

148
2ej



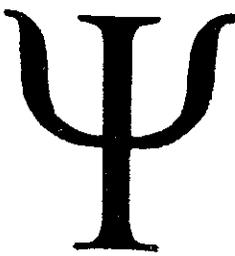
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO

FACULTAD DE PSICOLOGIA

“LA OPINION AFECTIVA DEL PACIENTE
ESQUIZOFRENICO Y LA EMOCION EXPRESADA
POR LOS FAMILIARES”

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
LICENCIADA EN PSICOLOGIA
P R E S E N T A
DANIELA RASCON GASCA

DIRECTOR DE TESIS: LIC. JUAN CARLOS MUÑOZ BOJALIL
REVISORA: MTRA. CLAUDETTE DUDET LIONS
COMITE: LIC. BLANCA ESTELA REGUERO REZA
LIC. ALBERTO CARDOVA ALCARAZ
MTRO. SOTERO MORENO CAMACHO



MEXICO, D. F.

SEPTIEMBRE 1999

TESIS CON
ALLA DE ORIGEN

274490

1



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.

Agradecimientos

Este trabajo fue posible gracias al apoyo del Instituto Mexicano de Psiquiatría , dirigido por el Dr. Ramón de la Fuente, y muy especialmente a la **Dra. María Elena Medina-Mora**, jefa de la División de Investigaciones Epidemiológicas y Sociales y, a las personas que en ella laboran, ya que sin sus comentarios y ánimos no hubiera sido igual la elaboración y buen término de este trabajo.

Quiero también agradecer de manera muy especial y con mucho cariño a la persona que me motivó desde niña a estudiar esta carrera y, además, me ayudó y asesoró en toda la elaboración de este trabajo: a la **Mtra. María Luisa Rascón** responsable del proyecto "Funcionamiento Familiar y Esquizofrenia" del cual se desprende esta tesis.

Con mucho respeto y cariño por creer en mí y darme ánimos en cada asesoría
al **Lic. Juan Carlos Muñoz B.**

A los comentarios de revisores de este trabajo por sus valiosos comentarios: **Mtra. Claudette Dudet, Lic Blanca Reguero, Lic Alberto Cordova y Mtro. Sotero Moreno.**

A **mis padres y hermanas** por su cariño y apoyo brindados, gracias.

A **Paulina González** por compartir conmigo esta experiencia y cada uno de sus tropiezos, además de brindarme su apoyo y confianza.

Y por supuesto a **mis amigos** y muy especialmente a **Ernesto** que siempre estuvieron conmigo para impulsarme y no dejarme claudicar.

*A los pacientes con esquizofrenia y sus familiares
por su participación y enseñanzas en cada
entrevista, puesto que son parte fundamental de este
trabajo.*

INDICE

Resumen	8
Introducción	9
Justificación	14
Capítulo 1. Esquizofrenia	17
1.1 Antecedentes.....	17
1.2 Definición.....	19
1.3 Síntomas clínicos.....	20
1.4 Curso.....	22
1.5 Prevalencia e incidencia.....	23
1.6 Etiología.....	24
1.6.1. Modelo de Vulnerabilidad.....	24
1.6.2. Modelo estrés-diatésis.....	25
1.6.3. La teoría del doble vínculo.....	26
1.6.4. Pseudo-mutualidad en las relaciones familiares.....	27
1.6.5. La Triada Interdependiente.....	28
Capítulo 2. Familia y Esquizofrenia	30
2.1. Familia.....	30
2.2. Familia y esquizofrenia.....	32
2.3. Cultura, familia y esquizofrenia.....	35
2.4. Percepción del paciente esquizofrénico.....	38

Capítulo 3. Emoción Expresada.....	42
3.1 La emoción.....	42
3.2 Antecedentes de la Emoción Expresada.....	45
3.3 Definición.....	47
3.3.1. Crítica.....	49
3.3.2. Sobreinvolucramiento o sobreprotección.....	50
3.3.3. Hostilidad.....	50
3.4. Antecedentes sobre Emoción Expresada y curso de la enfermedad.....	51
Capítulo 4. Proceso Metodológico.....	54
4.1. Planteamiento del problema.....	54
4.2. Objetivos.....	54
4.2.1. Objetivo General.....	54
4.2.2. Objetivos específicos.....	54
4.3. Hipótesis.....	55
4.4. Variables.....	56
4.5. Método.....	57
4.5.1. Sujetos.....	57
4.5.2. Diseño y tipo de estudio.....	58
4.5.3. Tipo de muestreo.....	59
4.5.4. Instrumentos.....	59
4.5.5. Procedimiento.....	61
4.5.6. Análisis estadístico.....	62
Capítulo 5. Resultados.....	64
5.1. Datos demográficos.....	64
5.2. La opinión afectiva del paciente.....	67
5.3. La emoción expresada en los familiares.....	72
5.4. Conducta sintomática del paciente.....	77

5.5. Conductas sintomáticas y la opinión afectiva.....	78
5.6. Conductas sintomáticas y la emoción expresada.....	82
5.7. La emoción expresada y la opinión afectiva.....	86
Capítulo 6. Discusión y conclusiones.....	92
6.1. Discusión.....	92
6.2. Conclusiones.....	94
6.3. Limitaciones.....	96
6.4. Sugerencias.....	97
Referencias.....	98
Anexos.....	103
Cuestionario de la Opinión Afectiva, OPAF.....	104
Confiabilidad, OPAF.....	112
Cuestionario Encuesta-Evaluación de la Emoción Expresada, CEEE.....	115
Reactivos del CEEE agrupados por cada componente de la emoción expresada.....	119
Confiabilidad y codificación del CEEE.....	122
Cuadro de evaluación del nivel de emoción expresada.....	125
Escala de Evaluación de la Conducta del Paciente SBAS.....	127
Confiabilidad, SBAS, sección B.....	160

LA OPINIÓN AFECTIVA DEL PACIENTE ESQUIZOFRÉNICO Y LA EMOCIÓN EXPRESADA POR LOS FAMILIARES

RESUMEN

Una enfermedad como la esquizofrenia provoca un impacto bastante fuerte en nuestra sociedad y en especial en la familia que atiende al paciente; existen algunos estudios (Rascón, Díaz, López y Reyes, 1997) del efecto de la enfermedad en la familia y de los sentimientos y actitudes hacia el familiar enfermo. En las últimas décadas se ha utilizado el constructo de la Emoción Expresada (EE) que brinda información acerca de los sentimientos y actitudes que el familiar responsable expresa a su familiar enfermo. Otra línea de estudio de gran importancia es la percepción del paciente acerca de su familiar, en varios estudios se ha visto la importancia de tomar en cuenta el tipo de percepción del familiar enfermo puesto que repercute en el curso de su enfermedad al igual que la EE (Warner y Atkinson, 1988, Lebell, Marder, Mintz, Mintz, Tompson, Wirshing, Johnston-Cronk y McKenzie, 1993). El objetivo del presente estudio es dar a conocer cuál es la relación entre la EE por parte del familiar y la percepción del paciente (opinión afectiva), y la presencia de conductas sintomáticas propias de la esquizofrenia, en 40 pacientes con esta enfermedad y sus familiares, estables, atendidos en consulta externa del Instituto Mexicano de Psiquiatría; mediante un estudio de tipo descriptivo y exploratorio con un diseño transversal. Se le aplicó al paciente "el cuestionario de opinión afectiva" (OPAF), y al familiar el "cuestionario-encuesta evaluación del nivel de la emoción expresada" (CEEE) y "la cédula de evaluación de la conducta del paciente" (SBAS). Entre los hallazgos encontrados; la opinión afectiva negativa aumenta si disminuyen las conductas sintomáticas y el número de conductas sintomáticas se incrementa si aumenta la EE, además no se encontró relación entre la opinión afectiva y la emoción expresada.

INTRODUCCIÓN

La esquizofrenia se encuentra dentro del rubro de las psicosis crónicas y afecta a adolescentes y adultos jóvenes, la edad de aparición está entre los 15-35 años (Kraepelin, 1899,1913 y Bleuler, 1951). Datos más recientes demuestran que puede aparecer tanto en hombres como en mujeres, teniendo una prevalencia de aproximadamente el 1.1 % de la población en general, sin distinción de raza. Resultados de la Encuesta Nacional de Salud Mental, realizada a través en encuestas de hogares de personas adultas con edades de entre los 18-65 años, arrojaron una prevalencia de por vida de 1.2% para el sexo masculino y de .09% para el femenino respecto a esta enfermedad (Medina-Mora, 1985, 1992; Caraveo, Medina-Mora, Rascón, Villatoro, López, Juárez, Gómez, Martínez, 1994).

La esquizofrenia según el DSM-IV se compone de síntomas positivos que parecen reflejar un exceso o distorsión de las funciones normales y síntomas negativos que reflejan una disminución o pérdida de las funciones normales. Los síntomas positivos incluyen a las ideas delirantes, alucinaciones, el lenguaje desorganizado y comportamiento gravemente desorganizado o catatónico. Los síntomas negativos se refieren a las restricciones del ámbito y la intensidad de la expresión emocional (aplanamiento afectivo), de la fluidez y la productividad del pensamiento y el lenguaje (alogia), y en la iniciativa y persistencia en actividades dirigidas a un fin (abulia).

Generalmente, se entiende la esquizofrenia como el conjunto de trastornos en los que dominan la discordancia, la incoherencia ideoverbal, la ambivalencia, el autismo, las ideas delirantes y las alucinaciones, las perturbaciones afectivas profundas, en el sentido del desapego y de la extrañeza de sentimientos. Su raíz etimológica viene del griego skhizo= “disociar”, y fren= “inteligencia”.

Para entender la esquizofrenia han surgido muchas teorías acerca de su causalidad y, entre ellas, destacan los estudios sobre familia y esquizofrenia que se abocaron a la investigación de la herencia y el ambiente y tuvieron sus inicios a principios de siglo; en éstos Bleuler (1951) observó que frecuentemente los padres de esquizofrénicos presentaban trastornos patológicos.

Los primeros autores de obras psicoanalíticas centraron su atención en diversas conductas parentales que consideraron causativas, durante la década de los 50 y 60's fue cuando se observó que la familia era parte del problema especialmente la madre por lo que se utilizó el término "madre esquizofrenizante", Fromm-Reichmann (1950).

Después se desarrolló una teoría sobre el origen de la esquizofrenia basada en la comunicación, donde se planteó el término "doble vínculo o doble Mensaje" postulado por Bateson, Jackson, Haley y Weakland (1956), en el cual el paciente está sujeto a mensajes persistentemente contradictorios lo que representa un problema en las relaciones familiares. Al mismo tiempo Bowen (1979) desarrolló la teoría que llamó "la triada interdependiente", en la cual el paciente es visto como incapacitado, la madre como sobreprotectora y el padre como periférico, roles que pueden llevar al individuo a desarrollar la esquizofrenia y que pueden prevalecer en la familia.

La esquizofrenia no es una enfermedad que por sí misma conduzca a la muerte, pero los problemas del manejo del paciente en el hogar, la sobrecarga emocional y económica y la falta de información conllevan a un deterioro en la calidad de vida y obligan a conocer a fondo lo que sucede con el paciente y la familia como unidad, puesto que se considera al paciente separándolo del grupo familiar (Rascón,1997). Autores como Valencia y Saldivar, (1993) se dieron a la tarea de evaluar a las familias de esquizofrénicos y encontraron que 88% de los

pacientes vivían con su familia y esta última intervino en todas las etapas de la enfermedad.

Por su parte investigadores británicos desde la década de los 50's centraron su atención en el curso de la enfermedad y en sus estudios proponían que había una relación entre las condiciones de vida a las que regresaban los pacientes, al ser dados de alta en el hospital, y su riesgo de sufrir una recaída, este riesgo aumentaba en aquellos que retornaban al mismo hogar conyugal o parental, en comparación con quienes regresaban a otras condiciones de vida (Brown, 1959). Esta línea de estudios sobre la influencia del ambiente familiar estresante dio la introducción al término llamado emoción expresada (EE) en la familia, que se refiere a la evaluación de los sentimientos y actitudes que el familiar expresa del familiar mentalmente enfermo.

Dentro de los estudios de la EE destacan los elaborados por Vaughn y Leff (1976b) en los que se demostró que un alto grado de expresión emocional (EE) de un familiar en el momento de la admisión del paciente en el hospital, representó el mejor predictor de una posible recaída sintomatológica durante los nueve meses siguientes de haber sido dado de alta y también fueron asociadas estas actitudes con recaídas dos años después de ser dados de alta (Leff y Vaughn, 1980), particularmente en pacientes que convivían con sus familiares en el mismo espacio más de 35 horas semanales (Brown, Birley y Wing, 1962).

El alto grado de EE se manifiesta con la crítica, el sobreinvolucramiento emocional y la hostilidad, estos componentes pueden ser predictores de recaídas (Vaughn y Leff, 1976b), también en otros estudios donde se relacionó el funcionamiento psicosocial del paciente esquizofrénico y la emoción expresada se encontró que los familiares con alta EE tendieron a evaluar con un funcionamiento más bajo a su familiar enfermo y a presentar mayor insatisfacción

y crítica hacia la conducta del paciente, que los familiares con baja EE (Otsuka, Nakane, Ohta, 1994).

En un estudio hecho por Kuipers y Bebbington (1988) se encontró que las familias con alta EE mostraban respuestas de enfrentamiento menos efectivas ante el estrés y debido a esto les ofrecían al paciente un ambiente familiar desfavorable que afectaba el curso de la enfermedad.

Estas investigaciones se han enfocado en la percepción del familiar acerca del paciente y su relación con el curso de la enfermedad, pero desde la perspectiva del paciente la emoción expresada (EE), es decir, la percepción del familiar, se ha estudiado en menor grado. Entre los autores que lo han hecho se encuentran Lebell y cols. (1993), en un estudio de la percepción del paciente sobre el ambiente familiar, en el que encontraron que las percepciones que los pacientes tienen de sus familiares pueden ayudar a mejorar o empeorar el estado del paciente esquizofrénico, es decir, que la probabilidad de tener una recaída aumenta o disminuye si el familiar es percibido negativa o positivamente. Estas percepciones están altamente relacionadas con las actitudes que los familiares describen de su paciente.

Warner y Atkinson (1988), reportaron que los pacientes que percibieron a sus padres positivamente tendieron a experimentar un curso más leve de la enfermedad a diferencia de aquellos que percibieron a sus padres negativamente donde se observó un curso más severo.

Por otra parte en 1993 Scott, Fagin y Winter. observaron la importancia del rol del paciente dentro de la familia. Entre sus hallazgos encontraron que los pacientes que sufrían recaída provenían de padres inseguros, vulnerables o que no tenían conocimiento de como eran percibidos por su hijo esquizofrénico y la percepción de ellos era desfavorable. Por el contrario, los pacientes sin recaídas

tenían unos padres que los apoyaban y la percepción de los mismos era más positiva dando como resultado una mejor calidad de vida para la familia en general.

Los estudios anteriormente descritos fueron realizados en otros países y desafortunadamente en nuestro país se ha estudiado poco en estos temas y menos aún en el tema referente a la percepción que tiene el paciente de sus familiares, por tal motivo surgió la necesidad de llevar a cabo un estudio exploratorio que nos brindará información acerca de ¿qué es lo que el paciente percibe?, ¿cómo siente que lo tratan?, etc. y a su vez poder saber si existe alguna relación con lo que el familiar expresa (EE) de él y con sus conductas sintomáticas propias de la enfermedad. Por lo tanto el objetivo de este estudio fue averiguar si existe relación entre la opinión afectiva o percepción afectiva del paciente hacia su familiar, la emoción expresada del familiar y la presencia de conductas sintomáticas.

El tipo de estudio empleado fue exploratorio y descriptivo con un diseño transversal. La muestra estuvo conformada por 40 pacientes estables con un familiar responsable y el tipo de muestreo fue no probabilístico. Los instrumentos aplicados fueron el cuestionario de la opinión afectiva del paciente (OPAF) aplicado al paciente y, el cuestionario encuesta-evaluación del nivel de emoción expresada (CEEE) y la cédula de evaluación de la conducta del paciente (SBAS), ambos aplicados al familiar.

Los análisis realizados fueron descriptivos y para observar la relación entre las variables se utilizó el modelo general de regresión lineal por códigos de contraste ortogonales (independientes).

Entre los resultados más sobresalientes; se encontró que los familiares con EE alta, sus familiares enfermos presentaron mayor número de conductas

sintomáticas y por el contrario los pacientes que tuvieron menos conductas sintomáticas presentaron una opinión afectiva negativa de su familiar. También se encontró que no existía relación entre la opinión afectiva que tenía el paciente de su familiar y la emoción expresada por su familiar.

JUSTIFICACIÓN

El estudio de la esquizofrenia ha sido muy extenso y controversial, y tiene muchas áreas de reciente investigación, es por esto que existen muchas preguntas que responder aún, con el fin de poder brindar un mejor tratamiento a personas que padecen esta enfermedad. Una reciente línea de estudio se ha dedicado a investigar acerca de lo que afecta la estabilidad y curso del paciente esquizofrénico, especialmente dentro de la familia, como lo es la percepción que tiene el paciente de algunas actitudes de su familiar a cargo, ya que esto beneficia tanto al paciente como al familiar a cargo de éste.

En cuanto a esta percepción, autores como Lebell y cols. (1993) encontraron que la familia interviene en la mejoría o deterioro del enfermo con esquizofrenia, partiendo de estos antecedentes se analizó la opinión afectiva del paciente hacia el familiar buscando si tenía alguna relación con el curso de la enfermedad, ya que se profundizó más acerca de las emociones, actitudes y conductas del paciente, y en el familiar responsable se empleó el constructo de la emoción expresada el cual aporta emociones, actitudes y conductas expresadas por el familiar hacia el paciente, para también investigar si influye en el curso de la enfermedad y poder con ello saber si lo que expresa el familiar es percibido por el paciente

Los resultados de este estudio pueden ser de gran ayuda para elaborar estrategias de orientación e intervención que dieran soporte a la familia en cuanto al manejo del familiar enfermo, para prevenir una posible desintegración familiar y si nos enfocamos al paciente para conocer un poco más acerca de los sentimientos, emociones, conductas y opiniones de este, así como la forma en que las expresa.

En diferentes estudios (Vaughn y Leff, 1976) realizados sobre la emoción expresada del familiar se ha encontrado que se encuentra influenciada por muchos factores, como la falta de conocimiento de la enfermedad, la presencia de síntomas o las continuas recaídas del paciente, afectando el clima familiar y por ende la opinión afectiva que el familiar enfermo tiene de este. Por tales motivos es conveniente tomar en cuenta lo que siente el paciente ya que existen casos en los cuales el paciente es motivo de conflictos intrafamiliares, o familias que depositan en paciente muchos de los problemas familiares que, a su vez este percibe de manera diferente a los demás miembros de la familia afectando con ello su estado emocional y sintomático.

Finalmente, esta investigación surge de la necesidad de conocer la percepción afectiva del paciente y la emoción expresada del familiar como factores que precipitan la presencia de síntomas propios de la enfermedad en un paciente, lo que ocasionaría un deterioro en el funcionamiento psicosocial y el desempeño cotidiano en general tanto del propio paciente como de la familia.

CAPÍTULO 1

Esquizofrenia

1.1. Antecedentes

La esquizofrenia se encuentra dentro del rubro de las psicosis crónicas y por su magnitud ha sido objeto de estudio desde el siglo pasado, tanto para buscar su origen, como para encontrar cura y tratamiento para los que la padecen.

El estudio de esta enfermedad se inició con varios autores, y entre ellos destacan: Emil Kraepelin (1856-1940) y Eugen Bleuler (1857-1940) por sus aportaciones en la génesis de la definición del padecimiento.

Ya desde 1856 Benedict Agustin Morel (1809-1873) (citado en Garnica, 1995) describió el cuadro clínico de un adolescente caracterizado por indiferencia y apatía tras una historia de brillantez y actividad normal, a partir de 1860 Morel llamó *démense précoce* a este desorden siendo esta la primera definición de la esquizofrenia; en 1870 Hecker identificó la demencia de un joven, o psicosis postpubertaria como lo que denominaría hebefrenia, por su parte Kahlbaum en 1874 describió los síntomas de la catatonía.

En 1868 aparece otro autor importante, Sander (citado en Garnica, 1995) que en sus estudios encontró a pacientes con delirios persistentes desde muy temprana edad, los cuales no podían ser atribuidos a otras patologías, a lo que llamó paranoia.

Con las propuestas de estos autores, Kraepelin (1899) se dedicó a integrar el cuadro clínico que a partir de 1899, en su tratado, llamó *demencia precoz*, que reunía a la *démense précoce* de Morel, a la hebefrenia de Hecker, a la catatonía de Kahlbaum y a la paranoia de Sander. También reconoció que algunos de los

pacientes con este padecimiento mostraban alteraciones del pensamiento de tipo delirante.

El término demencia precoz definía un proceso cognitivo (demencia) y una edad de inicio temprana (precoz), aspectos característicos de este trastorno. (Kaplan, Sadock y Grebb, 1994)

Otro de los autores importantes en la génesis de la esquizofrenia es Eugen Bleuler (citado en Garnica, 1995), quién en 1911 publicó un estudio llamado “la demencia precoz o grupo de las esquizofrenias”. Simpatizante del psicoanálisis creó el nombre de esquizofrenia en sustitución de la demencia precoz, resaltando el concepto de la disgregación del pensamiento, más que al curso de este trastorno, cobraban mayor importancia las reacciones psicológicas del paciente hacia su entorno; pensaba que la enfermedad era un estado de desarmonía de la mente, con tendencias, pensamientos y posibilidades contradictorios, lo que daba a la personalidad la característica de estar dividida.

Además planteó una serie de síntomas a los que consideró fundamentales para el diagnóstico, distinguiéndolos de otros que eran inespecíficos o “accesorios”. Los síntomas fundamentales o también llamados primarios de la esquizofrenia se caracterizaron por alteraciones en la capacidad de asociación (en particular pérdida de asociaciones), alteraciones en la afectividad, el autismo y la ambivalencia, dando como resultado las cuatro Aes (asociaciones, afectos, autismo y ambivalencia). Entre los síntomas accesorios o secundarios, estaban las ideas delirantes y las alucinaciones (Kaplan y cols., 1994).

Bleuler también aceptó la existencia de los tipos clínicos Kraepelianos (hebefrénico, catatónico y paranoide), y agregó un cuarto: la esquizofrenia simple.

Después de una crisis de credibilidad que sufrió la psiquiatría, donde el concepto de esquizofrenia fue utilizado subjetivamente, surge Schneider (citado en 1995), un autor alemán con una formación en la filosofía fenomenológica de

Husserl, quién continuo la descripción clínica de los enfermos de esquizofrenia, definiendo una serie de síntomas a los que denominó “síntomas de primer rango” basándose en las ideas de Bleuler.

Los llamados “síntomas de primer rango”, similares a los síntomas fundamentales de Bleuler son los siguientes:

- 1.Sonorización del pensamiento (eco del pensamiento según autores franceses).
- 2.Robo del pensamiento.
- 3.Difusión del pensamiento: los pensamientos no pertenecen tan solo a uno mismo, si no que de ellos participan también otras personas.
- 4.Pensamiento intervenido o interceptado.
- 5.Pensamiento impuesto.
- 6.Ocurrencia delirante.
- 7.Aplanamiento afectivo.
- 8.Vivencias de extrañeza.
- 9.Escuchar voces que dialogan entre sí.
- 10.Escuchar voces comentando los propios actos.

Describió otros síntomas en la esquizofrenia, por ejemplo, la perplejidad, los delirios, las alucinaciones, las reacciones emocionales imprevisibles y la inadecuación de los sentimientos, pero dejó claro que son inespecíficos en la psicopatología, de ahí que se les considera síntomas de segundo rango” para la esquizofrenia (Garnica, 1995). En mi opinión es ésta su aportación más importante.

1.2. Definición

Su raíz etimológica viene del griego “skhizo” que quiere decir disociar y, “fren” que significa inteligencia. El término esquizofrenia está clasificado psiquiátricamente junto con otros trastornos psicóticos que también incluyen a las

alucinaciones y delirios, por tal razón empezaremos por definir lo que es psicótico según el DSM-IV.

Este término se define conceptualmente como la pérdida de las fronteras del ego o un grave deterioro del contacto con la realidad y, en el caso de la esquizofrenia, psicótico se refiere a las ideas delirantes, a cualquier alucinación manifiesta, al lenguaje desorganizado o al comportamiento desorganizado o catatónico (DSM-IV).

La definición que da la Clasificación Internacional de las Enfermedades Mentales de la Organización Mundial de la Salud (OMS) describe a la esquizofrenia como un tipo de psicosis en el cual hay un trastorno fundamental de la personalidad, una distorsión característica del pensamiento, a menudo el sentirse controlado por fuerzas extrañas, delirios, los cuales pueden ser bizarros, percepción trastornada, afecto anormal, mantenerse fuera de la realidad y autismo. No obstante, se mantienen la conciencia clara y la capacidad intelectual. (Straube y Oades, 1992)

En conclusión, podemos decir que la esquizofrenia es un trastorno mental psicótico que se caracteriza por la ruptura del contacto con la realidad, manifestándose con alucinaciones, delirios y comportamiento desorganizado. Implica una disfunción en una o más de las principales áreas de actividad (p. ej. las relaciones interpersonales, el trabajo, los estudios o el cuidado de sí mismo) y tiene su aparición en la adolescencia o en la adultez temprana sin discriminación de sexo o cultura.

1.3. Síntomas clínicos

Para lograr establecer el diagnóstico de la esquizofrenia según refieren Kaplan y cols. (1994) es importante basar los signos y síntomas de la esquizofrenia en tres principios. El primero se refiere a que ningún síntoma o grupo de síntomas tiene valor diagnóstico específicamente para la esquizofrenia,

es decir que no se puede diagnosticar con base en el examen del estado mental, es esencial tomar en cuenta la historia del paciente. El segundo postula que los síntomas de un paciente cambian con el tiempo, pueden aparecer diferentes síntomas o ser intermitentes a lo largo del curso. Por último el tercer principio toma en cuenta el nivel educacional del paciente, su capacidad intelectual, y su grupo cultural de origen.

Los síntomas característicos de la esquizofrenia, como lo refiere el DSM-IV, se dividen en dos grandes grupos, el de los síntomas positivos y el de los negativos:

Los **síntomas positivos** parecen reflejar un exceso o distorsión de las funciones normales; incluyen distorsiones o exageraciones del pensamiento inferencial (ideas delirantes), la percepción (alucinaciones), el lenguaje y la comunicación (lenguaje desorganizado), y la organización comportamental (comportamiento gravemente desorganizado o catatónico). Esta clase de síntomas incluyen dos dimensiones distintas que a su vez pueden estar relacionadas con mecanismos neurales subyacentes y correlaciones clínicas diferentes: la "dimensión psicótica", incluye ideas delirantes y alucinaciones, mientras que la "dimensión de desorganización", incluye el comportamiento y el lenguaje desorganizados.

Los **síntomas negativos** comprenden restricciones del ámbito y la intensidad de la expresión emocional (aplanamiento emocional), de la fluidez y de la productividad del pensamiento y el lenguaje (alogia), y del inicio del comportamiento dirigido a un objetivo (abulia). El aplanamiento afectivo es especialmente frecuente y está caracterizado por la inmovilidad y falta de respuesta en la expresión facial del sujeto, contacto visual pobre y reducción del lenguaje corporal. La alogia (pobreza del habla) se manifiesta por las réplicas breves, lacónicas y vacías. El sujeto con alogia parece tener una disminución de los pensamientos que se refleja en un descenso de la fluidez y la productividad

del habla. La abulia está caracterizada por una incapacidad para iniciar y persistir en actividades dirigidas a un fin. La persona puede permanecer sentada durante largo tiempo y mostrar poco interés en participar en el trabajo o las actividades sociales. El aislamiento social o el lenguaje empobrecido pueden no considerarse síntomas negativos cuando son consecuencia de un síntoma positivo (por ejemplo una idea delirante paranoide o una alucinación importante).

1.4. Curso

En las personas que padecen esta enfermedad parece haber un patrón premórbido que evidencia la enfermedad, sin embargo no es sino hasta la adolescencia y en algunos casos después, es decir en la edad adulta, cuando comienzan a aparecer los síntomas característicos y su inicio más grave parece estar relacionado con algún cambio social o ambiental, como el uso de drogas o la muerte de un familiar.

Al presentarse un primer episodio psicótico desaparece gradualmente y el paciente puede tener un funcionamiento relativamente normal. Pero suele haber una recaída, y cada recaída representa un deterioro del funcionamiento cognoscitivo y social del sujeto. Una característica importante del curso de la esquizofrenia es la incapacidad del paciente para volver al funcionamiento premórbido después de cada recaída. A veces se puede observar depresión posterior al episodio psicótico, y la vulnerabilidad del paciente al estrés puede durar toda la vida. Los síntomas positivos tienden a ser cada vez menos graves, pero los negativos se van acentuando cada vez más. A pesar de que la tercera parte de los esquizofrénicos están integrados a la sociedad, la gran mayoría tiene una vida inactiva, sin ocupación, sin metas y con hospitalizaciones frecuentes (Kaplan y cols., 1994).

1.5. Prevalencia e incidencia

La esquizofrenia es la más frecuente de las psicosis crónicas, es una enfermedad que se presenta en la adolescencia y en el adulto joven, rara vez antes de los 15 años, se presenta también raramente después de los 45-50 años. Entre los 15 y 35 es cuando la morbilidad es más elevada (Kraepelin, 1899, 1913 y Bleuler, 1951).

Investigaciones norteamericanas (Straube y Oades, 1992) han encontrado que la edad de inicio es más temprana en los hombres que en las mujeres. El límite de inicio para los hombres se encuentra entre los 18 y 25 años, mientras que para las mujeres fluctúa entre los 26 y 45 años.

En la población mexicana, los trastornos mentales y en particular los trastornos mentales psicóticos oscilan entre 10.1 y 14.0 por 1000 habitantes en la población mayor de 14 años (Tovar, 1987) y en el caso de población hospitalizada la esquizofrenia ocupa el primer lugar del conjunto de alteraciones (Gutiérrez y Tovar 1984)

En el estudio realizado por Gutiérrez y Tovar (1984), con una población de pacientes hospitalizados y atendidos en consulta externa se encontró que la esquizofrenia predominaba en los hombres y ocupaba el segundo lugar en las mujeres. Similares resultados fueron reportados por la Encuesta Nacional de Salud Mental realizada a través de la encuesta de hogares a personas adultas con edades entre 18 y 65 años, que arrojó cifras de prevalencia de por vida de 1.2% para el sexo masculino y de .09% para el femenino en la esquizofrenia. (Medina-Mora, 1985, 1992 y Caraveo y cols, 1994). En otro estudio llevado a cabo por Caraveo en 1996, se reportó una prevalencia de alguna vez en la vida de 0.7% en ambos sexos.

1.6. Etiología

A lo largo de la historia de la esquizofrenia han surgido muchos autores que han tratado de explicar con sus teorías las posibles causas del origen de este padecimiento, entre ellos se encuentran explicaciones tanto biológicas como ambientales o un conjunto de ambas. Aquí se mencionarán algunas que se refieren al medio ambiente (estrés) y a las relaciones familiares del paciente con esta enfermedad.

1.6.1. Modelo de Vulnerabilidad.

El modelo de vulnerabilidad planteado por Zubin y Spring en 1977 postula que existen dos componentes importantes para desarrollar un trastorno: el innato y el adquirido.

El componente innato o congénito es aquel que yace en los genes y se refleja en el ambiente interno y en la neurofisiología del organismo, mientras que el componente adquirido de la vulnerabilidad se debe a la influencia, traumas, enfermedades específicas, complicaciones perinatales, experiencias familiares, interacción social, y otros sucesos de la vida que se encargan ya sea de aumentar o inhibir el desarrollo de trastornos subsecuentes.

La vulnerabilidad de un individuo está determinada por la capacidad de este para lograr una homeostasis, si ésta se desequilibra puede llevar al individuo a desarrollar un desorden o trastorno, por lo cual Zubin considera que una persona vulnerable es aquella cuyas numerosas contingencias o eventos adversos que se encuentran en su vida diaria son suficientes para provocar un episodio, en cambio otras personas tienen un grado tan bajo de vulnerabilidad que ningún evento catastrófico o extraño los inducirá a un episodio, y en el caso de presentarlo será muy breve.

En este modelo se propone que existen dos clases de sucesos que intervienen en la vulnerabilidad: los sucesos endógenos y los exógenos. Los

primeros pueden ser bioquímicos o neurofisiológicos, pero de ellos se sabe muy poco. Los sucesos exógenos se consideran como sucesos de la vida que pueden ser eventos estresantes exógenos. En estudios anteriores (Brown, 1968) se ha encontrado que estos juegan un papel importante en la génesis de un trastorno mental.

En conclusión, Zubin y Spring (1977) proponen que si el estrés causado por los sucesos exógenos permanece abajo del umbral de la vulnerabilidad, el individuo responde al estresor de una manera homeostática elástica y permanece bien dentro de los límites de normalidad. Cuando el estrés excede el umbral, la persona está propensa a desarrollar episodios psicopatológicos de algún tipo. Cuando el estrés disminuye y desciende abajo del umbral de vulnerabilidad, el episodio termina y el individuo regresa a un estado similar de adaptación pre-episodio.

1.6.2. Modelo estrés-diátesis

Este modelo similar al anterior, integra factores biológicos, psicosociales y ambientales. Postula que una persona puede tener una vulnerabilidad específica (diátesis) que cuando se activa por algún factor ambiental estresante, permite que aparezcan síntomas de esquizofrenia. En el modelo estrés-diátesis más general, la diátesis o el factor estresante pueden ser biológicos, ambientales o las dos cosas a la vez. El componente ambiental puede ser tanto biológico (por ejemplo una infección) como psicológico (por ejemplo una situación familiar estresante o la muerte de un familiar cercano). La base biológica de una diátesis puede tomar forma mediante influencias epigenéticas como el abuso de sustancias , el estrés psicosocial y los traumatismos.(Kaplan y cols., 1994)

1.6.3. La teoría del doble vínculo

Otra de las teorías acerca de las causas de la esquizofrenia es la basada en la teoría de las comunicaciones, específicamente en los sistemas familiares del paciente, teoría desarrollada por Bateson y cols. en 1956, quienes plantean que el paciente esquizofrénico se enfrenta a formas de comunicación (dobles mensajes) dentro de la familia que le causan conflictos internos, pero que tiene que resolver adecuadamente. A este tipo de situación Bateson, Jackson, Haley y Weakland, (En Berger, 1993) nombraron “doble vínculo”. Los elementos para que se dé una situación de doble vínculo son:

1. Dos o más personas: una es la víctima (paciente) y la otra no es necesariamente la madre, sino también pueden serlo el padre o los hermanos.

2. Experiencia repetida: la experiencia que le causa conflicto a la víctima es recurrente hasta que llega a ser habitual.

3. Un mandato negativo primario: se basa en un contexto de aprendizaje que tiende a evitar el castigo, en lugar de buscar una recompensa.

4. Un mandato secundario que está en conflicto con el primero en un nivel más abstracto, al igual que el primero está reforzado por castigos o señales que se perciben como una amenaza. Suelen comunicarse en forma no verbal y chocan con lo planteado en el mandato primario.

5. Un mandato negativo terciario que prohíbe a la víctima escapar; con los dos niveles anteriores parece imposible escapar porque amenazan el bienestar de la víctima.

6. Por último, todos los componentes anteriores ya no son necesarios cuando la víctima ha aprendido a percibir una situación de doble vínculo. Casi cualquier parte de la secuencia puede bastar para desatar pánico o irritabilidad, e

incluso el patrón de instrucciones conflictuales queda a cargo de voces alucinadas.

La hipótesis de Bateson fue que cualquier individuo que se encuentre en una situación de doble vínculo perderá la capacidad de discriminar entre tipos lógicos de comunicación. Las características de una situación de doble vínculo son tres:

1.- El individuo siente que en la relación él es de vital importancia, para poder distinguir con exactitud el tipo de mensaje que se le está comunicando, y poder responder adecuadamente.

2.- El individuo está atrapado en una situación en la que el otro está expresando dos clases de mensajes, en la cual uno niega al otro.

3.- Por último, el individuo es incapaz de comentar los mensajes que le están siendo mandados para corregir su discriminación de la clase de mensaje al que debe responder.

1.6.4. Pseudo-mutualidad en la relaciones familiares.

Esta teoría fue desarrollada por Wynne, Ryckoff, Day, y Hirsh, en 1956, en la que se plantea que el individuo tiene la tendencia de relacionarse con otros seres humanos como parte de su existencia, así como desarrollar un sentido de identidad. Los procesos de identidad pueden entenderse como esas funciones yoicas por medio de las cuales el self se diferencia perceptivamente de los objetos.

A partir de estas tendencias, es cuando el individuo se enfrenta a la necesidad de resolver los problemas de relación y de identidad llevándolo a tres posibles "soluciones" principales; la mutualidad, la no mutualidad y la pseudo-mutualidad. Está última se refiere a una cualidad de la relación con varios componentes. Cada persona aporta a la relación una carga primaria en lo que se

refiere a mantener un sentido de la relación. Es un esfuerzo de adecuación realizado a expensas de la diferenciación de la identidad de las personas que participan en la relación. Por el contrario, en las relaciones de mutualidad cada persona trae a las relaciones un sentido de su propia identidad significativa y positivamente valorada, e incluye un reconocimiento cada vez mayor de las potencialidades y las capacidades del otro. La relación de pseudo-mutualidad implica un dilema característico: la divergencia se percibe como un factor de desquiciamiento de la relación, por lo cual es necesario evitarla; pero si se le evita, la relación no puede crecer. Además si este tipo de relación es intensa o perdurable se desarrollarán episodios esquizofrénicos agudos (Wynne 1956).

1.6.5. La Triada Interdependiente

Murray Bowen (citado en Guirguis, 1980) desarrolla su teoría llamada la triada interdependiente, este autor llevo acabo en 1954 un proyecto de hospitalización de familias completas de esquizofrénicos para observación e investigación. De sus investigaciones Bowen concluye que ambos padres son inmaduros y ambos niegan su inmadurez. La madre niega su inmadurez con una fachada de sobresuficiencia, mientras que el padre acentúa su inmadurez con una fachada de insuficiencia. El cree que las familias tienden a mantener un estado de equilibrio. Como lo que sucede en las familias de esquizofrénicos donde ese equilibrio podría ser logrado únicamente por una relación cercana entre una madre sobreprotectora, un padre periférico y un paciente incapacitado, cada uno de ellos dependiente del otro. A toda esta relación entre los miembros, Bowen la llamó "triada interdependiente" que está determinada por la incapacidad de los padres para tomar decisiones. La madre en este tipo de relación está haciendo dos demandas contradictorias sobre el niño: para que permanezca incapacitado y para voiverlo una persona exitosa y madura. Ella sobredeposita excesivamente en el paciente, preocupaciones acerca de él, y atribuye los afectos no queridos de sí misma a él.

El rápido crecimiento del niño en adolescente trastorna el equilibrio de la triada interdependiente, y como el niño intenta ser más grande, la reacción de los padres es regresarlo a la incapacidad. La psicosis según Bowen es un intento inexitoso para adaptarse a las demandas del funcionamiento adulto en el cual la persona pasa de niño incapacitado a un funcionamiento adulto pobre y a un paciente incapacitado.

CAPÍTULO 2

Familia y Esquizofrenia

2.1. Familia

La familia, como lo describió Bertalanffy en 1976, es en esencia un sistema vivo de tipo "abierto", en el cual existe un intercambio de materia con el medio para mantener una homeostasis. Dicho sistema se encuentra ligado e intercomunicado con otros sistemas como el biológico, el psicológico, el social y el ecológico. Además, la familia pasa por un ciclo donde despliega sus funciones: nacer, crecer, tener problemas, reproducirse y morir, las cuales pueden encontrarse dentro de un marco de salud y normalidad o bien adquirir ciertas características de enfermedad o patología (Estrada, 1975). Según Ackerman (1978) la familia es la unidad básica de desarrollo y experiencia, de realización y fracaso y de enfermedad y salud.

En la formación de este complejo sistema existen otras personas que van a influir como hermanos, tíos, abuelos, vecinos, etc., y para que se dé es necesario que se combinen diversos factores: biológicos, psicológicos, sociales y económicos; por tal razón es necesario darle un enfoque global y no sólo individual. Por lo tanto, la familia es una pequeña organización social descrita como una unidad de personalidades interactuantes que forman un sistema de emociones y necesidades entrelazadas entre sí, de la más profunda naturaleza, de tal manera que se supone que sus integrantes buscarán la satisfacción casi total de sus necesidades emocionales (Estrada, 1975).

Según Ackerman (1978) la familia es la célula fundamental de la sociedad, pero no es el pilar de ésta, es más bien la sociedad la que moldea el funcionamiento de la familia para lograr su mayor utilidad, y como lo plantea la sociología, tanto la sociedad entera como su célula fundamental, la familia, tienen un efecto decisivo en la producción de elementos que determinan estados en el individuo de salud o de enfermedad.

La familia como unidad básica de la sociedad tiene que ser flexible, es decir adaptarse a las influencias que actúan sobre ella, tanto desde dentro como desde fuera. En sus relaciones externas debe adaptarse a las costumbres y normas morales prevaletentes en su entorno social, en lo que se refiere al desarrollo de cada miembro de la familia (el individuo), este se ve influenciado por las condiciones externas y por la propia organización de la familia, por lo que tiene que pasar por crisis decisivas y periodos críticos en los que puede fortalecerse o debilitarse (Ackerman, 1978).

Por lo tanto, es de vital importancia tomar en cuenta el contexto en el que se desenvuelve el individuo para poder entenderlo, como dice Laing (1976):

“La aparente irracionalidad del individuo encuentra su racionalidad en su contexto familiar de origen, pero la familia en conjunto se muestra como irracional. No obstante podemos esperar que la irracionalidad de la familia encontrará su racionalidad cuando se le sitúe en su contexto” (Laing, 1976).

En suma, existe una continuidad fundamental entre individuo, familia y sociedad.

2.2. Familia y esquizofrenia

En nuestra sociedad la familia es considerada como la más importante unidad social y dentro de ella se da la salud y la enfermedad. Como parte de esta sociedad, la familia y una enfermedad mental como la esquizofrenia no podemos separarlas de su ambiente social y de su cultura, sino al contrario debemos tomar en cuenta el ambiente en que se desarrolla como lo dice Ackerman (1978):

“Los criterios para la enfermedad y salud emocional no pueden restringirse al individuo, deben abarcar al individuo dentro del grupo. Puesto que los males del individuo, la familia y la sociedad forman un continuo”.

Ahora, si deseamos examinar la enfermedad mental lo podemos hacer en tres niveles: 1) lo que está pasando psíquicamente dentro de una persona 2) lo que sucede entre esta persona y su ambiente humano y, 3) lo que está perturbado en el proceso social del ambiente mismo. Es decir, que la enfermedad mental se entiende como un proceso de enfermedad que tiene lugar en parte dentro de la persona y en parte fuera de ella (Ackerman, 1978). Por tal razón es importante observar como la percibe el medio donde se desarrolla.

La esquizofrenia como una de tantas enfermedades mentales, es algo que impacta a cualquiera, la mayoría de la gente no quisiera tener un enfermo mental como miembro de su familia. Sin embargo, un gran número de familias tiene un integrante con un tipo de enfermedad mental y no les es fácil hacer frente a esta problemática. Pero, ¿Realmente que es lo que pasa dentro de estas familias?, ya se mencionó que la familia es un sistema abierto donde existen interacciones entre sus componentes con la sociedad, y está ejerce influencia en el estado emocional de cada uno de los que la integran. En consecuencia, podemos suponer que si la familia tiene un enfermo mental, esta tiene un papel importante en el origen, desarrollo, rehabilitación y posible cura del enfermo, como lo reportó

Valencia y cols.(1993) en México que llevó a cabo un estudio de pacientes esquizofrénicos donde encontró que 88% de ellos viven con su familia y esta última interviene en todas las etapas de la enfermedad.

Pero la familia se enfrenta con algunos factores que pueden ocasionar un deterioro en la calidad de vida de todos sus miembros como son; los problemas del manejo del paciente, la sobrecarga emocional y económica, y la falta de información, aspectos que obligan a conocer a fondo lo que sucede con el paciente y la familia como unidad, (Rascón, 1997).

En sus inicios el estudio del efecto de la familia sobre la enfermedad mental y viceversa, la enfermedad sobre la familia. Hubo autores, que consideraron en su investigación a la familia como la matriz del desarrollo patológico de la esquizofrenia, estos fueron Clausen y Kohn (1960) quienes plantearon en sus estudios que la madre expresa sentimientos básicos de afecto y cuidado hacia el niño teñidos a su vez de hostilidad o ansiedad, pero su incapacidad para enfrentar tales sentimientos la lleva a negarlos y a expresar una conducta amorosa y sobreprotectora; este hallazgo va de la mano con la teoría del doble vínculo propuesta por Bateson (1956) que se refiere a los mensajes contradictorios o dobles mensajes de la madre dando como resultado una situación que pone en conflicto al individuo el cuál desencadenará pánico o irritabilidad, e incluso alucinaciones, y como lo planteó Bowen (Citado en Guirguis, 1980), la madre hace dos demandas contradictorias; una está dirigida a que el hijo permanezca incapacitado y otra a que sea exitoso y capaz.

Clausen y Kohn (1960) dicen que la estructura familiar del paciente esquizofrénico depende de las personalidades de los padres los cuales presentan dos pautas divergentes; la extrema escisión del matrimonio, con desconfianza y denigración mutua, y el enmascaramiento del conflicto y la discrepancia para alcanzar lo que Wynne y cols. (1956) llamó seudomutualidad (mencionada en el

capítulo 1). En estas familias ambos padres tienden a humillarse y a denigrarse mutuamente, compitiendo por la atención y el afecto de los hijos.

Lidz (1958) en sus investigaciones describió una patología general en las madres de esquizofrénicos, dijo que algunas muestran un pensamiento gravemente disperso, y la mayoría son frías, rígidas o muy indulgentes en relación con su hijo. También resalta su impermeabilidad con respecto a los sentimientos de los demás.

Con lo anterior podemos retomar lo que decía Laing (1967) en sus estudios de familias de pacientes esquizofrénicos donde se basa en la observación directa de los miembros de la familia en su ambiente natural y en la manera en que ejercen su influencia unos sobre otros. El decía que no era el individuo si no la familia, la unidad de la enfermedad, no sólo el individuo necesitaba los servicios del clínico si no también la familia para curar la enfermedad.

El integrante de la familia afectado por una enfermedad mental aparece como el más vulnerable, el que desarrollará la patología de la familia como un representante de esta, de tal forma que el paciente detectado es quién lleva la etiqueta, esto se relaciona con lo dicho por Cooper (1976):

“La locura del otro se vuelve propiedad común, es nuestra locura y el problema siguiente es determinar cual es el mejor modo de relegar nuestra locura a un lugar seguro, un lugar donde quede confinada, conteniendo nuestra locura en alguna parte”.

Ese lugar esta en el paciente diagnosticado con una enfermedad mental quien se convierte en el “chivo expiatorio” de la familia.

2.3. Cultura, Familia y Esquizofrenia.

En nuestra cultura una enfermedad como la esquizofrenia se enfrenta con el estigma social que involucra una serie de aspectos, como el trato que se le da a los individuos con esquizofrenia, la percepción de los demás, el sentirse rechazados y marcados, etc. aspectos que no solo recaen en el enfermo si no también en su familia.

Goffman (1963) menciona varias características del estigma así como de la persona estigmatizada. Para este autor el estigma se da cuando una persona posee un atributo que la vuelve diferente a los demás y la convierte en alguien menos agradable y en algunos extremos en una persona casi malvada, peligrosa o débil, en especial cuando él produce en los demás un descrédito amplio; a veces también se le llama defecto, falla o desventaja. Son atributos indeseables los incongruentes con nuestro estereotipo acerca de cómo debe de ser determinada especie de individuos.

El problema del estigma surge donde existe una expectativa difundida de quienes pertenecen a una categoría dada, y la sociedad debe no solo de apoyar una norma particular si no también llevarla a cabo.

Según Goffman (1963) existe un tipo de estigma relacionado a los defectos del carácter del individuo que se perciben como falta de voluntad, pasiones tiránicas o antinaturales, creencias rígidas y falsas, deshonestidad, etc., las cuales el paciente con esquizofrenia experimenta.

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

Por otra parte, en la persona estigmatizada se dan varias conductas como respuesta al estigma, entre las cuales Goffman (1963) mencionó las siguientes:

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

importantes son considerados como signos de sus admirables y extraordinarias aptitudes.

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

Además la esquizofrenia, así como el resto de las psicosis, son de difícil comprensión para la familia del enfermo, que la vive en un ambiente de recelo y desconfianza, pues es considerada como incurable (Martí y Murcia, 1988). Otra autora que también habla de esto es Estroff (1993), que sugiere varias dimensiones para explicar el problema de la cronicidad de la enfermedad mental, de las que se resaltarán en las que interviene la familia y la cultura:

- La dimensión sociocultural, donde plantea que el paciente no cubre los roles sociales esperados, tiene una participación disminuida en las actividades sociales y de producción y además requiere cubrir mayores necesidades para subsistir, además este tipo de personas por su conducta son estéticamente displacenteras y estigmatizadas.
- En la dimensión cultural simbólica la autora agrupa los diferentes sentimientos y situaciones que experimenta una persona con esquizofrenia y su familia, estas se mencionan a continuación:

Persona con esquizofrenia:

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

Familia:

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

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

2.4. Percepción del paciente esquizofrénico

En algunos estudios se ha reportado que uno de los trastornos característicos de la esquizofrenia es la reducción en la capacidad para experimentar y comunicar la emoción, asociado con una percepción deficiente de

la emoción del diálogo de la gente y sus expresiones faciales (Cutting, 1985), por lo que puede llegar a ser difícil el estudio de las percepciones de estos pacientes.

Tal vez debido a lo anterior la percepción que tiene el paciente de sus familiares ha sido estudiada poco, lo que se ha hecho va dirigido a percepciones que tuvieron de su educación y cuidado de los padres en épocas anteriores de su vida, también se ha evaluado la percepción de los pacientes de las actitudes de los familiares. Con el fin de explicar la relación entre las características de los padres y el curso de la esquizofrenia, empezaremos mencionando los estudios realizados a este respecto.

Clausen y Kohn (1960) en un estudio comparativo entre pacientes esquizofrénicos y controles reportaron que una mayor proporción de pacientes esquizofrénicos, en comparación con sujetos controles, informaron que sus madres habían sido muy autoritarias con ellos, mientras que sus padres lo habían sido en menor medida. Otro hallazgo de estos mismos autores se refiere a que los esquizofrénicos varones informaron acerca de una autoridad materna firme y una débil autoridad paterna, declararon la mayoría de las veces que habían sentido más apego por sus madres que por sus padres; las mujeres esquizofrénicas, en cambio, manifestaron sentirse más apegadas al padre.

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

desarrollo de la “vulnerabilidad” en una persona que subsecuentemente desarrollará esquizofrenia.

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

Los estudios donde se habla del curso de la enfermedad y la percepción actual, se encuentran Lebell y cols. (1993), en su estudio de la percepción del paciente sobre el ambiente familiar, encontraron que las percepciones que los pacientes tienen de sus familiares pueden ayudar a mejorar o empeorar el estado del paciente esquizofrénico, es decir, que la probabilidad de tener una recaída aumenta o disminuye si el familiar es percibido negativa o positivamente. Estas percepciones están altamente relacionadas con las actitudes que los familiares describen de su paciente.

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

Los resultados de algunos estudios han asociado el nivel de Emoción Expresada¹ de los familiares y la percepción de los pacientes, como son los de Tompson, Goldstein, Lebell, Mintz, Marder y Mintz (1995) quienes encontraron que los miembros de la familia que tuvieron alta crítica, los pacientes percibieron esta conducta crítica.

Por su parte Bellack, Mueser, Wade, Sayers y Morrison (1992) encontraron que los pacientes con esquizofrenia carecieron de asertividad y habilidades sociales. En cuanto a la percepción de afecto los autores encontraron que los pacientes esquizofrénicos subestimaron la intensidad o negatividad de las emociones negativas, pero no encontraron deficiencia en la percepción de las emociones positivas.

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

¹ Ver capítulo 3 para más detalles

CAPÍTULO 3

Emoción Expresada

Para empezar a hablar de lo que se considera la Emoción Expresada (EE), es importante definir lo que es la emoción en el comportamiento, para de ahí tener claro el porque de este término, así como tomar en cuenta aspectos que sean aplicables a este trabajo, pero no se profundizará en la respuesta fisiológica de las emociones.

3.1. La emoción

Krech, Crutchfield y Livson (1973) definen a la emoción, como un estado conmovido del organismo, reflejado diversamente en la experiencia emocional (sentimiento de la emoción) en el comportamiento emocional y en ciertos patrones de cambio fisiológico.

El estudio de los sentimientos y emociones se considera como asunto principal de la psicológica pero, a pesar de la indiscutible importancia de las emociones en la vida del hombre, la investigación y la teoría psicológica ha eludido el hablar detalladamente de este tema, puesto que una de las dificultades de todo intento de describir las emociones en abstracto es que, al hacerlo se sacan del contexto en que acontecen. Las emociones aparecen como aspectos esenciales e inseparables de todas las experiencias, no es la sensación de coraje en general la que intentamos describir sino una experiencia particular de coraje que ocurre en una situación específica, lo que el individuo percibe siente y piensa. Precisamente de este modo, describiendo emociones en contextos reconocibles en la `vida real` se ha contribuido grandemente al conocimiento de este tema (Krech y cols., 1973).

Sin embargo, dada la infinita variedad de situaciones que existen para una persona, sus experiencias emocionales parecen desafiar toda clasificación. No

obstante nuestro lenguaje tiene voces para emociones específicas y éstas señalan a ciertos `tipos` generales de experiencia emocional. Cada experiencia de `cólera`, por ejemplo, es diferente en algún grado de cualquier otra experiencia de `cólera`, pero algo parece común a todas las experiencias de `cólera`. Si es así se intentará clasificar y distinguir cada emoción reconocible por medio de un conjunto de dimensiones generales. Krech y cols. (1973) sugiere como esquema útil uno compuesto de cuatro dimensiones generales: intensidad de emoción, nivel de tensión, tono hedónico y grado de complejidad.

Intensidad de emoción. Las experiencias emocionales varían de intensidad entre el matiz apenas perceptible de un humor momentáneo y la más poderosa de las pasiones, por ejemplo, el enojo varía desde el leve enfado a la cólera violenta. Cuanto mayor es la intensidad, mayor es la tendencia de todo el yo a dejarse llevar por la emoción.

Nivel de tensión. Tensión indica impulso a la acción. El individuo se siente impulsado a saltar la frustradora barrera y a huir del objeto amenazador, o a disfrutar. Estas son emociones "activas". Las emociones "pasivas" o "tranquilas" no implican este impulso a la acción, como la tristeza. Las emociones "activas" y "pasivas" son igual de centrales para la persona, las dos la influyen por igual. La diferencia entre ellas reside en el grado de la excitación asociada y en la fuerza del impulso a la acción, la intensidad de emoción y el nivel de tensión están frecuentemente relacionados.

Tono hedónico. Las experiencias emocionales varían muchísimo en sus cualidades de placer o displacer, es decir, en lo que se llama tono hedónico. La intensidad de la emoción afectará, al tono hedónico, como parte de la experiencia emocional.

Grado de complejidad. Las experiencias emocionales, siendo patrones de varios sentimientos, son a menudo muy complejas (indescriptibles) que pueden imposibilitar a decir como nos sentimos y si es agradable o desagradable. Existen otras menos complejas y fáciles de explicar.

Además de las cuatro dimensiones de las emociones, estas se pueden clasificar en seis clases diferentes según Krech y cols. (1973):

1.- *Las emociones primarias* que son una clase de emociones o temores (por ejemplo: alegría, enojo, temor, pena.) considerados por lo general como los más básicos, simples y primitivos y típicamente asociados a una finalidad y elevado grado de tensión.

2.- *Las emociones concernientes a la estimulación sensorial* que son aquellas relacionadas con la estimulación sensorial agradable o desagradable (por ejemplo: dolor, disgusto, asco, deleite, etc.)

3.- *Las emociones relativas a la autoestima* que son la clase de emociones o sentimientos en que las determinantes esenciales tienen que ver con la percepción por parte del individuo de su comportamiento en relación con varias normas de conductas internas o externas (por ejemplo, vergüenza, orgullo, culpa, etc.).

4.- *Las emociones concernientes a otras personas*, esta clase de emociones o sentimientos surgen principalmente en conexión con las relaciones con otras personas percibidas por el individuo (por ejemplo amor, envidia o lástima.). Estas emociones cristalizan a menudo en forma de predisposiciones o actitudes permanentes.

5.- *Las emociones apreciativas* que son la clase de emociones o sentimientos caracterizados por la orientación apreciativa del individuo hacía

objetos y fenómenos de su mundo y hacía su propio lugar en el “esquema cósmico de las cosas” (por ejemplo, humor, belleza, admiración, etc.).

6.- *Los talentos* que son estados emocionales difusos y transitorios que tienden a dar un colorido afectivo a la experiencia del individuo en un momento dado (por ejemplo, tristeza, ansiedad, buen humor, etc.).

Todos juzgamos primariamente los estados emocionales de los demás, observando sus expresiones faciales, movimientos y posturas corporales. Las emociones difieren con la facilidad que puedan juzgarse. Lo que juzgamos con más facilidad son la sorpresa, la cólera, el temor, el desdén y la felicidad.

Podemos aprender también a usar nuevos indicios para juzgar las emociones, pero aparentemente su facilidad para hacerlo varía con sus actitudes y sus experiencias pasadas.

Como parte de las emociones, gran número de indicios somáticos se han asociado con la experiencia emocional, como la respiración, el ritmo cardíaco, la respuesta galvánica cutánea (relacionada con el sudor), la temperatura de la piel, la dilatación de las pupilas y el parpadeo, la secreción salival y los movimientos gastrointestinales, aspectos que únicamente se mencionarán. (Krech y cols., 1973).

3.2. Antecedentes de la Emoción Expresada

El clima afectivo de las familias con un miembro esquizofrénico ha sido objeto de estudio desde hace varias décadas, tomando como planteamiento que dentro de la familia existen factores estresantes que pueden tener efecto en las recaídas o en la presencia y exacerbación de síntomas del familiar enfermo.

A partir de este planteamiento surge el concepto de la Emoción Expresada (EE) por el familiar que generalmente es el responsable del paciente o está más cerca de él. Su creador, Brown de Inglaterra a finales de la década de los 50's, se da cuenta que el tipo de grupo familiar al cual pacientes esquizofrénicos regresaban tras ser dados de alta tenía diferentes efectos en ellos, tanto favorables como infavorables (Brown, 1959).

De tal forma que surge la necesidad de evitar recaídas en pacientes esquizofrénicos, lo cual ha desencadenado una serie de estudios enfocados a averiguar lo que pasaba con el paciente después de ser dado de alta y regresar a vivir con su familia, donde generalmente los cuidadores responsables son los padres. Estos estudios buscaban conocer lo que sucede cuando un paciente psiquiátrico retorna a su ambiente familiar y social con el fin de investigar que factores pueden estar asociados con la recaída o la exacerbación de síntomas. Bajo este cuestionamiento Brown (1959) empieza a estudiar a pacientes esquizofrénicos y sus familias después de haber sido dados de alta, estudio en el que por primera vez se utiliza el constructo de la emoción expresada (EE) para identificar las actitudes, emociones y sentimientos expresados por el familiar hacia el paciente, siendo Brown el pionero en la teoría de la emoción expresada. Entre los hallazgos más importantes de la EE se ha encontrado que las familias que presentan altos niveles de EE, son familiares que presentan alta crítica hacia el paciente, sobreinvolucramiento emocional y hostilidad, los cuales pueden producir una recaída sintomática e incluso una rehospitalización, en contraste con las familias con bajos niveles, las cuales no expresan actitudes negativas u hostiles al paciente (Vaughn y Leff, 1976a, MacMillan, Gold, Crow, Johnson y Johnstone, 1986). Otro de los hallazgos de la EE demostraron que un alto grado de ésta, por parte del familiar en el momento de la admisión del paciente del hospital, representa el mejor predictor de una posible recaída sintomatológica durante los nueve meses de haber sido dados de alta (Leff y Vaughn, 1980), particularmente

en pacientes que conviven con sus familiares en el mismo espacio más de 35 horas semanales (Brown, Birley y Wing, 1962).

Kuipers y Bebbington en 1988 encontraron que las familias con altos niveles de EE muestran respuestas de enfrentamiento menos efectivas, y pueden afectar desfavorablemente al paciente por un ambiente familiar estresante. La EE puede cambiar con el tiempo y suponen que son el reflejo tanto de estresores externos, como de problemas reales del paciente y respuestas de enfrentamiento inapropiadas de la familia.

El constructo de la EE es una medida que cada vez está siendo más utilizada por clínicos e investigadores, debido a su valor en la medición de actitudes familiares hacia el paciente ya que estas influyen como factores determinantes en el curso de las enfermedades mentales en general, e incluso en las enfermedades físicas como la diabetes (Koenigsberg, Klausner, Chung, Pelino y Campbell, 1995). En lo que concierne a la esquizofrenia resulta de gran utilidad como posible predictor de recaídas o exacerbación de síntomas.

3.3. Definición

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

El constructo de la Emoción Expresada en diferentes estudios ha sido evaluado de varias maneras, como principal instrumento de evaluación se encuentra la entrevista semiestructurada, grabada llamada Camberwell Family Interview, esta entrevista se basa en el contenido y en los atributos vocales: la velocidad, grado de excitación y énfasis de la voz. (Brown, y Rutter, 1966) Otro instrumento de evaluación que toma aspectos del anterior es la Five Minute

Speech Sample, una entrevista también grabada basada en lo mismo , pero de menor duración (cinco minutos).

Un tercer instrumento para medir la EE es el Cuestionario Encuesta-Evaluación de la Emoción Expresada (CEEE) que a diferencia de los anteriores, es estructurado y autoplicable, además sus criterios de calificación son cuantitativos en comparación con las técnicas cualitativas utilizadas por los dos anteriores (Guanilo y Seclén, 1993).

Los dos primeros instrumentos utilizados para medir la EE están formados por cinco principales escalas que agrupan las actitudes de los familiares; la crítica, la hostilidad y el sobreinvolucramiento emocional, la calidez y los comentarios positivos. (Leff y Vaughn, 1985). En cuanto al último y el que nos interesa solo consta de tres escalas; la crítica, la sobreprotección o sobreinvolucramiento emocional y la hostilidad. (Guanilo y Seclén, 1993).

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

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

De las cinco escalas mencionadas por Leff y Vaughn (1985), los comentarios críticos y el sobreinvolucramiento han dado los más importantes predictores para las recaídas de la esquizofrenia. Estas dos escalas unidas a la hostilidad (la cuál es raro encontrarla, excepto en asociación con alta crítica), representan un índice clave para predecir el curso de la enfermedad. No obstante

la calidez y los comentarios positivos no son descartados, porque conjuntamente con las demás escalas pueden variar de una cultura a otra, así como depender del curso de la enfermedad.

A continuación se describirán tres de las escalas que plantean Leff y Vaughn (1985) puesto que son las que evalúa el CEEE, instrumento que se aplicó en este estudio.

3.3.1 Crítica

Originalmente fue definida como aquellos comentarios o aseveraciones en los cuales, por la manera en que son expresados, constituyen comentarios infavorables sobre la conducta o personalidad del individuo a quién se refiere (Leff y Vaughn, 1985). Es decir que la crítica es definida como el mostrar aversión o desaprobación de la conducta o características de una persona. (Kuipers y Bebbington, 1988)

Por ejemplo: “El nunca limpia su cuarto, es un desordenado”, “Me molesta que Juan este de holgazán”.

Se ha visto que a pesar de la evidencia del estrés del familiar, la insatisfacción carece del elemento crítico que ha dado predictividad para la recaída. Los familiares con baja EE frecuentemente se describen como tristes, confundidos o heridos pero no culpan a los pacientes por estos sentimientos. Este particular estilo de respuesta está asociado con la idea de que el paciente que sufre de una genuina enfermedad, sobre la cual tiene poco o ningún control, no puede ser responsable de sus acciones cuando está enfermo (Leff y Vaughn, 1985).

3.3.2 Sobreinvolucramiento o Sobreprotección

En algunos textos también lo han llamado sobreprotección por parte de los familiares. Se presenta más comúnmente en los padres que en algún otro familiar. Esta compuesta por aspectos de sobreprotección o consentimiento, autosacrificio y malestar emocional, similar al trato que normalmente se le da a un niño, con niveles inapropiados de preocupación por parte del familiar. El paciente es visto como menos competente que antes, y más vulnerable. (Kuipers y Bebbington, 1988)

Por ejemplo: "La mayor parte de mi vida me la he pasado haciendo lo más que puedo por María".

3.3.3. Hostilidad

Generalmente la hostilidad se presenta si existe crítica, por tal razón tiene poco valor como predictor independiente. No obstante los comentarios críticos pueden variar bastante, en intensidad y en el rango de conductas al cuál se refieren por lo que un familiar altamente crítico no es necesariamente hostil. La hostilidad se considera presente cuando el paciente es atacado por lo que es, más que por lo que hace. (Leff y Vaughn, 1985). Mas que nada lo que refleja es una dificultad en tolerar y algunas veces en comprender la situación del familiar enfermo. (Kuipers y Bebbington, 1988)

Para Vaughn y Leff (1985) la hostilidad es evaluada estrictamente usando dos criterios: la generalización de la crítica, que se refiere a comentarios no solo de una conducta en particular sino de todo lo que hace la persona y de los que es, y los comentarios de rechazo. En conclusión los comentarios críticos que también califican como hostiles por su contenido, pueden tener comentarios que tal vez no

son críticas definitivas de características o conductas específicas pero que sugieren una conducta de rechazo.

Por ejemplo: “Pedro es una persona enferma, no en pleno uso de sus facultades, un enfermo al que hay que combatir”

3.4. Antecedentes sobre emoción expresada y curso de la esquizofrenia.

El interés por la Emoción Expresada se ha difundido por todo el mundo, de tal forma que si hablamos de estudios del tema tendríamos una gran variedad de autores y temas de estudio de la EE, pero en este apartado nos enfocaremos a los estudios que se refieren a la relación entre el curso de la enfermedad y la EE.

Desde los inicios del estudio de la EE se planteó que los esquizofrénicos son indebidamente sensitivos al contacto interpersonal y están más en riesgo de recaída cuando viven con un familiar que los critica, sobreprotege y es hostil (Brown y cols. 1962; Vaughn y Leff, 1976b). También existen estudios en los que se ha relacionado el funcionamiento psicosocial del paciente esquizofrénico y la emoción expresada se encontró que los familiares con alta EE tendieron a evaluar con un funcionamiento más bajo a su familiar enfermo y a presentar mayor insatisfacción y crítica hacia la conducta del paciente, que los familiares con baja EE (Otsuka y cols, 1994).

En cuanto a la sintomatología del paciente y la EE en 1983 Miklowitz y Goldstein encontraron que los pacientes que venían de familias con alto sobreinvolucramiento se caracterizaban por un pobre funcionamiento premórbido y mayor sintomatología residual cuando eran dados de alta, en comparación con aquellos que venían de familias con alta crítica.

Koenigsberg y Handley (1986) plantearon la hipótesis de que los síntomas negativos serían más prevalentes en familias con baja EE. Por el contrario, Hooley (1986) reportó que la alta EE (crítica en particular) estaría asociada con niveles más altos de síntomas negativos, por tener apariencias de ser más volucionales.

En un estudio realizado por Masanet, Lacruz, Asencio, Bellver y Montero (1997) tomaron a la EE como una variable dicotómica, y no encontraron relación con las características clínicas del paciente. Sin embargo, cuando consideraron por separado los diferentes componentes de la EE, encontraron que los pacientes con mayor gravedad clínica tenían familiares más críticos y hostiles. Ellos concluyen que el nivel de crítica y la hostilidad por parte de la familia podría ser consecuencia de la situación clínica del paciente, pero a su vez una causa de ésta.

Recientemente Mino, Inoue, Shimodera, Tsuda y Yamakoto. (1998) demostraron que los efectos de la EE fueron significativos sobre el aislamiento emocional, el estado de ánimo deprimido y el total de síntomas depresivos de pacientes con esquizofrenia. Algo similar fue encontrado por Butzlaff y Hooley (1998) quienes reportaron que la relación EE-recaída fue más fuerte para pacientes crónicos.

Un análisis de los niveles de crítica y hostilidad en pacientes con psicosis fue hecho por Bentsen, Notland, Boye, Munkvold, Bjorge, Lersbryggen, Uren, Oskarsoon, Berg-Larsen, Lingjaerde y Malt (1998) quienes encontraron que los predictores fuertes de niveles altos de crítica se encontraban en pacientes sin empleo remunerado, con más de tres hospitalizaciones previas y con más conductas molestas para el familiar. Predictores de fuertes de niveles altos de hostilidad se encontraron cuando el paciente carecía de empleo y tenía más de tres hospitalizaciones previas.

La Emoción Expresada puede ser modificable y se ha observado que las familias con alta EE en la cual el paciente presentaba muchas recaídas, éstas tienden a disminuir cuando la EE baja (Buzlaff y Hooley, 1998).

Kuipers y Bebbington (1988) afirman que hay evidencias para pensar que la EE es representante de interacciones familiares y continuas: "La EE puede cambiar con el tiempo y probablemente refleje la interacción de estresores externos de problemas reales con el paciente y de respuestas de enfrentamiento inapropiadas".

En conclusión, la EE es considerada como un predictor importante de recaída, y no sólo de recaída que implique una hospitalización, sino también una recaída sintomática en la cual los síntomas se exacerban. Sin embargo el paciente puede estar estable pero sigue presentando síntomas como aislamiento, depresión, etc. afectando con ello su funcionamiento e incluso su atmósfera familiar.

CAPÍTULO 4.

Proceso Metodológico

4.1. Planteamiento del problema

La pregunta de este estudio es: ¿Cuál es la relación entre la opinión afectiva del paciente esquizofrénico hacia su familiar, la emoción expresada del familiar responsable y la presencia de conductas sintomáticas del paciente?.

4.2. Objetivos

4.2.1 Objetivo General

Investigar si existe relación entre la opinión afectiva del paciente, la emoción expresada del familiar y la presencia de conductas sintomáticas del paciente esquizofrénico.

4.2.2 Objetivos Específicos

- Conocer la opinión afectiva del paciente.
- Conocer la emoción expresada por el familiar.
- Conocer las conductas sintomáticas presentes en el grupo de pacientes evaluados.
- Describir las conductas sintomáticas presentes cuando el paciente percibe irritabilidad, indiferencia y sobreprotección por parte del familiar.

- Describir las conductas sintomáticas presentes cuando el paciente percibe que no recibe afecto por parte del familiar.

- Describir las conductas sintomáticas presentes cuando el paciente percibe su ambiente familiar agradable y/o desagradable.

- Describir las conductas sintomáticas presentes cuando la emoción expresada por el familiar es alta.

- Describir las conductas sintomáticas presentes cuando la emoción expresada por el familiar es baja.

- Investigar la relación entre la opinión afectiva y la emoción expresada.

4.3. Hipótesis

Ho₁- A mayor opinión afectiva negativa del paciente mayor presencia de conductas sintomáticas.

Ha- A mayor opinión afectiva negativa del paciente menor presencia de conductas sintomáticas.

Ho₂- A mayor emoción expresada alta del familiar mayor presencia de conductas sintomáticas del paciente.

Ha- A mayor emoción expresada alta del familiar menor presencia de conductas sintomáticas del paciente.

Ho₃- La conducta sintomática del paciente predice mayor EE y menor opinión afectiva negativa del paciente

Ha- La conducta sintomática del paciente predice menor EE y mayor opinión afectiva negativa del paciente.

4.4. Variables

- **Variable Criterio.- Conductas Sintomáticas:**

Los síntomas de la esquizofrenia según el DSM-IV se componen de síntomas positivos que parecen reflejar un exceso o distorsión de las funciones normales y síntomas negativos que reflejan una disminución o pérdida de las funciones normales. Los síntomas positivos incluyen a las ideas delirantes, alucinaciones, el lenguaje desorganizado y comportamiento gravemente desorganizado o catatónico, y los síntomas negativos se refieren a el aplanamiento afectivo, a la falta de fluidez y productividad del pensamiento y el lenguaje (alogia), y dificultades para la iniciación y persistencia en actividades dirigidas a un fin (abulia). Las conductas sintomáticas fueron evaluadas con el uso de la Cédula de evaluación de la conducta del paciente SBAS (segunda edición) elaborada por Platt., Weyman y Hirsch. (1977) y Platt. (1980), aplicada al familiar a cargo. Las respuestas del familiar se califican dentro de tres categorías: 1=no presenta la conducta sintomática, 2= se presenta en grado moderado y 3= se presenta en grado severo.

- **Variable Atributiva.- Opinión Afectiva:**

Se refiere a cómo percibe el paciente los sentimientos, emociones y actitudes expresados por el familiar como son la irritabilidad, la indiferencia, el no recibir afecto o cariño y el trato específicamente de su familiar a cargo, también se evalúa como percibe su ambiente familiar. Esta variable será evaluada por medio de las respuestas del OPAF (Rascón, 1995) aplicado al paciente. Todos los

reactivos reportan que a mayor puntuación mayor opinión afectiva negativa, excepto el que mide ambiente familiar, donde la puntuación más alta corresponde a una percepción tanto agradable como desagradable (ambos) y el recibir afecto, donde la puntuación más alta se refiere a casi siempre, por lo que fue necesario invertir las respuestas sin afectarlas.²

- **Variable Atributiva.- Emoción Expresada:**

Estado psíquico caracterizado por sentimientos, emociones y actitudes acompañado casi siempre de una expresión motora, a menudo intensa respecto al familiar enfermo. Está formada por tres componentes: la crítica, la sobreprotección y la hostilidad. Se evaluará mediante la autoaplicación del Cuestionario-encuesta evaluación del nivel de emoción expresada (CEEE) elaborado por Guanilo y Seclén (1993) aplicada al familiar responsable. La calificación de este cuestionario reporta que a mayor puntaje la emoción expresada es más alta.

4.5. Método

4.5.1. Sujetos.

Se evaluaron 40 pacientes esquizofrénicos crónicos, estables y ambulatorios, y a sus familiares responsables. Estos pacientes fueron contactados de la consulta externa de un hospital psiquiátrico de tercer nivel (Instituto Mexicano de Psiquiatría) siempre y cuando reunieran los criterios de inclusión mencionados a continuación.

² Esto se explicará detalladamente en la sección de análisis estadístico.

Criterios de inclusión del familiar:

- 1.- Posibilidad de contactarse con la familia del paciente, de preferencia el que esté a cargo, es decir, que sea responsable de su manutención y cuidado.
- 2.- Que tenga convivencia cotidiana con el paciente.
- 3.- Residencia en la ciudad de México y zona conurbada
- 4.- Puede ser uno de los padres, hermano, esposo u otro familiar.

Criterios de exclusión del familiar:

- 1.- Familiares gravemente enfermos.

Criterios de inclusión del paciente:

- 1.- Pacientes de ambos sexos con edad entre 18 y 55 años
- 2.- Residencia en la ciudad de México y zona conurbada
- 3.- Educación primaria terminada.
- 4.- Pacientes que reúnan los criterios diagnósticos de esquizofrenia al DSM IV y el CIE-10, diagnósticos dados por el psiquiatra a cargo de su tratamiento farmacológico (el mismo para todos los pacientes).
- 5.- Que sean pacientes ambulatorios bajo tratamiento(estables).

Criterios de exclusión del paciente:

- 1.- Paciente que no reúna alguno de los criterios de inclusión.
- 2.- Pacientes con síntomas severos de la enfermedad, como ideación suicida, excesivo aislamiento, alucinaciones o delirios extremos.
- 3.- Pacientes con efectos colaterales medicamentosos severos.
- 5.- Pacientes que no tengan algún familiar que conviva con él.

4.5.2 Diseño y tipo de estudio

El estudio es de tipo exploratorio y descriptivo, con un diseño transversal. Se trabajó con un solo grupo de 40 pacientes con un familiar por cada uno.

4.5.3. Tipo de muestreo

El tipo de muestreo utilizado fue no probabilístico de tipo circunstancial.

4.5.4. Instrumentos

1. La opinión afectiva del paciente hacia el familiar a cargo fue evaluada mediante un cuestionario llamado (OPAF) elaborado por Rascón (1995). Este cuestionario esta formado por los indicadores de la teoría de la emoción expresada tomando en consideración los estudios de Leff y cols. (1982), Leff (1989); Vaughn y Leff (1976); Vaughn (1976). Abarca las siguientes áreas: Tipo y frecuencia de contactos, trato del familiar responsable, características de la relación como irritabilidad, indiferencia, sobreprotección, afecto y percepción del ambiente familiar. El tipo de escala empleada es Likert. (ver anexos,pag. 105) Para obtener la confiabilidad en población mexicana de este instrumento se aplicó un análisis de consistencia interna con 68 casos obteniendo un Alpha estandarizada de 0.6278 (ver anexos, pag. 113).

2. La emoción expresada por el familiar fue evaluada con el Cuestionario-encuesta evaluación del nivel de emoción expresada (CEEE) elaborado por Guanilo y Seclén (1993) conformado por 30 reactivos, que miden crítica, sobreprotección y hostilidad. Es un instrumento autoaplicable, estandarizado y estructurado.(ver anexos, pag. 116) Su confiabilidad en escenarios peruanos obtuvo un Alpha de Cronbach de 0.7. Para población mexicana se obtuvo una Alpha estandarizada de Cronbach de 0.8570 (Rascón, 1994) (ver anexos, pag. 123).

La forma de codificación de este instrumento van de acuerdo a las utilizadas por Guanilo y Seclén (1993), (ver anexos, pag. 123 y 126).

3. Para evaluar la conducta sintomática del paciente, el índice de recaídas y la evolución de la enfermedad, se utilizó la Cédula de evaluación de la conducta del paciente SBAS (segunda edición) elaborada por Platt, Weyman y Hirsch. (1977) y Platt (1980), tomando solo la sección que se refiere a datos demográficos e información general del paciente y el familiar (sección A), y la sección referente a la conducta del paciente (sección B) (ver anexos, pag. 128).

La sección B evalúa las siguientes conductas sintomáticas del paciente:

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

De cada conducta sintomática se evalúa su presencia, su tiempo de aparición y la preocupación del informante (familiar responsable), pero para este estudio solo se tomaron en cuenta la presencia de la conducta sintomática, si era moderada o severa (ver anexos, pag. 128).

Este es un instrumento estandarizado, semiestructurado, con una confiabilidad para escenarios mexicanos de Kappa: 0.78 (Otero y Rascón, 1988). Posteriormente se sometió a otro análisis de la sección y reactivos que se utilizaron. (ver anexos, pag. 161).

4.5.5. Procedimiento

Se seleccionaron a los pacientes que cubrían los requisitos para el estudio y se citaron tanto a ellos como a sus familiares. Posteriormente se llevaron a cabo las entrevistas a cada uno, en las que se aplicaron los instrumentos con una duración aproximada de dos horas divididas en dos sesiones para cada familiar y 30 minutos para cada paciente. Dichas entrevistas las realizaron psicólogos previamente capacitados en el manejo de los instrumentos, en la misma institución, en un cubículo evitando en la medida de lo posible las interrupciones, asegurando, tanto al familiar como al paciente, confidencialidad en la información recabada.

Al paciente se le aplicó el OPAF y al familiar a cargo la cédula de evaluación de la conducta del paciente SBAS (segunda edición) y el cuestionario autoaplicable CEEE siguiendo las instrucciones de aplicación de cada instrumento.

El cuestionario CEEE se calificó según los criterios de sus autores Guanilo y Seclén (1993), obteniéndose las categorías de alta y baja EE, así como también de alta y baja crítica, sobreprotección y hostilidad. Posteriormente se paso a la

captura tanto de los resultados como de las respuestas de cada una de las preguntas.

Las respuestas de los cuestionarios se capturaron y procesaron en los programas estadísticos SPSS versión 6.1.2 y SYSTAT versión 5.0, para su análisis.

4.5.6. Análisis estadístico

Análisis Cuantitativo

Se empleó la estadística descriptiva con la elaboración de tablas de frecuencias simples, y cruces entre variables, después se aplicó la estadística inferencial para observar relaciones entre variables.

Opinión Afectiva OPAF

Para el procesamiento de los datos de la opinión afectiva fue necesario invertir la respuesta referente a recibir afecto del familiar responsable, logrando con ello que todos los reactivos (irritabilidad, indiferencia y sobreprotección) tuvieran la misma dirección, es decir, a mayor puntaje mayor opinión afectiva negativa, sin afectar los valores de las respuestas. En los análisis se manejó como no recibir afecto. Todas las respuestas de cada reactivo se describieron y después se relacionaron con las variables demográficas de pacientes y familiares.

Emoción Expresada CEEE

Se describieron los resultados de la emoción expresada en general, así como de sus componentes (crítica, sobreprotección y hostilidad) Posteriormente tanto la emoción expresada alta y baja como sus componentes se cruzaron con las características demográficas tanto de pacientes como de familiares,

Conducta Sintomática SBAS

Con las frecuencias simples de la conducta sintomática se pudieron seleccionar las conductas más frecuentes que tuvieron porcentajes altos en el grado moderado y severo, estas se tomaron en cuenta para cruces entre variables. El porcentaje de la conductas sintomática que se consideró fue a partir del 27.5% en adelante de severidad moderada, los porcentajes de cada conducta frecuente se sumaron con su correspondiente en el grado más severo, puesto que los pacientes de la muestra son estables.

Interacción entre las variables.

Se cruzaron las conductas sintomáticas seleccionadas con la percepción del ambiente agradable, desagradable o con ambas características, así como los mismos se cruzaron con la variable de EE.

Se dividió la muestra en dos; los familiares de EE alta y baja, y dentro de cada grupo se analizó cada una de las características presentes de la opinión afectiva del paciente. Este mismo procedimiento se realizó para los componentes altos y bajos de la EE (crítica, sobreprotección y hostilidad).

Para observar la relación entre las variables de opinión afectiva, emoción expresada y conductas sintomáticas se hizo una sumatoria de los valores de las características de la opinión afectiva para obtener un solo puntaje, de la emoción expresada se tomó el puntaje global y en cuanto a las conductas sintomáticas se tomaron en cuenta el número de ellas que se presentaron con mayor frecuencia para tener variables continuas de las tres. Con esto se hicieron dispersígramas que esquematizaron la relación entre las variables y además se aplicó el modelo general de regresión lineal.

CAPÍTULO 5

Resultados

Primero se describirán los datos demográficos de pacientes y familiares, posteriormente los resultados obtenidos de la emoción expresada por el familiar responsable, la opinión afectiva del paciente y la conducta sintomática de los pacientes, para terminar se mostrará lo encontrado cuando se relacionaron la conducta sintomática frecuente con la emoción expresada y la opinión afectiva, así como los resultados de la relación de opinión afectiva y la emoción expresada.

5.1. Datos demográficos

La muestra del estudio estuvo formada por 40 pacientes con esquizofrenia, estables y ambulatorios, atendidos en consulta externa, y un familiar a cargo de cada uno de los pacientes evaluados en el periodo de ingreso a un programa de tratamiento en el Instituto Mexicano de Psiquiatría.

Los datos demográficos de pacientes y familiares serán explicados con detalle a continuación.

90% de los pacientes vivían con sus padres, 7.5% con hermanos y 2.5% vive con un hijo pero el familiar que se hizo responsable fue una hermana que no vive con la paciente aunque la ve fines de semana.

La muestra de pacientes estuvo constituida por 30 hombres (75%) y 10 mujeres (25%) de los cuales el 97.5% estaban solteros y el 2.5% separados. La media de edad fue de 30 años con una desviación standar de 7.6.

Los porcentajes de escolaridad fueron altos en 1 o más años de universidad con un 27.5% y en 1 o más años de preparatoria con 52.5% del total

de la muestra. En su mayoría no tenían ninguna ocupación con un 67.5% el resto estudiaba (10%), eran obreros no calificados (12.5%), obreros calificados (5%), o se dedicaban al hogar (5%) en el caso de pacientes mujeres.

El 57.5% tenía más de 5 años con la enfermedad, el 35% nunca había sido hospitalizado, el 25% solo una vez, el 12.5% dos veces, el 10% tres veces, el 10% cuatro veces y el 7.5% había sido hospitalizado más de cuatro veces.

El familiar responsable del paciente en su mayoría fue la madre con un 80%, solo el 10% el padre y el otro 10% hermanos puesto que los padres ya habían fallecido. El 27.5% de los pacientes ocuparon los primeros lugares de la familia, el 22.5% los lugares medios y el 42% los últimos lugares. (ver tabla 1).

La muestra de familiares estuvo conformada por 87.5% mujeres y 12.5% hombres y, de los cuales el 2.5% lo constituye un hermano, el 7.5% tres hermanas, el 10% cuatro padres y el 80% 32 madres. Respecto al estado civil, en su mayoría estaban casados (60%), el 25% estaban separados o divorciados, el 10% viudos y el 5% continuaba soltero. La media de edad fue de 57 años con una D.S. de 10.

La frecuencia de contacto con el familiar reportada por el paciente se presentó, con un 37.5% los que se veían por la tarde, 20% durante la comida, 12.5% solo por la noche, 5% a media mañana, y 5% solo los fines de semana en los casos en que el paciente no vivía con ellos. (ver tabla 1).

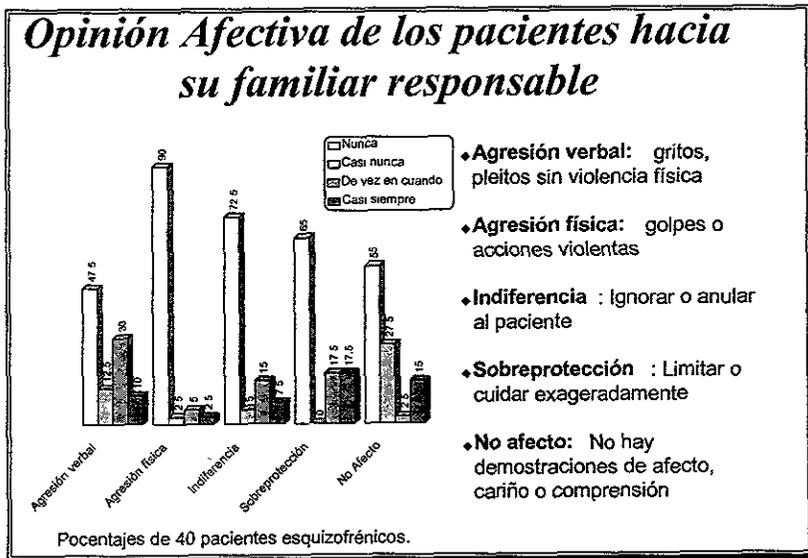
Tabla 1

Datos demográficos de los pacientes N: 40			Datos demográficos de los familiares de los pacientes N: 40		
Sexo	Frec.	%	Sexo	Frec.	%
Masculino	30	75.0	Masculino	5	12.5
Femenino	10	25.0	Femenino	35	87.5
Edo. Civil	Frec.	%	Edo. Civil	Frec.	%
Soltero	39	97.5	Casado	24	60.0
Separado	1	2.5	Separado	10	25.0
			Soltero	2	5.0
			Viudo	4	10.0
Edad	Frec.	%	Edad	Frec.	%
18- 27 años	19	47.5	28 años	1	2.5
28- 37 años	13	32.5	40-49 años	7	17.5
38- 45 años	8	20.0	50-59 años	16	40.0
	Media	D.S.	60-69 años	12	30.0
	29.90	7.59	70-76 años	4	10.0
Escolaridad	Frec.	%	Escolaridad	Frec.	%
1 o mas años de univ.	11	27.5	1 o más años de univ	5	12.5
1 o más años de prepa	21	52.5	1 o más años de prepa	9	22.5
Secundaria o equiv.	4	10.0	Secundaria o equiv.	12	30.0
1 o más años de sec.	4	10.0	1 o más años de sec.	1	2.5
Ocupación	Frec.	%	Ocupación	Frec.	%
Obrero calificado	2	5.0	Jefe de oficina	3	7.5
Obrero no calificado	5	12.5	Empleado	8	20.0
Hogar	2	5.0	Obrero calificado	4	10.0
Desocupado	27	67.5	Obrero no calificado	4	10.0
Estudiante	4	10.0	Hogar	17	42.5
Tiempo de Evolución	Frec.	%	Jubilado	Frec.	%
> 1 mes < 3 meses	1	2.5	Jubilado	4	10.0
> 3 meses < 1 año	3	7.5	Frec. de contacto con pac*.	Frec.	%
> 1 año < 2 años	3	7.5	Todo el día	8	20.0
2 años	5	12.5	Media mañana	2	5.0
3 años	1	2.5	Por la tarde	15	37.5
4 años	4	10.0	Solo por la noche	5	12.5
5 años o más	23	57.5	Durante la comida	8	20.0
Num. de hospitalizaciones	Frec.	%	Solo fines de semana	2	5.0
Ninguna	14	35.0			
1	10	25.0			
2	5	12.5			
3	4	10.0			
4	4	10.0			
mas de 4	3	7.5			
Familiar responsable	Frec.	%			
Madre	32	80.0			
Padre	4	10.0			
Hermano	4	10.0			
Lugar en la familia	Frec	%			
Hijo único	2	5.0			
Primeros lugares	11	27.5			
Lugares medios	9	22.5			
Últimos lugares	18	42.0	*Referido por el paciente		

5.2. La opinión afectiva del paciente.

Los resultados fueron obtenidos de la aplicación del cuestionario de Opinión Afectiva (OPAF) el cuál dio información acerca de la percepción de pacientes con esquizofrenia ambulatorios y estables en cuanto a irritabilidad (agresión verbal y física), indiferencia, sobreprotección y el no recibir afecto, así como también acerca del trato del familiar responsable y que tan agradable es su ambiente familiar.

Gráfica 1.



La irritabilidad está compuesta por dos características; agresión verbal (gritos, pleitos sin violencia física) y, agresión física (golpes o acciones violentas) hacia el paciente. Dando como resultado lo siguiente; el 30% de los pacientes reportaron que su familiar responsable los agrede verbalmente de vez en cuando, el 10% casi nunca, el 12.5% casi siempre. En cuanto a la percepción de agresión

física por parte de su familiar, el 5% de vez en cuando recibe golpes o acciones violentas de su familiar.

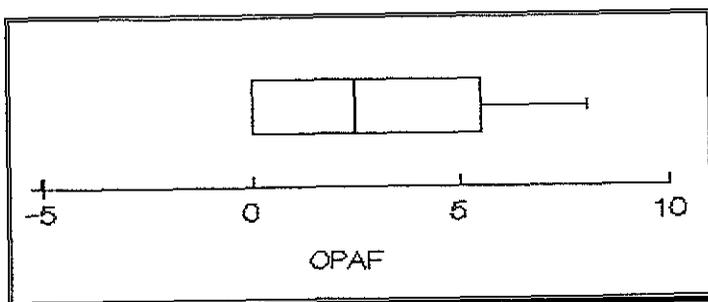
El 15% de los pacientes manifestó sentir indiferencia por su familiar a cargo de vez en cuando, mientras que el 7.5% la sintieron casi siempre. La sobreprotección reportada por los pacientes fue del 17.5% que se sintieron sobreprotegidos de vez en cuando, y el mismo porcentaje lo sintió casi siempre.

Respecto a no recibir afecto por parte del familiar responsable, se observaron los siguientes porcentajes, el 27.5% refirieron recibir afecto casi siempre, el 2.5% de vez en cuando y el 15% casi siempre no recibieron afecto (ver gráfica 1).

Por otra parte, 22.5% de los pacientes entrevistados reportaron que los trata muy bien su familiar responsable, 47.5% los trata bien, 22.5% regular y solo el 7.5 los trata mal su familiar. En cuanto al ambiente familiar; el 10% lo percibe como desagradable, el 37.5% agradable y el 52.5% con ambas características.

Para obtener un sólo puntaje de la opinión afectiva se sumaron los valores de cada característica de opinión negativa (irritabilidad, indiferencia sobreprotección y falta de afecto) por cada paciente.

Gráfica 2



En la gráfica 2 por medio de cajas se esquematiza claramente el promedio de las respuestas de los pacientes en cuanto a la opinión afectiva negativa y la mayoría se sitúa entre el 0 y el 6 con una media de 3.25.

Los resultados de la opinión afectiva del paciente se relacionaron con datos demográficos tanto del paciente como del familiar y los más sobresalientes fueron los siguientes:

Los pacientes que reportaron que los agredían verbalmente de vez en cuando, el 20% de ellos estaban sin ocupación tenían una edad de 18 a 27 años, 17.5% nunca habían sido hospitalizados, 12.5% tenían 5 años de evolución del padecimiento, y 10% convivían con su familiar por la tarde, reportaron que les gritaban de vez en cuando.

12.5% de los familiares que fueron percibidos por los pacientes como que los agredían verbalmente de vez en cuando tenían una edad de los 50 a 59 años. En cuanto al sexo del paciente; 26.7% del total de hombres reportaron que les gritaban de vez en cuando y 40% del total de mujeres reportaron lo mismo.

25% del total de la muestra de familiares eran madres, 22.5% de estaban casados y 12.5% se dedicaban al hogar les gritaban de vez en cuando.

Del grupo que reportó haber recibido agresiones físicas por parte de su familiar responsable (4 pacientes) cabe resaltar que tres eran pacientes hombres, una mujer, los cuatro estaban desocupados y habían tenido ninguna o una hospitalización, los familiares de los cuatro eran madres separadas, dos de ellas eran empleadas y dos obreros calificados.

De los pacientes que percibieron indiferencia de vez en cuando de sus familiares 10% tenían una edad de 18 a 27 años, 10% estaban desocupados,

7.5% nunca habían sido hospitalizados, 5% tenían más de 5 años de evolución y 10% de los familiares eran madres, los que la percibieron casi siempre; el 5% tenían más de 5 años de evolución.

De los porcentajes de sobreprotección y características demográficas, sobresalen los pacientes que tenían una edad de 18 a 27 años y se sintieron sobreprotegidos de vez en cuando con un 7.5%, lo sintieron casi siempre, pacientes entre 18 y 27 años con 7.5%, pacientes con una ocupación con 7.5%, que nunca habían recaído con el 10%, con más de 5 años de evolución con 10% y el mismo porcentaje para lo que convivían en la tarde con su familiar.

La sobreprotección fue más marcada en el grupo de pacientes mujeres, en el cual el 20% la percibieron de vez en cuando y el 30% casi siempre.

Respecto a los familiares que fueron percibidos como sobreprotectores de vez en cuando por los pacientes, 5% tuvieron una edad de 60 a 69 años, 12.5% fueron madres y 5% fueron empleados, y los que fueron percibidos casi siempre, 7.5% con una edad de 60 a 69 años, 12.5% eran madres, 12.5% estaban casados y 2.5% eran empleados.

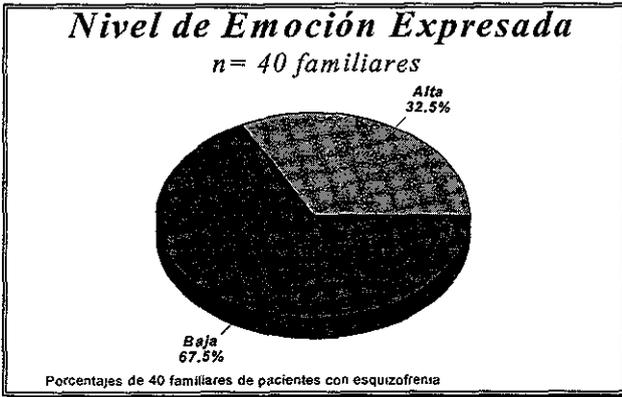
El no recibir afecto casi nunca por parte de su familiar responsable estuvo relacionado con las siguientes características demográficas de los pacientes; 10% tenían una edad de 18 a 27 años, 10% eran hombres, 5% mujeres, 7.5% nunca habían sido hospitalizados, 10% tenían más de 5 años de evolución y los familiares; 10% eran casados, 7.5% tenían una edad de 60 a 69 años y 12.5% se dedicaban al hogar. Los familiares que fueron reportados por los pacientes como que no daban afecto de vez en cuando; 12.5% fueron madres.

En cuanto al tipo de trato del familiar responsable percibido por el paciente, el 17.5% de los pacientes reportó ser tratado mal y tuvo una edad de 28 a 37 años

5.3. La emoción expresada en los familiares.

Los resultados correspondientes a la emoción expresada fueron obtenidos según los puntajes del cuestionario CEEE¹

Gráfica 3.

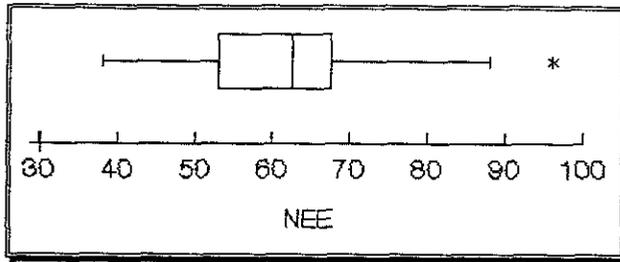


El nivel de emoción expresada encontrado fue bajo en 67.5% de los familiares, y alto en el 32.5% de los familiares. (Ver gráfica 3).

Para obtener el promedio y la distribución de los resultados se tomó el puntaje global del CEEE a lo que se le llamó nivel de emoción expresada (NEE).

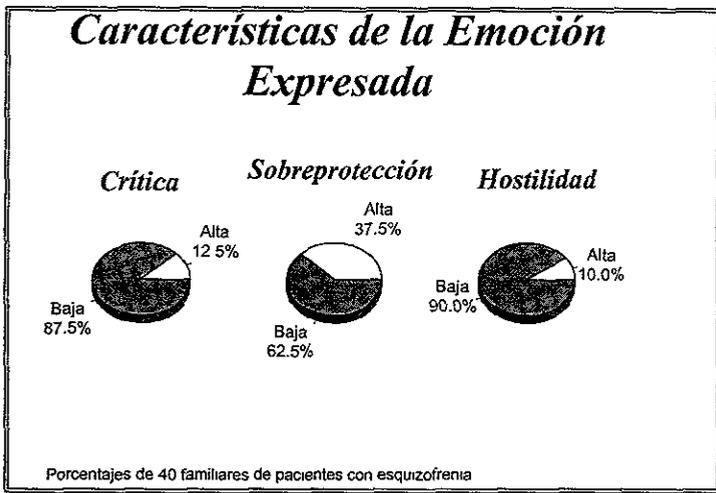
¹ Ver capítulo 4, la sección de instrumentos aplicados al familiar.

Gráfica 4.



En la gráfica 4 se observa que la mayoría de los familiares están situados entre los 53 y 69 puntos con una media de 61.67., lo cual nos da una idea de que están al límite de tener EE alta. Es importante resaltar que solo un familiar se sale considerablemente de la media con un puntaje de 89 el cual es muy alto.

Gráfica 5.



Los tres componentes de la emoción expresada tuvieron los porcentajes que se muestran en la gráfica 5. Se observaron niveles bajos de crítica, sobreprotección y hostilidad. En cuanto a los niveles altos; la sobreprotección alta tuvo un porcentaje de 37.5%² (ver gráfica 5).

² Los niveles bajos se refieren a respuestas de nunca o casi nunca, y los niveles altos se refieren a respuestas de casi siempre o siempre en los reactivos referentes a actitudes de crítica, sobreprotección y hostilidad. (Ver reactivos del CEEE agrupados por componente, anexos, pag. 120)

Los resultados obtenidos de la emoción expresada por el familiar se relacionaron con algunas características demográficas tanto de pacientes como de familiares, en esta sección se describirán los más relevantes.

De los familiares con EE alta; 38.5% de ellos tuvieron una edad entre los 60 y 69 años, 69.2 % fueron madres, 53.8 % tenían pareja y 30.8 % estaban separados. En cuanto a los pacientes con familiares con EE alta; un porcentaje igual al 38.5% se presentó para los que tenían una edad entre los 18 y 27 años y, los de 38 a 45 años, la mayoría estaban desocupados 69.2%, el 77% habían tenido dos hospitalizaciones o menos, el 76.9% más de 5 años de evolución de la enfermedad, y por último la frecuencia de contacto con sus familiares fue de un 30.8% por la noche y el 23.1% se veían por la tarde.

Los familiares con EE baja presentaron las siguientes características; 85.2% fueron madres, 63% con pareja y 48.1% tuvieron una edad entre los 60 y 69 años,. De los pacientes de estas familias, 66.7% estaban desocupados, el mismo porcentaje presentó ninguna o una recaída con hospitalización, 51.9% tenían una edad de 18 a 27 años, el 48.1% tuvo más de 5 años de evolución, y la frecuencia de contacto con el familiar responsable fue de un 44.4% en los que se veían por la tarde.

Además de los datos demográficos cruzados con el tipo de emoción expresada, se cruzaron estos mismos datos con cada uno de los componentes de la EE, que son la crítica, la sobreprotección y la hostilidad.

Los resultados más importantes obtenidos por parte de los familiares con crítica alta (ver anexos, pag.120), fueron los siguientes; 40% tenían una edad de 40 a 49 años y 60% tenían una ocupación de obrero calificado. Los pacientes con estos familiares tuvieron una edad de 18 a 27 años con un 60%, 40% estaban desocupados, 60% con ninguna o una hospitalización, 40% con más de 5 años de

evolución del padecimiento, y con un frecuencia de contacto con el familiar del 40% para los que convivían todo el día y el similar porcentaje para los que se veían por la noche.

Los familiares con crítica baja (ver anexos, pag.120) 42.9% tuvieron una edad de 50 a 59 años, 62.9% casados, y 45.7% se dedicaban al hogar. 45.7% de los pacientes tenían una edad de 18 a 27 años, 71.4% estaban desocupados, 37.1% no habían tenido ninguna hospitalización, 60% con más de 5 años de evolución de la enfermedad, y con una frecuencia de contacto por la tarde con 42.9%.

De los familiares con sobreprotección alta (ver anexos, pag.120); 33.3% tenían una edad de 60 a 69 años, los pacientes tuvieron una edad de 18 a 27 años con un 53.3%, el 80% no tenían una ocupación, 66.7% con ninguna o una hospitalización, 60% con más de 5 años de evolución del padecimiento.

La sobreprotección baja (ver anexos, pag. 120) presentó las siguientes características demográficas en los familiares; el 48% tuvo una edad de 50 a 59 años y el 60% estaban casadas, los pacientes por su parte; 60% estaban sin ocupación, 56% con una o ninguna hospitalización, con una frecuencia de contacto del 40% para los que convivían por la tarde y del 24% durante la comida.

Por otra parte se observaron porcentajes importantes en lo referente al sexo de los pacientes, un 70% del total de mujeres presentaron sobreprotección alta de sus familiares a diferencia de los hombres que fue del 26.7% en esa característica, presentando mayor porcentaje los hombres en la baja sobreprotección (73.3%).

De los familiares con hostilidad alta (ver anexos, pag.120); el 50% tuvo una edad de 40 a 49 años, el 50% eran obreros no calificados, los pacientes de este

grupo tenían una edad de 18 a 27 años (50%) y de 38 a 45 años (50%), el 50% fueron mujeres y el otro 50% hombres, 50% habían tenido una hospitalización, el 100% tuvo más de 4 años de evolución de la enfermedad, por último el 50% convivieron con su familiar responsable solo por la noche.

En el grupo de familiares con hostilidad baja se encuentran los siguientes resultados; 86.1% eran madres y en cuanto a los pacientes, 47.2% tenían de 18 a 27 años de edad, 69.4% estaban desocupados, 38.9% nunca habían sido hospitalizados y 58.3% tenían más de 5 años de estar enfermos.

Para resaltar las diferencias encontradas entre madres, padres y hermanos en relación a la emoción expresada y sus componentes, se agruparon de acuerdo al tipo de relación con el paciente para observar como se presentaban los porcentajes en cada grupo.

Tabla 2

La relación del familiar responsable y la emoción expresada y sus componentes								
Relación	E.E.		Crítica		Sobreprotección		Hostilidad	
	Alta	Baja	Alta	Baja	Alta	Baja	Alta	Baja
Madres n=32	28.1%*	71.9%	6.3%	93.8%	28.1%	71.9%	3.1%	96.9%
Padres n=4	25%	75%		100%	100%			100%
Hermanos n=4	75%	25%	75%	25%	50%	50%	75% ^o	25%

*Porcentajes del total de cada agrupación en cuanto a la relación con el paciente.

Entre los resultados más importantes de la tabla 2; se encontró con EE, crítica y hostilidad altas al 75% de los hermanos. Respecto a los padres, el 100% manifestaron sobreprotección alta. Por último de las madres; 28.1% presentó EE alta y el 93.8% crítica baja.(ver tabla 2)

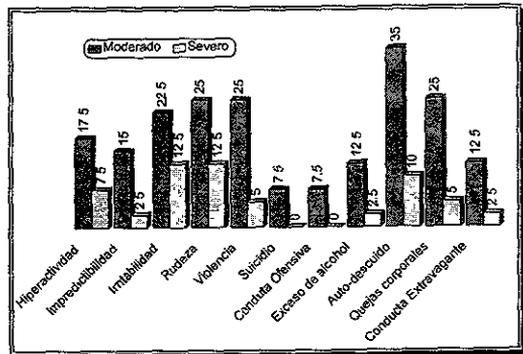
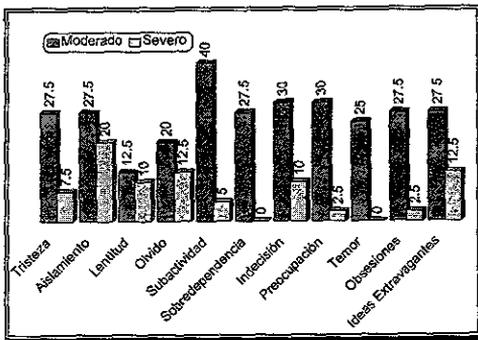
5.4. Conducta sintomática del paciente.

La conducta sintomática de los pacientes fue evaluada por las respuestas del familiar responsable al SBAS³

Conductas Sintomáticas de los pacientes según el familiar responsable.

Gráfica 6

Gráfica 7



Porcentajes de 40 pacientes esquizofrénicos

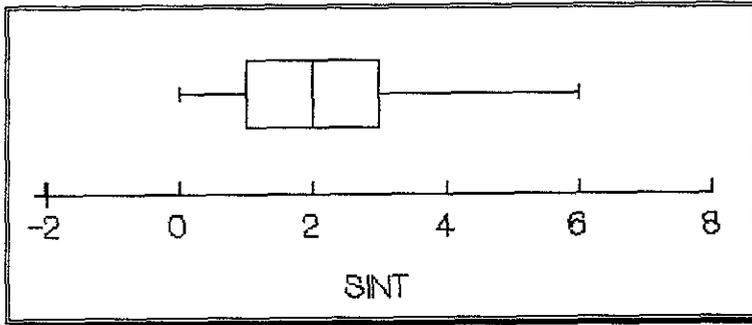
Los porcentajes más altos se observaron en el grado moderado debido a que los pacientes de la muestra estaban estables siendo las conductas más sobresalientes las siguientes: subactividad con un 40%, autodescuido con 35%, indecisión con 30%, preocupación excesiva con 30%, tristeza con 27.5% al igual que aislamiento, sobredependencia, obsesiones e ideas extravagantes, por último temor, rudeza, violencia y quejas corporales con el 25% para cada uno. (Ver gráficas 6 y 7).

³ Ver capítulo 4, la sección de instrumentos aplicados la familiar.

En cuanto a la conducta sintomática reportada por el familiar como severa, el 20% fue en aislamiento y el 12.5% correspondió a presentar olvidos, ideas extravagantes, irritabilidad y rudeza respectivamente. (Ver gráficas 6 y 7).

Se seleccionaron el número de conductas sintomáticas frecuentes y se contaron el número de estas presentes en cada paciente, para los siguientes resultados.

Gráfica 8.



En la gráfica 8 se puede observar la distribución del número de conductas sintomáticas y se ve claramente que la mayoría presentó de 1 a 3 conductas sintomáticas y pocos 0 conductas sintomáticas o 6, con una media de 2 conductas sintomáticas.

5.5. Conductas Sintomáticas y Opinión Afectiva.

En ésta sección se describirán los porcentajes más frecuentes de la relación de conductas sintomáticas frecuentes y características de opinión afectiva del paciente (irritabilidad, indiferencia, sobreprotección y no recibir afecto).

Las conductas sintomáticas con un porcentaje mayor al 27.5% en el grado moderado se sumaron con su correspondiente en el grado severo, después fueron relacionados cada una de las características de la opinión afectiva

tomando en cuenta solo los porcentajes referentes a “de vez en cuando” y “casi siempre o siempre”. A continuación, se describirán los resultados más relevantes.

Tabla 3.

Conductas Sintomáticas observadas en el paciente por el familiar	Percepciones del paciente acerca del familiar responsable					
	Irritabilidad				Indiferencia	
	Agresión verbal (gritos)		Agresión física (golpes)		De vez en cuando %	Casi siempre o siempre %
De vez en cuando %	Casi siempre o siempre %	De vez en cuando %	Casi siempre o siempre %			
Tristeza n= 14	42.9*	14.3	14.3		14.3	14.3
Aislamiento n= 19	31.6	10.5	10.5		15.8	
Subactividad n= 18	27.8				11.1	
Sobredependencia n=11	36.4	9.1		9.1	18.2	
Indecisión n= 16	25	6.3			18.8	6.3
Preocupación n=13	15.4				7.7	7.7
Obsesiones n=12	25	8.3		8.3	8.3	
Ideas Extravagantes n= 16	37.5	12.5		6.3	6.3	
Autodescuido n= 18	22.2	11.1			22.2	5.6

*Porcentajes tomados de la n de cada conducta sintomática

Tabla 4.

Conductas Sintomáticas observadas por el familiar	Percepciones del paciente acerca del familiar responsable			
	Sobrepotección		No recibe afecto	
	De vez en cuando %	Casi siempre o siempre %	De vez en cuando %	Casi siempre o siempre %
Tristeza n= 14	21.4*	7.1		14.3
Aislamiento n= 19	15.8	10.5	5.3	10.5
Subactividad n= 18	5.6	16.7		16.7
Sobredependencia n=11	18.2			18.2
Indecisión n= 16		18.8	6.3	18.8
Preocupación n=13	7.7	7.7		15.4
Obsesiones n=12	16.7			8.3
Ideas Extravagantes n= 16	18.8	12.5	6.3	12.5
Autodescuido n= 18	16.7	11.1	5.6	22.2

*Porcentajes tomados de la n de cada conducta sintomática

En las tablas 3 y 4 se muestran los resultados de la opinión afectiva del paciente en relación con la presencia de conductas sintomáticas observadas por el familiar. La asociación mas alta se presentó en los pacientes con tristeza, puesto que el 42.9% reportó que su familiar responsable los agredía verbalmente y el 21.4% manifestó sobreprotección de vez en cuando. De los pacientes con ideas extravagantes, al 37.5% los agredía verbalmente su familiar de vez en cuando y el 18.8% percibieron sobreprotección de su familiar de vez en cuando. De los que presentaron aislamiento, al 31.6% le gritaban de vez en cuando, del grupo con sobredependencia, al 36.4% lo agredían verbalmente de vez en cuando, el 18.2% sintió que lo sobreprotegieron de vez en cuando y el mismo porcentaje manifestó no recibir afecto la mayoría de las veces. De los que tuvieron indecisión, al 25% de vez en cuando lo agredían verbalmente, el 18.8% percibieron indiferencia también de vez en cuando, el 18.8% reportó sentirse sobreprotegido casi siempre y otro 18.8% no recibió afecto casi siempre. Por último, el 22.2% de los pacientes con autodescuido, manifestaron que los trataron con indiferencia de vez en cuando y el mismo porcentaje de este grupo dijo no haber recibido afecto casi siempre o siempre. (ver tablas 3 y 4).

Tabla 5.

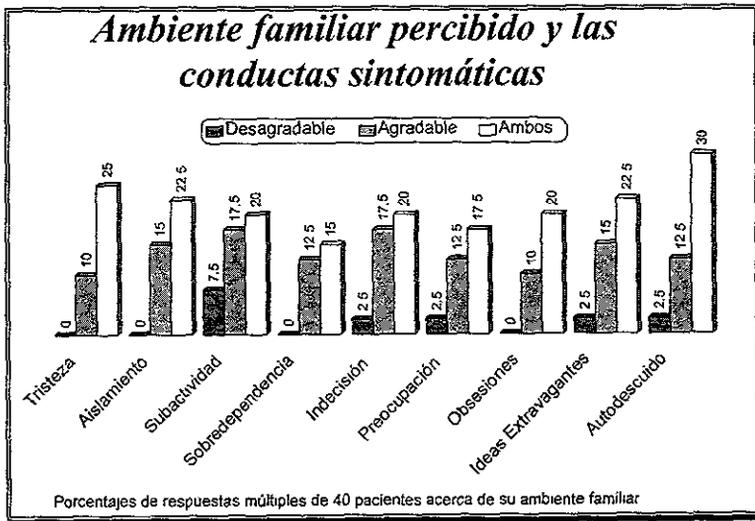
Conductas Sintomáticas observadas por el familiar	Percepción del trato del familiar responsable			
	Muy bien %	Bien %	Regular %	Mal %
Tristeza n= 14	21.4	42.9	28.6	7.1
Aislamiento n= 19	15.8	52.6	31.6	
Subactividad n= 18	22.2	55.6	22.2	
Sobredependencia n=11	18.2	45.5	27.3	9.1
Indecisión n= 16	25	43.8	31.3	
Preocupación n=13	23.1	53.8	23.1	
Obsesiones n=12	33.3	33.3	25	8.3
Ideas Extravagantes n= 16	25	31.3	31.3	12.5
Autodescuido n= 18	33.3	27.8	33.3	5.6

*Porcentajes tomados de la n de cada conducta sintomática

La percepción del trato familiar medida por el OPAF también se cruzó con las conductas sintomáticas frecuentes y se obtuvieron porcentajes altos cuando el paciente percibía que su familiar lo trataba bien y respecto a la categoría de muy mal, está se omitió debido a que nadie opinó que así lo trataran (ver tabla 5).

De los pacientes que presentaron subactividad el 55.6% percibían que los trataban bien, de los que presentaron aislamiento 52.6% sentían que los trataban bien y 31.6% regular, de los que presentaron preocupación 53.8% sintieron que los trataron bien, de los que tenían obsesiones al 33.3% los trataron muy bien y 8.3% mal, por último, los que presentaron autodescuido, el 33.3% percibió que lo trataron muy bien y 33.3% regular. (ver tabla 5).

Gráfica 9



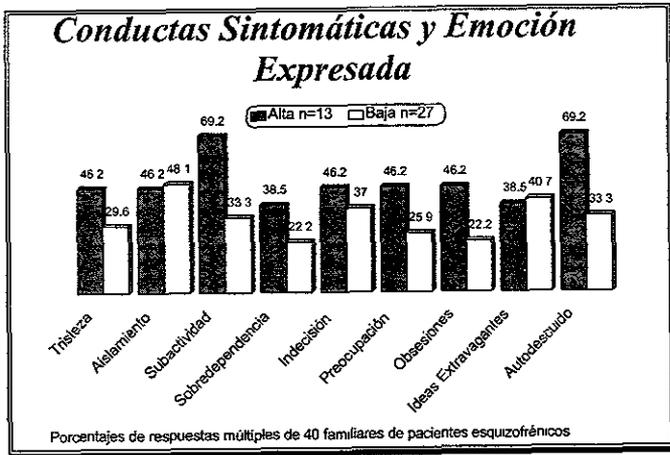
En el ambiente familiar percibido por los pacientes relacionado con los síntomas, los que reportaron percibir su ambiente tanto agradable como desagradable (ambos), presentaron autodescuido con 30%, tristeza con 25%, aislamiento con 22.5% e ideas extravagantes con el mismo porcentaje. El porcentaje más alto para los que percibieron su ambiente desagradable estuvo

relacionado con pacientes que presentaron subactividad con un 7.5%. (Ver gráfica 9).

5.6. Conductas Sintomáticas y la emoción expresada

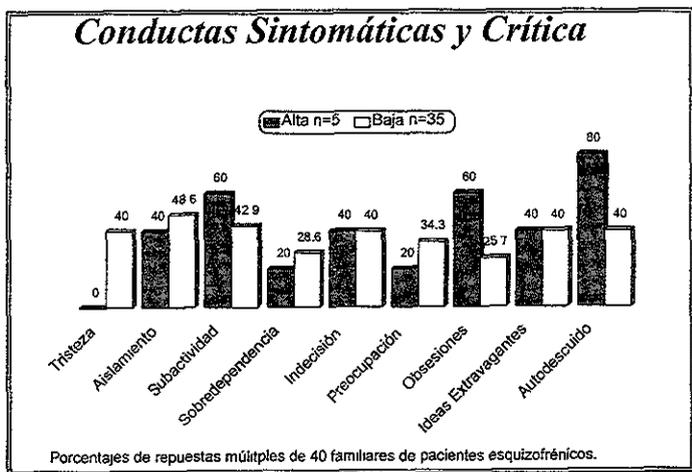
Las nueve conductas sintomáticas con porcentajes mayores se relacionaron con la emoción expresada y sus componentes (crítica, sobreprotección y hostilidad). De los resultados obtenidos se describirán los más sobresalientes.

Gráfica 10.



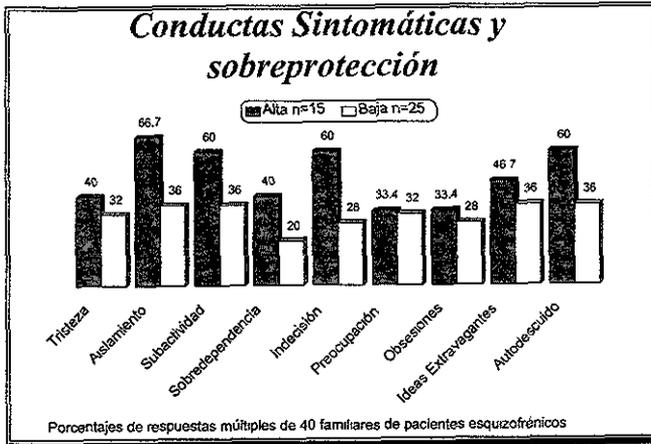
Los pacientes de familiares con EE alta presentaron con más frecuencia la subactividad con 69.2%, el autodescuido con 69.2% también y, en segundo lugar tristeza, aislamiento, indecisión, preocupación y obsesiones con 46.2% cada uno. De los pacientes que sus familiares presentaban EE baja, los síntomas más frecuentes fueron el aislamiento con 48.1% y las ideas extravagantes con 40.7%. (Ver gráfica 10).

Gráfica 11.



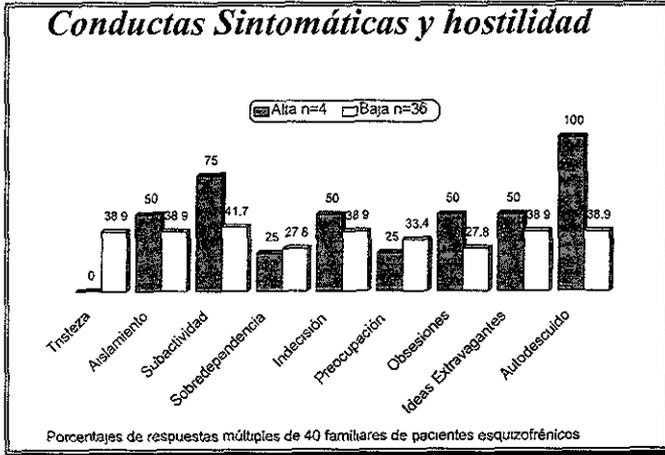
Los componentes de la emoción expresada en los niveles alto y bajo se relacionaron con las conductas sintomáticas. La crítica alta y las conductas sintomáticas frecuentes presentaron porcentajes altos en el autodescuido con 80%, la subactividad y las obsesiones con 60% cada uno. Los familiares con crítica baja presentaron aislamiento con 48.6% y subactividad con 42.9%. (Ver gráfica 11).

Gráfica 12.



Cuando se presentó sobreprotección alta en los familiares, el 66.7% de los pacientes presentaron aislamiento, así como subactividad, indecisión y autodescuido con 60% cada uno y, por último, ideas extravagantes con 46.7%. Para el grupo con sobreprotección baja, los síntomas más frecuentes fueron el aislamiento, la subactividad, las ideas extravagantes y el autodescuido con el 36% cada uno. (Ver gráfica 12).

Gráfica 13.



De los familiares que presentaron hostilidad alta; el 100% de los pacientes tuvieron autodescuido y 75% subactividad. Y los pacientes de familiares con hostilidad baja, el 41.7% presentó subactividad. (Ver gráfica 13).

5.7. La emoción expresada y la opinión afectiva

Para el análisis descriptivo de la relación entre la opinión afectiva del paciente y la emoción expresada (EE) fue necesario agruparlos en dos de acuerdo a las categorías de alta y baja EE, además se sumaron los porcentajes correspondientes a casi siempre y de vez en cuando de cada característica de la opinión afectiva según el OPAF.

Tabla 6.

Emoción Expresada

EE	Percepciones del paciente acerca del familiar responsable				
	Agresión Verbal	Agresión Física	Indiferencia	Sobreprotección	No Afecto
Alta n=13	46.2%	0%	23.1%	23.1%	15.4%
Baja n=27	37%	11.1%	22.2%	40.7%	18.5%

De los resultados que se encontraron en el grupo de los familiares con EE alta, sobresalen el 46.2% de los pacientes reportaron agresión verbal por parte de su familiar responsable. Respecto a los familiares con EE baja, 40.7% de los pacientes percibieron sobreprotección. (ver tabla 6).

Posteriormente se hizo una nueva agrupación en base a los componentes de la emoción expresada (crítica, sobreprotección y hostilidad), con el fin de ver como son las características de la opinión afectiva de los familiares que presentan estas características ya sea en un nivel alto o bajo.

Tabla 7.

Componentes de la emoción expresada

Crítica	Percepciones del paciente acerca del familiar responsable*				
	Agresión Verbal	Agresión Física	Indiferencia	Sobreprotección	No Afecto
Alta n=5	20%	0%	40%	20%	20%
Baja n=35	42.8%	8.6%	20%	31.4%	17.2%
Sobreprotección					
	Agresión Verbal	Agresión Física	Indiferencia	Sobreprotección	No Afecto
Alta n=15	53.4%	6.7%	20%	26.6%	20%
Baja n=25	32%	8%	24%	40%	16%
Hostilidad					
	Agresión Verbal	Agresión Física	Indiferencia	Sobreprotección	No Afecto
Alta n=4	25%	0%	50%	75%	25%
Baja n=36	41.7%	8.4%	19.4%	30.6%	16.7%

* Porcentajes de respuestas múltiples de familiares y pacientes n=40

Entre los resultados más importantes mostrados en la tabla 6 se encontró que cuando los familiares presentaron crítica alta, el 40% de los pacientes reportó sentir indiferencia, y cuando tuvieron crítica baja, el 42.8% reportaron agresión verbal. En el caso de los familiares con altos niveles de sobreprotección, el 53.4% manifestó haber recibido agresión verbal de su familiar, y de los que tuvieron niveles bajos, el 40% reportó sobreprotección. Y de los familiares con hostilidad alta, los pacientes reportaron sobreprotección con un 75% y de los que presentaron hostilidad baja, al 41.7% los agredieron verbalmente. (ver tabla 7).

Para finalizar se aplicó el modelo general de regresión lineal por códigos de contraste ortogonales (independientes) por medio del paquete estadístico SYSTAT versión 5.0, para observar la relación de las tres variables principales, (opinión afectiva, emoción expresada y conducta sintomática) para lo cual fue necesario emplear los valores continuos por cada una, es decir los puntajes de cada variable. El modelo arrojó los siguientes resultados.

Variable Dependiente: Conducta sintomática n: 40 R múltiple : 0.473

R²: 0.042 : El total de predictores reduce el error en un 22.4% de la varianza

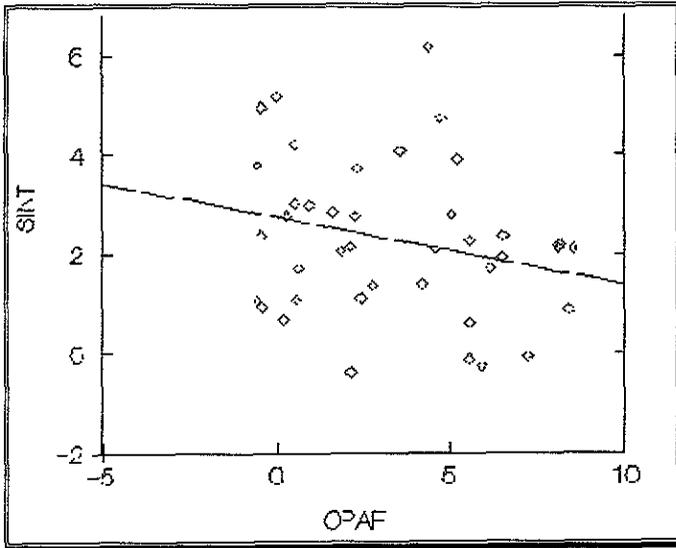
Tabla 7.

Predictores	Coficiente	Tolerancia	T	P
OPAF*	- 0.162	0.987	-2.044	0.048
EE*	0.052	0.987	2.763	0.009

Con estos resultados se encontró que los familiares con emoción expresada (EE) alta sus familiares enfermos presentaban mayor número de conductas sintomáticas en comparación con los familiares con emoción expresada (EE) baja. Respecto a la opinión afectiva del paciente se encontró que a medida en que la opinión afectiva aumenta la conducta sintomática disminuye.

La relación entre conductas sintomáticas y opinión afectiva, se muestra en el dispersigrama 1 donde se observa como se distribuyen los pacientes en relación al número de conductas sintomáticas (SINT), eje y y tener opinión afectiva negativa (OPAF), eje x. El sujeto se representa con el símbolo \diamond .

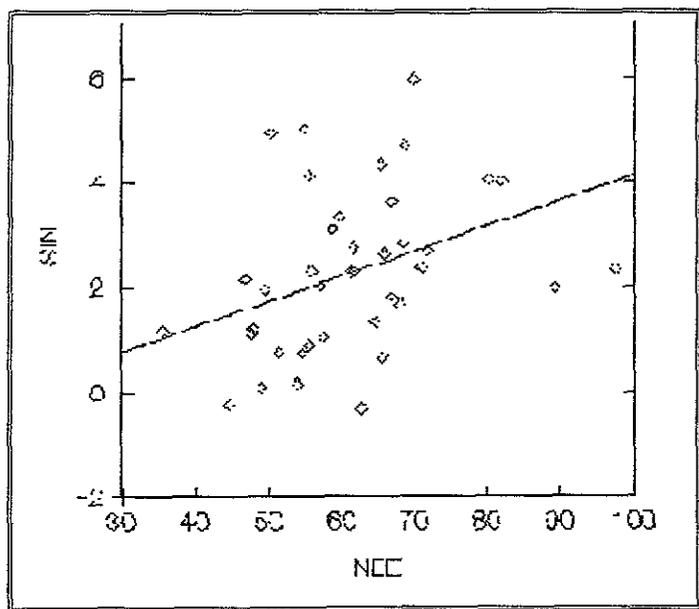
Dispersigrama 1.



Se encontró una tendencia decreciente entre el número de conductas sintomáticas (eje y) al aumentar la opinión afectiva negativa (eje x) (ver dispersigrama 1).

La dispersión de los pacientes en cuanto al número de conductas sintomáticas que presentaron (SINT), eje y y el nivel de emoción expresada (NEE), eje x, se muestra en el dispersograma 2.

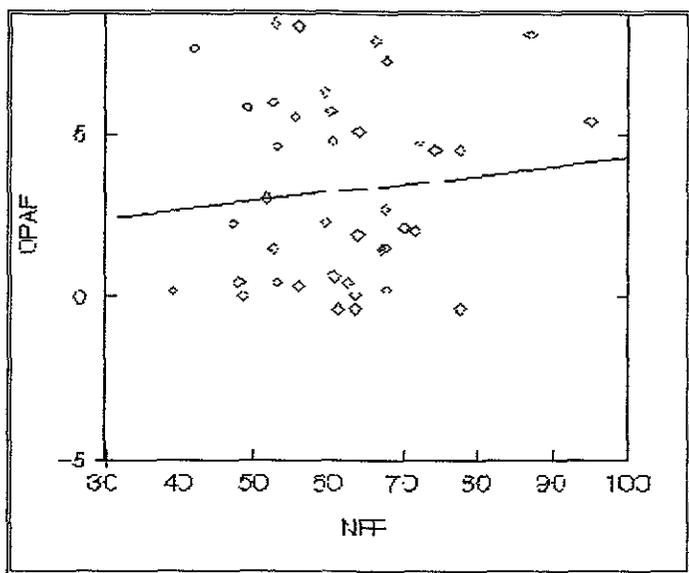
Dispersograma 2.



En el dispersograma 2 se observa que los pacientes están cercanos al centro, es decir, que tienen entre 2 y 3 conductas sintomáticas y sus familiares responsables tienen un puntaje de menos de 70, se ve que existe una tendencia a aumentar el puntaje a medida que aumentan las conductas sintomáticas.

La relación entre el tener opinión afectiva negativa (OPAF), eje y y el nivel de emoción expresada se observa en el dispersigrama 3.

Dispersigrama 3.



La opinión afectiva no está relacionada con la emoción expresada del familiar puesto que están muy dispersos los puntajes de los pacientes y la línea es casi recta (ver dispersigrama 3).

CAPÍTULO 6

Discusión y Conclusiones

6.1. Discusión

En las familias de este estudio predominaron las madres y el padre poco se involucró en el tratamiento, eso es una característica muy marcada en estas familias y también da una idea de que el padre en muchos de los casos tiene poca o ninguna relación con el paciente. Esto está relacionado con lo que menciona Bowen (Citado en Guirguis, 1980) en su teoría de la triada interdependiente, por lo que se puede inferir que esa característica que Bowen llamó padre periférico y que toma como uno de los posibles desencadenantes de la esquizofrenia, prevalece en estas familias.

En cuanto a la opinión afectiva negativa, se observaron porcentajes bajos en sus características (agresión verbal y física, indiferencia, sobreprotección y falta de afecto), cabe resaltar que la mayoría de los pacientes reportaron una opinión menos negativa, en la cual probablemente no hay agresión de ningún tipo, no hay indiferencia, ni sobreprotección pero si perciben afecto, pero para ellos el afecto está relacionado con que les den de comer o les conviden algo pocos mencionan que los abracen, les digan que los quieren, esto esta asociado con la estigmatización en la cual la persona se siente culpable de lo que le pasa (Estroff, 1993) y merecedora del trato que se le da. Además también Cutting (1985) mencionó que uno de los trastornos característicos de la esquizofrenia es la reducción en la capacidad para experimentar y comunicar la emoción, asociado con una percepción deficiente de las emociones de los demás, esta condición puede ser una de las causas por las cuales los pacientes de este estudio tendieron a subestimar las emociones negativas e incluso a negar su presencia, hallazgo también reportado por Bellack (1992). Sin embargo, el negar la presencia

de emociones negativas no solo puede estar asociado a la enfermedad, sino también a la naturaleza intrusiva del tratamiento como lo mencionó Estroff (1993), ya que el paciente decide a quién y que decir acerca de lo que le sucede, puesto que es incomodo y no es fácil para él tener confianza en los demás.

Uno de los estudios donde se reportó que los pacientes que percibieron a sus padres positivamente tendieron a experimentar un curso más leve de la enfermedad a diferencia de aquellos que los percibieron negativamente en los cuales se observó un curso más severo, fue el de Warner y Atkinson (1988), hallazgo contrario a lo encontrado en este estudio ya que aquí se encontró que existía mayor opinión afectiva negativa de los pacientes cuando había menos conductas sintomáticas. Sin embargo en este estudio también se analizó cuales conductas sintomáticas estaban más frecuentes cuando el paciente percibía agresión verbal; estos fueron la tristeza, las ideas extravagantes y el aislamiento y la conducta sintomática que más se presentó cuando el paciente percibía indiferencia fue el autodescuido, esta conducta también fue más frecuente cuando el paciente sentía que no recibía afecto. La percepción de sobreprotección también estuvo relacionada con la presencia de tristeza en el paciente.

Mino y cols. (1998) demostraron que los efectos de la EE fueron significativos sobre el aislamiento emocional, el estado de animo deprimido y el total de síntomas depresivos de pacientes con esquizofrenia. Algo similar fue encontrado por Butzlaff y Hooley (1998) quienes reportaron que la relación EE-recaída fue más fuerte para pacientes crónicos. Resultados similares se encontraron en este estudio en el cual los familiares con EE alta sus familiares enfermos presentaban mayor número de síntomas en comparación con los familiares con EE baja. Especificamente se encontró mayor sobreprotección cuando había aislamiento, subactividad, autodescuido, indecisión e ideas extravagantes como delirios o alucinaciones, esto puede ser una tendencia de los familias de nuestra cultura, ya que estas tienden a ser mas fraternales y

sobreprotectoras hasta llegar al extremo de no permitirle al paciente decidir, salir a la calle solo o realizar alguna actividad, ya sea por miedo a que le ocurra algo o a que su hijo con esquizofrenia actué de forma poco adecuada para los demás por ser miembro de esta categoría tan estigmatizante.

Por otra parte, en este estudio los familiares eran más percibidos como indiferentes cuando ellos reportaron tener crítica y hostilidad altas, y la percepción de agresión verbal estuvo presente cuando el familiar tenía una sobreprotección alta. En general, la EE alta del familiar se asoció frecuentemente a agresiones verbales hacia el paciente a diferencia de lo encontrado por Tompson y cols. (1995) donde planteaba que los padres eran percibidos por su hijo enfermo como críticos cuando ellos presentaban crítica alta.

6.2. Conclusiones

- Entre las conclusiones más relevantes se encuentra la aceptación de la primera hipótesis alterna en la cual se esperaba que a mayor opinión afectiva negativa del paciente menor presencia de síntomas. Se aceptó la segunda hipótesis nula en la cual se esperaba que a mayor emoción expresada alta del familiar responsable mayor presencia de conductas sintomáticas del paciente y por último se aceptó la tercera hipótesis nula en la cual se plantea que la conducta sintomática del paciente predice mayor EE y menor opinión afectiva negativa del paciente
- Cuando se relacionaron las características de la opinión afectiva con el sexo del paciente, se encontró que las mujeres reportaron mayor sobreprotección que los hombres, y fue más común que las agredieran verbalmente que físicamente y en cambio a los hombres fue más común que los agredieran físicamente.

- En cuanto a los componentes de la emoción expresada. La sobreprotección alta fue más frecuente entre los padres contrario a lo que se esperaría, siendo que las madres es más común que sobreprotegen con mayor frecuencia, en los padres existió una tendencia a controlar e incluso a limitar al paciente pensando que con ello lo protegen de algún daño externo. Sin embargo sobreproteger es igual de dañino que criticar. La crítica y hostilidad alta se presentaron con mayor frecuencia en los hermanos de los pacientes, ellos en lugar de sobreproteger tendieron a exigirle más e incluso a criticar al paciente por sí mismo y por sus acciones
- Se encontró que existe una relación entre la conducta sintomática y la opinión afectiva negativa del paciente, en el análisis inferencial se observó que esta relación fue inversa por lo que se acepto como ya se dijo la hipótesis alterna, sin embargo en el análisis descriptivo de las características de la opinión afectiva se encontró que los pacientes que presentaron tristeza, aislamiento y autodescuido reportaron con más frecuencia recibir agresiones verbales, indiferencia, sobreprotección y falta de afecto por parte de su familiar a cargo y los pacientes con ideas extravagantes como delirios o alucinaciones reportaron con más frecuencia agresiones verbales y sobreprotección. Pareciera que conforme van mejorando los pacientes pueden dar cuenta de como los tratan y como realmente perciben su ambiente familiar, pueda ser entonces que cuando tienen mayor número de conductas sintomáticas niegan o no perciben adecuadamente como son tratados tal vez por desconocimiento de la enfermedad o por sentirse merecedores de lo que reciben por ser diferentes.
- Los pacientes que reportaron acciones violentas como golpes o agresiones físicas fueron en su mayoría hombres y estuvo asociado a padres ausentes y menor frecuencia de contacto con las madres que fueron los familiares responsables, así como falta de ocupación por parte del paciente, lo cual apoya la idea de que los pacientes hombres no cumplen con lo que se esperaría de

ellos por ser hombres puesto que no tienen una ocupación y producen en las madres molestia y desesperación y como lo reportaron los ellos mismos sienten agresión por tener que hacerse cargo de ellos y además de todo no tener el apoyo de una pareja.

- Para concluir, si se logra modificar el trato del familiar responsable hacia el paciente a través de información de la enfermedad, se modificaría la conducta sintomática y el estigma hacia la enfermedad y específicamente hacia el paciente.

6.3. Limitaciones

- Una limitación en la elaboración de esta tesis fue el número de pacientes y sus familiares, lo cual si bien fue útil para dar una idea de la situación en que viven tanto los pacientes y sus familiares, la representatividad queda reducida al tipo de familias que acude a esta institución.
- Otra de las limitantes fue la falta de sensibilidad de los reactivos del CEE para medir más a fondo la emoción expresada debido a que es un cuestionario estructurado con respuestas cerradas que deja de lado los aspectos cualitativos, dichos aspectos se pueden observar en el diálogo del familiar.
- La validez interna del diseño del estudio se vio afectada por la historia de cada paciente y su familia y la cronicidad de la enfermedad.
- La presencia de variables extrañas como la falta de adherencia al tratamiento medicamentoso o terapéutico, la ausencia o presencia de aceptación de la enfermedad tanto del paciente como del familiar y la presencia de síntomas positivos o negativos, debido a que cualquiera de estas variables son difíciles de controlar y afectan a las respuestas que dan pacientes y familiares.

REFERENCIAS

- Ackerman, N. W. (1978) Diagnóstico y tratamiento de las relaciones familiares. Buenos Aires: Hormé, 430 pp.
- Bateson, G., Jackson D.D., Haley J., y Weakland J. (1956). Toward a theory of schizophrenia. Behavioral Science, 1, 251-264.
- Bateson, G., Jackson D.D., Haley J., y Weakland J. Hacia una teoría de la esquizofrenia. En Berger, M. (1993) Más allá del doble vínculo. Compilación. Barcelona: Paidós, 270 pp.
- Bellack, A. S., Mueser, K.T., Wade, J., Sayers, S., y Morrison, R.L. (1992) The Ability of Schizophrenics to Perceive and Cope with Negative Affect. British Journal of Psychiatry, 160, 473-480.
- Bentsen, H., Notland, T.H., Boye, B., Munkvold, O., Bjorge, H., Lersbryggen, A.B., Uren, G., Okarsson, K.H., Berg-Larsen, R., Lingjaerde, O. y Malt, U.F. (1998) Criticism and hostility in relatives of patients with schizophrenia or related psychoses: demographic and clinical predictors. Acta Psychiatr Scand, 97: 76-85.
- Bertalanffy, L.V., (1976) Teoría General de los Sistemas. México: Fondo de Cultura Económica.
- Bleuler M. Fortsch. (1951): Neur. Psych., 19, 385-452.
- Brown, G. W. (1959) Experiences of discharged chronic schizophrenic mental hospital patients in various types of living group. Millbank Memorial Fund Quarterly, 37, 105-131.
- Brown GW., Birley JLT., Wing JK.,(1962) Influence of family life on the course of schizophrenic disorder, a replication British Journal of Psychiatry, 121, 241.
- Butzlaff, R.L. y Hooley, J.M. (1998) Expressed emotion and psychiatric relapse: a meta-analysis. Arch Gen Psychiatry, 55(6): 547-552.
- Caraveo A.J., Medina-Mora M.E., Rascón G. M.L., Villatoro J.; López EK.; Juárez F., Gómez M.; Martínez NA. (1994): Características psicopatológicas de la población urbana adulta en México. Resultados de una encuesta nacional de hogares. Anales V, Reseña de la IX Reunión de Investigación. Instituto Mexicano de Psiquiatría. 22- 42.

- Caraveo A.J., (1996) La prevalencia de los trastornos psiquiátricos en la población mexicana. Estado actual y perspectivas. Salud Mental, 19;Suplemento. 8-13.
- Clausen J.A. y Kohn M.L. (1960) Relaciones sociales y esquizofrenia: un informe de investigación y la manera de enfocar el tema. En Jackson D.D. Etiología de la esquizofrenia, Buenos Aires: Amorrortu, 301-326.
- Cooper, D. (1976) La muerte de la familia, Buenos Aires: Paidós, 172.
- Cutting, J. (1985) The Psychology of Schizophrenia. Edinburgo: Churchill Livingstone
- DSM-IV, (1995) Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. México: Masson; 279-296.
- Estrada L. (1975) El ciclo vital de la familia. México: Posada;, 133.
- Estroff S.E. (1993) Identity, Disability, and Schizophrenia En Lindenbaum, S. y Lock M. (1993) Knowlegde, Power, and Practice New York: University of California Press. 247-286.
- Fromm-Reichmann F.(1950) Principles of intensive psychotherapy, 1 Univ. of Chicago.
- García, S. Andrade, P. (1994) El significado psicológico y social de la salud y la enfermedad mental, Salud Mental, 17: 1 32-44.
- Garnica, P.R. (1995) Esquizofrenia, Diagnóstico y tratamiento en la práctica médica. México: Psicofarma, 182 pp.
- Goffman, E. (1963) Estigma. La identidad deteriorada. Buenos Aires: Amorrortu, 175 pp.
- Guanilo, J.V. y Seclén, Y.M. (1993) Relación entre el Nivel de Conocimientos sobre Enfermedad Mental y el Nivel de Emoción Expresada de los Familiares de Pacientes Esquizofrénicos de Consultorios Externos del INSM HD-HN. Tesis para optar el Título Profesional de Enfermera, Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Medicina. Lima, Perú.
- Guirguis, R.W. (1980) The Family and Schizophrenia. Psychiatric Annals, 10 (7): 45-54, July.

- Gutiérrez, A.H. y Tovar A.H. (1984) La vigilancia epidemiológica de las alteraciones mentales, Salud Pública de México, 26(5), 464-483.
- Hooley J., (1986) Expressed emotion: a review of the critical literature. Clinical Psychology Review, 5: 119-139.
- Kaplan, H. Sadock y Grebb, (1994) Sinopsis de Psiquiatría. Buenos Aires: Médica Panamericana.
- Koenigsberg, H., Handley R. (1986) Expressed Emotion: From Predictive Index to Clinical Construct. American Journal of Psychiatry, 143:1361-73.
- Koenigsberg, H.W., Klausner, E., Chung, H., Pelino, D. y Campbell, R. (1995) Expressed Emotion and Warmth, Extending the EE Construct to Insulin-dependent Diabetes Mellitus. Int. J. Ment. Health, 24, 2, 50-63.
- Kraepelin E. (1899). Handbuch der Psychiatrie.
- Kraepelin E (1913) Clinical Psychiatry. New York: William Wood.
- Krech, D., Crutchfield, R. y Livson, N. (1973) Elementos de Psicología Madrid: Gredos. 611-651 pp.
- Kuipers L, y Bebbington P. (1988) Expressed emotion research in squizophrenia: theoretical and clinical implications. Psychological Medicine, 18, 893-909.
- Laing, R.D. (1976) Crítica de la familia y la sociedad a partir de la esquizofrenia. Buenos Aires: Cuervo, 52 pp.
- Laing, R.D. (1967) Cordura, locura y familia. México: Fondo de Cultura Económica;234 pp.
- Lebell, B., Marder, S., Mintz, J., Mintz, L., Tompson, M., Wirshing, W., Johnston-Cronk, K. y McKenzie, J. (1993), Patients' perceptions of familiy emotional climate and outcome in schizophrenia. Br. J. Psyquiatry, 162, 751-754.
- Leff J., Vaughn C. (1980) The interaction of life events and relatives ' expressed emotion in schizophrenia and depressive neurosis. Br. J. Psychiatry, 136, 146.
- Leff, J. y Vaughn, C. (1985) Expressed Emotion in families; New York: The guilford press. 37-63.
- Lidz, T. (1958) Schizophrenia and the family, Psychiatry, 21,21.

- Macmillan, J.F., Gold, A., Crow, T.J., Johnson, A., Johnstone, E. (1986), Expressed Emotion and Relapse, Br. J. Psychiatry, 148, 133-143.
- Masanet, J., Lacruz, M., Asencio, A., Bellver, F. y Montero, I. (1997) Clima emocional familiar y perfil clínico en la esquizofrenia, Actas Luso-Esp. Neurol. Psiquiatr., 25, 3, 159-166.
- Medina-Mora, M.E., Padilla, G.P., Mas, C., Ezban, M., Caraveo, A.J., Campillo, C., Corona J. (1985) Prevalencia de trastornos mentales y factores de riesgo en una población de práctica médica general. Acta Psiquiat. Psicol. Amér. Lat., 31, 53-61.
- Medina-Mora, M.E., Rascón, M.L., Tapia, R., Mariño, J., Villatoro, J., Caraveo, J., Gomez, M. (1992) Trastornos emocionales en población urbana mexicana: Resultados de un estudio nacional. Anales III, Reseña de la VII Reunión de Investigación 48-55. Instituto Mexicano de Psiquiatría.
- Miklowitz, D.J. y Goldstein, M.J. (1983) Premorbid and Syntomatic Charateristics of Schizophrenics from Families with High and Low Levels of Expressed Emotion, Journal of Abnormal Psychology, 92, 3, 359-367.
- Mino, Y., Inoue, S., Shimodera, S., Tsuda, T., Yamamoto, E., (1998) Expressed emotion of families and negative/depressive symptoms in schizophrenia: a cohort study in Japan. Schizophr Res, 30; 34(3): 159-168.
- Otero, B.R. y Rascón, M.L. (1988) Confiabilidad de la Escala de Valoración de la Conducta Social (SBAS), Salud Mental, 11:1, 8-12
- Otsuka T, Nakane Y, Ohta Y. (1994) Symptoms and social adjustment of schizophrenic patients as evaluated by family members, Acta Psychiatric Scand., 89, 111-116.
- Rascón G ML. (1995) Funcionamiento familiar y esquizofrenia. Reporte interno, Instituto Mexicano de Psiquiatría
- Rascón G ML. Díaz M LR., López JL., Reyes RC. (1997) La necesidad de dar atención a los familiares responsables del cuidado de pacientes esquizofrénicos. Salud Mental, 2, suplemento, 55-64.
- Scott, R.D., Fagin, L. y Winter, D. (1993) The importance of the role of the patient in the outcome of schizophrenia. British Journal of Psychiatry, 163, 62-68.
- Skagerlind, L., Perris, C., Eisemann, M. (1996) Perceived parental rearing behavior in patients with a schizophrenic disorder and its relationship to aspects of the course of the illness. Acta Psychiatrica Scandinavica, 93: 403-406.

- Stefani, D. (1979) Actitud hacia la enfermedad mental y nivel socioeconómico. Acta Psiquiat. Psicol. Amer. Lat., 25: 282.
- Straube, E.R. y Oades, R.D. (1992) Schizophrenia, Empirical Research and Findings, New York: Academic Press.
- Tompson, M., Goldstein, M., Lebell, M., Mintz, L., Marder, S. Mintz, J. (1995) Schizophrenic patients' perceptions of their relatives' attitudes. Psychiatry Research, 57: 155-167.
- Valencia, M., Saldivar, G. (1993) Seguimiento Comunitario de pacientes esquizofrénicos. Anales. IV. Reseña de la VIII Reunión de investigación. Instituto Mexicano de Psiquiatría, 145: 156.
- Vaughn C.E, Leff J.P., (1976a) The Measurement Of Expressed Emotion In The Families Of Psychiatric Patients, Clin Psychol, 15, 157-165.
- Vaughn C.E, Leff J.P., (1976b) The influence of family and social factors on the course of psychiatric illness. British Journal of Psychiatry, 129, 125-137
- Warner, R. y Atkinson, M. (1988) The relationship between schizophrenic patients' perceptions of their parents and the course of their illness. British Journal of Psychiatry, 153, 344-353.
- Wynne, L. Ryckoff, I. Day, J. y Hirsh, S. Pseudo-mutualidad en las relaciones con los familiares de los esquizofrénicos (1956). En Bateson, G., Ferreira, A., Jackson, D.D., Lidz, T, Weakland, J., Wynne, L.C., Zuk, G. (1971) Interacción Familiar. Buenos Aires: Tempo Contemporáneo, 329 pp.
- Zubin, J. Y Spring, B. (1977) Vulnerability- A New View of Schizophrenia, Journal of Abnormal Psychology. 86(2), 103-126.

3.-¿Le gusta lo que hacen juntos?

() 12

- 1- si me agrada
- 2- más o menos me agrada
- 3- no me agrada

4.- ¿Qué le gustaría hacer con su familiar que no hace?

() 13

- 1.- diversiones, viajes. etc.
 - 2.- convivir , platicar, no pelear. etc.
 - 3.- nada
- Otros comentarios _____
-

5.- ¿Porqué cree que no lo hace?

() 14

- 1.- Por falta de recursos y/o tiempo.
 - 2.- Por mi enfermedad
 - 3.- por falta de deseo, apatía, distanciamiento.
 - 4.- Por la edad de mis padres
- Otros comentarios _____
-

6.- Qué opinión tiene usted de como lo trata su o sus familiar(es)?

califique con:

Muy bien	bien	regular	mal	muy mal	ns. nc
1	2	3	4	5	9

- Su Mamá ()15
- Su Papá ()16
- Su(s) Hermano(s) ()17
- Otro(s) familiar(s) ()18

Comentario del paciente: _____

Qué es lo que más le hace sentir cada día su familiar.....A Ud:

Irritabilidad:

7.- ¿Con qué frecuencia su o sus familiar(es) se enfadan, exasperan levantan la voz (grita), se alteran, se impacientan o pelean con Ud?

Califique con:
Nunca o casi nunca.....1
De vez en cuando.....2
Casi siempre o siempre3
NS. NC.9

Características de Irritabilidad:

- | | Madre | Padre | Hermano | Otro |
|--|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| 1.- Gritos, molestias, insultos con palabras | <input type="checkbox"/> 19 | <input type="checkbox"/> 20 | <input type="checkbox"/> 21 | <input type="checkbox"/> 22 |
| 2.- Acciones violentas, pelean, agreden con golpes | <input type="checkbox"/> 23 | <input type="checkbox"/> 24 | <input type="checkbox"/> 25 | <input type="checkbox"/> 26 |

Otras. especifique _____

8.- ¿ Sí menciona, que nunca nadie le ha mostrado irritabilidad. Sondear.

a).¿Alguna vez ocurrieron muestras de irritabilidad antes del problema?

b) ¿Por qué piensa que ocurre que no se enojan con UD? _____

Indiferencia:

9.- ¿Con frecuencia su o sus familiar(es) lo tratan con indiferencia, lo ignoran etc?

Califique con:
Nunca o casi nunca.....1
De vez en cuando.....2
Casi siempre o siempre.....3
NS. NC.....9

1.- No le hacen caso, lo tratan con desinterés
frialdad, desamor, casi no le hablan

Madre Padre Hermano Otro
27 28 29 30

Otras especifique _____

10.- Si se menciona, que nunca nadie le ha demostrado indiferencia? Sondear

a) ¿Nunca lo han anulado o ignorado o tratado con indiferencia?

b) ¿Alguna vez ocurrió esto antes del problema? _____

c) ¿Porqué piensa que ocurre que no lo anulan a UD? _____

Sobreprotección:

11.- Con qué frecuencia su o sus familiar(es) no le dejan hacer nada, lo sobreprotegen, lo cuidan con exageración, al grado de limitarlo en lo que quiere hacer.

Califique con:
Nunca o casi nunca.....1
De vez en cuando.....2
Casi siempre o siempre.....3
NS. NC.9

Característica de sobreprotección:

1.- Lo cuidan demasiado, no lo dejan salir de casa solo, no le permite tener amigos(as) No lo dejan hacer sus cosas personales, ni trabajar o estudiar (comida, aseo de su cuarto, toma de medicamentos y transportarse)

Madre Padre Hermano Otro
31 32 33 34

Otro especifique _____

12.- Si menciona, que nunca nadie le ha demostrado sobreprotección-protección, control de sus actividades? Sondear

a) ¿No lo han limitado en sus deseos? _____

b) ¿Alguna vez ocurrió esto antes de su enfermedad? _____

Afecto, interés, comprensión.

13.- ¿Con frecuencia su o sus familiar(es), le demuestran afecto, cariño.

Califique con:
Nunca o casi nunca.....1
De vez en cuando.....2
Casi siempre o siempre.....3
NS.NC.....9

Características de comprensión

1.- Le demuestran afecto, cariño, comprensión,
platican con Ud.

Madre Padre Hermano Otro
35 36 37 38

Otro especifique _____

14.- Si menciona que nunca nadie le ha demostrado afecto o cariño? Sondear

a) ¿Antes de presentar el problema, le manifestaban afecto? _____

b) ¿Porque piensa que no le demuestran afecto o cariño? _____

15.-Me podría decir que siente por su familiar responsable de usted.

Sentimientos

()39

- 1.- muy positivos
- 2.- poco positivos
- 3.- negativos y positivos
- 4.- poco negativos
- 5.- muy negativos
- 6.- indiferente

16.- ¿Cómo percibe usted su ambiente familiar?

()40

- 1.- Desagradable, hostil, tenso.
- 2.- Agradable, cordial, armonioso.
- 3.- Ambos (incluye demostraciones agradables y desagradables).

Otros especifique _____

La formula aplicada para el análisis de consistencia interna fue la siguiente:
Forma general del modelo ALPHA de Cronbach estandarizado (α_s)

$$\alpha_s = \frac{K \bar{r}}{1 + [(K-1) \bar{r}]}$$

Donde:
K= número de ítems.
R= la media de las correlaciones entre los ítems

El resultado de este análisis fue de un Alpha estandarizada de 0.6278.
Después se hizo un análisis por secciones y los resultados se muestran en la tabla 1.

Tabla 1.

SECCIONES	ALPHA
Irritabilidad	.5184
Indiferencia	.5350
Sobreprotección	.5729
Afecto	.1410

Los resultados por reactivo a partir de la pregunta 6 y hasta la 16 (ver anexo 1) fueron los siguientes: (tabla 2).

Tabla 2.

No. de campo	ALPHA
15	.6058
16	.6133
17	.6098
18	.6372
19	.6155
20	.6130
21	.6080
22	.6122
23	.5829
24	.5969
25	.5720
26	.5976
27	.5639
28	.5795
29	.5848
30	.6128
31	.5979
32	.6080
33	.6119
34	.5967
35	.5939
36	.6118
37	.6072
38	.6118

*CUESTIONARIO ENCUESTA-
EVALUACIÓN DE LA EMOCION
EXPRESADA
(CEEE)*

EMOCIÓN EXPRESADA DEL FAMILIAR
GUANILO Y SECLÉN

FOLIO _____
FASE _____

PRESENTACIÓN:

Este es un cuestionario en el que usted encuentra situaciones que comúnmente pueden presentarse cuando hay un miembro con enfermedad mental en casa. Ante estas situaciones usted tiene la oportunidad de recordar su reacción o sentimiento contestando a todas las preguntas que a continuación se le presentan. De sus respuestas francas y sinceras será posible 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 un (X) en CASI NUNCA.
- SI LO HACE MÁS VECES en este caso ponga la (X) en el casillero de CASI SIEMPRE.
- SI ES MUY A MENUDO su reacción o sentimiento ponga la (X) en el casillero SIEMPRE.

EJEMPLO:	NUNCA	CASI NUNCA	CASI SIEMPRE	SIEMPRE
Ej. Se rie usted cuando le cuentan chistes colorados.				X
	NUNCA	CASI NUNCA	CASI SIEMPRE	SIEMPRE
1.- Cuando veo a mi familiar enfermo encerrado en su cuarto lo regaño para que ayude en casa.				
2.- Tengo cuidado de que a donde vaya mi familiar lo haga acompañado				
3.- No me importa que mi familiar se descuide de su vestido como de su higiene.				
4.- Siento desesperación, lloro frente a él por las cosas que este hace.				
5.-Exijo a mi familiar que se esfuerce por adaptarse a las normas de la casa al igual que los demás.				
6.- Me es imposible ocultar mi sufrimiento cuando estoy con mi familiar enfermo.				
7.- La enfermedad de mi familiar no lo hace responsable de los problemas que existen en la casa.				

	NUNCA	CASI NUNCA	CASI SIEMPRE	SIEMPRE
8.- Cuando mi familiar intenta realizar algo en casa no lo dejo que actúe solo.				
9.- Estoy acostumbrado(a) al poco interés de mi familiar por que tengo otras preocupaciones mayores				
10.- Desde que se inicio la enfermedad de mi familiar tengo que cuidarlo siempre.				
11.- Tengo que hacer todo por mi familiar enfermo porque no sabe lo que hace.				
12.- Mi familiar no hace nada por si sólo, sin embargo no me molesta.				
13.- No es por culpa de mi familiar enfermo que no tengo las recompensas que merezco.				
14.- Mi responsabilidad es hacer que mi familiar permanezca tranquilo descansado en casa.				
15.- Cuando converso con mi familiar termino molestándome por lo confuso de su conversación				
16.- La mortificación que sentía antes ya no la siento.				
17.- Cada vez que puedo le saco en cara todo lo que me hace sufrir a mi familiar enfermo.				
18.- Me molesto cuando veo a mi familiar desganado				
19.- Por la enfermedad de mi familiar la vida ya no es la misma, por eso procuramos apartarlo.				
20.- Dejo a mi familiar sólo por su cuenta.				
21.- El saber que la enfermedad de mi familiar es incurable me ha llevado a acostumbrarme a él.				
22.- Trato de no ser duro con mi familiar				
23.- Por la tranquilidad de mi familia prefiero mantener a mi paciente encerrado en su cuarto.				
24.- Constantemente tengo que estar advirtiéndole a mi familiar para prevenir las imprudencias que pueda cometer.				

	NUNCA	CASI NUNCA	CASI SIEMPRE	SIEMPRE
25.- Las continuas recaídas de mi familiar me han llegado a cansar tanto que siento ganas de internarlo en el hospital.				
26.- En casa estoy pendiente de lo que pueda necesitar mi familiar enfermo.				
27.- Me da coraje que mi familiar no entienda claramente lo que quiero decir.				
28.- Ya no puedo hacer nada por la enfermedad de mi familiar es un caso perdido.				
29.- A pesar de que se lo digo, me da coraje cuando mi familiar enfermo no se da cuenta que lo que hace me fastidia.				
30.- Procuro hacerle sentir vergüenza a mi familiar enfermo para que deje de hacer algunas cosas desagradables.				

REACTIVOS DEL CEEE AGRUPADOS

POR CADA COMPONENTE DE LA

EMOCIÓN EXPRESADA

CRITICA, SOBREPOTECCIÓN Y

HOSTILIDAD

Crítica

No. de reactivo	Reactivo
1	Cuando veo a mi familiar enfermo encerrado en su cuarto lo regaño para que me ayude en casa.
3	No me importa que mi familiar se descuide de su vestido como de su higiene.
5	Exijo a mi familiar que se esfuerce por adaptarse a las normas de la casa al igual que los demás.
9	Estoy acostumbrado(a) al poco interés de mi familiar por que tengo otras preocupaciones mayores.
15	Cuando converso con mi familiar termino molestándome por lo confuso de su conversación
16	La mortificación que sentía antes ya no la siento.
18	Me molesto cuando veo a mi familiar desganado
27	Me da coraje que mi familiar no entienda claramente lo que quiero decir.
29	A pesar de que se lo digo, me da coraje cuando mi familiar enfermo no se da cuenta que lo que hace me fastidia.
30	Procuro hacerle sentir vergüenza a mi familiar enfermo para que deje de hacer algunas cosas desagradables.

* La crítica alta es resultado de la suma de respuestas que en su mayoría son de casi siempre o siempre por lo que obtienen puntajes altos, la baja es el resultado de la suma de respuestas predominantemente de casi nunca o nunca que sumen puntajes bajos.

Sobreprotección

No. de reactivo	Reactivo
2	Tengo cuidado de que a donde vaya mi familiar lo haga acompañado.
4	Siento desesperación, lloro frente a él por las cosas que este hace.
6	Me es imposible ocultar mi sufrimiento cuando estoy con mi familiar enfermo
8	Cuando mi familiar intenta realizar algo en casa no lo dejo que actúe solo.
10	Desde que se inicio la enfermedad de mi familiar tengo que cuidarlo siempre.
11	Tengo que hacer todo por mi familiar enfermo porque no sabe lo que hace.
12	Mi familiar no hace nada por sí solo, sin embargo no me molesta.
14	Mi responsabilidad es hacer que mi familiar permanezca tranquilo descansado en casa.
20	Dejo a mi familiar sólo por su cuenta.
26	En casa estoy pendiente de lo que pueda necesitar mi familiar enfermo.

* La sobreprotección alta es resultado de la suma de respuestas que en su mayoría son de casi siempre o siempre por lo que obtienen puntajes altos, la baja es el resultado de la suma de respuestas predominantemente de casi nunca o nunca que sumen puntajes bajos.

Hostilidad

No. de reactivo	Reactivo
7	La enfermedad de mi familiar no lo hace responsable de los problemas que existen en la casa.
13	No es por culpa de mi familiar enfermo que no tengo las recompensas que merezco.
17	Cada vez que puedo le saco en cara todo lo que me hace sufrir a mi familiar enfermo.
19	Por la enfermedad de mi familiar la vida ya no es la misma, por eso procuramos apartarlo.
21	El saber que la enfermedad de mi familiar es incurable me ha llevado a acostumbrarme a él.
22	Trato de no ser duro con mi familiar.
23	Por la tranquilidad de mi familia prefiero mantener a mi paciente encerrado en su cuarto.
24	Constantemente tengo que estar advirtiéndole a mi familiar para prevenir las imprudencias que pueda cometer.
25	Las continuas recaídas de mi familiar me han llegado a cansar tanto que siento ganas de internarlo en el hospital.
28	Ya no puedo hacer nada por la enfermedad de mi familiar es un caso perdido.

* La hostilidad alta es resultado de la suma de respuestas que en su mayoría son de casi siempre o siempre por lo que obtienen puntajes altos, la baja es el resultado de la suma de respuestas predominantemente de casi nunca o nunca que sumen puntajes bajos.

Confiabilidad

Para población mexicana se hizo un estudio piloto con 27 casos, el método utilizado para el análisis de confiabilidad fue el mismo que el de OPAF, obteniendo una Alpha estandarizada de Cronbach de 0.8570 (Rascón, 1995). Los resultados por reactivo fueron los siguientes: (tabla 3).

Tabla 3.

Clasificación por reactivo	ALPHA
1 Cri *	.8341
2 Sob *	.8383
3 Cri	.8399
4 Sob	.8393
5 Cri	.8266
6 Sob	.8386
7 Hos *	.8366
8 Sob	.8448
9 Cri	.8352
10 Sob	.8313
11 Sob	.8344
12 Sob	.8395
13 Hos	.8373
14 Sob	.8512
15 Cri	.8271
16 Cri	.8306
17 Hos	.8322
18 Cri	.8368
19 Hos	.8293
20 Hos	.8436
21 Hos	.8358
22 Hos	.8411
23 Hos	.8342
24 Hos	.8265
25 Hos	.8372
26 Sob	.8401
27 Cri	.8233
28 Hos	.8373
29 Cri	.8262
30 Cri	.8194

* Clasificación por pregunta:

Cri: Crítica

Sob: Sobreinvolucramiento

Hos: Hostilidad

Codificación

Las respuestas del cuestionario se codifican utilizando una escala de tipo Likert de 1 a 4, donde 1= "nunca", 2= "casi nunca", 3= "casi siempre" y 4= "siempre". Los reactivos se agrupan en tres, crítica, sobreprotección y hostilidad, (para agrupación de reactivos ver cuadro de evaluación), se suman sus puntajes de cada grupo para obtener el nivel de cada componente de la emoción expresada. Después se hace una sumatoria global de los tres grupos de reactivos para obtener el nivel de emoción expresada. Para facilitar este procedimiento es necesario una hoja donde vienen agrupados los reactivos (ver siguiente anexo). Para determinar si el nivel es alto o bajo en los componentes (crítica, sobreprotección y hostilidad) se utiliza un punto de corte en los puntajes, (ver tabla 4) lo mismo para determinar el nivel de emoción expresada. (ver tabla 5) (Guanilo y Seclén, 1993).

Tabla 4.

Componentes	Puntajes
Alta	40 - 25
Baja	24 - 10

Tabla 5.

Nivel de Emoción Expresada	Puntajes
Alta	120 - 65
Baja	64 - 30

CUADRO DE EVALUACIÓN DEL NIVEL

DE EMOCIÓN EXPRESADA.

(VACIADO DE RESPUESTAS)

EVALUACIÓN DEL NIVEL DE EMOCIÓN EXPRESADA

SUJETOS SUBTEST	N				C				S				R					
	N	C	S	R	N	C	S	R	N	C	S	R	N	C	S	R		
CRÍTICA																		
1C																		
3C																		
5C																		
9C																		
15C																		
16C																		
18C																		
27C																		
29C																		
30C																		
SUB-TOTAL:																		
SOBREPROTECCIÓN																		
2S																		
4S																		
6S																		
8S																		
10S																		
11S																		
12S																		
14S																		
20S																		
26S																		
SUB-TOTAL:																		
HOSTILIDAD																		
7H																		
13H																		
17H																		
19H																		
21H																		
22H																		
23H																		
24H																		
25H																		
28H																		
SUB-TOTAL:																		
TOTAL	C: S: H: (NEE):																	

ESCALA DE EVALUACION DE LA CONDUCTA

DEL PACIENTE

(SBAS)

SECCIONES A Y B

ESCALA DE EVALUACION DE LA CONDUCTA DEL PACIENTE

(Segunda Edición)

PACIENTE.....
INFORMANTE.....
ENTREVISTADOR.....
CALIFICADOR.....
FECHA DE LA ENTREVISTA.....
FECHA DE LA CALIFICACION.....
NUMERO DE LA ENTREVISTA.....

STEPHEN PLATT

ANNE WEYMAN

STEVEN HISRSCH

COPYRIGHT (C) 1977

DERECHOS RESERVADOS

INFORMACION GENERALMENTE OBTENIDA ANTES DE LA ENTREVISTA

<u>PACIENTE</u>	<u>SEXO</u>	1. Masculino	_____
		2. Femenino	_____
			5
	<u>EDAD</u> años	_____
			6 7

STATUS MARITAL

1. Casado o unión marital	_____
2. Soltero	_____
	8
3. Viudo	
4. Separado o divorciado	

OCUPACION DEL PACIENTE:

1. Profesional, doctor, abogado, etc. Magnate industrial o de negocios, Ministros, subsecretarios de Gobierno.	_____
	9

2. Industrial término medio, hombre de negocios, funcionario bancario, de relaciones públicas, auditor, contador público, cabeza de alguna oficina, inversionista, piloto aviador, actor, cineasta.

3. Empleado bancario, empleado burócrata en oficina, dueño de una tienda pequeña, agente viajero, profesor de primaria, contador privado, secretaria, sobrecargo, recepcionista.

4. Carpintero, mecánico, sastre, electricista, plomero, policía bancario, agente de tránsito, agente judicial, agente de ventas, radiotécnico de laboratorio, cobrador.

5. Obrero no calificado, mesero, taxista, peluquero (exceptuando al dueño que estaría en el nivel 3) policía auxiliar, albañil, hojalatero, panadero, talabartero, joyero, relojero, afanadora, chofer, pintor, comerciante, cantinero, tramboyista, cocinero, carnicero, fotógrafo, herrero.

6. Barrendero, bolero, portero, soldado raso, campesino, boxeador.

- 7. Hogar.
- 8. Desocupado.
- 9. Estudiante

ESCOLARIDAD DEL PACIENTE

10

- 1. Título universitario ó 1 ó más años de carrera universitaria
- 2. Curso 1 ó más años o terminó la preparatoria, normal o equivalente
- 3. Terminó la secundaria o su equivalente
- 4. 1 ó 2 años de secundaria o su equivalente
- 5. Terminó la primaria
- 6. No terminó la primaria
- 7. Nunca asistió

LUGAR QUE OCUPA EN LA FAMILIA (APROXIMACION ENTRE EL NUMERO DE HIJOS)

- 1. Hijo único
- 2. Primeros lugares
- 3. Lugares medios
- 4. Ultimos lugares

11

INFORMANTE

- SEXO 1 = Masculino
- 2 = Femenino

12

RELACION CON EL PACIENTE

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

13

VIVE EN EL MISMO DOMICILIO DEL PACIENTE

- 0 = No
- 1 = Sí

14

DESDE CUANDO VIVE EN EL MISMO DOMICILIO
DEL PACIENTE

- | | |
|-----------------------------------|-------|
| 0 = Menos de 1 año | _____ |
| 1 = De 1 a 5 años | _____ |
| 2 = De 6 a 10 años | 15 |
| 3 = 11 años o más | |
| 4 = Siempre | |
| 9 = No vive en el mismo domicilio | |

OCUPACION DEL INFORMANTE

- | | |
|---|-------------|
| 1. Profesional, doctor, abogado, etc.
Magnate industrial o de negocios,
Ministros, subsecretarios de Gobierno. | _____
16 |
| 2. Industrial término medio, hombre de negocios, funcionario bancario, de relaciones públicas, auditor, contador público, cabeza de alguna oficina, inversionista, piloto aviador, actor, cineasta. | |
| 3. Empleado bancario, empleado burócrata en oficina, dueño de una tienda pequeña, agente viajero, profesor de primaria, contador privado, secretaria, sobrecargo, recepcionista. | |
| 4. Carpintero, mecánico, sastre, electricista, plomero, policía bancario, agente de tránsito, agente judicial, agente de ventas, radiotécnico de laboratorio, cobrador. | |
| 5. Obrero no calificado, mesero, taxista, peluquero (exceptuando al dueño que estaría en el nivel 3) policía auxiliar, albañil, hojalatero, panadero, talabartero, joyero, relojero, afanadora, chofer, pintor, comerciante, cantinero, tramboyista, cocinero, carnicero, fotógrafo, herrero. | |
| 6. Barrendero, bolero, portero, soldado raso, campesino, boxeador. | |
| 7. Hogar. | |
| 8. Desocupado. | |
| 9. Jubilado. | |

ESCOLARIDAD DEL INFORMANTE

17

1. Título universitario ó 1 ó más años de carrera universitaria
2. Terminó la preparatoria, la normal o equivalente
3. Terminó la secundaria o su equivalente
4. 1 ó más años de secundaria o su equivalente
5. Terminó la primaria

6. No terminó la primaria
7. Nunca asistió

CIRCUNSTANCIAS DOMESTICAS:

18

1. Vive con la esposa (o)
2. Vive con uno o ambos padres
3. Vive con sus niños (hijos)
4. Vive con otros parientes/amigos (especifique)
5. Vive solo
6. No tiene domicilio fijo, vive en el hospital, en un hotel o en otra institución.

DIAGNOSTICO CLINICO

19

- 1 = Condiciones orgánicas
- 2 = Condiciones psicóticas funcionales (ESQUIZOFRENIA)
- 3 = Dependencias de drogas
- 4 = Trastornos neuróticos

FRECUENCIA DE RECAIDA Y HOSPITALIZACION

- 0 = Ninguna vez
- 1 = Primera vez (con hospitalización)
- 2 = Segunda recaída (con hospitalización)
- 3 = Tercera recaída (con hospitalización)
- 4 = Cuarta recaída (con hospitalización)

20

SECCION A - INTRODUCCION

(El entrevistador debe explicar el estudio poniendo énfasis en sus beneficios para el informante y para el futuro de otros que se encuentran en situaciones similares. El entrevistador también deberá subrayar la naturaleza confidencial de la entrevista).

- A.1 Me pregunto si podríamos empezar preguntándole un poco en relación a datos sobre usted y la familia en forma tal que pueda obtener una mejor imagen global de la situación.
- A.2 En el último.....(tiempo/periodo), ¿Qué tan a menudo vio usted a S?

FRECUENCIA DE CONTACTO

- 1 = Todos los días
- 2 = de dos a seis veces por semana
- 3 = una vez por semana
- 4 = por lo menos una vez (periódicamente) en dos semanas o más
- 5 = en absoluto

 21

A.3 ¿Podría decirme quiénes viven con usted?

<u>NOMBRE Y RELACION CON EL INFORMANTE</u>	<u>EDAD</u>	<u>PRESENCIA DE ENFERMEDAD</u>
1. _____	_____	_____
2. _____	_____	_____
3. _____	_____	_____
4. _____	_____	_____
5. _____	_____	_____
6. _____	_____	_____
7. _____	_____	_____
8. _____	_____	_____
9. _____	_____	_____
10. _____	_____	_____

Número total de adultos (Casilla 22 y 23) _____
 22 23

Número total de adultos excluyendo al informante y al paciente (Casilla 24 y 25) _____
 24 25

Número de niños (Casillas 26 y 27) _____
 26 27

Número de niños edad 0 - 4 (Casilla 28) _____ 28
 edad 5 - 11 (Casilla 29) _____ 29
 edad 12 - 16 (Casilla 30) _____ 30

A.4 ¿Cuántos años tiene usted?

EDAD DEL INFORMANTEaños
(Casilla 31 y 32) _____
31 32

A.5 ¿PODRIA DARM E ----- ALGUNA BREVE EXPLICACION DEL PROBLEMA DE S?

¿CUANDO NOTO POR PRIMERA OCASION QUE HABIA ALGO MAL?

TIEMPO DE APARICION DEL PROBLEMA DEL PACIENTE

1 = < 1 mes _____
2 = > 1 mes < 3 meses 33
3 = > 3 meses < 1 año
4 = > 1 año < 2 años
5 = 2 años
6 = 3 años
7 = 4 años
8 = 5 años o más (especifique)

A.6 ¿Desde cuando notó por primera vez que algo andaba mal, ¿se ha comportado S en forma extraña todo el tiempo?

PERSISTENCIA DEL PROBLEMA DEL PACIENTE

0 = No persistente _____
1 = Persistencia 34
Si la calificación es de 0, haga la pregunta A.8; si la calificación es de 1, pase directamente la pregunta A.7).

A.7 ¿Cuándo comenzó el problema actual de S?

TIEMPO DE APARICION DEL EPISODIO ACTUAL

- 0 = < 1 semana
 - 1 = > 1 semana < 1 mes
 - 2 = > 1 mes < 3 meses
 - 3 = > 3 meses < 1 año
 - 4 = > 1 año < 2 años
 - 5 = > 2 años
 - 9 = NO APLICABLE
- 35

A.8 (Si la calificación para la pregunta 6 es de 1)

¿Desde cuando notó por primera vez que algo andaba mal con S, ¿se ha empeorado, se ha mantenido igual o ha mejorado?

(Si la calificación para la pregunta 6 fue de 0)

(Se encuentra S peor que antes en esta ocasión? ¿Igual o no tan mal?)

NIVEL DE SEVERIDAD DEL PROBLEMA DEL PACIENTE

- 1 = Igual
 - 2 = Más severo
 - 3 = Menos severo
- 36

A.10 ¿Podría decirme un poco más sobre lo que ha estado sucediendo con S en el último (tiempo/periodo)

Especifique

SECCION B - CONDUCTA DEL PACIENTE

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

Ya me ha hablado un poco sobre la forma en la que S se ha estado comportando en el último Ahora me gustaría hacerle unas preguntas más detalladas sobre estos puntos. Voy a repasar una lista de la forma en que algunas personas se comportan en estas situaciones y quizá me pueda decir si S se ha comportado de esa manera. A todo mundo le hacemos las mismas preguntas por lo que obviamente muchas de estas cosas no se aplicarán a S.

NOTAS PARA EL ENTREVISTADOR

Las siguientes preguntas son utilizadas para los niveles de aparición y aflicción a lo largo de esta sección cuando una conducta es calificada como presente.

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

AFLICCION: ¿Cómo se sintió cuando S..... (de un ejemplo de la conducta)?

¿Se deprimió/asombró/afligió/preocupó por ello?

(Si el informante no expresa aflicción y la conducta ha estado presente por lo menos durante el último año)

¿A qué se debe? ¿Es que se ha acostumbrado a la misma?

(Si el informante expresa alguna aflicción)

¿Sintió usted que no podría tolerar.....(de un ejemplo de la conducta) por más tiempo?

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

(VER EL MANUAL PARA INSTRUCCIONES SOBRE LA CALIFICACION) DESDE LA ULTIMA HOSPITALIZACION.

B.1 DEPRESION

- P: ¿En el último (tiempo/periodo)..... estaba S deprimido o desanimado?
¿Lloraba?
¿Se comportaba en forma triste y no sonreía?
¿Respondía S a los intentos por animarlo?
¿Señaló S que no valía la pena vivir?
¿Estaba S deprimido todo el tiempo?

NIVEL DE SUFRIMIENTO DEL PACIENTE

37

- 0 = poca o ninguna depresión
1 = lloraba o estaba obviamente deprimido parte del tiempo
2 = rara vez animado; no responde a intentos por animarlo

TIEMPO DE APARICION

38

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

PREOCUPACION DEL INFORMANTE

39

- 0 = Ausencia
1 = Presencia
2 = Resignación
9 = No presenta depresión

B.2 AISLAMIENTO

P: ¿Se encerró S en sí mismo durante el último
(tiempo/periodo)?

¿No platicaba?

¿Se comportó en forma asocial?

¿Respondía S cuando se le dirigía la
palabra?

¿Se rehusaba a conocer personas?

¿Se comportaba de esta manera todo el
tiempo?

NIVEL DE AISLAMIENTO DEL PACIENTE

40

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

PERIODO DE APARICION

41

1 = < 1 semana
2 = > 1 semana < 3 meses
3 = > 3 meses < 1 año
4 = > 1 año

5 = No hubo cambio
9 = No presenta
aislamiento

PREOCUPACION DEL INFORMANTE

42

0 = Ausencia
1 = Presencia
2 = Resignación

9 = No presenta
aislamiento

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

- P: ¿Mostró S lentitud en sus movimientos y actividades?
¿Le tomaba mucho tiempo el vestirse?
¿El comer sus alimentos? ¿El lavarse?, etc.
¿Mostraba S tanta lentitud al punto de resultar peligrosa?

NIVEL DE LENTITUD DEL PACIENTE

- | | |
|--|----------|
| 0 = Ninguna | _____ |
| 1 = Le toma un lapso excepcionalmente largo el
cumplir sus tareas | _____ 43 |
| 2 = Lentitud extrema al punto de resultar peligrosa para sí mismo
o para otros. | |

PERIODO DE APARICION

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

PREOCUPACION DEL INFORMANTE

- | | | |
|-----------------|-----------------------------|----------|
| 0 = Ausencia | 9 = No presenta
lentitud | _____ |
| 1 = Presencia | | _____ 45 |
| 2 = Resignación | | |

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

P: ¿Tuvo problemas S para recordar cosas cotidianas?
¿Olvidaba dónde ponía cosas tales como llaves o dinero?

¿Se olvidaba S de haber hecho cosas que podrían provocar daño, ej. olvidar que había comenzado a cocinar algo?
¿Olvidaba su camino de regreso a casa?

NIVEL DE OLVIDO DEL PACIENTE

0 = Nulo o no frecuencia	_____
1 = Lapsos de memoria definibles	_____
2 = Tan olvidadizo que no puede confiársele el hacer nada solo, ej. cocinar, ir de compras, viajar	46

PERIODO DE APARICION

1 = < 1 semana	5 = No hubo cambio	_____
2 = > 1 semana < 3 meses	9 = No presenta olvidos	_____
3 = > 3 meses < 1 año		47
4 = > 1 año		

PREOCUPACION DEL INFORMANTE

0 = Ausencia	9 = No presenta olvidos	_____
1 = Presencia		_____
2 = Resignación		48

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

- P: ¿Tendió S a tener muy poca actividad?
¿Permanece S sentado sin moverse en un lugar por un largo periodo de tiempo?
¿Permanece S en cama por largos periodos de tiempo

¿Pasa S la mayor parte del tiempo sin hacer nada?
¿Se uniría S a alguna actividad de sugerírsele?

NIVEL DE SUBACTIVIDAD DEL PACIENTE

49

- 0 = Se mantiene activo la mayor parte del tiempo sin sugerírsele
1 = Subactividad definible pero responde cuando se le anima a hacer cosas
2 = Subactividad extrema, se pasa la mayor parte del tiempo sin hacer nada y no responde cuando se le anima a hacer las cosas

PERIODO DE APARICION

50

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

PREOCUPACION DEL INFORMANTE

- 0 = Ausencia
1 = Presencia
2 = Resignación
9 = No presenta subactividad

51

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

- P: ¿Se aferró S a usted o le seguía a donde fuera?
¿Si sale usted de la habitación, le sigue S?
¿Se resiste S a ser dejado solo aún durante periodos breves?

NIVEL DE SOBREDEPENDENCIA DEL PACIENTE

- | | |
|---|----|
| 0 = Normalmente independiente | 52 |
| 1 = Sigue a las personas por algún rato | |
| 2 = No permanece solo ni siquiera por minutos | |

PERIODO DE APARICION

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

PREOCUPACION DEL INFORMANTE

- | | | |
|-----------------|-------------------------------------|----|
| 0 = Ausencia | 9 = No presenta
sobredependencia | 54 |
| 1 = Presencia | | |
| 2 = Resignación | | |

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

P: ¿Le resultaba difícil a S el tomar una decisión?
¿Tendía a evitar el decidir sobre cosas?
¿Tenía problemas para decidir que ponerse o para decidir entre salir o quedarse en casa? ¿Para decidir que comer?

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

NIVEL DE INDECISION DEL PACIENTE

55

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

PERIODO DE APARICION

56

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

PREOCUPACION DEL INFORMANTE

- 0 = Ausencia
- 1 = Presencia
- 2 = Resignación
- 9 = No presenta indecisión

57

B.8 PREOCUPACION

- P: ¿Encuentra S todos los eventos cotidianos como generadores de ansiedad o sumamente preocupantes?
¿Le preocupaba a S el hecho de salir fuera y encontrarse a amigos?
¿Le parecen a S extremadamente preocupantes los eventos simples de su trabajo?
¿Le preocupa a S el que algo terrible vaya a pasarle a él/ella o a otros?

¿Siempre se preocupó por estas dificultades?
¿Trató de evitar que otros hicieran cosas?
Por ejemplo, impedir que los niños salieran fuera porque le preocupaba que algo terrible les fuera a pasar.

NIVEL DE PREOCUPACION DEL PACIENTE

- | | |
|--|-------|
| 0 = Nula | _____ |
| 1 = Alguna, pero no totalmente preocupado | 58 |
| 2 = Extrema. Constantemente afligido por preocupaciones o intenta cambiar la conducta de otros debido a sus preocupaciones | |

PERIODO DE APARICION

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

PREOCUPACION DEL INFORMANTE

- | | | |
|-----------------|------------------------------|-------|
| 0 = Ausencia | 9 = No presenta preocupación | _____ |
| 1 = Presencia | | 60 |
| 2 = Resignación | | |

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

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

¿Estaba S tan asustado/asustada que evitaba el salir?
¿Evitaba por ejemplo el aceptar "aventones"?
¿Daba largos rodeos para evitar animales o insectos?

NIVEL DE TEMOR DEL PACIENTE

0 = Ninguno o escaso	_____
1 = Algunos temores poco comunes pero que no obstaculizan otras actividades	61
2 = Temores tan extremos que la situación que los provoca es totalmente evitada	

PERIODO DE APARICION

	62
1 = < 1 semana	5 = No hubo cambio
2 = > 1 semana < 3 meses	9 = No presenta temores
3 = > 3 meses < 1 año	
4 = > 1 año	

PREOCUPACION DEL INFORMANTE

0 = Ausencia	9 = No presenta temores	_____
1 = Presencia		63
2 = Resignación		

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

P: ¿Era S muy exigente o remilgado con respecto a hacer las cosas en una forma particular?

¿Tenía S una rutina para hacer las cosas, siempre en una forma determinada?

¿Se la pasaba checando que ciertas cosas se hicieran, por ejemplo, que se cerraran las puertas con llave?

¿Repetía S cosas una y otra vez, ej., lavarse las manos?

¿Era S incapaz de hacer otras cosas debido a estas conductas? ej., no era capaz de irse a trabajar porque se la pasaba checando que la puerta principal estuviera cerrada.

NIVEL DE OBSESIONABILIDAD

64

0 = Nula

1 = Algunas conductas obsesivas pero no obstaculizan seriamente otras actividades

2 = Conducta obsesiva extrema que obstaculiza seriamente otras actividades

APARICION

65

1 = < 1 semana

2 = > 1 semana < 3 meses

3 = > 3 meses < 1 año

4 = > 1 año

5 = No hubo cambio

9 = No presenta obsesiones

PREOCUPACION DEL INFORMANTE

66

0 = Ausencia

1 = Presencia

2 = Resignación

9 = No presenta obsesiones

B.1.1 IDEAS EXTRAVAGANTES En el último (tiempo/periodo)....

- P: ¿Expresó S alguna idea extraña o poco común?
¿Señaló que la gente estaba contra él/ella, que querían herirlo/a o que hablaban de él/ella?
¿Lo acusó a usted o a otras personas de estar conspirando contra él/ella?
¿Estaba irracionalmente celoso de usted o de alguien más?
¿Dijo alguna vez que había escuchado voces o visto cosas que de hecho no estaban presentes?
¿Pensaba que tenía una enfermedad física seria de la cual no existía una buena evidencia?

¿Estaba S totalmente preocupado por estas ideas?

¿Estaba S, de hecho, totalmente fuera de la realidad?

NIVEL DE IDEAS EXTRAVAGANTES DEL PACIENTE

67

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

PERIODO DE APARICION

68

- 1 = < 1 semana
2 = > 1 semana < 3 meses
3 = > 3 meses < 1 año
4 = > 1 año
5 = No hubo cambio
9 = No presenta ideas extravagantes

PREOCUPACION DEL INFORMANTE

- 0 = Ausencia
1 = Presencia
2 = Resignación
9 = No presenta ideas extravagantes

69

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

- P: ¿Estaba S excesivamente alegre, agitado o excitado?
¿Era ruidoso/a? ¿Gritaba demasiado?
¿Hablaba incesantemente?
¿Era inquieto(a)? ¿Incapaz de estar sentado durante toda la comida?

¿Se levantaba por las noches y se ponía a hacer cosas que por lo general constituyen actividades de día? (Ej., limpiar la casa)
¿Si intentaba persuadirlo de dejar de ser tan activo(a), respondía a sus esfuerzos?

NIVEL DE HIPERACTIVIDAD DEL PACIENTE

- 0 = Nula
1 = Conducta definiblemente hiperactiva pero responde a los esfuerzos por controlarlo(a).
2 = Incontrolable por otros o controlable pero hiperactivo en momentos inconvenientes la mayor parte de las veces, ej., por la noche.

70

PERIODO DE APARICION

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

71

PREOCUPACION DEL INFORMANTE

- 0 = Ausencia
1 = Presencia
2 = Resignación
9 = No presenta hiperactividad

72

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

- P: ¿Dijo o hizo algo que estuviera completamente fuera de lugar?
 ¿Hizo algo bastante inesperado?
 ¿Dijo algo bastante inesperado?

 ¿Nunca sabía usted qué iba a decir o
 hacer a continuación?
 ¿Pensaba usted que S repentinamente
 podría decir o hacer algo que tuviera
 serias consecuencias?

NIVEL DE IMPREDICTIBILIDAD DEL PACIENTE

- | | |
|---|----|
| 0 = Nula o sólo ocasionalmente | 73 |
| 1 = Alguna impredecibilidad pero no implicando
duda sobre el cumplimiento de sus responsabilidades | |
| 2 = Impredecibilidad extrema al punto de resultar probables
serias consecuencias para él o para otros. | |

PERIODO DE APARICION

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

PREOCUPACION DEL INFORMANTE

- | | | |
|-----------------|-------------------------------------|----|
| 0 = Ausencia | 9 = No presenta
impredecibilidad | 75 |
| 1 = Presencia | | |
| 2 = Resignación | | |

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

- P: ¿Estaba S irritable?
¿Era mordaz?
¿Se desquitaba con otras personas?
¿Se comportaba irasciblemente?
¿Era seco con los niños?

¿Se comportaba así todo el tiempo?
¿Si intentaba usted cambiar su tempera-
mente, se tornaba menos irritable?

NIVEL DE IRRITABILIDAD DEL PACIENTE

76

- 0 = Nula u ocasional
1 = A menudo irritable pero responde a los intentos de otros por cambiar su temperamento.
2 = Siempre mordaz y de mal carácter con la familia (aún cuando se comporte cortésmente con extraños).

PERIODO DE APARICION

77

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

PREOCUPACION DEL INFORMANTE

- 0 = Ausencia
1 = Presencia
2 = Resignación
9 = No presenta irritabilidad

78

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

P: ¿Era S rudo o desconsiderado con usted o con amigos o familiares?

¿Era S grosero cuando alguna persona le visitaba o cuando usted visitaba a otra persona?

¿Si le remarcaba usted a S que su conducta era ruda o desconsiderada,
¿Se disculpaba o trataba de ser más cortés?

NIVEL DE RUDEZA DEL PACIENTE

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

PERIODO DE APARICION

80

- 1 = < 1 semana
- 2 = > 1 semana < 3 meses
- 3 = > 3 meses < 1 año
- 4 = > 1 año
- 5 = No hubo cambio
- 9 = No presencia de rudeza

PREOCUPACION DEL INFORMANTE

- 0 = Ausencia
- 1 = Presencia
- 2 = Resignación
- 9 = No presencia rudeza

81

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

P: ¿Era S agresivo o abusivo con usted o con alguien más?
¿La agredió verbalmente a usted o a otros?

¿Rompió muebles o dañó la casa en un arranque de violencia?
¿Le golpeó o golpeó a alguien más?

NIVEL DE VIOLENCIA DEL PACIENTE

82

- 0 = Nula
- 1 = Modales agresivos y/o abuso verbal pero sin golpear a nadie y sin provocar daños en propiedades
- 2 = Golpeó a personas o destruyó propiedades (Ej., romper sillas, ventanas) por lo menos en una ocasión.

PERIODO DE APARICION

83

- 1 = < 1 semana
- 2 = > 1 semana < 3 meses
- 3 = > 3 meses < 1 año
- 4 = > 1 año
- 5 = No hubo cambio
- 9 = No presencia de violencia

PREOCUPACION DEL INFORMANTE

- 0 = Ausencia
 - 1 = Presencia
 - 2 = Resignación
 - 9 = No presencia de violencia
- _____

84

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

P: ¿Habló S sobre el suicidarse?

¿Dijo que tomaría una sobredosis, cortaría sus venas, etc.?

¿Intentó alguna vez suicidarse?

¿Tomó una sobredosis, se cortó las venas, intentó intoxicarse con gas, trató de Brincar al paso de un camión o tren o de arrojarse de un edificio?

NIVEL DE INTENTOS DE SUICIDIO DEL PACIENTE

85

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

PERIODO DE APARICION

86

- 1 = < 1 semana
- 2 = > 1 semana < 3 meses
- 3 = > 3 meses < 1 año
- 4 = > 1 año
- 5 = No hubo cambio
- 9 = No presenta intentos de suicidio

PREOCUPACION DEL INFORMANTE

87

- 0 = Ausencia
- 1 = Presencia
- 2 = Resignación
- 9 = No presenta intentos de suicidio

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

- P: ¿Se comportó S en alguna forma que ofendiera a otras personas?
¿Llevó a cabo avances sexuales abiertos con amigos o familiares?
¿Se desvistió en público?
¿Se exhibió en público?
¿Sucedió esto en más de una ocasión?

NIVEL DE CONDUCTA OFENSIVA DEL PACIENTE

88

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

PERIODO DE APARICION

89

- 1 = < 1 semana
2 = > 1 semana < 3 meses
3 = > 3 meses < 1 año
4 = > 1 año
5 = No hubo cambio
9 = No presenta conducta defensiva

PREOCUPACION DEL INFORMANTE

- 0 = Ausencia
1 = Presencia
2 = Resignación
9 = No presenta conducta defensiva

90

B.19 INGESTION EXCESIVA DE ALCOHOL

P: En el último tiempo/periodo.....
¿Tomó S en exceso?
¿La ingestión excesiva de alcohol le hacía difícil el concentrarse o le hacía difícil la vida en otros aspectos?
¿El beber en forma excesiva hacía que resultara peligroso(a)? (Ej. Que fuera probable que provocara un accidente automovilístico, en el trabajo o en el hogar?)

NIVEL DE INGESTION DE ALCOHOL DEL PACIENTE

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

91

PERIODO DE APARICION

- 1 = < 1 semana
2 = > 1 semana < 3 meses
3 = > 3 meses < 1 año
4 = > 1 año
5 = No hubo cambio
9 = No presenta ingestión de alcohol

92

PREOCUPACION DEL INFORMANTE

- 0 = Ausencia
1 = Presencia
2 = Resignación
9 = No presenta ingestión de alcohol

93

B.20 AUTO-DESCUIDO En el último (tiempo/periodo).....

- P: ¿Era S descuidado consigo mismo?
¿Se mantenía limpio y arreglado?
¿Comía apropiadamente?

¿Se cuidaba así mismo si otros le sugerían
que lo hiciera?
¿Comía si alguien más le preparaba la
comida y le sugería que debía comerla?

NIVEL DE AUTO-DESCUIDO DEL PACIENTE

94

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

PERIODO DE APARICION

95

- 1 = < 1 semana
2 = > 1 semana < 3 meses
3 = > 3 meses < 1 año
4 = > 1 año
5 = No hubo cambio
9 = No presenta auto-descuido

PREOCUPACION DEL INFORMANTE

- 0 = Ausencia
1 = Presencia
2 = Resignación
9 = No presenta auto-descuido
- _____

96

B.21 QUEJAS RELACIONADAS CON MOLESTIAS CORPORALES O DOLORES

- P: En el último (periodo/tiempo).....
¿Buscaba S que se condolieran de él debido a dolores o malestares?
¿Se quejaba de cansancio o de otros dolores corporales?
¿Qué tan a menudo presentaba quejas de este tipo?

NIVEL DE MALESTARES O DOLORES CORPORALES

97

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

PERIODO DE APARICION

98

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

PREOCUPACION DEL INFORMANTE

- 0 = Ausencia
1 = Presencia
2 = Resignación
9 = No presenta malestares

99

B.22 CONDUCTA EXTRAVAGANTE

P: ¿En el último (tiempo/periodo)....., hizo algo S, además de las cosas de las que ya me ha platicado, que resultara extravagante o extraño?

¿Caminaba por las calles hablando consigo mismo(a)?

¿Se detenía a escudriñar escombros en las calles?

¿Se vestía en forma bizarra?

¿Con qué frecuencia se comportaba de ésta manera?

NIVEL DE CONDUCTA EXTRAVAGANTE DEL PACIENTE

100

0 = Nula

1 = Alguna conducta extravagante ocasional

2 = La mayor parte de la conducta de S es idiosincrática o bizarra

PERIODO DE APARICIÓN

101

1 = < 1 semana

2 = > 1 semana < 3 meses

3 = > 3 meses < 1 año

4 = > 1 año

5 = No hubo cambio

9 = No presenta conducta extravagante

PREOCUPACION DEL INFORMANTE

0 = Ausencia

1 = Presencia

2 = Resignación

9 = No presenta conducta

extravagante

102

Confiabilidad

Este es un instrumento estandarizado, semiestructurado, con una confiabilidad para escenarios mexicanos de Kappa: 0.78 llevada a cabo por Otero y Rascón (1988). Posteriormente se sometió a un análisis de confiabilidad Alpha de Cronbach por secciones con 41 casos, y la sección B obtuvo un Alpha de 0.8527, también se hizo este mismo análisis para cada reactivo que se utilizó en este estudio, (reactivos referentes a la presencia de conductas sintomáticas).(ver tabla 6).

Tabla 6.

Conducta Sintomática	ALPHA
1. Depresión o tristeza.	.8426
2. Aislamiento.	.8475
3. Lentitud.	.8353
4. Olvidos.	.8470
5. Subactividad.	.8419
6. Sobredependencia	.8298
7. Indecisión.	.8425
8. Preocupación.	.8429
9. Temor.	.8346
10. Obsesionabilidad.	.8329
11. Ideas extravagantes.	.8386
12. Hiperactividad.	.8288
13. Impredictibilidad.	.8272
14. Irritabilidad.	.8240
15. Rudeza.	.8240
16. Violencia.	.8217
17. Suicidio.	.8256
18. Conducta Ofensiva.	.8344
19. Exceso de alcohol.	.8407
20. Auto-descuido	.8318
21. Quejas corporales o dolores.	.8396
22. Conducta extravagante.	.8275