UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR

FACULTAD DE MEDICINA

POSGRADO DE ESPECIALIDADES MÉDICAS



INFORME FINAL DE LA TESIS DE GRADUACIÓN

**“ÍNDICE DE EXPRESIÓN EMOCIONAL EN FAMILIAS DE PACIENTES ESQUIZOFRÉNICOS Y SU RELACIÓN CON REINGRESOS ANUALES EN PABELLÓN DE PACIENTES COMUNES JUNIO-NOVIEMBRE 2013”**

Presentado por:

DOCTORA TANIA PATRICIA ABREGO DE CASTRO

Para Optar al Título de:

 ESPECIALISTA EN PSIQUIATRÍA Y SALUD MENTAL

Asesor de tesis:

Doctor Rafael Alfredo Jule Martínez

SAN SALVADOR, DICIEMBRE DE 2013

**CONTENIDO**

CAPÍTULO PÁGINA

RESUMEN

1. INTRODUCCIÓN…………......................................................... 1
2. OBJETIVOS…...……………………………………………………. 6
3. MARCO TEÓRICO…………………………………………………. 7
4. DISEÑO METODOLÓGICO……………………………………….. 23
5. PRESENTACIÓN DE RESULTADOS… ………………………… 30
6. DISCUSIÓN DE RESULTADOS…………………………………... 51
7. CONCLUSIONES………………………………………………….... 54
8. RECOMENDACIONES……………………………………….……..55
9. BIBLIOGRAFÍA……………………………………………………….56
10. ANEXOS…………………………………………………………….58

RESUMEN

La Esquizofrenia representa una de las patologías psiquiátricas más frecuentes y con mayores dificultades para su manejo clínico, ya que una serie de variables intervienen en su génesis y en la producción de recaídas.

El Índice de Expresión Emocional, es un predictor de recaídas de gran importancia; por tanto, el presente estudio tuvo por Objetivo General, determinar el Índice de Expresión Emocional en familias de pacientes esquizofrénicos y su relación con reingresos anuales en pabellones comunes, Junio-Noviembre 2013 e identificar características sociodemográficas de las familias de los pacientes así como los tipos de Esquizofrenia más relacionados a familias con Alta Expresión Emocional.

Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal con un muestreo no probabilístico a conveniencia del investigador obteniendo un total de 50 pacientes junto a su familiar clave: 35 mujeres y 15 hombres.

Variables independientes**:** Edad, sexo, ocupación, nivel educativo, estado civil, parentesco, área geográfica, tipo de esquizofrenia, tiempo de cuidar del paciente, tiempo de encontrarse en controles en el HNP

Variables dependientes**:** comentarios críticos, hostilidad, sobreimplicación, afecto, comentarios positivos, número de ingresos anuales.

Instrumentos utilizados: Entrevista Familiar Camberwell, instrumento de investigación diseñado por el investigador, expediente clínico, libros de ingreso y egreso de los pabellones.

Se concluyó a través de la Entrevista Familiar Camberwell, que del total de la muestra, 33 familiares obtuvieron índices altos de Expresión Emocional, quedando un total de 26 mujeres y 7 hombres.

El familiar clave que más frecuentemente mostró AEE fue la madre (54.5%); con edad de más de 61 años (27.27%), un tiempo en años de cuidar del paciente por más de 10 años (54.5%); nivel educativo de primaria incompleta (45.5%), procedente de área rural (54.5%).

El tipo de esquizofrenia más asociado a AEE fue el paranoide (78.8%).

Palabras clave: Esquizofrenia, Familia, Índice de Expresión Emocional, Reingresos.

1. **INTRODUCCIÓN**

Las razones para considerar la esquizofrenia como una de las áreas de mayor interés para la investigación epidemiológica en general, y para la investigación epidemiológica en salud mental en particular, son múltiples.

Los modelos explicativos de la esquizofrenia son muy variados, existen teorías biológicas (genéticas, alteraciones neuroquímicas, anomalías estructurales), así como teorías más psicológicas o psicosociales.

Dentro de estas últimas, los factores familiares fueron en un principio considerados etiológicos, por eso es importante conocer la historia de la teoría de la familia para entender la investigación de la función de la misma.

Es por esto, que surge la evaluación de la Expresión Emocional de las familias de los pacientes esquizofrénicos, como un predictor de recaídas de gran importancia.

La Expresión Emocional es la actitud llevada a cabo por los miembros de la familia o las personas que están en contacto directo con un paciente esquizofrénico y es evaluada a través de la Camberwell Family Interview.

Esta entrevista, es una manera de observar respuestas verbales y no verbales en las cuales, una alta Expresión Emocional incluye mayores comentarios críticos, hostilidad y una implicación emocional excesiva, que pueden contribuir a mayores recaídas.

En el Hospital Nacional Psiquiátrico, la Esquizofrenia constituye una de las mayores causas de consulta en el área de Emergencias, y de ingresos en los pabellones comunes con un alto porcentaje de recaídas, por lo que se considera de gran importancia analizar el índice de Expresión Emocional de las familias de estos pacientes, para brindar una mejor calidad de atención y propiciar una mejor calidad de vida como pronóstico para su enfermedad.

ANTECEDENTES

Históricamente, la Esquizofrenia ha representado paradigma de la locura, alrededor de la cual se han tejido innumerables teorías y tomas de posición, con repercusiones en todas las actividades de la psiquiatría.

Por la gran frecuencia del trastorno y sus conspicuas manifestaciones sociales que exigen una atención inevitable por parte de los dispositivos de salud y por los interesantes problemas etiopatogénicos que plantea, al contrastarse en su desarrollo la compleja interacción de factores genéticos y ambientales, se la ha llegado a clasificar entre las enfermedades de origen desconocido y que a la vez, supone un mayor costo social por su larga supervivencia tras el inicio de la enfermedad y su continuo sufrimiento a medida que se minan sus facultades cognitivas y emocionales.

Con el objetivo de disminuir estas manifestaciones sociales y para brindar una mejor calidad de vida al paciente esquizofrénico, surge el interés por evaluar el clima emocional de la familia de pacientes mentales crónicos.

En 1966, Brown y Rutter, desarrollaron un estudio familiar donde un miembro de la familia era un enfermo mental. El trabajo original partió de un hallazgo inesperado donde los pacientes esquizofrénicos de larga estancia, al ser dados de alta tenían una mejor evolución si iban a vivir solos, con hermanos o con otro tipo de recursos más impersonales, que si retornaban a vivir con sus padres o con su cónyuge.

Un trabajo posterior indicaba que las respuestas emocionales y las actitudes mostradas por el familiar hacia el paciente predecían su evolución. En aquellas familias donde los niveles de tensión y de emociones eran muy altas el paciente recaía con una frecuencia mayor que cuando el paciente procedía de familias con una aparente menor respuesta emocional.

En El Salvador, existe un solo hospital nacional especializado en Psiquiatría, que brinda atención en salud mental y recibe pacientes de los 14 municipios del país, e incluso, de otros países de Centroamérica; y la esquizofrenia, representa una de las mayores causas de consulta diaria.

Hasta la fecha, no se cuenta con estudios sobre Expresión Emocional, llevados a cabo dentro del ámbito hospitalario, lo cual provee pocos antecedentes en cuanto a este tema y motiva la presente investigación.

JUSTIFICACIÓN

Se ha considerado realizar un estudio sobre la Expresión Emocional en familiares de pacientes que reingresan con frecuencia al Hospital Nacional Psiquiátrico en primer lugar, para brindar un aporte al área de la investigación en un tema tan importante como la Esquizofrenia.

En segundo lugar, para contribuir a formar una base para futuros estudios epidemiológicos y realizar intervenciones oportunas que beneficien a la población de pacientes que padecen esa enfermedad.

En tercer lugar, para promover acciones que favorezcan un adecuado ambiente familiar y social en el cual este tipo de pacientes puedan desenvolverse, para mejorar su pronóstico de calidad de vida.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En el Hospital Nacional Psiquiátrico, la Esquizofrenia es una de las principales causas de consulta en Unidad de Emergencias y de ingresos en los pabellones de hospitalización.

Por lo anteriormente mencionado, es conveniente preguntarse ¿Cuál es la relación entre el Índice de Expresión Emocional en familias de pacientes esquizofrénicos y la frecuencia de reingresos anuales en el período de Junio a Noviembre de 2013?

HIPÓTESIS

Los pacientes esquizofrénicos con familias de Alta Expresión Emocional, tienen más reingresos intrahospitalarios en los pabellones de pacientes comunes del Hospital Nacional Psiquiátrico.

1. **OBJETIVOS**

**Objetivo General**

Determinar el Índice de Expresión Emocional en familias de pacientes esquizofrénicos y su relación con reingresos anuales en pabellones comunes, Junio-Noviembre 2013.

**Objetivos específicos**

1. Establecer una relación entre la cantidad de ingresos anuales y el Índice de Expresión Emocional.
2. Identificar las características sociodemográficas de las familias con Alta Expresión Emocional.
3. Indagar sobre qué tipos de Esquizofrenia están más relacionados con las familias de Alta Expresión Emocional.
4. MARCO TEÓRICO

ESQUIZOFRENIA(1,2)

**Criterios diagnósticos**

Este trastorno se caracteriza por distorsiones fundamentales y típicas de la percepción, del pensamiento y de las emociones, estas últimas en forma de embotamiento o falta de adecuación de las mismas. En general, se conservan tanto la claridad de la conciencia como la capacidad intelectual, aunque con el paso del tiempo pueden presentarse déficits cognoscitivos.

El trastorno compromete las funciones esenciales que dan a la persona normal la vivencia de su individualidad, singularidad y dominio de sí misma. El enfermo cree que sus pensamientos, sentimientos y actos más íntimos son conocidos o compartidos por otros y pueden presentarse ideas delirantes en torno a la existencia de fuerzas naturales o sobrenaturales capaces de influir, de forma a menudo bizarra, en los actos y pensamientos del individuo afectado. Este se siente el centro de todo lo que sucede.

Son frecuentes las alucinaciones, especialmente las auditivas, que pueden comentar la propia conducta o los pensamientos propios del enfermo. Suelen presentarse además otros trastornos de la percepción: los colores o los sonidos pueden parecer excesivamente vívidos o tener sus cualidades y características alteradas y detalles[[1]](#footnote-1)

irrelevantes de hechos cotidianos pueden parecer más importantes que la situación u objeto principal. La perplejidad es frecuente ya desde el comienzo, la cual suele acompañarse de la creencia de que las situaciones cotidianas tienen un significado especial, por lo general siniestro y dirigido contra el propio enfermo. En el trastorno del pensamiento característico de la esquizofrenia los aspectos periféricos e irrelevantes de un concepto, que en la actividad mental normal están soterrados, afloran a la superficie y son utilizados en lugar de los elementos pertinentes y adecuados para la situación. Así el pensamiento se vuelve vago, elíptico y oscuro y su expresión verbal es a veces incomprensible. Son frecuentes los bloqueos e interpolaciones en el curso del pensamiento y el enfermo puede estar convencido de que un agente extraño está grabando sus pensamientos. Las características más importantes de la afectividad son la superficialidad, su carácter caprichoso y la incongruencia. La ambivalencia y el trastorno de la voluntad se manifiestan como inercia, negativismo o estupor. Pueden presentarse también síntomas catatónicos.

El comienzo puede ser agudo, con trastornos graves del comportamiento conductal o insidioso con un desarrollo gradual de ideas y de una conducta extraña. El curso también presenta una gran variabilidad y no es inevitablemente crónico y deteriorante (debe especificarse con un quinto carácter). Un porcentaje de casos, que varía en las diferentes culturas y poblaciones, evoluciona hacia una recuperación completa o casi completa. Ambos sexos se afectan aproximadamente por igual, pero el comienzo tiende a ser más tardío en las mujeres.

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

1. Eco, robo, inserción del pensamiento o difusión del mismo.
b) Ideas delirantes de ser controlado, de influencia o de pasividad, claramente referidas al cuerpo, a los movimientos de los miembros o a pensamientos o acciones o sensaciones concretos y percepción delirante.
c) Voces alucinatorias que comentan la propia actividad, que discuten entre ellas sobre el enfermo u otros tipos de voces alucinatorias que proceden de otra parte del cuerpo.
d) Ideas delirantes persistentes de otro tipo que no son adecuadas a la cultura del individuo o que son completamente imposibles, tales como las de identidad religiosa o política, capacidad y poderes sobrehumanos (por ejemplo, de ser capaz de controlar el clima, de estar en comunicación con seres de otros mundos).
e) Alucinaciones persistentes de cualquier modalidad, cuando se acompañan de ideas delirantes no estructuradas y fugaces sin contenido afectivo claro, o ideas sobrevaloradas persistentes, o cuando se presentan a diario durante semanas, meses o permanentemente.
f) Interpolaciones o bloqueos en el curso del pensamiento, que dan lugar a un lenguaje divagatorio, disgregado, incoherente o lleno de neologismos.
g) Manifestaciones catatónicas, tales como excitación, posturas características o flexibilidad cérea, negativismo, mutismo, estupor.
h) Síntomas "negativos" tales como apatía marcada, empobrecimiento del lenguaje, bloqueo o incongruencia de la respuesta emocional (estas últimas habitualmente conducen a retraimiento social y disminución de la competencia social). Debe quedar claro que estos síntomas no se deban a depresión o a medicación neuroléptica.
i) Un cambio consistente y significativo de la cualidad general de algunos aspectos de la conducta personal, que se manifiestan como pérdida de interés, falta objetivos, ociosidad, estar absorto y aislamiento social.

**TIPOS DE ESQUIZOFRENIA(1,2)**

**Esquizofrenia paranoide**

Es el tipo más frecuente de esquizofrenia en la mayor parte del mundo. En el cuadro clínico predominan las ideas delirantes relativamente estables, a menudo paranoides, que suelen acompañarse de alucinaciones, en especial de tipo auditivo y de otros trastornos de la percepción. Sin embargo, los trastornos afectivos, de la voluntad, del lenguaje y los síntomas catatónicos pueden ser poco llamativos.

Las ideas delirantes y alucinaciones paranoides más características son las siguientes:

**a)** Ideas delirantes de persecución, de referencia, de celos, genealógicas, de tener una misión especial o de transformación corporal.
**b)** Voces alucinatorias que increpan al enfermo dándole órdenes, o alucinaciones auditivas sin contenido verbal, por ejemplo, silbidos, risas o murmullos.
**c)** Alucinaciones olfatorias, gustatorias, sexuales u de otro tipo de sensaciones corporales. Pueden presentarse también alucinaciones visuales, aunque rara vez dominan.

El curso de la esquizofrenia paranoide puede ser episódico, con remisiones parciales o completas, o crónico. En esta última variedad los síntomas floridos persisten durante años y es difícil distinguir episodios aislados. El comienzo tiende a ser más tardío que en las formas hebefrénica y catatónica.

**Pautas para el diagnóstico**

Deben satisfacerse las pautas generales para el diagnóstico de esquizofrenia y además deben predominar las alucinaciones o las ideas delirantes y ser relativamente poco llamativos los trastornos de la afectividad, de la voluntad y del lenguaje y los síntomas catatónicos. Normalmente las alucinaciones son del tipo descrito en b) y c). Las ideas delirantes pueden ser casi de cualquier tipo, pero las más características son las ideas delirantes de ser controlado, de influencia, de dominio y las ideas de persecución de diversos tipos.

**Esquizofrenia hebefrénica**

Forma de esquizofrenia en la que los trastornos afectivos son importantes, las ideas delirantes y las alucinaciones son transitorias y fragmentarias y es frecuente el comportamiento irresponsable e imprevisible y los manierismos. La afectividad es superficial e inadecuada y se acompaña con frecuencia de risas insulsas o sonrisas absortas como de satisfacción de sí mismo, de un modo despectivo de actuar, de muecas, manierismos, burlas, quejas hipocondriacas y de frases repetitivas. El pensamiento aparece desorganizado y el lenguaje es divagatorio e incoherente. Hay una tendencia a permanecer solitario y el comportamiento carece de propósito y de resonancia afectiva. Esta forma de esquizofrenia comienza por lo general entre los 15 y los 25 años de edad y tiene un pronóstico malo por la rápida aparición de síntomas negativos, en especial de embotamiento afectivo y de abulia.

Además de las alteraciones afectivas y de la voluntad, destaca el trastorno del pensamiento. Pueden aparecer alucinaciones e ideas delirantes pero no son predominantes. Se pierden la iniciativa y la determinación, se pierde cualquier tipo de finalidad de tal forma que el comportamiento del enfermo parece errático y vacío de contenido. Además, la preocupación superficial y manierística por temas religiosos, filosóficos o abstractos puede hacer difícil al que escucha seguir el hilo del pensamiento.

**Pautas para el diagnóstico**

Para un diagnóstico seguro de hebefrenia normalmente es necesario un período de dos o tres meses de observación continua para asegurarse de que persiste el comportamiento característico.

**Esquizofrenia catatónica**

Presencia de trastornos psicomotores graves, que varían desde la hipercinesia al estupor o de la obediencia automática al negativismo. Durante largos períodos de tiempo pueden mantenerse posturas y actitudes rígidas y encorsetadas. Otra característica llamativa de este trastorno es la excitación intensa.

**Pautas para el diagnóstico**

Deben satisfacerse las pautas generales para el diagnóstico de esquizofrenia. Pueden aparecer síntomas catatónicos aislados y transitorios en el contexto de cualquier otro tipo de esquizofrenia. Para el diagnóstico de esquizofrenia catatónica deben predominar en el cuadro clínico uno o más de los siguientes tipos de comportamiento:

**a)** Estupor (marcada disminución de la capacidad de reacción al entorno y reducción de la actividad y de los movimientos espontáneos) o mutismo.
**b)** Excitación (actividad motriz aparentemente sin sentido, insensible a los estímulos externos).
**c)**Catalepsia (adoptar y mantener voluntariamente posturas extravagantes e inadecuadas).
**d)** Negativismo (resistencia aparentemente sin motivación a cualquier instrucción o intento de desplazamiento o presencia de movimientos de resistencia).
**e)** Rigidez (mantenimiento de una postura rígida contra los intentos de ser desplazado).
**f)** Flexibilidad cérea (mantenimiento de los miembros y del cuerpo en posturas impuestas desde el exterior).
**g)** Obediencia automática (se cumplen de un modo automático las instrucciones que se le dan) y perseveración del lenguaje.

**Esquizofrenia indiferenciada**

Conjunto de trastornos que satisfacen las pautas generales para el diagnóstico de esquizofrenia pero que no se ajustan a ninguno de los tipos F20.0-F20.2 o presentan rasgos de más de uno de ellos, sin que haya un claro predominio de uno en particular. Esta categoría deberá utilizarse únicamente para los cuadros psicóticos (excluyendo, pues, a la esquizofrenia residual, y a la depresión postesquizofrénica) y sólo después de haber intentado clasificar el cuadro clínico en alguna de las tres categorías precedentes.

**Pautas para el diagnóstico**

1. Satisfacen las pautas para el diagnóstico de esquizofrenia.
**b)** No satisfacen las pautas de los tipos catatónico, hebefrénico o paranoide.
**c)** No reúnen las pautas para la esquizofrenia residual o la depresión postesquizofrénica.

**Esquizofrenia residual**

Estado crónico del curso de la enfermedad esquizofrénica, en el que se ha producido una clara evolución progresiva desde los estados iniciales (que incluyen uno o más episodios con síntomas psicóticos que han satisfecho las pautas generales de la esquizofrenia) hacia los estadios finales caracterizados por la presencia de síntomas "negativos" y de deterioro persistente, aunque no necesariamente irreversibles.

**Pautas para el diagnóstico**

1. Presencia de síntomas esquizofrénicos "negativos" destacados, por ejemplo, inhibición psicomotriz, falta de actividad, embotamiento afectivo, pasividad y falta de iniciativa, empobrecimiento de la calidad o contenido del lenguaje, comunicación no verbal (expresión facial, contacto visual, entonación y postura) empobrecida, deterioro del aseo personal y del comportamiento social.
**b)** Evidencia de que en el pasado ha habido por lo menos un episodio claro que ha reunido las pautas para el diagnóstico de esquizofrenia.
**c)** Un período de por lo menos un año durante el cual la intensidad y la frecuencia de la sintomatología florida (ideas delirantes y alucinaciones) han sido mínimas o han estado claramente apagadas, mientras que destacaba la presencia de un síndrome esquizofrénico "negativo".
**d)** La ausencia de demencia u otra enfermedad o trastorno cerebral orgánico, de depresión crónica o de institucionalización suficiente como para explicar el deterioro.

**Esquizofrenia simple**

Trastorno no muy frecuente en el cual se presenta un desarrollo insidioso aunque progresivo, de un comportamiento extravagante, de una incapacidad para satisfacer las demandas de la vida social y de una disminución del rendimiento en general. No hay evidencia de alucinaciones y ni de ideas delirantes y el trastorno es no tan claramente psicótico como los tipos hebefrénico, paranoide y catatónico. Los rasgos "negativos" característicos de la esquizofrenia residual (por ejemplo, embotamiento afectivo, abulia) aparecen sin haber sido precedidos de síntomas psicóticos claramente manifiestos. El creciente empobrecimiento social puede conducir a un vagabundeo, los enfermos se encierran en sí mismos, se vuelven ociosos y pierden sus objetivos.

**Pautas para el diagnóstico**

Desarrollo progresivo durante un período de tiempo superior a un año, de los síntomas "negativos" característicos de la esquizofrenia residual, sin que hayan existido antecedentes de alucinaciones, de ideas delirantes ni de otras manifestaciones de un episodio psicótico pasado, con cambios significativos en la conducta personal manifestados con una marcada pérdida de interés, ociosidad y aislamiento social.(1,3)[[2]](#footnote-2)

**Índice de Expresión Emocional**

Desde la década de 1950, Brown et al, emprendieron una serie de estudios centrados en el curso de la esquizofrenia más que en su etiología, proponiendo que había una relación entre las condiciones de vida a las que regresaban los pacientes tras ser dados de alta en el hospital, y su riesgo de sufrir una recaída.(2)

 Observaron que había un riesgo mayor en aquellos que retornaban al mismo hogar conyugal o parental, en comparación con los pacientes que volvían a otras condiciones de vida.

La línea de estudios que contempla los mecanismos familiares estresantes ha creado el término «implicación emocional», que se redefine posteriormente de una forma operativa y cambia su nombre por el de «Emoción Expresada» (EE) en el ambiente familiar.2

Esta se refiere a la evaluación de la cantidad y calidad de las actitudes y sentimientos relacionados con la crítica, la hostilidad y el sobreinvolucramiento que uno de los familiares expresa acerca de un miembro de la familia diagnosticado con esquizofrenia.

Estas actitudes de los familiares se han asociado con la presencia de recaídas en los pacientes a los dos años de haber sido dados de alta, especialmente cuando los miembros de la familia y el paciente conviven en el mismo espacio y pueden tener contacto por lo menos 35 horas semanales.

Se ha comprobado que estas actitudes influyen aumentando o disminuyendo la exacerbación de síntomas y, en algunos casos, el reingreso hospitalario de los pacientes. Los registros de recaída más altos (92%) están relacionados con pacientes que permanecen más de 35 horas por semana con el FR y que no están tomando medicamentos antipsicóticos.

También se ha encontrado que cuando los familiares responsables (FR) con EE alta están en contacto estrecho con el enfermo, este último tiene un riesgo de experimentar la sintomatología, aumentando de dos a cuatro veces su riesgo de recaída.(4,5,6)[[3]](#footnote-3)

Las expresiones emocionales más características comprenden: comentarios críticos, hostilidad y exceso de involucramiento afectivo.

Aspectos positivos como la calidez, la crítica y el sobreinvolucramiento, son percibidos en general como estresantes, pues la crítica implica intolerancia y desaprobación, el sobreinvolucramiento sugiere intrusividad y control. Ambos generan altos niveles de ansiedad en el paciente, y se describen de la siguiente manera:

a) La crítica. Originalmente fue definida como aquellos comentarios o aseveraciones los cuales, por la manera en que son expresados, constituyen comentarios desfavorables sobre la conducta o la personalidad del individuo a quién se refieren. Es decir, muestran aversión o desaprobación hacia la conducta o las características de una persona. Algunas de las preguntas del cuestionario son: 1. «Cuando veo a mi familiar enfermo encerrado en su cuarto lo regaño para que ayude en casa». 2. «Le exijo a mi familiar que se esfuerce por adaptarse a las normas de la casa igual que los demás»,

3. «Procuro hacerle sentir vergüenza a mi familiar enfermo para que deje de hacer cosas desagradables».

4. «Cuando converso con mi familiar termino molestándome por lo confuso de su conversación».

1. El sobreinvolucramiento o sobreprotección. Se presenta más comúnmente en los padres que en algún otro familiar y se caracteriza por la sobreprotección o el consentimiento, el autosacrificio y el malestar emocional. Es similar al trato que normalmente se le da a un niño. El familiar muestra niveles inapropiados de preocupación por el paciente, el cual es visto como menos competente que antes y más vulnerable. Ejemplos de esto son las preguntas: 1.«Tengo cuidado de que a donde vaya mi familiar lo haga acompañado(a)», 2.«Cuando mi familiar intenta realizar algo en casa, yo se lohago», 3.«Desde que se inició la enfermedad de mi familiar tengo que cuidarlo siempre», 4. «Me es imposible ocultar mi sufrimiento cuando estoy con mi familiar enfermo».

c) La hostilidad. Generalmente se presenta si existe crítica, por lo que tiene poco valor como predictor independiente. Se considera que la hostilidad está presente cuando el paciente es atacado más por lo que es que por lo que hace. Lo que refleja esta actitud es una dificultad para tolerar y algunas veces comprender la situación del familiar enfermo. Algunos ejemplos son: 1. «Las recompensas que merezco son menores por culpa de mi familiar enfermo», 2. «Cada vez que puedo le saco en cara todo lo que me hace sufrir a mi familiar enfermo », 3. «Por la enfermedad de mi familiar, procuramos apartarlo», 4. «Por la tranquilidad de mi familia prefiero mantener a mi paciente encerrado en su cuarto.»(4)[[4]](#footnote-4)

La entrevista familiar Camberwell recoge básicamente dos tipos de información: una relacionada con acontecimientos y actividades, y la otra con sentimientos y actitudes. Pretende obtener una relación de las circunstancias presentes en el hogar en los tres meses previos a la admisión del paciente en el hospital, en particular detalles sobre el inicio y desarrollo del último episodio y su impacto en varios aspectos de la vida familiar, como por ejemplo: la participación de los diferentes miembros de la familia en las tareas domésticas, la presencia de irritabilidad y la frecuencia de discusiones y peleas familiares, así como el tiempo de contacto entre el paciente y el resto de la familia.

Al mismo tiempo se observa la conducta del familiar durante la entrevista, tomando nota de los sentimientos expresados hacia los miembros de la familia, especialmente hacia el paciente.

Muchos familiares están abiertos a expresar sus sentimientos y requieren poca ayuda por parte del entrevistador. Pero en otros, las respuestas sobre sentimientos y emociones son poco claras por lo que en estas personas se precisa de un acercamiento más directo. Este estilo de entrevista natural y poco forzado permite obtener respuestas emocionales más espontáneas de las familias a estudio, de lo que se deriva una información más válida que si se emplease un estilo de entrevista tipo cuestionario.

Dadas las características de la entrevista es frecuente el que el familiar formule preguntas en torno a la enfermedad, pronóstico y tratamiento del paciente, o simplemente busque respuestas tranquilizadoras respecto a sus propios sentimientos o conductas, siendo del todo imprescindible que el entrevistador se resista a contestar para evitar introducir sesgos.

Dadas las características de la entrevista se requiere que todos los entrevistadores realicen un entrenamiento previo que les permita familiarizarse con la misma y adquirir la destreza adecuada. (7,8) [[5]](#footnote-5)

1. **DISEÑO Y MÉTODOS**

Tipo de estudio

Estudio de tipo descriptivo, de corte transversal.

Universo de estudio

Familiares de pacientes esquizofrénicos que se encuentran en control en el Hospital Nacional Psiquiátrico

Población del estudio

Familiares de pacientes esquizofrénicos que están ingresados en los pabellones de pacientes comunes del Hospital Nacional Psiquiátrico.

Muestra

Se realizará un muestreo no probabilístico o dirigido, a fin de obtener una muestra de 50 pacientes junto a sus familias, a conveniencia del investigador que cumplan con los criterios de inclusión establecidos.

Criterios de inclusión

* Familias de pacientes que cumplan con los criterios diagnósticos para Esquizofrenia según el CIE-10.
* Familias que hayan convivido junto al paciente durante el último año.
* Familias de pacientes con diagnóstico de Esquizofrenia que residan dentro del territorio nacional.
* Familias de pacientes con diagnóstico de Esquizofrenia que acepten participar en la investigación firmando el consentimiento informado.
* Familiares y pacientes mayores de 18 años.

Criterios de exclusión

* Familias de pacientes que no cumplan con criterios diagnósticos de Esquizofrenia según el CIE-10.
* Familias de pacientes a quienes se les hace el diagnóstico de Esquizofrenia por primera vez en el Hospital Nacional Psiquiátrico.
* Familias de pacientes con diagnóstico de Esquizofrenia que hayan tenido ingresos previos en otras instituciones (públicas o privadas).
* Familias de pacientes con diagnóstico de Esquizofrenia que residan fuera del territorio nacional.
* Familias de pacientes con diagnóstico de Esquizofrenia que han vivido en hogares sustitutos u otro tipo de institución durante el último año.
* Pacientes con diagnóstico de Esquizofrenia que se encuentran ingresados en el pabellón de Reos o por orden judicial en algún pabellón de pacientes comunes.

Método de recogida de datos

Se realizará a través de la Camberwell Family Interview y la revisión del expediente activo y pasivo del paciente para la búsqueda de ingresos durante el último año.

También se revisarán los libros de registro de ingreso y egreso de los pabellones de pacientes comunes para respaldar la información.

Consideraciones éticas:

Para la realización del presente trabajo de investigación, los principios éticos se tomaron en cuenta de la siguiente manera:

1. El beneficio que se busca es medir los niveles de Expresión Emocional de las familias de pacientes con diagnóstico de Esquizofrenia y que de esta forma se pueda mejorar la EE para evitar que sea un desencadenante de reingresos.
2. No hubo ningún tipo de riesgo ni inconveniente para el participante, pues se hizo en forma voluntaria y los instrumentos fueron llenados en forma privada.
3. Se mantuvo la confidencialidad y al final solo figuran datos estadísticos y no los nombres de los participantes, quienes se dieron cuenta del estudio hasta el momento en que se les pasó el instrumento y la entrevista, para evitar cualquier tipo de sesgo.
4. Previamente se llenó un consentimiento informado, en el que se explicó que el participante no recibiría ningún tipo de remuneración económica ni de otro tipo.
5. El protocolo del trabajo de investigación se sometió a consideración del comité de ética y de investigación del Hospital Nacional Psiquiátrico.

Operacionalización de variables

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| VARIABLE | DEFINICIÓN DE VARIABLE | INDICADORES | ESCALA |
| Sexo del paciente | Sexo biológico del paciente en estudio | Masculino/Femenino | Instrumento de investigación |
| Edad  | Años cumplidos | Años | Instrumento de investigación |
| Ocupación | Actividad a la cual se dedica | Ocupación  | Instrumento de investigación |
| Estado civil  | Situación jurídica | Soltero/Acompañado/Casado/Viudo/Divorciado | Instrumento de investigación |
| Nivel educativo  | Nivel académico logrado | Ninguna y no lee/Ninguna pero lee/Primaria incompleta/Primaria incompleta/Secundaria incompleta/Secundaria completa/Bachillerato incompleto/Bachillerato completo/Universitario incompleto/Universitario completo | Instrumento de investigación |
| Lugar de procedencia | Área geográfica a la que pertenece | Urbano/Rural | Instrumento de investigación |
| Tipo de Esquizofrenia que padece | Clasificación según CIE-10 | Paranoide/Simple/Hebefrénica/ Indiferenciada/Residual | Instrumento de investigación |
| Tiempo en tratamiento | Años en tratamiento | Rango de años | Instrumento de investigación |
| Ingresos en el último año | Número de ingresos | Ingresos  | Instrumento y Expediente |
| Sexo del familiar | Sexo biológico del familiar en estudio | Masculino/Femenino | Instrumento de investigación |
| Edad  | Años cumplidos | Años | Instrumento de investigación |
| Ocupación | Actividad a la cual se dedica | Ocupación  | Instrumento de investigación |
| Estado civil  | Situación jurídica | Soltero/Acompañado/Casado/Viudo/Divorciado | Instrumento de investigación |
| Nivel educativo  | Nivel académico logrado | Ninguna y no lee/Ninguna pero lee/Primaria incompleta/Primaria incompleta/Secundaria incompleta/Secundaria completa/Bachillerato incompleto/Bachillerato completo/Universitario incompleto/Universitario completo | Instrumento de investigación |
| Lugar de procedencia | Área geográfica a la que pertenece | Urbano/Rural | Instrumento de investigación |
| Tiempo de cuidar del paciente | Período en que ha sido el cuidador | Rango de años | Instrumento de investigación |
| Síntomas previos al ingreso | Descripción psicopatológica del episodio actual | Síntomas predominantes en la historia clínica | CFI y Expediente |
| Tiempo de contacto cara a cara con paciente | Horas a la semana en que el familiar entra en contacto con su paciente | >35 hrs/<35 hrs | CFI |
| Comentarios críticos | Comentarios desfavorables de la conducta | >6 comentarios/<6 comentarios | CFI |
| Hostilidad | Actitud de poca tolerancia hacia el paciente | Ausente/Generalizada/De rechazo/Ambas | CFI |
| Sobreinvolucra-miento | Conductas de intrusividad y control | Bajo/ Moderado/Evidente | CFI |
| Afecto | Expresión de empatía hacia el paciente | Bajo/Moderado/Evidente | CFI |
| Comentarios positivos | Comentarios favorables de la conducta | Número de comentarios | CFI |

Instrumento

Para la recolección de los datos sociodemográficos, se elaboró un instrumento de llenado rápido a partir del cual, posteriormente, se pudo realizar la tabulación de los datos.

Para la recolección de los datos que competen a la evaluación de la Expresión Emocional, se hizo uso de la Entrevista Familiar Camberwell que tiene la característica de ser semiestructurada y recoge información detallada de una amplia gama de áreas, la forma en que ésta se obtiene es muy flexible. Precisamente por esa flexibilidad de formato la entrevista se asemeja más a una conversación que a un cuidadoso interrogatorio.

En esta se miden los siguientes parámetros con sus diferentes puntuaciones:

* Comentarios críticos: se considera AEE con más de 6 comentarios a lo largo de la entrevista.
* Hostilidad: (0) Ausencia, (1) Generalizada, (2) De rechazo, (3) Ambas
* Sobreimplicación emocional como respuestas emocionales exageradas, auto sacrificio, sobreprotección inadecuada para la edad del paciente:

(0-2) Baja

(3) Moderada

(4-5) Evidente

* Afecto

(0-2) Bajo \_\_\_\_\_

(3) Moderado \_\_\_\_\_

(4-5) Evidente \_\_\_\_\_

* Comentarios positivos: son indicadores de calidez y de niveles bajos de Expresión Emocional.
1. **PRESENTACIÓN DE LOS RESULTADOS**

**DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS DE LOS PACIENTES**

Tabla N° 1 Sexo de los pacientes

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Sexo** | **Frecuencia absoluta** | **Frecuencia relativa %** |
| **Masculino** | 31 | 62% |
| **Femenino** | 19 | 38% |
| **TOTAL** | 50 | 100% |

 Fuente: Instrumento de Investigación.

En cuanto al sexo de los pacientes, la mayoría (62%) corresponde al sexo masculino, mientras que un 38% corresponde al sexo femenino.

Tabla N° 2 Edad de los pacientes

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Edad en años** | **Frecuencia absoluta** | **Frecuencia relativa %** |
| **18-30** | 21 | 42% |
| **31-40** | 12 | 24% |
| **41-50** | 9 | 18% |
| **51-60** | 3 | 6% |
|  **Mayor o igual a 61** | 5 | 10% |
| **TOTAL** | 50 | 100% |

Fuente: Instrumento de Investigación.

Del total de pacientes incluidos en el estudio se puede observar que hubo una variabilidad en los rangos de edad, sin embargo, la mayoría se ubicó en el rango etáreo de 18-30 años (42%).

El rango de edad con menos frecuencia fue el que corresponde de 51-60 años (6%).

Tabla N° 3 Ocupación de los pacientes

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Ocupación** | **Frecuencia absoluta** | **Frecuencia relativa %** |
| **Oficios varios** | 10 | 20% |
| **Agricultor** | 8 | 16% |
| **Estudiante** | 2 | 4% |
| **Desempleado** | 22 | 44% |
| **Ama de casa** | 8 | 16% |
| **TOTAL** | 50 | 100% |

Fuente: Instrumento de Investigación.

En relación con la ocupación de los pacientes, 20 de ellos (40%) no realizan ninguna actividad laboral.

También se encontraron dos porcentajes iguales (20%) de pacientes que se desempeñan como amas de casa y otros que se dedican a laborar en oficios varios.

Tabla N° 4 Estado civil de los pacientes

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Estado civil** | **Frecuencia absoluta**  | **Frecuencia relativa %** |
| **Soltero** | 35 | 70% |
| **Casado** | 6 | 12% |
| **Viudo** | 1 | 2% |
| **Divorciado/Separado** | 1 | 2% |
| **Acompañado** | 7 | 14% |
| **TOTAL** | 50 | 100% |

Fuente: Instrumento de Investigación.

Al hablar del estado civil de los pacientes, se encontró que el mayor número que corresponde a 35 (70%) se encuentran solteros, el 12% están casados, el 2% viudos, el 2% separados y 14% están acompañados.

Tabla N° 5 Nivel educativo de los pacientes

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ESCOLARIDAD** | **Frecuencia absoluta** | **Frecuencia relativa %** |
| **Ninguna y no lee** | 4 | 8% |
| **Ninguna, pero lee** | 10 | 20% |
| **Primaria incompleta** | 19 | 36% |
| **Primaria completa** | 11 | 22% |
| **Secundaria incompleta** | 3 | 6% |
| **Secundaria completa** | 2 | 4% |
| **Universitario incompleto** | 0 | 0% |
| **Universitario completo** | 1 | 2% |
| **TOTAL****TOTATOTOTALL** | 50 | 100%100% |

Fuente: Instrumento de Investigación.

El mayor número de los pacientes 19 (36%), tienen un nivel educativo de primaria incompleta, seguido por los que han finaizado la primaria completa 11 (22%).

El nivel educativo con menor frecuencia fue el universitario completo que correspondió a 1 solo paciente (2%).

Tabla N° 6 Área de procedencia del paciente

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ÁREA DE PROCEDENCIA** | **Frecuencia absoluta** | **Frecuencia relativa %** |
| **Urbana** | 27 | 54% |
| **Rural** | 23 | 46% |
| **TOTAL** | 50 | 100% |

Fuente: Instrumento de Investigación.

El 54% de los pacientes provienen del área urbana y el 46% del área rural.

Tabla N° 7 Tipo de Esquizofrenia que padece

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **TIPO DE ESQUIZOFRENIA** | **Frecuencia absoluta** | **Frecuencia relativa %** |
| **Paranoide** | 35 | 70% |
| **Hebefrénica** | 8 | 16% |
| **Simple** | 2 | 4% |
| **Indiferenciada** | 1 | 2% |
| **Residual** | 2 | 4% |
| **TOTAL** | 50 | 100% |

Fuente: Instrumento de Investigación.

El tipo de esquizofrenia que predominó en la frecuencia de los pacientes tomados dentro del estudio fue la paranoide con 35 pacientes (70%).

Tabla N° 8 Tiempo de estar en tratamiento

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **AÑOS EN TRATAMIENTO** | **Frecuencia absoluta** | **Frecuencia relativa %** |
| **1- 5 años** | 22 | 44% |
| **6-10 años** | 17 | 34% |
| **>10 años** | 11 | 22% |
| **TOTAL** | 50 | 100% |

Fuente: Instrumento de Investigación.

De los pacientes incluidos en la investigación, se encontró que la mayoría han estado en control en el Hospital Nacional Psiquiátrico por un período de 1-5 años (44%).

El menor porcentaje correspondió al 22% que son pacientes con >10 años en control.

Tabla N° 9 Número de ingresos en el último año

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **NÚMERO DE INGRESOS EN EL ÚLTIMO AÑO** | **Frecuencia absoluta** | **Frecuencia relativa %** |
| **1 ingreso** | 8 | 16% |
| **2 ingresos** | 8 | 16% |
| **3 ingresos** | 12 | 24% |
| **4 ingresos** | 10 | 20% |
| **5 ingresos** | 7 | 14% |
| **6 ingresos** | 5 | 10% |
| **TOTAL** | 50 | 100% |

Fuente: Instrumento de Investigación.

A partir de los expedientes clínicos se pudo verificar el número de ingresos anuales en los pacientes, encontrando que 3 ingresos anuales (24%) fue la mayor frecuencia.

Se identificaron 5 pacientes (10%) que ha tenido 6 ingresos en el último año.

Tabla N° 10 Relación entre número de ingresos e IEE

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **NÚMERO DE INGRESOS EN EL ÚLTIMO AÑO** | **Alta EE** | **Baja EE** |
| **FA** | **FR%** | **FA** | **FR%** |
| **1 ingreso** | 0 | 0% | 8 | 16% |
| **2 ingresos** | 2 | 4% | 6 | 12% |
| **3 ingresos** | 9 | 18% | 3 | 6% |
| **4 ingresos** | 10 | 20% | 0 | 0% |
| **5 ingresos** | 7 | 14% | 0 | 0% |
| **6 ingresos** | 5 | 10% | 0 | 0% |
| **TOTAL** | 33 | 66% | 17 | 34% |

Fuente: Entrevista Familiar Camberwell

De acuerdo a la Entrevista Camberwell se hizo una correlación entre el número de ingresos y el IEE, evidenciando que 33 de los 50 familiares clave de los pacientes, poseían altos niveles de EE, encontrándose la mayor frecuencia entre los familiares de pacientes que han tenido 4 ingresos anuales (20%).

Tabla N° 11 Tiempo de contacto semanal cara/cara entre cuidador y familiar

|  |  |
| --- | --- |
| **NÚMERO DE INGRESOS EN EL ÚLTIMO AÑO** | **Tiempo de contacto cara/cara paciente-cuidador**N=33 |
| **< 35 hr/sem** | **>35 hr/sem** |
| **FA** | **FR%** | **FA** | **FR%** |
| **2 ingresos** | 1 | 3.03% | 1 | 3.03% |
| **3 ingresos** | 3 | 9.09% | 6 | 18.18% |
| **4 ingresos** | 2 | 6.06% | 8 | 24.24% |
| **5 ingresos** | 3 | 9.09% | 4 | 12.12% |
| **6 ingresos** | 1 | 3.03% | 4 | 12.12% |
| **TOTAL** | 10 | 30.3% | 23 | 69.7% |

Fuente: Entrevista Familiar Camberwell

Como uno de los principales indicadores de AEE es el tiempo de contacto cara/cara entre paciente y familiar clave, se observa que 23 de los familiares (69.7%) comparten más de 35 hrs a la semana con su paciente.

De estos, el mayor número lo constituyen los familiares de pacientes que han tenido 4 ingresos anuales (24.24%).

Tabla N° 12 Parentesco del familiar clave con AEE con el paciente

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **PARENTESCO** | **Frecuencia absoluta** | **Frecuencia relativa %** |
| **Madre** | 18 | 54.55% |
| **Padre** | 3 | 9.09% |
| **Hermano/a** | 1 | 3.03% |
| **Hijo/a** | 5 | 15.15% |
| **Esposo/a** | 6 | 18.18% |
| **TOTAL** | 33 | 100% |

Fuente: Instrumento de Investigación

El familiar clave de AEE fue en su mayoría la madre del paciente (54.44%).

El de menor frecuencia fue un hermano o hermana del paciente (3.03%)

Tabla N° 13 Sexo del familiar clave con AEE

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **SEXO** | **Frecuencia absoluta** | **Frecuencia relativa %** |
| **Masculino** | 7 | 21.21% |
| **Femenino** | 26 | 78.79% |
| **TOTAL** | 33 | 100% |

Fuente: Instrumento de Investigación

El familiar clave con AEE pertenece en su mayoría la sexo femenino (78.79%)

Tabla N° 14 Edad del familiar clave con AEE

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **EDAD EN AÑOS** | **Frecuencia absoluta** | **Frecuencia relativa %** |
| **18-30** | 3 | 9.1% |
| **31-40** | 7 | 21.21% |
| **41-50** | 6 | 18.18% |
| **51-60** | 8 | 24.24% |
|  **Mayor o igual a 61** | 9 | 27.27% |
| **TOTAL** | 33 | 100% |

Fuente: Instrumento de Investigación

Con respecto a la edad del familiar clave con AEE hubo un mayor porcentaje en el rango que corresponde a más de 61 años (27.27%).

El rango de edad con menor porcentaje fue de 18-30 años (9.1%)

Tabla N° 15 Ocupación del familiar clave con AEE

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **OCUPACIÓN** | **Frecuencia absoluta** | **Frecuencia relativa %** |
| **Oficios varios** | 9 | 27.27%% |
| **Agricultor** | 4 | 12.12% |
| **Estudiante** | 1 | 3.03% |
| **Ama de casa** | 19 | 57.58% |
| **TOTAL** | 33 | 100% |

Fuente: Instrumento de Investigación

La ocupación del familiar clave con AEE fue en su mayoría ama de casa (57.58%)

Tabla N° 16 Estado civil del familiar clave con AEE

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ESTADO CIVIL** | **Frecuencia absoluta**  | **Frecuencia relativa %** |
| **Soltero** | 15 | 45.5% |
| **Casado** | 8 | 24.24% |
| **Viudo** | 4 | 12.12% |
| **Divorciado/Separado** | 1 | 3.03% |
| **Acompañado** | 5 | 15.15% |
| **TOTAL** | 33 | 100% |

Fuente: Instrumento de Investigación

El estado civil más frecuente en el familiar con AEE es soltero (45.5%).

Los estados civiles con menores frecuencias son divorciado (3.03%) y viudo (12.1%)

Tabla N° 17 Nivel educativo del familiar clave con AEE

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **NIVEL EDUCATIVO** | **Frecuencia absoluta** | **Frecuencia relativa %** |
| **Ninguna y no lee** | 4 | 12.12% |
| **Ninguna, pero lee** | 8 | 24.24% |
| **Primaria incompleta** | 15 | 45.5% |
| **Primaria completa** | 2 | 6.06% |
| **Secundaria incompleta** | 3 | 9.09% |
| **Secundaria completa** | 1 | 3.03% |
| **Universitario incompleto** | 0 | 0% |
| **Universitario completo** | 0 | 0% |
| **TOTAL****TOTATOTOTALL** | 33 | 100%100% |

Fuente: Instrumento de Investigación

El nivel educativo del familiar de AEE que obtuvo mayor frecuencia fue la primaria incompleta (45.5%).

El nivel educativo de menor frecuencia fue la secundaria completa (3.03%).

Tabla N° 18 Área de procedencia del familiar clave con AEE

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ÁREA DE PROCEDENCIA** | **Frecuencia absoluta** | **Frecuencia relativa %** |
| **Urbana** | 15 | 45.5% |
| **Rural** | 18 | 54.5% |
| **TOTAL** | 33 | 100% |

Fuente: Instrumento de Investigación

El área de procedencia del familiar clave con AEE fue en su mayoría del área rural (54.5%).

Tabla N° 19 Tiempo de ser el cuidador

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **AÑOS DE SER EL CUIDADOR** | **Frecuencia absoluta** | **Frecuencia relativa %** |
| **1- 5 años** | 12 | 36.4% |
| **6-10 años** | 3 | 9.1% |
| **>10 años** | 18 | 54.5% |
| **TOTAL** | 33 | 100% |

Fuente: Instrumento de Investigación

Con relación al tiempo en que el familiar clave con AEE ha sido el cuidador del paciente, se observó una mayor frecuencia en el período mayor de 10 años (54.5%).

Tabla N° 20 Síntomas predominantes en la recaída actual del paciente con familia de AEE

|  |  |
| --- | --- |
| **SÍNTOMAS** | **Frecuencia absoluta** |
| **Conductas heterolíticas** | 22 |
| **Conductas autolíticas** | 8 |
| **Conductas disruptivas** | 20 |
| **Síntomas psicóticos** | 17 |
| **Otros** | 14 |

Fuente: Entrevista Familiar Camberwell

Los síntomas predominantes en la recaída del episodio actual de los pacientes con familiar clave de AEE fueron las conductas heterolíticas ya que 22 de estos pacientes las presentaron.

Tabla N° 21 Tipo de Esquizofrenia más relacionada con familias de AEE

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **TIPO DE ESQUIZOFRENIA** | **Frecuencia absoluta** | **Frecuencia relativa %** |
| **Paranoide** | 26 | 78.8% |
| **Hebefrénica** | 6 | 18.18% |
| **Residual** | 1 | 3.03% |
| **TOTAL** | 33 | 100% |

Fuente: Instrumento de Investigación

El tipo de esquizofrenia más relacionada a los familiares clave de AEE el el tipo paranoide (78.8%).

En menor medida, se encuentra relacionado el tipo residual (3.03%).

1. **DISCUSIÓN**

La investigación se llevó a cabo con familiares de pacientes con diagnóstico de Esquizofrenia que se encontraban ingresados en los pabellones comunes del Hospital Nacional Psiquiátrico.

Se entrevistó a los familiares durante el horario de visita o cuando eran citados por Trabajo Social para brindar algún dato de interés durante el ingreso.

De los 50 familiares clave entrevistados, se encontró que 33 de ellos (66%), expresaron comentarios críticos, hostilidad o se evidenciaron características de sobreinvolucramiento, lo que llevó a que se catalogaran como de Alta Expresión Emocional.

Tal como lo menciona la literatura, un número de 6 o más comentarios críticos, hostilidad generalizada y sobreinvolucramiento evidente permiten inferir que el ambiente familiar al que un paciente regresa posterior a ser dado de alta, contribuye a sus recaídas y lo vuelve más vulnerable a reingresos hospitalarios.

Con respecto a lo anterior, se realizó un conteo de los ingresos anuales de los pacientes con familiar de AEE, encontrando que éstos incrementan a medida que incrementa el IEE; así, el grupo de pacientes con 4 ingresos anuales (10 pacientes, 30.30%) fue el que tuvo mayor frecuencia.

Se encontraron incluso, 5 pacientes con 6 ingresos en el último año (15.15%) el cual es un dato estadísticamente significativo puesto que constituye más del 10% de la muestra y marca una tendencia acerca de la estrecha relación entre estas dos variables.

En cuanto a las características sociodemográficas de los familiares clave con AEE, el mayor porcentaje pertenecía al sexo femenino (54.55%), siendo el parentesco más frecuentemente identificado como la madre del paciente (54.55%) seguido por el esposo/a con un (18.18%).

De acuerdo a la literatura, es usualmente un familiar cercano con un vínculo estrecho el que llega a convertirse en el miembro clave, lo cual constituye un riesgo, pues este familiar puede llegar a verse demasiado afectado por la enfermedad de su paciente, quitándole su calidad como factor protector en la vida de éste.

Lo anterior puede verse afectado también por el nivel educativo encontrado con más frecuencia para el familiar clave, puesto que la primaria incompleta (45.5%), la ocupación de ama de casa (57.58%), una edad mayor de 61 años (27.27%) y más de 10 años de cuidar del paciente (54.5%), contribuyen al desconocimiento de la enfermedad y a que este cuidador se vuelva vulnerable a los estresores propios de la sintomatología psiquiátrica de su familiar que en el caso de la investigación, fueron las conductas heterolíticas (22 pacientes) y las conductas disruptivas (20 pacientes) las que formaron parte con mayor frecuencia, del episodio actual de recaída.

Finalmente, los resultados concluyen que el tipo de esquizofrenia con mayor frecuencia a lo largo del estudio fue el tipo paranoide (78.8%), seguida de la esquizofrenia hebefrénica (18.18%).

Esto puede ser respaldado por la frecuencia de ingresos anuales reportados por la Unidad de Estadística del centro hospitalario, la cual reporta que hasta Noviembre del presente año han ingresado 277 pacientes con diagnóstico de esquizofrenia paranoide y 27 con diagnóstico de esquizofrenia paranoide.

1. **CONCLUSIONES**
2. Del total de la muestra, se encontró que 33 de los familiares claves, tuvieron puntajes correspondientes a AEE a lo largo de la entrevista.
3. Los reingresos anuales se presentaron en un rango de 1-6 ingresos en el año, encontrándose la mayor frecuencia de familiares de AEE en los pacientes que tuvieron 4 ingresos en el último año.
4. Hubo una menor frecuencia de familiares clave de AEE entre los pacientes que tuvieron 1 ó 2 ingresos en el último año.
5. El perfil sociodemográfico del familiar clave de AEE corresponde a un cuidador del sexo femenino, cuyo parentesco más frecuente es la madre del paciente, que tiene más de 10 años de ser el cuidador, con nivel educativo de primaria incompleta, ocupación de ama de casa.
6. El familiar clave con AEE más frecuentemente era soltero, con edad mayor de 61 años y procedente del área rural del territorio nacional.
7. El tipo de esquizofrenia más relacionado con familiar clave de AEE fue el tipo paranoide, seguido del tipo hebefrénica y los síntomas más relacionados con la recaída actual del paciente fueron las conductas heterolíticas y las conductas disruptivas.
8. **RECOMENDACIONES**

Al Hospital Nacional Psiquiátrico:

Para que a través de la obtención características sociodemográficas de las familias con alta Expresión Emocional, se trabaje en materia de psicoeducación, prevención y de manejo integral del paciente, no solo en el ámbito biológico, sino también en la esfera psicosocial.

Conociendo los principales motivos de reingreso de los pacientes esquizofrénicos con familias de alta Expresión Emocional, se tome una iniciativa para crear grupos de ayuda para esta patología específica.

Formar una base de datos para futuras investigaciones relacionadas a ésta área.

1. **BIBLIOGRAFÍA**
	1. O.M.S.: CIE-10. Trastornos Mentales y del Comportamiento. Décima Revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades. Descripciones Clínicas y pautas para el diagnóstico. Organización Mundial de la Salud, Ginebra, 1992.
	2. Toro, R; Yepes, L.E., et al “Psiquiatría”, 5ª edición, Corporación para la investigaciones biológicas, Medellín, Colombia, 2010.
2. Kaplan & Sadock, “Sinopsis de Psiquiatría”, 10ª edición, LWW, USA, 2010.

1. Vaughn C. et al, “Factores familiares en la recaída de pacientes esquizofrénicos” Archives of General Psychiatry. 1984
2. Asunción Santos, Alberto Espina, Begoña Pumar, Pilar González, Ana Ayerbe, and Enrique García “Longitudinal Study of the Stability of Expressed Emotion in Families of Schizophrenic Patients: A 9-Month Follow-Up”. The Spanish Journal of Psychology, 2001, vol. 4, No.1 65-71.
3. I. Montero, et al. “La entrevista familiar Camberwell”, Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, Vol. XII, No.42, 2002.
4. Hahlweg, K., Goldstein, M. J., Nuechterlein, K. H., Magana, A. N., Mintz, J., Doane, J. A., Miklowitz, D. J., & Snyder, K. S.. (1989). Expressed emotion and patient–relative interaction in families of recent onset schizophrenics. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 57,* 11-18.
5. Vaughn C, Leff J. The measurement of expressed emotion in families of psychiatric patients. British Journal of Social and Clinical Psychology 1976; 15: 157-165.
6. **ANEXOS**

FACULTAD DE MEDICINA

ESCUELA DE POSTGRADOS

ESPECIALIDAD EN PSIQUIATRÍA Y SALUD MENTAL

INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN

DATOS GENERALES DEL PACIENTE

* SEXO M\_\_\_\_ F\_\_\_
* EDAD \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* OCUPACIÓN \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* ESTADO CIVIL \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* NIVEL EDUCATIVO \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* RELIGIÓN \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* LUGAR Y ÁREA DE PROCEDENCIA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* TIPO DE ESQUIZOFRENIA QUE PADECE \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* TIEMPO DE ENCONTRARSE EN TRATAMIENTO EN HNP \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* NÚMERO DE INGRESOS EN EL ÚLTIMO AÑO \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* DÍAS DE ESTANCIA INTRAHOSPITALARIA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

DATOS GENERALES DEL FAMILIAR CLAVE

* SEXO M\_\_\_ F\_\_\_
* EDAD \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* PARENTESCO CON EL PACIENTE \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* OCUPACIÓN \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* ESTADO CIVIL \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* NIVEL EDUCATIVO \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* RELIGIÓN \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* LUGAR Y ÁREA DE PROCEDENCIA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* TIEMPO DE CUIDAR DEL PACIENTE \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* MIEMBROS QUE COMPONEN EL GRUPO FAMILIAR \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

HISTORIA CLÍNICA DEL PACIENTE 3 MESES PREVIO AL INGRESO

Conductas o síntomas presentados por el paciente en los 3 meses previos a la recaída:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Tiempo de contacto semanal del paciente/familiar clave:

<35 hrs\_\_\_\_\_\_ >35 hrs\_\_\_\_\_\_

Cometarios críticos

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Hostilidad

1. Ausencia \_\_\_\_\_
2. Generalizada\_\_\_\_\_
3. De rechazo \_\_\_\_\_
4. Ambas \_\_\_\_\_

Sobreimplicación emocional (respuestas emocionales exageradas, auto sacrificio, sobreprotección inadecuada para la edad del paciente)

(0-2) Baja \_\_\_\_\_

* 1. Moderada \_\_\_\_\_

(4-5) Evidente \_\_\_\_\_

Afecto

(0-2) Bajo \_\_\_\_\_

(3) Moderado \_\_\_\_\_

(4-5) Evidente \_\_\_\_\_

Comentarios positivos

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**¿CÓMO ADMINISTRAR LA CAMBERWELL FAMILY INTERVIEW?**

 La CFI se administra a un familiar clave a las pocas semanas de la admisión hospitalaria del paciente sin que este último esté presente. La definición del familiar clave varía en función deltipo de composición familiar y de las relaciones con *el* paciente: cuando el paciente vive con los padres se entrevista a ambos por separado y el que alcance los niveles más altos de EE es el que determina el status de la EE familiar. En otros tipos de composición familiar aquel que mantenga un mayor contacto con el paciente será el familiar clave.

 En la mayoría de los estudios las entrevistas suelen desarrollarse en el domicilio familiar aunque no se han encontrado evidencias en contra de que la calidad de la entrevista varíe en función del contexto. De hecho hay estudios donde parte o toda la muestra se ha entrevistado en el hospital. De todas formas los propios autores recomiendan que siempre que sea posible deben prevalecer las preferencias de la familia.

TECNICA DE ENTREVISTA

 Aunque la entrevista es semiestructurada y se recoge información detallada de una amplia gama de áreas, la forma en que ésta se obtiene es muy flexible. Precisamente por esa flexibilidad de formato la entrevista se asemeja más a una conversación que a un cuidadoso interrogatorio.

 El entrevistador se interesa en obtener dos tipos de información; en primer lugar recoge información *Objetiva* sobre la historia psiquiátrica del paciente: síntomas, conducta y funcionamiento social en los tres meses previos al ingreso del paciente en el hospital; en segundo lugar busca información más *Subjetiva* sobre actitudes y sentimientos del familiar hacia el paciente y hacia su enfermedad. Por lo tanto las reglas de la entrevista varían en función del tipo de información que se busca. Por ejemplo, el familiar puede volver a ser interrogado sobre puntos concretos pero no sobre la inconsistencia de sus actitudes, ya que se asume que los sentimientos de afecto y preocupación pueden coexistir con sentimientos de rabia o de ambivalencia.

 Muchos familiares están abiertos a expresar sus sentimientos y requieren poca ayuda por parte del entrevistador. Pero en otros, las respuestas sobre sentimientos y emociones son poco claras por lo que en estas personas se precisa de un acercamiento más directo.

 Este estilo de entrevista natural y poco forzado permite obtener respuestas emocionales más espontáneas de las familias a estudio, de lo que se deriva una información más válida que si se emplease un estilo de entrevista tipo cuestionario.

 Dadas las características de la entrevista es frecuente el que el familiar formule preguntas en torno a la enfermedad, pronóstico y tratamiento del paciente, o simplemente busque respuestas tranquilizadoras respecto a sus propios sentimientos o conductas, siendo del todo imprescindible que el entrevistador se resista a contestar para evitar introducir sesgos.

DESCRIPCION DEL CONTENIDO

 La CFI consta de varios apartados iniciándose con la recogida de datos de identificación y la información referente a la composición familiar, seguida del apartado de *Historia Psiquiátrica* (Sección A). Aquí se obtiene una breve descripción cronológica de la historia psiquiátrica del paciente con especial énfasis en el comienzo y desarrollo del episodio actual. Se trata de un apartado de gran utilidad para conocer el estilo de respuesta del familiar entrevistado.

Posteriormente se pasa a determinar el *Tiempo de Contacto cara-cara* del paciente con otros miembros de la familia. Para ello se pregunta sobre actividades diarias del paciente teniendo en cuenta los contactos entre éste y el familiar. Esta relación de actividades-contactos se toma de la última semana repitiéndose para el fin de semana. Con todo ello se obtiene el conjunto de horas semanales que el paciente mantiene contacto directo con el familiar entrevistado.

A continuación se pasa a explorar el impacto de la enfermedad en varios aspectos de la vida familiar, tales como la participación de los miembros de la familia en las *Tareas domésticas, Contribución económica* y manejo del dinero y la *Irritabilidad* y frecuencia de peleas entre ellos.

*La Historia Psiquiátrica* (Sección B) es sin duda el apartado más extenso de la entrevista. Con él se pretende obtener una información completa sobre los aspectos más relevantes de la conducta del paciente en los tres últimos meses. Para cada síntoma presente se preguntará el inicio, la gravedad y la frecuencia de presentación, el contexto social donde se producía, las reacciones que provocaba en cada uno de los presentes, la tensión que despertaba, la forma de encararlo así como por la posibilidad de autocontrol de los síntomas o de la conducta por parte del paciente.

 A continuación se entra en el apartado de *Relaciones* con dos secciones independientes según se trate de un paciente que viva con sus padres o de un paciente casado/a que viva con su pareja.

También se recoge información en torno a la actitud de la familia respecto a la toma de medicación a largo plazo y finalmente se pasa al apartado de *Preguntas Adicionales* donde se exploran diferentes áreas como la actitud del familiar hacia la enfermedad, la percepción de la misma, opinión sobre el pronóstico y las actitudes sobre la duración de la estancia en el hospital. Si bien, no es un apartado que provoque un número importante de "comentarios críticos", en nuestra opinión resulta de gran utilidad para evaluar el status EE de aquellos casos donde existen dudas a la hora de su clasificación (casos borderline).

VALORACION

 Las escalas que componen la EE suponen más de 10 años de trabajo experimental tras valorar literalmente cientos de escalas. A la hora de la valoración de las emociones que expresa un familiar cuando habla sobre una determinada persona se tendrá en cuenta no sólo el contenido sino también los gestos y el tono de voz que emplea.

Las medidas utilizadas son de dos tipos:

1. *Frecuencia:* Se trata de un cómputo simple de los co*mentarios críticos* ("comentario desfavorable sobre la conducta o sobre la personalidad del paciente emitido con un tono de voz crítico") y de los *comentarios positivos* ("comentarios que expresan aprobación o aprecio de una determinada conducta o personalidad del paciente").
2. *Globales:* Consiste en hacer un juicio en torno a una determinada emoción teniendo en cuenta la globalidad de la entrevista. Es la forma de medida para las tres escalas restantes: Hostilidad, Sobreimplicación Emocional y Afecto.

 La *Hostilidad,* supone la existencia de "comentarios críticos peyorativos generalizados a la persona como un todo". Se puntúa según una escala global de 4 puntos, donde 0= ausencia de hostilidad; 1 = representa generalización; 2 = rechazo y 3 = cuando la hostilidad está presente en sus dos formas.

 La *Sobreimplicación Emocional* requiere una escala de 6 puntos y se valora sobre la base de todo el material de la entrevista que procede de dos fuentes: conducta que relata el familiar, como por ejemplo respuestas emocionales exageradas, identificación, conducta de auto-sacrificio y de entrega, o una conducta extremadamente sobreprotectora que supone un control psicológico o físico sobre otra persona adulta. La segunda fuente se deriva de la conducta que mantiene el familiar durante la entrevista: expresiones emocionales, dramatización, repercusión emocional.

 Durante la misma el entrevistador/a toma nota de todas las evidencias no verbales. Un cierto grado de preocupación por el paciente se considera apropiado y dentro del rango normal de respuesta en esta escala.

También el *Afecto* se puntúa en una escala global de 6 puntos teniéndose en cuenta el tono de voz, la espontaneidad, empatía, el grado de preocupación y de interés que demuestra hacia el paciente. Esta escala se refiere al afecto que expresa el familiar hacia el paciente durante la entrevista.

 Los Comentarios Críticos y la Sobreimplicación Emocional son las dos subescalas que hasta el presente se han mostrado con un mayor peso para predecir las recidivas. La Hostilidad junto con las dos anteriores son las básicas que determinan la EE. Existe un manual de instrucciones ilustrado con ejemplos para cada una de las escalas.

Siguiendo los criterios clásicos de puntuación se considera de Alta EE si obtiene 6 o más Comentario Crítico, puntúa 3 o más en la escala de Sobreimplicación Emocional o la Hostilidad está presente en cualquiera de sus dos formas; y de Baja EE si obtiene menos de 6 Comentarios Críticos, no hay Hostilidad y la puntuación en la escala de Sobreimplicación Emocional se sitúa por debajo de 3.

1. (Salud, 1992) 2 (Toro & Yepes, 2010) [↑](#footnote-ref-1)
2. 3 (Sadock, 2010) [↑](#footnote-ref-2)
3. 4 (Vaughn C., 1984) 5 (Asunción Santos, 2001) 6 (I. Montero, 2002) [↑](#footnote-ref-3)
4. (Vaughn C., 1984) [↑](#footnote-ref-4)
5. 7 (Hahlweg, 1989) 8 (Vaughn, 1976) [↑](#footnote-ref-5)