



**EFFECTIVIDAD DE LA TERAPIA FAMILIAR CONDUCTUAL EN  
PERSONAS CON ESQUIZOFRENIA. UN ENSAYO CLÍNICO  
CONTROLADO ALEATORIZADO.**

**DAISY ANGÉLICA VIDAL GUTIÉRREZ**

**FACULTAD DE MEDICINA  
UNIVERSIDAD DE CONCEPCIÓN  
AÑO 2016**

**EFFECTIVIDAD DE LA TERAPIA FAMILIAR CONDUCTUAL EN  
PERSONAS CON ESQUIZOFRENIA. UN ENSAYO CLÍNICO  
CONTROLADO ALEATORIZADO**



**DAISY ANGÉLICA VIDAL GUTIÉRREZ**

**DIRECTOR DE TESIS:**

**SANDRA SALDIVIA BÓRQUEZ**

TESIS PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR EN SALUD MENTAL

**TRIBUNAL DE TESIS**

**Prof. Sandra Saldivia Borquez, Profesor Guía**

Departamento de Psiquiatría y Salud Mental

Facultad de Medicina

Universidad de Concepción

---

Prof. Alejandra Caqueo Urizar,

Departamento de Filosofía y Psicología

Facultad de Ciencias Sociales y Jurídicas

Universidad de Tarapacá

---

Prof. Pamela Grandón Fernández,

Departamento de Psicología

Facultad de Ciencias Sociales

Universidad de Concepción

---

Prof. Benjamín Vicente Parada,

Departamento de Psiquiatría y Salud Mental

Facultad de Medicina

Universidad de Concepción

---

**Prof. Rolando Pihan Vyhmeister**

Sub-Director del Programa

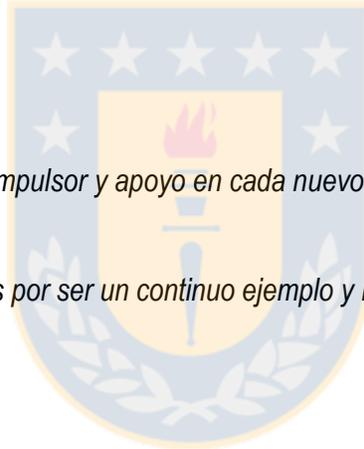
---

## **Dedicatoria**

*Con infinito amor a mis padres, hermano y hermanas, esposo, hijas y hermanas del alma*

### **A mi Madre**

*Que aun cuando no pudo terminar conmigo este proceso y ya no está físicamente conmigo para compartir este logro, sólo espero desde su nueva morada disfrute orgullosa este momento que es parte de su legado de inquietud intelectual, perseverancia y superación que dejó en cada uno de sus cuatro hijos. Te extraño mucho madre querida.*



### **A mi padre**

*Que ha sido siempre un gran impulsor y apoyo en cada nuevo desafío profesional e intelectual de cada uno de sus hijos.  
Gracias por ser un continuo ejemplo y motor y por estar siempre presente.*

### **A mi esposo e hijas**

*Sólo cuando los procesos se viven se logra entender la frase “esto fue un proyecto de familia”.  
Sin duda alguna, sin el apoyo, comprensión, paciencia y sustento de Uds. No lo habría logrado.  
Infinitas gracias a ti mi amor y a mis dos princesas, mis más preciados tesoros de vida.*

### **A mis amigas de siempre, hermanas del alma**

*Amigas mías, gracias por estar siempre, por el impulso, por la confianza, por creer en mí, por estar en los momentos más difíciles, duros y tristes que me ha tocado vivir y también por las alegrías compartidas. Olguita e Isis, infinitas gracias*

## AGRADECIMIENTOS

*En primer lugar, mi mayor reconocimiento y agradecimiento a la Dra. **Sandra Saldivia Bórquez**, directora de esta tesis doctoral. Sin su clara orientación y apoyo este trabajo no hubiera sido posible. Gracias por creer en mí, aceptándome bajo su dirección y por apoyar y orientar mi incipiente idea de proyecto hasta llegar a este momento. Gracias por estar siempre presente, por su permanente y creciente exigencia y rigurosidad metodológica. Le agradezco profundamente el gran apoyo intelectual, compartiendo conmigo generosamente cada idea que pudiera hacer de mi tesis un mejor trabajo, lo que fue un aporte invaluable no solo al desarrollo de ésta, sino también a mi desarrollo como investigadora y académica de mi querida Universidad, en todo sentido fue un gran modelo para mí. El tiempo que estuve bajo su dirección me trajo un sin número de enseñanzas, tanto académicas como personales. Muchas gracias.*

*Gracias a mi querida Universidad de Concepción, a mi Facultad de Ciencias Sociales y muy especialmente a mi Departamento de Trabajo Social que me permitió y entregó los soportes necesarios para embarcarme en este proyecto y poder llegar a feliz término. Sin duda alguna, sin estos respaldos y soportes no habría sido posible. Gracias a cada de las autoridades que en su momento de representación institucional apoyaron y respaldaron mi perfeccionamiento académico.*

*Un especial reconocimiento y agradecimiento a la Dirección del Programa de Doctorado en Salud Mental y a todo su equipo de gestión, cuerpo académico y apoyo administrativo. Las expectativas iniciales que me llevaron a elegir y priorizar mi perfeccionamiento académico en este Programa fueron cubiertas y alcanzadas con creces. Me permitió invaluable aprendizajes, me planteó nuevos desafíos y proyecciones y mucha responsabilidad por intentar responder a las exigencias y expectativas que el Programa deposita en cada uno de sus estudiantes. Su cuerpo académico, de reconocido prestigio permite una formación de excelencia y es un real apoyo y sustento a la formación de profesionales e investigadores de calidad y de líderes comprometidos con la salud mental. El llegar a buen término en este Programa solo permite sentirse muy orgullosa, gratificada y agradecida de haber logrado las expectativas.*

*Especial mención a Pamela Grandón Fernández, psicóloga y académica de la Universidad de Concepción, experta en intervención e investigación en el trabajo con familias de personas con trastornos mentales graves, quien desde un inicio y sin conocerme sustentó y apoyó mi proyecto. Posteriormente y en su compromiso fiel con el tema, de manera desinteresada y en tiempos personales participó en esta investigación durante todo el proceso de diseño, capacitación, entrenamiento y monitoreo de las personas que aplicaron la terapia familiar conductual. Su experiencia, conocimiento, claridad y capacidad, así como su rigurosidad metodológica fueron fundamentales para el logro de la adecuada implementación de la intervención. Muy especialmente reconocer y agradecer su gran generosidad para compartir su tiempo, pero más aún su experiencia y su gran bagaje intelectual e investigativo. Su compromiso con la temática dignifica su quehacer. Muchas gracias.*

*De igual forma agradecer a Carolina Inostroza Rovegno, psicóloga y académica de la Universidad de Concepción, quien en forma totalmente desinteresada y en sus tiempos personales colaboró en mi investigación durante todo el proceso de capacitación, entrenamiento y monitoreo de las personas que aplicaron la terapia. Su apoyo y trayectoria fue fundamental para el logro de una adecuada implementación de la intervención. Muy especialmente, agradecer su tiempo y experiencia destinado a este proyecto, aun cuando ella se encontraba en su propio proyecto doctoral. Muchas gracias.*

*Mi agradecimiento también para todas las personas que de una u otra forma contribuyeron a la hora de elaborar esta tesis, a nadie en especial para que nadie quede fuera. A todos y todas aquellas personas que estuvieron atentas al desenlace de este proceso y que de una u otra forma fueron un impulso e incentivo.*

*Finalmente, mi eterna gratitud y reconocimiento a los y las usuarios del Servicio de Psiquiatría y sus familiares que participaron de esta iniciativa, que creyeron y aceptaron embarcarse y terminar en ella. Sin ellos, nada habría llegado a feliz término. Mi agradecimiento para todos ellos y mi compromiso de continuar en la ruta de favorecer la generación de propuestas que contribuyan cada vez más a una mejor calidad de vida de las personas con trastornos mentales graves y sus familias.*



Este trabajo contó con aporte de la Comisión Nacional de Investigación Científica y Tecnológica en el contexto de Beca CONICYT para estudios de Doctorado Nacional/ 2014-21140167.

<b>Tabla de contenido</b>	<b>Pág.</b>
Indice de Tablas	xi
Indice de Figuras	xiv
Indice de Cuadros	xv
<b>Resumen</b>	xvi
<b>CAPITULO I: FORMULACIÓN DEL PROBLEMA</b>	<b>1</b>
I.1. Formulación del Problema	2
<b>CAPITULO II: MARCO TEÓRICO</b>	<b>7</b>
II.1. Esquizofrenia. Antecedentes	8
II.2. Características clínicas de la esquizofrenia	10
II.3. Diagnóstico de la esquizofrenia	13
II.4. Etiología de la esquizofrenia. Factores de riesgo	17
II.5. Evolución en el abordaje conceptual y terapéutico de la esquizofrenia.	18
II.6. Abordaje terapéutico y adherencia a tratamiento en esquizofrenia.	24
II.7. Modelo de Vulnerabilidad – Estrés	27
II.8. Emoción expresada - E.E.	31
II.9. Intervención familiar en esquizofrenia.	42
II.10. Terapia Familiar Conductual (TFC) en esquizofrenia.	45
II.11. Evidencias de aplicación de las intervenciones familiares en esquizofrenia.	49
<b>CAPITULO III: OBJETIVOS E HIPÓTESIS</b>	<b>59</b>
III.1. Objetivos	60
Objetivo General	60
Objetivos Específicos	60
III.2. Hipótesis	61
	viii

<b>CAPITULO IV: MÉTODO</b>	62
IV.1. Tipo de estudio	63
IV.2. Universo	63
IV.3. Muestra	63
IV.4. Tamaño de la muestra	64
IV.5. Variables de estudio	65
IV.6. Instrumentos	69
IV.7. Procedimiento	75
IV.8. Flujograma	78
IV.9. Procedimiento llevado a cabo para resguardar la fidelidad de la aplicación de instrumentos y aplicación de la TFC en Grupo Tratamiento.	79
IV.10. Descripción de la intervención a implementar en grupo de tratamiento.	80
IV.11. Descripción de la intervención habitual	84
IV.12 Consideraciones éticas.	85
IV.13. Procesamiento y análisis de datos.	86
<b>CAPITULO V: RESULTADOS</b>	89
Resultados	90
V.1. Descripción de la muestra.	91
V.1.a.) Descripción de las personas con esquizofrenia.	91
V.1.b.) Descripción del cuidador principal – familiar.	93
V.2. Análisis de Normalidad para cada una de las variables de resultado.	95
V.3. Estadísticos descriptivos para cada una de las variables de resultado.	96
V.4. Estudio de diferencias entre grupos al momento de la Medición basal.	109
V.5. Prueba de Hipótesis:	111
V.5.1. Prueba de Hipótesis para funcionamiento social.	111
V.5.2. Prueba de hipótesis para sintomatología clínica	113
V.5.3. Prueba de hipótesis para adherencia a tratamiento	116

V.5.4. Prueba de hipótesis para emoción expresada en el cuidador principal.	118
V.6. Tamaño del efecto de la TFC sobre las variables de resultado.	122
V.7. Análisis de los factores sociodemográficos y clínicos asociados a la evolución de las variables de resultado.	123
V.7.1. Estudio de diferencias entre grupos para variables socio demográficas al momento de la medición basal.	123
V.7.2. Factores sociodemográficos y clínicos asociados a evolución en funcionamiento social.	125
V.7.3. Factores sociodemográficos y clínicos asociados a evolución en emoción expresada.	126
V.7.4. Factores sociodemográficos y clínicos asociados a evolución en Sintomatología clínica en esquizofrenia.	127
V.7.5. Factores sociodemográficos y clínicos asociados a evolución en adherencia a tratamiento.	128
V.8. Análisis de los factores sociodemográficos y clínicos asociados a la evolución de variables resultado.	129
V.9. Análisis del impacto del índice “comentarios críticos” de la variable emoción expresada en variables clínicas en la medición basal.	130
<b>CAPITULO VI: DISCUSIÓN, CONCLUSIONES, LIMITACIONES y PROYECCIONES</b>	<b>131</b>
VI.1. Discusión	132
VI.2. Conclusiones	145
VI.3. Limitaciones	146
VI.4. Proyecciones	147
<b>Bibliografía</b>	<b>148</b>
Anexos	166
Anexo 1: Instrumentos	167
Anexo 2: consentimiento Informado	175
Anexo 3: Tablas anexas	181

## INDICE DE TABLAS

<b>Tabla 1</b>	Temporalidad de mediciones	75
<b>Tabla 2</b>	Año de ingreso al Programa GES-Esquizofrenia primer brote, por Grupo control y Grupo Experimental	77
<b>Tabla 3</b>	Características socio demográficas y clínicas de la persona con esquizofrenia	92
<b>Tabla 4</b>	Caracterización socio demográfica del cuidador principal	94
<b>Tabla 5</b>	Test de Shapiro – Wilk para análisis de normalidad de las Variables centrales	95
<b>Tabla 6</b>	Estadísticos descriptivos de la variable funcionamiento social por grupo control y grupo de tratamiento pre – post intervención	97
<b>Tabla 7</b>	Estadísticos descriptivos sintomatología clínica esquizofrenia por el grupo control y grupo de tratamiento pre – post intervención	99
<b>Tabla 8</b>	Estadísticos descriptivos para adherencia a tratamiento por grupo control y grupo de tratamiento pre – post intervención	101
<b>Tabla 9</b>	Emoción expresada como variable dicotómica para el grupo control y grupo de tratamiento para medición pre y post intervención	103
<b>Tabla 10</b>	Correlación sub escalas instrumento Five Minutes Speed Sample pre y post intervención.	104
<b>Tabla 11</b>	Estadísticos descriptivos para EE - Negativa para el grupo control y grupo de tratamiento, pre – post intervención, analizada como variable dimensional	106
<b>Tabla 12</b>	Estadísticos descriptivos emoción expresada positiva por el grupo control y grupo de tratamiento pre–post intervención, analizada como variable dimensional.	108

<b>Tabla 13</b>	T test variables dependientes, por el grupo control y grupo de tratamiento para la medida pre y post intervención.	110
<b>Tabla 14</b>	Prueba de los efectos intra sujetos de la Intervención Familiar Conductual sobre el Funcionamiento Social	111
<b>Tabla 15</b>	Prueba de los efectos inter sujetos de la Intervención Familiar Conductual sobre el Funcionamiento Social	112
<b>Tabla 16</b>	Prueba de los efectos intra sujetos de la Intervención Familiar Conductual sobre sintomatología clínica esquizofrenia	113
<b>Tabla 17</b>	Prueba de los efectos inter sujetos de la Intervención Familiar Conductual sobre Sintomatología Clínica Esquizofrenia	113
<b>Tabla 18</b>	T test sub escalas PANSS para el grupo control y grupo de tratamiento pre y post intervención	115
<b>Tabla 19</b>	Diferencia de Medias pre y post intervención para sub escalas Panss para grupo control y grupo de tratamiento.	116
<b>Tabla 20</b>	Prueba de los efectos intra sujetos de la Intervención Familiar Conductual sobre Adherencia a Tratamiento.	117
<b>Tabla 21</b>	Prueba de los efectos inter sujetos de la Intervención Familiar Conductual sobre Adherencia a Tratamiento.	117
<b>Tabla 22</b>	Prueba de efectos de la Intervención Familiar Conductual Sobre emoción expresada	118
<b>Tabla 23</b>	Prueba de efectos intra sujetos de la Intervención Familiar Conductual sobre Emoción Expresada Negativa	119
<b>Tabla 24</b>	Prueba de los efectos inter sujetos de la Intervención Familiar Conductual sobre Emoción Expresada Negativa.	120
<b>Tabla 25</b>	Prueba de efectos intra sujetos de la Intervención Familiar Conductual sobre Emoción Expresada Positiva.	121

<b>Tabla 26</b>	Prueba de los efectos inter sujetos de la Intervención Familiar Conductual sobre Emoción Expresada Positiva.	121
<b>Tabla 27</b>	Tamaño del efecto (d de Cohen) de la TFC sobre variables de resultado para el grupo de tratamiento en sus mediciones pre y post intervención.	122
<b>Tabla 28</b>	T test variables socio demográficas por Grupo Control y Grupo de tratamiento Pre intervención.	124
<b>Tabla 29</b>	Coefficientes, niveles de significación y correlaciones semiparciales al cuadrado para los resultados de la regresión lineal múltiple sobre los puntajes de la variable funcionamiento social (N=54).	125
<b>Tabla 30</b>	Coefficientes, niveles de significación y correlaciones semi parciales al cuadrado para los resultados de la regresión lineal múltiple sobre los puntajes de la variable emoción expresada (N=54)	126
<b>Tabla 31</b>	Coefficientes, niveles de significación y correlaciones semi parciales al cuadrado para los resultados de la regresión lineal múltiple sobre los puntajes de la variable sintomatología clínica esquizofrenia (N=54).	127
<b>Tabla 32</b>	Coefficientes, niveles de significación y correlaciones semi parciales al cuadrado para los resultados de la regresión lineal múltiple sobre los puntajes de la variable adherencia a tratamiento (N=54).	128
<b>Tabla 33</b>	R de Pearson y p-value para puntajes obtenidos en variables dependientes principales y secundarias, post intervención.	129
<b>Tabla 34</b>	R de Pearson y p-value para el índice “comentarios críticos” de la variable emoción expresada-negativa en las variables clínicas vulnerables para la medida pre intervención.	130

## INDICE DE FIGURAS

<b>Figura 1.</b> Diagrama de flujo del progreso del ensayo clínico controlado aleatorizado	78
<b>Figura 2.</b> Funcionamiento social (PSP) pre y post intervención por el grupo control y grupo tratamiento.	97
<b>Figura 3.</b> Box plot funcionamiento social pre y post intervención (PspA y PspD) para el grupo control y grupo de tratamiento.	98
<b>Figura 4.</b> Sintomatología clínica esquizofrenia (PANSS) pre y post intervención por grupo control y grupo de tratamiento.	100
<b>Figura 5.</b> Box plot sintomatología clínica esquizofrenia pre y post intervención para grupo control y grupo de tratamiento.	100
<b>Figura 6</b> Box plot adherencia a tratamiento pre y post intervención (TotalMgA y TotalMgD) para el grupo control y grupo de tratamiento.	102
<b>Figura 7.</b> Biplot componentes principales emoción expresada según FMSS, pre - post intervención.	105
<b>Figura 8.</b> Emoción expresada – sub escala Negativa (FMSS-Negativa) pre y post intervención por el grupo control y grupo de tratamiento	107
<b>Figura 9.</b> Emoción Expresada – sub escala positiva (FMSS-Positiva) pre y post intervención por el grupo control y grupo de tratamiento.	109
<b>Figura 10.</b> Efecto tiempo X grupo sobre funcionamiento social.	112
<b>Figura 11.</b> Efecto tiempo X grupo sobre sintomatología clínica Esquizofrenia.	114
<b>Figura 12.</b> Efecto tiempo X grupo sobre adherencia a tratamiento	118
<b>Figura 13.</b> Efecto tiempo X grupo sobre emoción expresada–negativa	120
<b>Figura 14.</b> Efecto grupo x tiempo sobre emoción expresada–positiva	122

## INDICE DE CUADROS

<b>Cuadro 1.</b> Criterios Diagnóstico para esquizofrenia – CIE-10	15
<b>Cuadro 2.</b> Criterios Diagnóstico para esquizofrenia – DSM-IV- TR	16
<b>Cuadro 3.</b> Estudios que muestran relación Recaída – EE	34



## RESUMEN

### Antecedentes

En la amplia gama de las patologías mentales, la esquizofrenia constituye un trastorno mental severo, con tendencia a la cronicidad y frecuentemente muy deteriorante. En concordancia con esto, las hipótesis actuales para la comprensión y abordaje del cuadro apuntan hacia un modelo etiológico multifactorial que incluye factores genéticos predisponentes y factores estresantes de índole biológico, psicológico y social. Esta mirada se ha visto fortalecida por el reconocimiento de que, aun cuando los medicamentos han constituido la piedra angular del tratamiento en los últimos 50 años, las evidencias empíricas señalan que otras intervenciones como la rehabilitación y el soporte psicosocial son también relevantes. Existe evidencia de estrategias sustentadas en modelos más globales que se asocian a mejores resultados en el curso de los trastornos mentales graves. En este encuadre, la Terapia Familiar Conductual de Falloon ha sido un modelo de intervención implementado en Europa y algunos países de Asia que ha demostrado eficacia. Se espera probar su efectividad en Chile.

**Objetivo:** El objetivo general del presente estudio fue evaluar la efectividad de la Terapia Familiar Conductual (TFC) respecto de los cuidados usuales, en personas con esquizofrenia en contacto con dispositivos de psiquiatría del nivel secundario de atención del Servicio de Salud Concepción.

**Método.** Estudio cuantitativo, analítico y longitudinal. Asume el diseño de un Ensayo Clínico Controlado Aleatorizado –ECCA- con mediciones antes-después, a dos brazos, con grupos paralelos y ciego simple. El universo estuvo conformado por pacientes con diagnóstico de esquizofrenia atendidos en el Servicio de Psiquiatría del Hospital Clínico Regional Guillermo Grant Benavente del Servicio de Salud de Concepción al mes Octubre de 2014. La población de estudio quedó conformada por 54 personas con esquizofrenia y sus cuidadores principales, asignados mediante procedimiento aleatorio simple a grupo control y grupo

experimental (n=27 para cada grupo). El grupo de intervención recibió Terapia Familiar Conductual (TFC) y el grupo control, se mantuvo con los cuidados usuales. La información recogida fue procesada con Stata (V.11.0). Se evaluó el efecto de la Terapia Familiar Conductual en el funcionamiento social de la persona con esquizofrenia, como variable resultado principal. Como variables de resultado secundarias fueron consideradas la sintomatología clínica y la adherencia en el paciente y la disminución de la emoción expresada en el cuidador principal, a los tres meses de concluida la intervención.

Se empleó “t” de student para muestras independientes en base a un contraste unilateral a fin de indagar sobre la existencia de diferencias estadísticamente significativas entre los dos grupos previo a la intervención. Para evaluar el efecto de la intervención sobre la variable resultado principal y secundarias, se empleó ANOVA de medidas repetidas y se valoró la magnitud del tamaño del efecto. El criterio para determinar la significación estadística de los resultados fue  $\alpha = 0.05$ .

**Resultados:** Se demuestra la efectividad de la Terapia Familiar Conductual en el mejoramiento del funcionamiento social de la persona con esquizofrenia y en la disminución de la emoción expresada en el cuidador principal. Al efectuar el análisis de tamaño de efecto de la TFC sobre las variables de resultado, respecto del grupo de tratamiento, se obtiene un tamaño de efecto grande para el funcionamiento social del paciente ( $d=0,87$ ) y emoción expresada del cuidador ( $d=0,92$ ). Para sintomatología clínica y adherencia a tratamiento se obtiene un efecto pequeño ( $d=0,23$ ), ( $d=0,11$ ), respectivamente.

**Conclusiones:** La implementación de la TFC, como intervención protocolizada y paralela al tratamiento médico habitual, demostró ser una intervención familiar efectiva en el mejoramiento del funcionamiento social de personas con esquizofrenia y en la disminución de emoción expresada en cuidadores principales. Se demostró su efectividad para población chilena en contacto con dispositivos de psiquiatría de nivel secundario.



## **I.1. Formulación del Problema**

La prevención, tratamiento y rehabilitación de las personas que presentan trastornos mentales graves constituye hoy en día un gran desafío; tanto porque cada vez más se convierte en un problema sanitario creciente en todo el mundo, como por la escasa evidencia de efectividad de las intervenciones psicosociales diseñadas e implementadas en los dispositivos de salud.

De acuerdo a cifras proporcionadas por la Organización Mundial de la Salud (OMS), los desórdenes mentales afectan a cerca del 12% de la población mundial: 450 millones de personas sufren de un trastorno mental o de la conducta; más de 150 millones de personas sufren de depresión en un momento dado; cerca de 1 millón se suicidan cada año; alrededor de 25 millones de personas sufren de esquizofrenia; 38 millones están afectadas por la epilepsia; y más de 90 millones sufren de trastornos causados por el uso de alcohol y las drogas; así también se precisa que una de cada cuatro familias tiene por lo menos un miembro afectado por un trastorno mental, siendo los miembros de la familia los cuidadores primarios más frecuentes de las personas con trastornos mentales<sup>1</sup>. A nivel mundial, a las condiciones neuro psiquiátricas se les imputa el 13% de la carga de enfermedad y 28% de los años vividos con discapacidad. Las enfermedades mentales suponen el 40% de las enfermedades crónicas, conformando la mayor fuente de años vividos con discapacidad, siendo el impacto de los trastornos mentales en la calidad de vida superior al de otras enfermedades crónicas como la artritis, la diabetes o las enfermedades cardiacas y respiratorias<sup>2</sup>.

Al analizar el indicador de Carga Global de Enfermedad para Chile, los trastornos neuro psiquiátricos -a través de todos los grupos de edad- se estima que contribuyen con el 31% de los Años de vida Saludables Perdidos (AVISA), uno de los más altos en el mundo. Considerando América Latina y el Caribe, la contribución de este grupo de trastornos a los AVISA alcanza a un 22%, en los Estados Unidos de Norteamérica y Canadá es de un 30%, mientras que en África alcanza sólo a un 5%, en el cercano oriente y el sudeste asiático representan el

11% y en Europa un 20%<sup>3</sup>. Cuatro de las seis causas más frecuentes de AVISA en Chile son depresión, los trastornos debidos al uso de alcohol, la esquizofrenia y el trastorno bipolar<sup>2</sup>.

En lo que respecta específicamente a esquizofrenia, la prevalencia a nivel mundial alcanza a alrededor de un 0,5% de la población mayor de 15 años. De acuerdo a estudios internacionales, la incidencia de la esquizofrenia en Chile se puede proyectar en 12 casos nuevos por cada cien mil habitantes por año<sup>4</sup>. En efecto, el estudio chileno de prevalencia de patología psiquiátrica mostró una prevalencia de vida para esquizofrenia de 0,9% y para seis meses de 0,3%<sup>5</sup>.

Aun cuando la prevalencia para esquizofrenia, comparativamente con otros trastornos puede parecer baja, constituye uno de los problemas de salud que más contribuye a la carga global de enfermedades, producto tanto de su inicio a edades tempranas como por el alto porcentaje de personas afectadas que mantienen alguna sintomatología a lo largo de la vida<sup>6</sup>. Cada una de estas cifras se acompaña de un gran sufrimiento humano. Esta carga creciente implica, además de los costos económicos, un costo enorme en términos de sufrimiento, discapacidad, estigma y discriminación para las personas que presentan esquizofrenia y para sus familiares. La magnitud de la carga real de los trastornos mentales en los miembros de la familia es difícil de evaluar en costos monetarios exactos. Independiente de esto, existe absoluta claridad que los trastornos mentales generan un impacto significativo en la calidad de vida de la persona con esquizofrenia y su familia<sup>1</sup>.

En este contexto, la esquizofrenia constituye un trastorno mental severo, particularmente complejo y necesario de abordar de manera integral. Esto, debido a que la sintomatología clínica lleva asociada una pérdida de autonomía, disminución de la capacidad funcional y un fuerte estigma que genera rechazo social. La tendencia a la cronicidad y la permanente necesidad de atención que requieren pacientes y familiares ocasiona un importante gasto socio sanitario para todos los países<sup>7</sup>, destaca la relevancia de los altos costos indirectos asociados que genera esta enfermedad, considerando que suele aparecer en la juventud, en el momento más activo y productivo de la persona, incapacitándolo

social y laboralmente. De acuerdo al estudio sobre la carga global de las enfermedades de la Organización Mundial de la Salud, la esquizofrenia es una de las enfermedades que mayor discapacidad genera, suponiendo el 1,1% del total de Años de Vida Perdidos Ajustados por Discapacidad (DALYS), siendo la octava causa que más DALYS causa en el mundo en el grupo de edad de 15 a 44 años<sup>3</sup>. El Informe Final del Estudio de Carga de Enfermedad y Carga Atribuible del Ministerio de Salud de Chile<sup>8</sup>, muestra que la esquizofrenia genera, para todas las edades y ambos sexos, el equivalente a 51.624 AVISA, con resultados similares para mujeres y hombres, 25.119 y 26.505, respectivamente.

Ante este panorama, el Plan de Acción sobre Salud Mental 2013-2020 de la OMS/OPS, enfatiza las limitaciones de los sistemas de salud para dar una respuesta adecuada a la carga de los trastornos mentales<sup>9</sup>. El Atlas de Salud Mental de la OMS<sup>10</sup> aporta datos que respaldan esta limitante, enfatizando la distribución inequitativa y el uso ineficiente de los limitados recursos, siendo éstos mayoritariamente asignados a la atención hospitalaria. Una reorientación de este financiamiento hacia servicios de base comunitaria, con abordajes integrales e integración de la salud mental en la atención sanitaria general, permitiría que muchas más personas accedieran a intervenciones integradas y más costo efectivas.

En nuestro país, dada la importancia de los trastornos mentales, durante la década pasada se incorporó al Programa de Garantías Explícitas en Salud – GES- el primer episodio de esquizofrenia. Se incluyen dentro de éste las siguientes categorizaciones: a) Esquizofrenia paranoide b) Esquizofrenia hebefrénica c) Esquizofrenia catatónica d) Esquizofrenia indiferenciada e) Esquizofrenia residual f) Esquizofrenia simple g) Otra Esquizofrenia g) Esquizofrenia sin especificación. El Programa de Garantías Explícitas en Salud garantiza el acceso a la atención, la oportunidad para el diagnóstico y tratamiento y la protección financiera, de acuerdo a las especificaciones indicadas en la guía clínica<sup>11</sup>.

La Estrategia nacional de salud para el cumplimiento de los objetivos sanitarios de la década 2011-2020<sup>12</sup>, considera tres líneas estratégicas a priorizar en relación a esquizofrenia:

- Medición periódica de la prevalencia de los trastornos mentales graves y el nivel de funcionalidad asociado;
- Detección temprana y el tratamiento oportuno, como elementos fundamentales de prevención de la discapacidad originada por los trastornos mentales;
- Abordar la calidad de los tratamientos de personas con Primer Episodio de Esquizofrenia, de personas de 15 y más años con Depresión, y de personas menores de 20 años con consumo perjudicial o dependencia de Alcohol y Drogas.

Para ello se propone aumentar y vigilar el cumplimiento de los estándares propuesto en las guías de práctica clínica correspondientes. Se establece la adherencia al tratamiento como elemento fundamental a seguir y resguardar, considerando que es uno de los factores más importantes para prevenir el deterioro clínico y la discapacidad asociada a los trastornos mentales<sup>12</sup>. La baja adherencia a tratamiento es uno de los principales problemas que se presentan en la actualidad para el adecuado manejo de la esquizofrenia, lo que da lugar a frecuentes recaídas que requieren de continuas hospitalizaciones y que van incrementando progresivamente las dificultades de funcionamiento cotidiano en la persona que presenta la esquizofrenia. Existe evidencia que aún a pesar del tratamiento psicofarmacológico, sigue existiendo entre un 30 y un 40 % de recidivas psicóticas. Lo anterior da cuenta de la necesidad de abordar el tratamiento de la persona que presenta esquizofrenia desde un modelo más integral, especialmente al existir evidencia científica que apunta a que los mejores resultados en el tratamiento de los trastornos mentales graves se encuentran asociados a estrategias que proponen un abordaje integral que incorpore estrategias psicosociales. Una limitante importante para avanzar en

este ámbito está asociado a que la efectividad de las estrategias psicosociales no ha sido aún lo suficientemente demostrada tanto, por carecer ellas de una adecuada estandarización como por las limitaciones en el escaso nivel de comparabilidad en las investigaciones desarrolladas que ha dificultado los meta análisis realizados. Por otra parte, otra limitante importante para nuestro contexto de América Latina, se refiere a que estas estrategias han sido desarrolladas e investigadas a nivel de los países europeos, desconociéndose su aplicación en el contexto latinoamericano.



## **CAPITULO II**



## **II.1. Esquizofrenia. Antecedentes**

Aun cuando los trastornos psicóticos han estado presentes desde los tiempos clásicos, incluida sus representaciones en la literatura; la definición y delimitación de la esquizofrenia como un trastorno discreto es un fenómeno relativamente reciente. Las primeras formulaciones académicas del concepto de esquizofrenia se produjeron a mediados del siglo XIX en la obra de Bénédict Augustin Morel y Karl Kahlbaum. Morel acuñó el término “precoce demence”, para referirse a un trastorno que se observaba en los jóvenes y que se caracterizaba por alteraciones cognitivas y degeneración progresiva. Este concepto general fue muy influyente en todo el siglo XIX y XX y desencadenó los primeros estudios que revelaban la importancia de la familia en las enfermedades mentales, sentando las bases iniciales para examinar el papel de los factores genéticos en la esquizofrenia. Posterior a esto, Kahlbaum puso énfasis en el uso del concepto “curso de la enfermedad”, a diferencia de los síntomas, para definir los trastornos discretos. Se opuso a la idea de que sólo había una forma de enfermedad mental grave y argumentó que varios tipos de trastornos psicóticos podrían ser diferenciados unos de otros sobre la base de cambios en los patrones de los síntomas y la evolución a largo plazo. El concepto moderno de la esquizofrenia se deriva principalmente, a partir de la interacción entre dos grandes clínicos de principios del siglo XX: Emil Kraepelin y Eugen Bleuler. Aun a pesar de que sus ideas fueron anticipadas por Morel y Kahlbaum, fue Emil Kraepelin el primero en dar una descripción detallada de este síndrome y una justificación para su delimitación. Kraepelin destacó las principales características de la enfermedad en el nombre que eligió para ello: era una enfermedad que tiende a comenzar en una edad temprana (precoz) y tener un curso relativamente crónico, caracterizado por el significativo deterioro social y cognitivo ("demencia"). Kraepelin no seleccionó ninguna característica clínica específica como patognómica, pero hizo hincapié en la importancia de varios síntomas como características. Fue Kraepelin quien expuso lo que hoy se conoce como síntomas clínicos negativos y la fragmentación del pensamiento como dos de las principales características de este trastorno<sup>13</sup>.

Bleuler puso de relieve la fragmentación del pensamiento como la característica fundamental de la esquizofrenia y lo designó como el síntoma patognomónico. Declaró explícitamente que este síntoma en particular estaba presente en todos los pacientes con esquizofrenia, y que no se presentaba en otros trastornos. Debido a la importancia otorgada a este síntoma en particular, cambió el nombre de la enfermedad a “esquizofrenia” - fragmentación de la mente- y añadió algunos otros síntomas que también se consideraban de gran importancia. Incluyó la pérdida de la voluntad, el deterioro de la atención, la ambivalencia, el autismo y el embotamiento afectivo y consideró a estos síntomas como secundarios o accesorios, porque tendían a ocurrir en una variedad de otras condiciones, tales como la enfermedad maníaco-depresiva, delirio o demencia<sup>14</sup>.

Durante la mayor parte del siglo XX, la conceptualización y la terminología de Bleuler prevaleció. El énfasis en Bleuler poco a poco comenzó a cambiar en los años 1960 y 1970, cuando surge un énfasis en los síntomas psicóticos floridos, debido a la influencia de Kurt Schneider y la interpretación de su pensamiento por influyentes psiquiatras británicos. Schneider estuvo muy influenciado por la obra de Karl Jaspers, quien exploró la fenomenología y tendió un puente entre la psiquiatría y la filosofía. Schneider, como Bleuler, quiso identificar los síntomas que eran fundamentales y sus ideas se introdujeron en el mundo de los investigadores británicos, comenzando a ejercer una poderosa influencia en el concepto de esquizofrenia. Schneider estuvo profundamente interesado en la experiencia subjetiva de la esquizofrenia, en la comprensión de los procesos psicológicos internos que preocupaban a sus pacientes. Para él, el núcleo fundamental de la enfermedad no eran los síntomas específicos de primer rango en sí mismos, sino más bien el estado interno de sus pacientes, cognitivo y emocional, que se reflejaba en síntomas específicos<sup>13</sup>.

## **II. 2. Características clínicas de la esquizofrenia**

Las características clínicas de la esquizofrenia abarcan una amplia gama de alteraciones de la percepción, el pensamiento, la emoción, la motivación y la actividad motora. Es una enfermedad en la que los episodios de perturbación florida se fijan generalmente en un contexto de sostenida discapacidad. El nivel de los rangos de discapacidad crónica va desde una leve disminución en la capacidad de enfrentar el estrés, a una profunda dificultad para iniciar y organizar la actividad que puede hacer que los pacientes no puedan cuidar de sí mismos<sup>14</sup>.

Se incluyen entre las características clínicas de la esquizofrenia los siguientes trastornos<sup>14</sup>:

### a) Trastornos del pensamiento y la percepción:

- Delirios.
- Alucinaciones, las alucinaciones auditivas son los más frecuentes. Las alucinaciones visuales son menos frecuentes, pero ocurren. Alucinaciones somáticas son también relativamente comunes, y con frecuencia se asocian a una mala interpretación delirante.
- Síntomas de primer rango; Kurt Schneider identificó un conjunto de fenómenos que eran considerados un fuerte indicador de la esquizofrenia en la ausencia de enfermedad cerebral manifiesta. Estos síntomas incluyen alucinaciones de voces comentando sobre las acciones de uno en tercera persona; alucinaciones de voces que les hablan o discuten acerca de uno mismo; pensamiento audible (escuchar los propios pensamientos en voz alta); inserción del pensamiento (pensamientos que se experimentan como que no son de uno mismo); pensamiento de retirada (retirada de los pensamientos de la mente por un agente extraño); pensamientos que se difunden para que sea accesible a los demás; la experiencia de que la propia voluntad es controlada por una influencia ajena; la experiencia de que los actos ejecutados por el propio cuerpo son controlados por un agente externo, en lugar de uno mismo; la experiencia

de que la emoción que no es la suya, y que se atribuye a una influencia externa; pasividad somática, la función del cuerpo es controlado por una influencia externa; la percepción delirante, atribución de un significado totalmente injustificado a una percepción normal.

- Trastornos de la forma y flujo del pensamiento: el discurso de los pacientes con esquizofrenia a menudo es difícil de entender debido a las anomalías de forma de la idea subyacente. Se incluyen aquí una diversidad de alteraciones como el descarrilamiento, desviarse del punto en el libre flujo de la conversación; la tangencialidad de respuestas a las preguntas que están fuera del punto de consulta; la falta de coherencia entre las palabras dentro de una oración que hace que ésta no tenga sentido; las metonimias (inusual uso de las palabras), neologismos (nuevas palabras inventadas por el paciente). También se incluyen los trastornos de pensamiento negativos que conllevan el empobrecimiento del pensamiento: pobreza del lenguaje, en el que se reduce la tasa de producción del habla; la pobreza “de contenidos”, donde la cantidad de información transmitida es relativamente pequeña en proporción al número de palabras pronunciadas; en su forma más severa, el paciente enmudece.
- Insight; se refiere a la falta de conciencia que implica una negativa a aceptar que uno está enfermo y tener en cuenta que los síntomas se deben a la enfermedad.
- Deterioro Cognitivo; en la fase aguda de la enfermedad el deterioro atencional es común y se asocia a menudo con una excitación psicomotriz y/o trastornos del pensamiento formal; aunque también podría reflejar la preocupación por los delirios y las alucinaciones.

#### b) Trastornos de la emoción:

Una amplia gama de trastornos de las emociones se producen en la esquizofrenia, estos incluyen:

- Embotamiento afectivo, se manifiesta como una disminución de respuesta a los problemas emocionales, pérdida de la inflexión vocal y disminución de la expresión facial.
- Afectividad inapropiada, es la expresión de afecto que no es apropiado a las circunstancias. En su forma más severa adopta la forma de la risa hueca que no está relacionado a ningún estímulo aparente.
- La excitación y la depresión. La excitación se manifiesta como irritabilidad, insomnio, agitación e hiperactividad motora. La depresión es también frecuente durante los episodios agudos y es a menudo una característica de la fase prodrómica de la enfermedad.

#### c) Trastornos motores y catatonía:

Las alteraciones sutiles de la coordinación motora son comunes. La catatonía es un concepto que abarca los trastornos de la iniciación u organización del movimiento voluntario o la postura. Los fenómenos catatónicos más característicos son<sup>14</sup>:

- Inmovilidad;
- Posturas;
- Flexibilidad cérea, la persona asume una posición que puede mantener durante un cierto tiempo; al movilizar un miembro de ese paciente, se tiene la sensación de que se estuviera manipulando una “estatua” de cera;
- Negativismo, resistencia sin motivo aparente a toda instrucción o intento de ser movilizado, o movimientos oposicionistas.
- Estereotipias, comportamientos motores repetitivos sin rumbo;
- Amaneramientos extraños, o que aparecen exagerados en la forma, o que se producen fuera del contexto habitual;
- Excitación, actividad motora sin propósito aparente y no influida por estímulos externos.

#### d) Trastornos de la voluntad:

Entre los más incapacitantes de los fenómenos clínicos de la esquizofrenia están los trastornos de la motivación y voluntad. Debido a la enfermedad, muchos pacientes pierden su entusiasmo normal, su energía y su interés por lo que les rodea. Esto implica, con frecuencia, que los pacientes son incapaces de cumplir con sus obligaciones o de llevar una vida social normal <sup>14</sup>.

### ***II. 3. Diagnóstico de la esquizofrenia***

El diagnóstico de la esquizofrenia ha evolucionado de manera sustancial durante los últimos 100 años, desde las primeras descripciones realizadas por Kraepelin y Bleuler, transformándose en una mirada de proceso que continúa en la actualidad. La preocupación de la OMS y las sociedades psiquiátricas, en el sentido de mejorar el diagnóstico y la clasificación de los trastornos mentales, han motivado que las bases conceptuales de las clasificaciones actuales hayan evolucionado notablemente respecto a las de hace unas décadas. Cuando se elaboraron las primeras clasificaciones de enfermedades, hace más de un siglo, su utilidad era exclusivamente administrativa y de obtención de datos para fines estadísticos. Sin embargo, las clasificaciones internacionales actuales pretenden, además de cubrir este objetivo, ayudar a que la investigación clínica, epidemiológica y de utilización de servicios se realice con criterios uniformes, así como dar recomendaciones en la práctica clínica respecto a los elementos semiológicos a tener en cuenta para realizar el diagnóstico. Fruto de este esfuerzo son el DSM-IV y la CIE-10. Las dos grandes asociaciones en materia de salud mental, la Asociación Psiquiátrica Americana -APA- y la Organización Mundial de la Salud -OMS-, han ofertado sistemas de clasificación internacionales, con validez legal y científica reconocida. El capítulo de los trastornos mentales aparece por primera vez cuando la OMS publica la sexta edición de la CIE. A lo largo de los años, el Comité de estadística de la APA junto a otros grupos de trabajo ha ido desarrollando y revisando la clasificación e incorporando criterios de diagnóstico. Así nace el Diagnostic and Statistical

Manual of Mental Disorders (DSM MD), como una variante de la CIE 6, que se publicó en 1952. En la actualidad, este sistema clasificatorio va en su quinta edición (DSM-V). La OMS ha desarrollado la Clasificación Internacional de las Enfermedades y de los Problemas de Salud Relacionados, CIE-10 Revisión. La CIE y el DSM son en la actualidad dos sistemas clasificatorios ampliamente establecidos y utilizados en el ámbito internacional para el diagnóstico de los trastornos mentales de la edad adulta y también de la niñez y adolescencia.

El desarrollo de criterios de diagnóstico para la esquizofrenia también ha tenido ventajas y desventajas. Cuando el DSM-III fue desarrollado originalmente, fue pensado sólo como un "provisional consenso", un acuerdo en relación al criterio clínico. Los criterios fueron creados por un pequeño grupo de expertos que llegaron a una decisión sobre qué incluir sobre la base de una mezcla de experiencia clínica y los datos disponibles en la investigación en ese momento. Los criterios fueron incluidos originalmente para servir como una guía para incluir o excluir casos individuales, y no pretendían constituirse en una descripción completa de la enfermedad. Hoy en día, se les usa en ocasiones como un libro de texto de psiquiatría y los criterios se han convertido en un cosificado con un poder que originalmente no estaba destinado a tener<sup>13</sup>.

A pesar de que las críticas en torno al diagnóstico de la esquizofrenia continúan, la mayoría de los psiquiatras acepta los grandes grupos de criterios diagnósticos, viéndolos como imperfectos pero útiles y, posiblemente, tan adecuados y necesarios como es posible<sup>15</sup>.

Se describen a continuación los criterios diagnósticos para esquizofrenia de acuerdo a CIE – 10 (Cuadro 1) y DSM-IV - TR (Cuadro 2).

Se incorpora la clasificación DSM-IV-TR en razón a que por el periodo considerado para la extracción de la muestra del presente estudio, los diagnósticos de los participantes se encontraban realizados en base a criterios DSM-IV- TR. El DSM-V es publicado en el año 2013.

**Cuadro 1. Criterios Diagnóstico para esquizofrenia – CIE-10<sup>16</sup>**

<p>Síntomas característicos</p> <p>a. Pensamiento eco/de inserción/difusión del pensamiento. b. Delirios de ser controlado c. Voces alucinatorias d. Ideas delirantes persistentes e. Alucinaciones persistentes f. Interpolaciones o bloqueos en el curso del pensamiento, lenguaje divagatorio, disgregado. g. Manifestaciones catatónicas h. Síntomas “negativos”: apatía marcada, empobrecimiento del lenguaje, bloqueo o incongruencia de la respuesta emocional (estas últimas habitualmente conducen a retraimiento social y disminución de la competencia social). Debe quedar claro que estos síntomas no se deben a depresión o a medicación neuroléptica.</p>
<p><u>Pautas para el diagnóstico:</u> Presencia como mínimo de un síntoma muy evidente o dos o más si son menos evidentes, de cualquiera de los grupos del a) al d), o síntomas de por lo menos dos de los grupos del e) al i), claramente presentes la mayor parte del tiempo durante un período de un mes o más.</p> <p><u>Sub tipos:</u> -Esquizofrenia Paranoide; - Esquizofrenia Hebefrénica; - Esquizofrenia Catatónica; - Esquizofrenia Indiferenciada; - Esquizofrenia Simple.</p>

Fuente: elaboración propia

**Cuadro 2. Criterios Diagnóstico para esquizofrenia – DSM-IV- TR<sup>17</sup>**

<p><b><u>A. Síntomas Característicos:</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Ideas delirantes;</li><li>- Alucinaciones;</li><li>- Lenguaje desorganizado; por ejemplo, descarrilamientos frecuentes o incoherencia;</li><li>- Comportamiento catatónico o gravemente desorganizado;</li><li>- Síntomas negativos (reflejan la disminución o ausencia de una función mental normal, pobreza de expresión, aplanamiento afectivo, alergia o abulia).</li></ul> <p><b><u>Pautas para el diagnóstico:</u></b> Dos o más de los síntomas descritos, cada uno de ellos presente durante una parte significativa de un periodo de un mes (o menos si ha sido tratado con éxito).</p> <p>*Nota: sólo se requiere un síntoma del criterio A si las ideas delirantes son extrañas, o si las ideas delirantes consisten en una voz que comenta continuamente los pensamientos o el comportamiento del sujeto, o si dos o más voces conversan entre ellas.</p>
<p><b><u>B. Disfunción social/ laboral:</u></b></p> <p>Durante una parte significativa del tiempo desde el inicio de la alteración, una o más áreas importantes de la actividad, como son el trabajo, las relaciones interpersonales o el cuidado de uno mismo, están claramente por debajo del nivel previo al inicio del trastorno (o, cuando el inicio es en la infancia o la adolescencia, fracaso en cuanto a alcanzar el nivel esperable de rendimiento interpersonal, académico o laboral).</p>
<p><b><u>C. Duración:</u></b></p> <p>Persisten signos continuos de la alteración durante al menos 6 meses. Este periodo de 6 meses debe incluir al menos un mes de síntomas que cumplan el criterio A (o menos si se ha tratado con éxito) y puede incluir los periodos de síntomas prodrómicos y residuales. Durante estos periodos prodrómicos o residuales, los signos de la alteración pueden manifestarse sólo por síntomas negativos o por dos o más síntomas de la lista del criterio A, presentes en forma atenuada (por ejemplo, creencias raras, experiencias perceptivas no habituales).</p>
<p><b><u>D. Exclusión de los trastornos esquizo-afectivo y del estado del ánimo.</u></b></p>
<p><b><u>E. Exclusión de consumo de sustancias y de enfermedad médica.</u></b></p>
<p><b><u>F. Relación con un trastorno generalizado del desarrollo:</u></b> Si hay historia de trastorno autista o de otro trastorno generalizado del desarrollo, el diagnóstico adicional de esquizofrenia sólo se hará si las ideas delirantes o las alucinaciones también se mantienen durante al menos 1 mes (o menos si se han tratado con éxito).</p>

Fuente: elaboración propia

#### ***II.4. Etiología de la Esquizofrenia. Factores de riesgo***

En la etiología de la esquizofrenia, resulta claro que no es posible distinguir una sola causa. Al igual que otros trastornos, como la enfermedad isquémica del corazón y la diabetes mellitus, los resultados de la enfermedad son resultado de una serie de factores de riesgo. Estos pueden ser gruesamente divididos en factores genéticos y ambientales, aunque hay claramente interacciones entre ambos:

- Riesgo genético familiar. El factor de riesgo más importante en esquizofrenia es tener un familiar afectado por el trastorno. Numerosos estudios han mostrado que el riesgo de vida para esquizofrenia en términos generales es en torno al uno por ciento para población general y aumenta a 10 por ciento en familiares de primer grado y cerca del 50 por ciento en personas cuyos padres presentan el trastorno<sup>18</sup>.
- Factores ambientales. Los genes ejercen una probabilidad, más que un efecto determinista en el desarrollo de la esquizofrenia; factores de riesgo medioambientales parecen ser necesarios para que la enfermedad se manifieste en muchos, si no en todos los casos<sup>18</sup>.
- Complicaciones pre y perinatal. Se ha demostrado que los pacientes que sufren de esquizofrenia tienen más probabilidades de haber tenido complicaciones pre o perinatal que los sujetos sanos en la población general, y más probabilidad que pacientes con otros trastornos psiquiátricos<sup>18</sup>.
- Temporada de nacimiento y exposición materna a la infección. Muchos estudios realizados en el hemisferio norte han demostrado que las personas nacidas al final del invierno y la primavera son ligeramente más propensas. Dado que las infecciones, como la gripe respiratoria viral,

tiende a ocurrir en el otoño y el invierno, la infección materna podría proporcionar una explicación<sup>18</sup>.

- Factores de riesgo de la infancia. En la actualidad existe una gran cantidad de evidencia que acredita que una parte de individuos que manifiestan anomalías posteriores, muestran alteraciones en sus primeras etapas del desarrollo<sup>18</sup>.
- Factores de riesgo social y geográfico. Una revisión sistemática de McGrath et al<sup>19</sup> (2004), concluye que la incidencia de esquizofrenia muestra una destacada variación de hasta cinco veces en todo el mundo, y que es alrededor del 40% ciento mayor en hombres que en mujeres. Estudios realizados en 1939, por París y Dunham, en Murray y Castle<sup>18</sup>, informan un exceso de individuos con esquizofrenia en ciertas zonas desfavorecidas del centro de las ciudades. Estos autores sugirieron que el aislamiento social de las personas en los barrios marginales de la ciudad podría precipitar la esquizofrenia. Sin embargo, posteriormente sus resultados fueron interpretados como una consecuencia de la vulnerabilidad social.
- Acontecimientos de la vida. Brown et al<sup>20</sup> reportaron un exceso de acontecimientos vitales estresantes en las tres semanas anteriores a la exacerbación de la sintomatología.

## ***II.5. Evolución en el abordaje conceptual y terapéutico de la esquizofrenia***

Las características clínicas de la esquizofrenia abarcan una amplia gama de alteraciones a nivel de la percepción, del pensamiento, de la emoción, de la motivación y de la actividad motora. Es una enfermedad en la que los episodios de perturbación florida se fijan generalmente en un contexto de sostenida discapacidad. Esta discapacidad crónica puede ir desde una leve disminución en

la capacidad de enfrentar el estrés, a una profunda dificultad para iniciar y organizar la actividad, que impida a los pacientes cuidar de sí mismo<sup>14</sup>. Estas características invalidantes provocan que la persona con esquizofrenia pase a ser dependiente, habitualmente de sus familiares, quienes tienen que asumir su cuidado con la consiguiente repercusión sobre sus propias vidas. El grado de sufrimiento de la familia, los conflictos y las dificultades emocionales, físicas y financieras asociadas ponen de relieve el impacto negativo que la enfermedad genera en el enfermo, su familia y la sociedad.

En el contexto de las reorientaciones para una nueva comprensión y abordaje de la atención de la salud mental. Levav<sup>21</sup> afirma que el abordaje de las patologías psiquiátricas en el pasado se caracterizó por la tendencia a aislar a la persona enferma "perturbada", para "proteger" a la comunidad de conductas impredecibles y "antisociales", favoreciendo el aislamiento de estas personas del resto de los servicios y la comunidad, siendo abordadas estas enfermedades casi exclusivamente desde una óptica biomédica, sustentada fuertemente en la medicación y la contención. En el mismo tenor, Desviat<sup>22</sup> señala que la existencia de una comunidad desinformada y temerosa contribuía a profundizar el aislamiento de la persona enferma, quien, a pesar de no vivir en un asilo, era fuertemente evitada y rechazada por su propia familia y comunidad.

Una ruptura epistemológica importante en el modo de entender la enfermedad mental y por tanto, la forma de abordar los problemas de salud mental en el mundo, fue producto de los procesos de desinstitucionalización y las reformas psiquiátricas que le siguieron. El proceso de desinstitucionalización se inicia en Europa con posterioridad a la 2da Guerra Mundial y tiene sus antecedentes en la sectorización en Francia, la política de centros de salud mental americana y la reforma italiana. Uno de los máximos exponentes de este movimiento fue Franco Basaglia, psiquiatra italiano que promovía un cambio profundo de la atención brindada a la persona con alguna enfermedad mental y que estaba sustentada en dos principios básicos: el respeto a los derechos de estas personas y el desarrollo de un sistema de atención de puertas abiertas<sup>22</sup>.

La desinstitucionalización involucraba, por una parte, un nuevo modo de atención que introducía una nueva cultura sanitaria sobre las intervenciones clínicas, así como sobre la posición de la salud mental en la escala de valores de la población. Por otra parte, implicaba la generación de un nuevo modelo de organización de servicios de salud mental, de manera que favorecer una práctica diferente. En este nuevo modelo, los hospitales psiquiátricos disminuyen su acción asilar y su atención se diversifica; se crean unidades de psiquiatría en hospitales generales de manera de promover la desestigmatización de las personas con alguna enfermedad mental y se incorpora a la psiquiatría al resto de la medicina; se crean, además, centros destinados a favorecer la integración de las personas con esquizofrenia en la comunidad.

En Chile, este proceso se ha desarrollado en los últimos 20 años, con grandes esfuerzos, obteniéndose avances relevantes. Una circunstancia especialmente propicia para su emergencia y desarrollo fue la Conferencia de Caracas realizada en el año 1990. En esa ocasión se aprobó una declaración que promovía un camino técnico, político y jurídico para la reestructuración de la atención psiquiátrica en el continente. En Chile, sus conclusiones resultaron fácilmente compatibles en el plano conceptual y se comenzaron a realizar gradualmente los cambios necesarios para alcanzar los objetivos allí propuestos. El Acuerdo de Santiago, fruto de una Conferencia Nacional realizada en noviembre de 1991, ratificó los acuerdos y el consenso respecto a las propuestas de la reestructuración<sup>23</sup>. Conforme a esto, desde hace algunos años, diversos equipos de salud mental y psiquiatría han hecho énfasis en la meta de la reintegración social de las con alguna enfermedad mental, en la línea de superar paulatinamente el modelo asilar. Se han desarrollado intervenciones que se orientan a disminuir las internaciones, apoyándose en agentes de la comunidad, quienes son capacitados considerando sus peculiaridades sociales y culturales. Sin perjuicio de lo anterior, es también preciso señalar que estos avances en nuestro país, son incipientes y la participación de lo psicosocial se efectúa en ocasiones en estricta subordinación al paradigma biomédico.

Sin desmerecer los logros y ventajas que el proceso de desinstitucionalización implicó para la asunción de un nuevo modelo de abordaje de las enfermedades mentales, también es necesario mencionar que con el cierre de los hospitales psiquiátricos se produjo la llegada precipitada de los pacientes a una comunidad que, en muchas ocasiones, no se encontraba preparada para recibir a las personas con enfermedades mentales. Se estima que entre el 50 y el 90% de los pacientes psiquiátricos crónicos viven con sus familias o parientes<sup>7</sup>.

Por otra parte, desde la mirada de la etiología de las enfermedades mentales, la ausencia de una biopatología que explique unidireccionalmente los trastornos mentales se ha traducido en que la psiquiatría ha debido desarrollar importantes acercamientos y vínculos con las ciencias humanas y sociales, como una forma de enriquecer los modelos de explicación y tratamiento de estas enfermedades. Así, se ha constituido en un marco de particular relevancia para establecer un nexo entre lo biológico, lo psicológico y lo social. Además de considerar los procesos biológicos, es preciso meditar acerca del entorno, las creencias, tradiciones y costumbres que determinan tanto las características individuales de la expresión de enfermedad, como el curso y pronóstico del tratamiento<sup>24</sup>. Awad y Voruganti<sup>7</sup> señalan que aún se desconoce la etiología precisa de la esquizofrenia. Mc Guffin<sup>25</sup>, afirma que el tamaño medio del efecto de los genes en la expresión de la esquizofrenia es grande, explicando el 80% de la varianza, pero aun así, queda entre un 15 y un 20 % sólo explicable por la actuación de factores ambientales. Leff<sup>26</sup> afirma que una aproximación integrada sólo es posible si somos capaces de aceptar que no hay una teoría única que explique el origen de la esquizofrenia. Un acercamiento terapéutico que se limite sólo a lo biológico o sólo a los factores del medio ambiente no puede abarcar la complejidad de la enfermedad y fracasará en el intento de proveer el máximo beneficio posible al paciente.

El acercamiento que el equipo de Leff desarrolló en su unidad de investigación e intervención con familias de personas con esquizofrenia en Inglaterra, estaba basado en un concepto de la esquizofrenia como una enfermedad del cerebro, que torna a quien la sufre excesivamente sensible para

con su medio ambiente social. Para Leff<sup>26</sup>, el término "esquizofrenia" abarca una variedad de condiciones, en algunas de las cuales sobresalen los factores biológicos, mientras que en otras serían las influencias ambientales las que ejercen el efecto predominante. Debido a ello, cada paciente debe ser valorado de modo particular, de acuerdo a la predominancia relativa de contribuciones biológicas o ambientales en su enfermedad.

La conjunción de todas estas nuevas miradas ha ido progresivamente encaminando la tendencia mundial de la psiquiatría moderna hacia un cambio gradual del modelo de atención. En la actualidad, en el ámbito de los trastornos mentales se asumen modelos explicativos y de abordaje más integrales y abarcadores. Se ha ido avanzado desde un modelo exclusivamente biomédico, protector y asistencialista, hacia un modelo social-comunitario, con estrategias orientadas a desarrollar un proceso de rehabilitación y de reinserción familiar y socio-laboral de la persona que presenta la enfermedad. En este modelo, la familia asume un rol protagónico en su rol de cuidador.

En este contexto, estas nuevas miradas han permitido ir plasmando un modelo de base comunitaria que ha traído asociada la casi formalización del papel del cuidador-familiar, que en sus inicios, fue concebido como un ayudante "informal" de los servicios psiquiátricos. Hoy en día, la familia y el papel del cuidador han sido integrados en los planes de tratamiento y en la formulación de políticas. Esta situación es adecuada e ideal, siempre y cuando se den las condiciones para ello. Lo anterior implica que esta familia debe conocer y disponer de estrategias acertadas de convivencia y cuidado con el familiar que presenta esquizofrenia, así como tener una adecuada red de soporte psico-socio-emocional y económico para desarrollar este rol de forma adecuada y no incurrir en sobrecargas que terminen por desequilibrar negativamente a la persona que presenta la patología y a todo el sistema familiar. Cuando la familia enfrenta la tarea del cuidado de una persona con esquizofrenia sin los soportes necesarios, en la mayor parte de las situaciones trae asociada una gran carga familiar, constituyéndose éste en un problema global que ha derivado en la necesidad de desarrollar diversos programas con el propósito de reducir esta carga<sup>27</sup>.

A nivel internacional, el papel de las familias en el cuidado de los enfermos mentales y la carga del cuidador ha sido cada vez más reconocido en una serie de documentos formales de la política de salud en distintos países. En EEUU, el papel de la familia y la carga de la atención han sido incorporados a las directrices de las mejores prácticas en la American Psychiatric Association<sup>28</sup>. De manera similar, la Unión Europea ha diseñado políticas que reconocen el importante papel de las familias en el cuidado de sus miembros con discapacidad, en términos de lo que implica el cuidado a largo plazo y las demandas económicas asociadas<sup>7</sup>. En una serie de países europeos existen legislaciones que proporcionan incentivos para que las familias cuiden de sus pacientes con discapacidades crónicas<sup>29</sup>.

Paralelo a lo anterior, el avance en la investigación clínica permitió el surgimiento de los antipsicóticos de última generación los que se han convertido en la piedra angular de los avances en el tratamiento de las enfermedades mentales y el soporte central de la posibilidad del surgimiento de nuevas y más integrales formas de intervención y mejores expectativas de reinserción para las personas con esquizofrenia. Sin perjuicio de lo anterior, y sin desconocer el rol de los medicamentos en la gestión clínica en los últimos 50 años, las evidencias empíricas señalan que otras intervenciones como la rehabilitación y el soporte familiar y psicosocial aportan de manera relevante a los efectos positivos, tanto en la adherencia a tratamiento como en los resultados obtenidos y en la disminución de posteriores recaídas<sup>30</sup>.

## **II. 6. Abordaje terapéutico y adherencia a tratamiento en esquizofrenia**

En los últimos 50 años se han desarrollado un sin fin de modalidades terapéuticas para las personas con algún tipo de trastorno mental grave, entre ellas se encuentran una gran diversidad de terapias de diversas orientaciones y énfasis. Estas incluyen intervenciones de orientación psicosocial (Bellack y Mueser<sup>31</sup>; Liberman y Corrigan<sup>32</sup>; Penn y Mueser<sup>33</sup>; Wykes et al<sup>34</sup>; Mojtabai et al<sup>35</sup>; Brenner y Pfammatter<sup>36</sup>; Huxley et al<sup>37</sup>; Kopelowicz y Liberman<sup>38</sup>); intervenciones centradas en la terapia de familia (Falloon<sup>39</sup>; Zastowny et al<sup>40</sup>; Sánchez y Mares<sup>41</sup>); otro grupo enfatiza en la emoción expresada (Leff et al<sup>42</sup>, Barrowclough y Tarrier<sup>43</sup>; Kavanagh<sup>44</sup>); las intervenciones psicoeducativas constituyen otro gran grupo que ha alcanzado notorio desarrollo (Veltro<sup>45</sup>, Magliano<sup>46</sup>, Berkowitz et al<sup>47</sup>; Macpherson et al<sup>48</sup>; Fresan<sup>49</sup>; Falloon et al<sup>50</sup>; Hornung et al<sup>51</sup>). En el último tiempo, la musicoterapia ha logrado también un desarrollo relevante<sup>52, 53, 54, 55</sup>.

Todas estas intervenciones han demostrado alguna efectividad en mejorar el funcionamiento social de las personas con esquizofrenia y en la prevención de recaídas y rehospitalizaciones, por lo que su uso ha sido recomendado como complemento al tratamiento con antipsicóticos (Navarro et al<sup>56</sup>; Liberman<sup>57</sup>, Lehman<sup>58</sup>; Kopelowicz et al<sup>38</sup>; Valencia et al<sup>59</sup>).

En Chile, la aplicación del Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría - 2000–2010<sup>60</sup> considera como una de sus prioridades programáticas la atención a las personas con trastornos psiquiátricos graves, especialmente con esquizofrenia.

La atención especializada de personas con esquizofrenia incluye dentro de las prestaciones dirigidas a esta población la consultoría y enlace de salud mental; consulta psiquiátrica; psicodiagnóstico; consulta de salud mental especializada; psicoterapia individual; psicoterapia familiar; intervención psicosocial grupal especializada; día de hospitalización diurna; día cama de

hospitalización; hogar o residencia protegida; visita de salud mental e intervención / actividad comunitaria.

Del mismo modo, el Ministerio de Salud de Chile, en su documento “Orientaciones técnicas para el tratamiento y rehabilitación de las personas afectadas de esquizofrenia”, releva la siguiente clasificación de tratamientos indicados<sup>61</sup>:

- Tratamientos biológicos de la esquizofrenia, los antipsicóticos constituyen el principal tratamiento en esquizofrenia.
- Terapia electro convulsiva: Existe evidencia que esta terapia produce un significativo alivio sintomático en pacientes de menos de un año de evolución, pero sus resultados son modestos en la esquizofrenia de curso crónico<sup>62</sup>.
- Intervenciones Psicosociales:
  - Psicoeducación,
  - Psicoterapia,
  - Intervenciones familiares,
  - Manejo ambiental,
  - Rehabilitación, buscando optimizar el desempeño de roles sociales, familiares, alcanzando una mejor calidad de vida y productividad posible.
  - Entrenamiento en Habilidades Sociales.
  - Rehabilitación laboral,
  - Utilización del tiempo libre para promover la inclusión de la persona en el tejido social con otras formas naturales de asociacionismo.

### ***Adherencia al tratamiento en esquizofrenia***

En la actualidad, uno de los grandes desafíos en el manejo de la esquizofrenia se relaciona con la baja adherencia al tratamiento; no sólo en relación con los medicamentos, sino también con las citas y otras intervenciones terapéuticas, lo que da lugar a frecuentes recaídas que requieren hospitalización,

constituyendo la mayor causa de éstas, con incumplimientos que oscilarían entre el 40% y el 80%<sup>62</sup>.

El problema es atribuible a distintos factores. Entre éstos destacan la información insuficiente facilitada a los enfermos, una alianza terapéutica pobre entre médico y paciente y la falta de comprensión de la propia enfermedad<sup>62</sup>. Además, más del 30 % de los pacientes con esquizofrenia pueden no responder adecuadamente a la medicación estándar<sup>30</sup>. Por otra parte, y a pesar de que ha sido objeto de gran parte de la investigación científica y del avance indiscutible que ha implicado la generación de los antipsicóticos atípicos, se carece a la fecha de un tratamiento curativo; sigue existiendo entre un 30 y un 40 % de recidivas psicóticas, a pesar del tratamiento psicofarmacológico<sup>62</sup>.

En Chile, atendiendo a la carga que las enfermedades mentales significan para el sistema sanitario, la Estrategia Nacional de Salud para el cumplimiento de los Objetivos Sanitarios de la década 2011-2020, establece la adherencia al tratamiento como un elemento fundamental a alcanzar y resguardar, considerando que es uno de los factores más importantes para prevenir el deterioro clínico y la discapacidad asociada a los trastornos mentales. En la actualidad, las hipótesis en relación a la comprensión y abordaje de la esquizofrenia apuntan hacia un modelo etiológico multifactorial que incluye factores genéticos predisponentes y factores estresantes biológicos, psicológicos y sociales. Existe a la fecha suficiente evidencia científica para concluir que existen estrategias sustentadas en modelos más globales, que se asocian a mejores resultados en el curso de los trastornos mentales graves. Éstos se encuentran asociados a métodos integrales en donde los cuidados son proporcionados por equipos multidisciplinarios, integrando a los cuidadores como parte del equipo terapéutico y con una metodología fuertemente sustentada en la psicoeducación y la formación en estrategias de manejo del estrés y la comunicación. En este encuadre, las intervenciones familiares asumen un rol relevante e imprescindible si se aspira a resultados efectivos, asumiendo en consecuencia, el modelo de vulnerabilidad-estrés una gran preponderancia.

## **II. 7. Modelo de Vulnerabilidad – Estrés**

En 1948, Henry Richardson<sup>63</sup> describió el papel del cuidado de la familia en la recuperación de problemas de salud física y mental. Su libro "*Los pacientes tienen familias*", sirvió de referencia a un grupo de psiquiatras y antropólogos sociales del Instituto de Investigación de Palo Alto, en California, y se convirtió en la base del enfoque sistémico en las intervenciones familiares. A diferencia de Richardson, estos profesionales, capacitados en psicoanálisis, postularon que la influencia de la familia era un factor etiológico en los trastornos mentales graves, más que un factor clave en el camino hacia la recuperación. Durante muchos años se pensó que el sistema familiar era la raíz de todo mal y las familias fueron acusadas de abusar inconscientemente de sus hijos a través de una variedad de estrategias de comunicación, tales como la comunicación de doble vínculo o comunicación paradójica<sup>64, 65</sup>. Brown<sup>66</sup>, en el año 1958, tras un año de haber dado de alta a pacientes hospitalizados, evidenció que el índice de recaídas de jóvenes que presentaba esquizofrenia era mayor en aquellos que volvían al hogar paterno, que entre los que vivían solos o con algún hermano. Los datos no se explicaban totalmente por la severidad anterior de la enfermedad, ni por la duración de ésta, ni por las distintas condiciones clínicas tras el alta. La naturaleza y la frecuencia del contacto "cara a cara" del enfermo con sus padres parecían ser la causante de la recaída.

Tiempo después, un equipo de psiquiatras y sociólogos británicos, dirigidos por George Brown comenzaron a estudiar el resultado de la reubicación de residentes de larga duración provenientes de hospitales psiquiátricos en el seno de la comunidad. Ellos lograron precisar que uno de los predictores de éxito del reasentamiento era el ambiente interpersonal de los hogares en donde llegaban a vivir los pacientes. Posteriormente, Vaughn y Leff<sup>67</sup>, compararon los efectos de las actitudes de la familia en las tasas de recaídas de corto plazo en depresión y psicosis, en pacientes ambulatorios que habían mostrado una buena recuperación después del tratamiento hospitalario de urgencia. Estos autores establecieron la existencia de factores familiares como una variable clave en el logro de la recuperación estable de las personas con trastornos mentales graves;

y evidenciaron que el mejor resultado clínico estaba asociado con las manifestaciones de apoyo y calidez emocional que expresaban los familiares hacia el paciente. Robert Lieberman<sup>57</sup> y sus colaboradores se orientaron al estudio de familias que no presentaban comportamientos positivos, para mejorar el pronóstico de los pacientes. Ellos animaron a familiares y pacientes a utilizar habilidades de comunicación eficaces para expresar sus emociones, de una manera no muy diferente a los métodos desarrollados por los sistemas anteriores de terapia familiar.

En 1977, Zubin y Spring<sup>68</sup> enunciaron la Teoría de la Vulnerabilidad, proporcionando las bases hacia un relevante desarrollo científico para la esquizofrenia.

El Modelo de Vulnerabilidad al Estrés aplicado a la esquizofrenia es una formulación teórica sobre el origen de la psicosis que combina múltiples factores causales. Este modelo explicativo parte del supuesto de que existe una predisposición a la psicosis de naturaleza genética o adquirida como consecuencia de un daño cerebral, la que a su vez estará relacionada con el estrés, que actuaría como desencadenante. De esta manera, un paciente biológicamente vulnerable a la esquizofrenia, frente al estrés ambiental, podría llegar a manifestar la enfermedad o una recaída, cuando el estrés sobrepasa un determinado umbral<sup>7</sup>. La hipótesis de la vulnerabilidad asume que el concepto de esquizofrenia no implica un desorden crónico sino una permanente vulnerabilidad a desarrollar dicho desorden.

Zubin y Spring<sup>68</sup> proponen un modelo según el cual el riesgo de esquizofrenia no proviene únicamente de factores genéticos o biológicos, sino que confluyen para su aparición otros cambios de la personalidad y la conducta. Los factores que componen este modelo son:

- Vulnerabilidad, es un rasgo que hace que una persona determinada tenga más probabilidad de padecer un trastorno psiquiátrico;

- Esfuerzo de enfrentamiento, que se debe desarrollar para sobrellevar situaciones vitales, es mayor cuanto más vulnerable se es;
- Competencia, que son las habilidades necesarias para desempeñar roles sociales; es menor en los vulnerables;
- Habilidad de enfrentamiento; también es menor en los más vulnerables.

La hipótesis de la vulnerabilidad – estrés encuentra también respaldo en las teorías del neuro-desarrollo, que proponen un modelo fisiopatológico en el que los componentes genéticos y el estrés se integran en forma interactiva: existiría en pacientes con esquizofrenia una liberación defectuosa de norepinefrina y adrenocorticotrofina en respuesta al estrés físico, y una inadecuada liberación de cortisol frente al estrés ocasionado por factores psicosociales, esto tendría consecuencias sobre la gravedad de la sintomatología manifestada por los pacientes<sup>69</sup>.

Falloon<sup>39</sup> propone importantes precisiones y aportes al Modelo de Vulnerabilidad logrando concluir en sus estudios que cuanto mayor es el nivel de tensión ambiental que con distintos orígenes soporta el paciente, menor intensidad requieren los nuevos acontecimientos vitales que inciden sobre él para desencadenar una experiencia estresante, éstos tendrían un carácter aditivo. Una vez que la suma de ambos ha dado origen al estrés, éste conlleva diversos cambios fisiológicos en el sujeto, que cuando no son muy severos pueden conducir a síntomas tales como tensión muscular, ansiedad, trastornos del sueño y del apetito, entre otros. Estos síntomas inespecíficos pueden servir como señales tanto para el paciente como para sus familiares o personas próximas sobre la inminencia de la exacerbación de la sintomatología psicótica, actuando a modo de pródromos. Si el estrés persiste, el siguiente paso puede ser un brote esquizofrénico. Éste, por sí mismo, aumenta a su vez el estrés para el sujeto, con lo que se crea un círculo vicioso por retroalimentación. Los cambios fisiológicos asociados con el estrés pueden ser atenuados por la administración de neurolepticos. En este sentido, administrar ciertas dosis de medicación

neuroléptica tendría un efecto profiláctico al enlentecer el impacto de los estresores sobre el paciente, dando un mayor margen de tiempo a poder adoptar otros recursos atenuantes y terapéuticos<sup>39</sup>.

En torno al modelo de vulnerabilidad - estrés se enmarca la teoría de la expresividad emocional y las intervenciones familiares encaminadas a reducirla. El estrés que experimenta una familia al vivir con una persona que padece esquizofrenia a menudo puede manifestarse, o bien con frustración y negación de la enfermedad, con expectativas poco realistas, y las consecuentes críticas al comportamiento deficitario del enfermo, que pueden llegar incluso a la hostilidad hacia él; o bien intentando sobre compensar las deficiencias del enfermo con conductas de sobreprotección y actitudes de sobre implicación emocional<sup>70</sup>. Así, las manifestaciones del estrés sobre el clima emocional familiar se denominan expresividad emocional. El objetivo de las intervenciones familiares será entonces disminuir el estrés permanente dentro de la familia, ya no considerado como etiológico, sino como un posible desencadenante de recaídas una vez se ha desarrollado la enfermedad. La convivencia con un enfermo esquizofrénico supone una enorme carga a todos los niveles y su manejo un reto continuo. Las familias generalmente se encuentran desbordadas y precisan de apoyo, ayuda y orientación si se quiere garantizar la salud de todos sus miembros, además de su función como un recurso en la rehabilitación del paciente con esquizofrenia.

Múltiples investigaciones evidencian la relación entre la vulnerabilidad en los pacientes con esquizofrenia y las situaciones de estrés. En poblaciones de personas con esquizofrenia se ha encontrado correlación directa entre número de recaídas y la cantidad de acontecimientos vitales padecidos. Ventura et al<sup>71</sup> demostraron que el lapso que suele mediar entre el acontecimiento estresante y la crisis psicótica suele ser hasta un mes, o eventualmente hasta tres meses y concluyen que estos pacientes tienen, por una parte, mayor exposición al evento estresante y por otra, el estrés los descompensa con mayor facilidad, ya sea con la aparición de una recaída o con la exacerbación de síntomas psicológicos previos o reaparición de otros nuevos, o bien con el desencadenamiento de otra patología. Mueser et al<sup>72</sup>, en un estudio con 275 pacientes con esquizofrenia

informan que un 98% reportó haber experimentado al menos un evento traumático. En esta misma línea del correlato biológico, Jansen et al<sup>73</sup>, encuentran interesantes distinciones en la exposición a distintos tipos de estrés: al estrés físico (ergometría de esfuerzo) las personas con esquizofrenia y los controles dan la misma respuesta de aumento de cortisol; mientras que al estrés psicosocial (hablar en público), los pacientes con esquizofrenia, a diferencia de los controles, dan una respuesta aplanada de cortisol, lo que se relacionaría con conductas evitativas y no afrontativas frente al estrés.

Diversos estudios clínicos han descrito que la administración de citocinas a pacientes con padecimientos como el cáncer y las infecciones virales inducen la aparición de síntomas de tipo psiquiátrico. Esto sugiere que algunos de los síntomas que manifiestan los pacientes como padecimientos psiquiátricos pueden ser secundarios a sus niveles de citosinas circulantes<sup>74</sup>. Olivares et al<sup>75</sup> observan en diferentes estudios que los niveles basales de cortisol aumentan en pacientes con esquizofrenia cuando ellos atraviesan por alguna situación estresante, volviendo estos niveles a su normalidad cuando los factores estresantes se han superado. El ritmo circadiano del cortisol, que normalmente presenta su mayor nivel plasmático alrededor de las 8:00 AM, y un punto más bajo hacia el final de la tarde, se ve alterado en condiciones de estrés en pacientes con esquizofrenia, encontrándose una menor variabilidad entre los niveles máximos y mínimos durante el día.

## ***II. 8. Emoción Expresada – EE.***

Los orígenes del concepto de Emoción Expresada se remontan a la década del 50 con los trabajos seminales de George Brown<sup>76</sup>. En 1956, Brown se unió al Consejo de Investigación Médica de Psiquiatría Social (MRCSP) de Londres, periodo en que la clorpromazina comenzaba a ser utilizada para el tratamiento de pacientes con esquizofrenia<sup>66</sup>. La introducción de este fármaco condujo a la superación de los tiempos de permanencia de los pacientes en condiciones de sintomatología estable en su tratamiento ambulatorio. Sin

embargo, muchos de aquellos pacientes externalizados eran nuevamente reingresados, debido a una nueva recaída sintomática. Para comprender el fundamento de esta recaída, Brown y sus colegas<sup>76</sup> iniciaron un estudio con 229 pacientes dados de alta de hospitales psiquiátricos, 156 de ellos con diagnóstico de esquizofrenia y observaron que el vínculo más fuerte con la recaída y el reingreso, era el tipo de hogar al que los pacientes llegaban al ser dados de alta. Los pacientes que eran dados de alta del hospital para estar con sus padres o esposas eran más propensos a las recaídas y reingresos que aquellos que vivían en casas rurales o sólo con sus hermanos. También encontraron que los pacientes que permanecían con sus madres reducían el riesgo de recaída y readmisión cuando ellos y/o su madre salían a trabajar. Kavanagh<sup>44</sup> revisó 26 estudios sobre EE y encontró que la tasa de recaída fue del 48% promedio para los pacientes que residen con familias de alta EE y 21% para los de familias con baja EE. Un análisis completo realizado por Bebbington y Kuipers<sup>77</sup> de los datos de 1.346 pacientes estableció la relación entre la emoción expresada del cuidador familiar y la recaída, y también el factor de protección de la reducción del contacto cara a cara para los pacientes de familias con alta de emoción expresada.

### ***Componentes de la emoción expresada (EE)***

George Brown delimita el constructo de emoción expresada (EE) en función de cinco elementos<sup>76</sup>:

- Criticismo (CC). Comprende los comentarios críticos: resentimiento, desaprobación o disgusto, dirigidos a conductas del paciente.
- Hostilidad (H). Está presente cuando el familiar desconfirma (rechaza como persona) al paciente.
- Implicación Emocional Excesiva (IEE). Incluye tres tipos de conductas: control excesivo de la conducta del paciente, respuesta emocional exagerada y una conducta de sacrificio y sobreprotección excesivos.

- Comentarios Positivos (CP). Se incluyen las expresiones de valoración o aprecio.
- Calidez (C). Se valoran las manifestaciones de afecto e interés. Se considera el contenido y el tono emocional con que se expresa el familiar.

A fin de validar el constructo y ya desde sus inicios, diversos investigadores intentaron encontrar factores que, relacionados con la EE y/o con la recaída, explicasen por qué no recaen algunos pacientes cuyas familias sí tienen alta EE; o qué factor es el más importante dentro de las recaídas; o finalmente, si la EE fuese un factor dependiente de otros y, por lo tanto, sin valor por sí mismo para producir la recaída.

Tarrier y Turpin<sup>78</sup> realizaron una revisión de estudios intentando encontrar apoyo a su hipótesis de partida: la hiper activación autonómica es un posible factor mediador entre la recaída y las influencias psicosociales, ya sean acontecimientos vitales o emoción expresada. Dicha hipótesis ya había sido enunciada en Clemens y Turpin<sup>79</sup> y Turpin et al<sup>80</sup>. De los estudios que revisaron, concluyeron que la hiper activación del paciente estaba relacionada con una alta EE del familiar; que ante un familiar de baja EE la activación del paciente iba disminuyendo paulatinamente; que en enfermos en remisión, estos efectos eran menores; y que la reacción del paciente ante el familiar era motivada por un efecto global del familiar, más que por una conducta específica de éste. También afirmaron que los acontecimientos vitales aumentaban la activación en el paciente, haciéndolo más reactivo a otras influencias. Leff y Vaughn<sup>81</sup>, concluyeron que los familiares con alta EE se caracterizaban por cólera y/o estrés alto, ansiedad, abierta censura al paciente, marcada intolerancia a los síntomas y los largos períodos de deterioro del paciente. En los hogares con alta emoción expresada, las recaídas de las personas con esquizofrenia a los nueve meses del alta son mucho más frecuentes que en hogares con baja EE.

Los mismos autores<sup>81</sup> señalan que dos factores parecen proteger del efecto negativo de la alta EE: la toma regular de medicación neuroléptica y la

reducción del contacto cara a cara con el familiar alto en EE, a menos de 35 horas semanales. Sin embargo, si al estresor crónico -alta EE- se le suma un estresor agudo -acontecimiento vital estresante- ambas medidas suelen ser insuficientes para prevenir la crisis.

Estudios posteriores han demostrado que la EE es el mejor predictor individual de la recaída en esquizofrenia<sup>82,83</sup> y que el criticismo, la hostilidad y la implicación emocional excesiva son consideradas predictores de recaída<sup>78</sup>.

Algunos de los estudios que replican los resultados de los trabajos de Brown et al<sup>20</sup> y Leff y Vaughn<sup>81</sup> se pueden observar en Cuadro 3.

**Cuadro 3.** Estudios que muestran relación Recaída – EE<sup>85</sup>

Estudio	Lugar	Sujetos	Seguimiento	Recaídas con Alta y Baja EE
Vaughn et al, 1984	Los Ángeles	54	9 meses	56% y 17%
Moline et al, 1985	Chicago	24	12 meses	91% y 31%
Nuechterlein et al, 1986	Los Ángeles	26	12 meses	37% y 0%
Jenkins et al, 1987	California	44	9 meses	59% y 26%
Gutiérrez et al, 1988	Santiago de Compostela	32	18 meses	46% y 5%
Tarrier et al, 1988	Salford	26	9 meses	53% y 20%
Lemos y Muñiz, 1989	Oviedo	72	12 meses	70-87% y 22-32%
Rosworotwska	Cracovia	36	16 meses	60% y 9%
Linszen et al, 1997	Amsterdam	97	12 meses	85% y 6%
Muela y Godoy	Andalucía	22	12 meses	60% y 8%

Fuente: Muela, 2001<sup>85</sup>

Tras estos primeros trabajos, altos niveles de EE familiar se han encontrado repetidamente como predictores de tasas de recaídas en pacientes con esquizofrenia a los nueve y doce meses, posteriores al alta hospitalaria.

Frente a esta evidencia, aparece otra que no reporta esa mayor tasa de recaídas cuando la familia presenta una alta EE.

Köttgen et al<sup>86</sup>, en el estudio de Hamburgo aplicaron un programa de intervención familiar que utilizó como grupos controles uno de alta y otro de baja EE; los porcentajes de recaídas en estos grupos, tras nueve meses de seguimiento fueron 50% en el de alta EE y 55% en el de baja.

Los datos iniciales del estudio de MacMillan et al<sup>87</sup> apuntaron inicialmente en la dirección esperada, recae el 63% de los sujetos cuyas familias eran de alta EE y el 39% de los de baja. Sin embargo, cuando se tuvo en cuenta el cumplimiento irregular de la medicación tras el alta y la distinta duración de la enfermedad entre los pacientes antes del ingreso, no encontraron diferencias significativas entre las tasas de recaídas de alta y baja EE.

Dulz y Hand<sup>88</sup> informaron cifras de recaída de un 58% en los sujetos cuyas familias eran de alta EE y de un 65% en los de baja EE. Vaughn<sup>89</sup> criticó este trabajo argumentando que no todos los pacientes volvían a su casa tras el alta, lo que fue apoyado por Straube y Oades<sup>90</sup>.

Parker et al<sup>91</sup> tampoco encontraron una mayor tasa de recaídas entre los sujetos cuyas familias presentaba alta EE, respecto a quienes presentaban baja EE (48% y 60% respectivamente). Una posible explicación analizada por los autores podría ser atribuida a la forma de evaluar las recaídas durante el seguimiento: hay una evaluación del estado clínico del sujeto un mes después del alta y una segunda evaluación a los ocho meses de seguimiento, lo que genera dos evaluaciones en ocho meses, con lo que el sujeto tendría tiempo suficiente para presentar al menos una recaída tras la primera evaluación y recuperarse, hasta el punto de no mostrar síntomas de ella durante la segunda evaluación. Los propios autores reconocen esta cuestión, pero se justifican afirmando que este es el mismo método utilizado por Brown et al<sup>20</sup> y por Vaughn et al<sup>84</sup> quienes si encontraron predictivo el nivel de EE, sobre las recaídas. Sin embargo, el estudio consideró a un conjunto de pacientes que tras el alta fueron distribuidos en alojamientos independientes y aislados del resto de la familia, lo que también podría haber incidido en la disminución de la tasa de recaídas.

Ni Barrelet et al<sup>92</sup> ni Stirling et al<sup>93</sup> encuentran efecto de la EE sobre las recaídas en personas con esquizofrenia en su primer episodio. Linszen et al<sup>94</sup> separaron de su muestra aquellos sujetos que presentaban su primera admisión, encontraron que la alta EE familiar sí era predictor de la recaída. No obstante, dado que el diagnóstico de la esquizofrenia requiere el cumplimiento de un criterio temporal, al menos seis meses de duración en el DSM-IV<sup>17</sup>, y que los sujetos que participaron en los estudios de Barrelet et al<sup>92</sup> y Stirling et al<sup>93</sup> sufrían todos sus primeros episodios, es probable que el estudio incluyera sujetos cuyo diagnóstico de esquizofrenia no fuera confirmado finalmente.

Brown et al<sup>20</sup> dividieron la muestra de pacientes en esquizofrenia definitiva, posible esquizofrenia y esquizofrenia dudosa, los que sufrieron más recaídas fueron los del primer grupo. En síntesis, aún existe controversia sobre la relación EE-recaída, aunque Linszen et al<sup>94</sup>, en una extensa revisión informan que la mayoría de éstos, la confirma.

Por otra parte, cabe señalar que el hecho de pertenecer a una familia de alta EE no garantiza al paciente con esquizofrenia una recaída. De los trabajos aquí expuestos se desprende que poco menos de la mitad de las personas con esquizofrenia con una familia de alta EE no recaerá durante el período de seguimiento. Este porcentaje es lo suficientemente amplio como para que algunos estudios, independientemente de las críticas metodológicas que puedan haber recibido, no encuentren el efecto que buscaban.

Pese a esto, el nivel de EE familiar continúa siendo el mejor predictor de la recaída en esquizofrenia<sup>83</sup>. De hecho, la importancia de esta variable no está simplemente en la predicción de recaídas, sino en que la alta EE familiar posiblemente cause la recaída en el enfermo<sup>95</sup>. De esta forma, la EE adquiere un valor heurístico añadido: si una alta EE provoca recaídas, disminuir el nivel de EE conllevará una reducción en la tasa de recaídas. En esta hipótesis se basa la mayoría de los actuales programas de intervención familiar en esquizofrenia, que aunque escasos, han mostrado eficacia<sup>96</sup>. Evidencia de ello es el estudio de Andalucía<sup>85</sup>, realizado con una muestra de 26 familias, todas ellas de alta EE (15 en el grupo experimental y 11 en el control), quienes tras 30 sesiones semanales,

15 psicoeducativas y 15 de intervención individualizada, alcanzaron los objetivos de reducir la EE y el estrés familiar y aumentar los conocimientos sobre la enfermedad y mostraron una menor tasa de recaídas en el grupo experimental (20%) que en el control (63,3%).

### ***Relación de la EE con otras variables***

A fin de validar el constructo de Emoción Expresada (EE), desde el principio se pretendió encontrar factores que, relacionados con ella y/o con la recaída, explicasen por qué no recaen algunos pacientes cuyas familias sí tienen alta EE; o, qué factor es el más importante dentro de las recaídas; o si la EE, finalmente, es un factor dependiente de otros y, por lo tanto, sin valor por sí mismo para producir la recaída. A continuación se mencionan los intentos de relacionar la EE y la recaída con diferentes variables.

### ***EE y características de los familiares***

Brown et al<sup>20</sup> fueron los primeros en establecer una relación entre el *aislamiento social de los familiares* de la persona con esquizofrenia y la EE. Para estos autores, los familiares más aislados socialmente mostraban menor tolerancia a los síntomas del enfermo porque dependen de él como soporte emocional; mientras que un número mayor de contactos sociales del familiar, o más personas conviviendo en la casa, disminuirían esta dependencia hacia el paciente, haciendo que se reduzca la EE.

En lo que se refiere a las *características emocionales de los familiares*, Vaughn<sup>98</sup> analiza los contenidos de los comentarios críticos expresados por los familiares respecto al paciente, encontrando que las familias de alta EE poseen menor capacidad de afrontamiento de crisis, se muestran más preocupadas y angustiadas, recalcan el impacto del episodio psicótico más sobre sí mismas que sobre el paciente; y culpabilizan al enfermo de su comportamiento, no considerando que los cambios en su conducta sean consecuencia de "algo", sino más bien una intensificación de defectos previos. Por el contrario, las familias de

baja EE muestran una mejor disposición hacia el enfermo, pues son más tolerantes, afrontan los incidentes con más calma, y consideran que la conducta del paciente es debida a la enfermedad, atribuyendo los problemas que puedan surgir por su causa a ella. En este sentido Brewin et al<sup>99</sup> encuentran que los familiares con alto nivel de criticismo y hostilidad realizan atribuciones con menos elementos causales, más personales, más internas y de mayor control del paciente que las realizadas por los familiares con sobre implicación emocional o con baja EE. Finalmente, Sanger<sup>100</sup> señala que los familiares de alta EE tienden a ser socialmente osados, extrovertidos, ansiosos, vigilantes, orientados hacia el grupo e independientes, mientras que los familiares de baja EE tienden a ser reservados, introvertidos, relajados, acomodaticios y confiados.

Doane et al<sup>101</sup> lograron identificar el *estilo afectivo de los familiares* de personas con esquizofrenia como un importante componente de la EE, encontrando relación entre un estilo afectivo (EA) negativo (evalúa criticismo e intromisión) y las recaídas. En base a la medida del EA negativo presentada por Doane et al<sup>103</sup>, Falloon et al<sup>102</sup> intentaron comprobar si existían características de los familiares relacionadas con la EE, encontrando que la intromisión durante la tarea (por ejemplo preguntar al paciente qué siente, qué piensa, o qué le motiva) se relaciona con altas puntuaciones en sobre implicación emocional; mientras que hacer observaciones críticas durante la tarea se relaciona con un mayor número de comentarios críticos. Miklowitz et al<sup>104</sup> replicaron estos resultados. Valone et al<sup>105</sup> utilizaron una muestra de adolescentes no psicóticos, pero considerados de riesgo para desarrollar esquizofrenia y trastornos asociados; los autores cuestionan que la alta EE presente en un familiar sea atribuida a toda la familia, como tradicionalmente se viene haciendo, pues al tener en cuenta si las familias eran duales de alta EE (tanto el padre como la madre lo eran), duales de baja EE (ambos cónyuges lo son) o mixtas (uno de alta EE y otro de baja), identificaron distintos tipos de EA que diferenciaron al grupo mixto del dual de alta EE. Las familias duales de alta EE mostraban mayor criticismo, tanto benigno como destemplado; mientras que las familias mixtas mostraban criticismo benigno, pero no destemplado. Los autores concluyen que el progenitor de alta

EE aumenta el criticismo benigno, pero la presencia del de baja EE inhibe el destemplado.

### ***EE y características de los pacientes***

Respecto *del sexo* de las personas con esquizofrenia, los datos no son concluyentes. En el estudio de Andalucía<sup>85</sup> se reporta una correlación estadísticamente significativa entre la alta EE y ser varón; Brown et al<sup>20</sup>, Hogarty<sup>106</sup> y Dawson et al<sup>107</sup> informaron también diferencias entre sexos. La posible interpretación de esta asociación no parece clara; sin embargo, se podría sospechar de un componente cultural que explique parte de los hallazgos: las familias pueden depositar mayores esperanzas en los hijos varones (realización de estudios universitarios, continuar con el negocio familiar...), las que se ven frustradas con la aparición de la enfermedad, con lo que se favorecería un mayor nivel de EE. Posiblemente en las familias en las que no exista esta disparidad de expectativas no se mostrarían diferencias entre sexos en el nivel de EE.

En cuanto al *aislamiento social del paciente*, Brown et al<sup>20</sup> señalan que es protector, pero si este aislamiento es excesivo, puede provocar un retroceso en el desarrollo de la enfermedad. Dean y Lin<sup>108</sup> encuentran, sin embargo, que el aislamiento correlaciona con las recaídas, aunque señalan que no es la causa de ellas sino su consecuencia. Para estos autores, la falta de apoyo social aumenta la vulnerabilidad frente a los estresores ambientales y de esta forma explican el mejor pronóstico de la enfermedad en ambientes rurales. Anderson et al<sup>109</sup> encuentran una relación inversa entre la amplitud de la red de apoyo social y la recaída.

El efecto beneficioso de un bajo contacto "cara a cara", inferior a 35 horas semanales, en familias de alta EE parece contradecir las relaciones encontradas entre aislamiento social y recaída, pues en este caso el contacto social reducido no sólo no provoca la recaída sino que la previene. Esta disparidad podría ser explicada teniendo en cuenta que lo contrario de aislamiento no es un contacto social elevado sino un apoyo social elevado, lo que no es equivalente a lo que reciben aquellos pacientes. Sin embargo, la baja EE en la familia asegura al

paciente un ambiente más benévolo de tolerancia y calma, con lo que un contacto elevado sí garantizaría un mayor apoyo social y es un antídoto contra los efectos del aislamiento, previniendo la recaída.

Por otra parte, una serie de estudios con sujetos hispanos no encuentran el efecto protector del bajo contacto "cara a cara" ante las recaídas. Jenkins et al<sup>110</sup> y Karno et al<sup>111</sup>, estudiaron a pacientes mexicanos del sur de California y Lemos y Muñiz<sup>112</sup> lo hicieron con españoles. Para estos últimos, las familias mexicanas son más numerosas que las anglosajonas, por lo que la actitud de alta EE de uno de los familiares hacia el paciente puede verse amortiguada y compensada por la que asume el resto de la familia. Esto quizá sea válido para las familias mejicanas, pero no lo es para las españolas, muy semejantes en el número de sus componentes a las anglosajonas. Otra explicación apunta a que las familias mexicanas tienen un mayor nivel de intercambio emocional entre sus miembros, por lo que la disminución del contacto entre ellos sería tomada como una retirada de atención o incluso como indiferencia de la familia hacia el paciente, algo culturalmente atípico y posiblemente percibida por el enfermo como un elemento perturbador emocional.

### ***Características clínicas de los pacientes y EE***

La evidencia no da cuenta de la existencia de relación entre las características clínicas de las personas con esquizofrenia y la EE. Brown et al<sup>20</sup> y Vaughn et al<sup>67</sup> así lo informaron, lo que fue corroborado por Miklowitz et al<sup>113</sup>. Sin embargo, estos últimos encontraron que cuando los enfermos con familias de alta EE se dividían en función de la medida que más predominase en el índice EE (comentarios críticos o sobre implicación emocional) sí encontraban diferencias referentes a la sintomatología de los enfermos: el grupo con mayor sobre implicación emocional mostraba peor ajuste pre mórbido, más síntomas residuales tras el alta y peor pronóstico, que el grupo con predominio de comentarios críticos.

La ausencia de relación entre las características clínicas de los pacientes y la EE de los familiares es confirmada por Muela y Godoy<sup>85</sup>; sin embargo, sí se obtuvieron correlaciones estadísticamente significativas entre la hostilidad y la duración de la enfermedad y entre la hostilidad y el número de ingresos anteriores. Es decir, que los pacientes que más tiempo llevan enfermos y los que más veces han sido ingresados son los que reciben mayores muestras de hostilidad por parte de sus familias. No obstante, dado el escaso número de sujetos hostiles en el citado estudio y la ausencia de precedentes en la literatura sobre esta relación, estos datos deben tomarse con cautela<sup>85</sup>.

El ***cumplimiento adecuado de la medicación*** estaría relacionado con las recaídas.

El cumplimiento adecuado de la medicación correlacionaría negativamente con la aparición de recaídas de acuerdo a los hallazgos reportados por Hogarty et al<sup>114</sup>; Hogarty et al<sup>115</sup>. Lemos y Muñiz<sup>112</sup> encontraron que incluso una actitud positiva hacia la medicación es considerada una variable que debilitaría la influencia del estrés ambiental. La relación de la medicación regular con la EE y con el contacto "cara a cara" es presentada en el trabajo de Vaughn y Leff<sup>84</sup> tomando los datos de su propia muestra y uniéndolos a los del trabajo de Brown et al<sup>20,75,95</sup>, encontraron que, en familias de alta EE los efectos conjuntos de la toma regular de fármacos y un contacto social reducido anulan la influencia negativa de la alta EE.

## **II.9. Intervención Familiar en Esquizofrenia.**

Históricamente, la esquizofrenia ha sido una de las enfermedades que más comúnmente ha sido abordada por la terapia familiar. Esto encuentra su fundamento en dos aristas. Por una parte, los vínculos de dependencia que los pacientes crean con sus familias, exacerbados a veces como consecuencia de la enfermedad; y por otra, los requerimientos de apoyo de las propias familias ante la carga que genera el cuidado de la persona que presenta la enfermedad en todo el proceso de evolución de ésta.

En los años cincuenta surgen las primeras aproximaciones a la terapia familiar de la mano de autores norteamericanos como Bateson, Lidz, Wynne y Bowen, para quienes la psicosis sería un síntoma de una interacción familiar disfuncional. Más tarde, dos grandes grupos desarrollan la terapia familiar sistémica, el de Milán y el de Heidelberg. En la década de los 60 existían opiniones encontradas en relación a las alteraciones de la comunicación hallada en los padres de personas con esquizofrenia: La esquizofrenia causa la alteración en la comunicación de los padres, versus, ésta última causa la esquizofrenia. A partir de finales de década se comienza a desarrollar investigaciones, con una adecuada metodología, sobre la interacción en estas familias<sup>116</sup>.

Las terapias familiares psicoeducativas han sido mucho más extendidas y evaluadas en la actualidad. Los grupos pioneros en su desarrollo fueron los de Michael Goldstein, Julian Leff, Carol Anderson, Gerard Hogarty e Ian Falloon. Todos ellos se basan en principios similares e intentan prevenir recaídas disminuyendo el estrés familiar. El grupo de Goldstein hace especial hincapié en detectar y prevenir factores de estrés, mientras que la principal aportación de Julian Leff se centra en la disminución de la intensidad de la emoción expresada. Falloon incorpora técnicas conductuales especialmente en resolución de problemas y el equipo de Hogarty añade el entrenamiento en habilidades sociales. Más adelante, Hogarty<sup>117</sup>, ya orientado hacia una intervención individual y no familiar, desarrolla lo que él mismo denomina Terapia Personal donde combina métodos psicoeducativos, con un enfoque cognitivo-conductual,

orientado a la respuesta emocional y cognitiva de la persona ante el estrés, especialmente en los pródromos de la psicosis, para dotar al individuo de estrategias de afrontamiento.

En los años noventa, William McFarlane estudia un modelo psico educativo multifamiliar, en los que incluye varias familias en un grupo, en el que también participan los pacientes, donde el tratamiento consiste en educación, entrenamiento en habilidades sociales y resolución de problemas. Este modelo empieza también a desarrollarse en Europa alentado por los buenos resultados iniciales en Estados Unidos<sup>118,119,180</sup>.

En base a estos estudios pioneros, diferentes modelos han propuesto abordajes familiares específicos para la esquizofrenia, entre los más desarrollados se encuentran el abordaje sistémico, el psico educativo, el conductual y el psicoanalítico, entre los más desarrollados. Se presenta una breve síntesis de cada uno de ellos.

#### 1) Terapia familiar sistémica.

Los primeros trabajos sobre la familia de la persona con esquizofrenia fueron realizados por Bateson<sup>120</sup>, Bowen<sup>121</sup>, Bertalanfy<sup>122</sup> y Watzlawick<sup>123</sup> desde mediados de los años cincuenta se realizaron aplicando la teoría general de sistemas, la teoría de la comunicación humana y la teoría de los tipos lógicos de Russel y Whitehead<sup>124</sup>. La terapia sistémica entiende la esquizofrenia como fruto de una disfunción familiar, corrigiendo la cual desaparecería el cuadro clínico. Dos escuelas de terapia familiar sistémica se han ocupado particularmente de la esquizofrenia: la estratégica de Jay Haley<sup>125</sup> y la de la escuela de Milán, representada por Selvini<sup>126</sup>.

#### 2) Terapia familiar psico pedagógica.

La terapia psicopedagógica se basa en la teoría de la vulnerabilidad al estrés e incide en los estresores agudos (acontecimientos vitales) y, sobre todo, en los crónicos (emoción expresada de los familiares). En la terapia psico pedagógica se rotula al paciente como tal, se entrega información sobre la esquizofrenia y se prescribe medicación, se incluyen intervenciones de terapia

estratégica<sup>125</sup> y estructural<sup>127</sup> y de solución de problemas<sup>39</sup>. Goldstein et al<sup>128</sup> desarrollan un programa de terapia familiar breve, de seis semanas, en que se realizaban sesiones psicoeducativas sobre esquizofrenia y se identificaban los hechos que provocaban estrés en el paciente, para prevenirlos en base a la elaboración de estrategias de resolución de conflictos. Aquí se ubica también el modelo psico educativo de Anderson<sup>109</sup>.

### 3) Terapia familiar múltiple (TFM)

McFarlane y Beels<sup>129</sup> resaltan, como sustento a su propuesta interventiva, cuatro características de las familias: emoción expresada, comunicación desviada, aislamiento familiar y el estigma-carga.

Proponen 4 tipos de TFM, basándose en que el grupo sea cerrado o abierto y la duración breve o extendida:

- TFM de corto plazo y participación abierta: Se usa en las crisis y es educativa.
- TFM de corto plazo y participación cerrada: Se entrega educación sobre la esquizofrenia.
- TFM de largo plazo y participación abierta: En ésta, los "veteranos ayudan a los "novatos".
- TFM de largo plazo y participación cerrada: Es recomendada para los pacientes crónicos.

### 4) Paquete de intervenciones sociales de Leff.

Los trabajos realizados sobre la expresión de emociones<sup>20,76,82,83,84,95</sup> habían establecido que las recaídas eran más probables cuando los pacientes vivían con familiares excesivamente críticos y/o que mostraban una implicación emocional excesiva<sup>130</sup>. Leff et al<sup>82</sup> desarrollaron una gama de estrategias dirigidas a bajar el nivel de Emoción Expresada y el contacto por debajo de 35 horas semanales, para reducir la tasa de recaídas. Este modelo de intervención se orienta prioritariamente a los familiares, designados como de alta emoción expresada y de alto contacto con los pacientes, pero sin incluir la presencia de estos últimos.

La intervención se organizaba en base a tres elementos: Un programa educativo, un grupo de familiares y sesiones de terapia familiar.

#### 5) Terapia familiar psicoanalítica.

En este modelo terapéutico, la esquizofrenia es vista como el resultado de una interacción familiar disfuncional, en la que la persona con esquizofrenia, o está vinculado afectiva (dependencia), cognitiva (atribución de debilidad o maldad) y lealmente (culpa por la separación) con la familia, o se le delega un rol necesario para la familia y se le culpabiliza si no lo cumple<sup>116</sup>.

#### 6) La intervención cognitivo–conductual de Tarrier

El elemento central de la intervención son las necesidades individuales y colectivas de los miembros de la familia, además de la reducción de la emoción expresada<sup>131</sup>.

#### 7) Terapia familiar conductual

La terapia de comportamiento o terapia de la conducta es un acercamiento a la psicoterapia en el conductismo; tradición que se centra en un conjunto de métodos diseñados para reforzar la conducta deseada y eliminar la no deseada, sin preocuparse de los elementos psicoanalíticos involucrados. En su sentido más amplio, los métodos se centran en los comportamientos y no en los pensamientos y emociones que la pueden estar causando<sup>132</sup>.

### ***II.10. Terapia Familiar Conductual (TFC) en esquizofrenia.***

En 1984, Ian Falloon<sup>39</sup> y sus colegas publicaron los resultados generales de una intervención en familias de personas con esquizofrenia, que ellos pasaron a denominar Terapia Conductual Familiar. Esta designación implicaba que la base del trabajo era la familia en su conjunto, lo que implicaba la inclusión de todos los elementos disponibles en las sesiones, incluyendo a la persona con la enfermedad psicótica. El encuentro de Falloon y Liberman en la década de los 70, juega un papel decisivo en la génesis de la TFC. La experiencia combinada

de ambos condujo a los estudios sistemáticos de la terapia multifamiliar – trabajo con las familias consideradas cada una de ellas como una unidad, en combinación con la capacitación sistemática en habilidades sociales de los pacientes<sup>133,134</sup>. En el desarrollo de este proceso, y en la intención de querer aislar los componentes más eficientes para la intervención con la familia, Ian Falloon ideó un modelo de intervención que se centraba en el desarrollo de la capacidad de resolver los problemas de cada familia por separado, y no en grupos multifamiliares. Así, las intervenciones para las familias de los pacientes psicóticos, u otro trastorno mental grave, inspiradas en la técnica de Falloon, se adscriben a la expresión ya consagrada en la literatura, como Terapia Familiar Conductual, y no como intervenciones psicoeducativas unifamiliares comportamentales.

### ***Sustento teórico de la TFC***

El marco conceptual de la TFC consiste en el reconocimiento de la esquizofrenia como una enfermedad de origen biológico, en la que los factores psicosociales, especialmente familiares, asumen relevancia en las recaídas y pronóstico de la enfermedad. Así, la terapia del comportamiento o terapia de la conducta es un acercamiento a la psicoterapia con base en el conductismo. Esta se centra en un conjunto de métodos diseñados para reforzar la conducta deseada y eliminar la no deseada, sin preocuparse de los elementos psicodinámicos involucrados. En el sentido más amplio, se centra en los comportamientos y no en los pensamientos y emociones a la base<sup>132</sup>.

La TFC tiene su sustento clave en la teoría del aprendizaje social, explicando su efecto a través de la teoría de la vulnerabilidad al estrés, mediante los conceptos de la comunicación desviada (CD), los estilos afectivos (AS) y la emoción expresada (EE). La TFC aplica técnicas conductuales directivas y altamente estructuradas de desarrollo de habilidades, como la evaluación de las capacidades y déficit de cada miembro de la familia y del grupo familiar en su conjunto, educación, práctica repetida, formulación de objetivos, modelado, ensayo conductual, reforzamiento y asignación de tareas para casa. Por medio

de la aplicación de técnicas conductuales, intenta reducir los estresores familiares y entrenar a la persona con esquizofrenia para que logre desenvolverse en el medio social tolerando los acontecimientos vitales estresantes, así como para ayudar a los familiares a utilizar procedimientos que faciliten la mutua expresión de necesidades y orientarles en la resolución de los problemas cotidianos y en la consecución de sus metas personales. Todo ello, combinado con psicofármacos para proporcionar un plan integral de cuidados que pretende como objetivos centrales la reducción del estrés y de la carga familiar, la estabilización sintomatológica y la colaboración activa del paciente y de su familia con el equipo de salud<sup>64</sup>.

En la TFC, la emoción expresada (EE), asume un rol central en el ámbito de la intervención en esquizofrenia, no sólo por ser el mejor predictor de recaídas, sino también, por permitir una intervención psicológica directa en la familia, reduciendo el nivel de EE se consigue una mejoría del enfermo y un mejor clima emocional familiar<sup>85</sup>. Se reconoce la dificultad de las familias por mantener o adoptar estrategias de afrontamiento adecuadas en circunstancias adversas y se postula que, si es posible proveer a cada miembro de la familia de un aumento de las habilidades relacionales, la capacidad de reaccionar sistémicamente a las mismas circunstancias se verá reforzada.

El objetivo de la TFC se centra en proporcionar a las familias conocimiento sobre la enfermedad psicótica y mejorar las habilidades de comunicación y de resolución de problemas, facilitando el manejo del estrés en la vida cotidiana y las crisis accidentales. Se trata de una intervención focal, de duración limitada y con objetivos bien definidos, guiada por la evaluación funcional de la familia<sup>134</sup>.

La TFC no pretende intervenir ni modificar directamente aspectos estructurales de la familia, los eventuales cambios en este aspecto pueden ser determinados o no, secundariamente por el propio sistema familiar, a través de la integración de las habilidades desarrolladas. Del mismo modo, no es prioridad de la TFC ayudar a la familia a resolver problemas concretos, la idea es

proporcionar al sistema familiar las habilidades, el terapeuta se sitúa pedagógicamente como facilitador de la autonomía de la familia. Así, el terapeuta es directivo sólo en la medida que contribuye a desarrollar habilidades comportamentales que están en déficit y el comportamiento en el déficit; evitando involucrarse en el sistema familiar, especialmente en la toma de decisiones concretas. Por último, la responsabilidad terapéutica es asumida por todos los miembros de la familia<sup>134</sup>.

El método TFC fue originalmente validado por Falloon para familias de personas con enfermedad psicótica, en particular con diagnóstico de esquizofrenia, y es en este contexto clínico en donde ha sido más ampliamente aplicada. No obstante, se ha utilizado en las familias de las personas con otras enfermedades, en particular, en los trastornos del ánimo (depresión mayor, distimia, trastorno bipolar). Falloon también lo aplicó en familias de pacientes con depresión, con los que trabajó inicialmente<sup>134</sup>.

Pragmáticamente, se considera, que podrían ser beneficiadas aquellas familias que presentan algunas de las siguientes características, muchas veces asociadas a alta EE<sup>135</sup>.

- La persona con esquizofrenia presenta recaídas frecuentes, más de una recaída al año, a pesar de cumplir un tratamiento farmacológico adecuado.
- La persona con esquizofrenia vive con un solo familiar, generalmente la madre.
- Presencia de conflictos familiares frecuentes.
- Se observan múltiples solicitudes de ayuda en servicios externos fuera del ámbito regular de consultas.

Los criterios para la implementación de esta forma de terapia no son rígidos, y no difieren sustancialmente de los que se aplican en otras intervenciones familiares en el área.

## ***II.11. Evidencias de aplicación de las intervenciones familiares en esquizofrenia.***

Existe a la fecha una amplia gama de estudios que se han orientado a indagar acerca del impacto que las intervenciones familiares puedan tener sobre la persona con esquizofrenia, como también respecto de aquellos efectos asociados al cuidador familiar más cercano. Se presentan a continuación en orden cronológico los estudios que aportan evidencia relevante asociada a esta investigación.

Goldstein et al<sup>136</sup> en el año 1978 en un estudio realizado con 104 pacientes con esquizofrenia, primer episodio, desarrollaron con ellos un programa que consistía en seis sesiones breves realizadas una vez a la semana y que estaban orientadas a la resolución de crisis, educación, aceptación y planificación del futuro. Los participantes permanecieron con tratamiento farmacológico. A los seis meses encontraron tasas de recaídas más bajas.

En 1982, en el estudio de California-USC, Falloon et al<sup>137</sup> desarrollaron un estudio con 36 personas con esquizofrenia que vivían con familiares de alta EE y que aceptaron participar de un programa de TFC desarrollado en base a sesiones semanales durante tres meses y seis meses de seguimiento. Las familias fueron asignadas al azar a un grupo experimental de TFC y a un grupo control de psicoterapia individual de apoyo. La tasa de recaídas del grupo índice fue significativamente más baja a los nueve meses que la del grupo control, presentando, además, más pacientes en remisión (44% frente a 77,7%), y una mayor permanencia en comunidad. A los dos años, se mantuvieron las diferencias en las recaídas. Encontraron además mejor funcionamiento social del paciente y reducción de la carga familiar en cuidador.

El grupo de Camberwell en Londres, liderados por Leff<sup>82,83</sup> se propusieron reducir el nivel de EE de los familiares y/o el tiempo de contacto cara a cara entre el paciente y familiares; 24 familias se asignaron aleatoriamente a una intervención psicosocial experimental que consistía en educación familiar (dos sesiones quincenales durante nueve meses y terapia familiar en casa), añadida

a los cuidados rutinarios de los servicios psiquiátricos. El grupo control recibió sólo los cuidados de rutina. Después de nueve meses, los pacientes del grupo índice presentaron una tasa de recaídas significativamente más baja respecto al grupo control; a dos años la reducción no fue significativa.

Wallace y Liberman<sup>138</sup> en el año 1985, reportaron una tasa de recaída del 50% a dos años entre los pacientes del grupo experimental que recibieron entrenamiento en habilidades sociales mientras estaban hospitalizados y cuyas familias recibieron terapia conductual familiar. Los controles experimentaron una tasa de recaída de un 79% en el mismo periodo.

En 1986, Hogarty<sup>106</sup> et al, trabajaron con 103 pacientes insertos en familias de al EE, los sujetos fueron asignados al azar a grupo tratamiento y grupo control. El grupo de tratamiento educación, desarrollo de habilidades sociales y técnicas de resolución de problemas durante dos años. El grupo control recibió la atención habitual del hospital de día. Los autores encontraron que el grupo tratamiento redujo la tasa de recaída a uno y dos años de seguimiento y un escaso efecto sobre el funcionamiento social de los pacientes.

Tarrier et al<sup>139</sup>, trabajaron con pacientes y familiares de alta EE, asignados al azar a grupos de intervención conductual, se desarrolló con ellos sólo educación en dos sesiones, grupo tratamiento se mantuvo con la atención rutinaria. Tras 9 meses y 2 años de seguimiento las tasas de recaídas fueron claramente más bajas en el primer grupo.

En 1992, Vaughan et al<sup>140</sup> llevaron a cabo un estudio con familias de alta EE de pacientes con esquizofrenia ambulatorios que fueron asignados al azar a un grupo de intervención o control. La intervención familiar estuvo limitada a 10 sesiones para familiares, sin pacientes, y se dirigió a construir la alianza terapéutica, a estabilizar la vida familiar y a mejorar las habilidades de solución de problemas. Las tasas de recaída no fueron estadísticamente significativas, aunque fueron menores en el grupo índice. Las evaluaciones realizadas a los 6, 12 y 18 meses mostraron que en el grupo experimental la proporción de sujetos rehospitalizados y de recaídas fue más baja, respecto al grupo control, la duración de la hospitalización más corta, la duración del mantenimiento del

empleo fue mayor, la disfunción social de los pacientes fue menor y los niveles de carga familiar fueron significativamente más bajos. Se pudo observar, asimismo, que esta modalidad de intervención era menos costosa que el tratamiento habitual en ese país.

McFarlane et al<sup>118</sup> en el año 1993, en un estudio multicéntrico a dos años, en Nueva York, compararon un modelo de psico educación, aplicado a familias individuales, con otro aplicado a grupos multifamiliares, dirigidos a mejorar las habilidades de afrontamiento de pacientes y familiares y a desarrollar sus redes de soporte social. El trabajo familiar siguió los procedimientos desarrollados por Falloon y Liberman<sup>141</sup> y por Anderson<sup>109</sup>. Las tasas de recaídas en el primer año, en los pacientes del grupo multifamiliar fue de 15,7 % y de los unifamiliares del 28.1 %. Al segundo año, las tasas fueron del 27.7% y 41.6%, respectivamente. Además, el grupo multifamiliar presentó mejores resultados en la reducción sintomatológica, en la adherencia a la medicación, en la reducción de dosis farmacológica y en los aspectos laborales.

También en 1993, pero en otro contexto cultural, Zhang et al<sup>148</sup>, basados en estudios previos de Shashi, Xiong et al<sup>143</sup>, en un estudio multicéntrico, de formato experimental, realizado con 3.092 pacientes aplican a uno de los grupos una intervención familiar de 10 sesiones sólo para familiares, sus resultados evidenciaron que un 65% de los casos que reciben el enfoque basado en la familia logra remisiones completas de síntomas esquizofrénicos psicóticos y de déficit en dos años. Para el grupo que fue intervenido con técnicas de asertividad a nivel de la persona con esquizofrenia la disminución de sintomatología alcanzó sólo a un 15%.

Randolph et al, en 1994<sup>144</sup> desarrollaron un estudio con 41 pacientes con esquizofrenia que al menos tuvieran cuatro horas de contacto cara a cara con un familiar, el grupo tratamiento fue sometido a tratamiento conductual basado en el método de Falloon durante un año, el grupo control continuó con su tratamiento habitual. Entre los principales hallazgos encontraron que la tasa de recaídas del grupo experimental fue significativamente menor medido a un año.

En 1996, Linszen et al<sup>145</sup> investigaron la eficacia de una intervención familiar conductual en base al modelo de Falloon, el grupo de intervención recibió la terapia familiar de Falloon combinada con terapia individual estándar y el grupo control recibió sólo la terapia estándar. Midieron los niveles de emoción expresada y tasa de recaídas. En una primera fase del tratamiento las familias fueron objeto de una intervención psico educativa mientras el paciente estaba ingresado, posteriormente siguieron tratamiento ambulatorio que combinaba a lo largo de un año la terapia individual con la intervención familiar. La modalidad familiar combinada no mostró superioridad sobre la terapia individual estándar, presentando ambos grupos bajas tasas de recaídas y encontrándose, curiosamente, que las familias de baja EE que fueron tratadas con intervención familiar incrementaron ligeramente su nivel de estrés y la tasa de recaída, respecto a quienes sólo recibieron la intervención individual<sup>145,146</sup>.

Solomon et al<sup>147</sup>, estudiaron 183 familiares de pacientes con esquizofrenia asignándolos al azar a tres grupos con diferentes intervenciones. Un primer grupo recibió de 6 a 15 horas de consulta individual, un segundo grupo recibió diez sesiones de psicoeducación en grupos familiares y un tercer grupo que mantuvo la intervención habitual. Los autores encontraron entre sus hallazgos que el grupo sometido a la consulta individual mejora significativamente la autoeficacia del familiar disminuyendo el nivel de carga emocional,

En los estudios de Munich, Hahlweg et al<sup>148</sup> en 1999, analizaron los efectos de una combinación de TFC, más dosis farmacológica estándar o medicación neuroléptica diana (tratamiento intermitente tras aparición de síntomas y retirada tras estabilización) sobre el funcionamiento social y la recaída de los pacientes, por un lado, y sobre el afrontamiento y la carga familiar, por otro. El tratamiento se aplicó tras el alta del ingreso hospitalario, a lo largo de un año, siguiendo el modelo de Falloon. Evaluado a los 18 meses encontraron tasas de recaída significativamente más bajas en el primer grupo, para las medidas de ajuste social y de psicopatología no se apreciaron diferencias entre los dos grupos.

En el año 2000, en un estudio de metanálisis, Huxley et al<sup>150</sup> evaluaron 70 estudios de intervenciones individuales, grupales y familiares que tenían como

base el uso de los medicamentos antipsicóticos en los pacientes, quienes, como resultado de las intervenciones mejoraron en su sintomatología, así como en su funcionamiento social y vocacional. Los autores concluyeron que la aplicación de diversas intervenciones incrementa los beneficios del uso de los medicamentos antipsicóticos y por lo tanto mejoran el funcionamiento de las personas con trastornos psicóticos. Por otro lado señalaron que en México y en Latinoamérica no existen estudios controlados en los que se compare la efectividad de tres o más modalidades terapéuticas en pacientes con esquizofrenia.

Para el 2001, Muela y Godoy<sup>85</sup> en el estudio de Andalucía encontraron relaciones entre todas y cada una de las siguientes variables: el grado de conocimiento sobre la enfermedad por parte de la familia, el nivel de estrés familiar, la tasa de recaídas y la EE. Es decir, aquellas familias que, tras la intervención, mostraban menor EE, menor nivel de estrés y mayor grado de conocimientos sobre la enfermedad eran las que sufrían menor tasa de recaídas.

En el año 2003, Espina y González<sup>151</sup>, desarrollaron una investigación en la Universidad del País Vasco, con 36 pacientes con esquizofrenia. Los objetivos del estudio fueron determinar y contrastar, en personas con esquizofrenia, que seguían un tratamiento farmacológico, la eficacia terapéutica de tres tipos de intervenciones: terapia familiar (TF), grupo de apoyo a padres más terapia de grupo para pacientes (GAP+TG), y terapia psicopedagógica (TP), comparadas entre sí y con un grupo control, para mejorar la sintomatología y el ajuste social, y prevenir las recaídas. Las intervenciones se extendieron a lo largo de 12 meses. El diseño fue cuasi-experimental de comparación pre test-post-test con un grupo control (n = 15) y tres grupos experimentales: TF (n = 13), GAP+TG (n = 10) y TP (n = 17). Los pacientes fueron evaluados con la Brief Psychiatric Rating Scale - Expanded (BPRS-E)<sup>152</sup>, Scale for the Assessment of Positive Symptoms (SAPS), the Scale for the Assessment of Negative Symptoms (SANS)<sup>153</sup> y la Social Adjustment Scale Self-Report (SAS-SR)<sup>154</sup>. Los pacientes de los grupos de terapia familiar y grupo de apoyo de padres más terapia de grupo mostraron mejorías estadísticamente significativas en sintomatología y ajuste social,

mientras que los grupos de terapia pedagógica y control no mostraron los mismos cambios.

Montero et al<sup>155</sup> en el año 2006 trabajaron con pacientes y familiares de alta EE, asignados al azar a grupos de intervención conductual, solamente educación, en dos sesiones, y tratamiento de rutina. Tras nueve meses y dos años de seguimiento, las tasas de recaídas fueron claramente más bajas en el primer grupo. Los autores concluyen que una intervención familiar de tipo psicoeducativa, basada en el manejo de la EE, logra efectos favorables y éstos se mantienen al cabo de 24 meses.

Los estudios presentados, desarrollados fundamentalmente en países de Europa, dan cuenta de ensayos clínicos aleatorizados que han demostrado que los programas de intervención familiar conductual a largo plazo (más de seis meses) para la esquizofrenia tienen un efecto significativo en la reducción de las tasas de recaída y re-hospitalización, hasta más de dos años de seguimiento. Así también, es en el continente europeo que diversos países han desarrollado una amplia experiencia y aplicación de las intervenciones familiares como estrategia efectiva en el trabajo con personas con esquizofrenia<sup>156, 157</sup>. No obstante esto, Falloon<sup>64</sup> precisa que a la fecha aún se dificulta afirmar la existencia de suficiente evidencia científica que permita concluir la efectividad de las estrategias de intervención familiar sobre el curso clínico de los trastornos mentales graves. Esto, por la dificultad de comparar estudios de similares cualidades dado el escaso número de ensayos clínicos controlados y el escaso seguimiento de éstos.

En América Latina la situación es aún incipiente, y no se cuenta a la fecha con evidencia científica sistematizada en el área. Un estudio chileno que evaluó seis programas de rehabilitación para pacientes con esquizofrenia concluye que los programas de rehabilitación no cuentan con la suficiente claridad acerca de cuáles intervenciones son las más adecuadas en cada una de las áreas y que aun cuando se interviene en una amplia gama de áreas, la mayoría de estas intervenciones no son estructuradas. Relevante resulta consignar algunos

resultados del estudio de “Evaluación de programas de rehabilitación para pacientes con esquizofrenia<sup>158</sup>, el propósito fue evaluar programas de rehabilitación para pacientes con esquizofrenia implementados en Chile. En este estudio, con datos del 2003, de los seis programas estudiados en profundidad se detectó que los programas de rehabilitación dependían principalmente de los hospitales (31,3%) y de agrupaciones de familiares (27,1%) y que, en promedio, cada paciente disponía de 4,7 horas semanales de atención por parte del personal del programa, menos de una hora al día.

Los resultados evidenciaron que sobre el 90% de los programas poseen normas de derivación, criterios de ingreso y evaluación inicial del paciente; sin embargo, este porcentaje disminuye considerablemente cuando se consulta por procedimientos protocolizados. En relación a la evaluación, casi en la mitad de los casos (47,9 %) no se utilizaban instrumentos estandarizados y un tercio de los programas de rehabilitación no definían un plan de tratamiento individualizado por paciente (31,3%). Respecto de las acciones desarrolladas, se realizan preferentemente intervenciones psicosociales (50,0%) e intervenciones grupales específicas (43,8%), que refieren a lo que tradicionalmente se conoce como talleres, es decir intervenciones psicoterapéuticas en áreas bien definidas (asertividad, comunicación, resolución de problemas, entre otras.). En el área de habilidades instrumentales se utilizaban preferentemente intervenciones psicosociales (50,0%) y grupales específicas (43,8%); mientras en expresividad emocional, destacaba que se utilizaran intervenciones grupales específicas (25,0%) en la misma medida que las intervenciones familiares (25,0%). Se detectó que los programas de rehabilitación no contaban con la suficiente claridad acerca de cuáles intervenciones eran las más adecuadas en cada una de las áreas. Finalmente, se detectó que si bien se intervenía en una amplia gama de áreas, la mayoría de estas intervenciones no eran estructuradas. Esta situación revelaba lo que generalizadamente ocurre en el ámbito de la intervención psicosocial en esquizofrenia: existe una amplia y variada gama de tipificaciones y clasificaciones en la literatura que dificulta la sistematización de

éstas, ubicándose en categorías distintas las mismas intervenciones, según sea la agrupación que otorga cada autor.

Una situación similar ocurre en estudios que reportan efectos de intervenciones psicosociales y familiares. Lobban et al<sup>159</sup> en una revisión sistemática de ensayos controlados aleatorios para evaluar si las intervenciones familiares son eficaces para mejorar los resultados en los familiares de las personas con psicosis, informan que sólo un 28% de los artículos analizados explicitaban adecuadamente, de manera de permitir el análisis, el contenido de las intervenciones, por lo que solicitaron a todos los principales autores información adicional. Así, lograron identificar un total de 11 componentes diferentes para las intervenciones desarrolladas. Se recogieron datos sobre el contenido de 47 de las 50 intervenciones (94%), tres (6%) no se describieron con suficiente detalle. El componente de intervención más común fue "psicoeducación", y era un objetivo principal del tratamiento en 43 de las 47 intervenciones (91,5%). El segundo componente de intervención más común fue "gestionar los problemas de comportamiento", presente en 36 de las 47 intervenciones (76,6%); tercero más común era "apoyo emocional", presente en 33 de las 47 intervenciones (70,2%). Se utilizó la prueba exacta de Fisher para comprobar si había alguna diferencia entre las intervenciones eficaces y no eficaces en términos de componentes de intervención individuales y no se encontraron diferencias significativas. Se evaluó el rigor metodológico de los estudios y los resultados evidenciaron la inadecuación de un meta-análisis para determinar si hay un efecto robusto en general en todos los estudios, y la cautela que se necesita para sacar conclusiones firmes a partir de estos datos. Otro aspecto que destacan dice relación con la necesidad de mejorar el uso de las evaluaciones repetidas, en lugar de un análisis completo de casos o imputación utilizando sólo la última observación realizada. Finalmente, de estos 50 estudios analizados, los autores logran identificar 66 medidas de resultado diferentes<sup>159</sup>. Esta situación dificulta la comparabilidad de los hallazgos y por ende dificulta la transmisión de conocimiento válido que pueda repercutir en la asunción de efectivas estrategias de intervención.

Lehman y Steinwachs<sup>160</sup> plantean que muchos pacientes con esquizofrenia, a nivel mundial, no están recibiendo la asistencia adecuada, pues, a pesar de que existe evidencia científica de tratamientos psicoterapéuticos e intervenciones psicosociales eficaces, la asistencia que reciben no reúne el conjunto de las diversas intervenciones que serían apropiadas para ellos, estando en la actualidad notablemente infrautilizados tratamientos psicosociales de probada eficacia. Kopelowicz et al<sup>38</sup> afirman que, dado el impacto que la esquizofrenia provoca sobre los campos perceptivo, cognitivo, emocional y de conducta, el tratamiento y la rehabilitación requieren un abordaje multimodal y comprehensivo que involucre al individuo y su medio ambiente. Es recomendable que los tipos de intervención utilizados para tratar y rehabilitar a las personas con esquizofrenia se guíen por un modelo multidimensional e interactivo que incluya al estrés, la vulnerabilidad y los factores protectores. Así como los medicamentos amortiguan la vulnerabilidad psico biológica y el trastorno bioquímico subyacente; el entrenamiento en la resolución de problemas y en habilidades sociales y de vida independiente promueve el desarrollo de la competencia personal y, de esa manera, fortalece la protección del individuo contra el estrés y la vulnerabilidad.

En la actualidad no existe duda respecto del impacto que supone un trastorno como la esquizofrenia sobre la vida familiar, ni de la importancia que tiene la colaboración de la familia para abordar la enfermedad de forma adecuada. De acuerdo con esto, todo programa de tratamiento de la esquizofrenia debe considerar la atención a las familias tanto por sus necesidades en cuanto son quienes cuidan a los pacientes, como por el importante papel que su colaboración puede desempeñar en el control de los síntomas y en la rehabilitación de éstos. Ello supone aplicar estrategias de intervención lo suficientemente estructuradas y protocolizadas, con antecedentes de probada efectividad. Esto, a objeto de garantizar a la población usuaria una atención eficiente y efectiva.

En Europa, existe ya una amplia experiencia en TFC en países como el Reino Unido, España, Italia y Portugal<sup>161</sup>. En Inglaterra, esta terapia ha logrado un avanzado nivel de desarrollo. En la actualidad existe un Programa de

Capacitación en TFC a gran escala llamado Programa Meriden<sup>162</sup>. Portugal, es uno de los países que ha logrado un adecuado nivel de desarrollo en esta línea a través de su vinculación y formación en el Programa Meriden. En Portugal, el primer curso de TFC se llevó a cabo en el año 1996 en la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nova de Lisboa<sup>134</sup>.

El presente estudio busca aportar evidencia acerca de la efectividad de la TFC, ampliamente utilizada en países fundamentalmente europeos, y probar su implementación y resultados en un país con menor nivel de desarrollo y características socio-culturales latinas, como es Chile. Se escoge la TFC por constituir una estrategia factible de replicar en los entornos naturales de los servicios de salud de nuestro país.

Se considera de gran relevancia poder validar la TFC para contextos latinoamericanos por considerar que sería un aporte a la calidad de vida de las personas con esquizofrenia, sus familias y entorno cercano, así como contribuir a mejorar indicadores en salud en este ámbito y aminorar costos sanitarios directos e indirectos. Sin desconocer que el actual Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría considera la esquizofrenia como una de sus prioridades programáticas, y por ende determina líneas de intervención a seguir, se considera que se hace necesario precisar modalidades específicas de intervención sustentadas en evidencia empírica de nuestra realidad cultural, a fin de consolidar una intervención más sistematizada.

## **CAPITULO III**

### **OBJETIVOS E HIPÓTESIS**



### **III. 1. Objetivos**

#### **Objetivo General:**

Evaluar la efectividad de la Terapia Familiar Conductual, respecto de los cuidados usuales, en personas con esquizofrenia en contacto con dispositivos de psiquiatría del nivel secundario del Servicio de Salud de Concepción, Chile, a los tres meses de concluida la intervención.

#### **Objetivos Específicos:**

- Describir las características clínicas, psicosociales, familiares y sociodemográficos en una muestra de personas con esquizofrenia en contacto con dispositivos de psiquiatría del nivel secundario.
- Describir el perfil socio demográfico y caracterizar la *emoción expresada* en los cuidadores principales de una muestra de personas con esquizofrenia.
- Evaluar la efectividad de la Terapia Familiar Conductual en una muestra de personas con esquizofrenia, respecto de los cuidados usuales, medida como *funcionamiento social y evolución clínica* a los tres meses de concluida la intervención.
- Evaluar la efectividad de la Terapia Familiar Conductual en una muestra de personas con esquizofrenia, respecto de los cuidados usuales, medida como *disminución de los niveles de emoción expresada* en el cuidador principal, a los tres meses de concluida la intervención.
- Identificar variables asociadas a una mejor evolución en las personas con esquizofrenia que reciben Terapia Familiar Conductual.

### **III.2. Hipótesis**

- Las personas con esquizofrenia que reciben tratamiento con TFC presentan **mejor funcionamiento social** que aquellas que reciben cuidados usuales, evaluadas a los tres meses de concluida la intervención.
- El(la) cuidador(a) principal de las personas con esquizofrenia que reciben tratamiento con TFC disminuye su nivel de emoción expresada, respecto de quienes reciben cuidados usuales, evaluadas a los tres meses de concluida la intervención.
- Las personas con esquizofrenia que reciben tratamiento con TFC presentan **mejor evolución clínica** que aquellas que reciben cuidados usuales, evaluadas a los tres meses de concluida la intervención.
- Las personas con esquizofrenia que reciben tratamiento con TFC presentan **mejor adherencia a tratamiento** que aquellas que reciben cuidados usuales, evaluadas a los tres meses de concluida la intervención.

## **CAPITULO IV**



## **IV. Método**

### **IV.1. Tipo de estudio:**

Estudio cuantitativo, longitudinal, que asume el diseño de un Ensayo Clínico Controlado aleatorizado -ECA- con mediciones pre-post, a dos brazos, con grupo paralelo y ciego simple.

### **IV.2. Universo**

Conformado por pacientes con diagnóstico de esquizofrenia, ingresados al GES esquizofrenia entre enero del 2006 a Octubre del 2014, usuarios del Servicio de Psiquiatría del Hospital Clínico Regional Guillermo Grant Benavente del Servicio de Salud de Concepción

### **IV.3. Muestra**

Del universo se extrajo una muestra por conveniencia de 66 personas de acuerdo a las consideraciones estadísticas señaladas más adelante, que cumplieran los criterios de inclusión y exclusión. Los sujetos fueron asignados a los grupos mediante procedimiento aleatorio simple, usando una tabla de números aleatorios sin repetición. Los grupos considerados fueron:

- Grupo experimental, que recibió TFC y
- Grupo control, que recibía cuidados usuales.

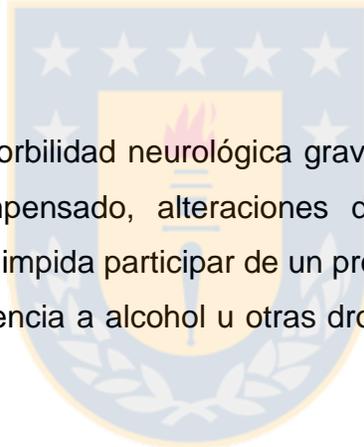
La asignación a los grupos fue realizada por un profesional externo a la investigación a fin de cautelar el ciego del procedimiento.

**Criterios de inclusión:**

- Usuarios mayores de 18 años con diagnóstico de esquizofrenia según criterio DSM IV, realizado por el médico psiquiatra y consignado en su historia clínica.
- Usuarios del programa GES esquizofrenia ingresados entre los años 2006 a Octubre de 2014.
- Recibiendo tratamiento y clínicamente compensados.
- Que exista un cuidador principal identificado por el paciente, con quien mantenga contacto durante el último año y proyecte continuar haciéndolo durante los meses que durará la intervención.

**Criterios de exclusión:**

- Analfabetismo
- Retraso mental.
- Presencia de comorbilidad neurológica grave (accidente vascular, déficit sensorial no compensado, alteraciones de la memoria, pérdida de conciencia) que le impida participar de un programa de entrenamiento.
- Presentar dependencia a alcohol u otras drogas, evaluado de acuerdo a criterios DSM-IV.

**IV. 4. Tamaño de la muestra**

El tamaño de la muestra fue calculado para detectar diferencias en el contraste de la hipótesis nula  $H_0: \mu_1 = \mu_2$  mediante Prueba T-student bilateral para dos muestras independientes, teniendo en cuenta un nivel de significación del 0,05, y asumiendo que la media hipotética del grupo de referencia es de 1,00 unidades, la media del grupo experimental es de 2,50 unidades y la desviación típica hipotética de ambos grupos es de 2,00 unidades. Esto arrojó, usando el programa estadístico para cálculo de tamaño muestral para ensayos clínicos controlados “Ene 3.0”, una muestra de 56 personas en total, 28 personas en el grupo control y 28 para el grupo experimental. Al estimar un porcentaje de

abandono del 10%, se consideró finalmente reclutar a un total de 61 participantes, incluyendo a los respectivos cuidadores, 30 para el grupo control y 31 para grupo experimental. Se empleó este método para cálculo de tamaño muestral dada la escasa evidencia de resultados en relación a la variación de la puntuación de la PSP asociada a la intervención familiar y a la TFC en específico. La evidencia de estudios realizados se ha centrado en la medición de recaídas y, aún en este ámbito, los resultados no son homogéneos, encontrándose variaciones entre un 20 y un 50% en tasas de recaídas<sup>83,138,144</sup>.

Además se consideró que en ensayos clínicos controlados similares, se incluyeron muestras no superiores a 20 personas por grupo.

#### ***IV.5. Variables de estudio***

##### ***a) Variable de Resultado Principal:***

##### ***a.1. Funcionamiento social de la persona con esquizofrenia***

Es medida con el instrumento PSP, Personal and Social Performance Scale<sup>163</sup> que evalúa en una puntuación de 1 a 100 el funcionamiento del paciente de acuerdo a cuatro dominios de funcionamiento:

- a) Trabajo/estudios,
- b) Relaciones personales y sociales;
- c) Autocuidado
- d) Conductas perturbadoras y agresivas.

Cada uno de estos dominios es calificado utilizando una escala Likert de gravedad de 6 puntos, que va del 1 (ausente) al 6 (muy grave). Las áreas 1-3 tienen los mismos criterios operativos, mientras el área 4 tiene sus propios criterios operativos para facilitar a los clínicos la evaluación de la gravedad de las dificultades que presenta el paciente. La puntuación final de la PSP es un proceso en tres etapas: 1º) utilizando los criterios operativos, los clínicos puntúan la

gravedad de las dificultades existentes en las 4 áreas; 2º) usando un algoritmo de puntuación estas 4 puntuaciones se transforman en una puntuación con un intervalo de 10 puntos, que va de 1-10 (falta de autonomía para el funcionamiento básico) a 91-100 (funcionamiento excelente en las 4 áreas principales), y 3º) teniendo en cuenta el funcionamiento en una relación de otras 9 áreas de la vida, se elige una puntuación específica del intervalo de 10 puntos. La PSP proporciona puntuaciones para cada una de las 4 áreas, de tal manera que las puntuaciones más altas indican un funcionamiento peor, y una puntuación global en la que los valores más elevados reflejan un mejor funcionamiento personal y social (Ver anexo 1).

***b) Variables de Resultado Secundarias:***

***b1) Emoción Expresada en el cuidador principal***

Es medida con el instrumento Five Minutes Speed Sample<sup>164</sup> que analiza y clasifica el discurso del cuidador principal en cinco dimensiones que incluyen:

- 1) Comentarios críticos,
- 2) Hostilidad,
- 3) Sobreimplicación,
- 4) Afecto
- 5) Comentarios positivos.

Se obtiene una puntuación final, siguiendo los criterios clásicos de puntuación de Vaughn<sup>89</sup> en base a ésta, se califica a un cuidador principal como de alta EE si obtiene:

- seis o más comentarios críticos,
- puntúa tres o más en la escala de sobre implicación emocional o
- está presente la hostilidad en cualquiera de sus formas (Anexo 1).

### ***b2) Evolución clínica de la sintomatología de la persona con esquizofrenia***

Es medida con el instrumento Positive and Negative Syndrome Scale<sup>165</sup>.

Esta escala evalúa sintomatología clínica de la persona con esquizofrenia en base a 30 ítems organizados en cuatro escalas:

- a.) Escala de síntomas positivos: 7 ítems,
- b.) Escala de síntomas negativos: 7 ítems
- c.) Escala compuesta, evalúa la predominancia de un tipo sobre el otro
- d.) Escala de psicopatología general: 16 ítems

Cada ítem se puntúa en una escala de 7 grados de intensidad o gravedad.

La puntuación en las escalas positiva, negativa, y de psicopatología general se obtiene sumando las puntuaciones de cada ítem. Las puntuaciones oscilan entre 7 y 49 puntos para las sub escalas positiva y negativa, y entre 16 y 112 puntos para la sub escala de psicopatología general. La puntuación en la escala compuesta se obtiene restando la puntuación en la escala negativa a la puntuación en la escala positiva. No existen puntos de corte para las puntuaciones directas obtenidas, sino que éstas se transforman mediante una tabla de conversión en percentiles.

### ***b3) Adherencia a Tratamiento de la persona con esquizofrenia.***

Fue medida con el Test de Morisky Green<sup>166</sup>. Este instrumento operacionaliza la adherencia en cuatro dimensiones que están representados en los cuatro reactivos del test:

1. ¿Se olvida alguna vez de tomar los medicamentos?
2. ¿Toma los medicamentos a las horas indicadas?,
3. Cuando se encuentra bien, ¿Deja alguna vez de tomarlos?
4. Si alguna vez le sientan mal, ¿Deja de tomar la medicación?.

Se considera que la persona es *adherente a tratamiento* cuando responde adecuadamente a todas las preguntas del cuestionario Morisky-Green: 1: No, 2: Sí, 3: No, 4: No). Se considera *que la persona no adhiere a tratamiento* cuando responde inadecuadamente a una o más de las preguntas del cuestionario.

**c) Variables independientes:**

**1. Del paciente:**

**1. a.) Características sociodemográficos del paciente:**

-Sexo:	– femenino
	– masculino
	– en años cumplidos
-Edad:	
-Nivel educacional:	– analfabetismo
	– educación básica
	– educación media
	– educación técnica
	– educación universitaria
	– estudios de post grado
	– otros estudios
-Situación civil:	– casado/a
	– soltero/a
	– convivencia
	– divorciado/a
	– viudo/a
-Situación ocupacional:	– estudiante
	– actividad remunerada
	– ayuda en casa
	– inactivo

**1. b.) Características familiares del paciente;**

-Con quien vive el paciente	– N° de integrantes (niños/adultos)
-Rol desempeñado en la familia, por el paciente: (posición principal en la familia)	– jefe de hogar
	– pareja/esposa
	– padre/madre
	– hijo/hija
	– hermano/a

**1. c.) Antecedentes clínicos del paciente:**

- Tiempo de evolución de la enfermedad: tiempo en meses desde el primer contacto establecido por el paciente en el establecimiento (por diagnóstico de esquizofrenia (registro de la ficha clínica).	– N° de meses
- Número de recaídas: reingresos a la atención cerrada, desde el inicio del tratamiento, (registro de la ficha clínica).	– N° reingresos
- Número de recaídas informadas por cuidador	– N° informado



**1. Cuestionario had-oc que recoge información acerca del paciente y el cuidador:**

**1.a). Antecedentes sociodemográficos, familiares y clínicos del paciente:**

- Características sociodemográficas:
  - Sexo
  - Edad
  - Nivel educacional
  - Estado civil
  - Situación ocupacional
- Antecedentes clínicos:
  - Tiempo de evolución de la enfermedad
  - Número de recaídas
- Características familiares;
  - Composición del grupo familiar
  - Rol desempeñado en la familia
- Antecedentes clínicos:
  - Tiempo de evolución de la enfermedad
  - Número de recaídas, medida como reingresos a unidades de atención cerrada desde el inicio del tratamiento.
  - Número de recaídas, informadas por cuidador

**1.b). Antecedentes sociodemográficos y familiares del cuidador principal:**

- Características sociodemográficos :
  - Edad
  - Sexo
  - Situación de pareja actual
  - Nivel educacional
- Variables asociadas al rol de cuidador:
  - Vínculo con el paciente
  - Número de horas diarias de contacto cara a cara con el paciente.

## **2.) Escala de Desempeño Personal y Social-PSP (Personal and Social Performance Scale).**

Se emplea para evaluar funcionamiento social. La PSP es un instrumento breve de un reactivo, puntuado por el clínico que evalúa el funcionamiento del paciente. Se sustenta conceptualmente en el componente de función social de los criterios DSM-IV-TR para la esquizofrenia. La PSP fue desarrollada por Kleinman et al<sup>163</sup>, como una propuesta sustentada en los GAF y SOFAS y que incluye mejoras a éstos. Estructura y puntuación: Evalúa en una puntuación de 1 a 100 el funcionamiento del paciente de acuerdo a cuatro dominios de funcionamiento: a) Trabajo/estudios, b) Relaciones personales y sociales; c) Autocuidado y d) Conductas perturbadoras y agresivas. Cada uno de éstos es calificado en una escala Likert de gravedad de seis puntos que va de ausente (1) a extremadamente grave (6). Los resultados de esta valoración se transforman en una puntuación global del instrumento. Se obtiene finalmente una puntuación con un intervalo de 10 puntos, que va de 1-10 (falta de autonomía para el funcionamiento básico) a 91-100 (funcionamiento excelente en las cuatro áreas principales). La PSP proporciona puntuaciones para cada una de las cuatro áreas, de tal manera que las puntuaciones más altas para cada área indican un peor funcionamiento, y una puntuación global en la que los valores más elevados reflejan un mejor funcionamiento personal y social. Propiedades psicométricas: la Validación de la versión española de la PSP en pacientes con esquizofrenia tratados ambulatoriamente mostró una buena consistencia interna, con un valor de la alfa de Cronbach de 0,874<sup>170</sup>. La fiabilidad test-retest fue excelente, con un coeficiente de correlación intra clase de 0,979 (intervalo de confianza del 95%. El análisis de componentes principales realizado por Garcia-Portilla et al<sup>167</sup> identificó un único componente en un primer análisis, el «nivel de funcionamiento» que incluía los 4 ítems de la PSP. Este componente explicaba el 73,2% de la varianza, lo que confirma la validez de constructo. Para validez convergente calcularon coeficiente de correlación de Pearson entre la puntuación de la PSP y la de la escala SOFAS, obteniéndose un 0,9 ( $p < 0,0001$ ). En el caso de la ICG-G, el coeficiente fue de  $-0,878$  ( $p < 0,0001$ ). Para validez discriminante, los autores

encontraron que la PSP diferenciaba a los pacientes respecto a los controles ( $p < 0,0001$ ). Además, permitía diferenciar entre los pacientes con un trastorno esquizofrénico leve, moderado y grave.

#### Análisis de validez divergente:

Con el propósito de analizar la validez convergente de la PSP con instrumentos validados para Chile, se realizó una prueba piloto con 20 pacientes con esquizofrenia que reunían similares características en la población de estudio y que no fueron seleccionados en este estudio por presentar algún criterio de exclusión. Se realizó un análisis de validez divergente, calculando el coeficiente de correlación de Pearson entre la puntuación de la PSP y la de la escala WHODAS-II<sup>168</sup> obteniéndose un  $r(52) = -.86, p < ,000$  (ver tabla 42, en anexo 3). Se concluyó que existe un alto grado de asociación negativa entre los puntajes obtenidos por ambos instrumentos. Cuando el instrumento PSP califica un mejor funcionamiento social (puntaje mayor representa mejor funcionamiento social), el instrumento WHO DAS II califica menor grado de discapacidad (menor puntaje refleja menor discapacidad). Los dos instrumentos resultan ser divergentes, el instrumento empleado para evaluar funcionamiento social –PSP- evalúa el constructo que indica medir.

#### **c.) Five Minutes Speech Sample-FMSS - Muestra de Habla de Cinco Minutos.**

Se empleó para evaluar emoción expresada en cuidador principal de la persona con esquizofrenia.

Aun cuando el instrumento por excelencia para medir emoción expresada lo constituye la Camberwell Family Interview (CFI)<sup>169</sup>, éste no fue utilizado en este estudio por las limitaciones que presenta para ser administrado en ambientes clínicos, dado que requiere un tiempo de administración y codificación de tres a cuatro horas en total, demanda una fiabilidad inter jueces de 0.80 y se encuentra centrada en los síntomas y comportamiento relacionados con la enfermedad.

El instrumento utilizado en este estudio fue la Five Minutes Speech Sample-FMSS, esta fue creada y validada por Magaña, Goldstein, Karno, & Miklowitz en 1986<sup>164</sup>, se encuentra sustentada en los mismos constructos de la CFI y elimina las dificultades de ésta. Consiste en una muestra de habla de los familiares de entre cinco y diez minutos de duración. El entrevistador incita al familiar a hablar durante cinco (o más) minutos sobre los pensamientos y emociones que el paciente suscita en él, así como de la relación que mantiene con éste. Se codifica al igual que la CFI, siendo el criterio para clasificar a la persona con alta EE el mostrar al menos un comentario crítico u hostilidad o cualquiera de los componentes de la sobre implicación emocional<sup>170</sup>. Magaña et al<sup>164</sup> logran una adecuada consistencia interna de la FMSS, (superior a 0.80) y una fiabilidad test-retest de 0.64.

#### **d.) Positive and Negative Syndrome Scale - PANSS.**

Se emplea para evaluar la evolución clínica. Esta escala evalúa síntomas negativos y positivos de la esquizofrenia, y psicopatología general, desde un punto de vista dimensional (gravedad del cuadro) y categorial (esquizofrenia positiva, negativa o mixta). La PANSS, fue desarrollada por Kay; Fisztrein y Opler en 1987<sup>165</sup> y está basada en la Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS). Constituye una entrevista semi-estructurada que debe ser administrada por un clínico entrenado. Tiene un tiempo aproximado de administración de 30 - 40 minutos. Está compuesta por 30 ítems que conforman cuatro escalas:

1. Síntomas positivos (PANSS-P): 7 ítems, evalúa los síntomas sobreañadidos a un estado mental normal;
2. Síntomas negativos (PANSS-N): 7 ítems, evalúa los déficit respecto a un estado mental normal;
3. Escala compuesta (PANSS-C): evalúa la predominancia de un tipo sobre el otro (positivo y negativo);

4. Psicopatología general (PANSS-PG): 16 ítems, evalúa la presencia de otro tipo de síntomas en el paciente esquizofrénico (depresión, ansiedad, orientación, etc.).

En el presente estudio se empleó la versión validada al español por Peralta et al<sup>171</sup>, quienes informan una buena validez inter observador y de constructo, elevada consistencia interna (alfa de Cronbach de 0,73 para la escala positiva, de 0,83 para la negativa y de 0,87 para la de psicopatología general) y adecuada estabilidad test-retest. El coeficiente de correlación intra clase fue de alrededor de 0,80 para las tres sub escalas. La PANSS ha sido ampliamente utilizada en estudios chilenos.

#### **e) Test de Morisky-Green.**

Fue diseñado por Morisky et al<sup>166</sup>, para evaluar adherencia al tratamiento. Consiste en un método indirecto de medición basado en la entrevista voluntaria, es un test que valora si un paciente adopta actitudes correctas en relación con la terapéutica. Está hecho para todo tipo de pacientes crónicos. Inicialmente fue diseñada para su uso con pacientes con hipertensión arterial, luego de un estudio publicado en 1986 en la revista Medical Care se utilizó en el proceso de cuidado de los pacientes de la Clínica de Hipertensión del Hospital de Johns Hopkins y Baltimore City Hospital. Presenta una validez predictiva y concomitante con una precisión alfa de 0.61. Estos datos se basan en la correlación entre un puntaje alto del test y buen control de presión arterial a los cinco años y a su vez, un bajo puntaje en el test con un mal control de la presión al mismo periodo de tiempo

Es un cuestionario de cuatro reactivos: ¿se olvida alguna vez de tomar los medicamentos?; ¿toma los medicamentos a las horas indicadas?; cuándo se encuentra bien; ¿deja alguna vez de tomarlos?; si alguna vez le sientan mal, ¿deja de tomar la medicación? Se considera que la persona es *adherente a tratamiento* cuando responde adecuadamente a todas las preguntas del cuestionario Morisky-Green (no, sí, no, no). Se considera *que la persona no*

*adhiera a tratamiento* cuando responde inadecuadamente a una o más de las preguntas del cuestionario.

La aplicación de instrumentos fue realizada previa capacitación de acuerdo a como se precisa en tabla 1.

**Tabla 1.** *Temporalidad de mediciones*

Instrumento	Tiempo basal	3 meses post intervención
	(T0)	(T1)
- Aplicación de cuestionario antecedentes clínicos, psicosociales, familiares y socio demográficos.	x	-
- Aplicación PANSS	x	x
- Aplicación PSP	x	x
- Aplicación FMSS	x	x
- Aplicación Test de Morisky - Green	x	x

Fuente: elaboración propia

#### **IV.7. Procedimiento**

El inicio del estudio requirió la presentación del protocolo al Comité Ético Científico del Servicio de Salud Concepción, de acuerdo al artículo 11 de la ley 20.120, sobre la investigación científica en el ser humano, su genoma, y prohíbe la clonación humana, publicada en el diario Oficial del 22 de septiembre de 2006, autorización que se obtuvo con fecha 07 de mayo del 2014. Conforme a esto, se obtuvo posteriormente la autorización de la dirección del Hospital Regional Guillermo Grant Benavente y de la dirección del Servicio de Psiquiatría, a fin de iniciar la conformación de la población de estudio.

En base a los registros oficiales emitidos por la unidad de registro del establecimiento ya indicado se obtuvo el listado de 418 pacientes ingresados al Programa de Garantías Explícitas en Salud-Ges-, para Esquizofrenia, primer brote. De la revisión exhaustiva del 100% de las historias clínicas del listado oficial, fueron excluidos del estudio un total de 357 pacientes por criterios de

exclusión y otras razones indicadas en figura 1, quedando un total de 61 personas con esquizofrenia en calidad de potenciales participantes. La tabla 2 muestra la distribución de la población de estudio, en función de los años de ingreso al de las personas con esquizofrenia ingresadas al GES.

Cada persona fue visitada en su domicilio y se le invitó, junto su cuidador principal a participar del estudio, explicando detalladamente su participación en éste. Aceptada esta invitación cada uno de ellos explicitó su consentimiento voluntario firmando un formulario de consentimiento informado (Anexo 2)

Entonces se invitó al paciente a una entrevista a realizar en el Servicio de Psiquiatría del Hospital Regional Guillermo Grant Benavente, para la aplicación de los instrumentos en la línea base. Las evaluaciones clínicas, PANSS y PSP, fueron realizadas por profesionales médicos psiquiatras y psicólogos previamente entrenados. Las mediciones de la Five Minutes Speech Sample (FMSS), Test de Moriski Green y Cuestionario Socio demográfico fueron realizadas por profesionales trabajadoras sociales y estudiantes del quinto año de la carrera de Trabajo Social de la Universidad de Concepción.

Una vez aplicadas las mediciones basales, se realizó la asignación uno a uno a grupo control y grupo de tratamiento. El proceso de asignación a los grupos lo realizó una persona externa al equipo de investigación, mediante procedimiento de muestreo aleatorio simple en base a tabla de números aleatorios. No fue necesario parear los elementos por variables como edad, sexo, estado civil, ya que la población era homogénea en dichas variables. Resultaron asignados 30 pacientes con esquizofrenia al grupo control y 31 al grupo de tratamiento. Finalmente y por razones diversas explicitadas en la figura 1, la población de estudio quedó conformada por 54 participantes, 27 pacientes en cada uno (figura 1).

Una vez asignados los pacientes a cada uno de los grupos, se inició la aplicación de la TFC a los 27 del grupo control. La intervención se desarrolló conforme al protocolo estandarizado, previamente definido.

A los tres meses de concluida la intervención, se aplicaron las mediciones post (T1) tanto al grupo control, como al grupo experimental (Tabla 1).

El análisis de datos fue realizado en función de un N=54 (n=27 para GC; n=27 para GT). No obstante, el criterio formulado inicialmente para el análisis de los datos fue el de “intención de tratar”, las razones de pérdida de pacientes del estudio no permitió efectuar las mediciones de seguimiento en estos casos (cambio de domicilio fuera de la región, retiro voluntario del estudio, abandono de tratamiento, agudización de sintomatología, inicio de consumo de drogas). En todos estos casos, se consultó y se respetó la decisión de los participantes de no continuar en el estudio, de acuerdo a lo explicitado en el Consentimiento informado. Cinco de estas pérdidas se produjeron en el período inmediatamente posterior a la medición basal y no alcanzan a iniciar la intervención con la TFC, otros dos casos se retiraron del estudio recién iniciada la intervención con TFC (un caso en la segunda sesión y un caso en la tercera sesión). A los dos pacientes del grupo de tratamiento que se retiraron del estudio, uno por agudización de sintomatología y otro por inicio de consumo de drogas, se les coordinó la derivación a los centros de salud respectivos.

**Tabla 2.** Año de ingreso al Programa GES-Esquizofrenia primer brote, por Grupo control y Grupo Experimental.

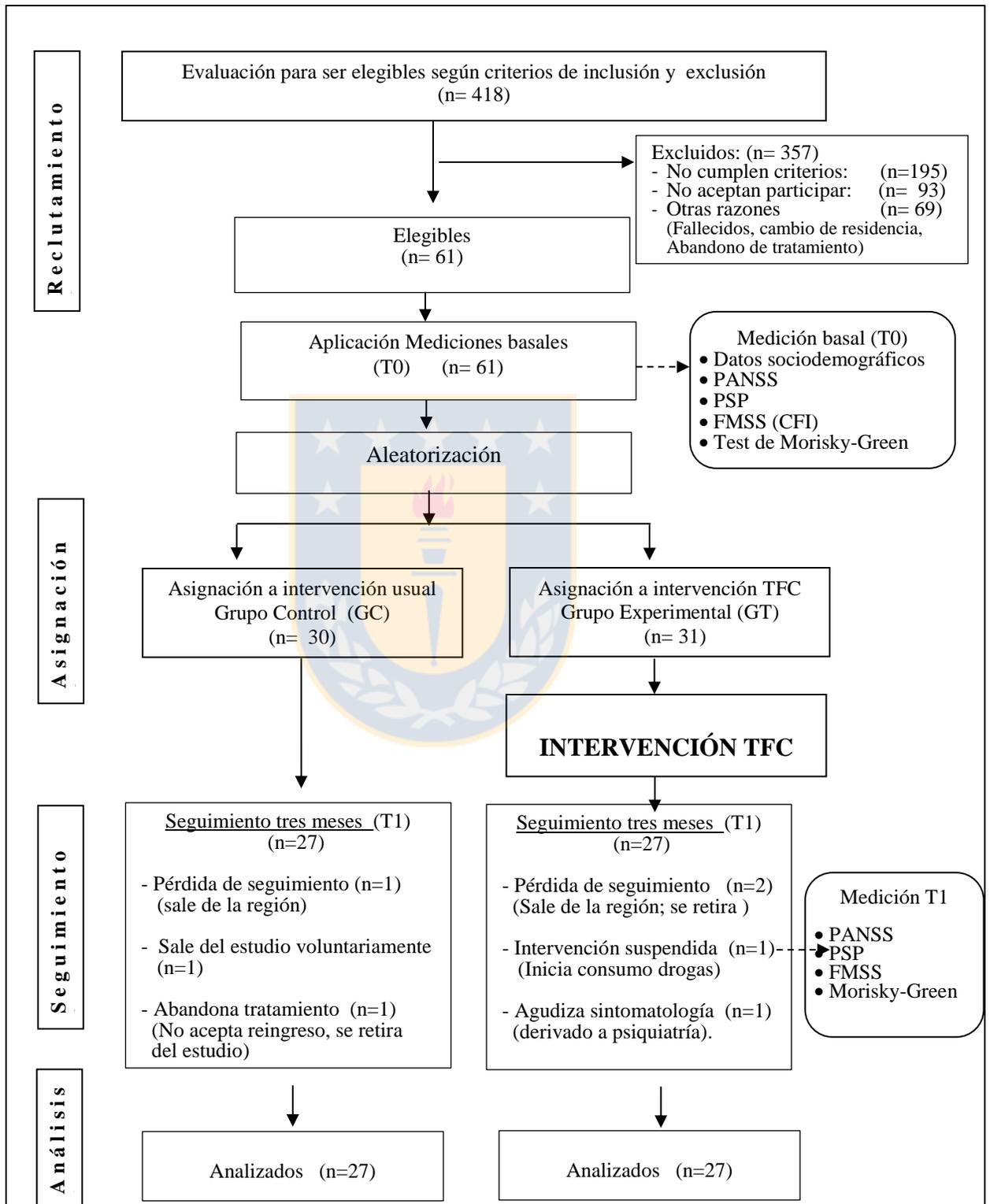
Año de ingreso	Grupo Control (n=27)		Grupo Tratamiento (n=27)		Total (N=54)	
	Fi	%	Fi	%	Fi	%
2006	4	14,81	4	14,81	8	14,81
2007	2	7,41	2	7,41	4	7,41
2008	7	25,93	4	14,81	11	20,37
2009	-	-	2	7,41	2	3,70
2010	3	11,11	9	33,33	12	22,22
2011	3	11,11	2	7,41	5	9,26
2012	3	11,11	2	7,41	5	9,26
2013	3	11,11	1	3,70	4	7,41
2014	2	7,41	1	3,70	3	5,56

Fuente: Elaboración propia

## IV.8. Flujograma

**Figura 1**

*Diagrama de Flujo del Progreso del Ensayo Clínico Controlado Aleatorizado*



Fuente: elaboración propia

#### ***IV.9. Procedimiento llevado a cabo para resguardar la fidelidad de la aplicación de instrumentos y aplicación de la TFC en Grupo Tratamiento.***

##### ***De la aplicación de los instrumentos:***

En el mes de agosto del año 2014 se realizó una jornada de capacitación en el instrumento Positive and Negative Syndrome Scale - PANSS, a cargo de la médica psiquiatra del Instituto Psiquiátrico Horwitz de Santiago Dra. Alejandra Armijo. Asisten seis profesionales clínicos, psiquiatras y psicólogos, quienes fueron los responsables de realizar la evaluación clínica pre y post intervención a los pacientes ingresados al estudio. La capacitación contempló prueba de validez interjueces. En el mismo mes, se realizó capacitación a tres profesionales trabajadoras sociales y tres estudiantes de quinto año de la carrera de Trabajo Social de la Universidad de Concepción en los instrumentos Personal and Social Performance Scale –PSP, y la Five Minutes Speech Sample (FMSS). La capacitación contempló prueba de validez interjueces.

##### ***De la Capacitación de Monitores de la TFC:***

En enero del año 2014, el Prof. Pedro Mateus, Doctor en Ciencias, académico de la Universidad Nova de Lisboa de Portugal, terapeuta acreditado por el Instituto Meriden de Inglaterra para formar terapeutas en la Terapia Familia Conductual, dictó un curso de una semana (45 horas), destinado a capacitar a psicólogos y trabajadores sociales que aplicarían la intervención. Esta capacitación permitió formar a seis monitores en TFC.

Posteriormente, durante los meses de agosto, septiembre y octubre del año 2014, dos profesionales psicólogas clínicas que participaron de la capacitación anterior, con experiencia en el manejo de pacientes con trastornos mentales graves, desarrollaron un programa de re-entrenamiento y actualización de los terapeutas entrenados, en el curso realizado en enero. Este programa contempló la actualización y profundización de elementos teóricos y, especialmente la ejercitación y monitoreo en la aplicación de la TFC por los monitores en formación.

Durante los meses de Noviembre y diciembre de 2014 y marzo a mayo de 2015, las dos profesionales psicólogas clínicas, asumieron la supervisión y monitoreo de los terapeutas entrenados en TFC, a través de sesiones semanales.

#### ***IV.10. Descripción de la Intervención a implementar en grupo de Tratamiento.***

##### ***Terapia Familiar Conductual – TFC***<sup>172</sup>

El método TFC fue originalmente validado por Falloon para familias de personas con enfermedad psicótica, en particular con diagnóstico de esquizofrenia, y es en este contexto clínico en el cual ha sido más ampliamente aplicado. Las condiciones exigidas, tanto a las personas con esquizofrenia como a sus familias para poder ser partícipes de la TFC, no difieren sustancialmente de las que se aplican en otras intervenciones familiares en esta área, no son exigidas condiciones especiales. Se considera, pragmáticamente, que podrían ser beneficiadas aquellas familias que presentan algunas de las siguientes características, muchas veces asociadas a alta EE:

- La persona con esquizofrenia presenta recaídas frecuentes, más de una recaída al año, a pesar de cumplir un tratamiento farmacológico adecuado;
- La persona con esquizofrenia vive con un solo familiar, generalmente la madre;
- Conflictos familiares frecuentes
- Presencia de múltiples solicitudes de ayuda en servicios externos fuera del ámbito regular de consultas.

La TFC se sustenta esencialmente en dos tipos de intervenciones:

- Entrenamiento en habilidades de comunicación y
- Solución de problemas.

Se considera relevante efectuar una evaluación conductual previa en tres niveles:

- Identificar habilidades y déficit de cada miembro
- Identificar habilidades y déficit de cada miembro de la familia en general
- Identificar el papel que cada conducta problemática concreta tiene en el funcionamiento del grupo familiar.

El formato de intervención conductual incluye talleres educativos, entrenamiento en comunicación y resolución de problemas en grupos multifamiliares y entrenamiento en resolución de problemas en el hogar.

La TFC propuesta por Falloon fue implementada para esta investigación, por monitores entrenados respetando fielmente la organización, estructura y contenidos contemplados en el Manual de TFC, traducido al inglés (versión autorizada) a través del proyecto "Psychoedutaining" y su Director, Manuel Goncalves-Pereira<sup>134</sup>.

En la presente investigación se resguardó especialmente que la aplicación de la TFC respetara al máximo la estructura diseñada y trabajada. La única variación introducida fue la concentración del número de sesiones que contempla la TFC en su formato original. Por efectos de tiempos viables y tiempos de adherencia de los pacientes y sus familias, las sesiones fueron realizadas semanal y no quincenalmente, como indica Falloon en su propuesta original<sup>172</sup>.

Falloon<sup>172</sup> plantea un abordaje conductual de cuatro fases que incluye:

- 1era fase: Psicoeducación.

Contempla un total de dos sesiones con una duración máxima total de una hora. Estas sesiones están dirigidas a fortalecer el conocimiento acerca de la enfermedad y la toma de medicamentos para sustentar las bases de un tratamiento basado en la familia. Se trabaja con los cuidadores

principales acerca de las causas, los síntomas, el curso, el tratamiento y el manejo de la esquizofrenia. La información se trabaja desde un folleto que es escrito en lenguaje simple y dejado a los familiares para ser leído en sus momentos libres. Se debe brindar todo el tiempo necesario para realizar preguntas, reconociendo que la información que proporcionamos no es fácil de ser absorbida por ellos. Estas sesiones fueron realizadas una vez a la semana en el domicilio de la persona con esquizofrenia, participando en conjunto con su cuidador principal.

- 2da fase: Entrenamiento comunicacional.

Contempla un total de cuatro sesiones. Se trabaja la escucha empática y se esclarece el problema exacto que provoca la ansiedad; se promueve la expresión mutua de sentimientos positivos y negativos en relación a la conducta específica de los miembros de la familia, y se hacen peticiones constructivas de cambio de conducta en algún miembro. Para ello se utiliza fundamentalmente el modelado, el establecimiento de reglas y la asignación de tareas. En esta fase se trabaja la emoción expresada y sus componentes: comentarios críticos; sobre implicación emocional; hostilidad; comentarios positivos y afecto. Existen para cada una de estas sesiones guías de trabajo estructuradas tanto para el monitor como para los participantes, paciente y familiares. Se entregan además, guías de tareas para trabajo en casa.

Las sesiones se realizaron semanalmente en el domicilio del usuario con una duración de una hora.

- 3era fase: Entrenamiento en resolución de problemas.

Contempla un total de cuatro sesiones. Esta fase contempla seis pasos: a) Definición del problema, b) Búsqueda de soluciones posibles, c) Discusión de cada solución analizando ventajas y desventajas, d) Elección de la mejor solución, e) Planificación de cómo llevarla a cabo y, finalmente, f) Revisión de la puesta en práctica y reforzamiento de los esfuerzos. Al

igual que para etapa anterior existen para cada una de estas sesiones guías de trabajo estructuradas tanto para el monitor como para los participantes, paciente y familiares. Se entregan además, guías de tareas para trabajo en casa.

Las sesiones se realizaron semanalmente en el domicilio del usuario con una duración de una hora

- 4ta fase: Entrenamiento en habilidades sociales y condicionamiento operante.

Contempla un total de dos sesiones. Las habilidades sociales se definen como aquellas conductas que resultan eficaces en la interacción social. Incluyen diversos aspectos, como la comunicación verbal y no verbal, la autoconciencia de sentimientos internos y de las actitudes, la percepción del contexto, la capacidad de respuestas adaptadas y el refuerzo social. Este tipo de intervención, tiene como objetivos reducir el estrés y las dificultades en las relaciones sociales e incrementar las capacidades de afrontamiento de situaciones de interacción social. Emplea técnicas conductuales o técnicas de aprendizaje que permiten a los pacientes adquirir habilidades instrumentales necesarias para las relaciones con los demás y el afrontamiento de los problemas en la vida comunitaria. Se cuenta con pautas de trabajo y guías de tareas de trabajo en casa.

Las sesiones fueron realizadas una vez a la semana en el domicilio del usuario con una duración de una hora.

La intervención de la TFC implementada en el presente estudio tuvo una duración total de tres meses, considerando un total de 12 sesiones semanales. Se contempló una última sesión de seguimiento a desarrollar en forma individualizada con cada usuario participante y su cuidador principal, en el domicilio de éstos. La intervención realizada fue estandarizada en base a una guía que especificaba el contenido de cada sesión, siendo los monitores supervisados y monitoreados por las dos psicólogas clínicas con experticia en el tema.

#### ***IV.11. Descripción de la intervención habitual***

Los pacientes pertenecientes al grupo control mantuvieron su tratamiento habitual. Este corresponde a lo especificado en la Guía Clínica 2009, en su apartado “Tratamiento de personas desde el primer brote de esquizofrenia”, según fase de la enfermedad<sup>11</sup>.

##### Fase aguda:

###### Intervención farmacológica:

- a) Iniciar tratamiento con un antipsicótico atípico
- b) Tratamiento parenteral en caso de riesgo de seguridad.

###### Intervención psicosocial:

- a) Contención emocional a la persona
- b) intervención en crisis a la familia
- c) Psicoeducación al usuario y su familia
- d) Estructuración de rutina
- e) Intervenciones socio-comunitarias.

##### Fase recuperación:

###### Intervención farmacológica:

- a) Evaluación de resultados
- b) Ajuste de dosis o cambio de antipsicóticos si es necesario,
- c) Medicación adjunta para mejorar respuesta o efectos colaterales.

###### Intervención psicosocial:

- a) Psicoeducación al usuario y a la familia
- b) Terapia cognitivo conductual
- c) Intervenciones familiares
- d) Intervenciones psicosociales grupales
- e) Apoyo para estudio, trabajo e integración social
- f) Grupos de ayuda mutua para usuarios y familiares
- g) Intervenciones socio-comunitarias.

### Fase estabilización:

#### Intervención farmacológica:

- a) Manejo de efectos colaterales tardíos
- b) Reforzamiento de adherencia para tratamiento a largo plazo.

#### Intervención psicosocial:

- a) Psicoeducación al usuario y a la familia
- b) Terapia cognitivo conductual
- c) Intervenciones familiares
- d) Intervenciones psicosociales grupales
- e) Apoyo para estudio, trabajo e integración social
- f) Grupos de ayuda mutua para usuarios y familiares
- g) Intervenciones socio-comunitarias.

### ***IV.12. Consideraciones Éticas.***

La presente investigación indagó en un tema que no ha sido desarrollado en el país, en una población que necesita tratamientos adecuados y complementarios para el abordaje de su problema de salud con el propósito de avanzar en su integración social. Para su ejecución se consideraron aspectos éticos que permitieran cautelar los derechos de las personas participantes, así como la consideración de medidas que contribuyan a la confiabilidad de los resultados del estudio:

- Se aseguró una justa selección de los sujetos, a través de la aleatorización de la población de estudio posterior al resguardo de los criterios de inclusión y exclusión.
- El evaluador de los participantes fue ciego a la distribución de ellos en los diversos grupos.
- Los datos fueron ingresados a la base de datos con doble digitación.

- Se solicitó consentimiento informado a cada uno de los participantes del estudio. A través de éste, tanto el paciente con esquizofrenia como el cuidador principal, otorgaron su firma para declarar su libre y voluntario consentimiento para incorporarse al estudio, con la debida información de los objetivos que persigue dicha investigación (Anexo 2).
- Se aseguró y brindó a cada participante en el estudio un trato respetuoso y no discriminatorio, así como también se garantizó el resguardo de la información recolectada y el anonimato de los participantes, utilizando base de datos con códigos y no con nombres.
- Cada participante tuvo completa libertad para decidir su continuidad en el estudio.
- Cuando alguno de los participantes presentó agudización de sintomatología clínica, fue derivado al servicio clínico correspondiente, debiendo por tanto, salir del estudio.
- Por tratarse de una población especialmente vulnerable, por encontrarse con problemas de salud mental, se consideraron los principios de la Declaración de Helsinki.
- Bajo el principio de Beneficencia, una vez finalizada la investigación, se ofrece replicar la intervención exitosa en usuarios que en este estudio no tuvieron acceso a éstas, por haber sido asignados aleatoriamente al grupo control.

#### ***IV.13. Procesamiento y análisis de datos.***

Los datos fueron ingresados con doble digitación en formato Excel y exportados posteriormente a programa Stata (V.11.0), programa con el cual se realizó el análisis. Con el propósito de analizar las variables con independencia de la adherencia a intervención se analizaron los datos por “intención de tratar”.

El proceso de análisis de datos consideró los siguientes aspectos:

- Inspección, limpieza y preparación de los datos.

- Estudio de la consistencia interna de los instrumentos empleados en base a estadístico alfa de Cronbach.
- Análisis de convergencia de instrumento PSP con instrumento WHO DAS–II.
- Análisis descriptivo de las variables en base a distribución de frecuencia, porcentaje y a estadísticos básicos de tendencia central y de variabilidad, como la media y desviaciones típicas.
- Análisis bivariado empleando la prueba “t” de student para muestras independientes en base a un contraste unilateral a fin de detectar diferencias estadísticamente significativas entre grupo control y grupo experimental al momento de la medición basal. Se compararon las medias respecto a las variables *Funcionamiento social*, *Emoción expresada*, *Sintomatología clínica* y *Adherencia a tratamiento*. De igual forma se compararon las medias de ambos grupos respecto de variables sociodemográficos como edad, sexo, último curso aprobado por paciente y cuidador, y variables clínicas como edad de diagnóstico de la enfermedad y número de recaídas,
- Para la prueba de hipótesis se aplicó ANOVA de medidas repetidas a fin de establecer la variación de las variables a través del tiempo, este modelo permite analizar la variabilidad intra grupo e inter grupos, controlando por las diferentes variables que pudieran influir en los resultados. El análisis de la variable Adherencia a Tratamiento (MG) fue realizado con estadística no paramétrica.
- Para el cálculo del tamaño del efecto se adoptó el modelo en el que el tamaño del efecto reportado en los ensayos clínicos controlados se evalúa con el cambio en la puntuación inicial de la variable resultado principal, en este caso *Funcionamiento social*. El cálculo se realiza en base a la diferencia de medias, dividiendo por la desviación estándar del tiempo basal. Glass et al<sup>173</sup>, sugieren calcular el tamaño del efecto utilizando sólo los datos del post-test.
- Para la valoración de la magnitud del tamaño del efecto esperado se trabajará en base a las orientaciones de Cohen<sup>174</sup>, en las cuales un tamaño pequeño corresponde a un  $d=0.20$ , un tamaño de efecto moderado:  $d=0.50$  y un tamaño grande  $d = 0.80$  y más. Se opta por esperar un efecto mediano en

base a la presunción. Esto, dado a que si bien los estudios revisados dan cuenta de mejoras en funcionamiento social en pacientes con esquizofrenia tratados con TFC, en gran parte de ellos, la TFC fue aplicada con adaptaciones lo que dificulta la comparación, y especialmente no se precisan cifras específicas de tamaño de efecto encontrado<sup>84,85,118,144,148</sup>. Las cifras encontradas en la literatura en torno a efectos de la TFC se encuentran generalmente precisadas en relación a disminución de tasas de recaídas y aún esos resultados no resultan homogéneos en los estudios fluctuando el efecto entre un 20 y un 50%<sup>89, 138,175</sup>.

- La búsqueda de asociación entre las variables resultado con variables sociodemográficos y clínicas se realizó con el coeficiente de correlación de Pearson.

El criterio empleado para determinar la significación estadística en todos los análisis realizados fue de  $\alpha=.05$ .





## **Resultados:**

Se presentan en primer término los resultados descriptivos de la muestra estudiada, de las personas con esquizofrenia y de su cuidador principal. En una segunda sección se presenta el análisis de normalidad para cada una de las variables de resultado estudiadas para la muestra total, en el momento pre y post intervención. Posteriormente, se expone el estudio de diferencias entre grupos al momento de la medición basal, para cada una de las variables de resultado. Finalmente, se presenta la prueba de hipótesis para el grupo control y grupo de tratamiento en el momento pre y post intervención, en base a ANOVA de medidas repetidas, y se expone el tamaño de efecto de la TFC sobre cada una de las variables de resultado.



## **V.1. Descripción de la muestra:**

### ***V.1.a.) Descripción de las personas con esquizofrenia.***

Se encontró una mayor proporción de hombres respecto de las mujeres, tanto en el grupo control, como en el grupo de tratamiento (GC=44.44%; GT=37.04%). Para edad, las mayores frecuencias se concentraron en ambos grupos en el tramo de 25 a 30 años (GC=74.07%; GT=81.48%). Respecto a escolaridad, las tendencias fueron similares para ambos grupos, ubicándose la mayor proporción de personas con esquizofrenia en la categoría de educación media (GC=55.56%; GT=40.74%), existiendo un porcentaje importante de personas que han cursado estudios posteriores, ya sea enseñanza técnica o universitaria (GC=25.92 %; GT= 33.33%). El mayor porcentaje de personas, se ubicó en la categoría de solteros, representando al 88% de la muestra estudiada. Consecuente con lo anterior, más del 85% de las personas estudiadas informó no vivir en pareja en la actualidad, siendo esta tendencia similar para el grupo control y para el grupo de tratamiento. Respecto de algunas variables clínicas, la edad de inicio de la enfermedad se ubicó mayoritariamente en ambos grupos, en el tramo de edad entre los 15 y los 25 años (GC=81.84%; GT= 74.07%). Para número de recaídas, informadas por cuidador principal, la mayor frecuencia para ambos grupos se concentró en la tercera categoría, 2 a 3 recaídas. (Tabla 3). Dentro de otras características que describieron a esta muestra se pueden mencionar las siguientes: respecto de la actividad principal desarrollada, la mayor proporción se ubicó en la categoría de “inactivos”, para ambos grupos (GC=29.63%; GT=37.04%), la segunda mayor frecuencia se ubicó en “actividad fuera de casa” para el grupo de tratamiento (33.33%) y para el grupo control se presentaron similares porcentajes para categorías “ayuda en casa” (37.04%) y “actividad fuera de casa” (18.52%), entre ambas acumularon el 55,56% (Tabla 35, en anexo 3).

**Tabla 3.** Características sociodemográficas y clínicas de la persona con esquizofrenia.

Características	Grupo Control (n=27)		Grupo de tratamiento (n=27)		Total (N=54)	
	Fi	%	Fi	%	Fi	%
Edad (años)						
18-24	6	22.22	7	25.93	13	24.07
25-30	12	44.44	10	37.04	22	40.74
31-43	5	18.52	7	25.93	12	22.22
44-53	3	11.11	2	7.41	5	9.26
60-64	1	3.70	1	3.70	2	3.70
Sexo						
Hombre	20	74.07	22	81.48	42	77.78
Escolaridad						
Básica	5	18.52	7	25.93	12	22.22
Media	15	55.56	11	40.74	26	48.15
Técnica	4	14.81	6	22.22	10	18.52
Universitaria	3	11.11	3	11.11	6	11.11
Situación civil						
Casado (a)	-	-	2	7.41	2	3.70
Soltero(a)	24	88.89	25	92.59	49	90.74
Separado(a)	3	11.11	-	-	3	5.56
Vive en pareja						
Si	4	14.81	3	11.11	7	12.96
Edad de inicio de la enfermedad						
5 - 13	1	3.70	3	11.11	4	7.41
15 - 19	12	44.44	11	40.74	23	42.59
20 - 25	10	37.04	9	33.33	19	35.19
27 - 30	2	7.41	3	11.11	5	9.26
35 - 38	2	7.41	1	3.70	3	5.56
Nº recaídas (informadas por cuidador)						
0	3	11.11	7	25.93	10	18.52
1	3	11.11	6	22.22	9	16.67
2 - 3	12	44.44	13	48.15	25	46.30
4 - 6	9	33.33	-	0.00	9	16.67
10 - 12	-	-	1	3.70	1	1.85

Fuente: elaboración propia

### ***V.1.b.) Descripción del cuidador principal –familiar.***

Los cuidadores presentaron mayoritariamente una edad de adultez media, encontrándose el 44,% en el tramo entre los 40 y 59 años, situación similar para ambos grupos. Se encontró un escaso porcentaje de cuidadores en los extremos inferiores y superiores de las edades incluidas; fueron mayoritariamente mujeres (75.9% para la muestra total, manteniéndose misma tendencia para ambos grupos) y el mayor porcentaje en cuanto a último curso realizado se ubicó en la categoría de enseñanza media (44.4%), existiendo un bajo porcentaje de cuidadores sin escolaridad (5.56%). Un porcentaje importante en la muestra total poseía estudios posteriores a la enseñanza media, educación técnica o universitaria (27.7%), esto se presentó en ambos grupos de manera similar. En relación a la situación civil, el mayor porcentaje, para ambos grupos, se ubicó en la categoría de casados (53.7% para muestra total).

Finalmente, en lo que atañe al promedio de horas de cuidado informadas por el cuidador, el mayor porcentaje se ubicó en la categoría de 8 a 12 horas (46.3% para la muestra total), siendo aproximadamente similar el porcentaje para ambos grupos (GC=51.8%; GT=40.7%), De igual forma, fue relevante el alto porcentaje existente en la categoría de 14 a 18 horas de cuidado en la muestra total (33.3%), al analizar por cada grupo, existe similitud de porcentajes para esta categoría (Tabla 4).

**Tabla 4.** Caracterización socio demográfica del cuidador principal.

Características	Grupo Control		Grupo de tratamiento		Total	
	(n=27)		(n=27)		(N=54)	
	Fi	%	Fi	%	Fi	%
<b>Edad (años)</b>						
22 - 35	1	3.70	4	14.81	5	9.26
40 - 51	4	14.81	2	7.41	6	11.11
52 - 55	4	14.81	5	18.52	9	16.67
56 - 59	4	14.81	3	11.11	7	12.96
60 - 65	5	18.52	7	25.93	12	22.22
66 - 68	6	22.22	4	14.81	10	18.52
70 - 75	3	11.11	2	7.41	5	9.26
<b>Sexo</b>						
Mujer	20	74.07	21	77.78	13	75.93
<b>Escolaridad</b>						
Sin escolaridad	1	3.70	2	7.41	3	5.56
Básica	5	18.52	6	22.22	11	20.37
Media	12	44.44	12	44.44	24	44.44
Técnica Superior	3	11.11	5	18.52	8	14.81
Universitaria	5	18.52	2	7.41	7	12.96
Post grado	1	3.70	-	.00	1	1.85
<b>Situación civil</b>						
Casado (a)	16	59.26	13	48.15	29	53.70
Soltero(a)	3	11.11	2	7.41	5	9.26
Separado(a)	3	11.11	2	7.41	5	9.26
Divorciado(a)	1	3.70	2	7.41	3	5.56
Viudo(a)	4	14.81	8	29.63	12	22.22
<b>Promedio Horas de cuidado</b>						
3 - 7 hrs.	4	14.81	5	18.52	9	16.67
8 - 12 hrs.	14	51.85	11	40.74	25	46.30
14 - 18 hrs.	9	33.33	9	33.33	18	33.33
20 - 24 hrs.	-	-	2	7.41	2	3.70

Fuente: Elaboración propia

## V.2. Análisis de Normalidad para cada una de las variables de resultado

Se realizaron las pruebas de bondad de ajuste para determinar el ajuste de los datos a un determinado tipo de distribución. Al aplicar el Test de Shapiro – Wilk se concluyó que las variables analizadas presentan una distribución normal para  $p > .05$ . Se exceptúa de esta condición la variable adherencia a tratamiento (MG) en ambas mediciones ( $p = .00000$  respectivamente), por lo que esta variable fue analizada con estadística no paramétrica.

**Tabla 5.** Test de Shapiro – Wilk para análisis de normalidad de las variables centrales.

Variable	W	V	z	Prob>z
N=54				
<b>Pre</b>				
Funcionamiento social	.91980	4.009	-1.441	.92519*
Sintomatología Clínica Esquizofrenia	.98811	.594	-1.615	.94684*
Adherencia a Tratamiento	.86801	6.597	4.551	.00000
Emoción. Expresada-Negativa	.92723	3.637	-.067	.52658*
Emoción. Expresada-Positiva	.96203	1.898	.160	.43644*
<b>Post</b>				
Funcionamiento social	.96514	1.742	-1.525	.93640*
Sintomatología Clínica Esquizofrenia	.97890	1.054	-1.565	.94116*
Adherencia a Tratamiento	.82339	8.827	5.034	.00000
Emoción. Expresada-Negativa	.90918	4.539	.439	.33032*
Emoción. Expresada-Positiva	.97524	1.238	-.272	.60708*

\* $p > .05$ .

Fuente: elaboración propia

### **V.3. Estadísticos descriptivos para cada una de las variables de resultado.**

Se presenta para cada una de las variables de resultado los principales estadísticos descriptivos y se analizan las propiedades de la distribución de cada una de ellas para el grupo control y grupo de tratamiento, pre y post intervención.

#### **3.1.) Funcionamiento Social (PSP) de la persona con esquizofrenia**

##### ***Funcionamiento social (PSP) – Grupo control.***

La variable presentó una asimetría positiva para el grupo control en el momento pre intervención (0.21), existiendo una leve predominancia de valores orientados sobre la media de la distribución. Para curtosis, la distribución asumió una forma platicúrtica, siendo un valor levemente inferior en el momento post intervención (figura 2). Para ambos momentos, los valores presentaron una escasa concentración en torno a los valores centrales de la distribución. Los valores de la media y mediana presentaron leves diferencias para el pre ( $M=52.78$ ;  $Md=45$ ) y el post al interior del grupo ( $M=51.67$ ;  $Md=45$ ), presentándose una leve disminución, especialmente los valores del extremo superior de la distribución (Tabla 6 y figura 3).

##### ***Funcionamiento social (PSP) – Grupo de tratamiento.***

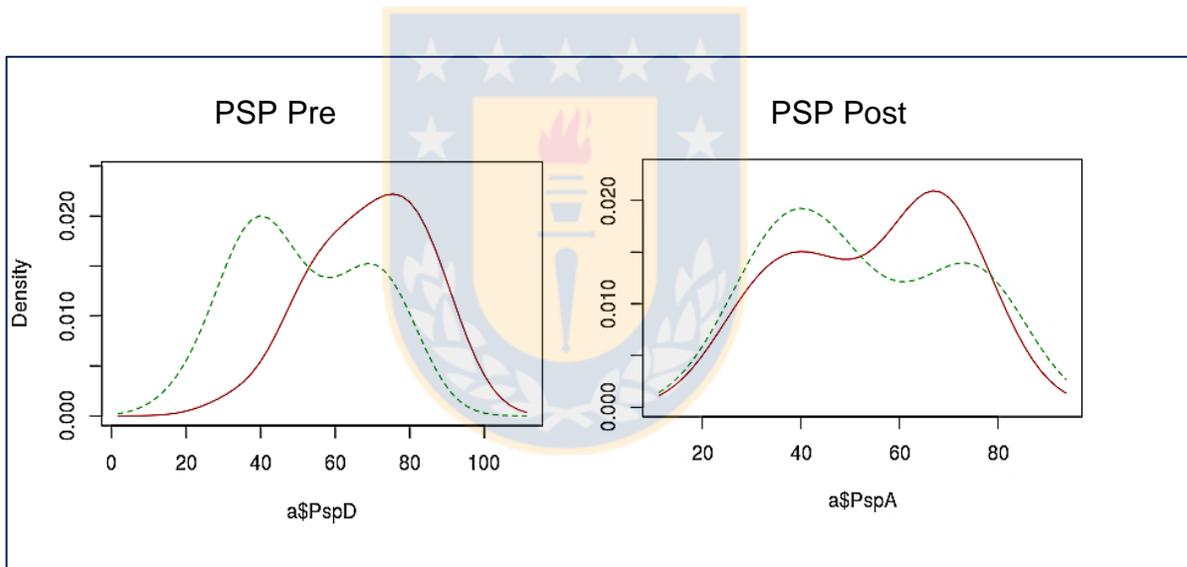
Previo a la intervención, se apreció una asimetría negativa en grupo de tratamiento (-0,26), existiendo leve predominancia de valores orientados bajo la media de la distribución. Para el momento post intervención este mismo grupo aumentó su asimetría negativa (-0,38) (Tabla 6). La distribución mantuvo su forma platicúrtica, asumiendo una forma más parecida a la normal (-0,71) (figura 2). En la medición post intervención se apreció un aumento en la media (dif=14,41), en la mediana (dif=9) y en el puntaje máximo (tabla 6 y figura 3). Para esta variable, un mayor puntaje representa un mejor funcionamiento social. Durante el proceso de intervención, dos pacientes debieron abandonar la investigación y retomar tratamiento por presentar agudización de sintomatología

clínica, lo que aumentó la frecuencia de valores bajo la media, al ser reducido el N de la muestra, los valores se afectan fácilmente (Tabla 6).

**Tabla 6.** Estadísticos descriptivos de la variable funcionamiento social por grupo control y grupo de tratamiento pre – post intervención.

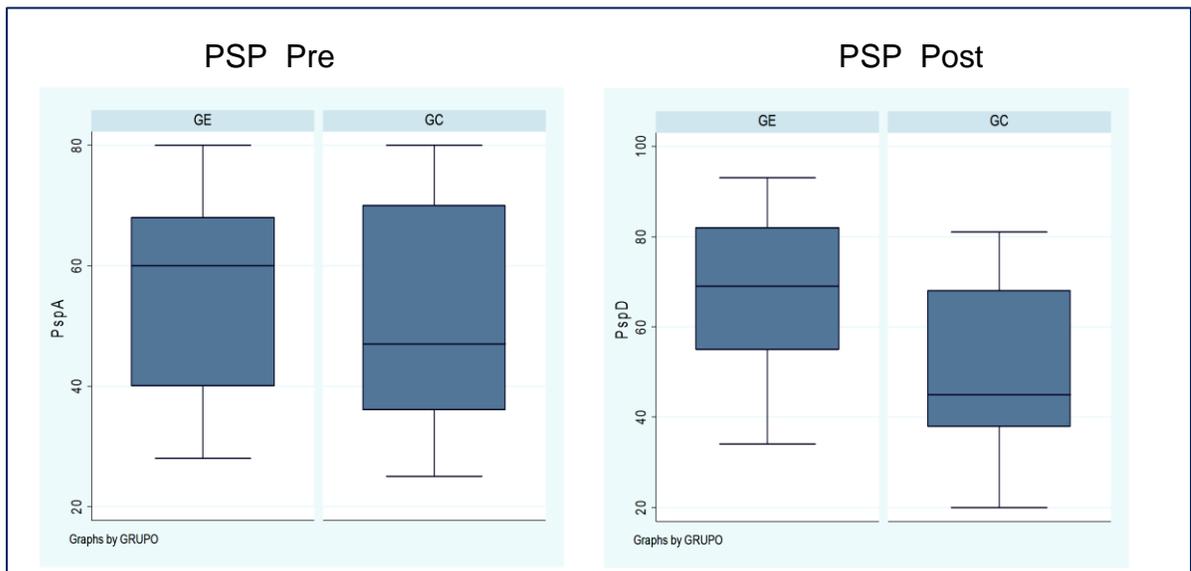
Grupo	Pre				Post			
	M (SD)	Md	Asimetría	Curtosis	M (SD)	Md	Asimetría	Curtosis
Control	52.78(18.34)	47	0.21	-1.52	51.67(17.41)	45	0.12	-1.36
Tratamiento	54.74(16.51)	60	-0.26	-1.51	69.15(14.66)	69	-0.38	-0.71

Fuente: elaboración propia



**Figura 2.** Funcionamiento Social (PSP) pre y post intervención por el grupo control Y grupo tratamiento.

Fuente: elaboración propia



**Figura 3.** Box plot funcionamiento social pre y post intervención (PspA y PspD) para el grupo control y grupo de tratamiento.

Fuente: elaboración propia

### V.3.2.) Estadísticos descriptivos para variable Sintomatología clínica esquizofrenia (PANSS).

#### **Sintomatología clínica esquizofrenia (PANSS) – grupo control:**

Se encontró una asimetría positiva para el grupo control en el momento pre intervención (0,22) evidenciándose una leve predominancia de los valores orientados sobre la media de la distribución. Para el momento post intervención este mismo grupo asumió una asimetría levemente inferior y continuó siendo positiva (0,15). Se detectó una leve disminución de valores orientados sobre la media, independiente de esto, se mantuvo una leve superioridad de los valores orientados sobre la media. La distribución asumió una forma platicúrtica, adoptando ésta, un valor superior en el momento post intervención (-0,86). Para ambos momentos, en el grupo control, los valores de la distribución presentaron una escasa concentración en torno a los valores centrales de la distribución (Figura 4). Los valores de la media presentaron leves diferencias para el pre y el post (dif  $M=3,11$ ), disminuyendo la media para el momento post (Figura 5). Un

puntaje menor en esta variable refleja menor presencia de sintomatología evaluada (Tabla 7).

**Sintomatología clínica esquizofrenia (PANSS) – grupo de tratamiento:**

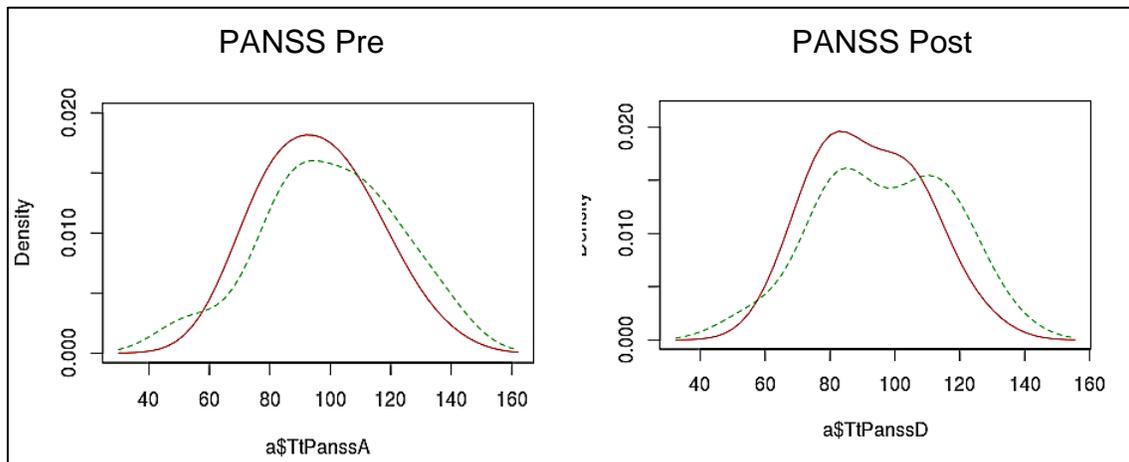
Se apreció una asimetría positiva tanto para el pre y el post, disminuyendo levemente para el momento post intervención (0,22 y 0,15 respectivamente), lo que indicó una leve disminución de valores orientados sobre la media de la distribución. Paralelo a esto, se apreció una disminución en la media (dif  $M= 4,04$ ) para el momento post intervención al interior del grupo. Para curtosis, la distribución mantuvo su forma platicúrtica, asumiendo ésta, un valor superior en el momento post intervención (-0,49 pre y -0,86 post). Para ambos momentos, los valores presentaron una escasa concentración en torno a los valores centrales de la distribución (Figura 4).

Al realizar un análisis de la puntuación total de la escala PANSS, en base a las medias de ambos grupos, se aprecia que ambos disminuyen levemente su media en la medición post (Figura 5). Al considerar las diferencias internas de las medidas iniciales y finales para ambos grupos, se tiene que es el grupo de tratamiento el que modifica favorablemente y en mayor magnitud su media pre - post (dif  $M GC=4,04$ ; dif  $M GT=3,11$ ), (Tabla 7).

**Tabla 7.** Estadísticos Descriptivos sintomatología clínica esquizofrenia por el grupo control y grupo de tratamiento pre – post intervención.

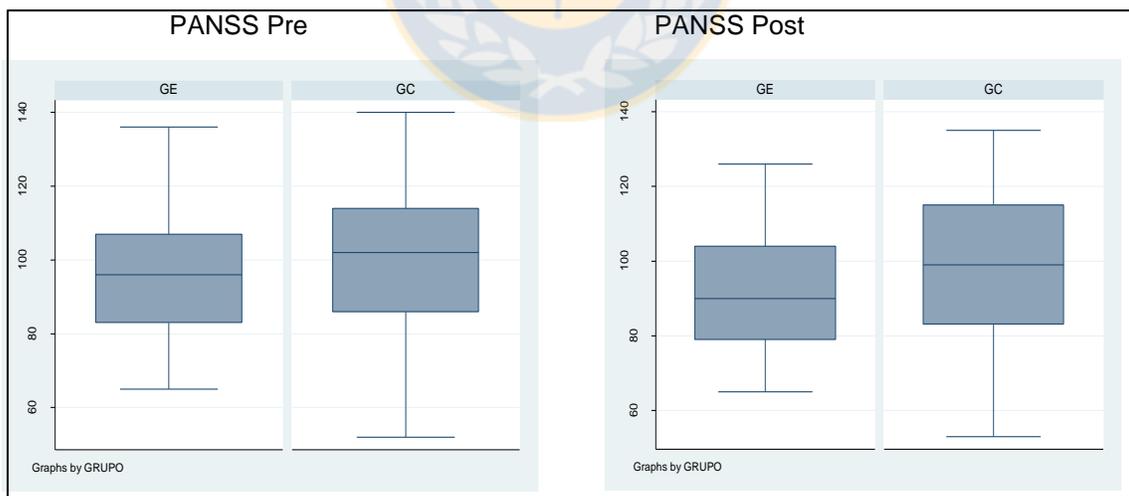
Grupo	Pre				Post			
	M (DE)	Md	Asimetría	Curtosis	M (DE)	Md	Asimetría	Curtosis
Control	99.74(22.22)	102	0.22	-0.49	96.63(20.30)	99	0.15	-0.86
Tratamiento	95.85(17.81)	96	0.27	-0.76	91.81(15.92)	90	0.24	-1.01

Fuente: Elaboración propia



**Figura 4.** *Sintomatología Clínica Esquizofrenia (PANSS) pre y post intervención por el grupo control y grupo de tratamiento.*

Fuente: Elaboración propia



**Figura 5.** *Box plot sintomatología clínica esquizofrenia pre y post intervención para grupo control y grupo de tratamiento.*

Fuente: Elaboración propia

### **V.3.3.) Estadísticos descriptivos para variable adherencia a tratamiento - (Moriski – Green).**

#### **Adherencia a tratamiento – grupo control.**

Los valores de la media y mediana presentaron muy leves diferencias para el pre y el post al interior del grupo ( $M=5,59$  y  $M=5,63$  respectivamente), evidenciándose un valor levemente superior para el momento post intervención (tabla 8 y figura 6). Un puntaje mayor en esta variable se interpreta como menor adherencia.

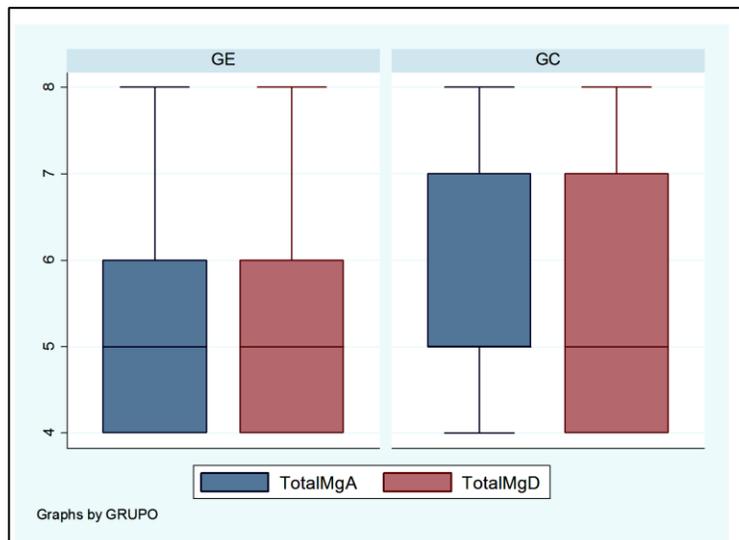
#### **Adherencia a tratamiento – grupo de tratamiento.**

Se evidenció una leve disminución de la media para este grupo en el momento post intervención ( $M=5,15$ ) respecto de la medición basal ( $M=5,30$ ) (tabla 8 y figura 6). Un puntaje menor en esta variable se interpreta como mayor adherencia.

**Tabla 8.** Estadísticos descriptivos para adherencia a tratamiento por grupo control y grupo de tratamiento pre y post intervención.

Grupo	Pre		Post	
	M	DE	M	DE
Control	5.59	1.31	5.63	1.52
Tratamiento	5.30	1.32	5.15	1.38

Fuente: Elaboración propia



**Figura 6.** Box plot adherencia a tratamiento pre y post intervención (TotalMgA y TotalMgD) para el grupo control y grupo de tratamiento.

Fuente: Elaboración propia

#### **V.3.4.) Estadísticos descriptivos para variable emoción expresada.**

Esta variable fue trabajada en base a instrumento Five Minutes Speed Sample (FMSS). Este consiste en una entrevista estructurada que contempla cinco dimensiones y que entrega un puntaje dicotómico: alta o baja emoción expresada.

Dado la mayor riqueza que otorga el trabajar la variable como una variable continua y en base al sustento teórico del instrumento que permite distinguir dos grandes dimensiones categoriales de la variable (figura 7), se optó por trabajar esta variable además como variable continua, de manera de verificar la solides de los análisis realizados.

En base a lo anterior se presentan los análisis de la EE, en primer término, como variable dicotómica (A) y en segundo lugar, como variable continua (B).

### **A) Análisis de la variable emoción expresada como variable dicotómica**

Al observar los estadísticos descriptivos, separados por grupo control y grupo de tratamiento, se apreció que la mayoría de los cuidadores en ambos grupos se encontraban en “alta emoción expresada” en el momento pre intervención. Para el grupo experimental se observó una fuerte disminución en la medición post intervención: de los 26 cuidadores principales que registraron alta emoción expresada en la medición pre, sólo quedaron seis en esta categoría para la medición post (tabla 9).

**Tabla 9.** Emoción expresada como variable dicotómica para el grupo control y grupo de tratamiento para medición pre y post intervención.

Grupo	Pre				Post			
	Alta EE		Baja EE		Alta EE		Baja EE	
	Fi	%	Fi	%	Fi	%	Fi	%
Control	22	81.5	5	27	20	74.1	7	25.9
Tratamiento	26	96.3	1	3.70	6	22.2	21	77.7

Fuente: Elaboración propia

### **B) Análisis de la variable emoción expresada como variable dimensional:**

En el sustrato teórico del instrumento, se observa que la evaluación de alta o baja emoción expresada se realiza sólo sobre las escalas de comentarios críticos, hostilidad y sobre-implicación emocional, quedando las escalas de comentarios positivos y afecto no consideradas en el análisis. Esto reflejaría una estructura bidimensional del instrumento. Al observar la matriz de correlación del pre y post, se observó claramente que las escalas de comentarios críticos, hostilidad y sobre-implicación presentaron correlaciones positivas entre sí. Lo mismo ocurrió entre las escalas de comentarios positivos y la de afecto. Consecuente con ello, entre estos dos grupos de escalas, existieron correlaciones negativas entre ellas. Por tanto, se podría pensar tanto en una escala unidimensional, donde se invierten los puntajes de las escalas de afecto

y la de comentarios positivos, o una escala bidimensional con dos subgrupos que agrupan escalas que correlacionan positiva y negativamente entre sí (tabla 10, figura 7).

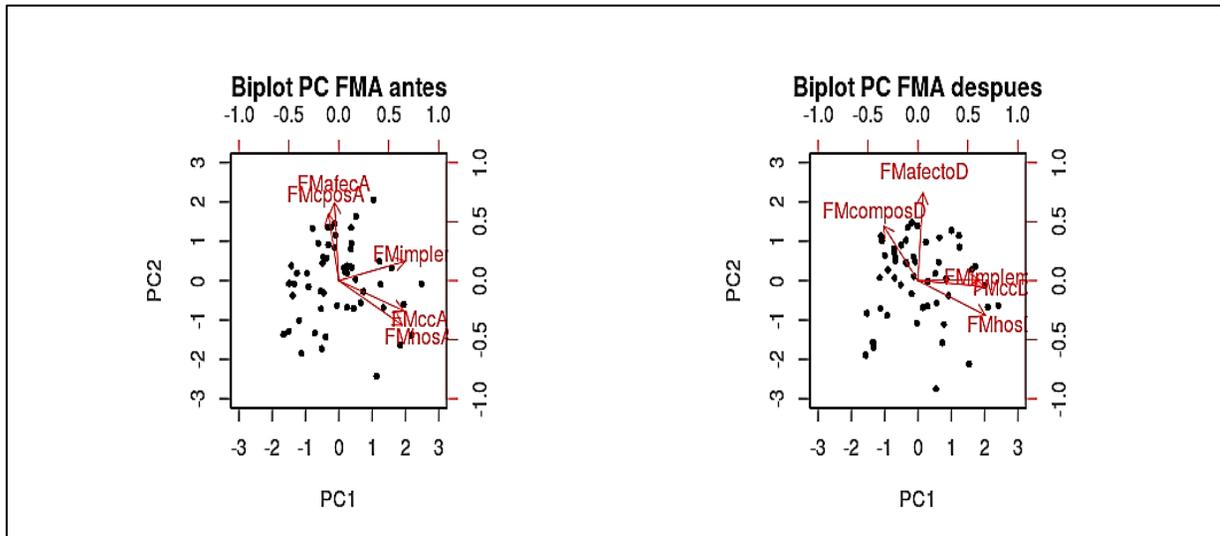
En el análisis de componentes principales, que resume la información de múltiples variables, se pudo observar que una solución de 2 componentes contuvo el 71% de la varianza del pre y 70% de la varianza del post. Se logró observar que el primer componente reunió la escala de implicación y las dos escalas negativas, reflejando principalmente el grado de implicación (muy asociado a lo negativo), en tanto que el segundo componente reflejó la dirección del afecto, siendo los valores componentes relacionados al afecto positivo (figura 7).

**Tabla 10.** *Correlación sub escalas instrumento Five Minutes Speed Sample pre y post intervención.*

	Comentarios críticos	Hostilidad	Implicación emocional	Afecto	Comentarios positivos
<b>Pre</b>					
Comentarios críticos	1.00	0.41	0.77	-0.25	-0.24
Hostilidad	0.77	1.00	0.47	-0.42	-0.35
Implicación emocional	0.41	0.47	1.00	0.03	-0.08
Afecto	-0.25	-0.42	0.03	1.00	0.29
Comentarios positivos	-0.24	-0.35	-0.08	0.29	1.00
<b>Post</b>					
Comentarios críticos	1.00	0.73	0.35	-0.03	-0.31
Hostilidad	0.73	1.00	0.55	-0.32	-0.41
Implicación emocional	0.35	0.55	1.00	-0.01	-0.29
Afecto	-0.03	-0.32	0.01	-1.00	0.28
Comentarios positivos	-0.31	-0.41	-0.29	0.28	1.00

\*p< 0.05; \*\*p< .01; \*\*\*p< .001

Fuente: Elaboración propia



**Figura 7.** Biplot componentes principales emoción expresada según FMSS, pre y post intervención.

Fuente: Elaboración propia

**B.1.) Estadísticos descriptivos de la variable emoción expresada como variable dimensional: EE – negativa.**

La emoción expresada - EE- Negativa agrupa las escalas de: a) Comentarios críticos; b) Sobreimplicación emocional y c) Hostilidad.

**EE - Negativa, sub escala FMSS- Negativa para el grupo control:**

Se presentó asimetría positiva para el momento pre intervención (0,96), existiendo una predominancia de valores orientados sobre la media de la distribución. Para el momento post intervención, se mantuvo la tendencia positiva, disminuyendo su valor a 0,19.

La distribución asumió una forma platicúrtica en el momento pre intervención (-0,04), manteniendo esta forma en el momento post y aumentando levemente su valor a -0,75. Para ambos momentos, los valores presentaron una escasa concentración en torno a los valores centrales de la distribución. Los valores de la media y mediana presentaron muy leves diferencias para el pre y el post al interior del grupo ( $M=10,41$ ;  $Md=9$  y  $M=9,93$ ;  $Md=10$ ), respectivamente.

**EE – Negativa, sub escala FMSS- Negativa para el grupo de tratamiento:**

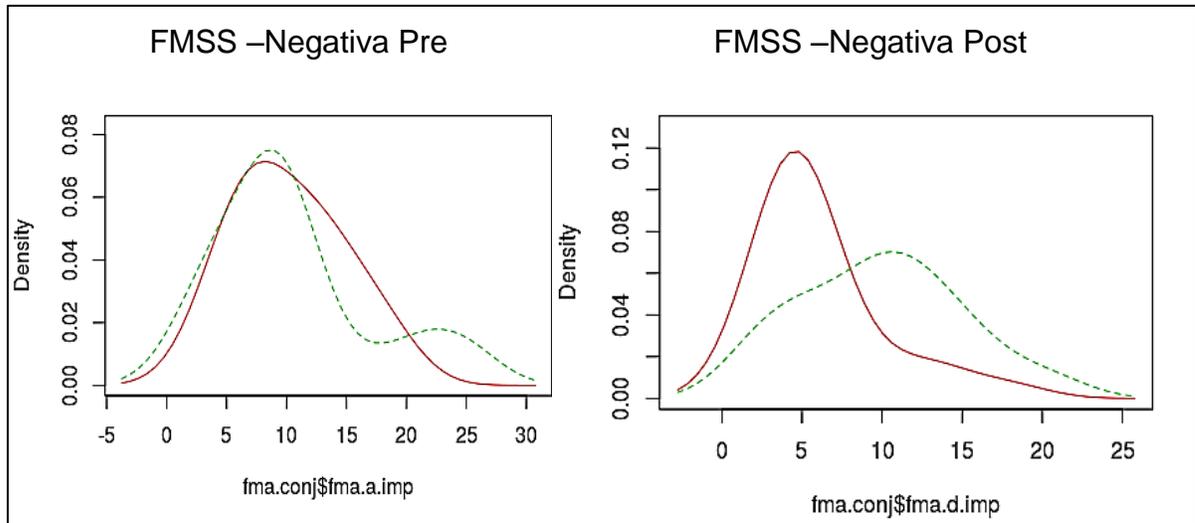
Para el momento previo a la intervención, se evidenció una asimetría positiva, aumentando de 0,34 a 1,59 para el momento post intervención, lo que indicó un aumento de valores orientados sobre la media de la distribución. Para esta variable, un mayor puntaje representa mayor emoción expresada, es decir, mayor sobreimplicación emocional. Finalmente se apreció una disminución de la media (dif=4,15) para el momento post intervención al interior del grupo (tabla 11).

Para curtosis, la distribución asumió una forma platicúrtica para el momento pre (-1,04) y una forma leptocúrtica para el momento post (1,91), Para el momento post intervención los valores presentaron una mayor concentración en torno a los valores centrales de la distribución. Como se aprecia en figura 8, la emoción expresada-negativa en el grupo experimental es un poco mayor en la medición basal, disminuyendo en la medición post intervención (figura 8).

**Tabla 11.** Estadísticos descriptivos para EE - Negativa para el grupo control y grupo de tratamiento, pre – post intervención, analizada como variable dimensional

EE –Negativa por grupo	Pre				Post			
	M (DE)	Md	Asimetría	Curtosis	M (DE)	Md	Asimetría	Curtosis
Control	10.41(6.49)	9	0.96	-0.04	9.93(5.09)	10	0.19	-0.75
Tratamiento	10.19(4.48)	10	0.34	-1.04	6.04(3.83)	5	1.59	1.91

Fuente: Elaboración propia



**Figura 8.** Emoción Expresada – sub escala Negativa (FMSS-Negativa) pre y post intervención por el grupo control y grupo de tratamiento.

Fuente: Elaboración propia

## **B.2.) Estadísticos descriptivos de la variable Emoción Expresada como variable dimensional: EE – Positiva.**

### **EE - Positiva, sub escala FMSS- Positiva para el grupo control:**

Se presentó asimetría positiva para el momento pre intervención (0,96) y una predominancia de valores orientados sobre la media de la distribución. Para el momento post intervención se mantuvo la tendencia positiva, disminuyendo su valor a 0,19. La distribución asumió una forma platicúrtica en el momento pre (-0,04), manteniendo esta forma para el momento post intervención, aumentando levemente su valor a -0,75. Para ambos momentos, los valores presentaron una escasa concentración en torno a los valores centrales de la distribución. Los valores de la media y mediana presentan muy leves diferencias para el pre ( $M=10,41$ ;  $Md=9$ ) y el post test al interior del grupo ( $M=9,93$ ;  $Md=10$ ) (Tabla 12).

**EE - Positiva, sub escala FMSS- Positiva para el grupo de tratamiento:**

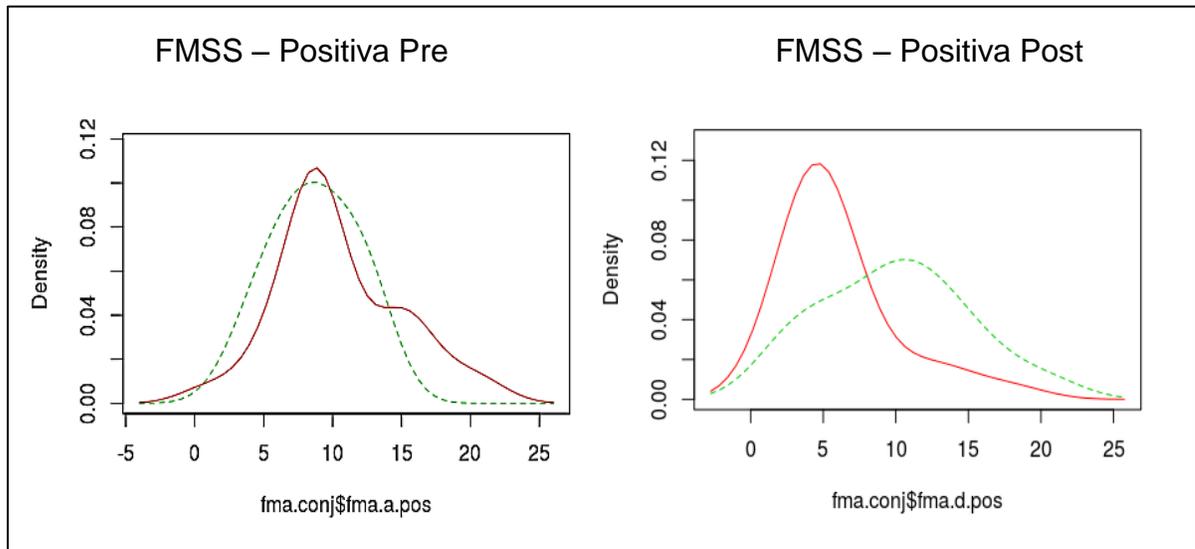
Para el momento previo a la intervención, se apreció una asimetría positiva, aumentando ésta para el momento post intervención (0,45 y 1,59, respectivamente) lo que indicó un aumento de valores orientados sobre la media de la distribución. Un mayor puntaje en esta variable representa mejor emoción expresada (mayor emoción expresada positiva).

Para curtosis, la distribución asumió una forma platicúrtica para el momento pre (-0,17) y una forma leptocúrtica para el momento post (1,91). Para el momento post, los valores presentan una mayor concentración en torno a los valores centrales de la distribución (Figura 9 y Tabla 12). El análisis de los gráficos mostró que en el grupo experimental la emoción expresada-positiva disminuye en la medición post intervención, mientras que en el grupo control, aumenta levemente (Figura 9).

**Tabla 12.** Estadísticos descriptivos emoción expresada positiva por el grupo control y grupo de tratamiento pre–post intervención, analizada como variable dimensional.

Grupo/Variable	Pre				Post			
	M (DE)	Md	Asimetría	Curtosis	M (DE)	Md	Asimetría	Curtosis
<b>Control</b>								
FMSS-Positiva	8.67(3.03)	9	-0.10	-1.18	9.93(5.09)	10	0.19	-0.75
<b>Tratamiento</b>								
FMSS-Positiva	10.44(4.50)	9	0.45	-0.17	6.04(3.83)	5	1.59	1.91

Fuente: Elaboración propia



**Figura 9.** Emoción Expresada – sub escala Positiva (FMSS-Positiva) pre y post intervención por el grupo control y grupo de tratamiento.

Fuente: Elaboración propia

#### **V.4. Estudio de diferencias entre grupos al momento de la medición basal.**

Se revisó la existencia de diferencias entre grupos al momento de la medición basal mediante prueba  $t$  de student para muestras independientes, en base a contraste unilateral y analizando igualdad de varianzas de acuerdo a la prueba de Levene. El análisis de los datos permitió establecer que al momento de la medición basal no existían diferencias significativas entre el grupo control y el grupo de tratamiento para ninguna de las cuatro variables dependientes estudiadas (tabla 13).

**Tabla 13.** *T test variables dependientes, por el grupo control y grupo de tratamiento para la medida pre y post intervención.*

Variables	Levene		Prueba T para muestras independientes				
	F	sig	M (SD)	Dif. M	T	P<F	p-value
<b>Pre intervención</b>							
Funcionamiento social							
Tratamiento	.3461	.558	54.74 (16.51)	1.97	.413		.659
Control			52.77 (18.34)				
Sintomatología Esquizofrenia							
Tratamiento	1.252	.268	95.85 (17.81)	-3.89	-.709		.240
Control			99.74 (22.22)				
Adherencia a Tratamiento							
Tratamiento	.0036	.952	5.14 (1.38)	-.47	-.826		.412
Control			5.62 (1.52)				
Emoción Expresada-negativa							
Tratamiento	1.023	.316	10.19 (4.48)	-.22	-.15		.442
Control			10.41 (6.49)				
Emoción Expresada-positiva							
Tratamiento	2.839	.097	10.44 (4.50)	1.77	1.70		.952
Control			8.67 (3.03)				
<b>Después</b>							
Funcionamiento Social							
Tratamiento	2.097	0.153	69.14 (14.65)	17.48	3.991		.0001***
Control			51.66 (17.40)				
Sintomatología Esquizofrenia							
Tratamiento	2.108	0.152	91.81 (15.92)	-5.11	-1.029		.1540
Control			96.92 (20.29)				
Adherencia a Tratamiento							
Tratamiento	0.675	0.414	5.14(1.37)	-0.48	-1.218		.1144
Control			5.62(1.52)				
Emoción Expresada-negativa							
Tratamiento	3.175	0.080	6.04(3,83)	-3.89	3.175		.0013*
Control			9.93(5.09)				
Emoción Expresada-positiva							
Tratamiento	0.620	0.434	6.04(3.83)	1.52	1.489		.928
Control			9.93(5.09)				

p<.05

Fuente: Elaboración propia.

## V.5. Prueba de Hipótesis

Finalmente se realizó la prueba de hipótesis, examinando los efectos de la TFC sobre las variables de resultado. Se empleó la prueba de efectos en base a ANOVA de medidas repetidas de un factor. Se analizan los resultados por cada una de las variables de resultado.

### V.5.1. Prueba de Hipótesis para funcionamiento Social

Se utilizó ANOVA de medidas repetidas de un factor, asumiendo que interesaba detectar cambios a nivel de los sujetos.

Para la prueba de efectos intra-sujetos se observaron efectos significativos por grupo, asumiendo el grupo de tratamiento valores más altos que el grupo control (tabla 14 y figura 3).

Para la prueba de efectos inter-sujetos se observaron efectos significativos por tiempo ( $p=1,37e-0,6$ ), encontrándose medias más altas en la medición post intervención (tabla 15) y además un efecto de interacción “tiempo x grupo” ( $p=5,03 e-0,8$ ) (tabla 15), en donde el grupo de tratamiento aumenta de media, versus el grupo control que la disminuye (tabla 13 y figura 10).

El análisis de los residuos muestra que éstos tienen una forma cercana a la normal, tanto de la predicción a nivel de individuos, como a nivel de las mediciones dentro de cada individuo.

Al calcular el tamaño del efecto en base a la diferencia de medias, dividiendo por la desviación estándar del tiempo basal, se obtiene un tamaño de efecto grande ( $d=0,87$ ), (Tabla 27).

**Tabla 14.** Prueba de los efectos intra-sujetos de la Intervención Familiar Conductual sobre el funcionamiento social

Fuente	Suma de cuadrados	Media cuadrática	F	Sig
grupo	2552	2552.1	4.87	.0316 *

\* $p<.05$

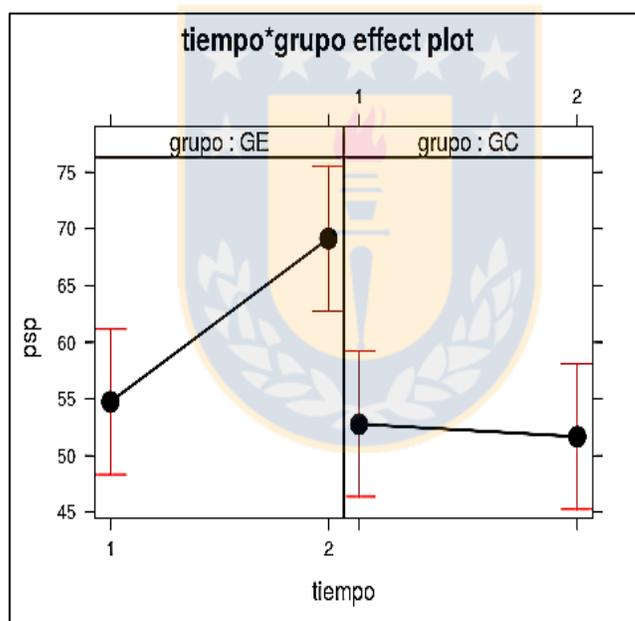
Fuente: Elaboración propia.

**Tabla 15.** Prueba de los efectos inter-sujetos de la Intervención Familiar Conductual sobre el funcionamiento social.

Fuente	Suma de cuadrados	Media cuadrática	F	Sig
Tiempo	1193.3	1193.3	29.77	1.37 e-0.6 ***
Tiempo x grupo	1626	1625.6	40.55	5.03 e-0.8***

\*\*\* p<.001.

Fuente: Elaboración propia.



**Figura 10.** Efecto tiempo X grupo sobre Funcionamiento Social.

Fuente: Elaboración propia.

### V.5.2. Prueba de hipótesis para sintomatología clínica

Se utilizó un ANOVA de medidas repetidas, ya que se asume que interesa detectar cambios en los sujetos.

Para la prueba de efectos intra-sujetos, no se observaron efectos significativos por grupo ( $p=.389$ ), (tabla 16).

Para la misma prueba, de efectos inter-sujetos, se observaron efectos significativos por tiempo ( $p=1,57e-0,5$ ), lo que implicó que ambos grupos mejoraron sintomatología clínica en la medición post intervención (Tabla 16).

Respecto del efecto esperado “tiempo x grupo”, éste no mostró significación estadística ( $p=.399$ ) (tabla 17 y figura 11), tanto el grupo control como el grupo de tratamiento disminuyeron sus puntajes promedios en la escala PANSS (Tabla 7).

**Tabla 16.** Prueba de los efectos intra-sujetos de la Intervención Familiar Conductual sobre sintomatología clínica esquizofrenia.

Fuente	Suma de cuadrados	Media cuadrática	F	Sig
grupo	547	546.8	0.75	0.389

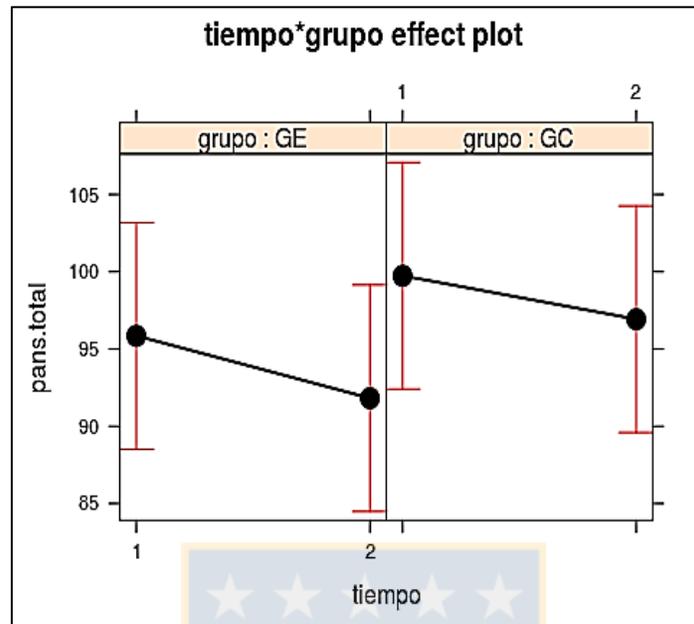
Fuente: Elaboración propia.

**Tabla 17.** Prueba de los efectos inter-sujetos de la Intervención Familiar Conductual sobre sintomatología clínica esquizofrenia.

Fuente	Suma de cuadrados	Media cuadrática	F	Sig
tiempo	316. 9	316. 9	22. 68	1. 57e-0. 5 ***
Tiempo x Grupo	10. 1	10. 1	0. 72	. 399

\*\*\*  $p<.001$ .

Fuente: Elaboración propia.



**Figura 11.** Efecto tiempo X grupo sobre sintomatología clínica esquizofrenia.

**Anàlisis de diferencias por grupos para cada una de las sub escalas de la PANSS:**

Se realizó la prueba “t” de student. Al respecto, se encontró que para las tres sub escalas se mantiene la misma tendencia, esto es, tanto el grupo control como el grupo de tratamiento disminuyen levemente sus medias en la medición post intervención. No obstante, las diferencias entre los grupos para cada una de las sub escalas no resultan ser estadísticamente significativas (tabla 18).

Al analizar internamente al grupo control, se aprecia que para la sub escala de *Síntomas positivos*, éste disminuye la media en su medición post en 0.3 respecto de su medición basal; para la sub escala de *Síntomas negativos* su medición post es menor en 2.11 unidades respecto de su medición basal. En la sub escala *General* este grupo presenta una leve disminución en su media post, respecto de medida pre, equivalente a 0.41 unidades.

Al analizar internamente al grupo de tratamiento, se aprecia que para la sub escala de *Síntomas positivos*, éste disminuye su media para la medición post

intervención en 0.22 respecto de su medición basal; para la sub escala de *Síntomas negativos* su medición post es menor en 1.7 respecto de su medición basal. Es en la sub escala *General* donde se aprecia la mayor diferencia dentro del grupo, su media post disminuye en 2.11 respecto de medición basal (tabla 18). Siguiendo la modalidad propuesta por Glass et al<sup>181</sup> de cálculo del tamaño del efecto utilizando sólo los datos del post-test, se puede concluir que el grupo de tratamiento mejora sus promedios en las mediciones post intervención en las tres sub escalas, respecto de la medición pre intervención (sub escala síntomas positivos mejora en 0.22; sub escala síntomas negativos, mejora en 1,7 y sub escala general mejora en 2,11), no obstante lo anterior, estas diferencias no resultan ser estadísticamente significativas (Tabla 19).

**Tabla 18.** *T test sub escalas PANSS para el grupo control y grupo de tratamiento pre y post intervención.*

Variables	Prueba T para muestras independientes			
	M (DE)	Dif. M	T P<F	p-value
<b>Pre test</b>				
<i>Sub escala Síntomas Positivos</i>				
Tratamiento	14.81(6.24)	-0.96	-0.52	.3030
Control	15.78(7.34)			
<i>Sub escala Síntomas Negativos</i>				
Tratamiento	30.41(5.44)	-0.67	-0.41	.3401
Control	31.07(6.35)			
<i>Sub escala General</i>				
Tratamiento	50.63(8.73)	-2.26	-0.81	.2099
Control	52.89(11.49)			
<b>Post</b>				
<i>Sub escala Síntomas Positivos</i>				
Tratamiento	14.59 (5.08)	-0.88	-0.54	.295
Control	15.48 (6.83)			
<i>Sub escala Síntomas Negativos</i>				
Tratamiento	28.71(5.02)	-.26	-0.17	.431
Control	28.96(5.78)			
<i>Sub escala General</i>				
Tratamiento	48.52 (8.48)	-3.96	-1.50	.069
Control	52.48(10.78)			

p<.01.

Fuente: Elaboración propia.

**Tabla 19.** *Diferencia de Medias pre y post intervención para sub escalas Panss para grupo control y grupo de tratamiento.*

Sub escalas	M (DE)	M (DE)	Dif M intra grupo
Panss	Pre	Post	pre - post
<i>Sub escala Síntomas Positivos</i>			
Tratamiento	14.81 (6.24)	14.59 ( 5.08)	0.22
Control	15.78 (7.34)	15.48 ( 6.83)	0.3
<i>Sub escala Síntomas Negativos</i>			
Tratamiento	30.41(5.44)	28.71 ( 5.02)	1.7
Control	31.07(6.35)	28.96 ( 5.78)	2.11
<i>Sub escala General</i>			
Tratamiento	50.63 (8.73)	48.52 ( 8.48)	2.11
Control	52.89 (11.49)	52.48 (10.78)	0.41

Fuente: Elaboración propia.

### **V.5.3. Prueba de hipótesis para adherencia a tratamiento**

#### **Prueba de los efectos de la Intervención Familiar Conductual sobre adherencia a tratamiento.**

Dado a que la variable adherencia a tratamiento no reunía condiciones de normalidad (Tabla 5) se resolvió someter a análisis como una variable ordinal. Realizado el análisis de escala Mokken se concluyó que la escala cumplía con el nivel de medición ordinal, particularmente la medición post (Tabla 47, anexo 3). Esto permitió realizar los análisis presentados a continuación.

Se utilizó un análisis análogo al ANOVA de medidas repetidas, pero no paramétrico, que no arrojó evidencia de los efectos de la TFC sobre la adherencia, para ninguna de las tres pruebas específicas realizadas: efectos intra grupo, efecto tiempo y efecto tiempo x grupo (tablas 20 y 21). Para cada una de las tres pruebas de efectos, se obtuvo un  $p > .05$ . Esta prueba se basa en los

*efectos relativos*, definidos como la probabilidad de que un valor del grupo X sea mayor a un valor del grupo Y, si se eligen ambos al azar.

No obstante lo anterior, al analizar las diferencias de medias pre y post intervención del grupo control y el grupo de tratamiento se destaca que aún cuando el grupo de tratamiento presentaba un valor levemente inferior en la medición basal respecto del grupo control ( $M_{GTpre}=5.30$ ;  $M_{GCpre}=5.59$ , respectivamente), esto es, mayor adherencia inicial, es este mismo grupo quien disminuye su media en la medición post ( $M_{GTpost}=5.15$ ), lo que implica una mejoría en la adherencia. El grupo control en cambio, aumenta su media en la medición post ( $M_{GCpost}=5.63$ ) (tabla 13 y figura 12).

**Tabla 20.** Prueba de los efectos intra-sujetos de la Intervención Familiar Conductual sobre adherencia a tratamiento.

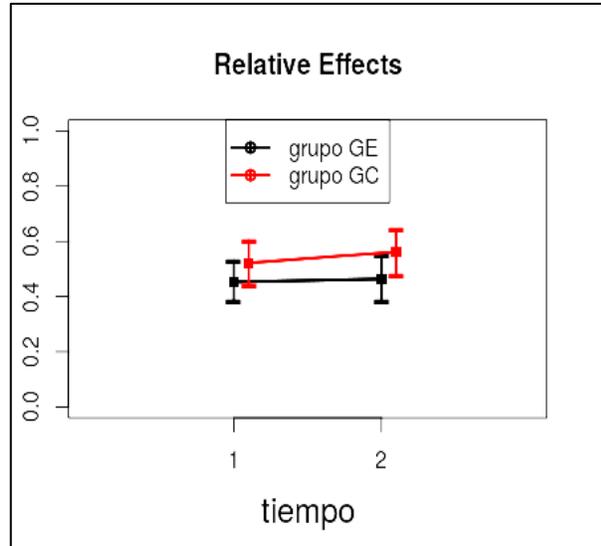
Fuente	ANOVA - Type Statistic (ATS)	df	p-value
Grupo	1.5706	1	.2101

Fuente: Elaboración propia.

**Tabla 21.** Prueba de los efectos inter-sujetos de la Intervención Familiar Conductual sobre adherencia a tratamiento.

Fuente	ANOVA - Type Statistic (ATS)	df	p-value
Tiempo	0.4661	1	.49475
Grupo x tiempo	0.1552	1	.69352

Fuente: Elaboración propia.



**Figura 12.** Efecto tiempo X grupo sobre adherencia a tratamiento

Fuente: Elaboración propia.

#### **V.5.4. Prueba de hipótesis para emoción expresada en el cuidador principal.**

##### **V.5.2.A.) Prueba de hipótesis para emoción expresada como variable dicotómica.**

Se utilizó un modelo GLM de regresión logística de efectos mixtos, análogo a un ANOVA de medidas repetidas. Se observaron efectos estadísticamente significativos por grupo y por tiempo (Tabla 22).

**Tabla 22.** Prueba de efectos de la Intervención Familiar Conductual sobre emoción expresada.

Grupo	Medición basal	Medición post
Control	7.805000e-05	7.804985e-05 ***
Experimental	2.843592e-05	9.998045e-01**

\*\*p< .01; \*\*\*p< .001

Fuente: Elaboración propia.

**V.5.2.B.) Prueba de hipótesis para emoción expresada como variable dimensional: EE-Negativa y EE- Positiva.**

Para efectos de este análisis se siguieron las indicaciones planteadas por los autores de la FMSS, Magaña et al<sup>174</sup> en relación a considerar la dimensión “*emoción expresada negativa*” como el constructo central en base al cual se debe analizar la emoción expresada del cuidador principal.

**Emoción Expresada – Negativa.**

Se utilizó ANOVA de medidas repetidas. ya que se asume que lo que interesa es detectar cambios en los sujetos. La aplicación de la prueba no mostró efectos para la prueba intra-sujetos ( $p=.1$ ). Si se detectaron efectos significativos para la prueba inter-sujetos, se observó un efecto por tiempo y un efecto de interacción “tiempo x grupo”. Estos resultados evidenciaron disminución de la emoción expresada negativa (sobreimplicación emocional) en el grupo de tratamiento en el momento post intervención (tablas 23, 24 y figura 13).

El análisis de los residuos mostró que éstos tienen una forma aproximadamente normal tanto en la predicción a nivel de individuos como en la predicción dentro de ellos (tabla 24).

Al calcular el tamaño del efecto en base a la diferencia de medias, dividiendo por la desviación estándar del tiempo basal, se obtiene un tamaño de efecto grande ( $d=0.92$ ) (Tabla 27).

**Tabla 23.** Prueba de efectos intra-sujetos de la Intervención Familiar Conductual sobre emoción expresada negativa.

Fuente	Suma de cuadrados	Media cuadrática	F	Sig
grupo	114.1	114.08	2.79	.1

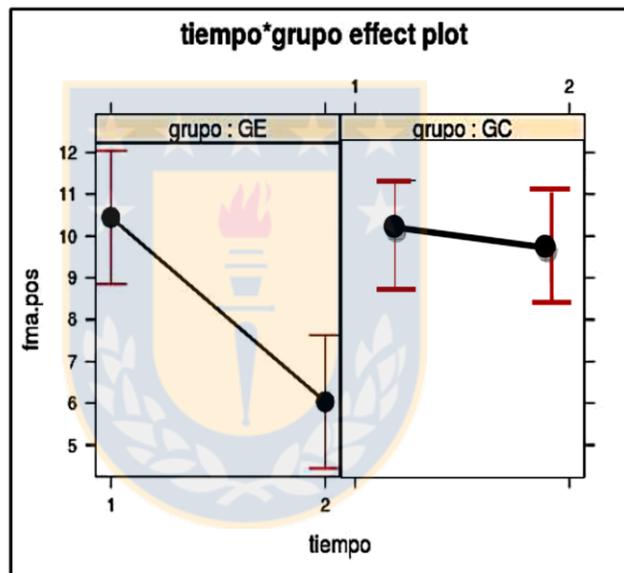
Fuente: Elaboración propia.

**Tabla 24.** Prueba de los efectos inter-sujetos de la Intervención Familiar Conductual sobre emoción expresada negativa.

Fuente	Suma de cuadrados	Media cuadrática	F	Sig
tiempo	144.7	144.68	13.65	.00053***
grupo x tiempo	90.7	90.75	8.56	.00053*****

\*\*p<.01; \*\*\*P<.001.

Fuente: Elaboración propia.



**Figura 13.** Efecto tiempo X grupo sobre emoción expresada- Negativa

Fuente: Elaboración propia.

### **Emoción Expresada – Positiva:**

Complementario al análisis anterior, se realizó el estudio de la emoción expresada – Positiva.

Se utilizó ANOVA de medidas repetidas de un factor. La aplicación de la prueba no mostró efectos para la prueba intra-sujetos por grupo ( $p=.164$ ) (Tabla 25). Del mismo modo para la prueba inter-sujetos no se detectó efecto por tiempo ( $p=.072$ ) (Tabla 26). Se encontró efecto de interacción “grupo x tiempo”, observándose una disminución de la emoción expresada positiva para el grupo de tratamiento en el momento post intervención (Tabla 26 y figura 14).

El análisis de los residuos muestra que estos tienen una forma aproximadamente normal en la predicción a nivel de individuos, así como en la predicción dentro de ellos.

Al calcular el tamaño del efecto se obtiene un tamaño de efecto grande ( $d=0.97$ ) (Tabla 27).

**Tabla 25.** Prueba de efectos intra-sujetos de la Intervención Familiar Conductual sobre emoción expresada Positiva.

Fuente	Suma de cuadrados	Media cuadrática	F	Sig
grupo	30.1	30.08	1.99	.164

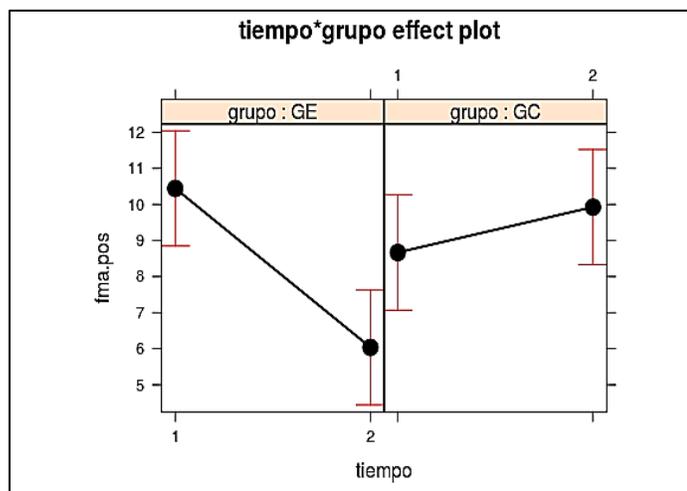
Fuente: Elaboración propia.

**Tabla 26.** Prueba de los efectos inter-sujetos de la Intervención Familiar Conductual sobre emoción expresada positiva.

Fuente	Suma de cuadrados	Media cuadrática	F	Sig
tiempo	66.9	66.90	3.36	.07233
grupo X tiempo	216.8	216.5	10.90	.00174**

\*\* $p<.01$

Fuente: Elaboración propia.



**Figura 14.** Efecto grupo X tiempo sobre emoción expresada – positiva

Fuente: elaboración propia

### V.6. Tamaño del efecto de la TFC sobre las variables de resultado

Al efectuar el análisis del tamaño del efecto de la TFC sobre las variables de resultado respecto del grupo de tratamiento y de acuerdo a las orientaciones de Cohen se aprecia un tamaño de efecto grande de la TFC en las variables funcionamiento social del paciente y emoción expresada en el cuidador principal y un efecto de tamaño pequeño en variable sintomatología clínica en esquizofrenia y adherencia a tratamiento (tabla 27).

**Tabla 27.** Tamaño del efecto (*d* de Cohen) de la TFC sobre variables de resultado para el grupo de tratamiento en sus mediciones pre y post intervención.

Variabes Resultado	Pre (n=54)	Post (n=54)	<i>d</i> (Cohen)
Funcionamiento Social	54.74 (16.51)	69.15 (14.66)	0.87
Emoción Expresada Negativa	10.19 (4.48)	6.04 (3.83)	0.92
Emoción Expresada Positiva	10.44 (4.50)	6.04 (3.83)	0.97
Sintomatología Clínica Esquizofrenia	95.85 (17.81)	91.81(15.92)	0.23
Adherencia a Tratamiento	5.30 (1.32)	5.15 (1.38)	0.11

Fuente: elaboración propia

## ***V.7. Análisis de los factores sociodemográficos y clínicos, asociados a la evolución de las variables de resultado.***

A fin de dar cumplimiento al objetivo específico 5, en relación a identificar variables sociodemográficas y clínicas asociadas a una mejor evolución en las personas con esquizofrenia que reciben Terapia Familiar Conductual, se realizó un análisis de regresión lineal múltiple a fin de evaluar el efecto del conjunto de predictores sobre las variables dependientes.

### ***V.7.1. Estudio de diferencias entre grupos para variables sociodemográficas al momento de la medición basal.***

En primer lugar se analizó la existencia de diferencias significativas de las variables sociodemográficas y clínicas al momento de la medición basal.

Se aplicó *t* student para muestras independientes para detectar diferencias de medias al momento de la medición basal. Los resultados otorgaron evidencia que permitió constatar que no existían diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos al inicio del estudio (tabla 28).

**Tabla 28.** *T test variables sociodemográficas por grupo control y grupo de tratamiento pre intervención.*

Características sociodemográficas	Prueba T para muestras independientes			
	Media(DE)	Dif. M	T P<F	p-value
<b>Sexo Paciente</b>				
Grupo Tratamiento	1.19(.396)	-.0740	-0.6450	.521
Grupo control	1.26(.446)			
<b>Edad Paciente</b>				
Grupo Tratamiento	30.63(10.031)	-0.926	0.743	.628
Grupo control	31.56(10.272)			
<b>Escolaridad Paciente</b>				
Grupo Tratamiento	3.18(0.962)	0	0.000	1.000
Grupo control	3.185(.879)			
<b>Número Recaídas</b>				
Grupo Tratamiento	2.259(2.795)	-0.815	-1.197	.237
Grupo control	3.074(2.164)			
<b>Sexo Cuidador</b>				
Grupo Tratamiento	1.78(.424)	0	0.000	1.000
Grupo control	1.78(.424)			
<b>Edad Cuidador</b>				
Grupo Tratamiento	56.15(12.693)	-2.926	-0.926	.359
Grupo control	59.07(10.422)			
<b>Escolaridad Cuidador</b>				
Grupo Tratamiento	2.96(1.018)	-0.370	-1.217	.229
Grupo control	3.33(1.208)			
<b>Promedio Horas de cuidado</b>				
Grupo Tratamiento	11.70(5.202)	0.851	0.702	.486
Grupo control	10.86(3.559)			

Fuente: Elaboración propia.

**V.7.2. Factores socio demográficos y clínicos asociados a evolución en funcionamiento social.**

Para evaluar el efecto del conjunto de los predictores sobre la variable funcionamiento social, se realizó una regresión lineal múltiple. De acuerdo a los datos encontrados, no se encontró asociación significativa con ninguno de los predictores sociodemográficos y clínicos analizados (Tabla 29).

**Tabla 29.** Coeficientes, niveles de significación y correlaciones semiparciales al cuadrado para los resultados de la regresión lineal múltiple sobre los puntajes de la variable funcionamiento social (N=54).

Resumen del Modelo						
Modelo	R cuadrado	R cuadrado corregida	Error típico de la estimación			
1	0.1133	0.0409	17.842			
ANOVA						
Modelo	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig	
Regresión	1992.64	4	498.16	1.56	.1985	
Residual	15598.39	49	318.33			
Total	17591.04	53	331.91			

*Variables Predictoras:* Sexo Paciente. Edad. Último curso aprobado. Número recaídas  
*Variable Dependiente:* Funcionamiento Social –PSP.

Coeficientes					
Modelo	Coeficientes No estandarizados		Coeficientes estandarizados		
	B	Error Típico	Beta	t	P>t
(constante)	63.3641	13.1360	-	4.82	.000***
Sexo Paciente	-7.4972	6.2061	-.1726	-1.21	.233
Edad	.0217	.2528	.0122	0.09	.932
Último curso aprobado	3.0302	2.6960	.1518	1.12	.267
Número recaídas	-1.5455	.9887	-.2129	-1.56	.124

\*\*\*p<.001

Fuente: Elaboración propia.

**V.7.3. Factores socio demográficos y clínicos asociados a evolución en Emoción Expresada.**

Para evaluar el efecto del conjunto de los predictores sobre la variable emoción expresada, se realizó una regresión lineal múltiple. Los estadísticos mostraron que no existe asociación significativa con ninguno de los predictores analizados (Tabla 30).

**Tabla 30.** Coeficientes, niveles de significación y correlaciones semiparciales al cuadrado para los resultados de la regresión lineal múltiple sobre los puntajes de la variable Emoción Expresada (N=54).

Resumen del Modelo						
Modelo	R cuadrado	R cuadrado corregida	Error típico de la estimación			
1	0.0807	0.0056	4.8601			
ANOVA						
Modelo	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig	
Regresión	101.562627	4	25.3906568	1.07	0.3791	
Residual						
<u>Total</u>						

Variables Predictoras: Sexo Paciente. Edad. Escolaridad paciente. Promedio hrs. Cuidado. número de recaídas. Sexo cuidador.

Variable Dependiente: Emoción Expresada - Negativa

Modelo	Coeficientes					
	Coeficientes No estandarizados		Coeficientes estandarizados			
	B	Error Típico	Beta	t	P>t	
(constante)	4.519269	3.873597	-	1.17	0.249	
Sexo paciente	-.3053142	1.619904	-.0262879	-0.19	0.851	
Nº recaídas	.4436944	.2797138	.2285323	1.59	0.119	
Sexo cuidador	2.010926	1.595251	.173143	1.26	0.213	
Promedio horas de cuidado	-.0818238	.1595175	-.0744694	-0.51	0.610	

Fuente: Elaboración propia.

**V.7.4. Factores socio demográficos y clínicos asociados a evolución en sintomatología clínica esquizofrenia.**

Para evaluar el efecto del conjunto de los predictores sobre la variable sintomatología clínica, se realizó una regresión lineal múltiple. Se observó una asociación significativa con la variable sexo ( $p=.044$ ) y con la variable número de recaídas del paciente ( $p=.031$ ), pacientes de sexo masculino presentaron mayor sintomatología clínica y por otra parte, aquellos pacientes que presentaban mayor sintomatología, presentaban también mayor número de recaídas (Tabla 31).

**Tabla 31.** Coeficientes, niveles de significación y correlaciones semiparciales al cuadrado para los resultados de la regresión lineal múltiple sobre los puntajes de la variable sintomatología clínica esquizofrenia (N=54).

Resumen del Modelo					
Modelo	R cuadrado	R cuadrado corregida	Error típico de la estimación		
1	0.1687	0.1008	17.308		
ANOVA					
Modelo	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig
Regresión	2977.9418	4	744.4854	2.49	.0556
Residual	14678.6507	49	299.5643		
Total	17656.5926	53	333.1432		

Variables Predictoras: Sexo Paciente. Edad paciente. Escolaridad Paciente. Promedio hrs. cuidado

Variable Dependiente: Sintomatología clínica Esquizofrenia.

Modelo	Coeficientes				
	Coeficientes No estandarizados		Coeficientes estandarizados		
	B	Error Típico	Beta	t	P>t
(constante)	84.1195	10.3075	-	8.16	.000
Sexo Paciente	12.5538	6.0776	.2886	2.07	.044*
Edad paciente	-.2465	.2454	-.1387	-1.00	.320
Nº recaídas	2.2231	.9987	.3057	2.23	.031*
Promedio hrs. Cuidado	-.2975	.5674	-.0723	-0.52	.602

\* $p < .5$

Fuente: Elaboración propia.

**V.7.5. Factores socio demográficos y clínicos asociados a evolución en adherencia a tratamiento.**

Para evaluar el efecto del conjunto de los predictores sobre la variable adherencia a tratamiento, se realizó una regresión lineal múltiple. No se observó asociación significativa con ninguno de los predictores analizados (tabla 32).

**Tabla 32.** Coeficientes, niveles de significación y correlaciones semiparciales al cuadrado para los resultados de la regresión lineal múltiple sobre los puntajes de la variable adherencia a tratamiento (N=54).

Resumen del Modelo						
Modelo	R cuadrado	R cuadrado corregida	Error típico de la estimación			
1	0.2018	0.00999	17.316			
ANOVA						
Modelo	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig	
Regresión	3563.8339	6	593.9723	1.98	.0874	
Residual	14092.7587	47	299.8459			
Total	17656.5926	53	333.1432			

*Variables Predictoras:* SexoPac. Edad Paciente. Escolaridad. Prom. Horas cuidado. Número recaídas. Sexo cuidador  
*Variable Dependiente:* Adherencia a Tratamiento.

Coeficientes					
Modelo	Coeficientes No estandarizados		Coeficientes estandarizados		
	B	Error Típico	Beta	t	P>t
(constante)	87.1303	17.1351	.		
SexoPac	12.1976	6.0858	.2804	2.00	.051
Edad Paciente	-.2258	.2478	-.1271	-0.91	.367
Escolaridad	-3.3784	2.6525	-.1689	-1.27	.209
Prom. Horas cuidado	-.3074	.5695	-.0747	-0.54	.592
Número recaídas	2.1254	1.0019	.2923	2.12	.039
Sexo cuidador	4.4520	5.8070	.1023	0.77	.447

Fuente: Elaboración propia.

### V.8. Análisis de los factores socio demográficos y clínicos asociados a la evolución de variables resultados.

Se realizó análisis del coeficiente de correlación  $r$  de Pearson a fin de evaluar la asociación en el conjunto de variables dependientes indagadas: funcionamiento social, sintomatología clínica, adherencia a tratamiento y emoción expresada en la medida post intervención.

Los resultados mostraron una asociación inversa importante y significativa entre la variable funcionamiento social y la sintomatología clínica ( $r=-.58$ ,  $p=.0000$ ), en la medida que la sintomatología clínica aumenta, disminuye el funcionamiento social. En segundo lugar, se evidenció una asociación directa significativa entre emoción expresada y sintomatología clínica ( $r=.37$ ,  $p=.0053$ ). Esto implica que en la medida que aumentó la emoción expresada negativa en el cuidador principal, aumentó la sintomatología clínica en el paciente. Por último, destaca la asociación inversa significativa ( $r= -0.34$ ;  $p=.00126$ ) entre la variable emoción expresada y funcionamiento social, es decir, en la medida que aumentó la emoción expresada en el cuidador principal, disminuyó el funcionamiento social del paciente (Tabla 33).

**Tabla 33.** *R de Pearson y p-value para puntajes obtenidos en variables dependientes principales y secundarias, post intervención.*

	PSP		PANSS		M-Green		EE	
	r	p- value	r	p- value	r	p- value	r	p- value
PSP	1.0							
PANSS	-0.58	.0000***	1.0					
M-Green	-0.22	.1024	.21	.1317	1.0			
EE-negativa	-0.34	.0012**	.37	.0053**	.27	.0447*	1.0	

\*\*\* $p < .001$ ; \*\* $p < .01$ ; \* $p < .5$

Fuente: Elaboración propia.

### **V.9. Análisis del impacto del índice “comentarios críticos” de la variable emoción expresada en variables clínicas en la medición basal.**

Por último se realizó un análisis del coeficiente de correlación  $r$  de Pearson a fin de indagar la existencia de asociación entre el índice “comentarios críticos” de la variable emoción expresada y algunas variables clínicas.

Los resultados mostraron una asociación positiva y significativa entre el índice “comentarios críticos” y las variables: puntaje total en la PANSS y número de recaídas. Esto implicó que en la medida en que el cuidador principal emitió un alto número de comentarios críticos hacia el paciente en la medición pre intervención, el paciente presentó una mayor puntuación en la PANSS, reflejando mayor sintomatología clínica y un mayor número de recaídas. Así también se observó una relación inversa y significativa con funcionamiento social del paciente, esto es, en la medida en que el cuidador principal emitió un alto número de comentarios críticos hacia el paciente en la medición pre intervención, el paciente presentó una menor puntuación en la PSP, reflejando así un menor funcionamiento social.

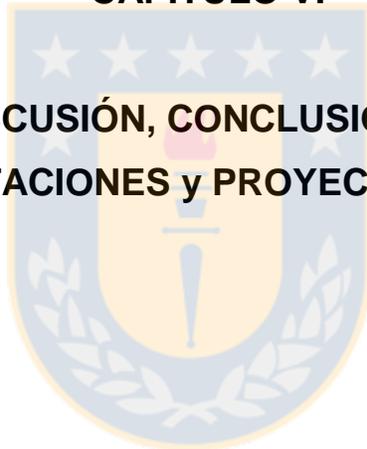
**Tabla 34.** *R de Pearson y p-value para el índice “comentarios críticos” de la variable emoción expresada-negativa en las variables clínicas vulnerables para la medida pre intervención.*

Comentarios críticos	$r$	p- value
Funcionamiento social	-0.5067	0.0001***
Puntaje Total PANSS	0.4584	0.0005***
Número de recaídas	0.3143	0.0206*

\*\*\* $p < .001$ ; \*\* $p < .01$ ; \* $p < .5$   
Fuente: Elaboración propia.

## **CAPITULO VI**

### **DISCUSIÓN, CONCLUSIONES, LIMITACIONES y PROYECCIONES**



**Discusión.** Esta investigación tuvo como propósito evaluar la efectividad de la Terapia Familiar Conductual (TFC) respecto de los cuidados usuales, en una muestra de personas con esquizofrenia atendidos en dispositivos de psiquiatría del nivel secundario del Servicio de Salud Concepción, Chile. Específicamente se orientó a evaluar los efectos de esta terapia en cuatro variables dependientes, siendo la variable resultado principal el funcionamiento social de la persona con esquizofrenia, y las variables de resultado secundarias la adherencia al tratamiento y la sintomatología clínica en la persona con esquizofrenia y la emoción expresada del (la) cuidador(a) principal. Además, se analizaron las variables asociadas a una mejor puntuación en las variables dependientes estudiadas.

El estudio consideró un diseño de ensayo clínico controlado aleatorizado a dos brazos, las personas con esquizofrenia y su cuidador principal fueron asignadas de manera aleatoria a uno de los dos grupos. El grupo de tratamiento recibió la intervención, en su domicilio con un total de 12 sesiones para cada familia y con una periodicidad de una sesión semanal. Ambos grupos continuaron recibiendo los cuidados rutinarios del establecimiento de salud. El estudio consideró un total de 54 personas en evaluación, 27 personas en el grupo control y 27 en grupo experimental.

El estudio se sustentó en los conceptos fundamentales del modelo teórico Vulnerabilidad – estrés, toda vez que éste cuenta con evidencia respecto de la asociación existente entre situaciones de estrés vivenciadas por la persona con esquizofrenia, la agudización de sintomatología clínica, la aparición de recaídas, y un deterioro importante en el funcionamiento social.

Se escogió la TFC como una estrategia de intervención específica, acorde al modelo teórico enunciado, que ha demostrado efectividad en contextos europeos. Se consideró relevante este estudio, por cuanto, aun cuando esta terapia se ha implementado en contextos europeos con adecuados resultados, en el contexto latinoamericano, la TFC como estrategia de intervención, no ha sido difundida, ni menos aún, implementada. La TFC es una estrategia de intervención psicosocial específica, que ha sido estandarizada en base a

manuales de aplicación, con una descripción detallada de contenidos y técnicas de trabajo y debidamente monitorizada. El objetivo de la TFC se centra en proporcionar o potenciar el conocimiento que las familias tienen respecto de la enfermedad y mejorar habilidades de comunicación y de resolución de problemas, facilitando el manejo del estrés en la vida cotidiana y las crisis accidentales. En este estudio, la aplicación de la TFC se desarrolló estrictamente, conforme a las orientaciones indicadas en la capacitación que recibieron los monitores, siendo monitorizada por dos psicólogas clínicas especializadas en el trabajo con personas con enfermedad mental grave.

La evidencia existente en torno a la efectividad de las intervenciones familiares en trastornos mentales graves, usando el modelo propuesto por Falloon, se ha focalizado fundamentalmente en países europeos<sup>88,98,134,161,162</sup> en algunos países de Asia<sup>142,143</sup>. Es relevante señalar que cada uno de estos estudios ha generado distintas modalidades y adaptaciones en la aplicación de la TFC, no existiendo una aplicación estandarizada y uniforme que permita la evaluación comparada. Fallon<sup>64</sup> precisa que no existe suficiente evidencia científica que permita afirmar la efectividad de las estrategias de intervención familiar sobre el curso de los trastornos mentales graves. Dada la dificultad de poder comparar estudios de similares cualidades. Se considera este estudio un aporte, al reportar sobre la efectividad de la TFC aplicada en base a un diseño de ensayo clínico controlado aleatorizado y con una aplicación estandarizada de la técnica, en base al modelo de Falloon que se desarrolla en el Instituto Meriden en Birmingham, Inglaterra. En Portugal, específicamente en la Universidad Nova de Lisboa se capacitaron los primeros monitores en este programa, siendo uno de ellos quien entrenó a los monitores de TFC que participaron en este estudio.

## Discusión de los principales hallazgos según objetivos del estudio:

- *Funcionamiento Social*

Este estudio evidencia efecto de la TFC sobre el **funcionamiento social** de la persona con esquizofrenia. El análisis de ANOVA de medidas repetidas muestra diferencias estadísticamente significativas en las mediciones post intervención entre grupo de tratamiento y control, existiendo una diferencia de medias entre ambos grupos de 17.5, favorable al grupo de tratamiento. La prueba de efectos intra-sujetos arroja significación estadística (.0316 ( $p < .05$ )). En la prueba de efectos inter-sujetos, al evaluar el factor tiempo, se obtienen diferencias estadísticamente significativas ( $1.37 \times 10^{-6}$  para un  $p < .001$ ), entre ambos grupos; similar situación ocurre al considerar el efecto de acuerdo a la interacción tiempo x grupo ( $5.03 \times 10^{-8}$  para un  $p < .001$ )

Al efectuar el análisis de tamaño de efecto de la TFC sobre las mediciones pre – post, respecto del grupo de tratamiento y de acuerdo con las orientaciones de Cohen, se aprecia un tamaño de efecto grande de la TFC sobre la variable funcionamiento social del paciente ( $d = .87$ ). Al respecto, la comparación con la literatura se complejiza dado que en la revisión efectuada no se encontraron estudios que, para la misma intervención aplicada o similar, informaran específicamente el tamaño de los efectos encontrados. Estudios anteriores informan “efectos significativos”, “diferencias significativas”, pero no se precisa tamaño de éstos.

Los resultados encontrados son congruentes con los hallazgos de Falloon et al<sup>137</sup> en su investigación desarrollada con 36 personas con esquizofrenia, participantes de un programa de TFC, de una duración de tres meses y seis meses de seguimiento. Ellos obtuvieron una mejoría significativa en el funcionamiento familiar de estos pacientes. De igual forma, Espina y González<sup>151</sup>, quienes en un estudio realizado con 36 personas con esquizofrenia en la Universidad del País Vasco, compararon tres tipos de intervenciones, con el grupo control y dos grupos experimentales: -Terapia familiar -Grupo de apoyo a padres más terapia de grupo para pacientes y -Terapia psicopedagógica,

comparadas entre sí y con un grupo control, en base a intervención de 12 meses; que los lleva a concluir que los pacientes de los grupos de terapia familiar y grupo de apoyo de padres más terapia de grupo muestran mejorías estadísticamente significativas en sintomatología y ajuste social, mientras que los grupos de terapia pedagógica y control, no evidencian cambios. Shashi et al<sup>143</sup>, en una adaptación cultural de la TFC -sesiones de tratamiento unifamiliar, sesiones de grupo multifamiliares, visitas a domicilio e implicación de otras personas relevantes en la vida del paciente-, demostraron que la disfunción social de los pacientes fue menor en el grupo de intervención. Zhang et al<sup>142</sup>, con un formato experimental similar y estudio multicéntrico obtuvieron mejorías en el funcionamiento social y laboral. Interesante resulta destacar los resultados del estudio de Mc Farlane et al<sup>129</sup>, quienes en su estudio multicéntrico con un seguimiento a dos años comparan un modelo de psico educación aplicado a familias individuales con otro aplicado a grupos multifamiliares que siguió los procedimientos desarrollados por Falloon y Liberman<sup>141</sup>. Ellos obtienen mejores resultados para el grupo multifamiliar, en relación a la sub dimensión de aspecto laboral del funcionamiento social de la persona con esquizofrenia.

A la luz de los antecedentes expuestos se reafirma lo indicado por Falloon<sup>64</sup> y Lobban et al<sup>159</sup>, en relación a las dificultades existentes para analizar comparativamente los resultados de los diferentes estudios ya desarrollados. Esto, dada las diferencias existentes entre ellos respecto del tipo de diseño de investigación empleado, el número de participantes incluidos, el periodo de seguimiento, la amplia variedad y diversidad conceptual de las variables resultado analizadas, y muy especialmente las distintas formas de aplicación y diversas adaptaciones realizadas a la TFC de Fallon.

En relación a lo anterior, se considera que el presente estudio aporta resultados relevantes a la investigación de la efectividad de la TFC por cuanto mantiene fielmente el diseño, el sustrato teórico conceptual y las estrategias de intervención de su autor. Los resultados de este estudio se acercan a los hallazgos de Falloon<sup>137</sup>, tanto en los hallazgos encontrados, como en el diseño metodológico empleado. Se encontró mejoría significativa en funcionamiento

familiar, considerando un total de 36 personas con esquizofrenia, participantes de un programa de TFC de una duración de tres meses y seis meses de seguimiento.

- *Emoción Expresada*

Un segundo hallazgo de esta investigación fue el efecto de la TFC sobre la **emoción expresada** (EE) del cuidador principal, en el sentido de la existencia de un efecto de la TFC en la disminución de la emoción expresada del cuidador principal.

Respecto de la dimensión central de la emoción expresada, “emoción expresada negativa”, al momento de la medición basal no existían diferencias estadísticamente significativas entre grupos (Tabla 13). Posterior a la intervención, los dos grupos se diferencian en sus medias, siendo esta diferencia estadísticamente significativa (GC.  $M=10.407$ ; GE.  $M=10.185$ ;  $p<0.442$ ), evidenciando una disminución significativa de la emoción expresada en el grupo de tratamiento en la medición post (Dif  $M=-3.88$ .  $p<0.0013$ ) (Tabla 13). Congruente con esto. la prueba de efectos para ANOVA de medidas repetidas entre grupos, arroja efecto significativo tanto al considerar el efecto tiempo ( $p<.00053$ ), como al considerar el efecto interacción tiempo x grupo ( $p<.00053$ ), disminuyendo en ambos casos la EE-N en el grupo de tratamiento en la medición post. Estos hallazgos permiten afirmar la existencia de un efecto de la intervención en la disminución de la emoción expresada en el cuidador familiar principal. El porcentaje de cuidadores principales del grupo de tratamiento que presentaron alta emoción expresada (AEE) en la medición basal se redujo desde un 96.3% a un 22.2% para el momento post, lo que representa una reducción de 74.1%, mientras que para el grupo control, de un 81.5% que evidenciaron AEE en la medición pre, se mantuvieron en esta categoría en la medición post, un 74.1%, alcanzando la reducción de la emoción expresada sólo a un 7.4% (Tabla 9).

Al efectuar el análisis de tamaño de efecto de la TFC sobre las mediciones pre – post respecto del grupo de tratamiento siguiendo las orientaciones de

Cohen, se aprecia un tamaño de efecto grande de la intervención sobre la variable emoción expresada negativa del cuidador principal ( $d=0.92$ ).

Existe evidencia empírica respecto de los efectos de algunas estrategias psicosociales que contribuyen a disminuir la emoción expresada del cuidador principal, por consiguiente, disminuyen la sintomatología clínica de la persona con esquizofrenia. La gran mayoría de los estudios desarrollados se han focalizado en asociar una alta emoción expresada con el riesgo de recaídas en el enfermo<sup>46, 68, 79,80,83,84,98,85,139</sup>. Existe también una amplia gama de estudios que dan cuenta de los efectos de algunas estrategias psicosociales y familiares sobre el riesgo de recaídas, el funcionamiento social y la carga emocional del cuidador<sup>52,53,80,116,119,131,143,149,176</sup>.

En el presente estudio, aun cuando no estaba contemplado dentro de los objetivos específicos indagar acerca de los efectos de la emoción expresada sobre las recaídas de la persona con esquizofrenia. Indirectamente, se puede indagar respecto de ello al estudiar una posible asociación entre emoción expresada y la agudización de sintomatología clínica. Al respecto, se obtuvo evidencia significativa que estas variables sí se encuentran asociadas. Se encontró asociación directa significativa entre emoción expresada negativa y sintomatología clínica ( $r=0.37$ .  $p=.0053$ ) (Tabla 33); del mismo modo, se obtuvo una asociación inversa importante y significativa entre funcionamiento social y sintomatología clínica ( $r=-.58$ .  $p=.0000$ ) (Tabla 33).

Al analizar los hallazgos encontrados, se aprecia una congruencia con los reportes de Leff y Vaughn<sup>83</sup> quienes a dos años de seguimiento, informaron que un 14% de los pacientes que fueron sometidos a la terapia de familia presentó una recaída; en estos casos, la expresión emocional se había reducido. El grupo control de dicho estudio, presentó un 78% de recaídas. Al contrario, nuestros hallazgos no resultan congruentes con los resultados del estudio de Linszen et al<sup>146</sup> quienes indagaron la eficacia de una intervención familiar conductual en base al modelo de Falloon, combinada con terapia individual, en comparación con una terapia individual, y no encontraron diferencias en los efectos asociados

a cada una de las dos modalidades terapéuticas, en ambas modalidades terapéuticas logran bajar las tasas de recaídas.

- *Sintomatología clínica*

Una tercera variable de este estudio fue indagar la efectividad de la TFC sobre la ***sintomatología clínica*** de la persona con esquizofrenia.

La evidencia científica asociada a efectos de distintas intervenciones realizadas en personas con esquizofrenia y sus familiares están mayoritariamente centradas en indagar respecto a la disminución de tasas de recaídas, no siendo éstos resultados homogéneos y variando entre un 20 y un 50%<sup>85,138</sup>. Al respecto, entre los estudios desarrollados existen diversas conceptualizaciones respecto de la recaída, esto dificulta la comparación y análisis de los resultados obtenidos. En el presente estudio se consideró el curso de la sintomatología clínica por parecer un indicador más objetivable y uniforme de analizar.

Los hallazgos del análisis de Anova de medidas repetidas, evidenciaron la inexistencia de efecto intra-sujetos ( $p=0.389$ ), (Tabla 16). A nivel inter-sujetos, se encontraron efectos por tiempo ( $p=1.57e-0.5$ ), (Tabla 17), disminuyendo ambos grupos su sintomatología en la medición post. No se encontró efecto de interacción “grupo x tiempo”. No obstante lo anterior, y aun cuando estas diferencias no resultan ser estadísticamente significativas, al considerar las diferencias de medias intra grupo, se aprecia que es el grupo de tratamiento el que modifica favorablemente y en mayor magnitud su media pre – post en las sub escalas de la PANSS, encontrándose la mayor diferencia en la sub escala general: (GC:  $M$  pre=52,89(11,49);  $M$  post=52,48(10,78), dif  $M$  pre - post GC=0,41; GT:  $M$  pre= 50,63(8,73);  $M$  post=48,52(8,48), dif  $M$  pre - post= 2,11. (Tabla 19). Lo anterior, podría estar asociado a que los ítems de la sub escala general, a diferencia de la sub escala de síntomas positivos y sub escala de síntomas negativos, evalúan aspectos que pueden ser más vulnerables de modificar a través de la intervención con la TFC por estar más asociados a conductas del ámbito psicosocial, factibles de modificar con estrategias de este tipo. La TFC, al estar orientada a mejorar estrategias de comunicación y de

resolución de problemas y estar sustentada en estrategias psico educativas a nivel familiar contribuiría a mejorar indicadores susceptibles a este tipo de intervención, como los precisados en esta sub escala general, que incluye los sentimientos de culpa, la evitación social activa, preocupación, ansiedad, trastornos de la volición y la falta de colaboración).

Para la sub escala de síntomas negativos el grupo control disminuyó su puntuación en 2.11 unidades en la medición post respecto de su medición pre intervención. El grupo de tratamiento disminuyó su puntuación en esta sub escala, aunque comparativamente con el grupo control, la disminución es menor, 1.7 unidades. Similar situación ocurre en la sub escala de síntomas positivos, en donde el grupo control disminuye su puntuación en 0,3 y el grupo de tratamiento en 0,22, (Tabla 19).

En base a estos estadísticos y al efectuar el análisis de tamaño de efecto de la TFC sobre las mediciones pre – post respecto del grupo de tratamiento, siguiendo las orientaciones de Cohen, se aprecia un tamaño de efecto pequeño de la TFC sobre la variable sintomatología clínica ( $d=0.23$ ) (Tabla 27).

Falloon<sup>64</sup> afirma que la ausencia de episodios no es el único objetivo de un tratamiento a largo plazo, cobrando mucha importancia la disminución de síntomas residuales. En su revisión respecto de la eficacia y efectividad de las intervenciones familiares en trastornos mentales, encontró beneficios de las estrategias familiares en la reducción de la psicopatología residual en diversos estudios<sup>41,98,117,119,142,143</sup>, Todos estos compararon las calificaciones de sintomatología psicótica obtenidas al inicio del estudio con los obtenidos hasta un año más tarde. En nueve de estos estudios observó una tendencia general hacia la recuperación, tanto con tratamiento experimental como control. Falloon<sup>102</sup> demostró que el 65% de los casos que reciben el enfoque basado en la familia logra remisiones completas de síntomas esquizofrénicos psicóticos y de déficit a dos años, en contraste con el 15% asociado al desarrollo de estrategias de asertividad individual.

Para nuestro estudio, aun cuando se encontró diferencias de medias entre los grupos en la medición posterior a la intervención, éstas diferencias no

resultaron ser estadísticamente significativas (Tabla 13). La prueba ANOVA de medidas repetidas confirma que sólo existen efectos inter-sujetos por tiempo para ambos grupos). Ambos grupos disminuyen sintomatología clínica en la medición post (Tablas 16 y 17). Esto confirmaría, indirectamente, el efecto, ya suficientemente demostrado respecto de la utilidad del tratamiento clínico en personas con esquizofrenia.

Similares resultados logran Brewin et al<sup>99</sup>, quienes, con un total de 36 familiares de personas con esquizofrenia, categorizados como de alta EE, conforman al azar dos grupos -grupo de tratamiento recibió TFC con adaptaciones; grupo control, intervención habitual. En sus resultados no obtuvieron diferencias significativas para las tasas de recaída entre grupos, aun siendo éstas, menores en el grupo de tratamiento. Similares resultados lograron Leff et al<sup>26</sup>, con un total de 24 pacientes con esquizofrenia y familias de alta EE trabajando en base a educación grupal y apoyo a familiares, no encontraron diferencias significativas entre grupos respecto de sintomatología y recaídas, evaluados a dos años. Zastownv et al<sup>40</sup> en su estudio con 30 pacientes con esquizofrenia distribuidos en dos grupos en que el grupo de tratamiento recibió Manejo Familiar Conductual y el grupo control recibió manejo familiar de apoyo, reportaron que ambos grupos mejoraron sus indicadores, no existiendo diferencias significativas entre ellos.

- *Adherencia a tratamiento*

Los resultados encontrados en nuestro estudio no permiten afirmar un efecto de la TFC en el aumento de la adherencia a tratamiento (tablas 20 y 21). En base al análisis análogo de ANOVA de medidas repetidas se detectó que aun cuando el grupo de tratamiento en la medición post, disminuyó su puntuación media, lo que representa una mejor adherencia, ( $M$  pre =5.30;  $M$  post=5.15), (Tabla 13), esta diferencia no resulta estadísticamente significativa. El grupo control en cambio, aumenta levemente su medición post ( $M$  pre =5.59;  $M$  post=5.63). De acuerdo al análisis realizado no es factible demostrar efecto de la

TFC sobre la variable adherencia a tratamiento ni por tiempo ni por la interacción grupo x tiempo (Tabla 21 y figura 12).

Un elemento que podría explicar esta ausencia de diferencias significativas para ambos grupos, podría estar asociado con el hecho que todos los participantes del estudio pertenecen al Programa de Garantías Explícitas en Salud (GES)- Esquizofrenia del Servicio de Psiquiatría al cual acuden. Esto implica la exigencia de un cuidador responsable que acompaña a los controles y recibe de manera conjunta las indicaciones y educación proporcionada en el dispositivo como parte de la intervención habitual. Otro factor incidente no controlado podría ser el hecho que las personas que aceptan participar, y más aún logran finalizar el estudio, tienen mayor probabilidad de contar con elementos personales favorables a la adherencia.

Es relevante destacar que del total de personas que inician en el estudio (N=61), el 88.5% de ellas (N=54) se mantuvieron en él hasta finalizar el seguimiento. Siendo el porcentaje similar para cada grupo (90% para el grupo control y un 87.1% para el grupo de tratamiento (Figura 1).

Zhang<sup>142</sup> et al, en un estudio con 3.092 pacientes con esquizofrenia, aplicaron una modalidad de TFC combinando sesiones unifamiliares, sesiones multifamiliares y visitas a domicilio, en comparación con grupo estándar. En sus evaluaciones a 6.12 y 18 meses, encontraron evidencia de mejor adherencia a tratamiento en grupo experimental.

Aun cuando no existe mucha evidencia asociada específicamente a la TFC en relación a adherencia a tratamiento, una variada gama de estudios desarrollados refiere que ésta se encuentra indirectamente asociada al sustrato teórico y metodológico que emplea la TFC. Diversos estudios basados en estrategias psicoeducativas, estrategias de reducción de estrés familiar, de implementación de paquetes de intervenciones familiares, etc., dan cuenta de la relevancia de la implementación de estrategias familiares para mejorar adherencia a tratamiento de personas con trastornos psiquiátricos graves. Awad y Vouruganti<sup>7</sup> informan que, independiente del tipo de estrategia implementada de manera adicional al tratamiento usual, se produce un efecto favorable en

mejorar adherencia a medicación y a controles regulares. Esto es particularmente importante, ya que la falta de adherencia a tratamiento oscila entre el 40 y el 80% y en esquizofrenia y otros trastornos psicóticos es la mayor causa de recaídas<sup>64</sup>. Una mayor entrega de información al paciente y familiar responsable y una mejor alianza terapéutica podría mejorar cifras de inasistencia e incumplimiento de los pacientes. Existe evidencia que la existencia de un programa de apoyo sistemático y protocolizado, adicional al tratamiento médico habitual, podría contribuir a mejorar la baja adherencia existente a la fecha y por ende mejorar indicadores clínicos y de funcionalidad social que contribuirían a su vez a disminuir el deterioro clínico y la discapacidad asociada a los trastornos mentales<sup>176,177</sup>.

- *Análisis de factores sociodemográficos y clínicos asociados a evolución de variables resultado.*

El análisis de Regresión lineal múltiple realizado para identificar variables sociodemográficas y clínicas asociadas a una mejor evolución en las personas con esquizofrenia que reciben Terapia Familiar Conductual, no arrojó asociación significativa para funcionamiento social, emoción expresada negativa y adherencia a tratamiento. Sólo se detecta asociación significativa para la variable sintomatología clínica con sexo de la persona con esquizofrenia ( $p= 0.044$ ) y sintomatología clínica con el número de recaídas ( $p=0.031$ ). Al contrastar estos datos con la literatura se evidencia que los datos no son concluyentes.

Muela y Godoy<sup>85</sup>, encuentran correlación estadísticamente significativa entre la alta EE y el hecho de que el enfermo sea varón. similares hallazgos encuentran Brown<sup>20</sup> et al, Hogarty<sup>106</sup> y Dawson et al<sup>107</sup>, Muela y Godoy<sup>103</sup> asocian este efecto con un componente cultural, quizás las familias hubiesen depositado mayores esperanzas en los hijos varones, expectativas que se ven frustradas con la aparición de la enfermedad, con lo que mostrarían mayor nivel de EE.

A diferencia de lo que arroja la literatura, en nuestro estudio no se aprecia la asociación encontrada entre emoción expresada negativa y horas de contacto del cuidador principal con la persona con esquizofrenia. Leff y Vaughn<sup>83</sup> señalan

que dos factores parecen proteger del efecto negativo de la alta EE: la toma regular de medicación neuroléptica y la reducción del contacto cara a cara con el familiar alto en EE a menos de 35 horas semanales. Estudios con sujetos hispanos no encuentran el efecto protector del bajo contacto "cara a cara" ante las recaídas<sup>110,111,112</sup> y elaboran una posible explicación apuntando a que las familias de habla hispana, tienen un mayor nivel de intercambio emocional entre sus miembros, por lo que la disminución del contacto entre ellos sería tomado como una retirada de atención o incluso como indiferencia de la familia hacia el paciente. En el presente estudio llama la atención que tanto el grupo control como grupo experimental presentan un elevado promedio de horas de cuidado, la mayor frecuencia se ubica en el tramo de 8 a 12 horas diarias (46.30% para la muestra total), siendo similar el porcentaje para ambos grupos (GC=51.85%; GT=40.74%). De igual forma, es relevante el alto porcentaje existente en la categoría de 14 a 18 horas de cuidado en la muestra total (33.33%), al analizar por cada grupo, existe similitud de porcentajes para esta categoría (Tabla 4).

- *Análisis de la asociación entre variables de resultado en la medición post intervención.*

El presente estudio muestra tres relevantes asociaciones (Tabla 33):

- Asociación inversa importante y significativa entre variables funcionamiento social y sintomatología clínica ( $r = -.58$ .  $p = .0000$ );
- Asociación directa significativa ( $r = .37$ .  $p = .0053$ ), entre emoción expresada negativa y sintomatología clínica;
- Asociación inversa significativa ( $r = -0.34$ ;  $p = .00126$ ) entre variables emoción expresada y funcionamiento social.

Estos hallazgos son congruentes con la literatura respecto de la asociación entre Emoción expresada y recaídas. Se ha señalado que la emoción expresada es el mejor predictor de la recaída<sup>94,110,111,112,140,143</sup>. Esto es particularmente relevante por las implicancias favorables que esto puede tener en la evolución de

las personas con esquizofrenia, al orientar adecuadamente las intervenciones familiares.

La evidencia arrojada en este estudio, respecto a la asociación encontrada entre funcionamiento social y sintomatología clínica, es congruente con los hallazgos de Awad y Voruganti<sup>7</sup> quienes concluyen que al ser la esquizofrenia un trastorno mental severo lleva asociada una pérdida de autonomía y disminuye la capacidad funcional de la persona que la presenta. Kopelowicz et al<sup>38</sup> reafirma lo anterior al señalar que dado el impacto que la esquizofrenia provoca sobre los campos perceptivo, cognitivo, emocional y de conducta, el tratamiento y la rehabilitación requiere un abordaje multimodal y comprehensivo que involucre al individuo y su medio ambiente.

Se consideran relevantes los resultados obtenidos en este estudio, toda vez, que se logra demostrar la efectividad de un modelo de intervención específico, estandarizado y que se encuentra congruentemente sustentado en un marco teórico conceptual mundialmente reconocido y validado en la concepción actual de las estrategias de intervención en el trabajo con personas con esquizofrenia. Una alteración multidimensional como la esquizofrenia requiere de abordajes integrales que incluyan el estrés, la vulnerabilidad, los factores protectores, la vinculación de la persona con su familia y entorno social más cercano. Además de los medicamentos que actúan atenuando las alteraciones neuroquímicas y biológicas, se requiere de un entrenamiento conjunto de la persona con esquizofrenia y su cuidador principal, en habilidades de comunicación, de manejo de estrés y de resolución de problemas. Estas estrategias contribuyen a generar protectores y fortalecedores frente al estrés y de esta manera colaboran a una mejor evolución de la enfermedad, disminución de las recaídas, mejor funcionamiento social de la persona con esquizofrenia y disminución del estrés familiar.

## Conclusiones

La presente investigación otorga evidencia respecto de la efectividad de la Terapia Familiar Conductual en la disminución de la Emoción expresada negativa en el cuidador principal y en el mejoramiento del funcionamiento social de la persona que presenta esquizofrenia. En ambos casos, se presentó un tamaño de efecto grande ( $d > 0.80$ ).

Para sintomatología clínica, tanto para su puntuación total, como para la puntuación por sub escalas, el grupo de tratamiento disminuye su media en el momento post intervención. No obstante, las diferencias entre grupos para cada sub escala no resultaron ser estadísticamente significativas. Similar situación ocurre con la variable adherencia a tratamiento.

Las variables funcionamiento social y sintomatología clínica presentan una asociación inversa importante y significativa. Situación similar ocurre entre las variables emoción expresada negativa y funcionamiento social. Las variables emoción expresada negativa y sintomatología clínica presentan una asociación directa significativa.

Al analizar la variable emoción expresada, se apreció asociación significativa positiva entre el índice “comentarios críticos” y las variables: puntaje total de escala PANSS y número de recaídas.

Al analizar el impacto del terapeuta en los resultados obtenidos por cada participante en el estudio, no se observaron existen diferencias estadísticamente significativas (Tabla 46 anexo 3).

## Limitaciones

- Una de las principales limitaciones de este estudio fue el bajo tamaño muestral alcanzado posterior a la selección de la población de estudio, lo que pudiera haber interferido en la detección de algunas asociaciones significativas. Esto pudo haber ocurrido especialmente en el análisis de regresión múltiple realizado.
- Aun cuando la intervención implementada fue estandarizada y desarrollada fielmente de acuerdo a lo normado, es difícil asegurar el 100% de estandarización y se requieren actividades anexas que aseguren la adherencia a protocolo de los terapeutas.
- El instrumento empleado para medir adherencia a tratamiento considera una tabulación estricta y definitiva que incluía el 100% de las respuestas correctas para considerar adherencia, una sola respuesta inadecuada representa baja adherencia. Esto pudo haber incidido en la no detección de diferencias significativas entre grupos para esta variable.
- Habría sido importante haber prolongado la intervención realizada a un plazo de 12 o 18 meses. De esta forma, se podría haber detectado quizás un mayor tamaño de efecto. De igual forma, habría sido relevante realizar una segunda medición a los 12 meses posteriores a la intervención.

## Proyecciones

- Un aspecto que no fue indagado y que sería relevante profundizar dice relación con la disminución post intervención de la emoción expresada positiva para el grupo de tratamiento, mientras que para el grupo control aumenta levemente.
- De igual modo, sería pertinente indagar respecto del efecto de la TFC en la disminución de carga en el cuidador principal y la percepción de calidad de vida en la persona con esquizofrenia y en su cuidador principal.
- Resulta relevante profundizar en la medición de la emoción expresada. Existe una batería de instrumentos que indagan en el constructo. pero cada uno de estos tiene limitaciones.



## BIBLIOGRAFÍA

1. Organización Mundial de la Salud. Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias. Invertir en Salud Mental. Organización Mundial de la Salud (OMS). Ginebra, Suiza. 2004. ISBN 924 356257 6.
2. World Health Organization. Mental Health Action Plan for Europe. Facing the challenge, building solutions. WHO European Ministerial Conference on Mental Health. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2005. (EUR/04/5047810/7).
3. World Health Organization. The World Health Report: new understanding, new hope. Geneva: NMH Communications, WHO; 2001.
4. Goldner E, Hsu L, Waraich P, Somers J. Prevalence and Incidence Studies of Schizophrenic Disorders: a Systematic Review of the Literature, Can J Psychiat. 2002; 47: 833-843.
5. Vicente B, Rioseco P, Saldivia S, Kohn R, Torres S. Estudio Chileno de Prevalencia de Patología Psiquiátrica (DSM-III-R/CIDI). (ECP). RevMed Chile. 2002; 130: 527-536.
6. Sociedad Española de Psiquiatría y Sociedad Española de Psicogeriatría. Consenso Español sobre Demencias. Depósito Legal M-42831-2005. Barcelona: SANED 2005; 53-88.
7. Awad A, George and Voruganti, Lakshmi N P. The Burden of Schizophrenia on Caregivers: A Review. Pharmacoeconomics. 2008; 26 (2): 149-162.
8. Ministerio de Salud. Estudio de Carga de Enfermedad y Carga Atribuible, Chile, 2007. Santiago de Chile: Estudios AUGE/2008.
9. OMS. Plan de Acción sobre Salud Mental/2013-2020. Ginebra: OMS.
10. World Health Organization. Mental Health Atlas 2011. WorldHealthOrganization. Descargado el 12 de diciembre de 2015. [www.who.int/mental\\_health/publications/mental\\_health\\_atlas\\_2011](http://www.who.int/mental_health/publications/mental_health_atlas_2011)

11. Ministerio de Salud. Guía Clínica Primer Episodio Esquizofrenia. 1ª Ed. Santiago, Chile; 2005.
12. Gobierno de Chile. Minsal. Estrategia Nacional de Salud para el Cumplimiento de los Objetivos Sanitarios de la Década 2011-2020. Metas 2011-2020. Santiago, Chile; 2011.
13. Andreasen C, Nancy. Schizophrenia and Acute Transient Psychotic Disorders. La esquizofrenia: una historia conceptual. En Michael G, Andreasen N, Lopez-Ibor J. Jr, and Geddes J. New Oxford Textbook of Psychiatry. 2ª Ed. Oxford University Press, Oxford; 2009. 1: 521-525.
14. Pecser F, Liddle. Schizophrenia and Acute Transient Psychotic Disorders. Descriptive Clinical Features of Schizophrenia. En Michael G., Andreasen N. Lopez-Ibor J. Jr. and Geddes J. New Oxford Textbook of Psychiatry. 2ª Ed. Oxford University Press, Oxford; 2009.1: 526-531.
15. Anthony S, David. Schizophrenia and acute transient psychotic disorders. Diagnosis, Classification, and Differential Diagnosis of Schizophrenia. En Michael G. Andreasen N. Lopez-Ibor J. Jr. and Geddes J. New Oxford Textbook of Psychiatry. 2ª Ed. Oxford University Press, Oxford; 2009. 1: 534-540.
16. World Health Organization. F20-F29 schizophrenia, schizotypal and delusional disorders. The ICD-10 Classification of mental and behavioural disorders. Clinical descriptions and diagnostic guidelines. WHO, Geneva; 1992: 97-109.
17. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, DSM-IV (4ª ed). American Psychiatric Association, Washington, Dc.: 1994: 284-306.
18. Murray RM, and Castle DJ. Schizophrenia and acute transient psychotic disorders. Aetiology. En Michael G, Andreasen N, Lopez-Ibor J. Jr, and Geddes J. New Oxford Textbook of Psychiatry. 2ª Ed. Oxford University Press, Oxford, 2009; 1: 553-61.
19. McGrath J, Sah, S, Welham J, El Saadi O, MacCauley C, Chant. D. A Systematic Review of the Incidence of Schizophrenia: the Distribution of Rates and the Influence of sex, Urbanicity, Migrant status and Methodology. BMC Med. 2004; 2(1): 13.

20. Brown G, Birley J. y Wing J. Influence of Family Life on the Course of Schizophrenic Disorder: A replication. *Brit J Psychiat.* 1972; 121: 241-58.
21. Levav I, González, R. Reestructuración de la Atención Psiquiátrica: bases conceptuales y guías para su implementación. Organización Panamericana de la Salud, Programa Promoción de la Salud, Washington D.C.; 1991. Instituto Mario Negri, Milán, Italia.
22. Desviat, Manuel. "La Reforma Psiquiátrica". Madrid, España; Editorial AEN; 1994.
23. Ministerio de Salud, Unidad de Salud Mental. Cooperación Italiana; Organización Panamericana de la Salud: Actas de la Conferencia Chilena Desafíos; 1991.
24. Galindo y Villa G, Robles E, Aguilar R, Berruecos L. Estudio del Paciente Esquizofrénico por medio de una Metodología Neuropsicológica Dinámica. *Salud Ment.* 1995; 18(3) 1-12.
25. McGuffin P, Owen MJ, Farmer AE. Genetic basis of schizophrenia. *Lancet.* 1995. 346(8976): 678-682.
26. Leff J. Family work for schizophrenia: practical application. *Acta psychiatrica Scandinavica Supplementum.* 2000 (407):78-82. PubMed PMID: 11261647.
27. Ochoa S, Vilaplana M, Haro JM, Villalta-Gil V, Martínez F, Negredo M.C, Casacuberta P, Paniego E, Usall J, Dolz M, Autonell J, The NEDES Group. (2007). Do needs, symptoms or disability of outpatients with schizophrenia influence family burden?. *Soc Psychiatry PsychiatrEpidemiol.* 2008;43 612-8.
28. Lehman AF, Lieberman JA, Dixon LB, McGlashan TH, Miller AL, Perkins DO, et al. Practice guidelines for the treatment of patients with schizophrenia (2<sup>a</sup>ed). *Am J Psychiat.* 2004; 161: 1-56.
29. Magliano L, Marasco C, Fiorillo A, Malangone C, Guarneri M, Maj M; et al. The Impact of Professional and Social network support on the burden of Families of Patients with Schizophrenia in Italy. *Acta PsychiatScand.* 2002; 106(4): 291-8.

30. Awad AG. & Voruganti LNP. Antipsychotic medications, Schizophrenia and the Issue of Quality of Life. In: Ritsner M, Awad AG (eds). Quality of life impairment in schizophrenia, mood and anxiety disorders. Springer; Dordrecht, TheNetherlands; 2007. 307-320.
31. Bellack AS, Mueser KT. Psychosocial treatment for Schizophrenia. *Schizophrenia Bull.* 1993; 19: 317-36.
32. Liberman RP & Corrigan PW. Designing new Psychosocial Treatments for Chizophrenia. *Psychiatr.* 1993; 56: 238-49.
33. Penn D, Mueser K., Sapulding W, Hope D., & Reed D. Information processing and social competence in chronic schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin.* 1995; 21:269-281.
34. Wykes T, TARRIER N. & Lewis S. Outcome and innovation in psychological treatment of schizophrenia. Chichester: Wiley/1998.
35. Mojtabai R, Nicholson R. & Carpenter B. Role of Psychosocial Treatments in the Management of Schizophrenia: A metaanalytic review of controlled outcome studies. *Schizophrenia Bull.*1998; 24: 569-87.
36. Brenner HD, Pfammatter M. Psychological therapy in schizophrenia: what is the evidence? *Acta PsychiatScand.*2000; 102(407): 74-7.
37. Huxley N, Rendall M. &Sederer LL. Psychosocial treatments in schizophrenia. A review of the past 20 years. *J NervMent Dis.*2000; 188: 187-201.
38. Kopelowicz A, Liberman R, and Wallace C. Psychiatric Rehabilitation for Schizophrenia. *Intern. Jour. Psych. Psychol. Ther.* 2003; 3(2): 283-98.
39. Falloon IRH, Boyd JL. & McGill C. Family Care of Schizophrenia. Nueva York: GuilffordPress; 1984.
40. ZastownyTR, Lehman AF, Cole RE. and Kane C. Family management of Schizophrenia: A comparison of behavioral and supportive family treatment. *PsychiatQuart.*1992; 63: 159-86.

41. Sánchez MA,& Mares ML. Modelo de intervención multifamiliar y unifamiliar con pacientes esquizofrénicos. *Psicología Iberoamericana*. 1998; 6: 34-9.
42. Leff J, Kuipers L, Berkowitz R, Sturgeon D. A controlled trial of Social Intervention in the Families of Schizophrenic patients: Two year follow-up. *Brit J Psychiatry*. 1985; 146: 549-600.
43. Barrowclough C & Tarrier N. Social functioning in schizophrenic patients. The effects of expressed emotion and family intervention. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 1990; 25: 125-29.
44. Kavanagh DJ. Recent developments in expressed emotion and schizophrenia. *Brit J Psychiatry*. 1992; 160(601): 20.
45. Veltro F, Magliano L, Falloon IRH, Morosini PL, Capocascale F, Fasulo E, et al. Behavioural Family Therapy for Patients with Schizophrenia: a randomised controlled trial. Presented at the Congress of the World Association for Psychosocial Rehabilitation. Rotterdam; May 1996.
46. Magliano L, Fiorillo A, Fadden G, Gair F, Economou M, Kallert T, et al. Effectiveness of a psychoeducational intervention for families of patients with schizophrenia: Preliminary results of a study funded by the European Commission. *World Psychiatry*. 2005; 4(1): 45-9.
47. Berkowitz R, Eberlein-Fries R, Kuipers L. & Leff J. Educating relatives about schizophrenia. *Schizophrenia Bull* 1984; 10: 418-29.
48. Macpherson R, Jerrom B. & Hughes A. A controlled study of education about drug treatment in schizophrenia. *Brit J Psychiatr*. 1996; 168: 709-17.
49. Fresán A. Apiquian, R. Ulloa, R.E., Lóyzaga C. & García-Anaya MD. Ambiente familiar y psicoeducación en el primer episodio de esquizofrenia: Resultados preliminares. *Salud Ment*. 2001; 24(4): 36-40.
50. Falloon IRH, Held T, Coverdale J, Roncone R, & Laidlaw T. Family interventions for schizophrenia: a review of long-term benefits of international studies. *Psychiatric Rehabilitation Skills*. 1999; 3: 268-90.

51. Hornung WP, Feldmann R, Klingberg S, Buchkremer G. &Reker T. Longterm effects of a Psychoeducational Psychotherapeutic Intervention for Schizophrenic outpatients and their key-personsresults of a five-year follow- up. *EurArchPsyClin N.*1999; 249: 162-7.
52. Pavlicevic M, Trevarthen C. & Duncan J. Improvisational music therapy and the rehabilitation of persons suffering from chronic schizophrenia. *J MusicTher.*1994; XXXI: 86-104.
53. Tang W. Yao X, & Zheng Z. Rehabilitative effect of music therapy for residual schizophrenia: A 1 month randomized controlled trial in Shanghai. *Brit J Psychiat.* 1994; 165(24): 38-44.
54. Murow TE, &Unikel C. La musicoterapia y la terapia de expresión corporal en la rehabilitación del paciente con esquizofrenia crónica. *Salud Ment.*1997; 20: 35-40.
55. Murow TE, & Sánchez-Sosa JJ. La experiencia musical como factor curativo en la musicoterapia con pacientes con esquizofrenia crónica. *Salud Ment.*2003; 26: 47-58.
56. Navarro D, y Carrasco O. Características psicopatológicas y de funcionamiento social en personas con Trastorno Mental Grave: un estudio descriptivo. *Rehabilitación Psicosocial.* 2010; 7: 11-25.
57. Liberman RP. Biobehavioral therapy: Interactions between pharmacotherapy and behaviour therapy in schizophrenia. EnWykes T, TARRIER N, &Lewis S. (Eds), *Outcome and Innovation in Psychological Treatment of Schizophrenia.* Chichester: Wiley; 1998; 179-199.
58. Lehman A. What happens to Psychosocial treatment on the way to the Clinic Schizophrenia *Bull*2000; 26(1): 137-44.
59. Valencia M, Ortega H, Rodríguez MS, & Gómez L. Estudio comparativo de consideraciones Clínicas y Psicoterapéuticas en el tratamiento Biopsicosocial de la Esquizofrenia. Primera Parte. *Salud Ment.*2004; 27(3): 47-53.
60. Ministerio de Salud. Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría. Unidad de Salud Mental. Santiago de Chile, 2001.

61. Ministerio de Salud. Orientaciones Técnicas para el tratamiento y rehabilitación de las personas afectadas de Esquizofrenia. Santiago de Chile, 2000. [En Línea] Disponible en: [www.minsal.cl](http://www.minsal.cl)
62. Cirici R. La adherencia al tratamiento de los Pacientes Psicóticos. Revista Psiquiatría FacMed Barn.2002; 29(4): 232-8.
63. Richardson HB. Patients have familias. New Cork: Commonwealth Fund; 1948.
64. Falloon IRH. Family interventions for mental disorders: efficacy and effectiveness. World Psychiatry. 2003; 2(1): 20-8.
65. Falloon IRH, McGill CW, Boyd JL, & Pederson J. Family management in the prevention of morbidity of schizophrenia: social outcome of a two-year longitudinal study. Psychol Med. 1987; 17: 59-66.
66. Brown, G. Experiences of discharged chronic schizophrenic mental hospital patients in various types of living groups. Milbank Memorial Foundation Quarterly. 1959; 37: 105.
67. Vaughn CE and Leff JP. The influence of Family and Social factors on the course of Psychiatric illness: A comparison of Schizophrenic and Depressed Neurotic Patients. Brit J Psychiat. 1976; 129: 125-37.
68. Zubin J, y Spring B. Vulnerability: A new view of schizophrenia. J Abnorm Psychol. 1977; 86: 103-26.
69. Saíz Ruiz J, Vega Sánchez Diego, C. de la y Sánchez Páez, P. Bases Neurobiológicas de la Esquizofrenia. Clínica y Salud. 2010; 21(3): 235-54.
70. Bellver Pradas F. Variables modificadoras de la Asociación Expresividad Emocional Familiar- Recidivas en Pacientes Esquizofrénicos. Tesis doctorales en red; 2006. [Consultado: 13/03/2014]. Disponible:<https://wwweducaciongobes/teseo/mostrar>.
71. Ventura J, NuechterleinKH, Subotnik KL, Hardesty JP, Mintz J. Life events can trigger depressive exacerbation in the early course of schizophrenia. J Abnorm Psychol. 2000; 109(1): 139-44.

72. Mueser K, Goodman L, Trumbetta S, Rosenberg S, Osher F, Vidaver R, et al. Trauma and post-traumatic stress disorder in severe mental illness. *J Consult Clin Psych.* 1998; 66(3): 493-99.
73. Jansen LM, Gispen- de Wied CC, Kahn RS. Selective impairments in the stress response in schizophrenic patients. *Psychopharmacology (Berl.)* 2000; 149(3): 319- 25.
74. Pavón L, Hernández ME, Loría F, Sandoval G. Interacciones Neuro endocrino-inmunológicas. *Salud Ment.* 2004; 27(3).
75. Olivares E, Arango C, Buchanan R. El Eje Hipotalámico-Hipofisiario-Adrenal HPA y Regulación del Cortisol Plasmático en la Esquizofrenia. Congreso Virtual de Psiquiatría. 1 de Febrero - 15 de Marzo 2000 [citado: 14 de diciembre de 2015]; Conferencia 4-CI-C: [9 pantallas]. Disponible en: [http://www.psiquiatria.com/congreso/mesas/mesa4/conferencias/4\\_ci\\_c.htm](http://www.psiquiatria.com/congreso/mesas/mesa4/conferencias/4_ci_c.htm).
76. Brown G W, Carstairs G M and Topping G. Post-hospital adjustment of chronic mental patients. *Lancet.* 1958; 2: 685-9.
77. Bebbington & Kuipers L. The Predictive Utility of expressed emotion in Schizophrenia: An Aggregate Analysis. *Psychol Med.* 1994; 24(3): 707-18.
78. Tarrier N. y Turpin G. Psychosocial factors, arousal and Schizophrenic Relapse. *Brit J Psychiat.* 1992; 161: 3-11.
79. Clements K, y Turpin G. Vulnerability models and schizophrenia: The assessment and prediction of relapse. En Birchwood, M. y Tarrier, N. (Eds.) *Innovations in the London: Wiley psychological management of schizophrenia.* 1992; 112-23.
80. Turpin G, Tarrier N. y Sturgeon D. Social psychophysiology and the study of biopsychosocial models of schizophrenia. En Wagner, H. (Ed.). *Social psychophysiology and emotion: Theory and clinical applications.* London: Wiley. 1988; 251-72.
81. Leff J, Vaughn C. The role of maintenance therapy and relatives' expressed emotion in relapse of schizophrenia: a two-year follow-up. *Brit J Psychiat.* 1981; 139: 102.

82. Leff J, Kuipers L, Berkowitz R, Eberlein-Vries, R. y Sturgeon D. A controlled trial of social intervention in the families of schizophrenic patient. *Brit J Psychiat.* 1982; 141: 121-34.
83. Leff J. y Vaughn C. *Expressed emotion in families: Its significance for mental illness.* Nueva York: Guilford Press; 1985.
84. Dyck DG, Hendryx MS, Short RA, Voss WD, McFarlane WR. Service use among patients with schizophrenia in psychoeducational multiplefamily group treatment. *Psychiat Serv.* 2002;53: 749-54.
85. Muela J, Godoy J. El estrés crónico en la Esquizofrenia: La emoción expresada. *REME. RevElec de Motivación y Emoción.* 2001; 7(IV).
86. Köttgen C, Sönnischen I, Mollenhauer k, Jurth R. Group therapy with the families of Schizophrenic Patients: results of the Hamburg camberwell Family Interview Study III. *Int J FamPsychiatry.* 1984; 5: 83-94.
87. MacMillan J, Gold A, Crow T, Johnson A. y Johnstone E. Expressed emotion and relapse. *Brit J Psychiat.* 1986; 148: 133-43.
88. Dulz B. y Hand I. Short-term relapse in young schizophrenics: Can it be predicted and affected by family (CFI), patient, and treatment variables?. An experimental study. En M. Goldstein, I. Hand y K. Hahlweg. (Eds.). *Treatment of schizophrenia: Family assessment and intervention,* Berlín: Springer. 1986; 59-75.
89. Vaughn C. Patterns of emotional response in the families of schizophrenic patients. En M. Goldstein, I. Hand y K. Hahlweg. (Eds.). *Treatment of schizophrenia: Family assessment and intervention,* Nueva York: Springer.1986; 76-77.
90. Straube E, y Oades R. *Schizophrenia. Empirical research and findings.* Nueva York: Academic Press. 1992.
91. Parker G, Johnston P. y Hayward L. Parental "Expressed Emotion" as a predictor of schizophrenic relapse. *Arch Gen Psychiat,* 1988; 45: 806-13.
92. Barrelet L, Ferrero F, Szigethy L, Giddey C. y Pellizer G. Expressed emotion and first-admission schizophrenia: Nine month follow-up in a French cultural environment. *Brit J Psychiat.* 1990; 156: 357-62.

93. Stirling J, Tantam D, Thomas P, Newby D, Montague L, Ring N, et al. Expressed emotion and early onset Schizophrenia: a one year follow-up. *Psychol Med.* 1991; 21: 675-85.
94. Linszen D, Dingemans P, Nugter, M, van der Does, A, Scholte W. y Lenior M. Patient attributes and expressed emotion as risk factors for psychotic relapse. *Schizophrenia Bull.* 1997; 23: 119-30.
95. Brown M, Monck E, Carstairs G. y Wing J. Influence of family life on the course of schizophrenic illness. *Brit J Prev Soc Med.* 1962; 16: 55-67.
96. Obiols J. y Obiols J. *Esquizofrenia.* Barcelona: Martínez Roca; 1989.
97. TARRIER N. BARROWCLOUGH C. VAUGHN C, et al. The community management of schizophrenia: a controlled trial of a behavioural intervention with families to reduce relapse. *Brit J Psychiat.* 1988; 153: 532-42.
98. VAUGHN C. Patterns of interactions in families of schizophrenics. En Katschnig, H. *Schizophrenia: The other side,* Viena: Urban & Schwarzenberg. 1977; 112-123.
99. Brewin C, MacCarthy B, Duda K. y Vaughn C. Attribution and expressed emotion in the relatives of patients with schizophrenia. *J Abnorm Psychol.* 1991; 100: 546-54.
100. Sanger L. Personality characteristics associated with the expressed emotion in family members of schizophrenic individuals. *Dissertation Abstracts international: Section B: The Sciences and Engineering.* 1997; 58(4-B): 2137-52.
101. Doane J, Falloon I, Goldstein M. y Mintz J. Parental affective style and the treatment of schizophrenia. *Arch Gen Psychiat.* 1985; 42: 34-42.
102. Falloon I, Boyd J, McGill C, Strang J. y Moss H. Family management training in the community care of schizophrenia. En Goldstein, M. *New developments in interventions with families of schizophrenics.* San Francisco: Jossey-Bass: 1981; 61-77.

103. Doane WestDulz B, Hand I. Short-term relapse in young schizophrenics: Can it be predicted and affected by family (CFI), patient, and treatment variables?. An experimental study. En M. Goldstein I. Hand y K. Hahlweg. Treatment of schizophrenia: Familyassessment and intervention. Berlín: Springer; 1986; 59-75.
104. Miklowitz D, Goldstein M, Falloon I. y Doane J. Interactional correlates of expressed emotion in the families of schizophrenics. *Brit J Psychiat.* 1984; 144: 482-87.
105. Valone K, Norton J, Goldstein M. y Doane J. Parenteral expressed emotion and affective style in an adolescent sample at risk for schizophrenia spectrum disorder. *J Abnorm Psychol.* 1983; 92: 399-407.
106. Hogarty GE, Greenwald D, Ulrich RF, KornblithSJ, DiBarry AL, Cooley S, et al. Three-year trials of personal therapy among schizophrenic patients living with or independent of family, II: Effects on adjustment of patients. *Am J Psychiat.* 1997a; 154: 1514-24.
107. Dawson M, Nuechterlein K, Schell A. y Mintz J. Concurrent and predictive electrodermal correlates of symptomatology in recent-onset schizophrenic patients. *J Abnorm Psychol.* 1992; 101: 153-64.
108. Dean A & Lin N. The stress-buffering role of social support. *J NervMent Dis.* 1977; 165: 403-17.
109. Anderson C, Reiss D. &Hogarty G. Schizophrenia and the family: a practitioner's guide to psicoeducation and management. New York: Guilford Press; 1986.
110. Jenkins J, y Falloon I. A brief method for assessing expressed emotion in relatives of psychiatric patients. *Psychiatry Res.* 1986; 17: 203-12.
111. Karno M, Jenkins J, de la Selva, A, Santana F, Telles C, López S, et al. Expressedemotion and schizophrenicoutcomeamongMexican-American families. *J NervMent Dis.* 1987; 175: 143-55.
112. Lemos S, y Muñiz J. Expresión emocional familiar en la esquizofrenia. *Invest. Psicol.* 1989; 6: 269-94.

113. Miklowitz D, Goldstein M, y Falloon I. Premorbid and symptomatic characteristics of schizophrenics from families with high and low levels of expressed emotion. *J Abnorm Psychol.* 1983;92: 359-67.
114. Hogarty G, Goldberg S, y Schooler N. Drug and sociotherapy in the aftercare of schizophrenic patients. III: Adjustment of non-relapsed patients. *Arch Gen Psychiat.* 1974; 31: 609-18.
115. Hogarty G, Schooler N, Ulrich R, Mussare F, Ferro P, y Herron E. Fluphenazine and social therapy in the aftercare of schizophrenic patients. *Arch Gen Psychiat.* 1979; 36: 1283-94.
116. Espina A. Terapia familiar en la esquizofrenia. *Revista de Psicoterapia.* 1991; II(8): 13-33.
117. Hogarty GE. *Personal Therapy for Schizophrenia and Related Disorders.* Nueva York: Guilford; 2003.
118. McFarlane WR, Dunne E, Lukens E, Newmark M, McLaughlin-Toran J, Deakins S, et al. From research to clinical practice: Dissemination of New York State's family psychoeducation project. *HospCommunityPsych.* 1993; 44: 265-70.
119. McFarlane WR, Link B, Dushay R, Marchal J, Crilly J. Psychoeducational multiple family groups: four-year relapse outcome in schizophrenia. *Fam Proc.* 1995; 34: 127-44.
120. Bateson G, Jackson D, Haley J, y Weakland J. Toward a theory of schizophrenia. *BehavSci.* 1956; 1: 251-64.
121. Bowen M. Un concepto de familia en la esquizofrenia. En F. Corral (Trad.) *La terapia familiar en la práctica clínica* Bilbao: Editorial Desclee de Brouwer S.A. 1960; I: 57-79.
122. Bertalanffy L Von. *General System Theory. Essays on Its Foundation and Development.* Revised Edition. New York: Braziller, 1969.
123. Watzlawick P, Beavin J, Jackson D. *Pragmatics of human communication.* New York: WW Norton, 1967.

124. Whitehead AN, Russell B. Principia mathematica. Trad. De JM Dominguez Rodriguez, Madrid, Paraninfo: 1981.
125. Haley J. Leaving Home: The theory of disturbed young people. New York: McGraw-Hill; 1980.
126. Selvini-Palazzoli, M, Boscolo, L, Cecchin, G, Prata, G. Hypothesizing, Circularity, Neutrality: Three Guidelines for the Conduction of the Session. Family Process. 1980; 19(1): 1-7.
127. Minuchin S. Families and family therapy. Cambridge: Harvard University press; 1974.
128. Goldstein MJ, Kreisman D, Gender. Family Environment and Schizophrenia. Psychol Med. 1988; 18:861-72.
129. McFarlane WR, y Beels C. A decision-tree model for integrating Family Therapies for Schizophrenia. En W. R. McFarlane (Ed.) Family Therapy in Schizophrenia. Guilford Press: New York; 1983.
130. Vallina O, & Lemos S. Tratamientos psicológicos eficaces para la esquizofrenia. Psicothema. 2001. 13(3): 345-64.
131. Tarrier N, Barrowclough C, Porceddu K, Fitzpatrick E. The Salford Family Intervention Project: relapse rates of schizophrenia at five and eight years. Brit J Psychiat. 1994; 165: 829-32.
132. Gregory RL. (ed.). Oxford Companion to the mind (2ª ed.). Oxford: Oxford University Press. 2004; 92-93. ISBN: 9780198662242
133. Falloon I, Mueser K, Gingerich S, Rappaport S, McGill C. & Hole. V. Behavioral family therapy: A workbook. Buckingham, UK: Buckingham Mental Health Service: 1998.
134. Gonçalves-Pereira M, Xavier M, & Fadden G. O Modelo de Falloon para intervenção familiar na esquizofrenia: fundamentação e aspectos técnicos, Análise Psicológica. 2007; 2 (XXV): 241-55.
135. Kuipers E. Cognitive behavioural therapy and family intervention for psychosis – evidence-based but unavailable? The next steps. Psychoanal Psychother 2011; 25(1): 69–74.

136. Goldstein et al ,Rodnick, Evans, May&Steinberg, 1978
137. Falloon I, Boyd J, McGill C, Razani J, Moss H, y Gilderman A. Family management in the prevention of exacerbations of schizophrenia. *New Engl J Med.* 1982; 306: 1437-40.
138. Wallace CJ & Liberman RP. Social Skills Training for Patients with Schizophrenia: A Controlled Clinical Trial. *Psychiatry Res.* 1985; 15:239-47.
139. TARRIER, N. Cognitive behaviour therapy for schizophrenia — a review of development, evidence and implementation. *Psychotherapy and Psychosomatics.* 2005; 74: 136-144.
140. Vaughan K, Doyle M, McConaghy N, Blaszczyński A, Fox A, and TARRIER N. The Sydney Intervention Trial: A controlled Trial of Relatives counselling to reduce Schizophrenic Relapse. *Soc Psychiatry PsychiatrEpidemiol.*1992; 27(1): 16-21.
141. Falloon IRH & Liberman RP. Behavioral family interventions in the management of chronic schizophrenia. In McFarlane WR. (Ed.), *Family therapy in schizophrenia.* New York: Guilford Press; 1983;117-37.
142. Zhang M, WangM, Li J, & Phillips MR. Randomised-control trial of Family Intervention for 88 first-episode male Schizophrenic Patients: An 18 month study in Suzhou, Jiangsu. *Brit J Psychiat.* 1994; 165: 239-47.
143. ShashiXiong W, Phillips MR, Hu X, Wang R, Dai Q, Kleinman J, et al. Family-based intervention for schizophrenic patients in China. A randomised controlled trial. *Brit J Psychiat.* 1994; 165: 239-47.
144. Randolph E, Spencer E, Glynn S, Paz G, Leong Shaner A, Strachan A, et al. Behavioral family management in schizophrenia: Outcome of a clinic-based intervention. *Brit J Psychiat.* 1994; 164: 501-6.
145. Linszen D, Dingemans P, Van der Does JW, Nugter A, Scholte P, Lenior R, et al. Treatment, Expressed Emotion and Relapse in Recent onset Schizophrenic Disorders. *PsycholMed.* 1996;26(2):333-42.

146. Linszen DH, Dingemans PM, Nugter MA, Van Der Does AJW, Scholte WF, Lenior MA. Patient Attributes and Expressed Emotion as Risk Factors for Psychotic Relapse. *Schizophrenia Bull.* 1997; 23: 119-30.
147. Solomon, P., Draine, J., Manion, E., & Meisel, M. (1996). Impact of brief family psychoeducation on self-efficacy. *Schizophrenia Bulletin*, 22, 41-50.
148. Hahlweg K, & Wiedemann G. Principles and Results of Family Therapy in Schizophrenia. *Eur Arch Psy Clin N.* 1999; 249(4): 108-15.
149. Hahlweg K, Dürr H, & Müller U. Familienbetreuung Schizophrener Patienten: Einverhaltenstherapeutischer Ansatz zur Rückfallprophylaxe. Weinheim: Beltz Psychologie Verlags Union. 1995.
150. Rodriguez Santos L, Vaz Leal FJ. Assessment of Expressed Emotion in Families of Patients with eating disorders: using the Camberwell Family Interview on a Spanish sample. *Actas Esp Psiquiatri.* 2005; 33(6):359-65.
151. Espina A, González P. Intervenciones Familiares en la Esquizofrenia. Cambios en la Sintomatología y el Ajuste Social. *Salud Ment.* 2003;26(1):51-8.
152. Lukoff D, Nuechterlein KH, Ventura J. Manual for the Expanded Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS). *Schizophrenia Bull.* 1986;12:594 - 601.
153. Andreasen, N. Scale for the Assessment of Positive Symptoms (SAPS). Iowa City: University of Iowa; 1984.
154. Weissman MM, Bothwell S. Assessment of social adjustment by patient self-report. *Arch Gen Psychiat.* 1976; 33(9): 1111-5.
155. Montero, I, Gómez, M, Ruiz, I, Puche, E, Adam, A. The influence of family expressed emotion on the course of schizophrenia in a sample of Spanish patients A two-year follow-up study. *The British Journal of Psychiatry.* 1992;161 (2): 217-222.
156. Dixon L, Adams C, and Hucksted A. Update on Family Psychoeducation for Schizophrenia. *Schizophrenia Bull.* 2000; 26(1):5-20.

157. Pitschel-Walz G, Leucht S, Bäuml J, Kissling W, Engel RR. The effect of family interventions on relapse and rehospitalization in schizophrenia-a meta-analysis. *Schizophrenia Bull.* 2001;27(1):73-92.
158. Saldivia S, Grandón P, Sgombich X. (Grupo NOUS), Silva F. Melipillán R. Informe final de evaluación de programas de rehabilitación para Pacientes con Esquizofrenia. Manuscrito no publicado. 2004.
159. Lobban F, Postlethwaite A, Glentworth D, Pinfold V, Wainwright L, Dunn G, et al. A Systematic Review of Randomised Controlled Trials of Interventions Reporting outcomes for relatives of people with psychosis. doi:10.1016/j.cpr.2012.12.004. *Clin Psych Review.* 2013; 33(3): 372-82.
160. Lehman AF & Steinwachs DM. Evidence-based psychosocial treatment practices in schizophrenia: lessons from the patient outcomes research team (PORT) project. *J Am Acad Psychoanal Dyn Psychiatry.* 2003; 31(1):141-54.
161. Roncone R, Morosini P, Falloon IRH, Casacchia M. Family Interventions in Schizophrenia in Italian Mental Health Services. In *Comprehensive treatment in Schizophrenia*. Edited by Kashima H, Falloon IRH, Mizuno M, Asai M. *Linking Neurobehavioral Findings to Psychosocial Approaches*. Tokio: Springer; 2002; 284-89.
162. Burbach F, Fadden G. & Smith J. Family interventions for First Episode Psychosis. In P. French, M. Reed, J. Smith, M. Rayne, & D. Shiers: *Early Intervention in Psychosis: Promoting Recovery in Early Psychosis*. Oxford: Blackwell Publishing Ltd. 2010.
163. Kleinman L, Lieberman J, Dube S, Mohs R, Zhao Y, Kinon B, et al. Development and psychometric performance of the schizophrenia objective functioning instrument: An interviewer administered measure of function. *Schizophr Res.* 2009; 107: 275-85.
164. Magaña AB, Goldstein MJ, Karno M, Miklovitz DJ, Jenkins J, Falloon IRH. A brief method for assessing Expressed Emotion in relatives of Psychiatric Patients. *Psychiatry Res.* 1986; 17: 203-15.
165. Kay SR, Fiszbein A, Vital-Herne M. Positive and Negative Syndrome Scale Spanish Adaptation. *J Nerv Ment Dis.* 1990; 178: 510-17.

166. Morisky DE, Green LW, Levine DM. Concurrent and Predictive Validity of a Self-Reported measure of Medication adherence. *Med Care*.1986; 24:67-74.
167. García-Portilla MP, Saiz PA, Bousoño M, Bascarán MT, Guzmán-Quilo C. y Bobes J. Validation of the Spanish, from Spain, Personal and Social Performance scale (PSP) in outpatients with stable and unstable schizophrenia. *RevPsiquiatr Salud Ment*.2011; 4: 9-18.
168. Vásquez-Barquero JL, Herrera S, Vásquez E, Gaité I. Cuestionario para la evaluación de Discapacidad de la Organización Mundial de la Salud - WHO-DAS II (Versión española del WorldHealthOrganizationDisabilityAssessment Schedule II). Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Madrid: 2006.
169. Brown G, Rutter M. The measurement of Family Activities and Relationships: A Methodological Study. *HumRelat*. 1966; 19: 241-63.
170. Muela JA; y Godoy J.F. Reactividad de la Medida de la Emoción Expresada durante un Ingreso. *Iberpsicología*. 2003; 8:1-4.
171. Peralta V, Cuesta MJ. Validación de la escala de los Síndromes positivo y negativo en una muestra de Esquizofrénicos españoles. *Actas Luso-EspNeur*.1994; 22:171-7.
172. Falloon IRH. Cognitive and behavioural interventions in the self-control of schizophrenia, in *Psychosocial Treatment of Schizophrenia: multidimensional concepts, Psychological, Family, and Self-Help Perspectives*, (eds JS Strauss, W Boker, et al.) Hnas Huber, Bern. 1986.
173. Glass GV, McGaw B, Smith ML. *Meta-analysis in social research*. 1981. London, Sage Publications, INC.
174. Cohen, J. A power primer PDF [overview of power by one of the most influential figures in this specific area Includes his take on estimates of small, medium, and large effect sizes]. *Psychological Bulletin* [Online]. 1992; 112(1): 155-159.
175. Doane JA, Goldstein MJ, Miklowitz DJ, Falloon IRH. The impact of individual and family treatment on the affective climate of families of schizophrenics. *BritisJournal of Psychiatry*. 1986. 148: 279-87.

176. McGill CW, Williamson M, Razani J, Moss HB, et al. Family management in the prevention of morbidity of schizophrenia. Arch Gen Psychiat. 1985; 42:887-96.
177. Calafell, R, Caqueo, A, Urzúa, A, Escudero, J, Gutiérrez, J. "The Role of Family Therapy in the Management Of schizophrenia: Challenges and Solutions". NDT Neuropsychiatric Disease and Treatment. 2015;11(145-151).



**ANEXOS**



## Anexo 1: Instrumentos

<b>1. ESCALA DE DESEMPEÑO PERSONAL Y SOCIAL- PSP (Personal and Social Performance Scale).</b>	
Se usará para evaluar Funcionamiento Social	
Confiabilidad	<p>La PSP fue desarrollada por Kleinman et al en el 2009<sup>169</sup>, como una propuesta sustentada en los GAF y SOFAS y que incluye mejoras a éstos.</p> <p>En la validación de la versión española de la PSP en pacientes ambulatorios con esquizofrenia realizada por Garcia-Portilla et al en el 2011<sup>170</sup>, los autores encontraron una buena consistencia interna, con un valor del alfa de Cronbach de 0,874. La fiabilidad test-retest fue obtuvo un coeficiente de correlación intraclase de 0,979 (intervalo de confianza del 95%)</p>
Validez	<p>El análisis de componentes principales identificó un único componente en un primer análisis, el «nivel de funcionamiento» que incluía los 4 ítems de la PSP. Este componente explicaba el 73,2% de la varianza. Esto confirma la validez de constructo. Para validez convergente se efectuó coeficiente de correlación de Pearson entre la puntuación de la PSP y la de la escala SOFAS, obteniéndose un 0,954 (<math>p &lt; 0,0001</math>). En el caso de la ICG-G, el coeficiente fue de <math>-0,878</math> (<math>p &lt; 0,0001</math>). Para validez discriminante, los autores encontraron que la PSP diferenciaba a los pacientes respecto a los controles (<math>p &lt; 0,0001</math>). Además, permitía diferenciar entre los pacientes con un trastorno esquizofrénico leve, moderado y grave.</p>
Referencias de utilizaciones previas del instrumento	<p>Córdoba R.; Cano J.; Arango C.; Miranda C.; Holguín J.; Fernández D.; Márquez M. et al. Estudio de dosis flexibles de paliperidona ER en pacientes con esquizofrenia previamente tratados sin efectividad con otros antipsicóticos. Rev Col Psiqui 2012; 41(2):340-356.</p> <p>Patrick DL, Burns T, Morosini PL, Rothman M, Gagnon DD, Wild D, et-al. Reliability, validity and ability to detect change of the clinician-rated Personal and Social Performance scale in patients with acute symptoms of schizophrenia. Curr Med Res Opi. 2009;25:325-38.</p> <p>Kawata AK, Revicki DA. Psychometric properties of the Personal and Social Performance scale (PSP) among individuals with schizophrenia living in the community. Qual Life Res. 2008;17:1247-56.</p> <p>Emsley R, Berwaerts J, Eerdeken M, Kramer M, Lane R, Lim P, et-al. Efficacy and safety of oral paliperidone extended-release tablets in the treatment of acute schizophrenia: pooled data from three 52-week open-label studies. IntClinPsychopharmacol. 2008;23:343-56.</p>

	Patrick DL, Burns T, Morosini PL, Gagnon DD, Rothman M, Adriaenssen I. Measuring social functioning with the Personal and Social Performance scale in patients with acute symptoms of schizophrenia: Interpretation of results of a pooled analysis of three phase iii trials of Paliperidone Extended-Release tablets. ClinTherapeut. 2010;32:275-92.
Escala de Medición (tipo) y puntuaciones que proporciona (rango)	La PSP es un instrumento breve de un reactivo, puntuado por el clínico que evalúa el funcionamiento del paciente. <u>Estructura y puntuación:</u> Evalúa en una puntuación de 1 a 100 el funcionamiento del paciente de acuerdo a cuatro dominios de funcionamiento: a) Trabajo/estudios, b) Relaciones personales y sociales; c) Autocuidado y d) Conductas perturbadoras y agresivas. Cada uno de éstos es calificado en una escala Likert de gravedad de 6 puntos que va de ausente (1) a extremadamente grave (6). Los resultados de esta valoración se transforman en una puntuación global del instrumento. Se obtiene finalmente una puntuación con un intervalo de 10 puntos, que va de 1-10 (falta de autonomía para el funcionamiento básico) a 91-100 (funcionamiento excelente en las 4 áreas principales). La PSP proporciona puntuaciones para cada una de las 4 áreas, de tal manera que las puntuaciones más altas indican un funcionamiento peor, y una puntuación global en la que los valores más elevados reflejan un mejor funcionamiento personal y social.
Normas y población normativa	La PSP es un instrumento breve de un reactivo, puntuado por el clínico que evalúa el funcionamiento del paciente. Se sustenta conceptualmente en el componente de función social de los criterios DSM-IV-TR para la esquizofrenia.
Estandarización y condiciones de uso.	Requiere capacitación. El proyecto contempla la capacitación a los entrevistadores.
Piloteo en población equivalente a la objetivo: SI	

<p><b>2. FIVE MINUTES SPEECH SAMPLE – FMSS</b>, basada en la CAMBERWELL FAMILY INTERVIEW - CFI.</p> <p>Se usará para evaluar Emoción Expresada</p>	
<p>Confiabilidad</p>	<p>La CFI fue desarrollada por Brown y Rutter en 1966<sup>175</sup> en un estudio familiar donde un miembro de la familia era un enfermo mental. Demostraron altos niveles de fiabilidad inter-examinadores (media <math>r = .85</math>) en la medida de las emociones aunque para ello se precise de ciertas precauciones: escalas simples y claramente definidas y la necesidad de un entrenamiento intensivo de los entrevistadores para garantizar la fiabilidad.</p>
<p>Validez</p>	<p><u>Propiedades psicométricas:</u> Para la validación de la versión española, Montero et al<sup>189</sup> analizan e informan índices Kappas tanto para escala global, como para cada sub escala. Para escala global informan un índice Kappa igual a 1.00. Para cada una de las sub escalas obtienen los siguientes índices: Comentarios críticos: 0.97, Hostilidad: 1.00, Sobre-implicación emocional: 1.00, Comentarios positivos: 0.87 y Afecto: 1.00.</p>
<p>Referencias de utilizaciones previas del instrumento</p>	<p>Goldstein M, Kopeikin H. Short and long effects of combining drug and family therapy. In: New Developments in Interventions with families of Schizophrenics. Ed MJ Goldstein. San Francisco. Jossey-Bass 1981.</p> <p>Leff J, Kuipers L, Berkowitz R, Eberlein-Vrie R, Sturgeon D. A controlled trial of social intervention in the families of schizophrenic patients. British Journal of Psychiatry 1982; 141: 121-134.</p> <p>Leff J, Kuipers L, Berkowitz R, Sturgeon D. A controlled trial of social intervention in the families of schizophrenic patients: two years followup. British Journal of Psychiatry 1985; 146: 594-600.</p> <p>Leff J, Berkowitz R, Shavit N, Strachan A, Glass 1, Vaughn C. A trial of family Therapy versus a relatives' Group for schizophrenia. Two years follow-up. British Journal of Psychiatry 1990; 157: 571-577.</p> <p>Falloon 1, Boyd J, McGill C et al. Family management in the prevention of morbidity of schizophrenia: clinical outcome of a two-year longitudinal study. Archives of General Psychiatry 1985; 42: 887-896.</p> <p>Hogarty GE, Anderson CM, Reiss AJ et al. Family psychoeducation, social skills training and maintenance chemotherapy in the aftercare treatment of schizophrenia. Archives of General Psychiatry 1986; 43: 633-642.</p>

Escala de Medición	La CFI está compuesta por cinco sub escalas: a) sub escala Comentarios críticos (CC); b) sub escala Sobre-implicación emocional (IEE); c) sub escala Hostilidad (H); d) sub escala Comentarios positivos (CP); e) Sub escala Afecto (A). Se obtiene una puntuación final, siguiendo los criterios clásicos de puntuación de Vaughn (1986) <sup>89</sup> , en base a lo cual se considerará a un familiar como de alta EE si se obtienen 6 ó más comentarios críticos, puntúa 3 ó más en la escala de sobre implicación emocional o está presente la hostilidad en cualquiera de sus formas.
Normas y población normativa	La Camberwel Family Interview requiere un entrenamiento específico en la técnica de la entrevista en centros autorizados, tras el cual se exige que se alcancen unos niveles de fiabilidad inter-examinadores (kappa) iguales o superiores a 0.85, tanto para las puntuaciones globales como para las escalas parciales. Está diseñada para ser aplicada en población de familiares de personas con esquizofrenia.
Piloteo	SI
Estandarización (formulación/traducción de manuales y condiciones de uso)	<p>La CFI es una entrevista psiquiátrica semi-estructurada que recoge información sobre acontecimientos y actividades y también acerca de los sentimientos y actitudes del familiar hacia las conductas del paciente esquizofrénico. Toda la información hace referencia a los tres meses previos a la entrevista. La duración aproximada es de una hora y media y requiere de una grabación para su posterior valoración.</p> <p>El instrumento utilizado en este estudio fue la <b>FIVE MINUTES SPEECHSAMPLE-FMSS</b>, esta fue trabajada y validada por Magaña et al<sup>174</sup>, se encuentra sustentada en los mismos constructos de la CFI y elimina las dificultades de ésta. Consiste en una muestra de habla de los familiares de entre cinco y 10 minutos de duración. El entrevistador incita al familiar a hablar durante cinco (o más) minutos sobre los pensamientos y emociones que el paciente suscita en él, así como de la relación que mantiene con éste. Se obtiene una puntuación final, siguiendo los criterios de la CFI, siguiendo los criterios clásicos de puntuación de Vaughn y Leff (1986), en base a lo cual se considerará a un familiar como de alta EE si se obtienen 6 ó más comentarios críticos, puntúa 3 ó más en la escala de sobre implicación emocional o está presente la hostilidad en cualquiera de sus formas.<sup>176</sup>. Magaña et al<sup>174</sup> logran una adecuada consistencia interna de la FMSS, (superior a 0.80) y una fiabilidad test-retest de 0.64.</p>

<b>3. POSITIVE AND NEGATIVE SYNDROME SCALE – PANSS.</b>	
Se usará para evaluar evolución clínica en pacientes con esquizofrenia.	
Confiabilidad (valores reportados y estadístico del cálculo)	La PANSS, fue desarrollada por Kay; Fisztrein y Opler en 1987 <sup>172</sup> , y está basada en la BriefPsychiatric Rating Scale (BPRS). Los autores informaron buena fiabilidad inter observador y elevada consistencia interna (alfa de Cronbach de 0,73 para la escala positiva, de 0,83 para la negativa y de 0,87 para la de psicopatología general) y adecuada estabilidad test-retest.El coeficiente de correlación intraclase es de alrededor de 0,80 para las tres subescalas. La escala negativa posee mayor consistencia que la positiva al ser más homogénea y estar constituida por un único factor. La PANSS-P no presenta una dimensión unitaria, sino que está constituida por varios factores.
Validez	La comparación con otras escalas como BPRS, la SAPS y la SANS arroja buenos índices de validez concurrente: entre subescala positiva de la PANSS y la SAPS: $r = 0,77$ y entre la subescala negativa de la PANSS y la SANS $r = 0,77$ . La correlación entre la subescala de psicopatología general y la Escala de Impresión Clínica Global el índice $r$ fue de 0,52.
Referencias de usos previos del instrumento	Llorca PM, Lanchón C, Disdier B. Effectiveness of clozapine in neuroleptic-resistant schizophrenia: clinical response and plasma concentrations. <i>Journal of Psychiat&amp;Neurosc</i> , 2002; 27(1): 30-37.  Panjonk F, Holzbach R y Naber D. Comparing the efficacy of atypical antipsychotics in open uncontrolled versus doubleblind controlled trials in schizophrenia. <i>Psychopharm</i> 2002;162(1): 29-36.  Lindenmayer J, Czobor P, Volavka J, Lieberman J, Citrome L, Sheitman B, Chakos M y McEvoy J. Olanzapine in refractory schizophrenia after failure of typical or atypical antipsychotic treatment: an open-label switch study. <i>J ClinPsychiat</i> 2002; 63(10): 931-5.  Noguchi M, Nakagawa S, Okui M, Horiuchi K. Effectiveness of group musical therapy on chronic schizophrenic patients: A comparative study. <i>Acta PsychiatScand</i> . 2000; 102 (404): 35-36.  Giner J, Ibáñez E, Cervera S, Sanmartín A, Caballero R. Experiencia subjetiva y calidad de vida en la esquizofrenia. <i>Actas EspPsiquiatr</i> 2001; 29(1): 233-242.

<p>Escala de Medición (tipo) y puntuaciones que proporciona (rango)</p>	<p>Esta escala evalúa síntomas negativos y positivos de la esquizofrenia, y psicopatología general desde un punto de vista dimensional (gravedad del cuadro) y categorial (esquizofrenia positiva, negativa o mixta). Constituye una entrevista semi-estructurada que debe ser administrada por un clínico entrenado. Está compuesta por 30 ítems que conforman 4 escalas: a.) Síntomas positivos (PANSS-P): 7 ítems, evalúa los síntomas sobreañadidos a un estado mental normal; b.) Síntomas negativos (PANSS-N): 7 ítems, evalúa los déficit respecto a un estado mental normal; c.) escala compuesta (PANSS-C): evalúa la predominancia de un tipo sobre el otro (positivo y negativo); d.) Psicopatología general (PANSS-PG): 16 ítems, evalúa la presencia de otro tipo de síntomas en el paciente esquizofrénico (depresión, ansiedad, orientación, etc.). En este estudio se empleará la versión validada en español por Peralta y cols. (1994). Cada ítem se puntúa según una escala de 7 grados de intensidad o gravedad. La puntuación en las escalas positiva, negativa, y de psicopatología general se obtiene sumando las puntuaciones de cada ítem. Las puntuaciones oscilarán por tanto entre 7 y 49 para las escalas positiva y negativa, y entre 16 y 112 para la psicopatología general. La puntuación en la escala compuesta se obtiene restando la puntuación en la escala negativa a la puntuación en la escala positiva. Esta escala puede tener concordancia positiva o negativa, oscilando sus valores entre (-42 y + 42). No existen puntos de corte para las puntuaciones directas obtenidas, sino que éstas se transforman mediante una tabla de conversión en percentiles. La PANSS proporciona también una información categorial, indicando si el trastorno esquizofrénico es positivo, negativo o mixto.</p>
<p>Normas y población normativa</p>	<p>Se aplica a pacientes con diagnóstico de esquizofrenia. Es aplicado por profesionales clínicos Médicos psiquiatras y psicólogos previamente entrenados en el uso de la escala.</p>
<p>Estandarización condiciones de uso.</p>	<p>- La Panss es aplicada por profesionales médicos psiquiatras que están capacitados y entrenados en el uso de esta escala que forma parte del set de instrumentos contemplados en la Guía Clínica para personas con esquizofrenia. Esta escala debe ser administrada utilizando la técnica de entrevista semiestructurada o de entrevista estructurada. El tiempo promedio de administración es de 30 a 40 minutos</p>
<p>Adaptación Semántica (a los usos culturales de la población objetivo)</p>	<p>Está validada y adaptada al español por Peralta et al en 1994<sup>173</sup>.</p>

<b>4. TEST DE MORISKY GREEN</b>	
Se usará para evaluar adherencia a tratamiento	
Confiabilidad y Validez	Fue diseñado por Morisky et al <sup>177</sup> , en el año 1986, para evaluar adherencia al tratamiento. Consiste en un método indirecto de medición basado en la entrevista voluntaria, es un test que valora si un paciente adopta actitudes correctas en relación con la terapéutica. Está hecho para todo tipo de pacientes crónicos. Inicialmente fue diseñada para su uso con pacientes con hipertensión arterial, luego de un estudio publicado en 1986 en la revista Medical Care, se utiliza en el proceso de cuidado de los pacientes de la Clínica de Hipertensión del Hospital de Johns Hopkins y Baltimore City Hospital.
	Presenta una validez predictiva y concomitante con una precisión alfa de 0.61. Estos datos se basan en la correlación entre un puntaje alto del test y buen control de presión arterial a los 5 años, y a su vez, un bajo puntaje en el test con un mal control de la presión arterial a los 5 años.
Referencias de utilizations previas del instrumento	<p>Val Jimenez A, Amorós G, Martinez P, Fernandez ML, León M. Estudio descriptivo del cumplimiento del tratamiento farmacológico antihipertensivo y validación del test Morisky y Green. Aten Primaria 1992; 10: 767-70.</p> <p>Nogués-Solán X, Sorli-Redó ML, Villar-García J. Instrumentos de medida de adherencia al tratamiento. AnMed Interna Madrid 2007; 24(3): 138-141.</p> <p>Ingaramo RA, Vita N, Bendersky M, et al. Estudio nacional sobre adherencia al tratamiento. Rev Fed Argentina Cardiol 2005; 34:104-111.</p> <p>Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure. Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure: the JNC 7 complete report. Hypertension 2003; 42: 1206-1252.</p> <p>Quintana SC, Fernández-Britto JE. Adherencia terapéutica farmacológica anti-hipertensiva en adultos de atención primaria y factores relacionados con su incumplimiento. Rev Cubana InvestBiomed 2009; 28(2): 0-0.</p>

Escala de Medición (tipo) y puntuaciones que proporciona (rango)	<p>Es un cuestionario de cuatro preguntas, que orientan a la adherencia o no adherencia al tratamiento.</p> <p>Preguntas del Test:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ¿Se olvida alguna vez de tomar los medicamentos?</li> <li>2. ¿Toma los medicamentos a las horas indicadas?</li> <li>3. Cuando se encuentra bien, ¿deja alguna vez de tomarlos?</li> <li>4. Si alguna vez le sientan mal, ¿deja de tomar la medicación ?</li> </ol> <p>Se considera ADHERENCIA SUFICIENTE a un medicamento cuando el paciente responde adecuadamente a todas las preguntas del cuestionario Morisky-Green (no, sí, no, no).</p> <p>Se considera ADHERENCIA INSUFICIENTE a un medicamento cuando el paciente responde inadecuadamente a una o más de las preguntas del cuestionario Morisky-Green.</p>
Normas y población normativa	Valora si un paciente "x" adopta actitudes correctas en relación con la terapéutica. Consiste en un método indirecto de medición basado en la entrevista voluntaria. Está hecho para todo tipo de pacientes crónicos.
Estandarización y condiciones de uso.	Constituye un test de cinco preguntas con respuestas SI/NO. No requiere mayor capacitación al encuestador.
Traducción (si se requiere)	No requiere
Piloteo en población equivalente a la objetivo	SI

Fuente: Elaboración propia

## Anexo 2; Consentimiento informado

### CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

**Título del Proyecto:** "Efectividad de la Terapia Familiar Conductual en Personas con Esquizofrenia, usuarios de Dispositivos de Psiquiatría del Nivel Secundario de un Servicio de Salud de la Región del Bío Bío. Un Ensayo Clínico Controlado Aleatorizado".

Mi nombre es DAISY ANGÉLICA VIDAL GUTIÉRREZ, soy Asistente Social. Alumna del Programa de Doctorado en Salud Mental de la Universidad de Concepción, Profesora de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Concepción, Rut: 9.450.522-4, me encuentro investigando acerca de estrategias de intervención efectivas para personas con esquizofrenia. A continuación le voy a proporcionar información para invitarle a participar de esta investigación. No tiene que decidir hoy si participar o no en esta investigación. Antes de decidirse, puede hablar con alguien con quien se sienta cómodo sobre la investigación.

#### **Presentación:**

Usted ha sido invitado(a) a participar en un estudio de investigación.

Antes de tomar una decisión para definir su participación, es importante que usted entienda en que consistirá el estudio, por qué es importante que éste se realice y que implicará su participación.

Este estudio constituye una Tesis de postgrado para optar al Grado de Doctor en Salud Mental y fue aprobado por el Comité Ético Científico del Servicio de Salud Concepción.

En este servicio, este estudio es autorizado por el Dr. Benjamín Vicente Parada, médico Director del Servicio de Psiquiatría de Concepción.

Si en este formulario de consentimiento informado Ud. encuentra algunas palabras que no entienda, por favor pida explicación a uno de los integrantes del grupo de investigación para que lo asesore.

Antes de tomar la decisión de participar en la investigación, lea cuidadosamente este formulario de consentimiento y discuta cualquier inquietud que usted tenga con el investigador.



Versión 2. 15 de abril 2014

### **Objetivo del estudio**

El propósito de esta investigación es evaluar una estrategia de intervención para personas con esquizofrenia que están siendo atendidos en servicios de psiquiatría.

### **Forma de selección de la persona participante en el estudio e importancia de su participación**

Estamos invitando a todos los cuidadores principales de personas con diagnóstico de esquizofrenia que son atendidos en el Servicio de psiquiatría del Hospital Guillermo Grant Benavente de Concepción, a participar en esta investigación sobre una estrategia de intervención para personas con esquizofrenia y sus cuidadores principales. Usted ha sido seleccionado aleatoriamente para tomar parte en este estudio.

Su participación en este estudio es de gran importancia, ya que los resultados serán más válidos y confiables si todas las personas a las que invitamos a participar deciden tomar parte en el estudio y por ello esperamos y le pedimos que usted lo haga. El concretar la realización de este estudio permitirá contar con resultados que contribuyan a evaluar estrategias de intervención para personas con esquizofrenia que sean más efectivas.

Depende de usted decidir si toma parte o no. Este estudio se realiza con la participación voluntaria de los entrevistados.

### **Detalle de su participación en el estudio:**

Su participación en el estudio consistirá en contestar una entrevista que se centrará en preguntas sobre los antecedentes familiares, aspectos sociales y alguna información acerca de la enfermedad de la persona con esquizofrenia de la cual Ud. es el cuidador(a) principal. Esta entrevista será realizada en dos momentos durante su participación en el estudio, esto es, al momento de iniciar su participación y a los tres meses de concluida la intervención. Esta entrevista durará entre 1 o 1'30 horas aproximadamente.

Ud. podría ser también invitado a participar de algunas sesiones en el establecimiento al que regularmente asiste la persona de quien Ud. es su cuidador(a) principal.

Para la ejecución de este estudio necesitamos comparar la intervención psicosocial que se hace habitualmente en personas con esquizofrenia con una nueva estrategia de intervención que se desea implementar. Esto porque no sabemos si esta nueva intervención es mejor que lo que actualmente se hace.

Para hacer esto, distribuiremos a los participantes en dos grupos (A y B). Los grupos son seleccionados aleatoriamente, sacando números aleatorios y asignando a cada grupo.



Si usted está de acuerdo en participar en el estudio, deberá firmar la hoja de consentimiento informado y se concertará una entrevista con usted en la fecha que más le convenga.

#### **Descripción del Proceso**

Durante la investigación Ud. efectuará 2 visitas al Servicio de psiquiatría para contestar los instrumentos de recolección de la información, al inicio de este estudio y después de tres meses de concluida la intervención. Posteriormente si Ud. es seleccionado al azar para formar parte del grupo A, deberá seguir con las actividades regulares que a la fecha realiza en el servicio de psiquiatría. Si Ud. es seleccionado al azar para formar parte del grupo B, Ud. debe seguir con las actividades regulares que a la fecha realiza en el servicio de psiquiatría y además se le efectuarán 12 visitas a su domicilio a fin de participar en las sesiones educativas.

#### **Duración**

Su participación en la investigación durará tres meses. Durante ese tiempo, será necesario que Ud. asista al Servicio de Psiquiatría en dos ocasiones para responder los instrumentos de recolección de la información.

Si Ud. es seleccionado al azar al grupo B, además se le realizará una intervención domiciliaria por un periodo de tres meses.

Si Ud. fue seleccionado al azar al grupo A, una vez concluido el estudio, se le ofrecerá participar en la intervención que se desea probar en este estudio.

#### **Confidencialidad del estudio**

Toda la información que usted facilite es totalmente confidencial. Los resultados del estudio se presentarán de manera que no revelarán la identidad de las personas participantes. Aunque se debe recoger el nombre y la dirección de cada persona para concertar las entrevistas. A cada persona que tome parte en el estudio se le asignará un número que será el que figure en cada uno de los cuestionarios cumplimentados. Los registros que incluyen los nombres de las personas y las direcciones se mantendrán en bases de datos separadas de la información entregada. Por tanto, se garantiza que toda la información recogida será considerada totalmente confidencial.

#### **Riesgo y efectos adversos que pueden estar asociados a la investigación:**

- Es importante indicar a ud. que su participación en este estudio NO presenta riesgo a su salud o de otro tipo.
- Las preguntas para conocer sus antecedentes personales, familiares, sociales o de salud actual, pueden ser cansadoras. Usted puede discutirlos con el entrevistador, y puede decidir no responder a determinadas preguntas o no continuar con su participación cuando lo estime. Tanto las respuestas como la información que usted suministre son confidenciales.



Versión 2. 15 de abril 2014

**Beneficios para usted/sociedad:**

Usted recibirá un incentivo económico equivalente a mil pesos (\$1.000) por cada una de las sesiones en las que Ud. deba concurrir al servicio de psiquiatría. Este incentivo económico está destinado a pagar sus gastos de traslado al servicio de psiquiatría. No se le dará ningún otro dinero o regalos por tomar parte en esta investigación. Además, usted estará haciendo una libre y valiosa contribución a la investigación que podrá ser beneficiosa tanto para la persona que Ud. cuida y su familia, como para futuras generaciones.

Si durante la intervención se detecta la necesidad de atención psicológica para Ud., se le coordinará la atención a través de la red del sistema público de salud.

Los investigadores de este proyecto de la Universidad de Concepción lo consideran a usted como un importante colaborador en obtener mejores estrategias de intervención para personas que presentan esquizofrenia y le agradecerán su decisión de participar en este estudio.

**Otras consideraciones importantes**

Este proyecto de investigación no está destinado a proveer diagnóstico ni tratamiento de aquellos problemas médicos no mencionados explícitamente. Su participación en este proyecto de investigación no debe reemplazar las visitas regulares a su médico tratante.

Usted será informado de cualquier hallazgo derivado de su participación en la investigación, que pueda cambiar su decisión de continuar en este estudio. El investigador puede retirarlo de esta investigación, si entiende que existen circunstancias médicas que lo aconsejan.

Si tiene preguntas o preocupaciones sobre este estudio, o si experimenta cualquier problema, puede llamar a:

Daisy Vidal Gutiérrez  
Fono: 2204106



**Formulario de Consentimiento Informado del Cuidador principal**

Por favor marque con una cruz en la casilla si está de acuerdo con cada afirmación:

1. Confirmando que he entendido que he sido invitado a participar en la investigación de una estrategia de intervención psicosocial para personas con esquizofrenia y sus cuidadores principales.	<input type="checkbox"/>
2. Confirmando que he entendido el propósito del estudio y he tenido la oportunidad de realizar preguntas	
3. Entiendo que mi participación en el estudio es voluntaria y que soy libre de abandonar el estudio en cualquier momento, sin dar ninguna razón y sin que mis derechos como paciente de atención médica se vean afectados.	<input type="checkbox"/>
4. Confirmando que he entendido que recibiré un incentivo económico equivalente a \$1.000 por cada vez que acuda al servicio de psiquiatría de Concepción con motivo de este estudio, para costear pasajes. Sé que puede que no haya beneficios para mi persona y que no se me recompensará más allá de los gastos de viaje.	
5. Estoy de acuerdo en que se consulte la historia clínica de salud de mi representado, mientras participe en el estudio.	<input type="checkbox"/>
6. Confirmando que se me ha proporcionado el nombre de un investigador que puede ser fácilmente contactado usando el nombre y la dirección que me ha dado de esa persona.	
7. Consiento voluntariamente participar en esta investigación como participante y entiendo que tengo el derecho de retirarme de la investigación en cualquier momento sin que me afecte en ninguna manera mi cuidado médico.	<input type="checkbox"/>

Nombre del Participante:.....

Firma del Participante: .....

Fecha: .....

Nombre del (la) entrevistador(a): .....

Fecha.....

Confirmando que ha sido proporcionada al participante una copia de este documento de Consentimiento Informado.

Firma del Entrevistador:

.....

Número de Identificación de la persona participante en el estudio:

--	--	--	--	--	--



**Acta de Consentimiento Informado**

- He leído este formulario de aprobación y he tenido la oportunidad de hacer preguntas.
- Entiendo que me darán copia de este documento.
- Consiento en participar en esta investigación

Nombre del participante: \_\_\_\_\_

RUT: \_\_\_\_\_

FIRMA: \_\_\_\_\_

FECHA: \_\_\_\_\_

Nombre del Investigador Responsable: DAISY ANGÉLICA VIDAL GUTIÉRREZ \_\_\_\_\_

RUT: 9.450.522-4 \_\_\_\_\_

FIRMA: \_\_\_\_\_

FECHA: \_\_\_\_\_

Nombre del Delegado del Director o Ministro de Fé: DRA. CARMEN HERNÁNDEZ \_\_\_\_\_  
MÉDICO JEFE CENTRO DE RESPONSABILIDAD MEDICINA DEL ADULTO. SERVICIO DE SALUD CONCEPCIÓN.

RUT: \_\_\_\_\_

FIRMA: \_\_\_\_\_

TELÉFONO: 41 - 2722686

FECHA: \_\_\_\_\_



### Anexo 3: Tablas anexas

**Tabla 35.** Otras variables descriptivas de la muestra de personas con esquizofrenia.

Características	Grupo Control (n=27)		Grupo Tratamiento (n=27)		Total (N=54)	
	Fi	%	Fi	%	Fi	%
<b>Actividad Principal</b>						
Estudiante	4	14.81	5	18.52	9	16.67
Actividad remunerada	5	18.52	9	33.33	14	25.93
Ayuda en casa	8	29.63	3	11.11	11	20.37
Inactivo	10	37.04	10	37.04	20	37.04
<b>Trabaja en actividad Remunerada(*)</b>						
Sí	5	18.52	9	33.33	14	25.93
No	22	81.48	18	66.67	40	74.07
<b>Tipo de Trabajo</b>						
Permanente	2	7.41	4	14.81	6	11.11
Temporal	-	-	1	3.70	1	1.85
Ocasional	3	11.11	4	14.81	7	12.96
No corresponde	22	81.48	18	66.67	40	74.07
<b>Rol principal en grupo familiar</b>						
Jefe(a) de hogar	1	3.70	2	7.41	3	5.56
Pareja	-	-	1	3.70	1	1.85
Hijo(a)	24	88.89	23	85.19	47	87.04
Allegado(a)	2	7.41	1	3.70	3	5.56
<b>Vive con</b>						
Su familia	25	92.59	26	96.30	51	94.44
Otra familia	2	7.41	1	3.70	3	5.56

Fuente: elaboración propia

(\*) Estas actividades incluyen: cortar pasto, reponedor, empaquetador, vendedor de dulces afuera de colegios, vende ropa en la feria, auxiliar dental, paramédico, guardia, recolector de cartones.

**Tabla 36.** Estadísticos descriptivos de las variables dependientes, para grupo control y grupo tratamiento, pre – post intervención.

Variable	Pre intervención				Post intervención			
	M (DE)	Md	Asimetría	Curtosis	M (DE)	Md	Asimetría	Curtosis
Control								
PSP	52.78(18.34)	47	0.21	-1.52	1.67(17.41)	45	0.12	-1.36
PANSS	99.74(22.22)	102	0.22	-0.49	6.63(20.30)	99	0.15	-0.86
MG	2.41(1.31)	3	-0.45	-1.03	2.37(1.52)	3	-0.36	-1.40
FMSS-Negativa	10.41(6.49)	9	0.96	-0.04	9.93(5.09)	10	0.19	-0.75
FMSS-Positiva	8.67(3.03)	9	-0.10	-1.18	9.93(5.09)	10	0.19	-0.75
Tratamiento								
PSP	54.74(16.51)	60	-0.26	-1.51	9.15(14.66)	69	-0.38	-0.71
PANSS	95.85(17.81)	96	0.27	-0.76	1.81(15.92)	90	0.24	-1.01
MG	2.70(1.32)	3	-0.62	-0.96	2.85(1.38)	3	-0.76	-0.71
FMSS-Negativa	10.19(4.48)	10	0.34	-1.04	6.04(3.83)	5	1.59	1.91
FMSS-Positiva	10.44(4.50)	9	0.45	-0.17	6.04(3.83)	5	1.59	1.91

Fuente: elaboración propia

**Tabla 37.** Puntuación total PSP, obtenida por cada sujeto según grupo control y grupo tratamiento, pre – post intervención.

Puntuación PSP	Control				Tratamiento			
	Pre		Post		Pre		Post	
	Fi	%	Fi	%	Fi	%	Fi	%
0 - 10	-	-	1	3.70	-	-	-	-
11 - 20	3	11.11	2	7.41	3	11.11	-	-
21 - 30	6	22.22	7	25.93	4	14.81	1	3.70
31 - 40	6	22.22	4	14.81	5	18.52	3	11.11
41 - 50	2	7.407	3	11.11	2	7.407	4	14.81
51 - 60	4	14.81	5	18.52	9	33.33	6	22.22
61 - 70	6	22.22	4	14.81	4	14.81	6	22.22
71 - 80	-	-	1	3.70	-	-	6	22.22
81 - 90	-	-	-	-	-	-	1	3.704
Total	27	100	27	100	27	100	27	100

Fuente: elaboración propia

**Tabla 38.** Puntuación total PANSS, obtenida por cada sujeto según grupo control y grupo tratamiento, pre – post intervención.

Grupo Control		Grupo Tratamiento	
Panss Pre	Panss Post	Panss Pre	Panss Post
89	83	76	71
90	79	83	79
86	86	100	82
135	135	85	77
90	76	117	107
93	87	96	90
102	102	65	65
85	85	79	78
106	106	78	80
140	123	84	83
93	92	117	107
52	53	136	126
131	124	92	85
106	103	103	101
112	110	103	99
54	62	124	112
124	115	69	69
76	76	85	85
114	116	104	104
107	111	103	103
124	117	97	99
119	120	119	118
84	83	87	83
75	79	112	108
111	109	93	90
108	99	74	75
87	86	107	103

Fuente: elaboración propia

**Tabla 39.** Estadísticos descriptivos ítemes de la escala Moriski-Green, por grupo control y grupo experimental, pre – post intervención.

Ítemes Test Moriski Green	Estadísticos Descriptivos							
	Pre				Post			
	Adhiere		No Adhiere		Adhiere		No Adhiere	
	Fi	%	Fi	%	Fi	%	Fi	%
<b>Grupo Control</b>								
1. ¿Se olvida de tomar alguna vez el medicamento para su enfermedad?	16	59.26	11	40.74	14	51.85	13	48.15
2. ¿Es descuidado con la hora en que debe tomar la medicación?	12	44.44	15	55.56	15	55.56	12	44.44
3. Cuando se encuentra bien ¿deja de tomarlos?	20	74.07	7	25.93	7	25.93	20	74.07
4. Si alguna vez le sientan mal ¿deja de tomarlas?	17	62.96	10	37.04	8	29.63	19	70.37
<b>Grupo Experimental</b>								
1. ¿Se olvida de tomar alguna vez el medicamento para su enfermedad?	17	62.96	10	37.04	6	22.22	21	77.78
2. ¿Es descuidado con la hora en que debe tomar la medicación?	14	51.85	13	48.15	13	48.15	14	51.85
3. Cuando se encuentra bien ¿deja de tomarlos?	21	77.78	6	22.22	6	22.22	21	77.78
4. Si alguna vez le sientan mal ¿deja de tomarlas?	21	77.78	6	22.22	6	22.22	21	77.78

Fuente: elaboración propia

**Tabla 40.** Estadísticos descriptivos ítems de la escala Five Minutes Speed Sample (emoción expresada) por grupo control y grupo experimental, pre - post intervención.

Ítemes Five Minutes Speed Sample	Pre				Post			
	M	DS	Min	Max	M	DS	Min	Max
<b>Grupo Control</b>								
1. Comentarios críticos	5.59	4.50	-	16	2.11	2.19	-	10
2. Hostilidad	0.89	1.09	-	3	1.30	1.38	-	4
3. Sobreimplicación emocional	3.93	1.73	1	6	3.67	1.52	1	6
4. Afecto	4.78	1.25	2	6	4.85	1.29	2	6
5. Comentarios positivos	3.89	2.08	-	7	3.78	2.69	-	9
<b>Grupo Experimental</b>								
1. Comentarios críticos	4.85	3.29	-	12	4.97	3.06	-	12
2. Hostilidad	0.52	0.80	-	3	0.44	0.97	-	3
3. Sobreimplicación emocional	4.81	1.07	2	6	3.48	1.53	2	6
4. Afecto	4.81	1.52	1	6	4.70	1.46	1	6
5. Comentarios positivos	5.63	3.98	-	16	5.44	3.43	-	12

Fuente: elaboración propia



**Tabla 41.** Diferencia de medias. Ítems por sub escalas PANSS según grupo control y grupo tratamiento. pre - post intervención.

Ítems por sub escalas	Grupo Tratamiento			Grupo Control		
	Pre	Post	Dif	Pre	Post	Dif
<i>Ítems sub escala Sintomas Positivos</i>						
1. Delirios	1.52	1.63	-0.11	1.7	1.63	0.07
2. Desorganización conceptual	2.96	2.78	0.18	3.04	2.78	0.26
3. Excitación	2.74	2.63	0.11	2.78	2.63	0.15
4. Grandiosidad	1.67	1.59	0.08	1.93	1.59	0.34
5. Susplicacia/Persecución	1.96	1.96	0.00	2.19	1.96	0.23
6. Hostilidad	2.3	2.30	0.00	2.48	2.30	0.18
<i>Ítems sub escala Sintomas Negativos</i>						
1. Embotamiento Afectivo	4.26	3.93	0.33	4.56	3.93	0.63
2. Retracción emocional	4.3	4.04	0.26	4.7	4.04	0.66
3. Pobre relación	4.63	4.37	0.26	4.93	2.74	2.19
4. Retracción social. apatía pasiva	4.93	4.56	0.37	4.96	4.56	0.40
5. Dificultad de Pensamiento abstracto	4.44	4.07	0.37	4.44	4.74	-0.30
6. Falta de espontaneidad en conversación	5.15	5.00	0.15	4.96	5.00	-0.04
7. Pensamiento estereotipado	2.7	2.74	-0.04	2.52	2.74	-0.22
<i>Ítems sub escala General</i>						
1. Preocupaciones somáticas	2.44	2.41	0.03	2.22	1.37	0.85
2. Ansiedad	3.89	3.74	0.15	3.93	1.13	<b>2.80</b>
3. Sentimientos de culpa	1.63	1.56	0.07	1.63	0.97	0.66
4. Tensión motora	3.85	3.52	0.33	4	0.85	<b>3.15</b>
5. Manerismos y posturas	1.74	1.78	-0.04	2.11	1.28	0.83
6. Depresión	3.7	3.48	0.22	4.04	1.05	<b>2.99</b>
7. Retardo motor	3.63	3.52	0.11	3.67	0.98	<b>2.69</b>
8. Falta de colaboración	2.33	2.19	0.14	3.11	1.14	<b>1.97</b>
9. Inusuales contenidos de pensamiento	1.85	1.89	-0.04	2.3	1.09	<b>1.21</b>
10. Desorientación	2.15	2.11	0.04	2.07	1.25	0.82
11. Atención deficiente	3.04	3.00	0.04	3.15	1.18	1.97
12. Ausencia de juicio e introspección	4.19	3.96	0.23	4.22	1.06	<b>3.16</b>
13. Trastornos de la volición	4.15	3.85	0.30	3.89	1.20	<b>2.69</b>
14. Control deficiente de impulsos	2.96	3.00	-0.04	3.26	1.30	1.96
15. Preocupación	3.93	3.85	0.08	4.07	1.13	<b>2.94</b>
16. Evitación social activa	5.15	4.67	0.48	5.22	1.36	<b>3.86</b>

Fuente: elaboración propia

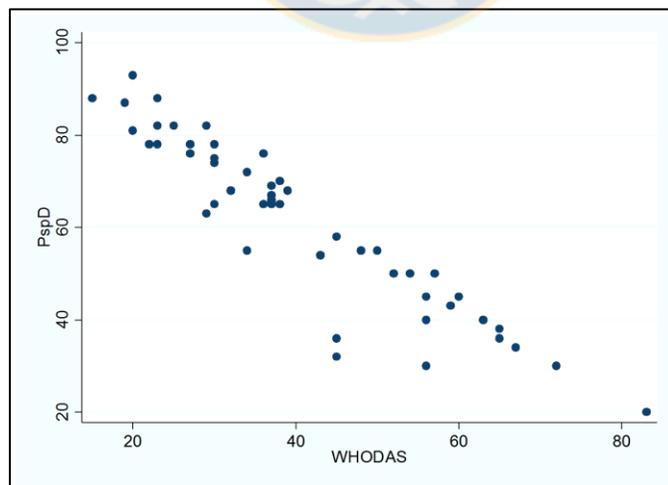
**Tabla 42.** *Correlación puntaje PSP post intervención con puntaje WHO-DAS II post intervención*

	r Pearson	Valor p
PSP	-.8684	.0000***

\*\*\*p < .0000

Fuente: elaboración propia

Para indagar sobre la validez de los resultados obtenidos respecto de funcionamiento social en base al instrumento PSP, se efectúa un análisis de convergencia de este instrumento, contrastándolo con el WHO DAS II. El WHODAS-II<sup>171</sup> es un instrumento especializado que mide funcionamiento social y discapacidad. Conceptualmente es compatible con la revisión de la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF) de la Organización Mundial de la Salud. Para análisis de convergencia se aplicó coeficiente de correlación r de Pearson con los puntajes obtenidos por los 54 sujetos en el momento post intervención. Se obtuvo un  $r(52) = -.86$ ,  $p < .001$ , que permitió concluir que existe un alto grado de asociación negativa entre los puntajes obtenidos por ambos instrumentos. Cuando el instrumento PSP califica un mejor funcionamiento social (puntaje mayor representa mejor funcionamiento social), el instrumento WHO DAS II califica menor grado de discapacidad (menor puntaje refleja menor discapacidad). Los dos instrumentos resultan ser divergentes, lo que permite concluir que el instrumento empleado para evaluar funcionamiento social, PSP, evalúa el constructo que indica medir.



**Figura 16.** *Correlación Puntaje PSP post intervención con Puntaje WHO-DAS II post intervención.*

Fuente: elaboración propia

**Tabla 43.** Análisis de confiabilidad del FMSS. coeficiente alfa de cronbach en familiares de personas con esquizofrenia. atendidos en Servicio de Psiquiatría Concepción. 2014.

Item evaluado	Obs	Signo	Correlación elemento Total corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el ítem	Correlación Múltiple al cuadrado	Alpha
<b>EE- Negativa</b>						
Comentarios críticos	54	+	.9548	.6359	.6778477	.5995
Hostilidad	54	+	.8494	.7877	2.387.841	.4265
Implicación emocional	54	+	.6418	.4355	2.916.143	.5267
Alfa total EE Negativa						.5881
<b>EE- Positiva</b>						
Afecto	54	+	.5811	.2882	-.3808526	.
Comentarios Positivos	54	+	.8672	.1404	.0580014	.0545
Implicación emocional	54	+	.3121	-.0553	1.327393	.3486
Alfa total EE Positiva						.1791

Fuente: elaboración propia

De acuerdo con el análisis de consistencia interna del instrumento. se concluye que el instrumento FMSS. se construye en base a dos sub escalas diferenciadas: emocionalidad negativa y emocionalidad positiva. la dimensión “implicación emocional” se mueve entre estas dos sub escalas. equilibrando indiferenciadamente en ambas direcciones. La sub escala emocionalidad negativa alcanza una consistencia interna de 0.58. la que es adecuada al considerar que solo se compone por tres ítems.

**Tabla 44.** Análisis de confiabilidad del Test Moriski- Green, coeficiente alfa de Cronbach en personas con esquizofrenia, atendidas en Servicio de Psiquiatría Concepción. 2014.

Item evaluado	Obs	Signo	Correlación elemento Total corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el ítem	Correlación Múltiple al cuadrado	Alpha
1. ¿Se olvida de tomar alguna vez el medicamento?	54	+	.7789	.5416	.0510133	.4787
2. ¿Es descuidado con la hora en que debe tomar la.?	54	+	.6713	.3612	.0746564	.6171
3. Cuando se encuentra bien. deja de tomarlos?	54	+	.6069	.3303	.085488	.6297
4. Si alguna vez le sientan mal. deja de tomarlos?..	54	+	.7138	.4598	.064873	.5447
Alfa total						.6407

Fuente: elaboración propia

De acuerdo con el análisis de consistencia interna del instrumento. se obtiene un alfa de Cronbach equivalente a .64. la que es adecuada al considerar los escasos ítemes que incorpora (4). El ítem que presenta la menor consistencia fue el ítem “¿Se olvida de tomar alguna vez el medicamento para su enfermedad?” y en según lugar de la menor consistencia interna encontrada. el ítem “Si alguna vez le sientan mal ¿deja de tomarlas?”. Otros dos ítemes de la escala alcanzan alfa de Cronbach sobre .60.

**Tabla 45.** Análisis de confiabilidad por ítemes. escala PANSS. coeficiente alfa de cronbach en personas con esquizofrenia. atendidos en Servicio de Psiquiatría Concepción. 2014.

Item evaluado	Obs	Signo	Correlación elemento Total corregida	Alfa de Cronbach eliminando el ítem	Correlación Múltiple al cuadrado	Alpha
Delirios	54	+	.5098	.4759	.3426	.9040
Desorganización conceptual	54	+	.7252	.6902	.3226	.8996
Excitación	54	+	.5993	.5622	.3349	.9024
Grandiosidad	54	+	.7731	.7450	.3219	.8989
Susplicacia/persecución	54	+	.5119	.4660	.3374	.9037
Hostilidad	54	+	.5501	.4961	.3310	.9032
Embotamiento afectivo	54	+	.6464	.6043	.3274	.9012
Retracción emocional	54	+	.5298	.4925	.3398	.9036
Pobre relación	54	+	.5259	.4862	.3391	.9036
Retracción social. apatía	54	+	.7273	.6982	.3276	.9001
Dificultad pensamiento abstracto	54	+	.5956	.5588	.3354	.9025
Conversación no espontánea	54	+	.4587	.3897	.3340	.9057
Pensamiento estereotipado	54	+	.5175	.4733	.3377	.9036
Preocupaciones somáticas	54	+	.4734	.4148	.3358	.9048
Preocupaciones somáticas	54	+	.1707	.0958	.3536	.9111
Ansiedad	54	+	.4686	.4207	.3397	.9044
Sentimientos de culpa	54	+	.3330	.2833	.3470	.9064
Tensión motora	54	+	.4899	.4531	.3425	.9042
Manerismos y posturas	54	+	.3887	.3234	.3404	.9066
Depresión	54	+	.2685	.2162	.3498	.9074
Retardo motor	54	+	.2487	.1953	.3507	.9077
Falta de colaboración	54	+	.5388	.4855	.3323	.9034
Inusuales contenidos de pensamiento	54	+	.6926	.6524	.3230	.9002
Desorientación	54	+	.6073	.5595	.3282	.9020
Atención deficiente	54	+	.5458	.4994	.3346	.9032
Ausencia de juicio e introspección	54	+	.6733	.6329	.3253	.9007
Trastornos de la volición	54	+	.5204	.4651	.3331	.9038
Control deficiente de impulsos	54	+	.6168	.5682	.3268	.9018
Preocupación	54	+	.4817	.4290	.3371	.9044
Evitación social activa	54	+	.5109	.4571	.3345	.9039
Alpha escala total						.9066

Fuente: elaboración propia

**Tabla 46.** *Análisis de confiabilidad escala PANSS por sub-escalas. Coeficiente alfa de cronbach en personas con esquizofrenia. atendidos en servicio de psiquiatría concepción. 2014.*

Sub escalas	Obs	Alpha
Sub escala Positiva	54	.6343
Sub escala Negativa	54	.4721
Sub escala General	54	.3050
PANSS Total		.9066

Fuente: elaboración propia

**Tabla 47.** *Estadísticos descriptivos adherencia a tratamiento por grupo control y grupo tratamiento pre - post*

Grupo	Pre				Post			
	M (DE)	Md	min	max	M (DE)	Md	min	max
Control	2.41 (1.31)	3	-	4	2.37 (1.52)	3	-	4
Tratamiento	2.70 (1.32)	3	-	4	2.85 (1.38)	3	-	4

Fuente: elaboración propia

**Tabla 48.** *Análisis de los efectos del terapeuta sobre variables funcionamiento social. sintomatología clínica. emoción expresada y adherencia a tratamiento.*

Análisis de varianza						
Variable	Suma de cuadrados	df	Media cuadrática	F	Prob>F	
Funcionamiento social	5303.54	4	1325.88	5.29	.0712	
Sintomatología clínica	1829.18	4	457.29	1.42	.2427	
Emoción expresada	4.85185	4	1.2129	6.89	.0871	

Fuente: elaboración propia