

**UNIVERSIDAD RICARDO PALMA**  
**Facultad de Medicina Humana**  
**Manuel Huamán Guerrero**



**FACTORES ASOCIADOS A NIVELES Y COMPONENTES  
DE EMOCIÓN EXPRESADA EN FAMILIARES DE  
PACIENTES ESQUIZOFRÉNICOS, HOSPITAL E.  
REBAGLIATI MARTINS, DICIEMBRE 2018.**

TESIS PARA OPTAR POR EL TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICO  
CIRUJANO

**AUTOR**

**Luis Gabriel Burgos Bustamante.**

*Facultad de Medicina Humana, URP. Lima, Perú.*

**ASESORES**

**Dra. Consuelo del Rocío Luna Muñoz**

*Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins.  
Facultad de Medicina Humana, URP. Lima, Perú.*

**Dra. Beatrice M. Macciotta**

*Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins.  
Facultad de Medicina Humana, URP. Lima, Perú.*

**2019**

## **AGRADECIMIENTOS**

Este trabajo es el producto tangible de muchos esfuerzos intangibles.

Gracias a mis padres, por su infinita labor en mi preparación académica, ética y espiritual.

Gracias a mis asesores, Dra. Consuelo Luna y Dra. Beatrice Macciotta, por su tiempo, paciencia y apoyo que hicieron posible el desarrollo de este proyecto.

Gracias al personal del servicio de Salud Mental del Hospital Rebagliati, por su amabilidad y alegría de cada día.

Gracias a los pacientes y sus familiares, por brindar su mente y experiencias al desarrollo de la investigación.

Gracias a M.L., por la inspiración.

## **DEDICATORIA**

*A mis abuelos, por su  
cariño celestial en cada  
noche de trabajo.*

*A mis padres, por las  
lecciones aprendidas en  
cada día de esfuerzo.*

*A Melissa, por siempre  
recordarme la humanidad  
del amor inmortal.*

## RESUMEN

**Introducción:** La relación entre emoción expresada (EE) y esquizofrenia está bien documentada en la literatura, aludiendo a la presencia de un efecto perjudicial del ambiente familiar sobre la funcionabilidad del esquizofrénico, provocando un mayor riesgo para rehospitalizaciones. En este estudio se manifiesta la falta de investigaciones nacionales acerca del tema, evidenciando una necesidad de investigación social y terapéutica para un mejor abordaje del paciente esquizofrénico.

**Objetivos:** Determinar los factores asociados a niveles de emoción expresada en familiares de pacientes esquizofrénicos, Hospital E. Rebagliati Martins, Diciembre 2018. Identificar los componentes de emoción expresada que se presentan con mayor prevalencia.

**Materiales y métodos:** Estudio de tipo transversal y analítico. Se elaboraron tablas de medición de frecuencias para cada variable (factores del paciente y de la familia), luego las tablas de cruce de variables, siendo el nivel de emoción expresada la variable dependiente. Se midió el grado de asociación (OR) para cada factor, mediante la aplicación del análisis de Chi cuadrado.

**Resultados:** 64.17% (77 casos) de los cuidadores presentaron un nivel alto de EE, siendo los factores de riesgo asociados: edad del cuidador menor a 60 años (OR=6.32), ajuste diádico no adecuado (OR =3.94), tiempo de enfermedad  $\leq$  10 años (OR=3.66), sexo mujer del cuidador (OR=2.74) y pertenecer al nivel socioeconómico C (OR=1.87). El componente de mayor presencia en la población fue la sobreexpresión emocional.

**Discusión y conclusiones:** Se corrobora la relación directa entre EE alta del cuidador con un mayor número de hospitalizaciones de su paciente. Se encontraron asociaciones acordes a la literatura, mientras que otros resultados diferentes sorprenden por ser probablemente característicos de nuestra población, como la predominancia de la sobreexpresión emocional.

## ABSTRACT

**Introduction:** The relationship between expressed emotion (EE) and schizophrenia is well documented in the literature, alluding to the presence of a detrimental effect of the family environment on the functioning of the schizophrenic, causing a greater risk for rehospitalizations. This study shows the lack of national research on the subject, showing a need for social and therapeutic research to better address the schizophrenic patient.

**Objectives:** To determine the factors associated with levels of expressed emotion in relatives of schizophrenic patients, Hospital E. Rebagliati Martins, December 2018. To identify the components of expressed emotion that present the highest prevalence.

**Materials and methods:** Cross-sectional and analytical study. Frequency measurement tables were drawn up for each variable considered (patient and family factors). Crossing tables of variables were then carried out, with the level of expressed emotion as the dependent variable. The degree of association (OR) for each factor was measured through the application of Chi square analysis.

**Results:** 64.17% (77 cases) of the caregivers presented a high level of EE, with the associated risk factors: age of the caregiver under 60 years (OR = 6.32), inappropriate dyadic adjustment (OR = 3.94), time of disease  $\leq$  10 years (OR = 3.66), woman gender of the caregiver (OR = 2.74) and to belong to socioeconomic level C (OR = 1.87). The component with the greatest presence in the population was emotional overexpression.

**Discussion and conclusions:** The direct relationship between high EE of the caregiver and a greater number of hospitalizations of his patient is corroborated. Associations were found according to the literature, while other different results are surprising because they are probably characteristic of our population, such as the predominance of emotional overexpression.

# ÍNDICE

AGRADECIMIENTOS.....	2
RESUMEN.....	4
ABSTRACT .....	5
CAPÍTULO I: PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.....	7
1.1 Planteamiento del problema.....	7
1.2 Formulación del problema.....	8
1.3 Justificación de la investigación .....	8
1.4 Delimitación del problema: Línea de investigación .....	8
1.5 Objetivos de la investigación.....	9
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO.....	10
2.1 Antecedentes de Investigación .....	10
2.2 Bases teóricas .....	20
2.3 Definiciones de conceptos operacionales .....	25
CAPÍTULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLES .....	26
3.1 Hipótesis .....	26
3.2 Variables principales de investigación.....	26
CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA .....	27
3.1 Tipo y diseño de investigación .....	27
3.2 Población de estudio, selección y tamaño de muestra .....	27
3.3 Criterios de inclusión y exclusión .....	28
3.4 Operacionalización de Variables.....	28
3.5 Técnicas de recolección de datos e instrumentos .....	28
3.6 Técnicas para el procesamiento de la información.....	31
3.7 Procedimientos para garantizar aspectos éticos en la investigación .....	31
3.8 Plan de análisis de resultados.....	32
CAPÍTULO V: RESULTADOS Y DISCUSIÓN.....	33
5.1 Resultados.....	33
5.2 Discusión de resultados .....	50
CAPÍTULO VI: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES .....	54
6.1 Conclusiones .....	54
6.2 RECOMENDACIONES .....	55
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	56
ANEXOS.....	60

# CAPÍTULO I: PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

## 1.1 Planteamiento del problema

La esquizofrenia es un trastorno mental que afecta a más de 21 millones de personas a lo largo de todo el mundo. La enfermedad provoca en la persona distorsión de distintos ámbitos de sus funciones cognitivas como el pensamiento, las percepciones, las emociones, el lenguaje, la conciencia y la conducta; por consiguiente afectando su vida personal, familiar y funcionalidad social<sup>1</sup>.

La estadística mundial sobre esquizofrenia está bien documentada, sin embargo, existen pocos trabajos nacionales con relación a este tema. El Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado – Hideyo Noguchi” (INSM) estima que en Lima existen 32 mil personas con esquizofrenia que no reciben tratamiento adecuado. A nivel nacional, la cifra aumenta aproximadamente a 100 mil<sup>2</sup>. Esta entidad se encuentra entre las 10 principales causas de discapacidad por enfermedad en el país<sup>2</sup>, la cual se evidencia significativamente en la disminución de las habilidades para las relaciones interpersonales y psicosociales, que se cronifica a lo largo del tiempo<sup>3</sup>.

Por otro lado, la emoción expresada es un concepto teórico en psiquiatría que aparece por primera vez durante la década de 1950, época en que gracias a la aparición de los primeros fármacos antipsicóticos, se otorgaba la posibilidad al paciente esquizofrénico de poder continuar su tratamiento en el hogar al lograr la estabilidad clínica. La definición clásica divide al concepto en tres componentes: crítica, hostilidad y sobreimplicación emocional; cada uno de ellos manifestado en la percepción del familiar para con el paciente. Diversos estudios posteriores han permitido establecer una relación entre este constructo teórico y características de implicancia clínica como mayor riesgo de rehospitalización (o recaída) del paciente, entre otros, aludiendo a la presencia de un efecto perjudicial del ambiente familiar sobre la funcionalidad social del paciente esquizofrénico<sup>4</sup>.

Si bien es cierto, el nivel de estrés que puede provocar en la persona el cuidado de un enfermo mental no está claramente definido; se considera que la

carga puede ocasionar la aparición de, entre otros trastornos y circunstancias, percepciones negativas hacia el paciente<sup>5</sup>; en conjunción a otros autores que afirman que el convivir y estar a cargo de un enfermo esquizofrénico origina un enorme, inevitable e impredecible impacto de carácter social, físico, emocional y financiero en la familia<sup>6</sup>.

Por lo mencionado, la falta de estudios en el contexto nacional actual sobre la asociación entre emoción expresada y esquizofrenia manifiesta una necesidad de investigación al ser un tópico relevante por sus implicancias en medicina preventiva de la salud mental, además de ser un tema de prioridad entre los objetivos de investigación de nuestro país.

## **1.2 Formulación del problema**

Dado el contexto formulado, con este trabajo se busca responder a la siguiente pregunta:

¿Cuáles son los factores asociados a componentes de emoción expresada en familiares de pacientes esquizofrénicos, Hospital E. Rebagliati Martins, Julio – Setiembre, 2018?

## **1.3 Justificación de la investigación**

El hecho de abordar una patología tan prevalente y relevante en la relación e implicancias con el bienestar familiar y personal del paciente que condicionaría a su vez distintos aspectos como adherencia, recaídas y número de hospitalizaciones, justifica la relevancia que adopta este estudio en el contexto actual.

El tema es, por tanto, de interés social y económico para el país y la gestión de salud nacional, y a su vez terapéutico en el hecho de que un mayor conocimiento del entorno familiar por parte del médico o psiquiatra permitirá un mejor abordaje del paciente esquizofrénico.

## **1.4 Delimitación del problema: Línea de investigación**

El presente estudio abarca una muestra de la población de pacientes esquizofrénicos que se atienden en el departamento de salud mental del

Hospital Edgardo Rebagliati Martins, Lima – Perú, contactados durante el período de diciembre del año 2018.

Este trabajo se ubica en la prioridad sanitaria de Salud Mental, en el tema priorizado de promoción y prevención en salud y el tipo genérico de investigación II (Investigación para el entendimiento de diversas causas o determinantes del problema de salud: factores biológicos, comportamiento, sociales y ambientales)<sup>7</sup>.

## **1.5 Objetivos de la investigación**

### General

Determinar los factores asociados a niveles altos de emoción expresada en familiares de pacientes esquizofrénicos, Hospital E. Rebagliati Martins, diciembre 2018.

### Específicos

Determinar las características sociodemográficas de los pacientes esquizofrénicos y de sus familiares.

Determinar el factor de la familia con mayor asociación a niveles altos de emoción expresada.

Identificar los componentes de emoción expresada que se presentan con mayor prevalencia.

Identificar el componente de emoción expresada que se presenta con mayor frecuencia relacionado a niveles altos de emoción expresada.

Identificar los miembros de la familia / cuidadores primarios informales que con mayor frecuencia presentan niveles altos de emoción expresada.

## CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

### 2.1 Antecedentes de Investigación

Dentro de la literatura disponible actualmente en buscadores científicos, se revisaron 20 artículos que se utilizaron como base teórica para la presente investigación.

#### Antecedentes Internacionales

La Universidad de Sao Paulo en Brasil elaboró en el año 2016 un estudio que tuvo por objetivo determinar la relación entre las recaídas de pacientes esquizofrénicos con los niveles de emoción expresada (EE) por sus familiares. Se empleó un modelo prospectivo, aplicado en un centro de salud particular y dos centros psicológicos, con pacientes y familiares respondiendo al *Cuestionario Familiar*, un formulario sociodemográfico estructurado para determinar recaídas. De 89 pacientes participantes, 31% presentaron recaídas, de los cuales, el 69% de los familiares presentaron emociones expresadas en nivel alto. Sin embargo, la relación entre emoción expresada y las recaídas no resultó significativa. Así, la investigación concluye que el nivel de emoción expresada es una variable insuficiente para predecir recaídas y, por consiguiente, estas últimas deben ser entendidas como un fenómeno multifactorial. Estos resultados apoyan el posterior desarrollo de intervenciones e investigaciones sobre los múltiples factores presentes en la evolución de la esquizofrenia<sup>8</sup>.

En el año 2016, la Universidad Cooperativa de Bucaramanga en Colombia realizó un estudio analítico - descriptivo que tuvo dos objetivos: la valoración de los niveles de emoción expresada de familiares y cuidadores primarios de pacientes esquizofrénicos, aplicando como instrumento la *Breve Escala Didáctica de la Emoción Expresada* en su versión familiar; y la determinación de la existencia de una relación directamente proporcional entre niveles altos de emoción expresada y el estrés percibido del paciente mediante la utilización de la *Escala de Estrés percibido debido a la emoción expresada, versión*

*paciente*. Se entrevistó a 34 familiares - cuidadores de pacientes esquizofrénicos y 36 pacientes, utilizando un muestreo no probabilístico. El estudio concluye que los niveles de EE de los familiares se encuentran en un rango medio – alto, recalcando la necesidad de persistir en el estudio del ambiente familiar que rodea a un paciente con diagnóstico psiquiátrico<sup>9</sup>.

En el año 2000 se buscó determinar factores asociados a una EE alta en familiares de pacientes esquizofrénicos. Se consideraron cinco variables: ajuste diádico (*Dyadic Adjustment Scale*), personalidad (*Eysenck Personality Questionnaire*), ansiedad (*Self Rating Anxiety Scale*), depresión (*Beck Depression Inventory*) y apoyo social (*Escala de Apoyo Social del Departamento de Salud de California*). 85% de los hogares mostraron niveles altos de emoción expresada. En la primera variable, ajuste diádico, familiares con puntajes altos en criticismo obtuvieron puntuaciones bajas en consenso de pareja, (“la falta de acuerdos en la pareja los hace más críticos con el hijo”). En contraposición, familiares altos en sobreimplicación emocional puntuaron más en consenso y satisfacción de pareja (“la actitud de sobreprotección se dirija asimismo hacia el cónyuge”). En cuanto a personalidad de los padres, se encontró que, a menor neuroticismo, se expresa mayor cantidad de comentarios positivos al hijo. Además, cuanto más introvertidas son las madres, expresan mayor número de comentarios críticos. Para las variables de ansiedad y depresión, impresiona el elevado porcentaje de padres y madres ansiosos, sumado a una alta presencia de depresión en madres. Se encontró que a mayor sobreimplicación emocional, mayor depresión (“los padres deprimidos tienden a volcarse más en el hijo”). Por último, los familiares que presentaron nivel elevado de criticismo obtienen menos cantidad de apoyo y en las madres, mientras se realizaron mayor número de comentarios críticos, menor calidad de apoyo recibieron<sup>10</sup>.

La Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría publicó un estudio en 1999 que buscó comparar los componentes de la EE de familiares con la sobreprotección y el cuidado parental según la percepción del propio paciente esquizofrénico. Para tal fin se utilizó el formulario *Parental Bonding Instrument*, que consta de dos dimensiones:

el Cuidado (CUI) y la Sobreprotección (SOB). Se concluye que, si bien es cierto no se encontró una correlación significativa entre Sobreprotección y Sobreimplicación emocional (SIE), una madre más alta en SIE es percibida por el hijo como más alta en SOB. Además, las madres con niveles de EE más bajos son percibidas como más altas en Cuidado. Se valoró y catalogó también a las familias mediante las tipologías familiares de Parker, siendo la mayoría clasificadas como del tipo Control sin Afecto, asociada en anteriores estudios a recaídas de esquizofrenia. El trabajo demuestra tener una invaluable relevancia al momento de iniciar terapias familiares que lleven a la modificación de estas actitudes negativas hacia el paciente esquizofrénico<sup>11</sup>.

En el año 2008, en México, la revista Salud Mental publicó un estudio que tuvo por objetivo demostrar la relación entre el tipo de EE del familiar responsable con las variables de Conducta Sintomática (CS) y la Funcionabilidad Social (FS) del paciente esquizofrénico. Utilizando un diseño transversal y un muestreo no probabilístico, se seleccionaron 33 familiares responsables de pacientes esquizofrénicos. En cuanto a la valoración de la CS, se obtuvo como resultado que los familiares que presentaban un nivel alto de EE observaban mayor descuido personal, irritabilidad, violencia y aislamiento por parte del paciente, mientras que familiares catalogados con nivel bajo de EE notificaron más miedo o temores, olvidos y dependencia en sus pacientes. Por otro lado, en cuanto a FS, en familiares con EE baja se constató mayor funcionabilidad del paciente en las tareas domésticas, en la demostración de afecto y en actividades de recreación y conversación familiar. Se encontró también que las principales características coligadas a una EE alta en los familiares fueron vivir bajo el mismo techo, tener un promedio de edad de 54.8 años, tener empleo y encontrarse solteros, siendo la expresión más frecuentemente presentada la de sobreinvolucramiento. El estudio concluye que, siendo la EE un factor importante a evaluar en las recaídas de los pacientes, es primordial brindar intervenciones terapéuticas a la familia, realizando un abordaje integral del entorno del paciente<sup>12</sup>.

Un estudio realizado en España y publicado en 2016 buscó describir el ambiente familiar según la emoción expresada y carga familiar en cuidadores y pacientes con trastorno de personalidad tipo B. Se utilizó muestra compuesta de 27 cuidadores, quienes completaron el *Cuestionario de Repercusión Familiar* y la *Escala de Emociones Expresadas*, y 19 pacientes quienes completaron la *Escala de Emociones Expresadas - versión dos*. El primer cuestionario consta de 4 ítems: actitud hacia la enfermedad, intrusismo, hostilidad y afrontamiento de la enfermedad. Los resultados obtenidos evidenciaron que ni los cuidadores ni los pacientes tenían niveles altos de EE, en cambio, si demostraban niveles altos en factores específicos: ambos grupos mostraron mayores actitudes negativas y poca tolerancia hacia la enfermedad, mientras que los pacientes percibían que sus cuidadores tenían actitudes intrusivas hacia ellos. Una característica sociodemográfica interesante de mencionar es que los cuidadores demostraron mayor tolerancia o afrontamiento de la enfermedad cuando los pacientes tenían mayor edad<sup>13</sup>.

Un estudio realizado en el país de Malasia en el año 2014 tuvo por objetivo el investigar el rol predictivo que pueden cumplir la emoción expresada y los rasgos de personalidad de familiares que actúan como cuidadores primarios de pacientes esquizofrénicos, con relación a las recaídas hospitalarias de estos últimos. El estudio constó de dos fases y la muestra estuvo compuesta por 160 sujetos: 80 pacientes con diagnóstico de esquizofrenia y 80 familiares durante la fase 1, mientras que en la fase 2 solo se realizó seguimiento a los pacientes para verificar las posibles recaídas 6 meses después. Se utilizaron como instrumentos el *Cuestionario Familiar* y la *Escala Corta de Personalidad de Eysenck*, para medir la emoción expresada y los rasgos de personalidad de los familiares, respectivamente. Los resultados revelaron que la probabilidad para el paciente esquizofrénico de sufrir una recaída era 8 veces mayor cuando los familiares mostraban un nivel alto de EE. Dentro de sus componentes, el criticismo resultó ser el predictor más fuerte para recaída. En personalidad, el rasgo de extroversión en familiares resultó ser un fuerte predictor para recaídas. Estos hallazgos tienen importancia

en el estudio del papel significativo que cumple la EE dentro de los trastornos psiquiátricos<sup>14</sup>.

En 2014, un estudio publicado en *The Journal of Nervous and Mental Disease*, buscó correlacionar variables exhibidas por familiares (emoción expresada, nivel de crítica percibida y estilo de crianza) con variables de pacientes adolescentes con un primer episodio clínico de psicosis / esquizofrenia de inicio temprano (funcionabilidad premórbida, duración de enfermedad sin tratamiento, calidad de vida, características sociodemográficas, entre otros). Para las variables familiares, se utilizó la *Encuesta de Cinco Minutos* para medir la emoción expresada; una encuesta tipo Likert con 5 variables respondida por el adolescente para la medición de la crítica percibida; y el *Instrumento de Relación Parental* para la valoración del estilo de crianza por parte del adolescente. Los datos fueron analizados mediante la correlación de Pearson. 41% de las familias estudiadas fueron catalogadas con niveles altos de EE, sin embargo, no se encontró una relación significativa con alguna variable del paciente. En cuanto a crítica percibida, sí se encontró asociación con una menor calidad de vida, específicamente, con menores interacciones familiares. Por otro lado, los pacientes que percibieron un estilo de crianza no óptimo presentaron un peor concepto mental de su enfermedad. A modo de corolario, se menciona que la identificación de estos correlatos debe ser tomado en cuenta para el establecimiento en la práctica clínica de intervenciones familiares terapéuticas<sup>15</sup>.

Publicado en 2013, un estudio afirma que, si bien es cierto, la relación entre emoción expresada y el curso de la esquizofrenia es clara, mucho más difusa es la relación entre el componente de sobreimplicación emocional y recaída del paciente. Por tal motivo, se buscó obtener un modelo gráfico vectorial que explique el real comportamiento de la relación entre estas variables, teniendo como antecedente una investigación anterior que afirmaba que la relación era curvilínea y no pendiente en línea recta. Se estudió una muestra de 55 americanos pacientes dentro del espectro de esquizofrenia y sus cuidadores. Estos últimos llenaron una encuesta de sobreimplicación emocional y otra acerca de la percepción de eficacia de manejo de los síntomas de su

familiar, mientras que los pacientes fueron evaluados mensualmente para manejo de síntomas. El *Índice de Sobreimplicación Emocional* fue medido mediante la *Entrevista Familiar de Camberwell*. En efecto, se halló una relación entre las variables usando métodos de regresión logística que a la gráfica tenía comportamiento curvilíneo. Esto significa que entre sobreimplicación emocional y recaída no existe una relación directamente proporcional. Así, el nivel más bajo de tasa de recaídas se asocia a moderados niveles de sobreimplicación emocional, mientras que aquellos con alta tasa de recaídas expresaban altos niveles de sobreimplicación emocional; por lo que se entiende que en el gráfico no se da una pendiente de relación directa (lineal). Así, la variable estudiada podría ser considerada un factor de riesgo por sí misma o entendida como un factor dentro de otro con gran fuerza de asociación como lo es la emoción expresada<sup>16</sup>.

En 2017, un estudio comparativo elaborado en Nigeria y publicado en la revista *Psychiatry Research*, planteó determinar y comparar niveles de emoción expresada en familiares de pacientes con esquizofrenia y trastorno bipolar. Se reclutaron 140 pacientes y 140 familiares de estos para la investigación, utilizando el *Cuestionario de Nivel de Emoción Expresada – versión cliente*. La prevalencia de emoción expresada alta fue mayor entre los familiares de pacientes esquizofrénicos que de aquellos que sufrían un trastorno bipolar, sin embargo, no en valores estadísticamente significativos. Es interesante mencionar que entre los componentes de esta variable, predominaban casi exclusivamente la crítica y la sobreimplicación emocional. Las características sociodemográficas no resultaron significativamente relacionados a alta emoción expresada. Los investigadores terminan afirmando que los factores sociales o clínicos de los pacientes con estos desórdenes psiquiátricos no son suficientes para predecir el nivel de emoción expresada de los familiares<sup>17</sup>.

Un estudio realizado en China y publicado en 2017, buscó evaluar el efecto de la emoción expresada entre cuidadores primarios de pacientes esquizofrénicos sobre la carga de cuidado percibida y la tasa de rehospitalizaciones de los enfermos. Un total de 64 pacientes

esquizofrénicos hospitalizados por primera vez fueron reclutados. Se utilizaron como instrumentos la *Entrevista Familiar de Camberwell* y el *Cuestionario de Carga Familiar*. La data fue recogida en tres momentos: durante el primer contacto en el hospital, a los 6 meses y a los 12 meses luego del alta hospitalaria, utilizando los mismos instrumentos. En cuanto a los resultados, 71.9% de cuidadores presentaron alta emoción expresada. Se encontraron diferencias significativas en la tasa de rehospitalización, siendo más alta en familias con nivel de emoción expresada elevado, siendo nuevamente el componente más significativo la crítica percibida, en consonancia con otros estudios. Los investigadores mencionan que este fenómeno puede haberse dado por las siguientes hipótesis: primero, que la totalidad de entrevistados fueron pacientes que por primera vez habían sido hospitalizados y habían presentado síntomas severos de esquizofrenia; segundo, los cuidadores primarios no tenían conocimiento de la enfermedad mental y tercero, que la pequeña muestra pudo haber causado algún tipo de sesgo. Por otra parte, el tiempo influyó significativamente en la carga objetiva y percibida por el cuidador, pero no en la tasa de rehospitalización. Este estudio demuestra preocupación por la persona a cargo de los pacientes con enfermedad mental, especialmente aquellos con niveles altos de emoción expresada. Las intervenciones psicoterapéuticas por tanto deben ser reforzadas y se debe instruir en mayor medida a la familia para que desarrollen más empatía y tolerancia hacia los pacientes<sup>18</sup>.

En Pakistán se realizó un estudio en 2016 que tuvo como propósito el determinar el poder predictivo de la emoción expresada en las recaídas en esquizofrenia en Pakistan. Se elaboró un estudio longitudinal comprendiendo, 53 pacientes y sus 101 cuidadores. El status sintomático que se utilizó para evaluar recaídas fue medido a través de la *Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS – E)*, y la *Entrevista Familiar de Camberwell* para la determinación de la emoción expresada. Los pacientes fueron seguidos por 9 meses luego del alta hospitalaria. Los resultados indicaron que las recaídas de los pacientes en cuidadores con alta emoción expresada fueron del 72% en comparación a 36% de aquellos con cuidadores de baja emoción expresada. El uso del análisis

de regresión logística demostró una relación significativa entre alta emoción expresada y recaída (CI 0.06 – 0.80;  $p < 0.05$ ). Los predictores más importantes fueron la hostilidad y los comentarios críticos, que representaban un riesgo de 1.29 y 1.89 veces mayor para recaída. No se encontró ninguna relación entre sobreimplicación emocional y recaída. El estudio confirma entonces la validez de la emoción expresada en la predicción de recaídas en la población Pakistaní que sufre de esquizofrenia. Se sugiere ampliar con estudios para determinar el valor predictivo de este constructo psiquiátrico en la conformidad al tratamiento<sup>19</sup>.

Un interesante estudio elaborado en Estados Unidos y publicado en el año 2015 afirma que, si bien es cierto clásicamente se conoce que niveles altos de emoción expresada se asocian a peor evolución y resultados en la esquizofrenia, paradójicamente en paciente afroamericanos, una alta emoción expresada se relaciona con un mejor curso sintomatológico. No obstante, este hallazgo necesita mayor soporte científico y clarificación confirmatoria. En esta línea, esta investigación planteó como hipótesis que tener un cuidador clasificado con baja emoción expresada estaría asociado a una mayor severidad de síntomas esquizofrénicos. Se utilizó una muestra de 30 pacientes esquizofrénicos y sus cuidadores primarios, en los cuales se aplicó la Entrevista de Cinco Minutos. Se buscó entender mejor el porqué de este fenómeno, por lo que se revisó también el contenido de la entrevista. Los resultados estuvieron acordes con la hipótesis planteada. Los investigadores en su análisis mencionan características culturales interesantes para entender esta aparente paradoja. Si bien es cierto tanto los caucásicos como los afroamericanos hablan el mismo idioma, el estilo de comunicación es radicalmente distinto: mientras que la expresividad emocional y asertividad son muy valoradas en los afroamericanos e interpretadas como sinceras, los caucásicos pueden sentir este tipo de comunicación como muy intensa o agresiva. Por consiguiente, los resultados de este estudio pueden remarcar que tendría mayor implicancia el cómo se interpreta lo dicho que el propio contenido. Así, ciertos constructos ambientales de la familia pueden

jugar una función diferente según el origen étnico de la persona. Se concluye, por tanto, que la emoción expresada puede ser un constructo cultural. Los intentos por reducir los niveles de esta variable en la población afroamericana, podrían estar contraindicadas en esta población<sup>20</sup>.

En México, en 2013, se elaboró un artículo que tuvo por objetivo estudiar la asociación entre criticismo y sobreimplicación emocional (componentes de la emoción expresada) con síntomas y funcionalidad de pacientes catalogados como “*En Estado Mental de Riesgo*” (ARMS) o “*Con Primer Episodio de Psicosis*” (FEP). 44 pacientes (20 ARMS y 24 FEP) y sus familiares fueron incluidos en el estudio. Los hallazgos indicaron que el criticismo de los familiares estuvo asociado con síntomas psiquiátricos positivos y negativos. La sobreimplicación emocional estuvo relacionada a síntomas negativos y generales. La mayoría de las relaciones entre los índices de emoción expresada y la severidad de la enfermedad fueron mediadas por las atribuciones de culpa del familiar hacia el paciente. Los hallazgos remarcan la importancia del ambiente emocional de la familia en las etapas tempranas de psicosis, y del rol fundamental que juegan en esas relaciones<sup>21</sup>.

En 2012, un estudio elaborado en Madrid se propuso identificar los factores asociados a emoción expresada familiar en esquizofrenia, conociendo por antecedente la contribución al establecimiento y al curso de la enfermedad que este constructo psiquiátrico determina (siendo uno de los mejores factores predictivos ambientales de recaída en esquizofrenia). Así, el estudio, agrupando 3 grandes conjuntos, describe las siguientes variables: En cuanto a Características del Paciente: Sexo, Personalidad, Historia de la Enfermedad y Funcionamiento Premórbido. En cuanto a Características de la Familia: Estructura familiar, Apoyo Social, Psicopatología de los Familiares, Patrones de Relación Intrafamiliar, Atribución de la Enfermedad, Carga familiar, Estilo afectivo familiar y Comunicación Desviada Familiar. Y en cuando a Otros factores: Medicación, Cultura y Contacto. La investigación analiza detalles de cada variable en cuanto al tipo y componente de emoción

expresada en relación. Se concluye que es necesario conocer y tomar en cuenta además de la emoción expresada, este conjunto de factores de riesgo para poder obtener un mayor beneficio derivado de las intervenciones psicoterapéuticas familiares<sup>22</sup>.

En un estudio elaborado definen “carga de cuidado” como un término complejo, frecuentemente criticado por ser muy amplio y negativo. Involucra los impactos y consecuencias que se da en cuidadores (personas involucradas en el cuidado de los pacientes) a nivel emocional, físico y económico, además de incluir nociones poco referenciadas como vergüenza y sensaciones de culpa. Se afirma por consiguiente que la esquizofrenia es un enorme reto para estos tutores<sup>23</sup>.

En Chile, los investigadores entrevistaron a familiares de pacientes esquizofrénicos con el fin de identificar desde su percepción los problemas surgidos durante la convivencia con el enfermo. Las principales cuestiones mencionadas fueron la carga emocional en la relación interpersonal con el enfermo, la inquietud por la adherencia al tratamiento, diversas cuestiones laborales, la violencia, drogadicción y aislamiento social del enfermo<sup>24</sup>.

#### Antecedentes Nacionales

En Perú, investigadores de la Universidad Católica San Pablo realizaron un estudio pretendiendo analizar la efectividad de un programa psicoeducativo con la meta de disminuir los niveles de EE en cuidadores de pacientes con esquizofrenia residentes de Arequipa. La muestra se constituyó de 25 cuidadores. Se evaluó el nivel de EE mediante el “*Cuestionario Encuesta Evaluación del Nivel de Emoción Expresada*” de la población para posteriormente realizar la intervención psicoeducativa y, hacer una nueva valoración a los 6 meses. Durante el primer momento de recolección de resultados, se demostraron los altos niveles de emoción expresada presentes en los familiares y que influían de manera negativa en la evolución de la enfermedad. En un segundo momento, se constató que el programa psicoeducativo aplicado resultó ser altamente efectivo en disminuir de manera significativa los niveles de

emoción expresada del cuidador, principalmente en el sexo femenino. Se sugiere al finalizar aspectos a considerar en futuras revisiones<sup>25</sup>.

Por último, en un interesante estudio de 2010 en que se entrevista a 19 familias con pacientes esquizofrénicos, se recoge testimonios que se agrupan en 8 categorías distintas. Entre ellas se puede resaltar: “Actitud de la familia frente al cuidado de una persona con esquizofrenia” o “Relaciones Intrafamiliares y Sociales”, en las que se evidencia una ruptura sociolaboral y afectiva de la familia tras la convivencia con un familiar esquizofrénico<sup>26</sup>.

## 2.2 Bases teóricas

### La Esquizofrenia

Con el objetivo de definir Esquizofrenia como un trastorno clínico bien objetivado, se acudió a revisar reconocidas y variadas literaturas psiquiátricas.

Una definición completa la brinda el libro “Sinopsis de Psiquiatría”, de Kaplan y Sadock, quienes en su escrito llegan a afirmar que la esquizofrenia “es un síndrome clínico que presenta una psicopatología variable aunque extremadamente problemática”, que afecta a la cognición, las emociones, la percepción y otros aspectos del comportamiento.

La enfermedad se manifiesta de manera diferente en cada paciente, e incluso variando a lo largo del tiempo su sintomatología. En todos ellos, la enfermedad siempre es grave y prolongada. Normalmente, “el trastorno inicia antes de los 25 años, persiste durante toda la vida y afecta a personas de todas las clases sociales”<sup>27</sup>.

Debido a la desinformación general de este trastorno, tanto los pacientes como sus familias son susceptibles de recibir una mala atención y sufrir rechazo social.

Esta misma referencia también configura al ámbito familiar subyacente dentro de la génesis de esta patología, una asociación ampliamente estudiada desde el desarrollo de la Psiquiatría moderna. Al respecto, se menciona que existen estudios genéticos que demuestran el hecho de

que personas genéticamente vulnerables a la esquizofrenia no están condenados a desarrollar inevitablemente la enfermedad; la evolución hacia esquizofrenia depende de múltiples factores, como, por ejemplo, el entorno.

Se postula también que otros factores biológicos o psicosociales del entorno son factibles de prevenir o provocar el trastorno en aquellas personas genéticamente vulnerables. Sin embargo, el libro referenciado y otros mencionan poco acerca del contexto familiar una vez hecho el diagnóstico<sup>27</sup>.

Se ha incidido poco en describir cómo cambia la vida de los familiares de estos pacientes, siendo estos fenómenos psicológicos de interés para el presente estudio, en especial, la violencia intrafamiliar acontecida, sobre todo conociendo que según la OMS el 40 – 90 % de los pacientes viven con sus parientes directos<sup>1</sup>.

La enfermedad tiene un curso heterogéneo en su evolución según cada paciente, pero posteriormente lleva casi uniformemente hacia un notable deterioro intelectual y afectivo que puede terminar con aspectos de tipo demencial. A los 10 años de evolución podemos encontrar la siguiente estadística con respecto a los pacientes: 25% se han recuperado, 25% ha tenido una mejoría considerable, 25% ha tenido mejoría, pero necesita de soporte social, 15% sufre recaídas y se encuentran hospitalizados y 10% ha fallecido. La causa más común de mortalidad en estos pacientes es el suicidio.

Se cuenta también con una clasificación teórica clásica de los síntomas de esta enfermedad, propuesta por Andersen en 1982, con fines de practicidad y que en los años siguientes ha tenido repercusión incluso en el tratamiento de estos pacientes. Se agrupan los síntomas en dos grupos:

#### A. Síntomas positivos.

Distorsión de una función. Incluyen:

- Alucinaciones (percepciones falsas).
- Ideas delirantes o Delirios (“falsas creencias incorregibles con la experiencia o la demostración de su imposibilidad”). Ej. Ideas de persecución.

- Conducta extravagante (vestido y apariencia, conducta sexual, agresiva o estereotipada).
- Trastornos formales del curso y/o contenido del pensamiento (“descarrilamiento, tangencialidad, incoherencia, circunstancialidad, presión del habla, distractibilidad y asonancia”).

#### B. Síntomas negativos.

Disminución o ausencia de una función. Pueden presentarse desde antes del inicio de una recaída, e incluso después de una fase aguda. Tienen tendencia a persistir. Incluyen:

- Aplanamiento afectivo (persona con rostro invariable, escasa gestualización, demuestra pocas emociones).
- Alogia (pobreza en el contenido del lenguaje, bloqueos).
- Abulia (falta de energía, evidenciada en aseo e higiene deficientes).
- Anhedonia-asociabilidad dificultad para establecer relaciones sociales y poco interés en actividades recreativas).
- Inatención (capacidad de concentración disminuida).<sup>28</sup>

Según León Saavedra y Guillermo, (2017), *“el concepto de esquizofrenia positiva y negativa condujo al desarrollo de escalas de evaluación para medir, y después, el estudio de sus propiedades psicométricas dio lugar a cambios importantes en el concepto”*.<sup>28</sup>

De acuerdo con el CIE – 10, existen distintos tipos de esquizofrenia, siendo los principales:

- Hebefrénica: *“Importantes cambios afectivos, delirios y alucinaciones fugaces y fragmentarias, comportamientos irresponsables e impredecibles, en tanto que son frecuentes los manierismos”*. Pronóstico desfavorable por la rápida evolución de síntomas negativos.
- Catatónica: *“Importantes perturbaciones psicomotoras, las cuales pueden alternar entre extremos tales como la hipercinesis y el estupor o entre la obediencia automática y el negativismo”*.
- Paranoide: *“Predominan los delirios relativamente estables, a menudo de tipo paranoide, los cuales se acompañan usualmente de*

*alucinaciones, sobre todo de tipo auditivo, y de perturbaciones de la percepción*". Es el tipo más frecuente.

- Indiferenciada: *"Afecciones psicóticas que cumplen con los criterios diagnósticos generales señalados para la esquizofrenia pero que no se ajustan a ninguno de los subtipos descritos"*.
- Residual: *"Este diagnóstico se deberá usar cuando el enfermo ha tenido ya, por lo menos, un episodio anterior de esquizofrenia y al presente no tiene síntomas psicóticos prominentes, pero hay evidencia de una continuación de la enfermedad, por los síntomas negativos o por dos o más síntomas positivos atenuados"* <sup>28</sup>.

#### La Emoción Expresada

Es un concepto que nace entre las décadas del 50 y del 60, en una época en que surgía el primer fármaco antipsicótico: la clorpromazina, marcando un hito histórico en el desarrollo de la ciencia psiquiátrica. Pacientes que lograban alcanzar la estabilidad clínica dejaban las instituciones mentales con el fin de poder continuar su tratamiento en casa<sup>28</sup>.

Bajo este contexto, estudios realizados en la Unidad de Psiquiatría Social del Medical Research Council de Londres (MRCSP), observaron que estos pacientes que volvían a la vida del hogar con los progenitores mostraban un mayor riesgo de recaída (y por ende, ser rehospitalizados) que aquellos que iban a vivir con familiares más lejanos. Se sugirió entonces que existía algún factor negativo producto del ambiente familiar<sup>28</sup>.

Se analizó por tanto el conjunto de emociones que, a pesar de poder estar presentes en familias normales, podían constituir factores de predicción positivos para la recaída de los pacientes, definiendo así el concepto de emoción expresada<sup>28</sup>.

El análisis de la emoción expresada, como era de esperarse, se encontró muy ligado al desarrollo de un instrumento de medición, siendo el primero la famosa Entrevista Familiar de Camberwell (EFC), la cual se aplicaba a un familiar significativo en ausencia del paciente. Esta entrevista comprende ítems de medida de crítica, hostilidad, sobreimplicación emocional, calidez y comentarios positivos; de las cuales las 3 primeras son las que han constituido mayores predictores significativos de recaídas en los estudios iniciales<sup>28</sup>.

Asimismo, este constructo psicológico se caracteriza por presentar dos niveles, alta o baja, definidas según los niveles de *criticismo, hostilidad, sobreimplicación emocional (sobreprotección), calor y comentarios positivos* que se manifiestan hacia el paciente esquizofrénico<sup>28</sup>.

La conceptualización de estos componentes es realizada por Muela & Godoy (2001), quienes afirman:

Criticismo: Comentarios críticos hacia las actitudes y comportamiento del paciente, realizando una valoración negativa de su conducta.

Hostilidad: Frecuentemente presente cuando existe también criticismo, implica también una estimación negativa pero más dirigida al paciente que a su conducta o comportamiento.

Sobreimplicación emocional: *“Respuesta emocional exagerada y desmedida por parte del familiar”*, o un interés por controlar de manera excesiva la conducta del paciente. Se refiere también a la sobreprotección.

Calor (o calidez): Demostraciones de empatía y afecto hacia el paciente.

Comentarios positivos: Expresiones de valoración y aprecio hacia el paciente.

Según el modelo biosocial de Linehan, *“el ambiente invalidante y la expresión emocional en la familia son factores clave en el desarrollo y mantenimiento de los trastornos de la personalidad”*<sup>28</sup>.

Está ampliamente documentada la relación existente entre la evolución de la esquizofrenia y los estresores crónicos externos, como la emoción expresada<sup>28</sup>.

## 2.3 Definiciones de conceptos operacionales

- A. Esquizofrenia: La esquizofrenia es una enfermedad mental grave que afecta algunas funciones cerebrales tales como el pensamiento, la percepción, las emociones y la conducta<sup>29</sup>.
- B. Emoción expresada: Constructo psicosocial que evalúa el clima emocional del entorno familiar al medir el grado en que los miembros de la familia realizan comentarios críticos, hostiles o emocionalmente excesivas (sobreimplicación emocional) cuando se habla del paciente<sup>20</sup>.
- C. Cuidador primario informal: Aquel individuo que asume las tareas del cuidado, con la responsabilidad que ello implica, es percibida por los restantes miembros de la familia como responsable de la persona dependiente y no es remunerada económicamente<sup>32</sup>.
- D. Estructura familiar: Conjunto invisible de demandas funcionales que organizan los modos en que interactúan sus miembros.
- E. Ajuste diádico: Procesos necesarios que cada miembro de la diada (pareja) debe realizar para conseguir una relación funcional y armónica<sup>31</sup>.

## **CAPÍTULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLES**

### **3.1 Hipótesis**

#### **Hipótesis Principal:**

1. Los factores asociados a niveles altos de emoción expresada son el ajuste diádico, el consumo de drogas y el sexo del cuidador.

#### **Hipótesis Secundaria:**

1. El factor de la familia con mayor asociación a niveles altos de emoción expresada es el ajuste diádico.
2. El componente de emoción expresada que se presenta con mayor frecuencia relacionado a niveles altos de emoción expresada es el criticismo.

### **3.2 Variables principales de investigación**

Las variables de asociación, para fines prácticos, se han distribuido en dos grupos, siendo consideradas para el estudio las siguientes:

1. Factores del paciente: tiempo de enfermedad, uso de sustancias ilícitas, número de hospitalizaciones psiquiátricas.
2. Factores de la familia: sexo del cuidador, grupo etario del cuidador, estructura familiar, ajuste diádico, nivel socioeconómico.

## **CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA**

### **3.1 Tipo y diseño de investigación**

El presente estudio es de tipo transversal y analítico.

A partir de la muestra considerada y tras obtener los datos necesarios, se elaboró en primer lugar tablas y gráficos de medición de frecuencias descriptivas para cada una de las variables consideradas (factores del paciente y de la familia).

Posteriormente se realizó tablas de cruce de variables, estableciendo como variable dependiente el nivel de emoción expresada y como independientes las previamente mencionadas. Se medirá el grado de asociación (OR) para cada una de estas, mediante la aplicación del análisis estadístico de Chi cuadrado (para efectos estadísticos, aquellas variables que consten de más de 2 ítems fueron dicotomizadas en el análisis).

Por último, se contabilizó las frecuencias según componentes de emoción expresada presentados para cada variable independiente.

Este estudio se realizó dentro del contexto del IV Curso de Titulación de Tesis de la Universidad Ricardo Palma, según indica la bibliografía<sup>32</sup>.

### **3.2 Población de estudio, selección y tamaño de muestra**

Componen la población de estudio familiares de pacientes esquizofrénicos contactados en el Servicio de Salud Mental del Hospital E. Rebagliati Martins.

Este departamento, según estadísticas anuales anteriores, atiende aproximadamente en promedio 180 pacientes al mes en consulta externa, Ante esta población, se calcula un tamaño muestral de 120 pacientes, para una prevalencia del 69% según los antecedentes recopilados (de presencia de emoción expresada alta en familiares), un margen de error absoluto de 0.05 y un nivel de confianza de 0.95.

Reconociendo la heterogeneidad de los desórdenes esquizofrénicos, el presente estudio asume una definición amplia del término “desorden esquizofrénico”, incluyendo dentro de la población a estudiar todos los subtipos clínicos de la patología.

### **3.3 Criterios de inclusión y exclusión**

#### **i. Criterios de Inclusión:**

- Familiares de pacientes mayores de 18 años atendidos y contactados por el Servicio de Salud Mental del Hospital E. Rebagliati Martins, de preferencia el que estuviera a cargo de la manutención y cuidado del enfermo
- Familiares de pacientes esquizofrénicos con indicación de tratamiento.

#### **ii. Criterios de Exclusión**

- Pacientes esquizofrénicos que vivan solos en el hogar.
- Pacientes esquizofrénicos que no acudan con familiares a consulta externa.
- Familiares de pacientes con un diagnóstico distinto al de esquizofrenia.
- Familiares de pacientes que cuenten con un diagnóstico psiquiátrico añadido al de esquizofrenia.
- Familiares que no brinden su consentimiento para formar parte del estudio.

### **3.4 Operacionalización de Variables**

Ver Anexo 2.

### **3.5 Técnicas de recolección de datos e instrumentos**

En primer lugar, se presentará al familiar la Ficha de Consentimiento Informado (Anexo 3), con el objetivo de manifestarle su poder de decisión para participar en este proyecto. Se recogerá luego parte de la información necesaria mediante una ficha de recolección de datos (Anexo 4).

La recopilación de los demás datos en las familias seleccionadas será a través de la aplicación de los siguientes instrumentos:

1. *Cuestionario Encuesta Evaluación de Emoción Expresada (CEEE)* (Anexo 5)<sup>25</sup>

Este cuestionario fue elaborado por Guanilo JV y Seclen YM en la ciudad de Lima, Perú, en el año 1993; tomando como referencia el Inventario de Hostilidad de Durkein (del cual se obtuvieron ítems de valoración de agresión verbal y hostilidad) y la escala de Valoración de la Relación Madre – Niño de Robert Roth (para ítems de sobreprotección)<sup>25</sup>.

Adaptando estos reactivos, se obtuvieron 10 ítems por cada componente original de la definición de Emoción Expresada: Sobreprotección, Crítica y Hostilidad (30 ítems en total); con alternativas de respuestas de (junto a su puntuación): Nunca (1), Casi Nunca (2), Casi Siempre (3), Siempre (4)<sup>25</sup>.

El cuestionario está destinado hacia el cuidador primario informal del/la paciente, en donde se enfrentará a diferentes escenarios que se presentan cotidianamente en el contexto del cuidado de un paciente esquizofrénico<sup>25</sup>.

El nivel de emoción expresada estará determinado por la puntuación obtenida, donde una sumatoria de entre 30 – 64 puntos se considerará como baja emoción expresada, mientras que puntuaciones entre 65 – 120 puntos se considerará como alta emoción expresada<sup>25</sup>.

Los autores decidieron someter este instrumento en nuestro país a validación de juicio de 10 expertos que abarcaron entre psicólogos, psiquiatras, personal médico y de enfermería. Se utilizó el coeficiente Alfa de Cronbach para la medición de confiabilidad estadística, resultando significativo con el valor de 0.7<sup>25</sup>.

2. *Escala de Ajuste Diádico (DAS)* (Anexo 6)<sup>34</sup>

La Escala de Ajuste Diádico es una versión del cuestionario “The Dyadic Adjustment Scale” (DAS), elaborado por Spanier en 1976<sup>35</sup>, adaptada lingüísticamente a España por J. Cáceres (1996). Este concepto es relativamente nuevo a nivel local y nacional.

Es un instrumento muy utilizado que mide la “calidad de ajuste” en matrimonios y otras diadas (pudiendo usarse en todo tipo de parejas siempre y cuando

vivan juntas). Spanier (1976) y Garrido, Jaén & Domínguez (2000) conceptualizan 4 áreas para el estudio del ajuste:

- Consenso diádico, manifestado en la concertación y acuerdo que tiene la pareja en cuanto a decisiones importantes.
- Satisfacción diádica, observado en la conducta interpersonal de cada persona, que manifiesta la satisfacción en este momento de su relación y su grado de compromiso.
- Cohesión diádica nivel de interacción de la pareja la realizar actividades en compañía del otro.
- Expresión afectiva, grado de percepción del afecto recibido por la pareja y cuán satisfactoria le resulta la relación sexual<sup>35</sup>.

La DAS tiene la particularidad de ser un test que puede ser autoadministrado, utiliza una escala tipo Likert de 32 reactivos, con 6 puntos de amplitud cada uno, salvo 2 elementos con 5 puntos y otros 2 dicotómicos<sup>35</sup>.

De estos 32 ítems, si disgregamos por categorías, 13 son los que miden consenso diádico, 10 satisfacción diádica, 5 cohesión diádica y 4 expresión afectiva. Se pueden obtener puntajes desde 0 a 151 puntos y, a medida que el puntaje sea más alto, mejor será el ajuste que este individuo tenga con su pareja<sup>35</sup>.

Crane, Middleton & Bean (2000) y Graham, Liu & Jeziorski (2006) sugieren como punto de corte el puntaje 107, debido a que es el más usado para discriminar entre una pareja de buen y mal ajuste<sup>35</sup>.

En el Perú, no se ha adaptado esta escala como tal, sin embargo es un instrumento cuyas propiedades psicométricas cuentan con una buena validez y confiabilidad: los análisis que se realizaron a la escala global obtuvieron resultados elevados, desde 0,96 (Spanier, 1976) hasta 0,91 (Spanier & Thompson, 1982). Además, el valor de alfa de Cronbach para la escala total fue de 0,94<sup>35</sup>.

### 3. *Escala APEIM Modificada 2011-2012 (Anexo 7)*<sup>36</sup>

En el Perú, el nivel socioeconómico es una variable llena de controversia que, sin embargo, es importante delimitar a través de un indicador práctico<sup>36</sup>.

Partiendo de un estudio anterior elaborado por la Asociación Peruana de Empresas de Investigación de Mercados APEIM 2003 – 2010, la misma agrupación realizó una adaptación de esta escala en una población de Lambayeque, Perú<sup>36</sup>.

Así, la versión actualizada y presentada en estudio consta de 5 ítems en total, y los estudios de confiabilidad arrojan resultados excelentes (alfa de Crombach: 0,9017, IC95%. 0,9013 – 0,9048). Se consideró introducir diversos cambios en ítems y alternativas, afectando la puntuación total, siendo el mínimo de 5 puntos y máximo de 33  $\geq$  puntos, concluyendo una puntuación evidencia un mayor nivel socioeconómico<sup>36</sup>.

### **3.6 Técnicas para el procesamiento de la información**

Se recopilará la información necesaria no incluida en los instrumentos previamente mencionados mediante una ficha de recolección de datos (Anexo 4).

Se utilizará el análisis estadístico de Chi Cuadrado, lo que permitirá medir la asociación entre las variables a estudiar para ambos grupos considerados.

Se busca hallar el valor de odds ratio (OR) y porcentajes subsecuentes correspondientes a cada variable considerada con los componentes de emoción expresada obtenidos según el instrumento aplicado.

Asimismo, se busca determinar las variables estadísticas descriptivas representativas de nuestra población (prevalencia de emoción expresada alta, frecuencias, etc.).

### **3.7 Procedimientos para garantizar aspectos éticos en la investigación**

- **Respeto a la Dignidad Humana:** Respetar la privacidad de los pacientes mediante el uso de códigos, de modo tal que se garantice el anonimato de estos en el proyecto de investigación.

- **Beneficencia:** Los resultados del presente estudio podrán estar a disposición, si así es requerido, de las autoridades del Hospital Rebagliati Martins y de cualquier otra con el fin de colaborar en el estudio de estos pacientes en su entorno familiar.
- **Justicia:** El presente estudio será evaluado por el Comité de Ética del Hospital Edgardo Rebagliati Martins, para garantizar así el cumplimiento de los requerimientos del Hospital.

### **3.8 Plan de análisis de resultados**

Métodos de análisis de datos según tipo de variables

- **Programas a utilizar para el análisis de datos:** IBM SPSS 25 Statistics, en el cual se realizará la tabulación de la información obtenida.

# CAPÍTULO V: RESULTADOS Y DISCUSIÓN

## 5.1 Resultados

Tras la aplicación de los instrumentos correspondientes y la elaboración de la base de datos a partir de 120 pacientes, se procedió al análisis de los datos mediante el uso del programa IBM SPSS 25 Statistics.

Se obtuvieron los resultados a continuación descritos.

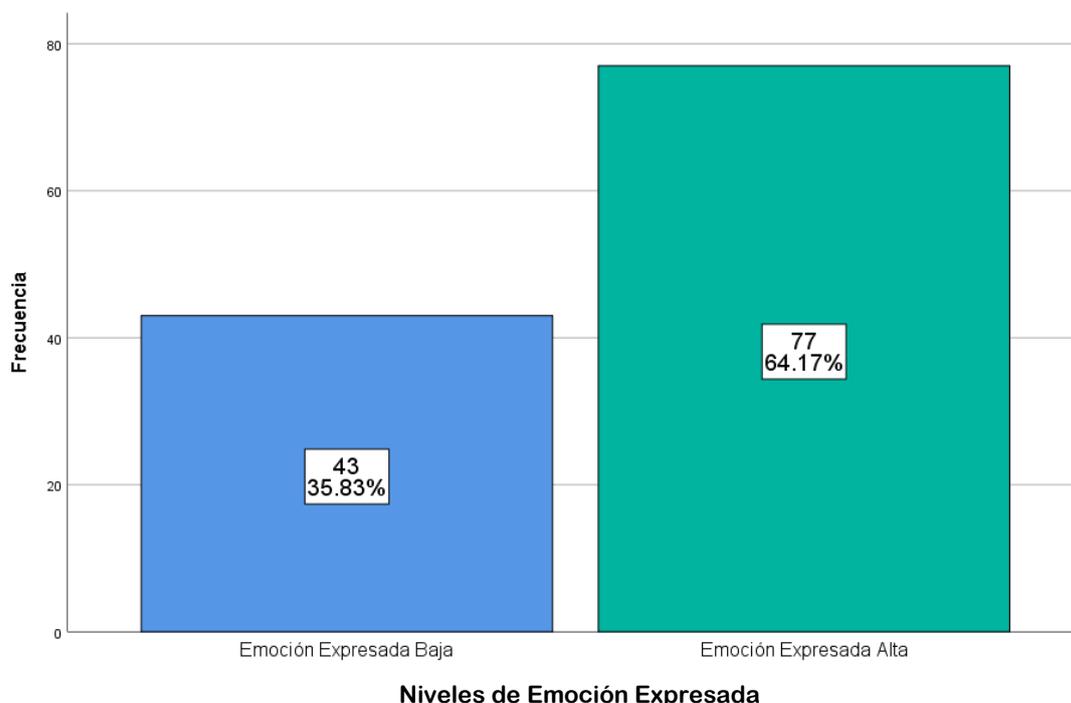
Tablas de Frecuencias

**Tabla 1.**  
**Frecuencia según niveles de emoción expresada de familiares de pacientes esquizofrénicos atendidos en consulta externa del Hospital E. Rebagliati, Diciembre 2018**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Emoción Expresada Baja	43	35.83%	35.83%	35.8%
	Emoción Expresada Alta	77	64.17%	64.17%	100.0%
	Total	120	100.0%	100.0%	

Fuente: Ficha de recolección de datos

**Gráfico 1.**  
**Frecuencia según niveles de emoción expresada de familiares de pacientes esquizofrénicos atendidos en consulta externa del Hospital E. Rebagliati, Diciembre 2018**



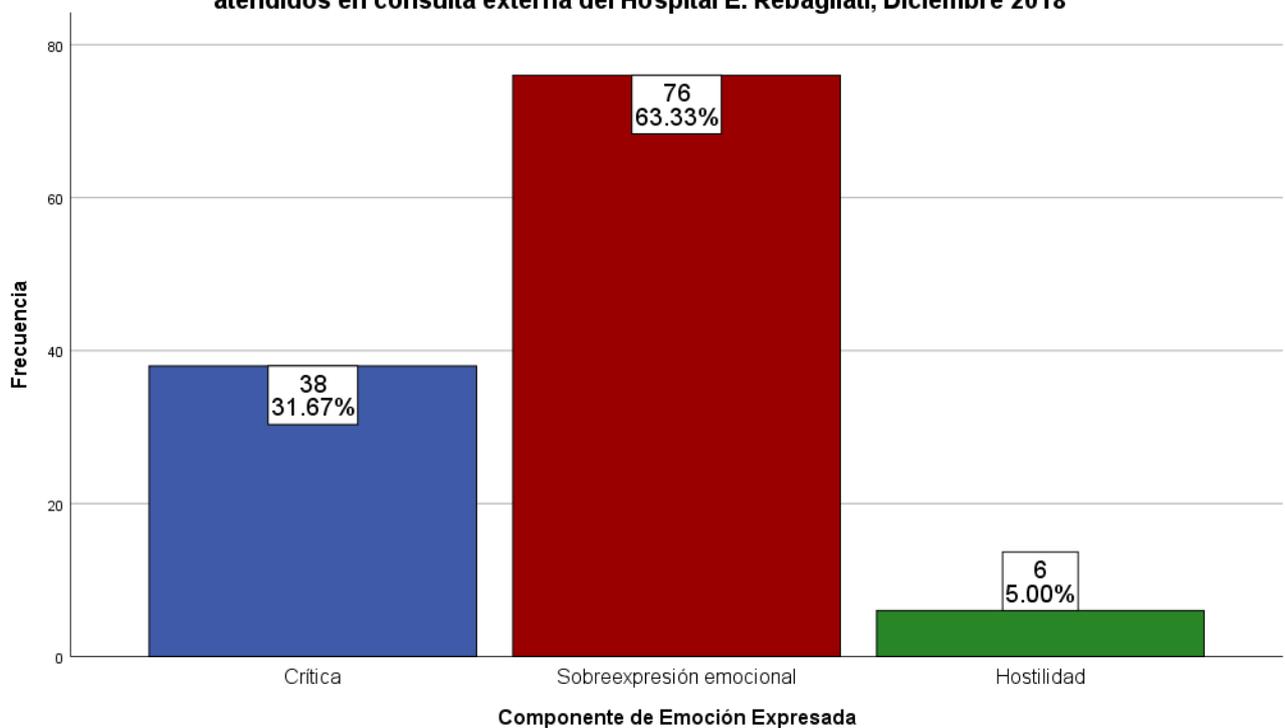
Fuente: Ficha de Recolección de Datos

**Tabla 2.**  
**Frecuencia según componentes de emoción expresada de familiares de pacientes esquizofrénicos atendidos en consulta externa del Hospital E. Rebagliati, Diciembre 2018**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Crítica	38	31.7%	31.7%	31.7%
	Sobreexpresión emocional	76	63.3%	63.3%	95.0%
	Hostilidad	6	5.0%	5.0%	100.0%
	Total	120	100.0%	100.0%	

Fuente: Ficha de Recolección de Datos

**Gráfico 2.**  
**Frecuencia según componentes de emoción expresada de familiares de pacientes esquizofrénicos atendidos en consulta externa del Hospital E. Rebagliati, Diciembre 2018**



Fuente: Ficha de Recolección de Datos

**Tabla 3.**  
**Factores del paciente y de la familia de pacientes esquizofrénicos atendidos en consulta externa del Hospital E. Rebagliati, Diciembre 2018**

Variable	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado	
<b>Cuidador Primario Informal</b>	Padre	13	10.8 %	10.8 %
	Madre	78	65.0 %	75.8 %
	Hermano/a	16	13.3 %	89.2 %
	Otros	13	10.8 %	100.0 %
<b>Edad de Cuidador</b>	< 60 años	45	37.5 %	37.5 %
	≥ 60 años	75	62.5 %	100.0 %
<b>Tiempo de enfermedad</b>	≤ 10 años	66	55.0 %	55.0 %
	> 10 años	54	45.0 %	100.0 %
<b>Consumo de Drogas</b>	No Consumidor	83	69.2 %	69.2 %
	Consumidor	37	30.8 %	100.0 %
<b>Estructura Familiar</b>	Nuclear	73	60.8 %	60.8 %
	Extensa	13	10.8 %	71.7 %
	Monoparental	34	28.3 %	100.0 %
<b>Nivel Socioeconómico</b>	A	20	16.7 %	16.7 %
	B	58	48.3 %	65.0 %
	C	42	35.0 %	100.0 %
<b>Ajuste Diádico</b>	Ajuste adecuado	36	30.0 %	30.0 %
	Ajuste no adecuado	84	70.0 %	100.0 %

Fuente: Ficha de Recolección de Datos

Número de hospitalizaciones según niveles y componentes de emoción expresada

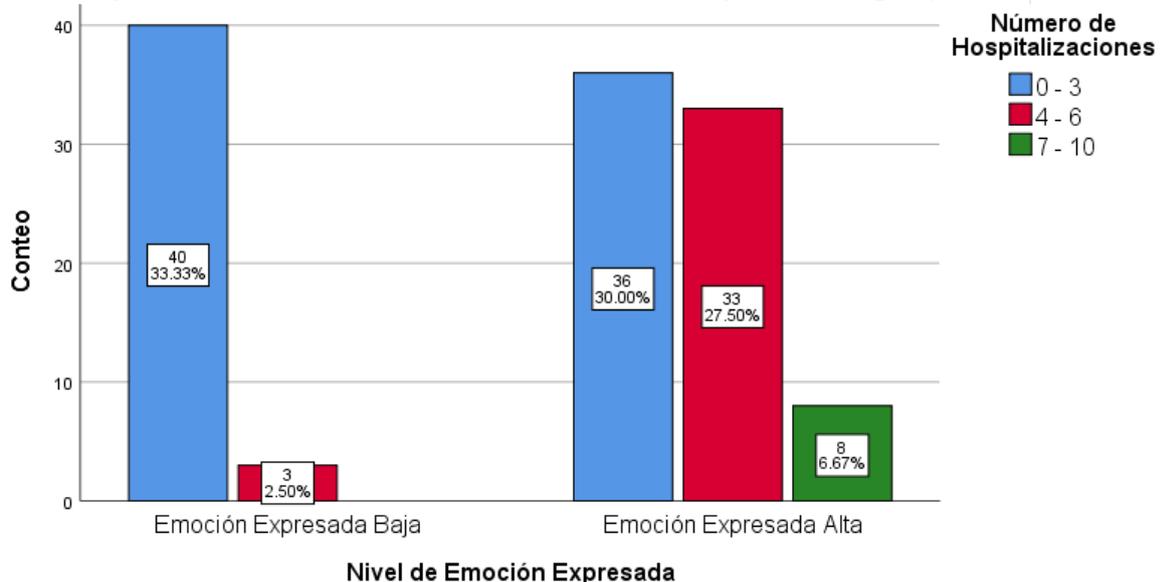
**Tabla 4.**  
**Número de hospitalizaciones según niveles de emoción expresada de pacientes esquizofrénicos atendidos en consulta externa del Hospital E. Rebagliati, Diciembre 2018**

			Número de Hospitalizaciones			
			0 - 3	4 - 6	7 - 10	Total
Emoción Expresada	Emoción Expresada Alta	Recuento	36	33	8	77
		% dentro de Número Hospitalizaciones	47,4%	91,7%	100,0%	64,2%
	Emoción Expresada Baja	Recuento	40	3	0	43
		% dentro de Número Hospitalizaciones	52,6%	8,3%	0,0%	35,8%
Total	Recuento		76	36	8	120
	% dentro de Número Hospitalizaciones		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Fuente: Ficha de Recolección de Datos

El valor del análisis de Chi-cuadrado de Pearson para este cruce de variables nos brinda una cifra de 25.63, con un *valor p* altamente significativo de 0.00; lo cual, valida para este estudio el fenómeno ya conocido: a mayor emoción expresada por el familiar, mayor número de hospitalizaciones (recaídas) tiene el paciente en el transcurso de su enfermedad.

**Gráfico 3.**  
**Número de hospitalizaciones según niveles de emoción expresada de pacientes esquizofrénicos atendidos en consulta externa del Hospital E. Rebagliati, Diciembre 2018**



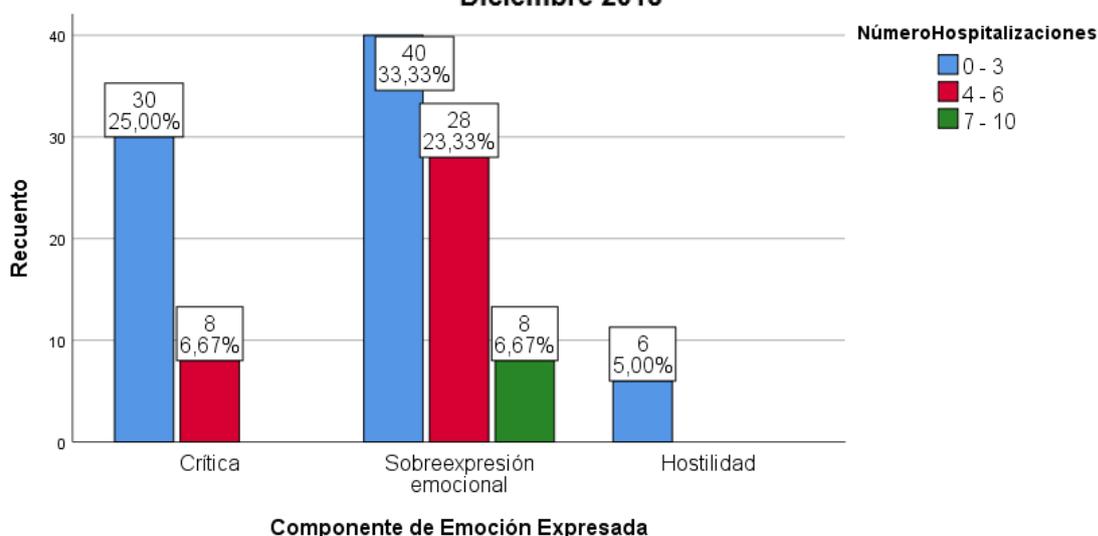
**Tabla 4.1**  
**Número de hospitalizaciones según componentes de emoción expresada de**  
**pacientes esquizofrénicos atendidos en consulta externa del Hospital E.**  
**Rebagliati, Diciembre 2018**

Componente	Emoción Expresada		Número de Hospitalizaciones			Total
			0 - 3	4 - 6	7 - 10	
Crítica		Recuento	30	8	0	38
		% dentro de Número Hospitalizaciones	39,5%	22,2%	0,0%	31,7%
Sobreexpresión emocional		Recuento	40	28	8	76
		% dentro de Número Hospitalizaciones	52,6%	77,8%	100,0%	63,3%
Hostilidad		Recuento	6	0	0	6
		% dentro de Número Hospitalizaciones	7,9%	0,0%	0,0%	5,0%
Total		Recuento	76	36	8	120
		% dentro de Número Hospitalizaciones	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

*Fuente: Ficha de Recolección de Datos*

Asimismo, para la valoración de los componentes de emoción expresada presentados por nuestra población, el análisis de Chi-cuadrado resulta 12.74, con un valor p de 0.013, lo cual indica alta significancia estadística.

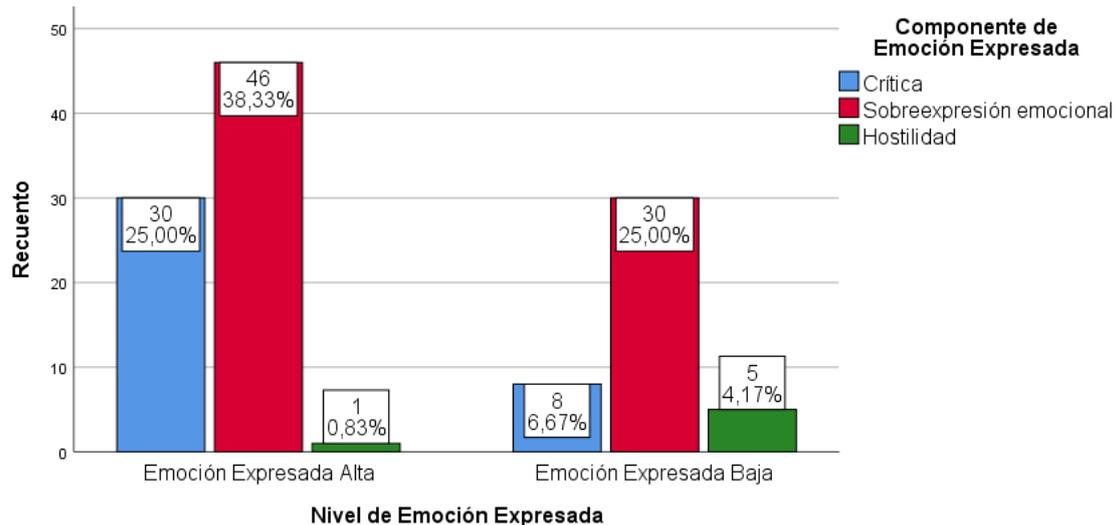
**Gráfico 10.1**  
**Número de hospitalizaciones según componentes de emoción expresada de**  
**pacientes esquizofrénicos atendidos en consulta externa del Hospital E. Rebagliati,**  
**Diciembre 2018**



*Fuente: Ficha de Recolección de Datos*

**Gráfico 3.2**

**Emoción expresada según componentes presentados por familiares de pacientes esquizofrénicos atendidos en consulta externa del Hospital E. Rebagliati, Diciembre 2018**



Fuente: Ficha de Recolección de Datos

### Emoción expresada según sexo del cuidador

**Tabla 5.**

**Niveles de emoción expresada según sexo del cuidador primario de pacientes esquizofrénicos atendidos en consulta externa del Hospital E. Rebagliati, Diciembre 2018**

Sexo de cuidador		Nivel de Emoción Expresada		Total
		Emoción Expresada Alta	Emoción Expresada Baja	
Mujer	Recuento	61	25	86
	% within Emoción Expresada	79.2%	58.1%	71.7%
Hombre	Recuento	16	18	34
	% within Emoción Expresada	20.8%	41.9%	28.3%
Total	Recuento	77	43	120
	% within Emoción Expresada	100.0%	100.0%	100.0%

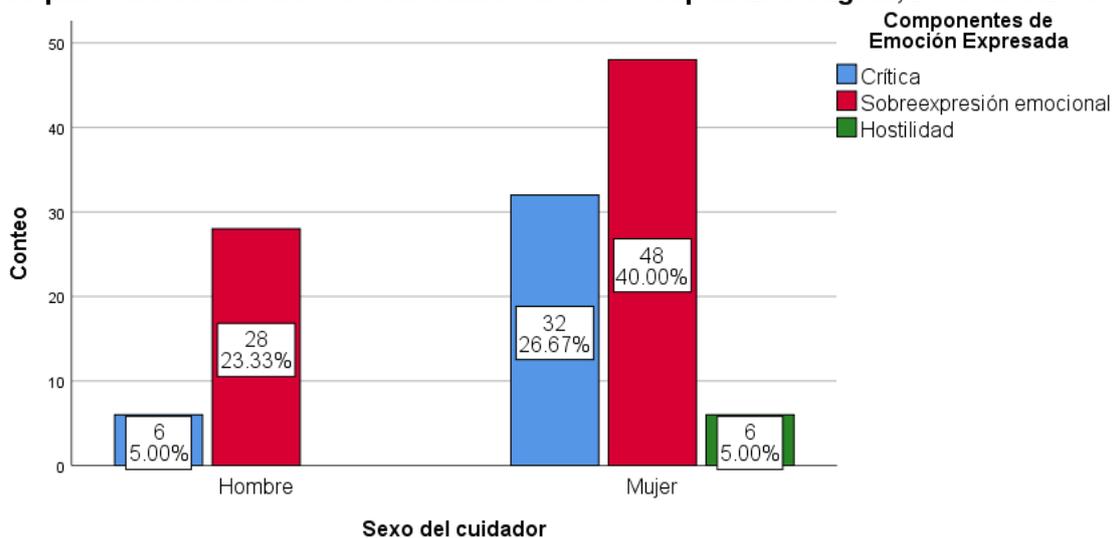
Fuente: Ficha de Recolección de Datos

En este análisis, el *valor p* alcanza una buena significancia:  $p = 0.014$  (IC 95%: 1.21 – 6.22).

Se halló un OR = 2.74, interpretando al sexo femenino como un factor de riesgo en comparación al sexo masculino para presentar emoción expresada alta.

Destaca la presencia del componente de Sobreexpresión emocional como aquel de mayor prevalencia que presentó nuestra población, tanto para mujeres como para varones.

**Gráfico 4.**  
**Componentes de emoción expresada según sexo del cuidador principal de pacientes esquizofrénicos atendidos en consulta externa del Hospital E. Rebagliati, Diciembre 2018**



Fuente: Ficha de Recolección de Datos

Emoción expresada según tipo de cuidador principal

**Tabla 6.**  
**Niveles de emoción expresada según tipo de cuidador principal de pacientes esquizofrénicos atendidos en consulta externa del Hospital E. Rebagliati, Diciembre 2018**

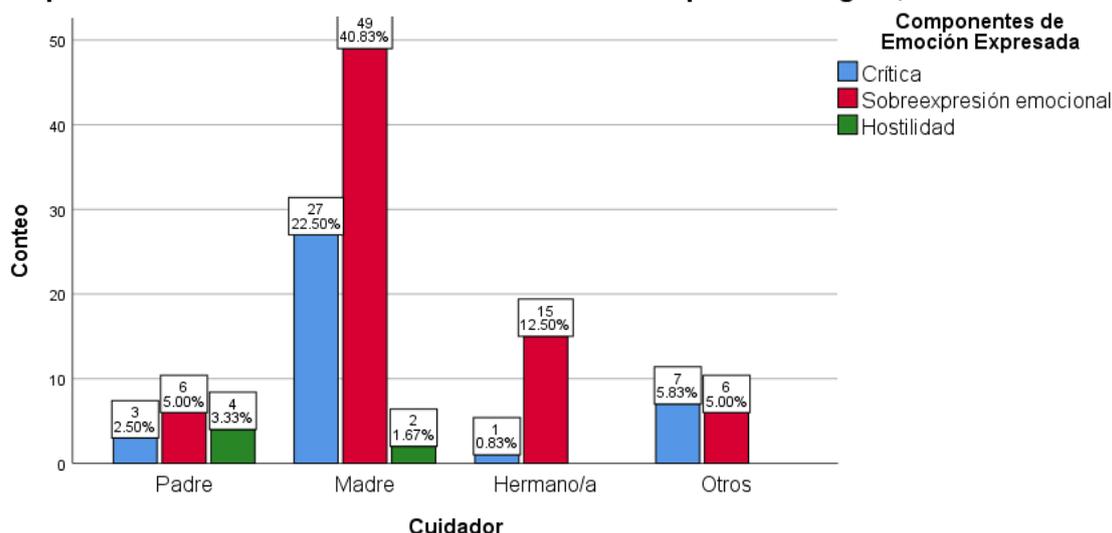
Cuidador	Madre	Recuento	Nivel de Emoción Expresada		Total
			Emoción Expresada Alta	Emoción Expresada Baja	
		49	29	78	
		% dentro de Emoción Expresada	63,6%	67,4%	65,0%
	Padre	Recuento	5	8	13
		% dentro de Emoción Expresada	6,5%	18,6%	10,8%
	Hermano/a	Recuento	16	0	16
		% dentro de Emoción Expresada	20,8%	0,0%	13,3%
	Otros	Recuento	7	6	13
		% dentro de Emoción Expresada	9,1%	14,0%	10,8%
Total		Recuento	77	43	120
		% dentro de Emoción Expresada	100,0%	100,0%	100,0%

Fuente: Ficha de Recolección de Datos

Para este análisis,  $p = 0.004$ . Dado que la variable de cuidador primario informal es politómica, no se realizó un análisis de estimación de riesgo.

**Gráfico 5.**

**Componentes de emoción expresada según tipo de cuidador primario de pacientes esquizofrénicos atendidos en consulta externa del Hospital E. Rebagliati, Diciembre 2018**



Fuente: Ficha de Recolección de Datos

Nuevamente el componente de sobreexpresión emocional es el de mayor prevalencia en cada tipo de cuidador, con una presencia considerable del componente de crítica (sobre todo en las madres).

Emoción expresada según edad de cuidador primario

**Tabla 7.**

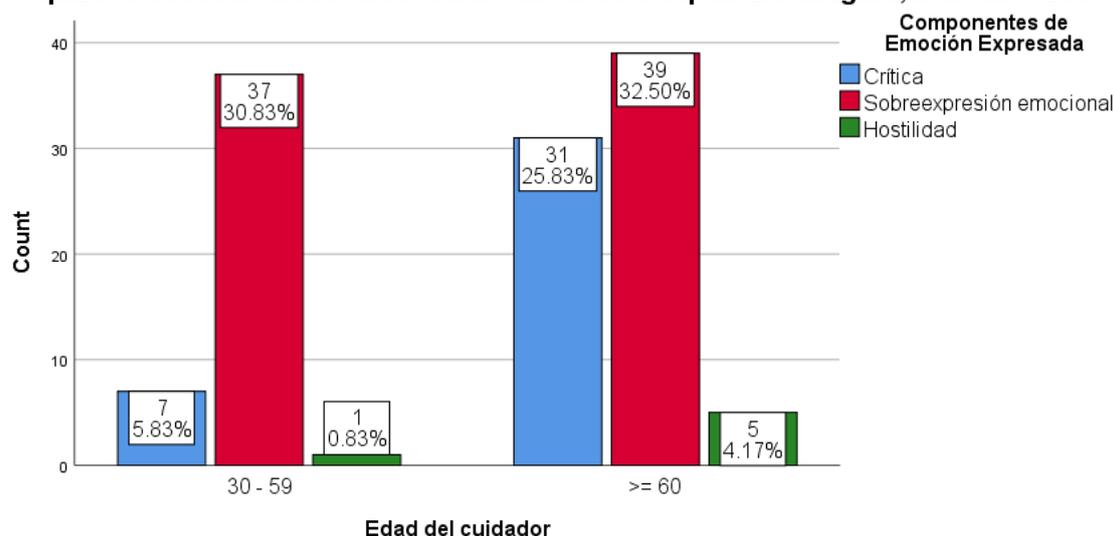
**Niveles de emoción expresada según edad de cuidador primario de pacientes esquizofrénicos atendidos en consulta externa del Hospital E. Rebagliati, Diciembre 2018**

Edad del cuidador		Recuento	Nivel de Emoción Expresada		Total
			Emoción Expresada Alta	Emoción Expresada Baja	
< 60 años		39	39	6	45
	% dentro de Emoción Expresada	50,6%	14,0%		37,5%
≥ 60 años		38	38	37	75
	% dentro de Emoción Expresada	49,4%	86,0%		62,5%
Total		77	77	43	120
	% dentro de Emoción Expresada	100,0%	100,0%		100,0%

Fuente: Ficha de Recolección de Datos

En este análisis, el *valor p* alcanza una buena significancia:  $p = 0.00$  (IC 95%: 2.39 – 16.71). Se halló un OR = 6.32, demostrando que en los familiares la edad < 60 años es un factor de riesgo para presentar emoción expresada alta en comparación a familiares  $\geq 60$  años.

**Gráfico 6.**  
**Componentes de emoción expresada según edad de cuidador primario de pacientes esquizofrénicos atendidos en consulta externa del Hospital E. Rebagliati, Diciembre 2018**



Fuente: Ficha de Recolección de Datos

Con un valor de alta significancia  $p = 0.04$ , la sobreexpresión emocional sigue siendo el componente de emoción expresada que presentaron más los familiares, predominando en ambos grupos etarios considerados.

#### Emoción expresada según tiempo de enfermedad

**Tabla 8.**  
**Niveles de emoción expresada según tiempo de enfermedad de pacientes esquizofrénicos atendidos en consulta externa del Hospital E. Rebagliati, Diciembre 2018**

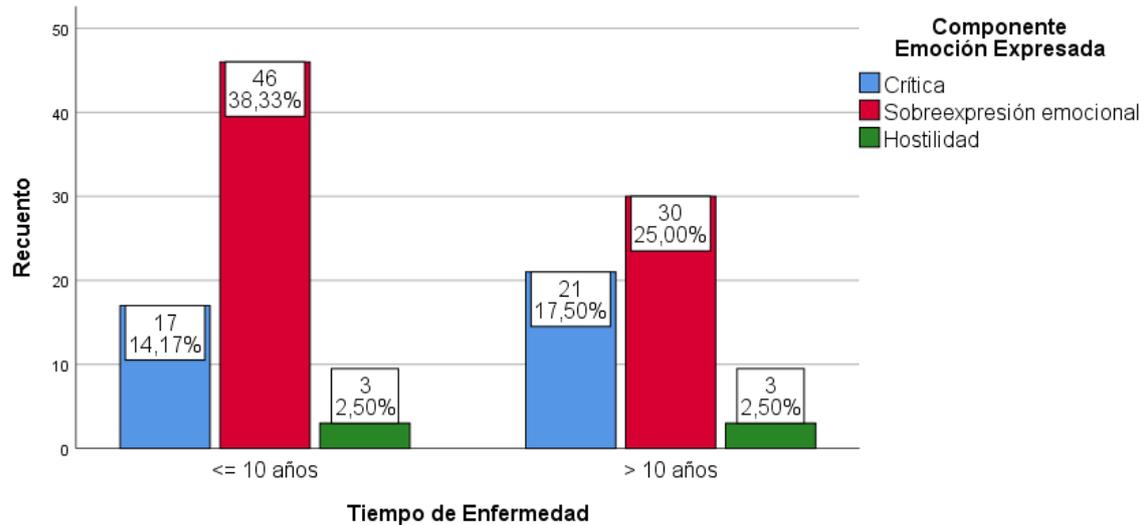
Tiempo de Enfermedad		Nivel de Emoción Expresada		Total
		Emoción Expresada Alta	Emoción Expresada Baja	
≤ 10 años	Recuento	51	15	66
	% dentro de Emoción Expresada	66,2%	34,9%	55,0%
> 10 años	Recuento	26	28	54
	% dentro de Emoción Expresada	33,8%	65,1%	45,0%
Total	Recuento	77	43	120
	% dentro de Emoción Expresada	100,0%	100,0%	100,0%

Fuente: Ficha de Recolección de Datos

En este análisis, el *valor p* alcanza una buena significancia:  $p = 0.01$  (IC 95%: 1.67 – 8.02).

Se halló un OR = 3.66, interpretando que un tiempo de enfermedad  $\leq 10$  años es un factor de riesgo en comparación a un tiempo  $> 10$  años para presentar emoción expresada alta en los familiares.

**Gráfico 7.**  
**Componentes de emoción expresada según tiempo de enfermedad de pacientes esquizofrénicos atendidos en consulta externa del Hospital E. Rebagliati, Diciembre 2018**



Fuente: Ficha de Recolección de Datos

Con un valor de buena significancia  $p = 0.27$ , la sobreexpresión emocional es el componente de emoción expresada que se presenta mayormente e indistintamente del tiempo de enfermedad transcurrido, sin embargo con una tendencia a la disminución; caso contrario ocurre con el componente de crítica el cual aumenta en el grupo de  $> 10$  años.

## Emoción expresada según consumo de drogas

**Tabla 9.**

**Niveles de emoción expresada según consumo de drogas de pacientes esquizofrénicos atendidos en consulta externa del Hospital E. Rebagliati, Diciembre 2018**

Drogas	Consumidor		Nivel de Emoción Expresada		Total
			Emoción Expresada Alta	Emoción Expresada Baja	
	Consumidor	Recuento	13	24	37
		% dentro de Emoción Expresada	16,9%	55,8%	30,8%
	No Consumidor	Recuento	64	19	83
		% dentro de Emoción Expresada	83,1%	44,2%	69,2%
Total	Recuento	77	43	120	
	% dentro de Emoción Expresada	100,0%	100,0%	100,0%	

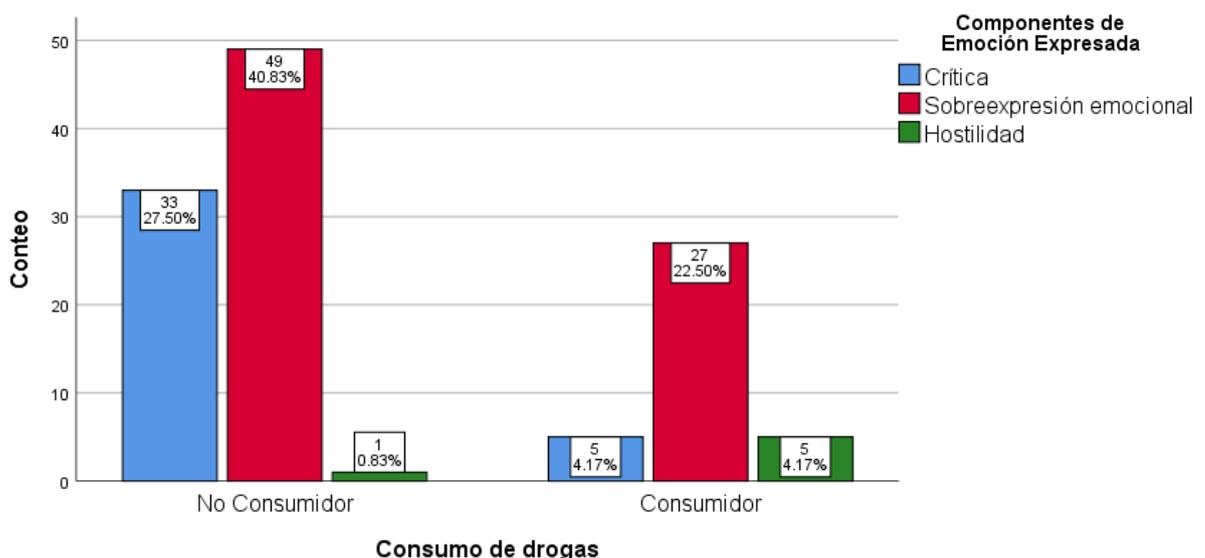
Fuente: Ficha de Recolección de Datos

En este análisis, el *valor p* alcanza una alta significancia:  $p = 0.00$  (IC 95%: 0.06 – 0.37).

Se halló un OR = 0.16, en el que para nuestra población para el paciente el ser consumidor de drogas representa un factor protector para que los familiares presenten emoción expresada alta.

**Gráfico 8.**

**Componentes de emoción expresada según consumo de drogas de pacientes esquizofrénicos atendidos en consulta externa del Hospital E. Rebagliati, Diciembre 2018**



Fuente: Ficha de Recolección de Datos

Con un valor de buena significancia  $p = 0.001$ , tanto crítica como sobreexpresión emocional son los componentes mayormente presentados, sobre todo en el grupo de aquellos pacientes no consumidores de drogas.

Emoción expresada según estructura familiar

**Tabla 10.**  
**Niveles de emoción expresada según estructura familiar de pacientes esquizofrénicos atendidos en consulta externa del Hospital E. Rebagliati, Diciembre 2018**

Estructura Familiar	Monoparental	Recuento	Nivel de Emoción Expresada		Total
			Emoción Expresada Alta	Emoción Expresada Baja	
			12	22	34
		% dentro de Emoción Expresada	15,6%	51,2%	28,3%
	Nuclear	Recuento	58	15	73
		% dentro de Emoción Expresada	75,3%	34,9%	60,8%
	Extensa	Recuento	7	6	13
		% dentro de Emoción Expresada	9,1%	14,0%	10,8%
Total		Recuento	77	43	120
		% dentro de Emoción Expresada	100,0%	100,0%	100,0%

Fuente: Ficha de Recolección de Datos

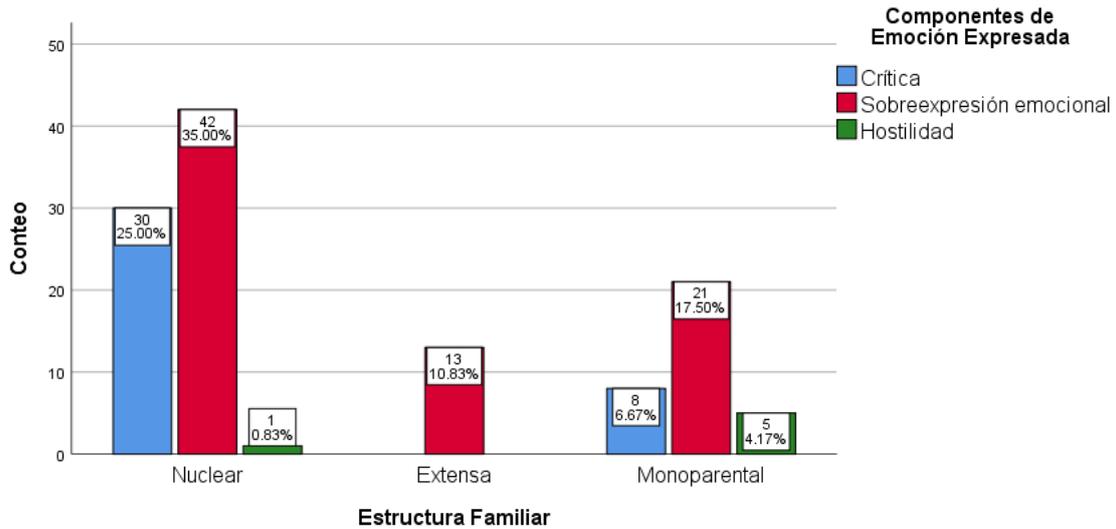
En este análisis, el *valor p* alcanza una alta significancia:  $p = 0.00$  (IC 95%: 0.75 – 0.42).

Para efectos estadísticos comparando entre familias monoparentales / nucleares y extensas, se halló un OR = 0.17, en el que para nuestra población una familia monoparental representa un factor protector en relación a una familia de tipo nuclear.

Con un valor de buena significancia  $p = 0.001$ , tanto crítica como sobreexpresión emocional se presentaron en mayor medida en familias nucleares.

**Gráfico 9.**

**Componentes de emoción expresada según estructura familiar de pacientes esquizofrénicos atendidos en consulta externa del Hospital E. Rebagliati, Diciembre 2018**



Fuente: Ficha de Recolección de Datos

Emoción expresada según nivel socioeconómico

**Tabla 11.**

**Niveles de emoción expresada según nivel socioeconómico de pacientes esquizofrénicos atendidos en consulta externa del Hospital E. Rebagliati, Diciembre 2018**

Nivel Socioeconómico	C	Recuento	Nivel de Emoción Expresada		Total
			Emoción Expresada Alta	Emoción Expresada Baja	
		42	42	0	42
		% dentro de EmociónExpresada	54,5%	0,0%	35,0%
	B	Recuento	31	27	58
		% dentro de EmociónExpresada	40,3%	62,8%	48,3%
	A	Recuento	4	16	20
		% dentro de EmociónExpresada	5,2%	37,2%	16,7%
Total		Recuento	77	43	120
		% dentro de EmociónExpresada	100,0%	100,0%	100,0%

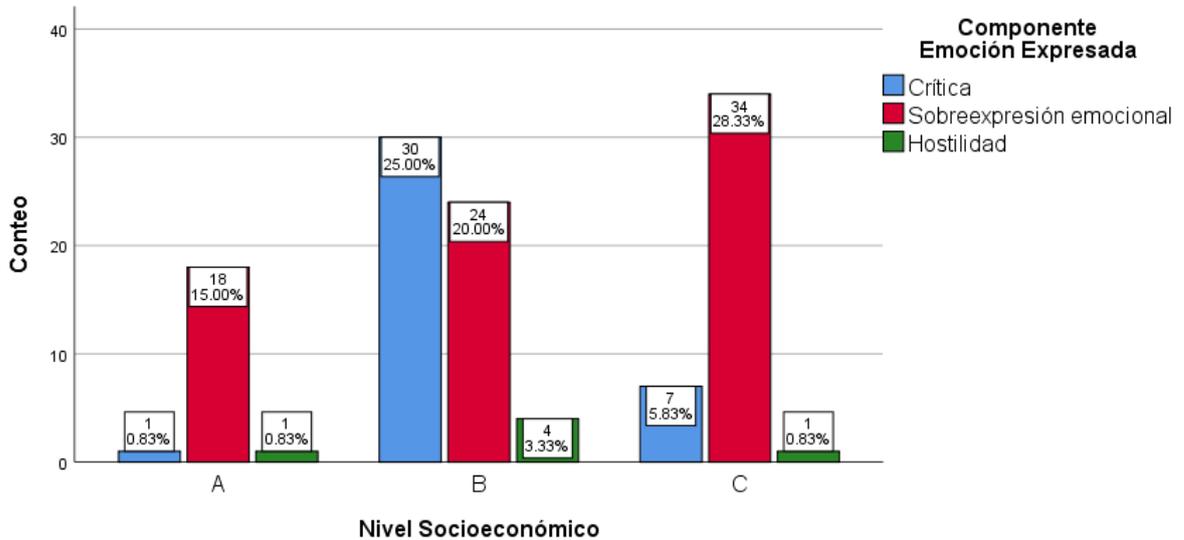
Fuente: Ficha de Recolección de Datos

En este análisis, el *valor p* alcanza una alta significancia:  $p = 0.00$  (IC 95%: 1.74 – 2.85).

Para efectos estadísticos comparando entre nivel socioeconómico C / A y B, se halló un OR = 2.22, en el que pertenecer al nivel C representa un factor de riesgo para presentar emoción expresada alta con respecto a pertenecer al nivel A/B.

**Gráfico 10.**

**Componentes de emoción expresada según nivel socioeconómico de pacientes esquizofrénicos atendidos en consulta externa del Hospital E. Rebagliati, Diciembre 2018**



Fuente: Ficha de Recolección de Datos

Con un valor de buena significancia  $p = 0.000$ , es interesante mencionar que la sobreexpresión emocional predomina en el nivel C, mientras que en el nivel B predomina la crítica como componente principal. En discusión, se trata a fondo estos resultados.

## Emoción expresada según ajuste diádico

Tabla 12.

Niveles de emoción expresada según ajuste diádico de familiares cuidadores de pacientes esquizofrénicos atendidos en consulta externa del Hospital E. Rebagliati, Diciembre 2018

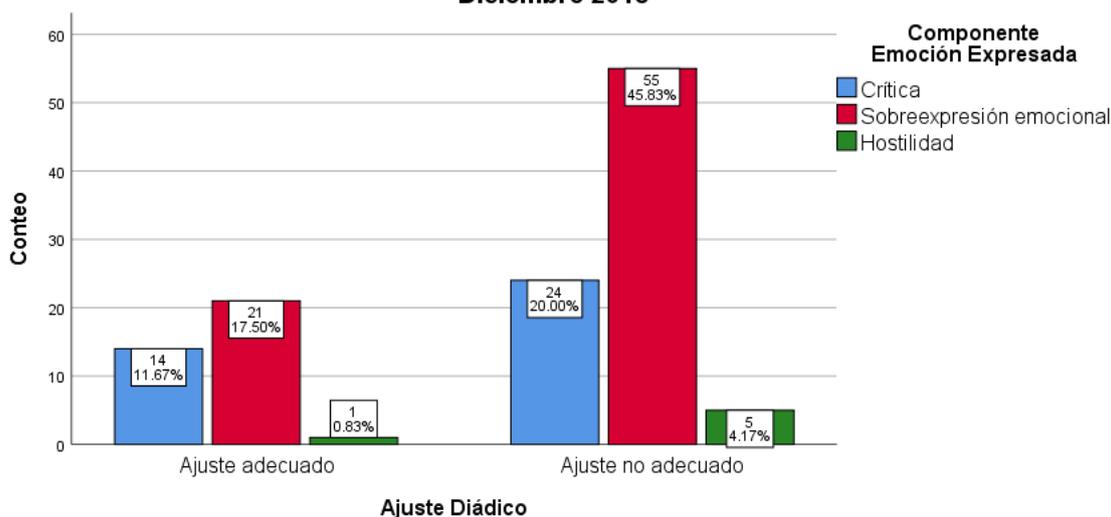
			Nivel de Emoción Expresada		Total
			Emoción Expresada Alta	Emoción Expresada Baja	
Ajuste Diádico	Ajuste no adecuado	Recuento	62	22	
		% dentro de Emoción Expresada	80,5%	51,2%	70,0%
	Ajuste adecuado	Recuento	15	21	36
		% dentro de Emoción Expresada	19,5%	48,8%	30,0%
Total		Recuento	77	43	120
		% dentro de Emoción Expresada	100,0%	100,0%	100,0%

Fuente: Ficha de Recolección de Datos

En este análisis, el *valor p* alcanza una alta significancia:  $p = 0.001$  (IC 95%: 1.73 – 8.97). Se halló un OR = 3.94, el cual indica que un ajuste diádico no adecuado del familiar representa un factor de riesgo para que éste presente emoción expresada alta, con las consecuencias que conlleva para el transcurso de la enfermedad de su paciente.

Gráfico 11.

Componentes de emoción expresada según ajuste diádico de familiares cuidadores de pacientes esquizofrénicos atendidos en consulta externa del Hospital E. Rebagliati, Diciembre 2018



Fuente: Ficha de Recolección de Datos

Con un valor de buena significancia  $p = 0.45$ , tanto la crítica como la sobreexpresión emocional predominan en ambos grupos, siendo más prevalentes cuando el familiar presenta un ajuste diádico no adecuado.

**Tabla 13.****Análisis bivariado: Tabla comparativa de OR, IC 95% y valor p según cada variable analizada**

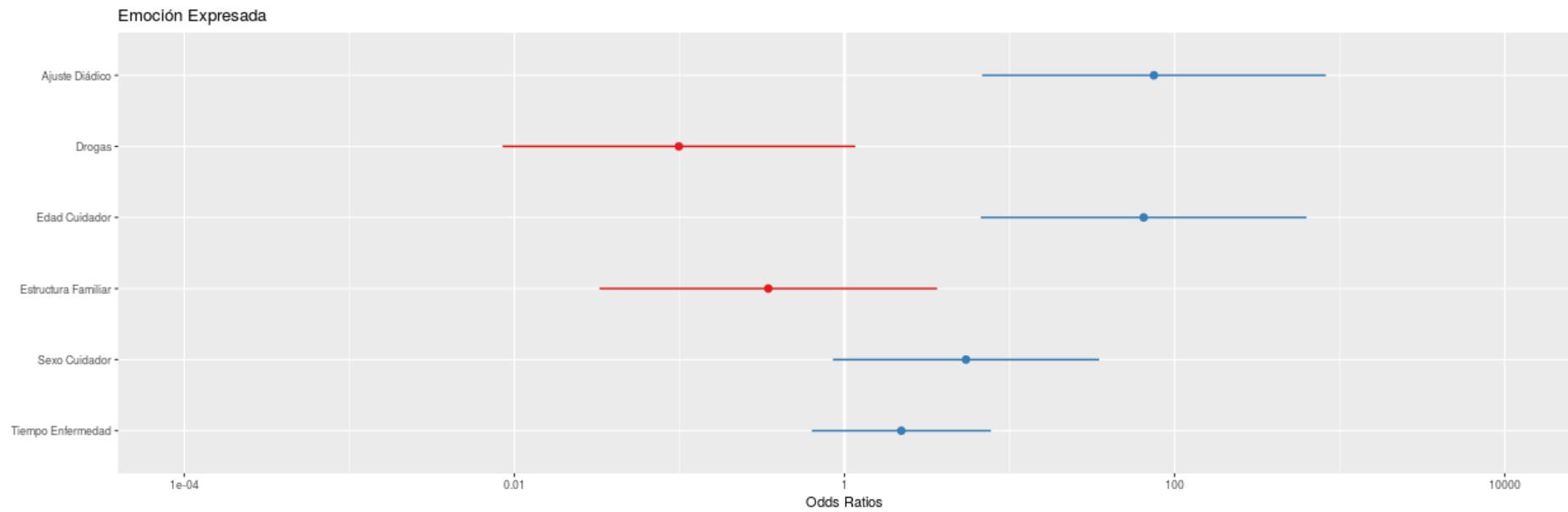
<b>Variable</b>	<b>OR</b>	<b>IC 95 %</b>	<b>Valor p</b>
<b>1. Sexo del cuidador</b>	2.74 (Mujer)	1.21 – 6.22	0.014
<b>2. Edad de cuidador</b>	6.32 (< 60 años)	2.39 – 16.71	0.001
<b>3. Tiempo de enfermedad</b>	3.66 ( $\leq 10$ años)	1.67 – 8.02	0.001
<b>4. Consumo de drogas</b>	0.16 (Consumidor)	0.06 – 0.37	0.000
<b>5. Estructura familiar</b>	0.17 (Monoparental)	0.08 - 0.42	0.000
<b>6. Nivel socioeconómico</b>	2.22 (Nivel C)	1.74 – 2.85	0.000
<b>7. Ajuste diádico</b>	3.94 (Ajuste no adecuado)	1.73 – 8.97	0.001

*Fuente: Análisis estadístico***Tabla 14.****Análisis multivariado: Tabla comparativa de OR, IC 95% y valor p según cada variable analizada**

<b>Variable</b>	<b>OR</b>	<b>IC 95 %</b>	<b>Valor p</b>
<b>1. Sexo del cuidador</b>	5.44 (Mujer)	0.97 – 43.25	0.073
<b>2. Edad de cuidador</b>	64.91 (< 60 años)	9.85 – 1361.68	0.000
<b>3. Tiempo de enfermedad</b>	0.21 ( $\leq 10$ años)	0.64 – 8.13	0.213
<b>4. Consumo de drogas</b>	0.09 (Consumidor)	0.00 – 1.10	0.065
<b>5. Estructura familiar</b>	0.34 (Monoparental)	0.03 - 4.23	0.376
<b>6. Ajuste diádico</b>	74.89 (Ajuste no adecuado)	9.84 – 1697.91	0.000

*Fuente: Análisis estadístico*

**Gráfico 12.**  
**Análisis multivariado: Forest plot según cada variable analizada**



*Fuente: Análisis estadístico (Shiny Stat)*

## 5.2 Discusión de resultados

El objetivo principal de este trabajo fue la determinación de los factores asociados a niveles de emoción expresada (EE) en nuestra población de estudio: familiares de pacientes esquizofrénicos quienes se atienden y controlan en el programa del seguro social (Essalud) de nuestro país.

La muestra obtenida incluyó a 120 familiares (cuidadores primarios informales), seleccionados a través de los criterios de inclusión y exclusión ya descritos; y a quienes se les administró los instrumentos correspondientes (Anexos 4, 5, 6 y 7). En su gran mayoría, los cuidadores resultaron siendo madres (65%, 78 casos) y resaltando en menor medida padres (10.8%, 13 casos) y hermanos (13.3%, 16 casos) de los pacientes. Esta proporción es similar a estudios anteriores, nacionales como el de Loayza<sup>5</sup> e internacionales como el de Rascón<sup>12</sup> en México, en donde también resalta la madre como la principal cuidadora de los pacientes.

Socio-demográficamente hablando, el grueso de la población estudiada se caracterizó por pertenecer al grupo etario de adulto mayor ( $\geq 60$  años) (62.5% de familiares), provenir de familias de tipo nuclear (en un 60.8%, 73 casos) y monoparental (en un 28.3%) y de nivel socioeconómico B y C (83.3 % como porcentaje acumulado de ambos estratos, resaltando la ausencia de familias de nivel D y E).

En lo referente a ajuste diádico, el conjunto de familiares catalogados de tener un ajuste no adecuado representó el 70% del total, muy por encima del 30% de aquellos que si tenían un ajuste adecuado. En consonancia a estos resultados, Eizaguirre en su estudio encontró “una mala calidad de ajuste diádico en las parejas” que configuraron su muestra, sobre todo en las madres (109 en promedio), aunque no menciona un porcentaje específico<sup>10</sup>.

En cuanto a los factores de los pacientes, una ligera mayoría presentaba un tiempo de enfermedad  $\leq 10$  años (55%, 66 casos) frente a quienes convivían  $> 10$  años con la enfermedad (45%, 54 casos). Asimismo, sorprendió encontrar que según lo expresado por los familiares la mayor parte de los pacientes no eran consumidores de drogas (en un 69.2%, 83 casos).

El fenómeno de emoción expresada en sus niveles altos, tal como hemos revisado, se encuentra íntimamente ligado a la respuesta clínica del paciente

esquizofrénico, determinando recaídas (cuadros de psicosis aguda) y por ende rehospitalizaciones que configuran una evolución tórpida de su dolencia<sup>8</sup>.

Nuestro estudio encontró que el 64.17% (77 casos) de los cuidadores presentaron un nivel alto de EE, una cifra bastante similar a algunos de los estudios descriptivos anteriormente revisados, como los de Zanetti en Brasil (69%)<sup>8</sup> y Wang en China (71%)<sup>18</sup>, y a su vez dispar con otros, como el anteriormente mencionado de Eizaguirre (85%)<sup>10</sup>. Lo que es común para todos los estudios es la predominancia de la emoción expresada alta sobre la baja.

En contraposición, el componente que mayor prevalencia presentó en esta revisión fue el de Sobreexpresión emocional (63.33% de los encuestados), un dato interesantísimo puesto que no se condice con lo expuesto clásicamente en la literatura, en el que hay una predominancia clara del componente de Crítica (como en Malasia<sup>14</sup> y en México<sup>21</sup>). Esto puede ser interpretado como una característica propia de nuestra población peruana (por idiosincrasia) en comparación a las poblaciones americanas sujetas a estudios previos<sup>16</sup>.

Lo que sí resultó similar a todos los estudios previos revisados fue la corroboración de la relación directa entre niveles altos de EE en el familiar cuidador con un mayor número de hospitalizaciones de su paciente: todos los casos que presentaron más de 7 hospitalizaciones se encontraban en el grupo de familiares con EE alta.

Estudiando cada variable propuesta por este estudio en relación a su configuración como factores de riesgo o no para presentar niveles altos de emoción expresada (con las consecuencias clínicas que acarrea), obtuvimos los siguientes resultados:

Las mujeres son las más propensas a manifestar niveles altos de EE en relación a los varones: con un OR de 2.74 en un análisis de alta significancia ( $p = 0.014$ ), es un factor de riesgo definido y que concuerda con los antecedentes<sup>12</sup>. Cabe resaltar que la mayor parte de los familiares cuidadores estudiados resultaron ser madres (además de padres y hermanos), sin embargo, en el análisis según tipo de cuidador no se realizó una estimación de riesgo por lo que no es posible extrapolar a partir de nuestra data que el ser madre se configure como un factor de riesgo, a pesar de ser descrito claramente en la producción científica previa<sup>10 y 12</sup>.

Los familiares menores de 60 años tienen un riesgo de 6.32 más que aquellos que tienen  $\geq 60$  años. El motivo radica probablemente en que cuidadores más jóvenes tienden a reaccionar (ergo, mayor EE) con mayor intensidad frente a las situaciones expuestas en el instrumento que los cuidadores de mayor edad. Cabe resaltar que en ambos grupos etarios predomina la presencia del componente de sobreexpresión emocional, pero con una presencia importante de la crítica en el conjunto de  $\geq 60$  años. Contrariamente a lo que pudiera pensar, los adultos mayores no resultan ser tan sobreprotectores, si no que manifiestan un mayor componente crítico dada su mayor experiencia con la enfermedad de su familiar. No se han encontrado estudios de referencia con respecto a este punto.

Haber sido diagnosticado de esquizofrenia hace un corto periodo de tiempo ( $\leq 10$  años) representa un factor de riesgo para que los familiares presenten una EE alta (OR = 3.66;  $p = 0.001$ ), en comparación a aquellos pacientes que ya tienen mayor tiempo con el diagnóstico hecho. El fundamento puede explicarse por motivos similares al párrafo anterior, dado que la experiencia y la costumbre de convivir más años con el paciente aminoran la intensidad de las emociones expresadas en todos sus componentes. Nuevamente, en los antecedentes no se ha analizado en profundidad esta variable en específico.

En cuanto a consumo de drogas por parte del paciente, el resultado sorprende, dado que el análisis arroja que el haber sido consumidor representa un factor protector (OR = 0.16;  $p = 0.000$ ) frente a paciente que no han sido consumidores para la presencia de EE alta en familiares. El concepto tal como ha sido relacionado no nos indica que el consumo de drogas sea beneficioso para la evolución del paciente esquizofrénico, si no que pone de manifiesto un fenómeno en el que los familiares no reaccionan con gran intensidad frente a pacientes que se conoce que han probado sustancias ilícitas. Esto va en contra de lo que se puede encontrar escrito en estudios previos (como Delgado en su estudio en el que literalmente se explica que las drogas estimulantes incrementan la vulnerabilidad del esquizofrénico a padecer crisis violentas o psicóticas)<sup>26</sup>, y así, es difícil de interpretar pero puede ser debido a que los cuidadores, sea voluntario o no, presentan mayor resignación frente a las actitudes de sus pacientes.

Una relación que si alcanza interpretaciones similares a lo ya descrito es la de nivel socioeconómico, dado que nuestro estudio parece confirmar que a menor nivel, mayor es el riesgo de presentación de EE alta (OR = 2.22 de nivel C en comparación a nivel B/A;  $p = 0.000$ ). No hay estudios que estimen riesgo o den un valor de OR específico en la población latinoamericana (de ahí el componente innovador de este análisis), sin embargo tanto Rascón en México<sup>12</sup> como Delgado en Perú<sup>26</sup> describen con gran claridad la relación directa entre menor nivel socioeconómico, mayor emoción expresada y mayor número de recaídas.

Los cuidadores con ajuste diádico no adecuado representan un factor de riesgo para la presentación de niveles altos de EE alta, (OR = 3.94,  $p = 0.001$ ). Acorde con el marco teórico previo (el estudio ya mencionado de Eizaguirre es una muestra clara<sup>10</sup>), para nuestra población aquellos familiares que no tienen una buena relación de pareja tienden a reaccionar en mayor medida frente a situaciones de cuidado de pacientes, en este caso, esquizofrenia. Y, en viceversa, aquellos que guardan una mayor armonía de pareja, guardan a su vez, mayor armonía en el cuidado de su familiar.

En síntesis, de los datos descritos, el factor que se manifiesta con mayor riesgo (mayor OR) para presentar EE alta es la edad del cuidador (grupo < 60 años) con gran diferencia; seguido en orden del ajuste diádico y del tiempo de enfermedad del paciente. Se colige a su vez que, en conjunto, los factores del cuidador son los que determinan mayor riesgo para este fenómeno que los factores del mismo paciente.

Cabe resaltar por último la presencia predominante del componente de sobreexpresión emocional para cada variable estudiada, y la casi ausencia del componente de hostilidad, que parece no ser parte del estilo de cuidado de pacientes esquizofrénicos de la población peruana, en contraposición a poblaciones asiáticas<sup>14</sup> y americanas<sup>21</sup>.

El conocimiento de estos factores de riesgo permite incidir sobre ellos en la búsqueda de un tratamiento integral para el paciente esquizofrénico, dado que la enfermedad, como se ha visto, no es afectación exclusiva del paciente, sino de todo su entorno. El control de estos factores (algunos modificables, otros no) permitirá a su vez una mejor evolución del cuadro psiquiátrico y una mayor sensación de bienestar para la familia.

# CAPÍTULO VI: CONCLUSIONES Y

## RECOMENDACIONES

### 6.1 Conclusiones

1. Los factores de riesgo asociados a niveles altos de emoción expresada fueron, en orden descendente según grado de asociación: edad del cuidador menor a 60 años, ajuste diádico no adecuado, tiempo de enfermedad  $\leq 10$  años, sexo mujer del cuidador y pertenecer a un nivel socioeconómico C.
2. Los factores asociados como protectores de presentar niveles altos de emoción expresada fueron el consumo de drogas y la estructura familiar.
3. Las características sociodemográficas de los cuidadores encuestados evidencian que la mayoría de ellos son madres, mayores de 60 años, pertenecientes a familias nucleares y al nivel socioeconómico B.
4. El factor de la familia con mayor asociación a niveles altos de emoción expresada fue la edad del cuidador menor a 60 años.
5. Los componentes de emoción expresada que se presentaron con mayor prevalencia fueron la sobreexpresión emocional y la crítica, predominando el primero incluso en el análisis por cada variable estudiada.
6. El componente de emoción expresada que se presentó con mayor frecuencia relacionado a niveles altos de emoción expresada fue la sobreexpresión emocional.
7. Las madres son los cuidadores primarios informales que presentan con mayor frecuencia niveles altos de emoción expresada.

## 6.2 RECOMENDACIONES

1. Se recomienda realizar posteriormente estudios con mayor cantidad de población a fin de corroborar los hallazgos aquí descritos.
2. Se recomienda también incidir en el porqué de la predominancia del componente de sobreexpresión emocional para nuestra población peruana.
3. Por último, este estudio ha tenido por meta el poder identificar factores de riesgo para que posteriormente se puedan implementar medidas específicas de control para cada una de estas, a través de nuevos análisis y estudios de intervención.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. OMS | Esquizofrenia [Internet]. WHO. [cited 2016 Oct 11]. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs397/es/>
2. Pereyra G. Día de la Salud Mental: una mirada a la esquizofrenia en Perú [Internet]. El Comercio. 2016 [cited 2018 Jun 23]. Available from: <https://elcomercio.pe/lima/dia-salud-mental-mirada-esquizofrenia-peru-263256>
3. Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado - Hideyo Noguchi" [Internet]. [cited 2018 Jun 27]. Available from: <http://www.insm.gob.pe/investigacion/articulos/4.html>
4. Cuestionario Revisado de Emoción Expresada del Familiar (CREEF) [Internet]. Scribd. [cited 2018 Jun 27]. Available from: <https://es.scribd.com/document/329803669/Cuestionario-Revisado-de-Emocion-Expresada-del-Familiar-CREEF>
5. Loayza C, Eny D. Nivel de sobrecarga de los familiares cuidadores de pacientes con esquizofrenia que asisten a un servicio de salud - 2014. Repos Tesis - UNMSM [Internet]. 2015 [cited 2018 Jun 27]; Available from: <http://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/cybertesis/4177>
6. Rascón ML, Caraveo J, Valencia M. Trastornos emocionales, físicos y psiquiátricos en los familiares de pacientes con esquizofrenia en México. *Rev Investig Clínica*. 2010;62(6):509–15.
7. Prioridades Nacionales de Investigación 2015-2021 [Internet]. [cited 2018 Jul 16]. Available from: <http://www.portal.ins.gob.pe/es/prioridades-de-investigacion-en-salud/147-ogitt/investigacion-en-salud/prioridades-de-investigacion-en-salud-2015-2021/71-prioridades-nacionales-de-investigacion-2015-2021>
8. Zanetti ACG, Vedana KGG, Gherardi-Donato EC da S, Galera SAF, Martin I dos S, Tressoldi L de S, et al. Expressed emotion of family members and psychiatric relapses of patients with a diagnosis of schizophrenia. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2018 [cited 2018 Jul 9];52. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S0080-62342018000100416&lng=en&nrm=iso&tlng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0080-62342018000100416&lng=en&nrm=iso&tlng=en)
9. Merchán Gómez PA, Riveros Cruz J. Evaluación de la emoción expresada por familiares de pacientes con diagnóstico de esquizofrenia. 2016

Dec 15 [cited 2019 Jan 23]; Available from: <http://repository.ucc.edu.co/handle/ucc/311>

10. Eizaguirre AE, González PBP, Peláez PG, Mocoroa AS, Martín EG, Barandiarán AA. Emoción expresada y características de personalidad, psicopatológicas y de ajuste diádico en padres de esquizofrénicos. *Psiquis Rev Psiquiatr Psicol Médica Psicosomática*. 2000;21(4):23–33.
11. Espina Eizaguirre A, Pumar González B, Santos Mocoroa A, González Peláez P, García Martín E, Ayerbe Barandirán A. Correlación entre la emoción expresada por padres de esquizofrénicos y su percepción por los hijos. *Rev Asoc Esp Neuropsiquiatría*. 1999 Jan 1;19(71):393-406–406.
12. Rascón G. ML, Gutiérrez L. M de L, Valencia C. M, Murow T. E. Relación entre la emoción expresada por el familiar responsable y la conducta sintomática de pacientes con esquizofrenia, incluido el funcionamiento social. *Salud Ment*. 2008 Jun;31(3):205–12.
13. Jaén I, Cebolla A. Emoción expresada y carga del cuidador en los trastornos de personalidad del grupo B. *Àgora Salut*. 2016 Jan 1;185–94.
14. Roseliza-Murni A, Oei TPS, Fatimah Y, Asmawati D. Schizophrenia relapse in Kuala Lumpur, Malaysia: do relatives' expressed emotion and personality traits matter? *Compr Psychiatry*. 2014 Jan;55(1):188–98.
15. von Polier GG, Meng H, Lambert M, Strauss M, Zarotti G, Karle M, et al. Patterns and correlates of expressed emotion, perceived criticism, and rearing style in first admitted early-onset schizophrenia spectrum disorders. *J Nerv Ment Dis*. 2014 Nov;202(11):783–7.
16. Breitborde NJK, López SR, Aguilera A, Kopelowicz A. Perceptions of Efficacy, Expressed Emotion, and the Course of Schizophrenia. *J Nerv Ment Dis*. 2013 Oct;201(10):833–40.
17. Ayilara O, Ogunwale A, Babalola E. Perceived expressed emotions in relatives of patients with severe mental illness: A comparative study. *Psychiatry Res*. 2017;257:137–43.
18. Wang X, Chen Q, Yang M. Effect of caregivers' expressed emotion on the care burden and rehospitalization rate of schizophrenia. *Patient Prefer Adherence*. 2017 Sep 6;11:1505–11.

19. Sadiq S, Suhail K, Gleeson J, Alvarez-Jimenez M. Expressed emotion and the course of schizophrenia in Pakistan. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2017;52(5):587–93.
20. Gurak K, Weisman de Mamani A. Caregiver Expressed Emotion and Psychiatric Symptoms in African-Americans with Schizophrenia: An Attempt to Understand the Paradoxical Relationship. *Fam Process.* 2017;56(2):476–86.
21. Domínguez-Martínez T, Medina-Pradas C, Kwapil TR, Barrantes-Vidal N. Relatives' illness attributions mediate the association of expressed emotion with early psychosis symptoms and functioning. *Psychiatry Res.* 2014 Aug 15;218(1–2):48–53.
22. García Ramos PR, Moreno Pérez A, Freund Llovera N, Lahera Forteza G. Factores asociados a la Emoción Expresada familiar en la Esquizofrenia: implicaciones terapéuticas. *Rev Asoc Esp Neuropsiquiatría.* 2012 Jan 1;32(116):739–56.
23. Sreeja, Anne J. Family Caregiver Burden in Schizophrenia: A Qualitative Study. *Int J Nurs Educ.* 2013 Jan 1;5:214.
24. Rodríguez DCM. Familiares de esquizofrenicos: vivencias del día a día. Pontificia Universidad Católica de Chile. Escuela de Enfermería, Santiago de Chile; 2000. 177 p.
25. Universidad Católica San Pablo: Eficacia de un programa de intervención psicoeducativo sobre la emoción expresada en cuidadores de pacientes con esquizofrenia [Internet]. [cited 2018 Jul 9]. Available from: <http://repositorio.ucsp.edu.pe/handle/UCSP/15535>
26. Delgado A, María A. Vivencias de la familia frente al cuidado de una persona con esquizofrenia, atendida en el Hospital Hermilio Valdizán, enero-febrero del 2010. *Univ Nac Mayor San Marcos* [Internet]. 2010 [cited 2018 Jul 9]; Available from: <http://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/cybertesis/476>
27. Kaplan HI, Sadock BJ, Grebb JA. Sinopsis de psiquiatría: ciencias de la conducta : psiquiatría clínica. Médica Panamericana; 1997. 1272 p.
28. Saavedra L, Guillermo F. Factores asociados a mayores niveles de carga familiar en cuidadores principales de pacientes con esquizofrenia en actual atención ambulatoria del hospital Victor Larco Herrera. Marzo - Julio 2012. *Univ Nac Mayor San Marcos* [Internet]. 2013 [cited 2018 Jul 16]; Available from: <http://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/cybertesis/463>

29. ¿Qué es la esquizofrenia? | Esquizofrenia24x7 [Internet]. [cited 2019 Jan 8]. Available from: <https://www.esquizofrenia24x7.com/sobre-esquizofrenia>
30. Ruiz Robledillo, Nicolás & Moya-Albiol, Luis. (2012). El cuidado informal: una visión actual. *Revista de Motivación y Emoción*. 1. 22-30.
31. Guarch CV, Ferrera JA. Emoción expresada: Introducción al concepto, evaluación e implicaciones pronósticas y terapéuticas. *Estud Psicol*. 1987;(27):89–109.
32. De la Cruz Vargas JA, Correa Lopez LE, Alatrística Gutierrez de Bambaren M del S, Sanchez Carlessi H, Luna Muñoz C, Loo Valverde M, et al. Promoviendo la investigación en estudiantes de Medicina y elevando la producción científica en las universidades: experiencia del Curso Taller de Titulación por Tesis. *Educ. Médica* [Internet]. 2 de agosto de 2018 [citado 16 de enero de 2019]. Disponible en: <http://www.Sciencedirect.com/science/article/pii/S1575181318302122>
33. Sabatelli R. Exploring Relationship Satisfaction: A Social Exchange Perspective on the Interdependence between Theory, Research, and Practice. *Fam Relat*. 1988 Apr 1;37:217.
34. Díaz V, Viviana K. Ajuste diádico y dependencia emocional en cónyuges de matrimonios jóvenes en Trujillo (Tesis Parcial). *Univ Priv Norte* [Internet]. 2014 Dec 14 [cited 2018 Jul 16]; Available from: <http://repositorio.upn.edu.pe/handle/11537/10092>
35. Ballón H, Jaime A. Autoestima materna y calidad de la relación de pareja en madres de nivel socioeconómico medio-alto de Lima Metropolitana. *Pontif Univ Católica Perú* [Internet]. 2011 Jun 27 [cited 2019 Jan 9]; Available from: <http://tesis.pucp.edu.pe/repositorio//handle/123456789/667>
36. Romero OEV, Romero FMV. Evaluación del nivel socioeconómico: presentación de una escala adaptada en una población de Lambayeque. *Rev Cuerpo Méd Hosp Nac Almanzor Aguinaga Asenjo*. 2013;6(1):41–5.

# ANEXOS

## Anexo 1: Matriz de consistencia

PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES	METODOLOGÍA
<p>La relación entre emoción expresada (EE) y esquizofrenia está bien documentada en la literatura, aludiendo a la presencia de un efecto perjudicial del ambiente familiar sobre la funcionalidad del esquizofrénico, provocando un mayor riesgo para rehospitalizaciones. En este estudio se manifiesta la falta de investigaciones nacionales acerca del tema, evidenciando una necesidad de investigación social y terapéutica para un mejor abordaje del paciente esquizofrénico.</p> <p>El hecho de abordar una patología tan prevalente y relevante en la relación e implicancias con el bienestar familiar y personal del paciente que condicionaría a su vez aspectos como recaídas y número de hospitalizaciones, justifica la relevancia que adopta en el contexto actual.</p> <p>El tema es, por tanto, de interés social y económico para el país y a su vez terapéutico dado que un mayor conocimiento del entorno familiar permitirá un mejor abordaje del paciente esquizofrénico.</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>Determinar los factores asociados a niveles de emoción expresada en familiares de pacientes esquizofrénicos, Hospital E. Rebagliati Martins, Diciembre 2018.</li> <li>Determinar las características sociodemográficas de los pacientes esquizofrénicos y de sus familiares.</li> <li>Identificar los factores de riesgo asociados a niveles de emoción expresada.</li> <li>Identificar los componentes de emoción expresada que se presentan con mayor prevalencia.</li> <li>Identificar los miembros de la familia / cuidadores primarios informales que con mayor frecuencia presentan niveles altos de emoción expresada.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>H1: El factor de la familia con mayor asociación a niveles altos de emoción expresada es el ajuste diádico. Ho: El factor de la familia con mayor asociación a niveles altos de emoción expresada no es el ajuste diádico.</li> <li>H1: El componente de emoción expresada que se presenta con mayor frecuencia relacionado a niveles altos de emoción expresada es el criticismo. Ho: El componente de emoción expresada que se presenta con mayor frecuencia relacionado a niveles altos de emoción expresada es el criticismo.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li><b>Variables independientes:</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>Factores del paciente                             <ol style="list-style-type: none"> <li>Tiempo de Enfermedad</li> <li>Consumo de drogas</li> </ol> </li> <li>Factores de la familia                             <ol style="list-style-type: none"> <li>Sexo del cuidador</li> <li>Tipo de cuidador</li> <li>Edad del cuidador</li> <li>Estructura familiar</li> <li>Nivel socioeconómico</li> <li>Ajuste diádico</li> </ol> </li> </ol> </li> <li><b>Variables dependientes:</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>Nivel de emoción expresada</li> <li>Componente de emoción expresada</li> </ol> </li> </ol>	<p>El presente estudio es de tipo transversal y analítico.</p> <p>A partir de la muestra considerada y tras obtener los datos necesarios, se elaborará en primer lugar tablas y gráficos de medición de frecuencias descriptivas para cada una de las variables consideradas (factores del paciente y de la familia).</p> <p>Posteriormente se realizará tablas de cruce de variables, estableciendo como variable dependiente el nivel de emoción expresada y como independientes las previamente mencionadas. Se medirá el grado de asociación (OR) para cada una de estas, mediante la aplicación del análisis estadístico de Chi cuadrado (para efectos estadísticos, aquellas variables que consten de más de 2 ítems serán dicotomizadas en el análisis).</p> <p>Por último, se contabilizará las frecuencias según componentes de emoción expresada presentados para cada variable independiente.</p>

## Anexo 2: Operacionalización de Variables

Variable	Definición Conceptual	Definición Operacional	Tipo de Variable	Escala de Medición	Indicadores	Valores Finales
Emoción Expresada	Constructo psicosocial que evalúa el clima emocional del entorno familiar al medir el grado en que los miembros de la familia realizan comentarios críticos, hostiles o emocionalmente excesivas (sobreimplicación emocional) cuando se habla del paciente.	Definido a través del Cuestionario Encuesta Evaluación del Nivel de Emoción Expresada.	Categoría Cualitativa	Ordinal	_____	Niveles <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Alta Emoción Expresada: [30 – 64 puntos]</li> <li>▪ Baja Emoción Expresada: [65 – 120 puntos]</li> </ul>
				Nominal		Componentes <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Crítica Percibida</li> <li>▪ Hostilidad</li> <li>▪ Sobreimplicación Emocional</li> </ul>
<b>Factores del Paciente</b>						
Tiempo de Enfermedad	Periodo de tiempo en años que transcurre desde el diagnóstico de enfermedad.	Periodo de tiempo en años que transcurre desde el diagnóstico de enfermedad, agrupado en categorías.	Cualitativa	Ordinal	_____	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ ≤ 10 años</li> <li>▪ &gt; 10 años</li> </ul>
Consumo de drogas	Uso y abuso de drogas por parte del paciente.	Consumo de drogas por parte del paciente referido por el familiar.	Cualitativa	Nominal	_____	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Consumidor</li> <li>▪ No consumidor</li> </ul>
Número de Hospitalizaciones Psiquiátricas	Frecuencia de internamientos que ha tenido el paciente psiquiátrico.	Frecuencia de internamientos que ha tenido el paciente psiquiátrico.	Cualitativa	Ordinal	_____	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ [0 – 3 hosp.]</li> <li>▪ [4 – 6 hosp.]</li> <li>▪ [7 – 10 hosp.]</li> <li>▪ &gt; 10 hosp.</li> </ul>

Factores de la Familia						
Cuidador Primario Informal	Persona responsable de la atención del enfermo. Puede ser un familiar o no.	Persona responsable de la atención del enfermo. Puede ser un familiar o no.	Cualitativa	Nominal	_____	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Padre</li> <li>▪ Madre</li> <li>▪ Hermanos</li> <li>▪ Otros</li> </ul>
Sexo del Cuidador	Condición orgánica de nacimiento que distingue a machos de hembras.	Condición orgánica de nacimiento que distingue a machos de hembras.	Cualitativa	Nominal	_____	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Hombre</li> <li>▪ Mujer</li> </ul>
Grupo Etario del Cuidador	Grupo de edad según años de vida cumplidos por el cuidador primario.	Grupo de edad según años de vida cumplidos por el cuidador primario, definidos según los paquetes de atención integral del MAIS – BFC.	Cualitativa	Ordinal	Años de vida cumplidos	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Adolescente, adulto joven y adulto: &lt; 60 años</li> <li>▪ Adulto Mayor: ≥ 60 años</li> </ul>
Estructura Familiar	Conjunto invisible de demandas funcionales que organizan los modos en que interactúan sus miembros.	Conjunto invisible de demandas funcionales que organizan los modos en que interactúan sus miembros.	Cualitativa	Nominal	_____	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Nuclear</li> <li>▪ Extensa</li> <li>▪ Monoparental</li> <li>▪ Ensamblada (padrastra, madrastra)</li> <li>▪ Otros</li> </ul>
Ajuste Diádico	Procesos necesarios que cada miembro de la diada debe realizar para conseguir una relación funcional y armónica.	Definido a través de la Escala de Ajuste Diádico (DAS)	Cualitativa	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Consenso diádico</li> <li>▪ Satisfacción diádica</li> <li>▪ Cohesión diádica</li> <li>▪ Expresión afectiva</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Ajuste adecuado</li> <li>▪ Ajuste no adecuado</li> </ul>
Nivel Socioeconómico	Monto de remuneración que percibe el familiar a cargo en el momento de ser entrevistado.	Definido a través del instrumento Escala APEIM Modificada 2011 – 2012.	Cualitativa	Ordinal	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Estudios de salud</li> <li>• Salario mensual</li> <li>• Características del Hogar</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ A: &gt; 33 puntos</li> <li>▪ B: 27 – 32 puntos</li> <li>▪ C: 21 – 26 puntos</li> <li>▪ D: 13 – 20 puntos</li> <li>▪ E: 5 – 12 puntos</li> </ul>

## CONSENTIMIENTO INFORMADO

Usted está siendo invitado/a a participar en una investigación sobre aspectos relacionados al cuidado de su paciente esquizofrénico, por lo que se le consultará sobre cómo se siente y piensa acerca de diversas situaciones en su experiencia.

Esta investigación es realizada por el estudiante del último año de Medicina Humana Luis Gabriel Burgos Bustamante, asesorado por la Dra. Beatrice M. Macciota del Departamento de Salud Mental del Hospital Rebagliati.

Si usted decide aceptar, se le solicitará contestar tres encuestas: La primera en relación a situaciones con su paciente, la siguiente acerca de su relación de pareja y la última relacionada al nivel socioeconómico de su hogar.

Su colaboración permitirá obtener valiosa información científica que ayudará a un mejor entendimiento de las emociones y conductas de los cuidadores de pacientes esquizofrénicos.

Recuerde que usted cuenta con los siguientes derechos:

**Anonimato:** Todos los datos que usted ofrezca son absolutamente anónimos, por lo tanto, no habrá manera de identificarla individualmente.

**Participación voluntaria:** Tiene el derecho a abstenerse de participar o incluso de retirarse de esta evaluación cuando lo considere conveniente.

En función a lo leído:

¿Desea participar en la investigación? SI \_\_\_\_ NO \_\_\_\_

## FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Estimado Sr./Sra., este documento ha sido elaborado con el objetivo de recabar información necesaria para el mejor conocimiento de la enfermedad de su paciente.

De antemano se agradece su gentil colaboración. No le tomará muchos minutos.

### 1. DATOS DEL FAMILIAR:

EDAD:

SEXO: M ( ) F ( )

### CUIDADOR PRINCIPAL DEL PACIENTE:

YO ( ) Tipo de relación: \_\_\_\_\_

OTRO ( ) \_\_\_\_\_

### TIPO DE FAMILIA (SEGÚN PERSONAS QUE VIVEN EN CASA):

SOLO PADRE, MADRE Y HERMANOS EN EL HOGAR ( )

ABUELOS EN EL HOGAR ( )

TÍOS O PRIMOS EN EL HOGAR ( )

SOLO PADRE / SOLO MADRE ( )

OTROS ( ) \_\_\_\_\_

### 2. DATOS DEL PACIENTE:

SEXO: M ( ) F ( )

AÑO DE DIAGNÓSTICO DE ESQUIZOFRENIA:

CONSUMO DE DROGAS O SUSTANCIAS ILÍCITAS: SI ( ) NO ( )

NÚMERO DE HOSPITALIZACIONES:

***Gracias por su colaboración.***

## Anexo 5: Cuestionario Encuesta – Evaluación de la Emoción Expresada

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 actúe solo.				

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

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

*Fuente: Guanilo Mesías, J. y Seclen Ubillús, Y. (1993) "Relación que existe entre el nivel de conocimiento acerca de la enfermedad mental y el nivel de emoción expresada en familiares de pacientes esquizofrénicos de consultorios externo Hospital Honorio Delgado".*

## Anexo 6: Escala de Ajuste Diádico (DAS)

Marca con una X el espacio que refleje mejor tu posición actual en cada uno de los siguientes aspectos, en tu relación de pareja.

	siempre de acuerdo	casi siempre de acuerdo	desacuer do ocasional	desacuer do frecuente	casi siempre desacuerdo	siempre desacuer do
1 Manejo de finanzas familiares						
2 Diversiones						
3 Cuestiones religiosas						
4 Demostración de afecto						
5 Amistades						
6 Relaciones sexuales						
7 Convencionalismos (¿Qué es lo correcto o lo incorrecto?)						
8 Filosofía de la vida						
9 Relaciones con suegros						
10 Objetivos, fines, valores						
11 Cantidad de tiempo a pasar juntos						
12 Toma de decisiones importantes						
13 Tareas domésticas						
14 Intereses y actividades a realizar durante el ocio						
15 Decisiones en relación con el trabajo						

	siempre	casi siempre	A menudo	ocasionalm ente	raramente	nunca
16. ¿Con que frecuencia habeis pensado en el divorcio o en la separación?						
17 ¿Con que frecuencia te vas de casa tras una pelea?						

18 ¿Con que frecuencia piensas que las cosas os van bien como pareja?						
19 ¿Confías en tu pareja?						
20 ¿Lamentas el haberte casado?						
21 ¿Con que frecuencia reñís?						
22 ¿Con que frecuencia haceis que el otro pierda los estribos?						

23. ¿Besas a tu pareja?

- Todos los días
- Casi todos los días
- Ocasionalmente
- Raramente
- Nunca

24. ¿Participais juntos en actividades fuera de la pareja?

En todas  casi todas  Algunas  Pocas  Ninguna

¿Con que frecuencia ocurre lo siguiente entre vosotros?

	nunca	menos de una vez al mes	una o dos veces al mes	una o dos veces por semana	una vez al día	Más a menudo
25 Intercambiáis ideas estimulantes						
26. Os reis juntos						
27. Discutís algo con calma						
28. Trabajáis juntos en un proyecto						

En lo que sigue las parejas a veces están de acuerdo y otras en desacuerdo. Indica si en las últimas semanas el desacuerdo en alguno de los puntos siguientes os ha causado problemas: (Contesta Si o No).

29. Estar demasiado cansado/a para hacer el amor si  no

30. Ausencia de demostraciones afectivas si  no

31. Los puntos de las líneas de abajo representan grados diferentes de satisfacción con su relación. Suponiendo que el punto marcado con la palabra "Satisfecho" refleja el grado de satisfacción obtenido por la mayoría de las parejas, rodea con un círculo el punto que mejor refleje tu propio grado de satisfacción.

- Muy insatisfecho
- Bastante insatisfecho
- Un poco insatisfecho
- Satisfecho
- Muy satisfecho
- Extremadamente satisfecho
- Perfecto

32. De las formas que siguen: ¿cuál refleja mejor tu forma de ver el futuro de tu relación?

- Deseo de todo corazón que nuestra relación tenga éxito y haría lo posible porque fuese así
- Deseo muchísimo que nuestra relación tenga éxito y haré lo que pueda para que así sea.
- Deseo mucho que nuestra relación tenga éxito y haré mi parte para que así sea.
- Sería bueno que nuestra relación tuviera éxito, pero no puedo hacer mucho más de lo que ya hago para que así sea.
- Sería bueno que nuestra relación tuviera éxito, pero me niego a hacer más de lo que hago para preservarla.
- Nuestra relación nunca podrá ser un éxito. No hay nada más que yo pueda hacer para preservarla.

*Fuente: Cáceres, J., Herrero, D. E Iraurgi, L. (2013). Características Psicométricas Y Aplicabilidad Clínica De La Escala De Ajuste Diádico En Una Muestra De Parejas Españolas. Behavioral Psychology / Psicología Conductual, 21(3), 545 - 561.*

## Anexo 7: Escala APEIM Modificada 2011-2012

Cód.	ÍTEMS
<b>N1</b>	<b>¿Cuál es el grado de estudios de Padres? Marque con un aspa (X); para ambos padres (M= Madre y P=Padre)</b>
1	Primaria Completa / Incompleta
2	Secundaria Incompleta
3	Secundaria Completa
4	Superior No Universitario (p. ej. Instituto Superior, otros)
5	Estudios Universitarios Incompletos
6	Estudios Universitarios Completos (Bachiller, Titulado)
7	Postgrado
<b>N2</b>	<b>¿A dónde acude el Jefe de Hogar para atención médica cuando él tiene algún problema de salud?</b>
1	Posta médica / farmacia / naturista
2	Hospital del Ministerio de Salud / Hospital de la Solidaridad
3	Seguro Social / Hospital FFAA / Hospital de Policía
4	Médico particular en consultorio
5	Médico particular en clínica privada
<b>N3</b>	<b>¿Cuál de las siguientes categorías se aproxima más al salario mensual de su casa?</b>
1	Menos de 750 soles/mes aproximadamente
2	Entre 750 - 1000 soles/mes aproximadamente
3	1001 - 1500 soles/mes aproximadamente
4	> 1500 soles/mes aproximadamente
<b>N4-A</b>	<b>¿Cuántas habitaciones tienen su hogar, exclusivamente para dormir?</b>
<b>N4-B</b>	<b>¿Cuántas personas viven permanentemente en el hogar? (sin incluir el servicio doméstico)</b>
<b>N5</b>	<b>¿Cuál es el material predominante en los pisos de su vivienda?</b>
1	Tierra / Arena
2	Cemento sin pulir (falso piso)
3	Cemento pulido / Tapizón
4	Mayólica / loseta / cerámicos
5	Parquet / maderapulida / alfombra / mármol / terrazo

Fuente: Vera – Romero, O, Vera – Romero, F. (2013). Evaluación del nivel socioeconómico: presentación de una escala adaptada en una población de Lambayeque. Rev. cuerpo méd. HNAAA 6(1) 2013.