

UNIVERSIDAD CATÓLICA SAN PABLO

**FACULTAD DE CIENCIAS ECONÓMICO EMPRESARIALES Y
HUMANAS**

ESCUELA PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA



**“EFICACIA DE UN PROGRAMA DE INTERVENCIÓN
PSICOEDUCATIVO SOBRE LA EMOCIÓN EXPRESADA EN
CUIDADORES DE PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA”**

Tesis presentado por el bachiller:

GUILLERMO JESUS BENAVENTE VELARDE

Tesis para obtener el título de Licenciado en
Psicología.

Asesora: Psiq. Carla Elizabeth Málaga Pinto

AREQUIPA-PERÚ, 2017

DEDICATORIA

A mi padre y a mi madre, por mostrarme ambos su inagotable amor, su comprensión y apoyo incondicional. Por creer en mí siempre y formarme con su ejemplo, para ser una persona de bien.

AGRADECIMIENTO

Por sobre todo a Dios, por darme oportunidades de crecimiento constantes, respaldándome siempre y dándome la seguridad de salir victorioso de ellas.

A mi familia, a mi papá, a mi mamá y a mi hermano, por su amor y apoyo incondicional. Por los momentos inolvidables y el gran amor que les tengo.

A mi esposa por su amor constante y alegría, por darme los momentos y la etapa más feliz de mi vida. Por darme a mi hija, y el honor de ser esposo y padre de dos personas hermosas.

A la universidad Católica San Pablo, y sus profesores por la valiosa formación, consejo y el privilegio de tenerlos cerca.

RESUMEN

Con la presente investigación se pretende analizar la efectividad de un programa psicoeducativo en disminuir los niveles de emoción expresada de una muestra extraída del hospital Yanahuara III de Essalud.

La muestra fue constituida por 25 cuidadores de pacientes diagnosticados con esquizofrenia entre los 33 a 80 años, residentes de Arequipa, los cuales se encargan del cuidado de sus familiares con este trastorno mental, donde se evaluó su nivel de emoción expresada con el “Cuestionario Encuesta Evaluación Del Nivel De Emoción Expresada” para luego aplicar una intervención psicoeducativa de 6 meses, y al final del programa de intervención, evaluar nuevamente los niveles de emoción expresada, con el objetivo de conocer si la intervención psicoeducativa fue efectiva en disminuir estos niveles.

Los resultados nos muestran los altos niveles de emoción expresada presentes en la mayoría de los cuidadores, influyendo negativamente en el curso de la enfermedad. Así mismo se halló que el programa psicoeducativo fue muy efectivo al disminuir significativamente los niveles de emoción expresada, mejorando así la actitud del cuidador con el paciente. Esto principalmente en los cuidadores de sexo femenino. Se discute los resultados obtenidos y se sugieren futuros aspectos a tomar en cuenta en próximas investigaciones.

Palabras clave: Emoción expresada, psicoeducación, esquizofrenia, cuidador.

ABSTRACT

The aim of the present investigation is to analyze the effectiveness of a psychoeducation program in reducing the levels of emotion expressed in a sample taken from the Yanahuara III hospital in Essalud.

The sample was constituted by 25 caregivers of patients with schizophrenia between the ages of 33 and 80, residents of Arequipa, who are in charge of the care of patients with this mental disorder, where their level of emotion expressed was evaluated with the "Survey Questionnaire Evaluation of the Level of Emotion Expressed" to then apply a psychoeducational intervention of 6 months, and at the end of the intervention program, evaluate again the levels of emotion expressed, with the objective of knowing if a psychoeducational intervention was effective in lowering these levels.

The results show the high levels of expressed emotion present in most caregivers, negatively influencing the course of the disease. Likewise, it was found that the psychoeducational program was very effective in significantly reducing the levels of emotion expressed, thus improving the caregiver's attitude towards the patient. This mainly in female caregivers. The obtained results are discussed and it is suggested that future aspects should be taken into account in further research.

Keywords: Expressed emotion, psychoeducation, schizophrenia, caregiver

ÍNDICE

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	10
Justificación de la investigación	10
Hipótesis	13
Objetivos de la investigación	13
Objetivos generales	13
Objetivos específicos.....	13
Importancia del estudio.....	14
Limitaciones del estudio	14
Conceptos básicos	15
Esquizofrenia	15
Emoción Expresada.....	15
Cuidador.....	16
Psicoeducación.....	16
Recaída.....	16
MARCO TEÓRICO.....	17
Antecedentes de la investigación.	17
Concepto de emoción de expresada	17
Antecedentes del constructo emoción expresada	19
Perspectivas teóricas de Emoción Expresada	21
Antecedentes de la investigación en esquizofrenia y emoción expresada	22
Antecedentes de la investigación respecto a emoción expresada y psicoeducación	28
METODOLOGÍA	35
Diseño metodológico.....	35
Población y muestra	35
Criterios de inclusión:.....	35
Criterios de exclusión.....	36
Características generales de la muestra:.....	36
Instrumento de medición.....	39
VARIABLES.....	42
Procedimiento.....	43

Técnica de procesamiento de datos	43
RESULTADOS.....	44
DISCUSIÓN	49
CONCLUSIONES.....	55
RECOMENDACIONES	57
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	59
ANEXOS	65

Índice de Tablas

Tabla 1: Distribución de la muestra según la edad.....	36
Tabla 2: Comparación antes y después de la aplicación del programa de emoción expresada.	46
Tabla 3: Análisis de covarianza de las variables sociodemográficas y su efecto sobre las puntuaciones de emoción expresada post - test.....	47
Tabla 4: Diferencias en emoción expresada antes y después de la aplicación del programa según sexo	48

Índice de Graficas

Gráfica 1: Distribución de la muestra según estado civil.....	37
Gráfica 2: Distribución de la muestra según sexo.....	38
Gráfica 3: Distribución de la muestra según grado de instrucción.....	39
Gráfica 4: Niveles de emoción expresada en la muestra, Pre-Test.....	44
Gráfica 5: Niveles de emoción expresada en la muestra, Post-Test	45

CAPÍTULO 1

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Justificación de la investigación

Como es de conocimiento, la esquizofrenia es un trastorno mental que altera la percepción del mundo y de uno mismo a través de los sentidos, provocando diferentes conductas en respuesta a esa percepción errónea. El tratamiento oportuno, no solo consiste en la medicación, como el uso de antipsicóticos que son indispensables para el tratamiento, sino que también de sesiones de psicoterapia, un acompañamiento profesional, tanto al paciente como a la familia, mejorando así el entorno del mismo. En el Perú entre enero y noviembre del 2012 se atendieron 17 mil 758 casos a nivel nacional, habiendo más de 280 mil peruanos que padecen de esquizofrenia (MINSa, 2010).

Siendo una realidad que requiere de una atención multidisciplinaria, numerosas investigaciones, que fueron iniciadas por George Brown, hace más de 50 años, empiezan a dar importancia al entorno del paciente, específicamente a la comunicación que existe entre los pacientes con esquizofrenia y sus familiares cercanos. Es así que nace el constructo de Emoción Expresada, el cual muestra la calidad de este estilo comunicativo.

Dado a ello, las investigaciones empiezan a arrojar diferentes conclusiones, teniendo en común la inclusión de la familia, que si bien no era responsable o causa de la enfermedad, como se creía en esa época, concluían que si era determinante en la evolución de la enfermedad.

Esta influencia es más notoria en el caso de las recaídas que presentan los pacientes con esquizofrenia, siendo la emoción expresada el mejor predictor de recaídas en este trastorno, ya que aumenta cuatro veces aproximadamente el riesgo de recaída en un paciente que regresa, después de un alta hospitalaria, a un entorno familiar con altos niveles de emoción expresada (Leff y Vaughn, 1985, citado en Muela y Godoy, 2001).

Todo este contexto pone en claro el papel fundamental que desempeña la familia en la conservación y mantenimiento de la estabilidad de los síntomas de la enfermedad en el tiempo. Los pacientes con esta enfermedad, provenientes de familias que expresan altos niveles de censura, hostilidad y prejuicios, tienen recurrencias más frecuentes que los pacientes con problemas similares provenientes de familias que tienen a expresar emociones en menor medida (Sanchez, 2001).

Es así que se hace necesario tomar en cuenta el ambiente familiar al que retorna el paciente después del alta hospitalaria, para poder intervenir oportunamente y mejorar la adaptación del paciente, incluso la calidad de vida de los familiares que cuidaran de él. Adicionalmente, se busca conocer si alguna variable sociodemográfica como el sexo, el grado de instrucción, edad, etc. Influye de manera significativa en los niveles de emoción expresada, dado que en la literatura podemos encontrar diversos casos donde diferentes factores sociodemográficos intervienen de manera positiva o negativa en los niveles de emoción expresada, calidad de vida y sobrecarga familiar en los cuidadores (Caqueo, Lemos, 2008; Sanchez, 2001)

En nuestro medio, especialmente en nuestro país, la bibliografía referente a este apartado de la emoción expresada es escasa, encontrándose pocas investigaciones que desarrollen este constructo, pues si bien se observa en los profesionales de la salud, un interés en incluir a la familia dentro del tratamiento, diferentes factores, como los pocos recursos económicos, dificultan esta inclusión.

En el presente estudio se hace un especial énfasis en la intervención que se realiza al cuidador, la persona a cargo de los cuidados del paciente con esquizofrenia, donde se aplica un programa psicoeducativo, el cual, en diferentes investigaciones, incluido en nuestro medio, ha demostrado tener un alto nivel de efectividad para bajar los niveles de emoción expresada alta.

Ya que sigue principalmente dos objetivos, el primero es el de fomentar la adherencia y una mayor conciencia respecto al uso de la medicación, y de la importancia de ser perseverantes en ella, y segundo, reducir los niveles de estrés ambiental, para así evitar la recaída del paciente, ya que con ello, al educar al cuidador respecto a la enfermedad, evitará que los síntomas de la enfermedad sean objeto de crítica o de rechazo personal por parte de los familiares al paciente (Espinoza, Hamden, Ojeda, Ruiz, 2003).

Las recaídas en la esquizofrenia o reingresos hospitalarios, al ser producidos por un trastorno mental grave, requieren de diferentes cuidados y consideraciones. Aquí se pone énfasis en la emoción expresada, pero existen diferentes factores críticos que pueden ocasionar una recaída y también deben ser tomados en cuenta. Sin embargo no todos estos factores ejercen una misma influencia ni de la misma manera. Estas variables pueden abarcar predisposiciones biológicas como los genes, condiciones de vida adversas como la pobreza y la precariedad, estresores familiares que no permitan a la familia ser el soporte del paciente, estresores psicosociales como eventos vitales, estresores laborales, factores de riesgos medioambientales y sociales como la exclusión y la marginación (Caycedo, Herrera, Jiménez, 2010)

Si bien esta investigación se centró en la psicoeducación específicamente, diferentes profesionales recomiendan, que para una mayor efectividad, esta debe ir acompañada con intervenciones para el entrenamiento en resolución de problemas, modificación de la

expectativas no realistas de las familias, mejora de habilidades sociales y comunicación, aumento de las redes sociales de los familiares y pacientes, , etc. Todo esto acompañado por el tratamiento farmacológico (Vallina, Lemos, 2000).

Hipótesis

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

Objetivos de la investigación

Objetivos generales

Evaluar la eficacia de un programa psicoeducativo en la reducción de la emoción expresada en familiares de pacientes esquizofrénicos atendidos en el servicio de psiquiatría del hospital III Yanahuara.

Objetivos específicos

- Determinar el nivel de emoción expresada en los familiares de los pacientes esquizofrénicos atendidos en el consultorio de psiquiatría del hospital III de Yanahuara.
- Aplicar un programa psicoeducativo a los cuidadores de los pacientes con esquizofrenia tras la evaluación de su nivel de emoción expresada.
- Comparar los resultados iniciales con los resultados posteriores a la aplicación del programa psicoeducativo, para analizar la efectividad en la reducción del nivel de emoción expresada en los cuidadores de los pacientes con esquizofrenia atendidos en el consultorio de psiquiatría del hospital III Yanahuara.

- Evaluar si alguna variable sociodemográfica influye significativamente en la reducción de los niveles de emoción expresada.

Importancia del estudio

La importancia de la presente investigación radica especialmente en alcanzar una mayor comprensión y tener una mayor consideración en el abordaje multidisciplinario e integral de la esquizofrenia, donde la familia pase a ser un aliado y un elemento indispensable para la estabilidad y el progreso del paciente y no lo contrario. Incluyendo profesionales que puedan enfocarse en la familia, como el cuidador, para que este se encuentre en las mejores condiciones para manejar mejor el cuidado del paciente.

Limitaciones del estudio

En el desarrollo de la investigación se presentaron las siguientes limitaciones:

- Dificultad en la adquisición del Cuestionario-Evaluación de emoción expresada CEEE.
- La escasa bibliografía respecto al tema en nuestro país.
- La dificultad en contactar a la muestra y lograr que esta sea constante en el programa.
- La dificultad en lograr conseguir ambientes donde reunir a la muestra para las sesiones y así lograr un mejor ambiente propicio para el aprendizaje.
- Esta investigación no permite establecer la dirección de la relación: causa-efecto, ya que la recaída está dada por diferentes factores y no solo por un alto nivel de emoción expresada.

Conceptos básicos

Esquizofrenia

La esquizofrenia es un trastorno mental grave que afecta a más de 21 millones de personas en todo el mundo. Se caracteriza por una distorsión del pensamiento, las percepciones, las emociones, el lenguaje, la conciencia de sí mismo y la conducta. Algunas de las experiencias más comunes son el hecho de oír voces y los delirios. En todo el mundo, la esquizofrenia se asocia a una discapacidad considerable y puede afectar al desempeño educativo y laboral. Las personas con esquizofrenia tienen entre 2 y 2,5 veces más probabilidades de morir a una edad temprana que el conjunto de la población. Esto se debe por lo general a enfermedades físicas, como enfermedades cardiovasculares, metabólicas e infecciosas (Organización Mundial de la Salud, 2016).

Emoción Expresada

La emoción expresada se refiere a aspectos emocionales de la conducta que componen el entorno familiar de los pacientes, que son observados directamente en la entrevista o bien de los que informa el propio familiar y que tienen lugar en situaciones de la vida cotidiana. A partir de estas observaciones se clasifica a los familiares en alta o baja emoción expresada y, sobre la base de estas valoraciones a los individuos, a la familia como un todo. En el momento actual, puede decirse que el constructo “emoción expresada” consta básicamente de dos componentes: implicación emocional excesiva y actitud crítica, que puede llegar a conceptuarse como hostilidad, por parte de los familiares que van a recibir al paciente en su regreso a la comunidad (Vizcarro & Arevalo, 1987).

Cuidador

Aquella persona que asiste o cuida a otra afectada de cualquier tipo de discapacidad, minusvalía o incapacidad que le dificulta o impide el desarrollo normal de sus actividades vitales o de sus relaciones sociales(Elizabeth, Ríos, Guadalupe, & Galán, 2012).

Psicoeducación

Es la administración sistemática de información acerca de los síntomas, etiología y tratamiento con el objetivo de mejorar el entendimiento y conductas asociadas a la enfermedad (Fresán et al., 2001)

Recaída

Aquella situación en la que un paciente se ve afectado nuevamente por los síntomas de la misma enfermedad. Para que se dé una recaída, la persona debe haber estado previamente en recuperación de la enfermedad. Una recaída implica tanto para el paciente como para la familia situaciones de sufrimiento, agotamiento emocional y limitaciones para recuperar el funcionamiento global de la persona que padece la enfermedad mental (Caycedo, Herrera, Sandra, Jiménez, Karim, 2011)

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

Antecedentes de la investigación.

Concepto de emoción de expresada

La emoción expresada se refiere a aspectos emocionales de la conducta, en los miembros que componen el entorno familiar de los pacientes, que son observados directamente en la entrevista o bien son referidos por el propio familiar, que tienen lugar en situaciones de la vida cotidiana. Puede decirse que el constructo de emoción expresada consta básicamente de dos componentes: implicación emocional excesiva y actitud crítica, que puede llegar a conceptuarse como hostilidad, por parte de los familiares que van a recibir al paciente en su regreso a la comunidad (Vizcarro y Arévalo, 1984). Enfocándose principalmente en el cuidador que se hace cargo del paciente, como este muestra cierta actitud de rechazo o sobreimplicación emocional con él, dando lugar a una mayor o menor presencia de recaídas del paciente.

La valoración de un alto o bajo nivel de emoción expresada se basa principalmente en la medición de 5 escalas principales, siendo estas (Sanchez, 2001):

-El criticismo, esta escala se mide principalmente por la expresión de comentarios críticos que el cuidador hace sobre el paciente, siendo estos comentarios desfavorables sobre la personalidad o la conducta del paciente.

-La hostilidad, se refiere específicamente a la crítica o criticismo generalizado, el cual se dirige a un rechazo del paciente como persona. Atacándose a la persona por lo que es en vez de su conducta o atributos particulares.

-La sobreimplicación emocional, es representada principalmente por respuesta emocionales exageradas por parte del cuidador hacia el paciente, donde se puede observar características como autosacrificio y dedicación inusual, muchas veces llegando a la sobreprotección o acompañado de la incapacidad de mantener un límite entre la existencia del cuidador y la del paciente.

-La calidez se refiere a la emoción expresada por el cuidador específicamente sobre el paciente.

-Los comentarios positivos son las afirmaciones expresas de elogios o aprobación de la personalidad y conducta del paciente. Como expresiones de aliento, afecto y consideración.

Las familias son caracterizadas de alta emoción expresada si hay expresiones cargadas de criticismo, sobreimplicación emocional u hostilidad (Sánchez Oller, 2001).

En diferentes investigaciones se ha encontrado que los familiares o cuidadores con un alto nivel de emoción expresada tienen la tendencia a considerar a los síntomas de la enfermedad, teniendo en especial consideración los síntomas negativos de la esquizofrenia, como si fuesen controlados por el paciente. En cambio los cuidadores con un bajo nivel de emoción expresada consideran estos como parte de la enfermedad, reduciéndose así, la cantidad de comentarios o actitudes críticas sobre el paciente (Wuerker, Haas, & Bellack, 1999).

Antecedentes del constructo emoción expresada

En las diferentes investigaciones realizadas por Lidz y Lidz (1949); Bateson, Jackson, Haley y Weakland (1956) Singer y Wynne (1963, citados por Sánchez) se acumuló un importante fondo de investigaciones que atribuían el origen de la esquizofrenia a los padres de los pacientes. Estas teorías, que hicieron su mayor aparición en 1950 y 1960, influyeron a los estudiosos de la época a enfocarse en soluciones para el paciente, desarrollando métodos terapéuticos que excluían a la familia, e incluso culpabilizándola. Lo importante de este movimiento es que logro incorporar una mayor conciencia social sobre las enfermedades mentales, principalmente en su aspecto social y el buscar la causalidad de las recaídas (Sanchez, 2001).

Es así que posteriormente, en los diferentes centros de salud mental en América del Norte y Europa se empezó por dar un cambio radical en las actitudes de los profesionales hacia los cuidados de los pacientes psiquiátricos. Donde se empezó a promover con mayor fuerza el alta hospitalaria a los pacientes, generándose altas hospitalarias masivas. Por esta razón, los esfuerzos comunitarios pronto empezaron a dirigirse a los pacientes dados de alta, para que se reintegraran a la comunidad. Los pacientes que no lograban integrarse y a quienes se les consideraba un fracaso de la nueva política de salud mental, llegaron a ser foco de atención de los profesionales (Sanchez, 2001).

Esta incógnita, sobre la causa de las recaídas de los pacientes, fomento que el Consejo Médico de investigación (Medical Research Council, MRC) del instituto de psiquiatría social en Londres, liderara investigaciones y estudios de seguimiento a los pacientes que eran dados de alta, y al reingresar al servicio psiquiátrico se tomaba en cuenta el grupo de convivencia del que provenían. En general los pacientes que dejaban el hospital para vivir con sus padres o su cónyuge tuvieron un peor resultado que aquellos que iban a vivir por si solos (Brown, Monck,

Carstairs, & Wing, 1962). Estas investigaciones fueron dirigidas por George Brown y sus colegas del MRC, iniciando diferentes investigaciones epidemiológicas las cuales abarcaron 12 años en tres proyectos separados. Esta política de desinstitucionalizar a los pacientes, provoco una mayor movilidad de ellos, con un incremento del 50% en el número de readmisiones hospitalarias de las cuales solo 10% eran pacientes de nuevo ingreso (Wing & Brown, 1961).

Estos proyectos dieron inicio en 1956 dando sorprendentes resultados. Había un nexo importante entre la recaída sintomática y el tipo de grupo de convivencia del que provenía el paciente. Concluyendo lo siguiente (Brown, Carstairs y Topping, 1962 citados en Sanchez):

-Los pacientes que vivían solos o con algún hermano recaían con menos frecuencia (17%) que los que convivían con sus padres (36%) o con algún cónyuge (50%).

- Los pacientes que cambiaron de grupo familiar tras el alta recayeron en menor medida que los que volvían a su grupo familiar inicial (16% frente 37%).

-Si la madre trabajaba, era índice de mejor pronóstico (16% de recaída frente al 55%).

Es así que este constructo de emoción expresada fue desarrollado por George Brown, y que operacionalmente definió como un conjunto de variables en el cual el familiar de un paciente psiquiátrico habla sobre este de forma hostil o emocionalmente sobreimplicada durante una entrevista clínica semiestructurada, la Family Interview Camberwell (Wing & Brown, 1961). Por lo expuesto, el concepto nace para designar aspectos de la conducta emocional dentro de un núcleo familiar donde se manifiesta a sus miembros enfermos o que presentan trastornos de conducta.

De acuerdo con Vizcaro y Arevalo (1986) esta noción es pragmática en cuanto solo engloba aquellos aspectos de la conducta emocional de los familiares con los que convive el

paciente y ejercen influencia significativa sobre el curso del trastorno, siendo útil para el pronóstico.

La literatura sobre el concepto de emoción expresada ha ido creciendo paulatinamente y ha provocado tanto interés como controversias. Frecuentemente los lectores que se acercan a esta literatura se sorprenden al descubrir una trayectoria de más de 40 años de duración y que comenzó con la pregunta ¿Por qué algunos pacientes esquizofrénicos recaen repetidamente después de salir del hospital y algunos no? (Vaughn, 1959, citado por Sanchez). El desarrollo de las técnicas de investigación apropiadas fue seguido por una serie de estudios que llevaron a la implementación y planificación subsiguiente de programas de tratamiento para familias.

Perspectivas teóricas de Emoción Expresada

El nacimiento del concepto de emoción expresada surgió de modo pragmático, durante las investigaciones de George Brown (1962), para designar aspectos de la conducta emocional de los familiares o cuidadores con los que convive el paciente, que tiene por objetivo dar lugar a un pronóstico del curso de la enfermedad.

Es así como Brown y sus colaboradores durante sus investigaciones, empiezan por detectar ciertas dimensiones en el ambiente familiar que resulten relevantes para el curso de la esquizofrenia, siendo así que van escogiendo cuales tienen capacidad predictiva e influencia en el curso del trastorno. Y a lo largo de la literatura no se teorizó con lo que estas variables podrían implicar dentro de la dinámica familiar, ni se hicieron especulaciones sobre el posible valor etiológico en los trastornos esquizofrénicos, los datos demostraban simplemente su influencia en el curso del trastorno (Vizcarro & Arevalo, 1987).

Posteriormente se han llevado a cabo números estudios con el objeto de determinar la naturaleza de lo que está midiendo, obteniendo de este modo evidencia de que no se trata solo de un concepto unitario, dado que las correlaciones de sus componentes con diversas variables muestran diferencias importantes. Así mismo se han reinterpretado estas medidas desde la perspectiva del control social, de este modo, las variables no se observan como indicadores de la atmosfera emocional de un hogar, sino como medidas de control social que los familiares ponen en juego para intentar conseguir del paciente una conducta más acorde con las normas sociales. De este modo se considera que la etiqueta de emoción expresada es por lo menos provisional, puesto no refleja con claridad lo que mide (Vizcarro & Arevalo, 1987).

Antecedentes de la investigación en esquizofrenia y emoción expresada

Posteriormente a los estudios de Brown sobre emoción expresada, diferentes autores se interesaron en confirmar e investigar más a fondo sobre la relación de recaídas y los niveles altos de emoción expresada. Donde se confirman los resultados de Brown, pero esta vez se adhieren una serie de modificaciones, de las cuales, a partir de ese momento, empezarían a ser tomadas en cuenta para las diferentes investigaciones que se dieran en este campo. Así mismo, se realizan una serie de abreviaciones a la entrevista familiar presentada por Brown, la cual se conocería como la Camberwell Family Interview (CFI), en donde diferentes investigadores usarían para medir emociones expresada (Vaughn & Leff, 1976).

Entre las distintas modificaciones o aportes que se fueron dando, se empezó a evaluar al cuidador o familiar responsable del paciente por separado de la familia, dejando a un lado el modelo tradicional de evaluar a toda la familia en conjunto. Y los resultados confirman que la alta emoción expresada se relaciona con una mayor tasa de recaídas (48% de recaídas en alta emoción expresada frente a 6% en baja emoción expresada). También encuentran un mayor

valor predictivo de los comentarios críticos y confirman el efecto protector de la medicación y del contacto social reducido en hogares de alta emoción expresada (Vaughn & Leff, 1976).

Básicamente, diferentes investigaciones apuntan a corroborar la hipótesis de que al reducir los niveles de emoción expresada, se estaría también reduciendo la probabilidad de recaída del paciente. Es así que la mayoría de los programas de intervención familiar en esquizofrenia se dirigen a reducir esos niveles donde su eficacia parece incontrovertible. Por ejemplo de estos programas de intervención familiar podría mencionarse un estudio en Andalucía donde con una muestra de 26 familias, todas ellas con niveles altos de emoción expresada, que después de 30 sesiones semanales y alcanzando los objetivos de reducir la EE y el estrés familiar y aumentar los conocimientos sobre la enfermedad, mostró una menor tasa de recaídas en el grupo experimental 20% que en el control 63,3% (Muela Martínez & F, 2001). Es así que diferentes esfuerzos se centran en conocer más como reducir estos niveles elevados de emoción expresada y comprobar como esto trae consigo una reducción significativa de recaídas.

Muela (2001) hace una revisión de diferentes programas aplicados a familiares o cuidadores para reducir los niveles de emoción expresada y a su vez, las recaídas, las muestras recogidas en diferentes ciudades como Ventura, Camberwell, California, Hamburgo, Pittsburgh, Salford, Sydney y Andalucía, muestran en su mayoría un descenso no significativo en los niveles de emoción expresada. Pero es aquí donde realza ciertas características, que en conjunto, permiten que la intervención sea mucho más efectiva, teniendo que estar presente siempre en cualquier intervención de manera conjunta, ya que particularmente corre el riesgo de ser no muy significativo en el impacto a los niveles de emoción expresada, algunas de estas características estaban presente en las anteriores investigaciones, pero de manera independiente, teniendo poca significación a largo plazo (Muela Martínez & F, 2001). Estos son básicamente:

- Contar con la colaboración de la familia haciéndole ver la importancia de su participación.
- Aumentar el conocimiento familiar sobre la enfermedad y su relación con el estrés.
- Dotar a las familias de habilidades y recursos de afrontamiento de estrés.
- Que la familia detecte signos de recaída para poder intervenir tempranamente.
- Mantenimiento de la medicación.
- Racionalización de las expectativas.

Siendo necesario tomar en cuenta estos aspectos, se empieza a trabajar de forma más específica como la emoción expresada podía presentarse en diferentes familias, que si bien, por ejemplo, dos familias pueden tener niveles de emoción expresada altos, esto no quiere decir que la emoción expresada se de forma parecida en ambas y que la intervención familiar con la que la trate, sea la misma, ya que una puede presentar principalmente los comentarios críticos como el principal problema y en otra la sobreimplicación emocional. Posteriormente se observa cómo se desarrolla más el constructo, donde la emoción expresada ha probado su independencia frente a otras variables que puedan causar recaída, sin embargo, las distintas dimensiones componentes de la emoción expresada, sí que han mostrado correlacionar con algunas de esas variables. Siendo de esta manera la hostilidad, la que mayormente está relacionada con la duración de la enfermedad y con el número de ingresos previos al internamiento hospitalario, y la sobreimplicación emocional con un peor ajuste premórbido y con un mayor número de síntomas residuales, especialmente la sintomatología negativa (Miklowitz, Goldstein, & Falloon, 1983).

Teniendo en cuenta las características propias del cuidador, en la literatura muestra diferentes escritos donde se describe las características usuales en el cuidador con emoción expresada alta, combinándose con diferentes contextos como el vivir en la misma casa y convivir cotidianamente con el paciente, tener un promedio de edad de 54.8 años, una escolaridad menor a doce años, estar empleados y no tener pareja. Y respecto de las características del paciente, en las que usualmente su cuidador presenta niveles altos de emoción expresada, se estarían considerando el ser hombre, joven, estar soltero, sin actividades alternativas de ocupación, tener dos o más recaídas con sintomatología persistente y cinco años o más de evolución de la enfermedad (Ma. Luisa Rascón, Ma. De Lourdes Gutiérrez, Marcelo Valencia, & Esther Murow, 2008).

Como consecuencia de lo anteriormente dicho se podría considerar que, el constructo de emoción expresada, si bien nació para describir una realidad que se daba en la familia del paciente con esquizofrenia, ha ido paulatinamente expandiendo los horizontes, donde los estudios empezaron a evaluar este constructo en relación a otros trastornos mentales, como los trastornos alimentarios o trastornos del ánimo, y así fueron confirmando el alcance que tiene este constructo de emoción expresada, al influir en el curso de diferentes enfermedades mentales crónicas.

Un ejemplo de ello se desarrolló en España, donde se evaluó la emoción expresada como predictor de recaídas en trastornos de la conducta alimentaria (TCA) y se esperaba que la sobreimplicación emocional sea el factor común en los cuidadores con alta emoción expresada, pero descubrieron que estilo de crianza sobreprotector, se presentaba también en el grupo control que no tenían ningún TCA, siendo un estilo de crianza común que no era exclusivo de

la emoción expresada alta en TCA, que más bien en presencia de un trastorno, podía empeorar el curso(Turchi, 2010).

Con el paso del tiempo, se puede observar un creciente interés en investigar al entorno familiar, no solo como objeto de intervención, sino que también como foco de estudio en cuanto los aspectos en su dinámica que se ven afectados por el paciente con esquizofrenia, como el estrés, funcionalidad, sobrecarga familiar, calidad de vida, etc.

Las familias están sobrecargadas por la difícil y dura función de cuidar a un paciente esquizofrénico. Esto se percibe tanto objetivamente, en los problemas propios del funcionamiento familiar, como, sobre todo, en términos de la repercusión emocional de la enfermedad en la familia. Esta sobrecarga afecta a distintos campos de la vida familiar, pero fundamentalmente supone un importante impacto en el funcionamiento emocional y en la vida laboral y familiar del informante (Castilla et al, 1998).

Se pueden encontrar diferentes problemáticas dentro de la dinámica familiar, como resultado de la sobrecarga familiar, donde los más comunes suelen ser (Castilla et al, 1998):

- Problemas emocionales en los niños
- Problemas emocionales del informante
- Vida social del informante
- Tiempo libre del informante
- Problemas económicos del informante

-Trastornos en la vida del informante

-Relaciones en casa

-Trastornos provocados en la vida de otros

Todos estos aspectos se encontrarían de algún modo afectados por la sobrecarga familiar, y en muchos casos esto puede variar de nivel, siendo mucho más severas las consecuencias, dependiendo del apoyo que recibe la familia y la gravedad del paciente (Castilla et al., 1998).

Se puede considerar que los familiares que tienen un paciente con esquizofrenia a su cuidado, pueden llegar a ser diagnosticados con trastornos psiquiátricos, como se observa en la literatura, los trastornos que usualmente son mayormente diagnosticados, son trastornos afectivos, seguidos de trastornos fóbicos o somatoformes, además de dependencia al alcohol y trastornos de ansiedad. (Rascon, Diaz, Lopez, Reyes, 1994)

De la misma forma se puede encontrar que los familiares, aparte del costo económico (como los medicamentos, manutención, faltas laborales, etc.) y el tiempo que se requiere para hacerse cargo del cuidado del paciente, también hay la presencia de un costo emocional, como irritabilidad, angustia, problemas para dormir, diversos sentimientos de culpa, enojo, frustración y resentimiento. El costo físico como enfermedades gastrointestinales, diabetes, hipertensión y otros trastornos. Y el costo social, el cual se manifiesta como alejamiento, falta de interacción social por la vergüenza de tener un enfermo mental. Todo ello es reportado por los familiares, mostrando la urgencia de que todo tratamiento para la esquizofrenia sea acompañado con una intervención familiar, para mejorar notablemente la calidad de vida y la salud de la familia que recibe al paciente (Rascon, Diaz, Lopez, Reyes, 1994).

En diferentes revisiones respecto a la calidad de vida de los pacientes con esquizofrenia y su familia, se encontró que estos sufren un estándar de vida significativamente más pobre que

otras familias en su comunidad. Además se observó que si es mayor la severidad de los síntomas, se correlaciona a una calidad de vida más baja, como también se ha notado que los pacientes varones, y las personas de edad avanzada con esquizofrenia, presentan peor calidad de vida (Pinikahana, Happell, Hope, Keks, 2002).

Por otro lado, se observa que en familias donde el paciente tenía una ocupación laboral, la familia tenía mejores niveles de funcionalidad, esto principalmente se debe a que esta condición facilitaba la posibilidad de interactuar con otras personas, fuera de la familia, generando además ingresos económicos que permiten reducir el gasto asociado al trastorno, ya que las dificultades financieras suelen ser un problema frecuente en la sobrecarga familiar (Shibre et al, 2002).

Respecto a la participación de los familiares en programas de intervención o talleres psicosociales impartidos por el servicio de salud mental, estas presentan mejores niveles de funcionamiento familiar que quienes no asistieron. Esto se puede explicar por el hecho que estos espacios de apoyo profesional, cubre necesidades específicas de los familiares e implica una instancia social de apoyo, debido al encuentro con otras personas en situaciones similares, puesto que el apoyo social ha demostrado ser un importante amortiguador de la sobrecarga familiar (Caqueo, Lemos, 2008).

Antecedentes de la investigación respecto a emoción expresada y psicoeducación

En todo lo que respecta a la salud mental, fue principalmente con Anderson (1980) que la psicoeducación en salud mental se divulgó y evolucionó con diferentes trabajos, especialmente en relación con esquizofrenia. Su atención fue dirigida a los familiares en relación a lo que ellos percibían sobre los diferentes síntomas y el curso de la enfermedad, proporcionándoles

información sobre ello. El punto principal al cual se enfocaban era brindar un mayor entendimiento sobre la enfermedad y junto con ello controlar el estrés que pueda producir lidiar con los síntomas, las recaídas, la medicación, etc. Lo cual abría una puerta al entendimiento y así mismo a una mayor valoración de la importancia de los distintos factores que pueden ayudar a mejorar a su familiar enfermo y junto con ello técnicas para controlar el estrés (Anderson, Hogarty, & Reiss, 1980).

Hogarty (1986), se refiere a la psicoeducación como una aproximación terapéutica en la cual se proporciona a los familiares de un paciente y al paciente mismo, información acerca de la enfermedad y entrenamiento en técnicas para afrontar el problema. Esta debe redundar en primer término en beneficio del paciente y su objetivo consiste en mejorar su calidad de vida y la de su familia, creando ambientes bajos en estresores, disminuyendo así la probabilidad de recaída y la carga familiar (Gerard E. Hogarty, MSW; Carol M. Anderson, PhD; Douglas J. Reiss, PhD; Sander J. Kornblith, PhD; Deborah P. Greenwald, PhD; Carol D. Javna, 1986).

Existen diversas investigaciones en torno al tema de emoción expresada, pero en nuestro entorno no se han realizado investigaciones usando este constructo y su relación con programas de intervención. Lo más próximo, es una investigación realizada en la ciudad de Lima, por Guanilo y Seclen (1993), donde realizan una investigación sobre la relación entre los conocimientos sobre enfermedad mental y el nivel de Emoción Expresada de los familiares de pacientes esquizofrénicos. Los autores elaboran un instrumento para medir EE, aplicada al familiar responsable del paciente, el CEEE (Cuestionario-Encuesta Evaluación del nivel de Emoción Expresada), instrumento que es usado y citado en diferentes investigaciones para evaluar emoción expresada. Así mismo se puede encontrar en el estado del arte múltiples investigaciones o estudios exploratorios y de seguimiento de 9 meses generalmente, para ver

niveles de EE, en pacientes con distintos trastornos, como depresión, T. de la conducta alimentaria, esquizofrenia, entre otros.

Se han realizados diversos estudios para evaluar programas de intervención de corte psicoeducativo, como en el caso de pacientes psicóticos en un primer episodio y pacientes con trastornos de la personalidad, cuyos síntomas traen un deterioro significativo en la actividad social y laboral. Se encontró, que la intervención de corte psicoeducativa mejoro en la mayoría de casos la comunicación con la familia, la relación con ella, mejorando también la actitud frente al futuro de la familia y una mayor participación o colaboración de actividades de la vida familiar por parte del paciente (Fernández, Fombellida, & Herrero, 2005).

Es de suma importancia el conocimiento de la enfermedad por parte del paciente y de la familia. Leff (1997) afirma que los programas de intervención en emoción expresada, comienza con educación sobre esquizofrenia con pacientes y familiares, que pretenden mejorar la comunicación, enseñar habilidades para la resolución de problemas, minimizar el criticismo y la sobreinvolucración, expandir redes sociales y graduar expectativas sobre la mejora y desempeño del paciente. En este sentido se propone una educación en familias acerca de las causas, los síntomas, el curso, el tratamiento y el manejo de la esquizofrenia, luego el realiza sesiones grupales e individuales en la familia, centrados en mejorar la comunicación, la resolución de problemas y mejorar la independencia del paciente, reduciendo la sobreimplicación y el criticismo.

Según la Organización mundial de la salud (2016) la esquizofrenia es un trastorno mental que se asocia a una discapacidad significativa en la vida de la persona que la padece y puede afectar al desempeño educativo y laboral. Llegando a un deterioro en diferentes aspectos de la

persona como en lo cognitivo, emocional, etc. Siendo así necesaria la intervención multidisciplinaria para su tratamiento.

La relaciones interpersonales y afectivas de la personas se ven seriamente afectadas. La familia misma se convierte en un foco de atención para poder mejorar el curso de la enfermedad y la calidad de vida del paciente, como también de las personas que conviven con él y se encargan de su cuidado.

Del mismo modo, la reducción significativa de tener una recaída, viene acompañada de un mejoramiento del estado clínico y una mejora marcada en el funcionamiento social de las personas con este trastorno mental (Mayoral et al., 2015). En cuanto este trastorno mental, se caracteriza especialmente por sintomatología positiva y sintomatología negativa. Siendo su prevalencia alrededor del 1%, con una incidencia que varía entre 7,7 y 43/100.000 habitantes, sin diferencias geográficas significativas (Stilo & Murray, 2010).

Observando ello se podría decir que su incidencia no es alta, pero aun así, la esquizofrenia es una de las primeras diez causas generadoras de discapacidad (Salomon et al., 2012). Esto podría explicarse por la temprana aparición o inicio en el curso crónico, en el que predominantemente se da sintomatología negativa y recaídas psicóticas. Por definición, la esquizofrenia representa una alteración en el funcionamiento social, familiar y laboral de los pacientes que la padecen; con respecto a la población sana, tienen menor probabilidad de casarse y tener empleo, con las consecuencias que esto tiene para los mismos pacientes, sus familias y la sociedad (Thara, Srinivasan, 1997). Así mismo, se podría afirmar que esta interacción es bidireccional, haciéndose un circuito circular de influencia donde el paciente genera estrés, tensión, preocupación entre otras reacciones al cuidador y este al reaccionar de manera crítica o sobreprotectora influye negativamente en el curso de la enfermedad. En la actualidad se dispone de estudios que demuestran que el ambiente familiar puede influir

favorable o desfavorablemente en el pronóstico, lo que hace de la intervención familiar una necesidad en estos escenarios (Amaresha & Venkatasubramanian, 2012). Sin dejar a lado la pérdida de productividad que se da en el paciente laboralmente, haciéndose evidente las altas necesidades económicas y sociales que se presentan en curso de la enfermedad.

Actualmente una de las mejores formas y la manera más acertada de mejorar la situación difícil que pueda estar viviendo la familia es la psicoeducación, donde esta no se limita solamente a familias de pacientes con esquizofrenia, sino a todo tipo de trastorno mental u orgánico crónico, es así que el dialogo entre terapeutas, psiquiatras, trabajadores sociales, psicólogos y otros han permitido redimensionar la psicoeducación, la cual no se adhiere a ninguna escuela de terapia familiar en particular (Grupo GEOPTTE, 2002)

Es así como la psicoeducación resulta ser un coadyuvante en el tratamiento de los trastornos mentales, la cual debe acompañar todo proceso de tratamiento a pacientes con esquizofrenia y de igual modo a trastornos mentales crónicos(Pekkala & Merinder, 2002).Diversos estudios han mostrado su eficacia en el tratamiento de la enfermedad mental, en cuanto a la disminución de recaídas en pacientes con trastorno mental, además resaltan que se basa en la enseñanza que recibe la familia para comprender mejor la enfermedad y responder apropiadamente a sus manifestaciones(Keefler & Koritar, 1994).Y de esta manera, el cuidador o familiar que más tiene contacto con el paciente, amplía su entendimiento, teniendo una mayor claridad de la razón por la cual su familiar enfermo actúa de cierta manera, comprende con mayor precisión la necesidad de los medicamentos y su función, como también lo preparan para responder correctamente a las diferentes manifestaciones de la sintomatología positiva o negativa, permitiéndole manejarlo mejor, evitando la frustración y entre otras emociones

negativas que antes le provocaban dichas conductas, ya que estas escapan al control del paciente y no son provocadas intencionalmente por él.

Todo ello, por consiguiente deja en evidencia la importancia y la necesidad por brindar a los pacientes con esquizofrenia una intervención integral, que incluya intervenciones a su entorno. Donde estas intervenciones tendrían como objetivo principal brindar un mayor respaldo y apoyo individual, familiar y social a los pacientes con esquizofrenia, con el fin de que se puedan adherir de mejor forma a la medicación, disminuir síntomas o hacerlos menos agudos, prevenir los reingresos hospitalarios y recaídas, mejorar su funcionalidad y desempeño cotidiano dentro de expectativas realistas, y para ello se vuelve un pilar básico la psicoeducación.

En la actualidad se cuenta con una gran variedad de intervenciones familiares, que comparten algunos aspectos en común, pero varían por el enfoque que cada una tiene, tomándose en cuenta aquellas que han sido comprobadas empíricamente en estudios controlados(Arévalo, 1990) estas son:

- La terapia familiar orientada a la crisis desarrollada por Goldstein
- El paquete de intervenciones sociales para disminuir la emoción expresada creado por el equipo del Medical Research Unit de Londres.
- El modelo de terapia familiar conductual para esquizofrenia de Falloon.
- La psicoeducación familiar elaborada por Anderson.

Todas ellas, a pesar de las diferencias de sus enfoques, alcanzaron resultados prometedores, explicándose por algunas estrategias que emplean en común, como el establecimiento de un fuerte vínculo terapéutico con la familia, el ofrecimiento de información

psicoeducativa, el cambio de encuadre en relación a las formas de intervención familiar tradicionales, mejoramiento de la comunicación familiar y la atención de enfocarse en problemas concretos y específicos de cada familia(Tarrier & Barrowclough, 1986).

CAPITULO III

METODOLOGÍA

Diseño metodológico

La presente es una investigación de tipo cuasi experimental Pre-post, donde se incluyen los diseños con intervención en los que se hacen aplicaciones en situaciones naturales, en las cuales es imposible asignar al azar a los participantes o controlar el orden de aplicación de los niveles de la variable independiente (Montero & León, 2007).

Siendo pre-post al tomar una medida antes de la intervención y otra después para luego comparar los resultados (Montero & León, 2007).

Población y muestra

La muestra se obtuvo a través de un muestreo no probabilístico, realizándose uno por conveniencia, puesto que se realizó de manera intencional para que la muestra cumpla los criterios de inclusión.

La muestra final estará conformada por aquellos familiares de pacientes con diagnóstico de esquizofrenia que cumplan los siguientes criterios:

Criterios de inclusión:

- Cuidadores principales de pacientes diagnosticados con esquizofrenia según criterios del DSM-IV-TR en el hospital Yanahuara III de Essalud.
- Cuidador y paciente estén residiendo en Arequipa.

-Paciente con un tiempo de enfermedad mayor a 2 años.

-Las familias no deben haber recibido algún tratamiento psicoterapéutico o intervención psicoeducativa anterior.

-Los cuidadores del grupo de intervención han de acudir a todas las sesiones del Programa Psicoeducativo diseñado para este estudio.

Criterios de exclusión

-Haber participado anteriormente en un programa de intervención familiar.

Características generales de la muestra:

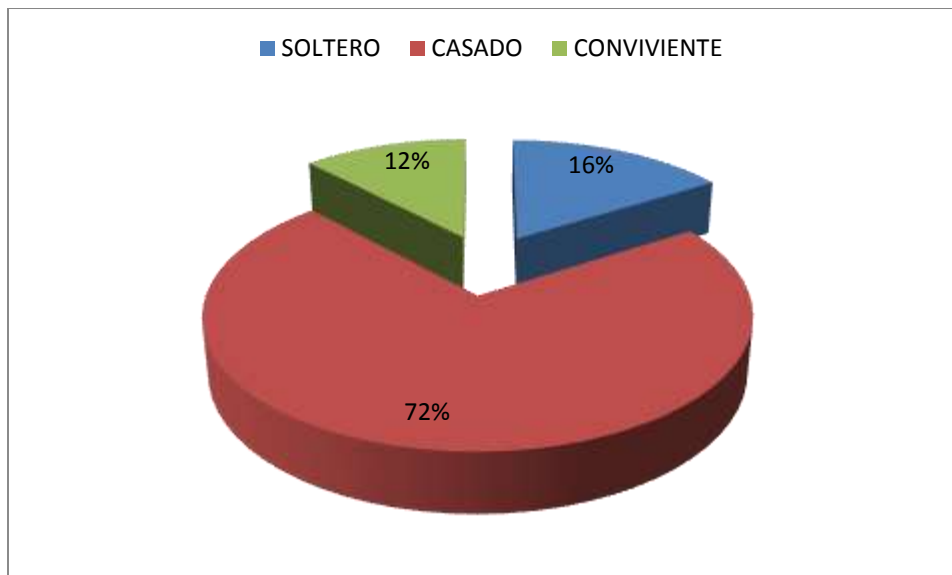
En la presente investigación participaron 25 cuidadores de pacientes con esquizofrenia.

Tabla 1: Distribución de la muestra según la edad.

Mínimo	33
Máximo	80
Media	59,16

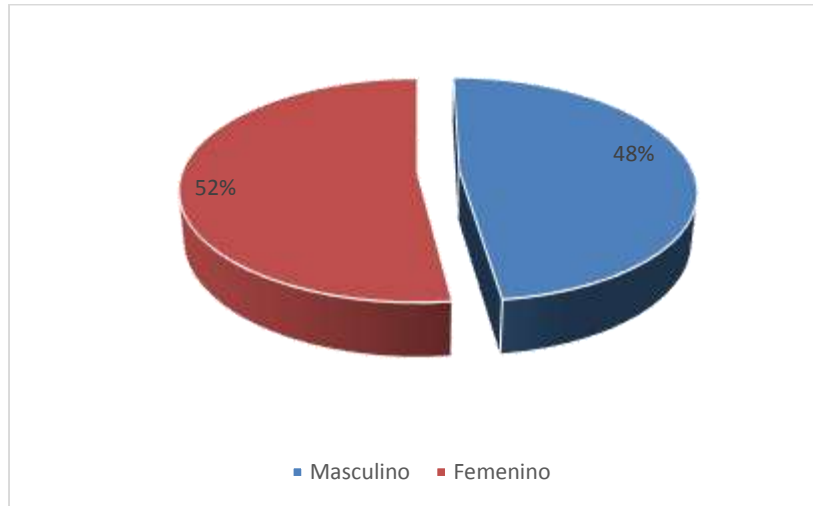
Como se observa en la tabla 1, en cuanto la edad de la muestra evaluada, la media de la edad de los sujetos es de 59.16, donde la edad mínima fue de 33 años y la edad máxima de 80 años.

Gráfica 1: Distribución de la muestra según estado civil.



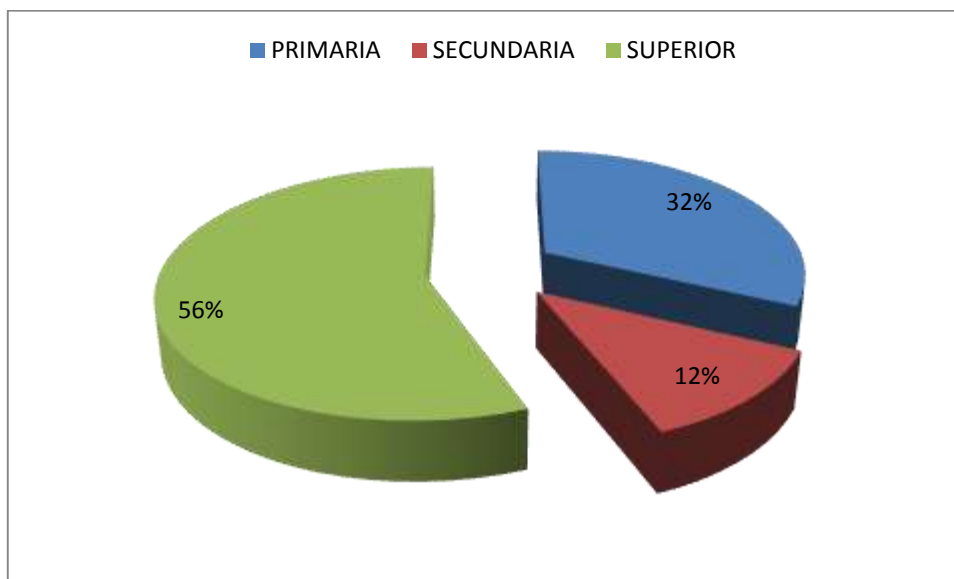
La distribución de los sujetos evaluados respecto al estado civil muestra que el mayor porcentaje corresponde a los casados con un 72% (N=18), y con menor porcentaje los solteros con un 16% (N=3), seguido finalmente por los convivientes con un 12% (N=4).

Gráfica 2: Distribución de la muestra según sexo.



La distribución de los sujetos evaluados respecto al sexo muestra que el mayor porcentaje corresponde a las mujeres con un 52% (N=13) en comparación a los hombres representados con un 48% (N=12).

Gráfica 3: Distribución de la muestra según grado de instrucción.



La distribución de los sujetos evaluados en cuanto al grado de instrucción, muestra que, el mayor porcentaje corresponde a grado superior con un 56% (N=14), seguido por primaria con un 32% (N=8), y con menor porcentaje con grado de secundaria con un 12% (N=3).

Instrumento de medición

-Cuestionario Encuesta Evaluación del Nivel de Emoción Expresada (CEEE, Guanilo & Seclen, 1993).

Se usó el cuestionario Evaluación del Nivel de Emoción Expresada CEEE elaborado por Guanilo JV, YM Seclen (1993) en la ciudad de Lima. Para la construcción de dicho instrumento se tomó como base el Inventario de Hostilidad de Durkein, del cual se tomaron reactivos de los sub-test de agresión verbal y hostilidad indirecta. Así mismo se usó la escala de Valoración de la Relación Madre-Niño de Robert Roth, del cual se tomó solamente lo reactivos del sub-test de sobreprotección.

Los reactivos fueron adaptados de acuerdo a la naturaleza del problema y características de la población. Como resultado se tiene 10 ítems de Sobreprotección, 10 ítems de Crítica y 10 ítems de Hostilidad. Con alternativas de respuestas:

-Nunca

-Casi Nunca

-Casi Siempre

-Siempre

Donde el cuidador encontrará diferentes situaciones que comúnmente suelen presentarse cuando hay un paciente de una enfermedad mental en casa y se le solicita recordar su reacción o sentimiento frente estas situaciones cotidianas. Los niveles de emoción expresada estarán dados por la puntuación obtenida en la prueba, donde una baja emoción expresada estará constituida por puntuaciones que estén de 30-64 y las puntuaciones de alta emoción expresada están conformadas por puntuaciones entre 65 y 120 puntos.

El presente instrumento fue sometido por los autores a juicio de 10 expertos entre psiquiatras, psicólogos, enfermeras y doctores del área. Se sometió a una prueba piloto con 15 familiares de la institución con las mismas características de la muestra (familias de pacientes con esquizofrenia). Por último se realizó una confiabilidad estadística por medio de coeficiente alfa de Cronbach, obteniéndose un valor de 0.7 resultando significativo (Guanilo & Seclen, 1993).

-Programa de intervención psicoeducativo en cuidadores de pacientes con esquizofrenia.

El programa de intervención psicoeducativa aplicado, fue diseñado especialmente para este estudio por la psiquiatra Carla Málaga, el cual se administró en un tiempo de 6 meses, realizándose una intervención grupal por mes, y una intervención personal a cada miembro de la muestra, durante los 6 meses.

Este programa psicoeducativo consto de 6 sesiones, estas fueron:

- 1 Sesión: ¿Qué es la esquizofrenia?
- 2 Sesión: ¿Cuáles son las causas de las Esquizofrenia?
- 3 Sesión: ¿Qué hacer frente a la esquizofrenia? Los medicamentos.
- 4 Sesión: ¿Qué hacer frente la esquizofrenia? La participación de la familia.
- 5 Sesión: Lo que la familia puede hacer por ayudar al paciente.
- 6 Sesión: Recapitulación. Perspectivas de futuro. Discusión final.

Todas ellas tenían como objetivo establecer alianzas con los familiares que cuidan de la persona con esquizofrenia. Así mismo reducir la atmosfera familiar adversa (disminuyendo el estrés y la carga que supone su cuidado).Fortalecer la capacidad de resolución de problemas de los familiares y lograr un cambio deseable en las conductas de las personas cercanas al enfermo. Finalmente se buscara un entendimiento más amplio acerca de la enfermedad y su sintomatología, para lograr una mayor comprensión de su familiar enfermo y los cuidados a tener en cuenta.

Finalmente las sesiones grupales se realizaban 1 vez al mes, durante 6 meses, con una duración de una hora (que muchas veces se extendía para resolver preguntas). Se dieron así mismo sesiones personales con cada cuidador, una vez durante los 6 meses, donde se aclaraban

dudas particulares que pudieran tener los cuidadores respecto a la conducta de su familiar, o sobre la enfermedad en sí, estas duraban de 30 a 40 minutos. Todo ello se realizaba bajo la supervisión de la autora del programa, y de igual forma participaba en la resolución de preguntas al final de cada sesión.

Variables

-Variable Independiente: Programa de intervención Psicoeducativo

-Variable Dependiente: Emoción expresada.

Operacionalización de variables

Variable	Dimensiones	Indicadores
Emoción expresada	Comentarios Críticos	Baja: Puntaje entre 10 a 24. Alta: Puntaje entre 25 a 40.
	Hostilidad	Baja: Puntaje entre 10 a 24. Alta: Puntaje entre 25 a 40.
	Implicación emocional	Baja: Puntaje entre 10 a 24. Alta: Puntaje entre 25 a 40.

Procedimiento

Se solicitó permiso y autorización con los diferentes profesionales psiquiatras que atienden en el servicio de psiquiatría del hospital III de Yanahuara, donde se contactaba a los miembros de la muestra que asistían a consulta durante las mañanas, por un periodo de 20 días, para que posteriormente se recolecte la muestra que cumpla con los criterios de inclusión.

Posteriormente a ello, se inició con el pre-test, donde se evaluó el nivel de emoción expresada de la muestra seleccionada y así mismo, se dio inicio a la primera sesión de psicoeducación. Es así que durante 6 meses, se realizó una sesión psicoeducativa grupal por mes, además de realizar una sesión individual con cada cuidador, de forma personal durante toda la psicoeducación.

Al finalizar las 6 sesiones psicoeducativas se procedió a evaluar post-test, donde se evaluó el nivel de emoción expresada después del programa psicoeducativo. Teniendo todos los datos necesarios se procedió a generar la base de datos en el programa estadístico SPSS, con el fin de poder analizar la información obtenida.

Técnica de procesamiento de datos.

Los datos obtenidos fueron procesados con el paquete estadístico SPSS Statistics 23. Se utilizaron estadísticos descriptivos para conocer las características de la muestra, además de estadísticos inferenciales como la prueba t para evaluar la diferencia de medias de rendimiento en la variable emoción expresada obtenidos en dos momentos: pre test y post test, además del análisis de covarianza para valorar el efecto de las variables sociodemográficas sobre las puntuaciones obtenidas en la variable emoción expresada post test.

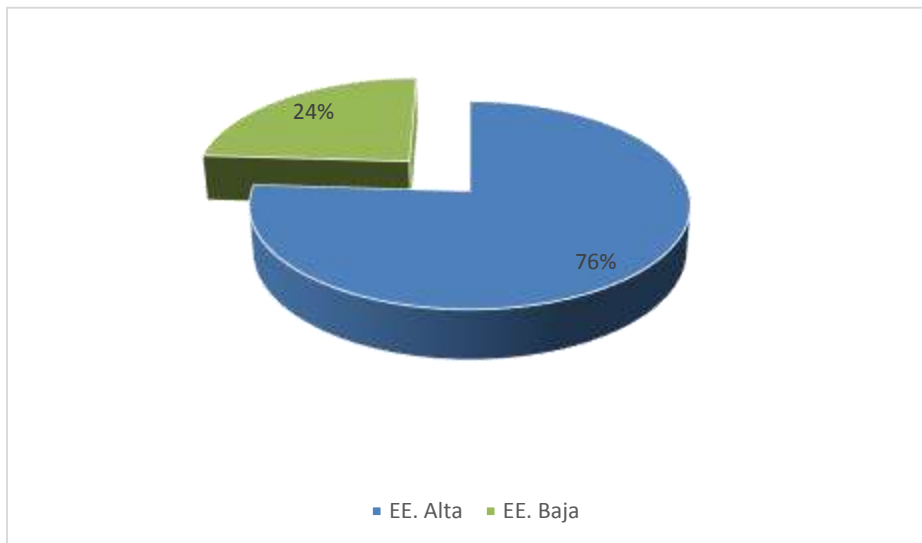
CAPITULO IV

RESULTADOS

Luego de la obtención de todos los datos necesarios para medir el nivel de emoción expresada antes y después de la intervención psicoeducativa, se procedió a analizar los datos a través del programa estadístico SPSS, los resultados de este análisis se presentan a continuación, acompañados de tablas que facilitaran su interpretación.

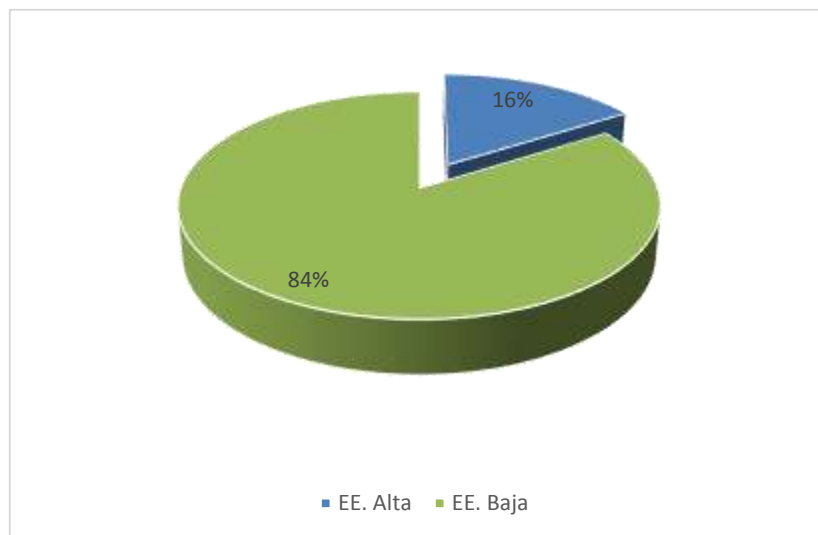
En la evaluación de los resultados en el pre-test, la mayoría de los cuidadores evaluados presento niveles altos de emoción expresada.

Gráfica 4: Niveles de emoción expresada en la muestra, Pre-Test



Como se observa en el gráfico n°4, del 100% de la muestra el 76% presentaba niveles altos de emoción expresada. Y tan solo el 24% de la muestra, presentaba niveles bajos de emoción expresada. Es a partir de estos resultados que se aplica el plan psicoeducativo, para poder observar si se logra bajar los niveles de emoción expresada del total de la muestra.

Gráfica 5: Niveles de emoción expresada en la muestra, Post-Test



Como se puede observar en el gráfico n°5, los niveles de emoción expresada bajaron considerablemente, donde el 84% de la muestra, presenta bajos niveles de emoción expresada, y solo el 16% de la muestra permanece con niveles de emoción expresada altos.

Tabla 2: Comparación antes y después de la aplicación del programa de emoción expresada.

	Media	N	Desviación estándar	t	Sig.
Pre - test	69,52	25	10,974	5.597	0.000**
Post - test	59,36	25	6,794		

**p<0.01

Se observan diferencias significativas en la media de emoción expresada antes y después de la intervención ($t=5.597$, $p<0.01$). Estos resultados nos indican que la aplicación del programa de intervención psicoeducativa sobre la emoción expresada en cuidadores de pacientes con esquizofrenia, muestra mejorías, disminuyendo la sobreimplicación emocional excesiva y actitud crítica u hostil de los cuidadores hacia el cuadro psiquiátrico de los pacientes.

Tabla 3: Análisis de covarianza de las variables sociodemográficas y su efecto sobre las puntuaciones de emoción expresada post - test

Pruebas de efectos inter-sujetos					
Variable dependiente: POST-TEST					
Origen	Tipo III de suma de cuadrados	Gl	Cuadrático promedio	F	ñig.
Modelo corregido	686,647 ^a	12	57,221	1,631	,205
Interceptación	1091,170	1	1091,170	31,094	,000
Edad	51,387	1	51,387	1,464	,250
Sexo	230,840	1	230,840	6,578	025*
Grado Instrucción	27,178	2	13,589	0,387	,687
Relación con el paciente	99,573	3	33,191	0,946	,449
Sexo * Instrucción	0,000	0			
Sexo * Relación con el paciente	9,715	1	9,715	0,277	,608
Instrucción * Relación con el paciente	21,513	1	21,513	0,613	,449
Sexo * Instrucción * Relación con el paciente	0,000	0			
Error	421,113	12	35,093		
Total	89198,000	25			
Total corregido	1107,760	24			

a. R al cuadrado = .620 (R al cuadrado ajustada = .240)

*p<0.05

Como se observa en la tabla 3, se realizó un análisis de covarianza de las variables sociodemográficas, con el fin de identificar alguna variable que pueda tener alguna influencia en el resultado de los niveles de emoción expresada. En el análisis de covarianza indica que la variable sexo tiene un efecto sobre los resultados obtenidos en el post – test, por lo que se infiere que existiría un grado de dependencia entre ambas variables.

Tabla 4: Diferencias en emoción expresada antes y después de la aplicación del programa según sexo

		N	Media	Desviación estándar	t	Sig.
Pre - test	Masculino	13	69,38	6,117		
	Femenino	12	69,67	14,896	-0.063	0.950
Post - test	Masculino	13	62,23	5,732	2.409	0.024*
	Femenino	12	56,25	6,676		

*p<0.05

La tabla 4 muestra que en la fase pre-test no existían diferencias significativas entre hombres y mujeres ($t=-0.063$, $p<0.950$); por otra parte en la media post-test si se observan diferencias significativas entre hombres y mujeres ($t=2.409$, $p<0.024$), es decir, que la diferencia significativa respecto al rendimiento en la prueba de emoción expresada (post - test) en relación al sexo sería producto de la aplicación del programa psicoeducativo.

CAPITULO V

DISCUSIÓN

El objetivo del presente trabajo de investigación fue analizar el efecto de un programa psicoeducativo, sobre los niveles de emoción expresada de los cuidadores de pacientes con esquizofrenia, y los resultados obtenidos corroboran el efecto esperado de este programa sobre los niveles de emoción expresada, reduciéndolos significativamente. Todo ello se viene dando como se corrobora en anteriores investigaciones en diferentes países (Sánchez Oller, 2001). Puesto que la psicoeducación ayuda a comprender la enfermedad, desmitificándola, dándole una mayor comprensión sobre su familiar enfermo. Así mismo, los cuidadores compartían experiencias y se relacionaban entre ellos, permitiéndoles relacionarse con personas que atraviesan experiencias de vida similares, funcionando como un grupo de apoyo. Un efecto indirecto del programa, fue también el dar la oportunidad de que se puedan formar o reforzar lazos de amistad entre los cuidadores, inclusive realizándose actividades para compartir, dándose un ambiente de camaradería, como menciona la literatura, esto ayudó a que los cuidadores puedan tener un espacio para decir cómo se sienten y las dudas que tienen respecto a su situación. Todo ello influyó a que se dieran buenos resultados en la reducción de los niveles de emoción expresada.

Al momento de tratar este trastorno mental como la esquizofrenia, usualmente se comete error de pasar por alto en el diagnóstico la valoración del funcionamiento familiar, pues se considera al paciente de manera individual, cuando la dinámica del paciente con su grupo familiar influye en su funcionamiento mental, emocional, social, ocupacional, sexual, etc.

Aumentando considerablemente la probabilidad de la recaída (Rascón Gasca, Díaz Martínez L., López Jiménez, & Reyes Ruiz, 1997).

A la luz de los resultados, principalmente podemos observar que nuestra sociedad no es ajena al continuo de investigaciones que comprueban la presencia de familias de pacientes con esquizofrenia (y enfermedades mentales crónicas) que puntúan lo suficientemente alto para considerarlas con emoción expresada alta, en el presente estudio se observa un 76 % de la muestra que presentan niveles altos de emoción expresada, donde en muchos casos los cuidadores presentaron no solo desconocimiento y mal información sobre la enfermedad, sino también niveles altos de estrés, que los motivo a asistir a las diferentes sesiones.

Como se observa en nuestra sociedad, a pesar de que las familias de los pacientes esquizofrénicos casi siempre están a cargo del cuidado primario de este, usualmente no reciben una formación o capacitación formal, para que puedan prepararse mejor a esta situación, una enfermedad que acompañara al paciente durante toda su vida, y es por la experiencia, por ensayo y error, que la familia va obteniendo cierto conocimiento, poniendo a prueba sus mecanismos de adaptación a esta nuevo estilo de vida. Pero en muchos casos quedan arraigadas idea o impresiones equivocadas respecto a la enfermedad, sobre la causa, sobre la medicación y como se controlaría las crisis más floridas de esta enfermedad. Provocando una conducta muchas veces estresante para el paciente, como exigencias poco realistas, poca continuidad en el tratamiento farmacológico, castigos o tratos hostiles al paciente, actitudes sobreprotectoras que limitan mucho más al paciente. En el presente trabajo la mayoría de cuidadores que componen nuestra muestra, presenta altos niveles de emoción expresada al inicio de la intervención psicoeducativa y se hace evidente el poco conocimiento que tienen o las ideas incorrectas sobre esta enfermedad. Lo común que se fue encontrando, fue una actitud crítica-hostil, principalmente con los pacientes que presentaban sintomatología negativa, poca

vitalidad, apatía o abulia, donde la familia incluyendo al cuidador, culpan al paciente de esta actitud, tomándolo como una falta de motivación, poco interés en recuperarse o colaborar en la familia, incluso tildándolos de “flojos” o nada “útiles”.

Tomando todo lo dicho anteriormente como algo controlado por el paciente, responsabilizándolo de esa conducta, mas no como un síntoma propio de la enfermedad. Esto puede explicar, como la mayoría de la muestra presenta niveles altos de emoción expresada, como un factor a tomar en cuenta, más no el único.

Posteriormente desarrollándose el plan psicoeducativo, se vio una evolución favorable respecto a los niveles de emoción expresada. Reduciéndose a un 16% de la muestra que presenta niveles altos de emoción expresada, y se pudo comprobar, la presencia de diferentes creencias respecto al familiar, llegando incluso a calificar su estado como un castigo divino a la familia o estar pagando un daño hecho en el pasado. De igual forma respecto a la causa, algunos familiares se sentían sumamente culpables de la condición del paciente, temiendo que la enfermedad fuera responsabilidad de ellos, por malas prácticas de crianza o resultado de un castigo muy severo.

En cuanto al 16% de la muestra que permaneció con niveles altos de emoción expresada, se puede comprobar, como se menciona en la literatura, que existen diversas fuentes de estrés, diferentes necesidades que deben intervenir en la familia para poder tener un mejor funcionamiento y por ende niveles más bajos de emoción expresada (Muela Martínez & F, 2001). Estas alteraciones familiares incluyen finanzas, empleo, vida social, salud física, relaciones maritales y familiares, y actividades de la vida diaria, como también cambios de rol, como hermanos o hijos cuidando del paciente. Donde se podría alcanzar una mayor efectividad de una intervención, teniendo como base la psicoeducación, pero incluyendo diferentes técnicas psicoterapéuticas en un intervención más completa como manejo del estrés,

control de expectativas sobre el paciente, mejoramiento del clima emocional familiar, manejo de sentimientos de pérdida o minusvalía, entre otros (Muela Martínez & F, 2001).

Aun así, es importante señalar que algunas investigaciones sugieren que no hallaron relación significativa entre emoción expresada y recaída. El trabajo de Köettgen, que fue realizado en Hamburgo, Alemania, mostro sorprendentemente resultados donde las familias con emoción expresada baja tenían más recaídas que las familias con emoción expresada alta (57% vs. 41%) hecho que demuestra la no evidencia para el vínculo de emoción expresada-recaída (Sánchez Oller, 2001) donde el estrés crónico que se pueda generar por actitudes críticas y/o sobreprotectoras, no sean la principal causa de recaída, reduciéndose estos a un factor más, que junto a otros factores como bajos niveles de calidad de vida, sobrecarga familiar, entre otros problemas, sean los que lleven al paciente a una recaída. Los problemas metodológicos asociados con el estudio de Hamburgo, han limitado la credibilidad dadas las respuestas de Köettgen y sus colaboradores. Este estudio es diferente a otros estudios de la emoción expresada en aspectos importantes. Por ejemplo, la mayoría de los pacientes utilizados por Köettgen y otros, no vivieron después con sus familias (Sánchez Oller, 2001). Además, en diferentes estudios se fue observando que las dimensiones del constructo de emoción expresada, se veían influenciadas por el contexto cultural de la muestra, las variaciones en los valores de punto de corte ya habían sido propuestas para un mejor pronóstico en las investigaciones originales de la emoción expresada (Sánchez Oller, 2001), dependiendo del marco sociocultural, o de las patologías diferentes de la esquizofrenia (Barrelet, Ferrero, Szigethy, Giddey, & Pellizzer, 1990; Moline, Singh, Morris, & Meltzer, 1985). Así mismo se pudo observar trabajos donde se menciona con énfasis la situación del constructo de emoción expresada y como este es influenciado por el contexto cultural donde se o evalúa. Por ejemplo en Italia se observó que a causa del estilo emocional predominante en la población italiana se

producía altos puntajes en sobreimplicación emocional, de forma superior que en estudios en británicos (Sánchez Oller, 2001)

Adicionalmente se pudo observar (tabla 3 y 4) la presencia de una variable sociodemográfica que se relacionaba significativamente con los resultados post-test, es la variable sexo, en donde las mujeres después de la intervención psicoeducativa, lograron bajar considerablemente más los niveles de emoción expresada, que los varones en la muestra. Esto usualmente se debe a que las mujeres, en la mayoría de los casos son las madres o parejas, que se encargan del cuidado del paciente. El paciente se suele encontrar desocupado, no casado y que convive con la familia de origen. De esta forma la carga familiar se muestra enfocada en la figura materna, y esta se muestra más receptiva a la intervención, por las responsabilidades que desempeña y por el vínculo que posee con el paciente (Martínez, Nadal, Beperet, & Mendióroz, 2000).

A partir de este trabajo, se podrían desarrollar más investigaciones, en línea a conocer mejor las características de los cuidadores con niveles de emoción expresada alta, para poder analizar en nuestro contexto y observar que dimensión de emoción expresada es la más frecuente en nuestra sociedad para así poder avanzar en apartados que se enfoquen en programas de intervención completos, dirigidos especialmente a disminuir los niveles de emoción expresada según la dimensión más problemática. Y de igual manera, sería de mucha utilidad el poder replicar estudios de emoción expresada en otros trastornos, como trastornos afectivos, de la conducta alimentaria y hasta adicciones.

Finalmente podemos observar como el promedio de la puntuación pre-test fue de 69,52 (tabla 2) donde después de aplicarse la intervención psicoactiva, este revelo una disminución del promedio a 59,36 que nos muestra el efecto innegable de la psicoeducación como pieza clave y básica, que debe acompañar todo tratamiento. Si bien la psicoeducación por si misma ya ejerce una disminución de niveles de emociona expresada significativa, esta debe verse como una base donde se tiene que adecuar una intervención más integral según las necesidades particulares de cada familia.

CONCLUSIONES

Primera; los resultados obtenidos nos demuestran que existen niveles altos de emoción expresada, mayoritariamente en nuestra muestra con el 76% (Grafico N^o4). Esto hace evidente la urgencia e importancia de proponer e implantar programas psicoeducativos en respuesta a las necesidades de los cuidadores, para así reducir las recaídas y mejorar la calidad de vida familiar como sus relaciones.

Segunda; al aplicar un programa psicoeducativo a los cuidadores de los pacientes con esquizofrenia, tras la evaluación de su nivel de emoción expresada, pudimos observar las diferentes carencias en cuanto conocimiento y medios para poder afrontar las diferentes exigencias que requiere el cuidado de un paciente con esquizofrenia. Como el acompañamiento psicológico, e intervenciones psicosociales.

Tercera; con respecto a precisar la eficacia de la intervención psicoeducativa en la reducción del nivel de emoción expresada en los cuidadores de los pacientes con esquizofrenia atendidos en el consultorio de psiquiatría del hospital III Yanahuara, los resultados señalan el efecto positivo en reducir los niveles de emoción expresada, de forma contundente, del 84% al 16% de la muestra, así mismo el promedio del nivel de emociones expresada del pre-test al post-test bajaron un promedio de diez puntos de 69 a 59, donde corroboramos la efectividad y necesidad de incluir formalmente, en el tratamiento de un paciente con esquizofrenia, una intervención psicoeducativa familiar, para reducir los niveles de emoción expresada.

Cuarta; considerando que la intervención psicoeducativa fue efectiva en reducir los niveles de emoción expresada, se pudo observar que fue especialmente en la variable sexo, que las mujeres respondieron de mejor forma a la intervención psicoeducativa que los hombres, como se señala en anteriores investigaciones, donde la madre o esposa del paciente usualmente es la que tiene mayores niveles de emoción expresada, pero también son las primeras en reducir significativamente esos niveles después de una intervención psicoeducativa.

Quinta; es necesario resaltar la necesidad de implementar intervenciones familiares completas, que no solo se limiten a la psicoeducación. Como podemos observar en el presente trabajo, hubo un grupo (16%) de la muestra que no logro reducir su nivel de emoción expresada lo suficiente como para calificarse como baja, esto principalmente porque las necesidades de las familias y los factores que causan un actitud hostil o sobreprotectora hacia al paciente, son distintas y en diferente proporción entre cada familia, es por ello que en la literatura podemos observar programas que incluyen diferentes intervenciones, que tienen mayor alcance y abarcan más problemáticas que puedan haber en la familia, haciéndola más funcional y sana.

RECOMENDACIONES

Primero; incluir en próximas investigaciones, un estudio de mayor profundidad que detalle los niveles de emoción expresada, al nivel de sus componentes como crítica o subreimplicación emocional, para poder así determinar con mayor precisión el tipo de intervención que podría estar necesitando una familia.

Segundo; En futuras investigaciones, realizar pruebas psicométricas o cuestionarios más precisos, de tipo entrevista, ya que en el discurso de una entrevista con el cuidador, se puede obtener mucha mayor información esencial para determinar un nivel de emoción expresada más real y exacta.

Tercero; evaluar la posibilidad que en futuros trabajos se puedan incluir, en los programas psicoeducativos, intervenciones personalizadas destinadas a la mejora de la salud mental del cuidador, donde se puedan ver temas como culpa, rechazo, sentimientos de indefensión, estrés, entre otros aspectos que pueda estar afectando la salud mental del cuidador.

Cuarto: realizar trabajos más amplios que puedan abarcar los diferentes servicios de psiquiatría de nuestra ciudad, para poder conocer y tener una idea clara, del panorama de los cuidadores en Arequipa, y poder determinar en qué situación nos encontramos respecto a los niveles de emoción expresada del cuidador.

Quinto; desarrollar trabajos donde se pueda invertir más recursos económicos para poder realizar intervenciones que tengan mayor alcance, como material audiovisual, espacios para reuniones o sesiones grupales y personales, contar con más profesionales para realizar intervenciones multidisciplinarias, entre otras necesidades que se den en el grupo.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Amaresha, A. C., & Venkatasubramanian, G. (2012). Expressed Emotion in Schizophrenia: An Overview. *Indian Journal of Psychological Medicine*, 34(1), 12–20. <https://doi.org/10.4103/0253-7176.96149>
- Anderson, C. M., Hogarty, G. E., & Reiss, D. J. (1980). Family Treatment of Adult Schizophrenic Patients: A Psycho-educational Approach. *Schizophrenia Bulletin*, 6(3), 490–505. <https://doi.org/10.1093/schbul/6.3.490>
- Arévalo Ferrera, J. (1990). Intervenciones familiares en el tratamiento de los pacientes con esquizofrenia: aproximaciones recientes. *Estudios de Psicología*, (43), 169–194. <https://doi.org/10.1080/02109395.1990.10821149>
- Barrelet, L., Ferrero, F., Szigethy, L., Giddey, C., & Pellizzer, G. (1990). Expressed emotion and first-admission schizophrenia. Nine-month follow-up in a French cultural environment. *The British Journal of Psychiatry : The Journal of Mental Science*, 156(3), 357–62. <https://doi.org/10.1192/BJP.156.3.357>
- Brown, G. W., Monck, E. M., Carstairs, G. M., & Wing, J. K. (1962). Influence of family life on the course of schizophrenic illness. *British Journal of Preventive & Social Medicine*, 16, 55–68.
- Caqueo Urízar, A., & Lemos Giráldez, S. (2008). Calidad de vida y funcionamiento familiar de pacientes con esquizofrenia en una comunidad latinoamericana. *Psicothema*, 20 (4), 577-582.

- Castilla García, A., López Álvarez, M., Chavarría Pérez, V., Sanjuán, M., Canut Altemir, P., Martínez, M., ... & Cáceres Pereira, J. L. (1998). La carga familiar en una muestra de pacientes esquizofrénicos en tratamiento ambulatorio. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 18(68), 621-642.
- Elizabeth, A., Ríos, R., Guadalupe, M., & Galán, N. (2012). Cuidadores: responsabilidades-obligaciones. *Enf Neurol (Mex)*, 11(3), 163–169. Retrieved from <http://www.medigraphic.com/enfermerianeurologica>
- Fernández, L., Fombellida, C., & Herrero, J. (2005). Evaluación de un programa de intervención familiar en pacientes psicóticos y con trastornos graves de la personalidad. *Revista de La Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 19(94), 7–18.
- Fresán, A., Apiquian, R., Ulloa, R. E., Loyzaga, C., García-Anaya, M., & Gutiérrez, D. (2001). Ambiente familiar y psicoeducación en el primer episodio de esquizofrenia: Resultados preliminares. *Salud Mental*, 24(4), 36–40.
- Gerard E. Hogarty, MSW; Carol M. Anderson, PhD; Douglas J. Reiss, PhD; Sander J. Kornblith, PhD; Deborah P. Greenwald, PhD; Carol D. Javna, P. M. J. M. (1986). Family psychoeducation, social skills training, and maintenance chemotherapy in the aftercare treatment of schizophrenia: I. one-year effects of a controlled study on relapse and expressed emotion. *Archives of General Psychiatry*, 43(7), 633–642. Retrieved from <http://dx.doi.org/10.1001/archpsyc.1986.01800070019003>
- Guanilo, J; Seclén, Y. (1933). 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 HDHN. Tesis para optar por el título profesional de enfermera, Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima. Perú.

- Grupo GEOPTE. (2002). La funcionalidad como objetivo en el tratamiento de la esquizofrenia. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 30, 312–325.
- Keefler, J., & Koritar, E. (1994). ESSENTIAL ELEMENTS OF A FAMILY PSYCHOEDUCATION PROGRAM IN THE AFTERCARE OF SCHIZOPHRENIA*. *Journal of Marital and Family Therapy*, 20(4), 369–380. <https://doi.org/10.1111/j.1752-0606.1994.tb00127.x>
- Ma. Luisa Rascen, G., Ma. De Lourdes Gutierrez, L., Marcelo Valencia, C., & Esther Murow, T. (2008). Relacion entre la emocion expresada por el familiar responsable y la conducta sintomatica de pacientes con esquizofrenia, incluido el funcionamiento social. *Salud Mental*, 31(3), 205–212.
- Martínez, A., Nadal, S., Beperet, M., & Mendióroz, P. (2000). Sobrecarga de los cuidadores familiares de pacientes con esquizofrenia: Factores determinantes. *Anales Del Sistema Sanitario de Navarra*, 23(SUPPL. 1), 101–110.
- Mayoral, F., Berrozpe, A., de la Higuera, J., Martinez-Jambrina, J. J., de Dios Luna, J., & Torres-Gonzalez, F. (2015). Eficacia de un programa de intervención familiar en la prevención de hospitalización en pacientes esquizofrénicos. Un estudio multicéntrico, controlado y aleatorizado en España. *Revista de Psiquiatría Y Salud Mental*, 8(2), 83–91. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.rpsm.2013.11.001>
- Miklowitz, D. J., Goldstein, M. J., & Falloon, I. R. (1983). Premorbid and symptomatic characteristics of schizophrenics from families with high and low levels of expressed emotion. *Journal of Abnormal Psychology*. US: American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.92.3.359>

- Miraval ,E. 21 de abril del 2010. Más de 280 mil peruanos padecen de esquizofrenia, según el Minsa. El Comercio. archivo.elcomercio.pe/sociedad/lima/mas-280-mil-peruanos-padecen-esquizofrenia-segun-minsa-noticia-465137.
- Moline, R. A., Singh, S., Morris, A., & Meltzer, H. Y. (1985). Family expressed emotion and relapse in schizophrenia in 24 urban American patients. *The American Journal of Psychiatry*. US: American Psychiatric Assn. <https://doi.org/10.1176/ajp.142.9.1078>
- Montero, I., & León, O. G. (2007). A guide for naming research studies in Psychology. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 7(3), 847–862. <https://doi.org/ISSN 1697-2600>
- Muela Martínez, J. a, & F, G. J. (2001). Programa actuales de intervención familiar en esquizofrenia. *Psicothema*, 13(1), 1–6.
- OMS, O. (2016). Las 10 causas principales de defunción en el mundo. OMS Official Web Page.
- Pekkala, E. T., & Merinder, L. B. (2002). Psychoeducation for schizophrenia. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (2). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD002831>
- Pinikahana, J., Happell, B., Hope, J. and Keks, N. A. (2002), Quality of life in schizophrenia: A review of the literature from 1995 to 2000. *International Journal of Mental Health Nursing*, 11: 103–111. doi:10.1046/j.1440-0979.2002.00233.x
- Rascón Gasca, M. L., Díaz Martínez L., R., López Jiménez, J. L., & Reyes Ruiz, C. (1997). La necesidad de dar atención a los familiares responsables del cuidado de pacientes esquizofrénicos. *Salud Mental*.
- Salomon, J. A., Vos, T., Hogan, D. R., Gagnon, M., Naghavi, M., Mokdad, A., ... Murray, C. J. L. (2012). Common values in assessing health outcomes from disease and injury: disability weights measurement study for the Global Burden of Disease Study 2010. *The*

Lancet, 380(9859), 2129–2143. [https://doi.org/https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)61680-8](https://doi.org/https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)61680-8)

Sánchez Oller, S. (2001). La Emoción Expresada Familiar De Pacientes Esquizofrénicos, 1–168.

Shibre, T., Kebede, D., Alem, A., Negash, A., Kibreab, S., Fekadu, A., ... & Kullgren, G. (2002). An evaluation of two screening methods to identify cases with schizophrenia and affective disorders in a community survey in rural Ethiopia. *International Journal of Social Psychiatry*, 48(3), 200-208.

Stilo, S. A., & Murray, R. M. (2010). The epidemiology of schizophrenia: replacing dogma with knowledge. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 12(3), 305–15. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20954427%5Cnhttp://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=PMC3181982>

Tarrier, N., & Barrowclough, C. (1986). Providing information to relatives about schizophrenia: Some comments. *British Journal of Psychiatry*, 149(OCT.), 458–463. <https://doi.org/10.1192/bjp.149.4.458>

Thara, R. & Srinivasan, T.N. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* (1997) 32: 416

Turchi, F. (2010). Parental Y La Emoción Expresada En, 1–69.

Vaughn, C., & Leff, J. (1976). The measurement of expressed emotion in the families of psychiatric patients. *The British Journal of Social and Clinical Psychology*, 15(2), 157–165.

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

Retrieved from <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=65969>

Wing, J. K., & Brown, G. W. (1961). Social Treatment of Chronic Schizophrenia: A Comparative Survey of Three Mental Hospitals. *The British Journal of Psychiatry*, *107*(450), 847–861. <https://doi.org/10.1192/bjp.107.450.847>

WUERKER, A. K., HAAS, G., & BELLACK, A. (1999). Racial and Gender Differences in Expressed Emotion and Interpersonal Control in Families of Persons with Schizophrenia. *Family Process*, *38*(4), 477–496. <https://doi.org/10.1111/j.1545-5300.1999.00477.x>

ANEXOS

CUESTIONARIO-ENCUESTA

EVALUACIÓN DEL NIVEL DE EMOCIÓN EXPRESADA

Presentación:

Este es un cuestionario en el que Ud. encuentra situaciones que comúnmente suelen presentarse cuando hay un paciente enfermo mental en casa. Ante las cuales Ud. tiene la oportunidad de recordar su reacción o sentimiento contestando a todas las preguntas que a continuación se le presentan. De ser sus respuestas francas y sinceras será posible mejorar la calidad de la atención. Ud. deberá poner un aspa (X) dentro del casillero que mejor describa su respuesta. Deberá Ud. Decidir entre las siguientes opciones:

- Si nunca siente o reacciona ponga la “X” en el casillero NUNCA.
- Si lo hace pocas veces en tal caso pondrá una “X” en CASI NUNCA.
- Si lo hace más veces en este caso ponga la “X” en el casillero de CASI SIEMPRE.
- Si es muy a menudo su reacción o sentimiento ponga la “X” en el casillero SIEMPRE.

Trabaje Ud. como en el siguiente ejemplo:

		NUNCA	CASI NUNCA	CASI SIEMPRE	SIEMPRE
Se ríe Ud. cuando le cuentan chistes colorados.					X
1.C	Cuando veo a mi familiar encerrado en su cuarto lo resondro para que ayude en la casa.				
2.S	Tengo cuidado que a donde vaya mi familiar lo haga acompañado.				
3.C	Me da igual que mi Familiar se descuide de su vestido como de su higiene.				
4.S	Siento desesperación, lloro frente a él por las cosas que este hace.				
5.C	Exijo a mi familiar que se esfuerce por adaptarse a las normas de la casa al igual que los demás.				
6.S	Me es imposible ocultar mi sufrimiento cuando estoy con mi familiar enfermo.				
7.H	La enfermedad de mi familiar no es la responsable de los problemas que vienen al hogar.				
8.S	Cuando mi familiar intenta realizar algo en casa no lo dejo que actué solo.				

9.C	Estoy acostumbrado al poco interés de mi familiar frente a los problemas de la casa.				
10.S	Desde que se inició la enfermedad de mi familiar tengo que cuidarlo siempre.				
11.S	Tengo que hacer todo por mi familiar enfermo porque no sabe lo que hace.				
12.C	No me fastidia que mi familiar no haga nada por sí solo.				
13.H	No siento que por culpa de mi familiar enfermo, no tengo las recompensas que merezco.				
14.S	Mi responsabilidad es hacer que mi familiar permanezca tranquilo descansado en casa.				
15.C	Cuando converso con mi familiar termino molestándome por lo confuso de su conversación.				
16.C	La mortificación que sentía antes ya no la siento.				
17.H	Cada vez que puedo le saco en cara todo lo que me hace sufrir a mi familiar enfermo.				
18.C	Me molesto cuando veo a mi familiar desganado.				
19.H	Por la enfermedad de mi familiar la vida ya no es la misma por eso procuramos apartarlo.				
20.S	Dejo a mi familiar solo por su cuenta.				
21.H	El saber que la enfermedad de mi familiar es incurable me ha llevado a acostumbrarme a él.				
22.H	Trato de no ser duro con mi familiar.				
23.H	Por la tranquilidad de mi familiar prefiero mantener a mi paciente encerrado en su cuarto.				
24.H	Constantemente tengo que estar advirtiéndole a mi familiar para prevenir las imprudencias que pueda cometer.				
25.H	Las continuas recaídas de mi familiar me han llegado a cansar que no me faltan ganas de internarlo en el hospital.				

26.S	En casa estoy al pendiente de lo que pueda necesitar mi familiar enfermo.				
27.C	Me da cólera que mi familiar no entienda claramente lo que le quiero decir.				
28.H	Ya no puedo hacer nada por la enfermedad de mi familiar es un caso perdido.				
29.C	Me da cólera cuando mi familiar enfermo no se da cuenta que, lo que hace me fastidia a pesar de que se lo digo.				
30.C	Procuro hacerle sentir vergüenza a mi familiar enfermo para que deje de hacer algunas cosas desagradables.				

PROGRAMA DE INTERVENCIÓN PSICOEDUCATIVO EN CUIDADORES DE PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA.

Autor: Dra. Carla Málaga Pinto

Naturaleza del proyecto:

Fundamentación:

La esquizofrenia es un trastorno reconocido casi por todas las culturas y ha sido descrito en todos los tiempos. Hay que destacar que a pesar de ser el centro de investigación durante décadas, sigue siendo uno de los trastornos psiquiátricos más enigmáticos y devastadores. Las estimaciones actuales sugieren que aproximadamente el 20 a 30% de los pacientes diagnosticados de esquizofrenia son capaces de llevar una vida prácticamente normal, un 20 a 30% continua experimentando dificultades moderadas y un 40 a 60% sufre alteraciones significativas durante largos periodos de tiempo. En consecuencia esta enfermedad representa un complejo tumulto de cambios con un pasado y un futuro.

Antes de la aparición de los fármacos antipsicóticos, la familia era considerada como un factor de escasa relevancia, o bien como la causa esencial del trastorno. Sin embargo, en los últimos años el foco de interés se ha desplazado al papel que desempeña el ambiente familiar en la prevención de recaídas en personas vulnerables, diagnosticadas de esquizofrenia, es decir se concede mayor relevancia a su posible influencia en el curso, que en la etiología de la esquizofrenia. Esto hace importante identificar factores que contribuyan a las recidivas y que puedan ser modificados, con el consiguiente efecto en la prevención de nuevo episodios críticos. Este sería el fundamento inicial de la intervención con familias que se han desarrollado en las últimas décadas. Las intervenciones familiares que se han desarrollado desde los primeros años ochenta, tienen en común su encuadre dentro de la teoría de la vulnerabilidad, desde donde potencian la toma regular de medicación y la reducción del estrés ambiental.

Las intervenciones familiares pueden realizarse en varios niveles, con diferentes objetivos y actuaciones:

Nivel Psicoeducativo: El objetivo es educar e informar sobre la enfermedad: características, manifestaciones en cuanto a síntomas y comportamientos, factores de riesgo y de protección, recursos terapéuticos, recursos asistenciales y formas de evolución, enfatizando sobre el concepto de crisis en la enfermedad mental como intersección de una vulnerabilidad previa y unas condiciones de vida determinadas. Esta información se proporcionará en grupos psicoeducativos y si se ve necesario con la utilización de folletos de divulgación.

Nivel Psicoterapéutico: entendido como el trabajo de psicoterapia-al paciente y a la familia- en la recuperación clínica y psicosocial, con entrenamiento en habilidades de comunicación y

resolución de problemas con el fin de disminuir la vulnerabilidad al estrés y la puesta en marcha de pautas alternativas de relación más funcionales.

De Apoyo: Incluyendo todas las intervenciones tendientes a lograr al establecimiento de una relación fluida entre el paciente y su familiar y la red de salud mental, que permita disminuir la carga familiar, evitar la sobreimplicación, desdramatizar, desculpabilizar y promover conductas de protección frente a la enfermedad. Estas intervenciones pueden ejecutarse en situaciones de crisis, con acompañamiento en el manejo de las mismas, y en situaciones de la vida cotidiana, cuya resolución supondrán buen entrenamiento para afrontar otras situaciones problemáticas generadoras de tensión. Estos contactos vienen marcados por una amplia disponibilidad de los profesionales y conllevan la utilización habitual de las consultas periódicas, así como visitas a domicilio, los contactos por telefónicos, etc.

Las principales recomendaciones para una intervención familiar en la esquizofrenia son:

- Utilizar programas de IF de tipo psicoeducativo basados en el manejo de la emoción expresada para evitar recaídas y mejorar el pronóstico de la enfermedad y para la reducción de la carga familiar, mejora el funcionamiento social del paciente y reducción del coste económico. **Recomendación de grado A**
- Aplicar IF en pacientes moderada o gravemente discapacitados y sobre todo en aquellos de larga evolución. En pacientes con inicio reciente habrá que valorar cada situación de forma individualizada. **Recomendaciones de grado A.**
- Los programas deberían aplicarse en grupos de familiares de pacientes homogéneos en cuanto al diagnóstico y deberán incluir de una forma u otra forma al propio paciente y ser combinados con el resto de intervenciones incluidas en el plan general de tratamiento. **Recomendaciones de grado A.**
- Los programas deberán incluir siempre información a las familias sobre la enfermedad junto con diferentes estrategias como técnicas de afrontamiento del estrés o entrenamiento en resolución de problemas. **Recomendación de grado A.**
- Una opción que también se ha demostrado eficaz son las IF centradas en necesidades concretas de las familias, que mantienen su efecto al menos durante 12 meses (nivel de evidencia científica Ib). Por tanto, se recomienda aplicar esta modalidad IF, que se centra en las necesidades de los cuidadores de los pacientes con esquizofrenia. **Recomendación de grado A.**
- La IF deberá ser prolongada en el tiempo (más de seis meses), ya que se ha demostrado que intervenciones más cortas no resultan eficaces. **Recomendación de grado A.**

- a) **Marco institucional:** este proyecto de intervención familiar se llevara a cabo en el hospital III Yanahuara.
- b) **Finalidad:** un primer nivel centrado especialmente en la familia, destinado a manejar y a controlar sus propias emociones y a asumir la problemática que supones tener un ser querido con un trastorno psiquiátrico grave.

Un segundo nivel centrado en el paciente, en el que la pretensión es que los familiares e conviertan en co terapeutas que contribuyan a extinguir los comportamientos inadecuados y a sustituirlos por otros más adecuados.

c) **Objetivos:**

- Establecer alianzas con los familiares que cuidan de la persona con esquizofrenia.
- Reducir la atmosfera familiar adversa (disminuyendo el estrés y la carga que supone su cuidado).
- Fortalecer la capacidad de resolución de problemas de los familiares.
- Enseñar a los familiares a establecer y guardar límites adecuados cuando sea preciso mantener ciertos niveles de distanciamiento.
- Lograr un cambio deseable en las conductas de las personas cercanas al enfermo.

d) **Metas:**

En lugar de considerar la intervención familiar como una práctica deseable pero aleatoria en el tratamiento de la esquizofrenia, la meta es que llegue a establecerse como:

- Un componente insustituible de dicho tratamiento.
- Una prestación permanente, generalizada y con las siguientes garantías:
 - a) Disponible por igual para todos los usuarios de un hospital.
 - b) Integrado al servicio del hospital.
 - c) A cargo de los mismo equipos que se ocupan del resto del tratamiento.
 - d) Suficiente para asegurar, en condiciones apropiadas, una alianza estable y de largo alcance entre familia y profesionales.
 - e) Indisociable del conjunto de la rehabilitación psicosocial.

e) **Beneficiarios:**

Los familiares cuidadores de los pacientes con esquizofrenia atendidos en consulta externa de Psiquiatría.

f) **Producto final:**

Reducción de los niveles de emoción expresada en cuidadores de pacientes con esquizofrenia.

g) Localización física y cobertura espacial.

Este proyecto se llevara a cabo en las instalaciones del Hospital III Yanahuara de Arequipa, comprendido las áreas del auditorio y los consultorios de psiquiatría y psicología.

1. Especificación operacional de las actividades y tareas a realizar, métodos y técnicas a utilizar.

A. Modelo a implantar

A.1. Fase de preselección de familias.

Se incluyen en el programa familias de pacientes con diagnóstico de esquizofrenia atendidos en el Consultorio de Psiquiatría del Hospital III Yanahuara, los cuales viven con el paciente, y se a acudir a las sesiones.

A.2. Fase de conexión- evaluación

Persigues los siguientes objetivos:

- Evaluar las dimensiones que conciernen al programa: Magnitud de la difusión, repercusión familiar, capacidad de contención y de evolución a largo plazo.
- Establecer la línea base para la evaluación del proceso.
- Transmitir la importancia de la colaboración familiar.
- Introducir el encuadre adecuado para la intervención.
- Neutralizar algunas representaciones inculpatórias.

Esta fase es de duración variable, y su implementación tiene lugar sobre la base de planificar adecuadamente y reorientar los contenidos de las agendas habituales de los consultorios (psiquiatría y psicología)

A.3. Fase de intervención propiamente dicha

Comprende intervenciones multifamiliares sistemáticas e intervenciones unipersonales selectivas.

Las condiciones necesarias son:

- El total de los cuidadores en grupo, sin incluir al paciente.
- Trabajo individual con el cuidador principal.

A.4 El módulo psicoeducativo:

a) Objetivos:

- Mejorar la información sobre la enfermedad.
- Ofrecer causas adecuados para la elaboración emocional.
- Establecer las pautas generales de actuación para la resolución de problemas.

b) Estructura general:

- 1 sesión mensual (1 hora) de charla psicoeducativa para el grupo, durante 6 meses. Una persona a cargo por sesión, capacitado para la intervención.
- 1 sesión (20 minutos) de charla psicoeducativa para el cuidador principal, durante 6 meses. Una persona a cargo, capacitado para la intervención.

c) Medios y equipamiento:

Cada sesión del módulo psicoeducativo deberá contar con el correspondiente apoyo de imágenes, pensadas para facilitar la participación activa de todos los asistentes. Se elaborara un amplio material de apoyo, en soporte informático para presentación audiovisual.

d) La infraestructura que consideramos indispensable:

- Sala de reuniones con espacio suficiente para la disposición semicircular de entre 15 y 25 asistentes
- Ordenador y cañón de proyecciones, o bien proyector de transparencias.
- Pizarra para anotaciones.

e) Estructura de las sesiones:

1ero. Socialización previa

2do. Descripción de objetivos de la sesión y repaso de la sesión anterior.

3ro. Desarrollo de los contenidos de la sesión.

4to. Socialización final.

f) Contenido de las sesiones: (tanto multifamiliar, como individual)

- ✓ 1 Sesión: ¿Qué es la esquizofrenia?
- ✓ 2 Sesión: ¿Cuáles son las causas de las Esquizofrenia?
- ✓ 3 Sesión: ¿Qué hacer frente a la esquizofrenia? Los recursos terapéuticos.
- ✓ 4 Sesión: ¿Qué hacer frente la esquizofrenia? La participación de la familia.
- ✓ 5 Sesión: Lo que la familia puede hacer por ayudar al paciente.
- ✓ 6 Sesión: Recapitulación. Perspectivas de futuro, Discusión final.

Alguna de las sesiones podría requerir, según las características del grupo, un desarrollo en dos jornadas.

2. Calendario

Preselección, Conexión y Evaluación Inicial de las familias: Hasta la primera semana de Noviembre.

Desarrollo de Psicoeducación:

1era semana: 08 de Noviembre (además de la evaluación inicial).

2da semana: 06 de Diciembre

3era semana: 03 de Enero

4ta semana: 07 de Febrero

5ta semana: 07 de Marzo

6ta semana: 04 de Abril (Evaluación Final)

3. Recursos Humanos: Investigador.

Materiales: ya descritos.

Técnicas: ya descritas.

4. Costos.

Financiados por el investigador.

5. Indicadores de Evaluación.

Durante tres momentos de la intervención se someterá a evaluación este proyecto mediante la entrevista con los profesionales, y la aplicación de cuestionarios que investigaran sobre la Emoción Expresada.

Estos momentos son: Al inicio del proyecto y luego de la sexta sesión

ESCALA DE EVALUACION DE LA CONDUCTA DEL PACIENTE (Platt y cols.1977)

(Adaptación para pacientes con esquizofrenia-estables)

Aplicación al familiar responsable

Folio (_ _ _ _)

1 2 3 4

Grupo: _____

Nombre
Paciente: _____

—

Fase: _____

Nombre
Familiar: _____

Fecha: _____

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

SECCION A - INTRODUCCION

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

PACIENTE

SEXO (marque) 1. Masculino

2 Femenino

EDAD

(Escriba número en el recuadro)

ESTADO CIVIL (marque)

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

OCUPACION DEL PACIENTE:

(Escriba la ocupación del paciente, por ejemplo obrero, estudiante, desocupado, etc.)

ESCOLARIDAD DEL PACIENTE

Marque con una X.

- 1. Título universitario ó 1 ó más años de carrera universitaria
- 2. Curso 1 ó más años o terminó 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

INFORMANTE O FAMILIAR A CARGO

- SEXO 1 = Masculino
- 2 = Femenino

EDAD DEL INFORMANTE.

(Escriba número en el recuadro)

RELACION CON EL PACIENTE Marque con una X.

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

ESTADO CIVIL DEL INFORMANTE (Escriba dentro del recuadro)

DESDE CUANDO VIVE EN EL MISMO DOMICILIO

INFORMANTE- PACIENTE

OCUPACION DEL INFORMANTE O FAMILIAR A CARGO (escriba en el recuadro su profesión y/o ocupación y si ejerce actualmente.)

ESCOLARIDAD DEL INFORMANTE

1. Título universitario ó 1 ó más años de carrera universitaria
2. Curso 1 ó más años o terminó preparatoria 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 DEL PACIENTE:

(Mencione en el recuadro con que personas y/o familiares conviven con el paciente, por ejemplo, padres, hermanos, etc.)

FRECUENCIA DE RECAIDA con HOSPITALIZACION

(Mencione en el recuadro cuantas veces fue hospitalizado el paciente, y cuando la fue la última vez que fue hospitalizado)

DE FRECUENCIAS DE CONTACTO

(Mencione cuantas veces tiene contacto con el paciente, si todos los días, interdiario, o solo en las mañanas o en las tardes, etc.)

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

A.3 ¿PODRIA DARMER ----- ALGUNA BREVE EXPLICACION DEL PROBLEMA DEL PACIENTE?

¿CUÁNDO NOTO POR PRIMERA OCASION QUE HABIA ALGO MAL?

TIEMPO DE APARICION DEL PROBLEMA DEL PACIENTE

Mencione cuánto tiempo lleva el paciente desde que se le diagnosticó esta enfermedad:

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

A.5 ¿Cuándo comenzó el problema actual del paciente (último episodio)?

TIEMPO DE APARICION DEL EPISODIO ACTUAL

Marque con una X:

0 = < 1 semana a 1 mes

1 = > 1 mes a 3 meses

2 = > 3 meses y < 1 año

3 = > 1 año < 2 años

4 = > 2 años a 5 años

9 = NO APLICABLE

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

¿Se encuentra el paciente 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

Gracias por su Colaboración