



BUAP

BENEMERITA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE PUEBLA.

FACULTAD DE MEDICINA
División de Estudios de Posgrado

EFICACIA DE LA INTERVENCIÓN PSICOEDUCATIVA SOBRE LA EMOCIÓN EXPRESADA EN CUIDADORES DE PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA EN EL HOSPITAL PSIQUIÁTRICO DR. RAFAEL SERRANO PUEBLA, PUEBLA.

T E S I S

PARA OBTENER EL TÍTULO EN LA ESPECIALIDAD DE:

PSIQUIATRÍA

PRESENTA :
Carlos Mayoral Halla

DIRECTOR DE TESIS
Dra. Minou del Carmen Arévalo Ramírez.

ASESOR METODOLÓGICO
Dr. José Gaspar Rodolfo Cortés Riveroll.

HEROICA PUEBLA DE ZARAGOZA, PUEBLA. 2022

AGRADECIMIENTOS

Al departamento de enseñanza por las facilidades a lo largo de este ciclo y que ha velado en todo momento por la preparación profesional del residente en psiquiatría.

A mis asesores por la asistencia a las dudas que implica un trabajo de investigación.

A mis maestros por sus enseñanzas sabias.

A Dios por estar presente en todo momento.

CONTENIDO	
RESUMEN ESTRUCTURADO	3
ANTECEDENTES	4
JUSTIFICACIÓN	8
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	10
OBJETIVOS	12
HIPÓTESIS	12
MATERIAL Y MÉTODO	13
DISEÑO Y TIPO DE ESTUDIO	14
VARIABLES	14
INSTRUMENTO DE MEDICIÓN	16
RESULTADOS	18
DISCUSIÓN	25
CONCLUSIONES	29
REFERENCIAS	32
ANEXOS	34

EFICACIA DE LA INTERVENCIÓN PSICOEDUCATIVA SOBRE LA EMOCIÓN EXPRESADA EN CUIDADORES DE PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA EN UN HOSPITAL PSIQUIÁTRICO

Hospital Psiquiátrico “Dr. Rafael Serrano”

Mayoral Halla Carlos, Arévalo Ramírez Minou del Carmen, Cortés Riveroll José

Gaspar Rodolfo

carlosmayoralh@hotmail.com

Introducción: La esquizofrenia es un trastorno mental grave que afecta a más de 21 millones de personas en el mundo y es una de las principales causas de discapacidad. La emoción expresada se refiere a aspectos emocionales de la conducta que componen el entorno familiar de los pacientes. Un entorno familiar con altos niveles de emoción expresada puede aumentar cuatro veces el riesgo de recaída del paciente con esquizofrenia.

Objetivos: Conocer la eficacia de una intervención psicoeducativa en la reducción de la emoción expresada en cuidadores de pacientes esquizofrénicos atendidos en el Hospital “Dr. Rafael Serrano”.

Material y métodos: Estudio retrospectivo, longitudinal, no experimental y analítico. Se aplicó el cuestionario-encuesta evaluación del nivel de emoción expresada (CEEE) antes y después de una intervención psicoeducativa a cuidadores de pacientes con esquizofrenia que cumplieron con los criterios de selección en el Hospital “Dr. Rafael Serrano” en la ciudad de Puebla durante el año 2021. Se obtuvo el puntaje total (emoción expresada) y los puntajes de 3 componentes (crítica, sobreprotección y hostilidad). También se obtuvo la información del sexo, edad y escolaridad de los cuidadores. Se aplicaron las pruebas t pareada y exacta de Fisher en el programa SPSS v25, se consideraron como significativos los valores $p \leq 0.05$.

Resultados: Se analizó la información de 8 cuidadores de los cuales el 62.5% eran mujeres, con una edad promedio de 52.4 años y el nivel escolar más frecuente fue primaria con el 37.5%. Se observó una disminución significativa en la emoción expresada ($p=0.004$), y en los componentes de sobreprotección ($p=0.001$) y hostilidad ($p=0.018$). No se encontraron asociaciones significativas entre la emoción expresada y las variables sociodemográficas ($p > 0.05$).

Conclusiones: La intervención psicoeducativa es eficaz en la reducción de la emoción expresada en cuidadores de pacientes esquizofrénicos.

Palabras clave: esquizofrenia, intervención psicoeducativa, emoción expresada.

ANTECEDENTES

El curso de la esquizofrenia se determina por variables personales y ambientales y la interacción de las dos (Doering et. al., 2008). Desde que se describió por primera vez el trastorno, se ha sospechado de la contribución de la familia al desarrollo y curso de la esquizofrenia (Arndt et. al., 2005). En la década de 1950, en los Estados Unidos, la terapia familiar surgió como resultado de muchas observaciones clínicas que sugerían que los familiares de los pacientes pueden tener una poderosa influencia, ya sea a favor o en contra, en el curso de la esquizofrenia (Fromm-Reichmann, 1988). En el Reino Unido, ha habido interés en las familias de personas con esquizofrenia, ya que la investigación de seguimiento después del alta de un hospital psiquiátrico ha demostrado que los pacientes experimentan más recaídas cuando regresan a familias donde predominan las interacciones y relaciones hostiles, así como las relaciones interpersonales poco saludables (Bateson, 2006). Luego, surgió el concepto de emoción expresada, refiriéndose a los estilos de comunicación predominantes en familias en las que las emociones altamente expresadas se manifestarían como altos niveles de crítica, hostilidad o compromiso emocional excesivo hacia el esquizofrénico. Brown (Lidz et. al., 2007) encontró una asociación significativa entre los niveles emocionales exhibidos por los miembros de la familia al ingreso y la recaída de los síntomas 9 meses después del alta, y recomendaron el uso regular de antipsicóticos y una menor exposición con los familiares con niveles de alta emoción expresada otorgaban en alguna medida protección. En los 9 meses posteriores al alta hospitalaria, las familias con índices disminuidos de emoción expresada se asociaron con tasas más bajas de recurrencia de los síntomas, con o sin tratamiento antipsicótico (Wynne, 2001). Con base en esto, algunos autores han propuesto que en familias sin índices de emoción expresada no se requiere psicofármacos para prevenir recaídas, lo cual no se pudo replicar en estudios posteriores (Brown et. al., 2002). A fines de la década de 1980 y principios de 1990, hubo una iniciativa en el interés y la investigación en todo el mundo sobre la expresión emocional y otros trastornos mentales además de la esquizofrenia (Brown et. al., 2008). Sin embargo, no todos los estudios realizados respaldan la hipótesis de que la expresión emocional es un determinante de la

recaída (Brown et. al., 2002), y algunos autores han expresado su preocupación de que este concepto pueda usarse para atribuir la enfermedad a las familias de personas con esquizofrenia (Vaughn, 2006). Por este motivo, a lo largo de la década de 1990, varios autores decidieron volver a analizar todos los datos disponibles sobre la investigación de los índices de emoción expresada. Lo que ha concluido las revisiones fueron semejantes: los niveles de las emociones expresadas se asociaron significativamente con un horizonte de mayor severidad de la esquizofrenia (Vaughn, 2006) y más veces de recaídas (Vaughn et. al., 2004). Los pacientes de familias con altos índices de niveles de expresión emocional tuvieron una tasa de recaída de 2,5 a 4 veces mayor que los pacientes inmersos en núcleos familiares con índices bajos (Bebbington et. al., 2004), lo que sugiere un valor clínico similar al tratamiento farmacológico de 30 % de las recaídas con antipsicóticos, comparado con 65 % del placebo (Hogarty et. al., 2006).

Por esta razón, el alto índice de expresión emocional por la familia se considera uno de los mejores predictores socioambientales de los episodios de recaída en el curso de la esquizofrenia que se conocen hasta la fecha.

Esquizofrenia

La esquizofrenia se incluye como un trastorno psiquiátrico grave que perjudica a una población de más de 21 millones de individuos en el planeta. Es caracterizado por una distorsión del pensamiento, las percepciones, los sentimientos, el lenguaje, la conciencia de uno mismo y el comportamiento. Varias de las vivencias más frecuentes son el hecho de escuchar voces y los delirios en el contenido del pensamiento. A nivel mundial la esquizofrenia se asocia a una discapacidad notable y puede dañar al funcionamiento educativo, social, económico. Los individuos con esquizofrenia poseen entre 2 y 2,5 veces más probabilidades de fallecer a una edad temprana que el grupo poblacional que no cursa con esquizofrenia. Esto se debería generalmente a patologías físicas, como patologías cardiovasculares, metabólicas e infecciosas que su prevalencia de comorbilidad es mayor. (Organización Mundial de la Salud, 2016).

Emoción Expresada

La emoción expresada está encaminada a aspectos emocionales del comportamiento que componen la atmósfera usual en la familia de los pacientes y que son observados por el clínico en la cita médica o que constantemente hace referencia por parte del paciente y además se presentan en la práctica diaria. Gracias a esta apreciación se pueden clasificar a los núcleos familiares con alta o baja emoción expresada y esto es a través de las evaluaciones de los individuos que componen el propio núcleo, considerando a la familia como un todo. Actualmente, se dice que el concepto de “emoción expresada” está compuesto por los siguientes elementos: sobreimplicación en las emociones y criticismo, el criticismo está íntimamente ligado con el componente de hostilidad, siendo observado en el momento que los pacientes intentan desenvolverse en la sociedad (Vizcarro, Arevalo, 1987).

Cuidador

Un cuidador es alguien que es responsable de cuidar a otra persona, por ejemplo, una persona que tiene una discapacidad, que está enferma, incapacitada con limitaciones en el desenvolvimiento de sus actividades de autocuidado y desarrollo social (Elizabeth et. al., 2012).

Psicoeducación

La psicoeducación se define como una intervención con transferencia de conocimiento sistemática, estructurada y didáctica sobre una enfermedad y su tratamiento, integrando aspectos emocionales y motivacionales para permitir a los pacientes hacer frente a la enfermedad y mejorar la adherencia y eficacia del tratamiento (Fresán et. al., 2001).

Recaída definiéndola como la presentación de los síntomas y signos propios del trastorno mental y que afecta directamente al paciente. Es importante considerar que las recaídas, los pacientes deben cumplir un lapso de tiempo sin manifestaciones propias de su trastorno mental. Las recaídas involucran como para el enfermo, así como el núcleo familiar momentos de dificultades que los hacen sufrir, debilidad en sus emociones y restricciones para recobrar el desempeño

integral del individuo que convalece la patología de la mente (Caqueo, Lemos, 2008).

JUSTIFICACIÓN

Es importante saber que la esquizofrenia ha prevalecido predeterminadamente cercano al 1 % poblacional, existen pocas variantes de las naciones. No obstante, se ha visto en revisiones sistemáticas de diversas investigaciones determinando que en la década de los 2000 prevalece a lo largo del ciclo vital en 0,56 %.

Se ha estimado en los pacientes con esquizofrenia que se perjudica primordialmente las funciones cognitivas, sin embargo, usualmente la esquizofrenia ayuda al surgimiento de limitaciones de por vida en el desarrollo principalmente de sus emociones y su manera de comportarse. Los individuos esquizofrénicos tienen la posibilidad de desarrollar entidades extras, como trastornos depresivos y trastornos ansiosos. Al rededor de la cantidad de 5 % y el 40 % de la población con esquizofrenia han sido consumidores de psicotrópicos por lo menos una vez a lo largo de su existencia. Dichos pacientes usualmente presentan limitaciones en su esfera social, tales como no tener trabajo por periodos largos de tiempo, la carencia de recursos económicos y la imposibilidad de poseer una casa.

Es sabido que la esquizofrenia se considera como una de las entidades que mayores discapacidades provocan en una persona. Existe una investigación de 14 países, encontrando que los brotes psicóticos agudos se sitúan en el tercer lugar únicamente por detrás de la parálisis cerebral y las demencias, así como aventajando a la paraplejía y los trastornos de déficit visual.

Se ha determinado que el porcentaje de alguien que padezca esquizofrenia y de poder tener un intento suicida de eleva hasta en un 10%. La posibilidad de morir se ve incrementada debido a otras patologías, ya que generalmente su manera de vivir no es favorables ni tampoco higiénica, además de los propios efectos no deseados de los psicofármacos y por último la escasa vigilancia médica de prevención de enfermedades. Por estas determinantes se ha visto que la sobrevida de los pacientes se sitúa en torno a los 10 a 12 años menos que el resto de los habitantes.

Los reingresos hospitalarios causados por recaídas en esquizofrenia, al ser ocasionados por un trastorno mental grave, necesitan de consideraciones y cuidados distintos, si bien se pone de manifiesto la importancia en la emoción expresada, de igual manera existen otros factores críticos que pudieran llevar a un nuevo episodio y que deben ser tomados en cuenta. Cabe destacar que no todos los factores descritos ejercen el mismo peso, ni se presentan de la misma forma. Estas variables consideran desde las predisposiciones biológicas, como pudieran ser los genes; adversidades presentadas en las condiciones de vida como lo son la precariedad o la pobreza; también podemos describir a los estresores psicosociales, los laborales y los factores de riesgo medioambientales y sociales. Dentro de este último grupo resalta la importancia que tienen la marginación y la exclusión de la persona.

Al estar frente a una problemática que requiere de un enfoque multidisciplinario, se han realizado múltiples investigaciones desde hace más de 50 años, siendo George Brown un pionero en la materia, que resaltan el papel que juega el entorno del paciente, principalmente a la comunicación que se da entre los familiares cercanos del paciente con esquizofrenia y la persona que la padece. De esta forma es como nace la emoción expresada como constructo, mostrando la calidad de dicho estilo comunicativo.

En el caso de aquellos con un diagnóstico de esquizofrenia, se puede observar de manera notoria la influencia que ejerce, ya que uno de los mejores predictores de recaídas para este trastorno es la emoción expresada, aumentando cuatro veces el riesgo de un nuevo episodio en un paciente que, posterior a un alta hospitalaria, vuelve a un entorno familiar donde existen altos niveles de emoción expresada.

En el presente estudio, tomando en cuenta lo previamente mencionado, se hace hincapié en la intervención dirigida hacia el cuidador, es decir aquella persona que se encuentra a cargo de la atención y cuidado del paciente con esquizofrenia. A quien se le instruye mediante un programa con enfoque psicoeducativo, el cual ha demostrado tener un elevado nivel de efectividad para disminuir los niveles de

emoción expresada en distintas investigaciones realizadas, incluidas investigaciones realizadas en nuestro medio.

Esta investigación se encuentra centrada en la psicoeducación como herramienta, haciendo mención de recomendaciones realizadas por distintos profesionales, los cuales hacen notar que dicho enfoque debe estar acompañada de intervenciones para modificar aquellas expectativas no realistas presentes en la familia; realizar entrenamiento centrado en la resolución de problemas; Mejorar las habilidades de comunicación y sociales presentes; aumentar las redes sociales tanto de pacientes como de familiares, todas ellas acompañadas del tratamiento farmacológico pertinente.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

De esta forma se evidencia la importancia que existe en tomar en cuenta el entorno familiar al que regresa el paciente una vez realizado el egreso hospitalario, para lograr realizar intervenciones de una manera oportuna, buscando mejorar la adaptación de dicho ambiente, así como mejorar la calidad de vida de aquellos que fungen un rol como cuidadores. Además, es de importancia identificar si es que existe alguna variable sociodemográfica como pudieran ser: la edad, el sexo o el grado de instrucción entre otros, que pudiera influir de manera importante en los niveles de emoción expresada y que resultara de importancia significativa. Esto debido a que se puede encontrar evidencia dentro de la literatura donde distintos factores afectan de manera tanto positiva como negativa en la calidad de vida, la sobrecarga familiar existente en los cuidadores, y finalmente en los niveles de emoción expresada.

La esquizofrenia como trastorno mental, presenta alteraciones a nivel sensorial, que llevan a la ejecución de conductas condicionadas por una percepción errónea del mundo y de sí mismo. Dentro del tratamiento oportuno de esta entidad, más allá del tratamiento farmacológico con el uso de los antipsicóticos, piedra angular del mismo, debe incluirse un acompañamiento profesional mediante

sesiones de psicoterapia dirigidas al paciente y a su familia, buscando mejorar el ambiente en el que se desenvuelve.

Dicha intervención cuenta con dos objetivos principales: el primero de ellos va enfocado en crear una mayor consciencia respecto al uso de los psicofármacos, buscando alentar la adherencia al tratamiento, así como la importancia de su uso mantenido. En segundo lugar, se busca disminuir los niveles de estrés que pudieran provenir del entorno, buscando evitar la recaída del padecimiento. De esta forma, al educar a aquellos responsables con respecto a la patología, se busca evitar que los síntomas presentados lleven al rechazo o sean objeto de crítica por parte de aquellos que conforman el círculo familiar del paciente.

Con esto en mente, se han comenzado a obtener diferentes conclusiones provenientes de las investigaciones realizadas, detallando el rol que tiene la inclusión de la familia dentro del tratamiento, que, a pesar de no ser los causantes, de la esquizofrenia como se creyó en algún momento, si han probado tener un papel determinante para la evolución de la misma

Con lo previamente expuesto, queda claro la importancia que puede llegar a desempeñar la familia dentro de la expresión clínica de la enfermedad, así como en el mantenimiento de la estabilidad de los síntomas a lo largo del tiempo. Aquellos pacientes diagnosticados con esquizofrenia, y que provienen de familias donde se expresan niveles altos de hostilidad, prejuicios y censura tienden más frecuentemente a recurrencias que aquellos con el mismo diagnóstico, donde el ambiente familiar tiende a un menor nivel de expresión de emociones.

Siendo que se formula la siguiente pregunta:

¿Qué eficacia tiene la intervención psicoeducativa sobre la emoción expresada en cuidadores de pacientes con esquizofrenia?

OBJETIVOS

Objetivo general:

Conocer la eficacia la intervención psicoeducativa en la reducción de la emoción expresada en familiares de pacientes esquizofrénicos atendidos en el servicio de psiquiatría del hospital Dr. Rafael Serrano, Puebla, Puebla.

Objetivos específicos:

1. Determinar el nivel de emoción expresada en los familiares de los pacientes esquizofrénicos atendidos en servicio de psiquiatría del hospital Dr. Rafael Serrano, Puebla, Puebla.
2. Aplicar la intervención psicoeducativa a los cuidadores de los pacientes con esquizofrenia tras la evaluación de su nivel de emoción expresada.
3. Comparar los resultados iniciales con los resultados posteriores a la intervención psicoeducativa, para analizar la efectividad en la reducción del nivel de emoción expresada en los cuidadores de los pacientes con esquizofrenia atendidos en el servicio de psiquiatría del hospital Dr. Rafael Serrano, Puebla, Puebla.
4. Evaluar si alguna variable sociodemográfica influye significativamente en la reducción de los niveles de emoción expresada.

HIPÓTESIS

Hipótesis científica:

Aplicando una intervención psicoeducativa en cuidadores de pacientes con esquizofrenia, se reduce significativamente los niveles de emoción expresada.

Hipótesis nula

Todos los cuidadores de pacientes con esquizofrenia presentan niveles de emoción expresada. Todos los cuidadores que tienen una intervención psicoeducativa mejoran los niveles de emoción expresada.

Hipótesis alterna

Los niveles de emoción expresada en cuidadores de pacientes con esquizofrenia disminuyen con la intervención psicoeducativa.

MATERIAL Y MÉTODO

Ubicación espaciotemporal

Se realizó en el Hospital Psiquiátrico “Dr. Rafael Serrano” en el estado de Puebla, durante el año 2021.

Población

Cuidadores de pacientes con diagnóstico de esquizofrenia que asistieron al programa de intervención psicoeducativa en el periodo comprendido de enero del 2021 hasta julio del 2021.

CRITERIOS DE SELECCIÓN DE LA MUESTRA

Muestra a conveniencia del investigador.

Criterios de inclusión de la muestra

- Cuidadores principales de pacientes diagnosticados con esquizofrenia según criterios del DSM 5 en el hospital psiquiátrico Dr. Rafael Serrano.
- Cuidador y paciente estén residiendo en el estado de Puebla.
- Paciente con un tiempo de enfermedad mayor a 2 años.
- Las familias no deben haber recibido algún tratamiento psicoterapéutico o intervención psicoeducativa anterior.
- Los cuidadores del grupo de intervención han de acudir a todas las sesiones de intervención psicoeducativa diseñado para este estudio.

Criterios de exclusión de la muestra

- Haber participado anteriormente en una intervención familiar.
- Cuidadores de pacientes que no cumplan con criterios de esquizofrenia según criterios del DSM 5.
- Paciente con un tiempo de enfermedad menor a 2 años.

Criterios de eliminación

- No firmar consentimiento informado.
- No acudir a la intervención de psicoeducación.
- Mostrarse negativo en la participación al estudio.

DISEÑO Y TIPO DE ESTUDIO

Retrospectivo, longitudinal, no experimental y analítico.

VARIABLES

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Tipo de variable	Tipo de escala	Instrumento
Eficacia de intervención	Resultados de una intervención terapéutica cuando se realiza psicoeducación.		Cualitativa Independiente	Cualitativa	
Implicación emocional	Respuestas Emocionales desproporcionadas de parte del cuidador dirigidas al paciente, donde pueden observarse	Cuestionario Encuesta Evaluación del Nivel de Emoción Expresada	Cuantitativa Dependiente	Cuantitativa	Cuestionario Encuesta Evaluación del Nivel de Emoción Expresada

	características como autosacrificio y dedicación inusual.				(CEEE, Guanilo & Seclen, 1993).
Comentarios Críticos	La expresión de comentarios reprobatorios que el cuidador realiza acerca del paciente.	Cuestionario Encuesta Evaluación del Nivel de Emoción Expresada	Cuantitativo Independiente	Cuantitativo	Cuestionario Encuesta Evaluación del Nivel de Emoción Expresada (CEEE, Guanilo & Seclen, 1993).
Hostilidad	Se dirige a un repudio del paciente como persona. Atacándose a la persona por lo que es en vez de su comportamiento o características particulares.	Cuestionario Encuesta Evaluación del Nivel de Emoción Expresada	Cuantitativo Independiente	Cuantitativa	Cuestionario Encuesta Evaluación del Nivel de Emoción Expresada (CEEE, Guanilo & Seclen, 1993).
Sexo	Características fisiológicas y morfológicas que permiten	Recabados por medio de entrevista	Cualitativa Nominal	Cualitativa	Entrevista

	diferenciar al cuidador hombre de la mujer				
Edad	Tiempo transcurrido en años desde el nacimiento hasta la fecha actual	Recabados por medio de la entrevista	Cuantitativa Continua	Cuantitativa	Entrevista
Escolaridad	Nivel académico adquirido hasta la fecha de la entrevista	Recabados por medio de la entrevista	Cualitativa nominal	Cualitativa	Entrevista

INSTRUMENTO DE MEDICIÓN

Emoción Expresada de Guanilo y Seclén. El instrumento de medición de los índices de la emoción expresada, siendo en 1993 propuesto por los autores Guanilo y Seclén y que se mide directamente al cuidador encargado de los cuidados de los pacientes, es constituido por 30 ítems que a su vez valoran tres conceptos: el criticismo, sobreprotección y los niveles de hostilidad. Cada concepto se constituye por tres preguntas. Siendo un nivel en puntaje más alto proporcional a un mayor nivel de emoción expresada. Los niveles de confianza de este instrumento tienen Alpha de Cronbach de 0.7, en individuos de México se ejecutó una investigación piloto de 27 casos; mediante la fórmula para el análisis de consistencia interna que se utilizó para poder obtener el análisis de confiabilidad y que al final arrojó un Alpha estandarizado de Cronbach de 0.8570.

Cada ítem es acondicionado conforme la propia esencia y peculiaridades del grupo de estudio. En consecuencia, se tienen 10 preguntas de Sobreprotección, 10

preguntas de Crítica y 10 preguntas de Hostilidad. Siendo así las 4 opciones posibles de acuerdo a la frecuencia que se puede presentar.

Se propone en este instrumento la calificación que determina los índices de alta emoción expresada y baja emoción expresada y que sus mismos autores marcaron como puntos de corte de 30 a 64 en niveles bajos y de 65 a 120 en niveles elevados, a su vez cada subescala que valora el criticismo, la sobreprotección y la hostilidad puntuando de 10 a 24 para niveles bajos y de 25 a 40 para niveles elevados.

LA PSICOEDUCACIÓN A TRAVÉS DE UNA INTERVENCIÓN BREVE PARA LOS CUIDADORES Y FAMILIARES DE LOS PACIENTES QUE PADECEN ESQUIZOFRENIA

El programa de psicoeducación se compone de tres etapas las cuales presentan lo siguiente:

1.- Hablando de la esquizofrenia.

¿De dónde surge la esquizofrenia?

2.- Como se afronta el cuidado de un familiar con esquizofrenia y el papel que tienen los psicofármacos

La familia como piedra angular en el apoyo del familiar con esquizofrenia.

3.- Que sí y que no se debe hacer con nuestros familiares con esquizofrenia

Resumen, los nuevos avances en la esquizofrenia, puntos de desenlace.

Se concluye intentando acercar a las personas que integran el núcleo familiar a que logren entender la naturaleza, el curso y el pronóstico de este trastorno psicótico crónico, de tal modo que se pueda en el día a día brindar un mejor ambiente familiar, que los cobije y favorezca una alianza en la terapéutica médica.

RESULTADOS

Se analizó la información de 8 participantes de los cuales el 37.5% (3) eran hombres y el 62.5% (5) eran mujeres. La edad mínima fue de 37 años, la máxima fue de 67 años, la media de la edad fue de 52.4 años con una desviación estándar de 11.1 años, además, el 50% (4) de los participantes tenían una edad entre 41 y 60 años, mientras que el 25% (2) tenían una edad entre 20 y 40 años y el 25% (2) tenían una edad mayor a 60 años. (Tabla 1, Figura 1). Respecto a la escolaridad, el nivel más frecuente fue primaria y bachillerato o mayor con el 37.5% (3) de los casos cada uno seguido de secundaria con el 25% (2) de los casos (Tabla 1, Figura 2).

Tabla 1. Sexo, edad y escolaridad de los participantes.

	Hombre		Mujer		Total		
	n	%	n	%	n	%	
Grupos de edad*	20 a 40 años	1	33.3	1	20.0	2	25.0
	41 a 60 años	1	33.3	3	60.0	4	50.0
	Más de 60 años	1	33.3	1	20.0	2	25.0
Escolaridad	Primaria	1	33.3	2	40.0	3	37.5
	Secundaria	1	33.3	1	20.0	2	25.0
	Bachillerato o mayor	1	33.3	2	40.0	3	37.5
	Total	3	37.5	5	62.5	8	100.0

*Min=37, Max=67, Media=52.4, Desviación estándar=11.1

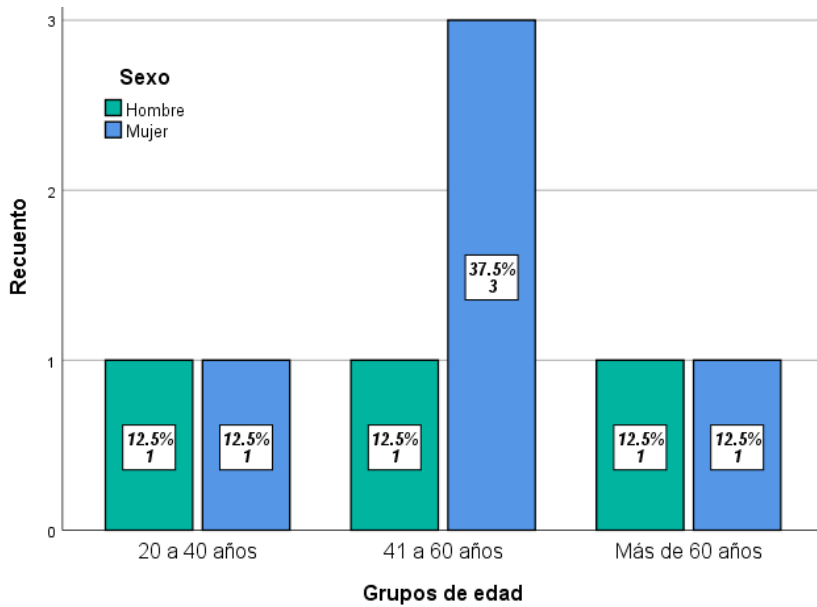


Figura 1. Sexo y edad de los participantes.

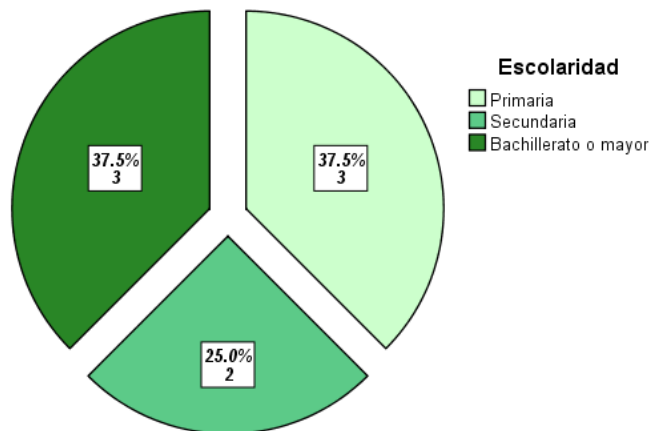


Figura 2. Escolaridad de los participantes.

Antes de la intervención (pre test) se observó un puntaje mínimo de emoción expresada de 54, un máximo de 79, una media de 66 con una desviación estándar de 7.7; en el caso del componente crítica se encontró un puntaje mínimo de 11, un máximo de 24, una media de 19 con una desviación estándar de 5.3; en la componente de sobreprotección el puntaje mínimo fue de 21, el máximo fue de 36, la media fue de 26.5 con una desviación estándar de 4.5; y, en el componente

hostilidad el puntaje mínimo fue de 18, el máximo fue de 22, la media fue de 20.5 con una desviación estándar de 1.5 (Tabla 2).

Después de la intervención (post test) se observó un puntaje mínimo de emoción expresada de 42, un máximo de 69, una media de 54 con una desviación estándar de 10.8; en el caso del componente crítica se encontró un puntaje mínimo de 10, un máximo de 23, una media de 17 con una desviación estándar de 4.6; en la componente de sobreprotección el puntaje mínimo fue de 12, el máximo fue de 25, la media fue de 19.9 con una desviación estándar de 5.1; y, en el componente hostilidad el puntaje mínimo fue de 13, el máximo fue de 22, la media fue de 17.1 con una desviación estándar de 3.2 (Tabla 2).

En la comparación de los puntajes entre pre test y post test se observó una disminución en el puntaje de emoción expresada (66 a 54), en el componente de crítica (19 a 17), en el componente de sobreprotección (26.5 a 19.9) y en el componente de hostilidad (20.5 a 17.1), estas diferencias fueron estadísticamente significativas para emoción expresada ($P=0.004$), para la componente de sobreprotección ($P=0.001$) y para la componente de hostilidad ($P=0.018$), sin embargo no se encontraron diferencias estadísticamente significativas para la componente de crítica ($P=0.240$) (Tabla 2, Figura 3).

Tabla 2. Comparación de puntajes pre test y post test.

	Pre test				Post test				P^a
	Mínimo	Máximo	Media	DE	Mínimo	Máximo	Media	DE	
Emoción Expresada de Guanilo y Seclén	54	79	66.0	7.7	42	69	54.0	10.8	0.004
Componente Crítica	11	24	19.0	5.3	10	23	17.0	4.6	0.240
Componente Sobreprotección	21	36	26.5	4.5	12	25	19.9	5.1	0.001

Componente Hostilidad	18	22	20.5	1.5	13	22	17.1	3.2	0.018
------------------------------	----	----	------	-----	----	----	------	-----	-------

DE: Desviación estándar. a: Prueba t de muestras dependientes.

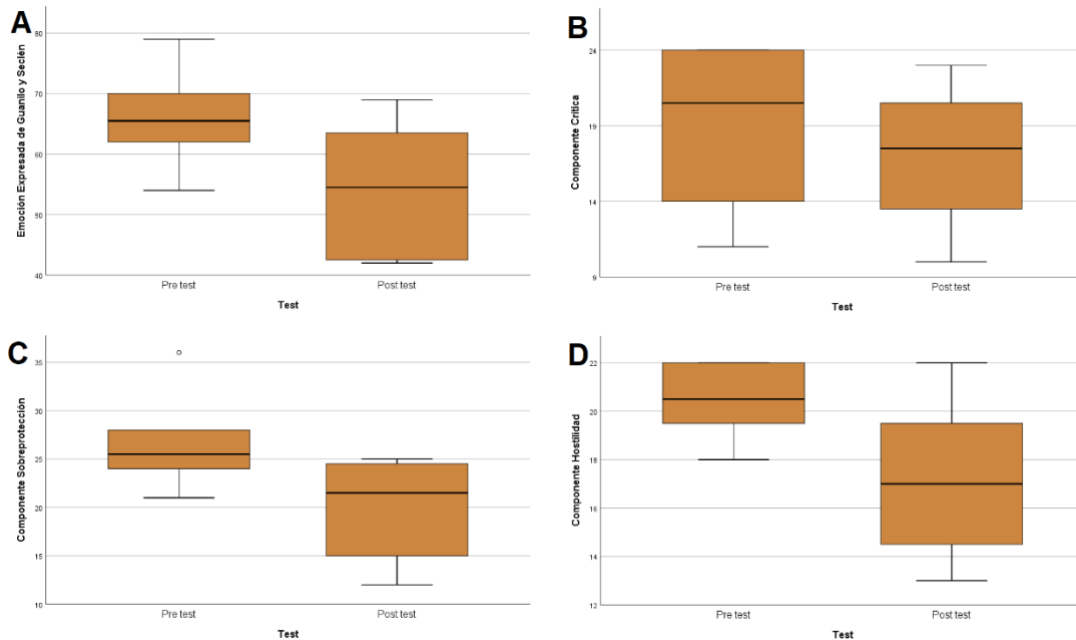


Figura 3. Comparación de Emoción expresada (A), Componente Crítica (B), Componente Sobreprotección (C) y Componente Hostilidad (D) entre pre test y post test.

En cuanto a los niveles de emoción expresada antes de la intervención se observó un nivel bajo en el 37.5% (3) de los casos y un nivel alto en el 62.5% (5); después de la intervención estos porcentajes cambiaron a 75% (6) en nivel bajo y 25% (2) en nivel alto. Antes de la intervención dentro del grupo de participantes con niveles altos de emoción expresada, el 80% (4) eran mujeres, el 40% (2) tenían más de 60 años de edad y el 60% (3) reportó un nivel escolar de primaria; después de la intervención dentro del grupo de participantes con niveles altos de emoción expresada, el 50% (1) eran mujeres, el 100% (2) tenían más de 60 años de edad y el 100% (2) reportó un nivel escolar de primaria. No se encontraron asociaciones estadísticamente significativas entre los niveles de emoción expresada y las variables sociodemográficas ni en pre test ni en post test ($P > 0.05$) (Tabla 3).

Tabla 3. Asociación de Emoción Expresada con variables sociodemográficas.

		Pre test				<i>P^b</i>	Post test				<i>P^b</i>
		Bajo		Alto			Bajo		Alto		
		N	%	n	%		n	%	n	%	
Sexo	Hombre	2	66.7	1	20.0	0.464	2	33.3	1	50.0	1.000
	Mujer	1	33.3	4	80.0		4	66.7	1	50.0	
Grupos de edad	20 a 40 años	1	33.3	1	20.0	0.714	2	33.3	0	0.0	0.071
	41 a 60 años	2	66.7	2	40.0		4	66.7	0	0.0	
	Más de 60 años	0	0.0	2	40.0		0	0.0	2	100.0	
Escolaridad	Primaria	0	0.0	3	60.0	0.143	1	16.7	2	100.0	0.250
	Secundaria	2	66.7	0	0.0		2	33.3	0	0.0	
	Bachillerato o mayor	1	33.3	2	40.0		3	50.0	0	0.0	
	Total	3	37.5	5	62.5		6	75.0	2	25.0	

b: Prueba Exacta de Fisher.

En cuanto a los niveles del componente de crítica estos se mantuvieron iguales antes y después de la intervención siendo que el 100% (8) se mantuvieron en nivel bajo. (Tabla 4).

Tabla 4. Asociación de Componente Crítica con variables sociodemográficas.

		Pre test				<i>P^b</i>	Post test				<i>P^b</i>
		Bajo		Alto			Bajo		Alto		
		N	%	n	%		n	%	n	%	
Sexo	Hombre	3	37.5	0	0.0	-	3	37.5	0	0.0	-
	Mujer	5	62.5	0	0.0		5	62.5	0	0.0	
Grupos de edad	20 a 40 años	2	25.0	0	0.0	-	2	25.0	0	0.0	-
	41 a 60 años	4	50.0	0	0.0		4	50.0	0	0.0	
	Más de 60 años	2	25.0	0	0.0		2	25.0	0	0.0	

Escolaridad	Primaria	3	37.5	0	0.0	-	3	37.5	0	0.0	-
	Secundaria	2	25.0	0	0.0		2	25.0	0	0.0	
	Bachillerato o mayor	3	37.5	0	0.0		3	37.5	0	0.0	
	Total	8	100.0	0	0.0		8	100.0	0	0.0	

b: Prueba Exacta de Fisher.

En cuanto a los niveles del componente de sobreprotección antes de la intervención se observó un nivel bajo en el 37.5% (3) de los casos y un nivel alto en el 62.5% (5); después de la intervención estos porcentajes cambiaron a 75% (6) en nivel bajo y 25% (2) en nivel alto. Antes de la intervención dentro del grupo de participantes con niveles altos de emoción expresada, el 60% (3) eran mujeres, el 60% (3) tenían entre 41 y 60 años de edad y el 60% (3) reportó un nivel escolar de primaria; después de la intervención dentro del grupo de participantes con niveles altos del componente de sobreprotección, el 50% (1) eran mujeres, el 100% (2) tenían más de 60 años de edad y el 100% (2) reportó un nivel escolar de primaria. Se encontró una asociación estadísticamente significativa entre los niveles del componente de sobreprotección antes de la intervención y la escolaridad ($P=0.036$) en el resto de las variables no se encontraron asociaciones estadísticamente significativas entre los niveles del componente de sobreprotección y las variables sociodemográficas ni en pre test ni en post test ($P>0.05$) (Tabla 5).

En cuanto a los niveles del componente de hostilidad estos se mantuvieron iguales antes y después de la intervención siendo que el 100% (8) se mantuvieron en nivel bajo. (Tabla 6).

Tabla 5. Asociación de Componente Sobreprotección con variables sociodemográficas.

		Pre test				P^b	Post test				P^b
		Bajo		Alto			Bajo		Alto		
		N	%	n	%		n	%	n	%	
Sexo	Hombre	1	33.3	2	40.0	1.000	2	33.3	1	50.0	1.000

	Mujer	2	66.7	3	60.0		4	66.7	1	50.0	
Grupos de edad	20 a 40 años	2	66.7	0	0.0	0.286	2	33.3	0	0.0	0.071
	41 a 60 años	1	33.3	3	60.0		4	66.7	0	0.0	
	Más de 60 años	0	0.0	2	40.0		0	0.0	2	100.0	
Escolaridad	Primaria	0	0.0	3	60.0	0.036	1	16.7	2	100.0	0.250
	Secundaria	0	0.0	2	40.0		2	33.3	0	0.0	
	Bachillerato o mayor	3	100.0	0	0.0		3	50.0	0	0.0	
	Total	3	37.5	5	62.5		6	75.0	2	25.0	

b: Prueba Exacta de Fisher.

Tabla 6. Asociación de Componente Hostilidad con variables sociodemográficas.

		Pre test				<i>P^b</i>	Post test				<i>P^b</i>
		Bajo		Alto			Bajo		Alto		
		N	%	n	%		n	%	n	%	
Sexo	Hombre	3	37.5	0	0.0	-	3	37.5	0	0.0	-
	Mujer	5	62.5	0	0.0		5	62.5	0	0.0	
Grupos de edad	20 a 40 años	2	25.0	0	0.0	-	2	25.0	0	0.0	-
	41 a 60 años	4	50.0	0	0.0		4	50.0	0	0.0	
	Más de 60 años	2	25.0	0	0.0		2	25.0	0	0.0	
Escolaridad	Primaria	3	37.5	0	0.0	-	3	37.5	0	0.0	-
	Secundaria	2	25.0	0	0.0		2	25.0	0	0.0	
	Bachillerato o mayor	3	37.5	0	0.0		3	37.5	0	0.0	
	Total	8	100.0	0	0.0		8	100.0	0	0.0	

b: Prueba Exacta de Fisher.

DISCUSIÓN

El presente trabajo tuvo como objetivo el de analizar el efecto que se tendría sobre los niveles de emoción expresada presentes en los familiares de pacientes con esquizofrenia que fungieran como cuidadores al aplicarse un programa psicoeducativo; corroborando mediante los resultados obtenidos el resultado esperado, disminuyendo de una manera significativa los niveles de emoción expresada. Resaltando de manera similar a los resultados obtenidos mediante investigaciones en distintos países. Siendo la psicoeducación el vehículo mediante el cual se permite tener un mayor entendimiento del cuidador hacia su familiar enfermo, logrando una mayor comprensión de la patología y logrando la desmitificación de la misma.

Como efecto indirecto de la intervención, se pudo permitir la oportunidad para formarse o reforzarse aquellos lazos de amistad entre el médico y los cuidadores. Logrando realizarse actividades de diversa índole mediante un ambiente de camaradería que favoreció a crear espacios donde los cuidadores pudieran compartir sus sentimientos y dudas respecto a la situación en la que se desenvolvían. Estos factores influyeron en que se obtuvieran resultados esperados en la reducción de los niveles de emoción expresada.

Al momento de iniciar un tratamiento dirigido en aquellos con un diagnóstico de esquizofrenia, uno de los errores más comunes es omitir la evaluación del funcionamiento familiar, considerándose al paciente como una unidad, cuando en realidad la dinámica que existe con su núcleo familiar tiene un peso importante dentro de su desempeño ocupacional, social, emocional, sexual y mental aumentando de forma considerable la posibilidad de nuevos episodios.

Tomando en cuenta estos resultados, es destacable notar como dentro de nuestra sociedad, no difiere del cumulo de investigaciones realizadas donde se ha comprobado la presencia de grupos familiares, no solamente en aquellos con esquizofrenia, sino también en otros grupos como lo son las enfermedades mentales crónica, en quienes se obtienen puntajes considerablemente altos para poderse considerar con alta emoción expresada. En el presente estudio se observa

como un 62.5% de la muestra presenta altos niveles de emoción expresada, con motivos para acudir a las sesiones yendo más allá del desconocimiento y la información errónea sobre la patología, presentándose además niveles altos de estrés que influyeron a su asistencia.

Como práctica común dentro de nuestra sociedad es apreciable como el cuidado de los pacientes esquizofrénicos queda a cargo de su familia. A pesar de esto, no suelen ser capacitados, ni recibir una formación formal para prepararse ante el reto que conlleva el cuidado de una enfermedad de característica crónica que formará parte del paciente por el resto de su vida. Sin experiencia de por medio, es usual que el conocimiento obtenido provenga del ensayo y error, poniendo de por medio sus mecanismos adaptativos para afrontar este cambio en su estilo de vida que presenta un diagnóstico como la esquizofrenia.

Dentro de este abordaje, es habitual que dentro de los cuidadores queden arraigadas impresiones erróneas o ideas inadecuadas respecto a la enfermedad, ya sea en relación a la causa que la origina, así como los esquemas farmacológicos proporcionados, y el control en los momentos de cuadros agudos donde la patología es más evidente. Llegando a tomar conductas que la mayor parte del tiempo son estresantes para el paciente, como lo son: Maltratos o castigos, poca adherencia y continuidad del tratamiento farmacológico, exigencias poco realistas o actitudes sobreprotectores que limitan la funcionalidad del paciente fuera de su círculo.

En el presente trabajo, del total de cuidadores evaluados, se observa como la mayoría presenta niveles altos de emoción expresada previa a la intervención psicoeducativa, y se hace evidente la falta de información con respecto a la enfermedad que poseen. Siendo destacable durante la realización del mismo lo habitual que era encontrar una actitud hostil y crítica hacia aquellos pacientes que presentaban síntomas negativos (Poca vitalidad, apatía, abulia) culpándose al paciente de esta actitud, tildada como poco interés en su recuperación o pocos deseos de colaborar en familia, así como falta de motivación en su tratamiento, llegando incluso a ser catalogados como “flojos” o “inútiles”

Tomando lo previamente dicho como una situación controlada por el usuario, y no como una manifestación propia de la enfermedad, El familiar termina dotando al paciente de responsabilidad sobre esta conducta. Esto puede explicarse en parte como la mayor parte de la muestra presenta altos niveles de emoción expresada, y es un factor que debe tomarse en consideración, sin embargo, no es el único existente.

Una vez implementado el plan psicoeducativo, se pudo observar un cambio favorable respecto a los niveles de emoción expresada. Reduciéndose un 75% de la muestra que presentaba niveles altos de la misma. Además de que pudieron corroborarse la presencia de creencias diversas respecto al familiar que padece de esquizofrenia, siendo calificada por algunos de los entrevistados como la recuperación de un daño hecho en el pasado, mientras que otros llegaron a dictar el estado actual de su paciente como un castigo divino.

Siguiendo esta misma línea en relación a la causa; algunos de los cuidadores presentaban sentimientos de culpa importantes respecto a la condición de su familiar, nacidos del miedo a que la enfermedad de base fuera su responsabilidad, ya fuera por malas prácticas durante su crianza o como resultado de castigos severos. Del 25% de la muestra restante que permaneció con niveles elevados de emoción expresada, puede corroborarse, como se ha mencionado en otras publicaciones, que existen fuentes de estrés diversas, así como necesidades distintas que deben intervenir dentro del núcleo familiar para lograr un mejor funcionamiento y, por ende, niveles de emoción expresada más bajos. Estas alteraciones incluyen: Relaciones familiares y maritales, vida laboral, y social, salud física, actividades de la vida diaria, economía y finanzas, así como pudieran ser cambios en el rol de los cuidadores, entrando hermanos o hijos en este cuidado. Tomando en cuenta estos factores, se podría alcanzar una mayor efectividad con una intervención que tomara de base la psicoeducación, pero incluyera distintas técnicas psicoterapéuticas como pudieran ser: el manejo del estrés, control de expectativas sobre el usuario, manejo de sentimientos de pérdida o minusvalía, y

mejoramiento del clima emocional familiar, buscando de esta manera una intervención más completa.

Además, cabe destacar algunas investigaciones donde no se ha encontrado relación significativa entre un ambiente con alta emoción expresada y recaídas. Como el de Köetgen, realizado en Hamburgo, Alemania, donde se mostró como aquellas familias con niveles bajos de emoción expresada presentaban mayor número de recaídas cuando se comparaba con aquellas que tenían niveles elevados (57% vs 41%). Con lo cual se mostraba la no evidencia para una relación entre emoción expresada y nuevos episodios, donde el estrés generado por actitudes críticas de una manera crónica o actitudes sobreprotectoras no fueran la principal causa de las recaídas, reduciéndola a un factor más, que, al combinarse con otros factores como pudieran serlo la sobrecarga familiar, y la baja calidad de vida entre otros serían los responsables de presentar sintomatología nuevamente.

Sin embargo, los problemas metodológicos asociados a este estudio han limitado la credibilidad del mismo, dadas las respuestas de su autor y colaboradores. Este estudio presenta diferencias importantes con respecto a otros realizados concernientes a emoción expresada, por ejemplo, la mayoría de los pacientes utilizados dentro del estudio no vivieron después con sus familias. Además, se ha ido observando en diferentes estudios que las dimensiones de la emoción expresada como un constructo se ve altamente influenciada por el contexto cultural del grupo que se estudie, Las variaciones en los valores del punto de corte ya habían sido propuestas para un mejor pronóstico en los trabajos originales concernientes a emoción expresada, dependiendo de las patologías distintas a la esquizofrenia, así como del marco sociocultural en el que se desenvuelven.

De igual manera se ha podido observar en diferentes estudios donde se ha hecho énfasis en el concepto de la emoción expresada y como puede verse influenciado por el contexto cultural donde se estudia. Por ejemplo, en Italia se apreció como a raíz del estilo emocional prevalente en dicha población se producían puntajes elevados en sobreimplicación emocional de forma superior que cuando se comparaba con estudios británicos.

Esto debido al rol que juegan las mujeres en dicha población, siendo ellas quienes son las encargadas de los cuidados del paciente, el cual suele encontrarse sin ocupación, conviviendo con la familia de origen y sin estar casado. De esta forma, la carga familiar recae en la figura materna, siendo esta la que se encuentra más receptiva a las intervenciones por el vínculo existente y las responsabilidades que desempeña. A partir de este trabajo se identifican áreas de oportunidad sobre las que podrían trabajarse, buscando conocer las características de aquellos que fungen como cuidadores y que presentan niveles altos de emoción expresada, para poder analizarlos en nuestro contexto y determinar que dimensión es la más frecuente en nuestra sociedad, buscando avanzar en apartados que se enfoquen en programas de intervención dirigidos a disminuir los niveles de emoción expresada de acuerdo a la dimensión identificada como la más problemática, además que sería de gran utilidad el poder realizar estudios, buscando replicar los resultados obtenidos cuando se dirigen a otras patologías mentales como pudieran ser los trastornos de conducta alimentaria, trastornos afectivos e incluso los concernientes a dependencia de sustancias.

Tomando en cuenta que la psicoeducación logra ejercer por su cuenta una disminución importante de los niveles de emoción expresada detectados de una manera significativa, debe tomarse como una base donde tiene que adecuarse una intervención más amplia, de manera integral dirigida a las necesidades particulares que pudieran presentarse dentro de los núcleos familiares.

CONCLUSIONES

Podemos concluir que la intervención psicoeducativa funciona como herramienta eficaz cuando se utiliza en cuidadores de pacientes esquizofrénicos para la reducción de la emoción expresada en los mismos.

Primeramente, mediante los resultados obtenidos, podemos mostrar la existencia de niveles de emoción expresada alta dentro del entorno familiar y en los cuidadores de los pacientes con diagnóstico de esquizofrenia. Haciendo evidente la importancia, así como la urgencia de comenzar a proponer, planear e implantar

programas que tengan un enfoque psicoeducativo dirigido hacia las necesidades de los cuidadores, buscando reducir el número de recaídas, y mejorar la calidad de vida dentro del ámbito familiar, así como las relaciones interpersonales entre sus distintos miembros.

En segundo lugar, posterior al aplicar un programa psicoeducativo a los cuidadores de pacientes con esquizofrenia, tras la evaluación de su nivel de emoción expresada, nos fue posible observar las carencias existentes en lo que, a conocimiento y medios para poder afrontar las exigencias requeridas para el cuidado adecuado de un paciente con estas características, como lo son el acompañamiento psicológico o las intervenciones psicosociales.

En tercer lugar, nos encontramos ante un efecto positivo en lo que respecta precisar la eficacia de la intervención psicoeducativa en los cuidadores de los pacientes con esquizofrenia atendidos en el consultorio de psiquiatría del hospital Dr. Rafael serrano en relación a la reducción del nivel de emoción expresada. De igual forma el cambio evidenciado del pre-test al post-test corrobora la efectividad de dicha intervención y pone de manifiesto la necesidad de incluir formalmente en el tratamiento de aquellos con un diagnóstico de esquizofrenia, intervenciones psicoeducativas dirigidas, buscando disminuir los niveles de emoción expresada.

En cuarto lugar, considerando que la intervención psicoeducativa realizada fue efectiva en su propósito, pudimos observar que la variable del sexo tuvo especial importancia, siendo las mujeres quienes respondieron de una mejor forma a la intervención que los hombres. Esto acorde a otras investigaciones realizadas previamente donde el cuidador femenino es en quien se pueden encontrar mayores niveles de emoción expresada pero que de igual manera son en quienes se puede ver una reducción significativa posterior a aplicarse la intervención.

Finalmente, es vital destacar la necesidad de aplicar intervenciones familiares integrales, que no se limiten únicamente a la psicoeducación. Esto tomando en cuenta en que las necesidades familiares, así como los factores involucrados que pueden derivar en actitudes hostiles o sobreprotectoras hacia el paciente son diversas y difieren de familia a familia. Por tal razón podemos observar en la

literatura, programas cuyas intervenciones buscan un mayor alcance y pretenden abarcar problemáticas más extensas, en búsqueda de una familia más funcional y sana.

REFERENCIAS

Arndt S, Andreasen NC, Flaum M, Miller D, Nopoulos P. A longitudinal study of symptom dimensions in schizophrenia. Prediction and patterns of change. *Arch Gen Psychiatry*. 2005 May;52(5):352- 60.

Bateson G. Communication in occupational therapy. *Am J Occup Ther*. 2006 Jul-Aug;10(4 Part 2):188.

Bebbington P, Kuipers L. The clinical utility of expressed emotion in schizophrenia. *Acta Psychiatr Scand Suppl*. 2004;382:46-53.

Brown GW, Birley JL, Wing JK. Influence of family life on the course of schizophrenic disorders: a replication. *Br J Psychiatry*. 2002 Sep;121(562):241-58.

Brown GW, Carstairs GM, Topping G. Post-hospital adjustment of chronic mental patients. *Lancet*. 2008 Sep 27;2(7048):685-8.

Brown GW, Monck, E. M., Carstairs, G. M, and Wing, J. K. Influence of family life on the course of schizophrenic illness. *Br J Prev Soc Med*. 2002;16:55-68.

Caqueo Urizar, A., & Lemos Giráldez, S. (2008). Calidad de vida y funcionamiento familiar de pacientes con esquizofrenia en una comunidad latinoamericana. *Psicothema*, 20 (4), 577-582.

Doering S, Muller E, Kopcke W, Pietzcker A, Gaebel W, Linden M, et al. Predictors of relapse and rehospitalization in schizophrenia and schizoaffective disorder. *Schizophr Bull*. 2008;24(1):87-98.

Elizabeth, A., Ríos, R., Guadalupe, M., & Galán, N. (2012). Cuidadores: responsabilidadesobligaciones. *Enf Neurol (Mex)*, 11(3), 163–169. Retrieved from <http://www.medigraphic.com/enfermerianeurologica>

Fresán, A., Apiquian, R., Ulloa, R. E., Lozaga, C., García-Anaya, M., & Gutiérrez, D. (2001). Ambiente familiar y psicoeducación en el primer episodio de esquizofrenia: Resultados preliminares. *Salud Mental*, 24(4), 36–40.

Fromm-Reichmann F. Notes on the development of treatment of schizophrenics by psychoanalytic psychotherapy. *Psychiatry*. 1988 Aug;11(3):263-73.

Hogarty GE, Anderson CM, Reiss DJ, Kornblith SJ, Greenwald DP, Javna CD, et al. Family psychoeducation, social skills training, and maintenance chemotherapy in the aftercare treatment of schizophrenia. I. One-year effects of a controlled study on relapse and expressed emotion. *Arch Gen Psychiatry*. 2006 Jul;43(7):633-42.

Lidz T, Cornelison AR, Fleck S, Terry D. The intrafamilial environment of schizophrenic patients. II. Marital schism and marital skew. *Am J Psychiatry*. 2007 Sep;114(3):241-8.

OMS, O. (2016). Las 10 causas principales de defunción en el mundo. OMS Official Web Page.

Vaughn C, Leff J. The measurement of expressed emotion in the families of psychiatric patients. *Br J Soc Clin Psychol*. 2006 Jun;15(2):157-65.

Vaughn CE, Leff JP. The influence of family and social factors on the course of psychiatric illness. A comparison of schizophrenic and depressed neurotic patients. *Br J Psychiatry*. 2006 Aug;129:125- 37.

Vaughn CE, Snyder KS, Jones S, Freeman WB, Falloon IR. Family factors in schizophrenic relapse. Replication in California of British research on expressed emotion. *Arch Gen Psychiatry*. 2004 Dec;41(12):1169-77.

Vizcarro, C., & Arevalo, J. (1987). Emoción Expresada: Introducción al concepto, evaluación e implicaciones pronósticas y terapéuticas. *Estudios de Psicología*, (27–28), 89–109.

Wynne LC. Current concepts about schizophrenics and family relationships. *J Nerv Ment Dis*. 2001 Feb;169(2):82-9.

ANEXOS

Calificación de la evaluación de la Emoción Expresada

1° Se pueden vaciar los códigos de respuesta a la hoja de respuesta o capturar directamente a una base de datos.

2° Se tiene que tomar en cuenta que hay preguntas que se requieren invertir los códigos.

P: 7, 12, 13, 20, 22 y 28

Si aparecen códigos (4 = 1) (3 = 2) (2 = 3) (1 = 4)

3° Posteriormente se pueden obtener totales por cada subtest, tomando en cuenta las preguntas:

Crítica P. 1, 3, 5, 9, 15, 16, 18, 27, 29 y 30

Sobreprotección P. 2, 4, 6, 8, 10, 11, 12, 14, 20 y 26

Hostilidad P. 7, 13, 17, 19, 21, 22, 23, 24, 25 y 28

Sumando los códigos 4, 3, 2 ó 1 respectivos.

.4° Se obtiene el nivel de Emoción Expresada teniendo como resultado

Nivel de EE	Puntaje
Alta	62-120
Baja	<30-61

5° De igual manera se puede determinar el nivel por cada subtest. Sobreprotección, Crítica y hostilidad

Alta	25-40
Baja	10-24

Emoción Expresada del Familiar (Guanilo y Seclén)

PRESENTACIÓN:

Este es un cuestionario en el que usted encontrara situaciones que comúnmente pueden aparecer cuando hay un miembro con una enfermedad mental en casa. Ante estas situaciones usted tiene la oportunidad de recordar su respuesta o sentimiento contestando a todas las preguntas que a continuación se le presentan.

De sus respuestas francas y sinceras y será posible ayudarle a mejorar su relación con él.

INSTRUCCIONES:

Usted deberá poner una cruz (X) dentro del casillero que mejor describa su respuesta, Deberá decidir entre las siguientes opciones:

- SI NUNCA SIENTE O REACCIONA ponga la (X) en el casillero NUNCA.
- SI LO HACE POCAS VECES en tal caso pondrá una (X) en CASI NUNCA.
- Si LO HACE MÁS VECES en este caso ponga la (X) en el casillero de CASI SIEMPRE.
- Si MUY A MENUDO su reacción o sentimiento ponga la (X) en el casillero de SIEMPRE.

	NUNCA	CASI NUNCA	CASI SIEMPRE	SIEMPRE
1. Cuando veo a mi familiar enfermo encerrado en su habitación lo regaño para que ayude en casa.				
2. Tengo cuidado de que a donde vaya mi familiar				

Lo acompañe alguien.				
3. No me importa que mi familiar se descuide de su ropa como de su aseo				
4. Siento desesperación frente a él por las cosas que este realiza				
5. Exijo a mi familiar que se esfuerce por acoplarse a las reglas de la casa igual que los otros				
6. Me es imposible ocultar mi sufrimiento cuando estoy con mi familiar enfermo.				
7. La enfermedad de mi familiar no lo hace culpable de los problemas que hay en casa.				
8. Cuando mi familiar intenta hacer algo en casa no le permito que lo haga sólo.				
9. Estoy acostumbrado(a) el poco interés de mi familiar porque tengo que cuidarlo siempre.				
10. Desde que empezó la enfermedad de mi familiar tengo que procurararlo siempre.				
11. Tengo que realizarle todo a mi familiar enfermo porque no sabe lo que hace.				

	NUNCA	CASI NUNCA	CASI SIEMPRE	SIEMPRE
12. Mi familiar no hace nada por sí mismo sin embargo no me afecta.				
13. No obtengo las recompensas que merezco gracias a mi familiar enfermo.				
14. Mi deber es hacer que mi familiar Se mantenga tranquilo en casa.				
15. Cuando hablo con mi familiar termino enojanddome por lo confuso de su platica.				
16. La mortificación que sentía antes ya no la siento.				
17. Cada vez que puedo le echo en cara todo lo que sufro a mi familiar enfermo.				
18. Me enojo cuando veo a mi familiar Sin ganas.				
19. Por la enfermedad de mi familiar la vida ya no es igual por eso procuramos aislarlo.				
20. Dejo a mi familiar sólo por su cuenta.				
21. El conocimiento que la enfermedad de mi familiar es incurable me ha llevado a acostúmbrame a él.				
22. intento no ser duro con mi familiar.				

<p>23. Por la calma de mi familia prefiero mantener a mi paciente encerrado en su habitacion.</p>				
<p>24. Constantemente tengo que estar advirtiéndole a mi familiar para evitar las Imprudencias que pueda cometer.</p>				
<p>25. Las constantes recaídas de mi familiar me han llegado a desanimarr tanto que siento ganas de internarlo.</p>				
<p>26. En casa estoy al pendiente de lo que necesita mi familiar enfermo.</p>				
<p>27. Me da coraje que mi familiar no comprenda claramente lo que quiero decir.</p>				
<p>28. Ya no puedo hacer nada por la enfermedad de mi familiar es un caso perdido.</p>				
<p>29. A pesar de que se lo digo me enoja cuando mi familiar enfermo no se percata de que lo que hace me molesta.</p>				
<p>30. Procuero que sienta vergüenza mi familiar para que ya no haga algunos hechos molestos</p>				