y dirigen los comportamientos. La forma de expresarlas es importante en la comunicación con el paciente, por lo que, medir los niveles de emoción expresada, resulta conveniente en el tratamiento.

En la población estudiada la conducta más perjudicial para el autovalimiento del paciente, es la sobreprotección. Es conveniente abordarla con más insistencia a lo largo de las sesiones psicoeducativas y en las diferentes intervenciones clínicas.

Al valorar el impacto de las variables intervinientes, como posibles causas de un estrés adicional a la emoción expresada, en el grupo control se encontró que solo 1 de los 9 familiares, presentó alto estrés socioeconómico; en el grupo experimental ninguno de los 11 familiares presentó alto estrés socioeconómico.

La importancia de que la familia cuente con redes de apoyo, se observó al analizar los casos de los familiares que tienen más necesidad de una intervención unifamiliar.

Las intervenciones clínicas, orientadas con los principios y postulados de la teoría general de los sistemas, son un instrumento para trabajar metas esperanzadoras en el tratamiento del paciente y la familia. Proporcionan, con formulaciones matemáticas, modelos, leyes y estructuras de orden; isomorfias en los diferentes campos de la ciencia, como la jerarquización, la homeostasia, la persecución de metas y la equifinalidad.

El propósito del clínico, es generar cambios en las pautas y comportamientos circulares en la familia, que no sean de beneficio para el tratamiento del médico psiquiátrico y psicosocial, con el propósito de lograr la rehabilitación del paciente, evitar recaídas, lograr un mejor pronóstico de la enfermedad y contribuir al bienestar familiar.

A decir de Salvador Minuchin, el clínico al entrar al sistema familiar, ha de conducirse como el anfitrión que recibe a sus invitados.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abaoub, A., & Vidon G. (1999). Le point sur les « expressed emotions ». L' Encéphale, 2000; XXVI : 81-6.
Recuperado de la base de datos del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz.
México: INP.
- Allport, G. W. (1961). *Psicología de la Personalidad*. Buenos Aires: Ed. Paidós.
- Anderson, C., Reiss, D., Hogarty, G., (1986). *Esquizofrenia y familia*. Buenos Aires: Amorrortu editores.
- Asociación Americana de Psiquiatría, *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5*. Arlington, VA, Asociación Americana de Psiquiatría, 2013. Madrid. Editorial Médica Panamericana, 2014.
- Bebbington P. & Kuipers L. *The clinical utility of expressed emotion in schizophrenia*. Acta Psychiatr Scand 1994: 89 (suppl. 382): 46-53 C Munksgaard 1994. Recuperado de la Base de datos del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz. México: INP.
- Bellak, L. (1962). *Esquizofrenia*. Barcelona: Editorial Herder.
- Bertalanffy, L. V. (1968). *Teoría General de los Sistemas*. (1ªed.) México: Ed. Fondo de Cultura Económica S.A. de C.V.
- Bethe, A. (1931). «Plastizitat und Zentrenlehre ». Handbuch der normalen und pathologischen Physiologie, vol. XV/2, Albert Bethe, ed., Berlin , Springer, 1931. En L. V. Bertalanffy (1976).Teoría General de los Sistemas.(2ª. ed.), (p. 218) .México: Ed. Fondo de Cultura Económica S.A. de C.V.

Brewin, Chris R. (1994). Changes in attribution and expressed emotion among the relatives of patients with schizophrenia. *Psychological Medicine*, 24, 905-911. Cambridge University Press. Recuperado de la Base de datos de Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz. México: INP.

Caraveo-Anduaga & al. (1996). La prevalencia de los trastornos psiquiátricos en la Población urbana adulta en México. *Salud Mental*: v.19, no. 3. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente.

Castillero-Mimenza, O. (2018). *Las 9 vías dopaminérgicas del cerebro: tipos, funciones y trastornos y asociados*. Psicología y Mente [en línea] Neurociencias. Recuperado de [https://psicologiymente.com/Vías dopaminérgicas \(cerebro\):Tipos, funciones y trastornos](https://psicologiymente.com/Vías%20dopamin%C3%A9rgicas%20(cerebro):Tipos,%20funciones%20y%20trastornos).

CIE-10 (1999). Trastornos mentales y de comportamiento de la décima revisión de la clasificación Internacional de las enfermedades (10ª. Ed.). Diccionario Enciclopédico Espasa (8ª Ed.). (1979). Madrid, España: Espasa-Calpe, S.A.

Diccionario Pocket. Español Inglés - English Spanish (1ª. Ed.). (2001). México: Editorial Offset, S.A. de C.V.

Diccionario Enciclopédico Espasa (8ª. Ed.). (1979). (2 vols.) Madrid: Espasa-Calpe, S.A.

Diccionario Enciclopédico Espasa (8ª. Ed.). (1979). (16 vols.) Madrid: Espasa-Calpe, S.A.

De la Llera Villena, M.M. (2002) *Implementación del Modelo de Hospital Parcial en un Hospital Psiquiátrico. Reporte Laboral*. Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología. Universidad Nacional Autónoma de México.

Díaz-Martínez, L. R., & Leños - Guerrero, C. (2001). La rehabilitación en el paciente esquizofrénico. En Ortega Soto & Valencia Collazos (Eds.). *Esquizofrenia. Estado actual y perspectivas* (pp. 458-459). México: Publicaciones del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente.

Díaz Martínez, A., & Esteban Jiménez R. (1999). Prevención de la salud mental en México. Estado Actual y perspectivas. *Salud Mental*, Número Especial 1999. Departamento de Psicología Médica, UNAM.

Dopa. En Wikipedia (21 agosto 2018). Recuperado de <https://es.wikipedia.org/wiki/Dopamina>

Drapalski, A. L., & Dixon, L.B. (2012). *Family Issues and Treatment in Schizophrenia*. En Lauriello, J., Pallanti, S., 2012: *Clinical Manual for Treatment of Schizophrenia* (pp. 407-427). London, England: American Psychiatric Publishing, Washington, D.C.

Freud, S. (1893/1948). Charcot. En *Obras Completas. Tomo I*. Madrid: Biblioteca Nueva.

Freud, S. (1914 / 1948) Introducción al Narcisismo. En *Obras Completas. Tomo I*. Madrid: Biblioteca Nueva.

Freud, S. (1925/ 1948). Historiales Clínicos. En *Obras Completas. Tomo II*. Madrid: Biblioteca Nueva.

Ellis, A., & Abrahms, E. (1978). *Terapia Racional Emotiva*. México: Editorial Pax, Librería Carlos Césarman, S.A.

Ekstein, R., Bryant, K. & Friedman, S.W. *Esquizofrenia y Estados Análogos en el Niño*. En L. Bellak, *Aging in the 1960s: Esquizofrenia. Revisión del Síndrome* (pp. 627-785). Barcelona: Editorial Herder.

Garret H.E. (1958). *Las grandes realizaciones en la psicología experimental* (1ª ed.). México: Fondo de Cultura Económica.

- Goldstein, K. (1959). "Functional Disturbances in Brain Damage" American Handbook of Psychiatry, vol. I, Silvano Arieti, ed., Nueva York, Basic Books, 1959. En L. V. Bertalanffy (1976). *Teoría General de los Sistemas* (2ª. ed.), (p. 218). México: Ed. Fondo de Cultura Económica.
- Goldman, H.H. (1989). *Psiquiatría General*. México: El Manual Moderno, S.A. de C.V.
- Goldstein, M. (1996). Psychoeducational family interventions in psychotic disorders. *New Trends in Experimental and Clinical Psychiatric*, XI (2). Recuperado de la Base de datos del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz. México: INP.
- Hall, Calvin S. (1974). *Compendio de Psicología Freudiana*. Buenos Aires: Editorial Paidós.
- Inoue, S., Tanaka, S., Shimodera, S., Mino, Y. Expressive motion and social function. *Psychiatry Research* 72 (1997) 33-39. Recuperado de la Base de datos del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz. México: INP.
- Hoffman, L. (2020). *Fundamentos de la terapia familiar: Un marco conceptual para el cambio de sistemas* (4ª ed.). México: Fondo de Cultura Económica.
- Horowitz, M. J. 1989. Tensión (Estrés) y Mecanismos de Defensa. En H. H. Goldman: 1989: *Psiquiatría General* (2a.ed.), (p. 40). México: El Manual Moderno, S.A. de C.V.
- Howes, O. D. & Kapur, S. (2009) The Dopamine Hypothesis of Schizophrenia: Version III- The Final Common Pathway. *Schizophrenia Bulletin*, 35 (3), p. 549-562. Oxford University Press. Descargado de <https://academic.oup.com/schizophreniabulletin/article-abstract/35/3/549/1872560/The-Dopamine-Hypothesis-of-Schizophrenia-Versión> por usuario de la Universidad Nacional Autónoma de México el 5 de octubre de 2017, (Traducción de la autora).

Huguelet, P., Faure, Binyet, S. et al. Stabilité et rôle pronostique de l'émotion exprimée des familles dans l'évolution d'une cohorte de patients schizophréniques suivis durant 5 ans. *Ann Med Psychol* 1995 ; 153 (10): 687-95. En Abaoub & Vidon. Le point sur les "expressed emotions". *L'Encéphale*; 2000: 81-6. Recuperado de la Base de datos del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz. México: INP.

Juan Pablo II (1994). Carta a las Familias. del Papa Juan Pablo II. *Colección Documentos Pontificios No. 12*. México. Editorial MiNos, S.A. de C.V.

Kaplan, H. I. & Sadock, B. J. (1987). *Compendio de Psiquiatría* (2a. ed.). México: Ed. Salvat Editores, S.A.

Kavanagh, D.J., (1992). Recent Developments in expressed emotion and schizophrenia. *British Journal of Schizophrenia* 160, 601-620. Recuperado de la Base de datos del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz. México: INP.

Kavanagh, D, O'Halloran, P., Manicavasagar, V., Clark, D., Piatkowska O., Tennat, C., Rosen, A., (1997). The family attitude scale: reliability and validity of a new scale for measuring the emotional climate of families. *Psychiatry Research*, 70, 185-195. Recuperado de la Base de datos del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz. México: INP.

Kurihara, T., Kato, Tsukahara, Takano & Reverger, R. (2000). The low prevalence of high levels of expressed emotion in Bali. *Psychiatry Research*, 229-238. Recuperado de la Base de datos del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz. México : INP.

Larousse Diccionario de la Lengua Española. Esencial. (1ª. Ed.). (2001). México: Editorial Offset, S. A. de C. V.

- Lashey, K.: *Brain Mechanims and Intellingence*, New York, Hafner, 1964 (1929). En L. V. Bertalanffy (1976). *Teoría General de los Sistemas*. (2ª. ed.). (p.218). México: Ed. Fondo de Cultura Económica.
- Lauriello J., Biehl T.K., &Bagby-Stone S.D. (2012).Introduction to Schizophrenia.En J.Lauriello & S. Pallanti.*Clinical Manual for Treatment of Schizophrenia*. London, England: American Psychiatric Publishing, Washington, DC.
- Lotka (1925) *Elements of Mathematical Biology*. En L. V. Bertalanffy (1968). *Teoría General de los Sistemas*. México: Ed. Fondo de Cultura Económica S.A. de C.V.
- Martin, R.M., & Giménez Serrano, S. (2015). *The Year 2015 Psychiatric*,1(4). Global Medical Communication. Versión en español.
- Minuchin, S. & Fishman H. Ch. (1981). *Técnicas de Terapia Familiar*. México: Editorial Paidós Mexicana, S.A.
- Minuchin, S. (1997). *Familias y Terapia Familiar*. Barcelona, España: Gedisa Editorial.
- Minkowski, E. (2000). *La Esquizofrenia: Psicopatología de los esquizoides y los esquizofrénicos*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Mino, Y., Inoue, S., Shimodera, S., &Tanaka, S. (2000). Evaluation of expressed emotion (EE) Status in mood disorders in Japan: inter-rater reliability and characteristics of EE. *Psychiatry Research*, 94, 221-227. Recuperado de la Base de datos del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz. México: INP.
- Morris, Ch. G. (1992). *Psicología. Un Nuevo Enfoque* (7ª ed.). México: Prentice-Hall.

Norma Oficial Mexicana NOM-025-SSA2-2014. *Para la prestación de servicios de salud en unidades de atención integral hospitalaria médico-psiquiátrica*. México: Secretaría de Salud.

Organización Mundial de la Salud. Ginebra. *CIE 10 Trastornos mentales y del comportamiento. Descripciones Clínicas y Pautas para el Diagnóstico*. Organización de la Salud, 1993. Madrid: Meditor, Grafilago, S.L, 1994.

Ortega Soto H, & Valencia Collazos (Eds.). (2001). *Esquizofrenia. Estado actual y Perspectivas*. México: Publicaciones del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente.

Padilla Hernández, Ángel A. (2017). *Curso Psicoeducación y Salud Mental*. México: Subdirección de Enseñanza Investigación y Capacitación. Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez.

Penn, D. I. & Mueser, K. T. Research Update on the Psychosocial Treatment of Schizophrenia. *J. Psychiatry* 153:5, May 1996. Recuperado de la Base de datos del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz. México: INP.

Pérez- Rincón, H. (2001). La construcción del concepto nosográfico de la esquizofrenia. En *Esquizofrenia. Estado actual y perspectivas* (pp. 9-29) México: Publicaciones del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz.

Rascón, M. L., Gutiérrez M. L., Valencia, M., & Murow, E., (2008). Relación entre la emoción expresada por el familiar responsable y la conducta sintomática de pacientes con esquizofrenia, incluido el funcionamiento social. *Salud Mental*, 31, 205-212. México: Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente.

- Rascón, G. M. L., Rascón G. D., Valencia C. M. (2001). Los factores familiares de la esquizofrenia. En *Esquizofrenia. Estado actual y perspectivas* (pp. 310-311) México: Publicaciones del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz.
- Regader, Bertrand. (18 agosto 2018). Dopamina: 7 funciones esenciales de esteneurotransmisor. *Psicología y Mente*. Neurociencias. [psicologiamente.com en línea]. Recuperado de <https://psicologiamente.com/neurociencias>.
- Rousseau, J.J. *Emilio o la Educación*. Tomo I (1ª. ed.) (Eds. Colección Nova Mex). México: Editorial Novaro-México.
- Satir, V. (1986). *Psicoterapia Familiar Conjunta*. México: La Prensa Médica Mexicana, S.A.
- Shimodera, S., Inoue, S., Mino, Y., Tanaka, S., Kii, M., Motoki, Y., (2000). Expressed emotion and psychoeducational in intervention for relatives of patients with schizophrenia: a randomized controlled study in Japan. *Psychiatry Research*, 96,141- 148. Recuperado de la Base de datos del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz. México: INP.
- Tanaka, S.,Mino, Y. & Inoue, S. (1995). Expressed Emotion and the Course of Schizophrenia in Japan. *British Journal of Psychiatry*, 167, 794-798.Recuperado de la Base de datos del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz. México: INP.
- Schwartz, S. R. & Africa, B. (1989). Trastornos Esquizofrénicos. En H. H. Goldman: 1989: *Psiquiatría General* (2a.ed.), (pp.315-331). México: El Manual Moderno, S.A. de C.V
- "The ICD-10 (1993). *Classification of Mental and Behavioural Disorders: Diagnostic for Research*". Organización Mundial de la Salud. Madrid: Meditor.

Valencia-Collazos, M., Rascón, M. L., Ortega Soto H., (2001). El tratamiento psicosocial en los pacientes con esquizofrenia. En M. Valencia Collazos, H. Ortega Soto. *Esquizofrenia Estado actual y perspectivas* (pp.399-454). México: Publicaciones del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente.

Watts, Fraser N. & Bennett, Douglas H. (1990). *Rehabilitación Psiquiátrica. Teoría y Práctica*. México: Editorial Limusa, S.A. de C.V.

Weisman AG, Nuechterlein KH, Goldstein. Expressed emotion, attributions, and schizophrenia symptom dimensions. *J Abnorm Psychol* 1998; 107 (2) : 355-9. En Abaoub & Vidon. Le point sur les "expressed emottions" (81-86). *L' Encéphale*, 2000.

Wing, J. (1983). *Rehabilitación Psiquiátrica*. En F. N. Watts & D. H. Bennett. *Esquizofrenia* (pp. 59-77). México: Editorial Limusa.

Winnicott, D.W. (1987). *Los bebés y sus madres*. México. Ed. Paidós Mexicana, S.A.

Woo SM, Golstein MJ, Nuechterlein KH. Relatives expressed emotion and non-verbal signs of subclinical psychopathology in schizophrenic patients. *Br. J. Psychiatry* 1997; 170: 58-51. En Abaoub & Vidon. Le point sur les "expressed emottions" (81-86). *L' Encéphale*, 2000.