

FACTORES FAMILIARES EN EL CURSO DE LA INDICE ESQUIZOFRENIA

INTRODUCCION

I. EL PROBLEMA.

II. MARCO TEORICO.

HIPOTESIS

III. OBJETIVOS.

IV. DISEÑO METODOLOGICO

3.1 Universo y muestra.

3.2 Métodos e Instrumentos de recolección de datos.

3.3 Límites.

3.4 Procedimientos.

3.5 Criterios de Inclusión.

3.6 Criterios de exclusión

V PRESENTACION Y ANALISIS DE RESULTADOS

CONCLUSIONES

RECOMENDACIONES

BIBLIOGRAFIA

ANEXOS

Cochabamba, Febrero del 2002

Para lograr esto, estudiamos a un grupo de pacientes que en algún momento estuvieron hospitalizados y que actualmente son manejados por consulta externa del IPSJDD, en el periodo de enero a Junio del 2001.

FACTORES FAMILIARES EN EL CURSO DE LA ESQUIZOFRENIA

INTRODUCCIÓN

La idea del trabajo parte de la constatación empírica de observar la diferente evolución de pacientes esquizofrénicos, al parecer relacionado con las características de sostén o apoyo familiar, una vez que han sido externados de la Institución y que son manejados por la consulta externa. El estudio busca describir si estos pacientes conviven con familias llamadas por los expertos como "de alta emocionalidad" (descritos como: hostigantes, sobre-protectores, hiper-vigilantes y que muestran comportamientos despreciativos y humillantes) o conviven con familias "de baja emocionalidad" (descritos como familias con conducta Indiferente y poco reactivas frente a los pacientes).

Consideramos que de éstas características de interacción (en familias con miembros que presentan esquizofrenia paranoide), dependerá la evolución clínica; también intentamos descubrir si algunas condiciones epidemiológicas como el nivel socioeconómico, el nivel educacional y la procedencia urbana o rural de alguna manera inciden en esta evolución. Finalmente queremos evaluar las características de la adecuación del tratamiento farmacológico que aseguren una evolución clínica satisfactoria.

Para lograr esto, estudiamos a un grupo de pacientes que en algún momento estuvieron hospitalizados y que actualmente son manejados por consulta externa del IPSJDD, en el periodo de enero a Junio del 2001.

I. EL PROBLEMA.

Al parecer la dis-funcionalidad familiar, el stress psicosocial y la actitud de abandono o la Indiferencia de las familias con pacientes que presentan esquizofrenia paranoide, promueven y acentúan los síntomas positivos o negativos de las psicosis.

A partir de observaciones empíricas hemos presenciado una evolución estable en pacientes provenientes de familias de baja emocionalidad, así mismo se ha visto también que pacientes con tendencia a la re-agudización de sus síntomas y por tanto susceptibles para ser hospitalizados en múltiples ocasiones, al parecer presentan graves problemas o dificultades en su interacción, por su pertenencia a familias llamadas "de alta emocionalidad"

Sin embargo queremos enriquecer el estudio al preguntarnos si además estas frecuentes re-agudizaciones obedecen también a otras causas. Entre ellos; el lugar de procedencia / residencia, las características socioculturales, el nivel de educación de la familia, las características del tratamiento farmacológico y la interacción de estos con el paciente.

Nuestras preguntas son:

¿Cuál es la relación entre la evolución clínica de pacientes con esquizofrenia paranoide respecto a las características y apoyo (o no) de su entorno familiar?

¿Qué condiciones socioculturales, educativas, de procedencia tienen, y cual el manejo farmacológico de esta población?

II. MARCO TEORICO

2.1 GENERALIDADES

A mediados de los años setenta, comenzó a emerger un nuevo enfoque terapéutico hacia las familias de los pacientes esquizofrénicos.

Los actuales tratamientos familiares se construyen alrededor de un concepto de esquizofrenia como enfermedad cerebral. Leff afirma que la esquizofrenia debe considerarse como una anormalidad estructural o funcional del cerebro que hace al paciente particularmente vulnerable al estrés emocional. La familia, que representa las más intensas relaciones emocionales en el medio social del paciente, tiene la capacidad de aumentar este estrés o aliviarlo.

En el nuevo enfoque, el paciente con esquizofrenia, es considerado como una persona enferma, y para asistirlo la familia organiza sus recursos con mayor o menor éxito. Es tarea del terapeuta maximizar el éxito de la familia en contender con la enfermedad y ayudarlo a enfrentarse mejor a esta, sin perder de vista que el paciente es el enfermo esquizofrénico.

Muchos de los problemas a los que se enfrentan los profesionales de la salud al tratar con los padres de los pacientes, han sido causados por modelos simplistas sobre las causas y el tratamiento de la esquizofrenia. Presumir que está es causada por factores psicológicos originados por defectos de la familia ha conducido a que los miembros de esta, se sientan agredidos o insultados.

Tal como lo señala Strachan, actualmente la intervención familiar es concreta y práctica en vez de analítica e interpretativa; la educación sobre la esquizofrenia se hace de una manera deliberada; Los miembros de la familia son tratados con respeto y se les ayuda a desarrollar estrategias para enfrentarse a la enfermedad. El enfoque de la terapia se ha desplazado desde la cura de síntomas psicóticos del paciente, hasta ver que impacto puede tener la terapia

familiar en su funcionamiento social y resistencia al estrés, una vez que los
neurofármacos han reducido los síntomas psicóticos agudos.

Una de las líneas teóricas más sólidas se enfocó en el estudio de las
influencias de los factores familiares en el curso de la enfermedad, una vez que
está se ha manifestado, encontrándose que los pacientes que regresan a vivir
con familiares que muestran **altos niveles de emociones expresadas (EE)**,
presentan significativamente más recaídas entre los 9 meses y los dos años de
seguimiento, que aquellos pacientes que regresan a un medio de **bajas
emociones (BE.)**

Según Kuipers y Bebbington, los altos niveles de expresión emocional (EE)
se expresan como hostilidad, sobre-involucramiento emocional, comentarios
críticos, y dependiendo de sus contenidos.

Se pueden hacer varias mediciones pero las que se ha encontrado que son
predictivas de la enfermedad subrayan dos atributos distintivos presentes en
estas familias: Críticas, hostilidad y sobre-involucramiento emocional.

Las críticas se definen como el disgusto o desacuerdo con la conducta o
características de la persona, implicando intolerancia y desaprobación. La
hostilidad es una expresión más franca, pero tiene poco valor como predictor
independiente.

2.2 El sobre involucramiento emocional (AE) comprende sobreprotección, auto
sacrificio, perturbación emocional, percibiendo al paciente como menos
competente y más vulnerable que antes de la enfermedad produciéndose un
retroceso en los procesos de individuación y separación propios del adulto. Esto
involucra altos niveles de ansiedad en los padres.

Es casi igual entre hombres y mujeres, pero en cuanto al inicio y curso,
mas antes es en el hombre. El inicio está entre los 9 a 10 años (hombres, 15 a

Hahtweg, señala que los familiares con bajas emociones contribuyen a la prevención de las recaídas, señalan que las familias con altas emociones establecen patrones negativos por largos períodos de tiempo, comparadas con las de bajas emociones que pueden escapar de este círculo vicioso.

A medida que va progresando la investigación sobre los factores familiares se ha producido una tendencia a conceptualizar las emociones expresadas y la responsabilidad familiar como un proceso interactivo en vez de unidireccional. En este modelo se considera que las conductas disruptivas y sintomática de los pacientes aumenta la probabilidad de que los miembros de la familia respondan con estrés y que se comuniquen con elevadas emociones expresadas lo que exacerba los síntomas del paciente produciéndose un círculo vicioso. Contrariamente un medio sin carga emocional y socialmente reforzador, puede promover una gradual mejoría del paciente mientras actúa como bloqueo de los efectos nocivos del estrés.

Una nueva dirección a desarrollar es la posibilidad de que la familia desempeñe un papel preventivo en sus miembros de alto riesgo o un papel positivo en cuanto a su rehabilitación.

La educación del paciente y de su familia, así como grupos de apoyo para está, se describen ahora como componentes esenciales de los programas para el tratamiento integral del paciente.

2.2 EPIDEMIOLOGIA.

Actualmente la prevalencia mundial es del 0,5 a 1%.

Edad y sexo

Es casi igual entre hombres y mujeres, pero en cuanto al inicio y curso, mas antes es en el hombre. El inicio está entre los 9 a 10 años (hombres, 15 a

25; mujeres 25 a 35) Es más favorable entre las mujeres que los hombres por su inicio más tardío.

Consideraciones socioculturales y socioeconómicas

2.4. La esquizofrenia ha sido descrita en todas las culturas y grupos socioculturales estudiados. En los países industrializados hay un número desproporcionado en niveles socioeconómicos bajos " Hipótesis de causa social". Un nivel socioeconómico bajo es factor estresante para producir la enfermedad. La esquizofrenia parece tener mejor pronóstico en los países menos desarrollados donde se reintegren a sus familias con mas facilidad que las culturas desarrolladas occidentales.

1) Además se ha visto que la enfermedad es frecuente y con múltiples recaídas en pacientes que viven en los barrios periféricos de las ciudades

3) Lenguaje desorganizado (e). Descarrilamiento frecuente o incoherencia.

2.3 **ETIOLOGIA.** no catatónico o gravemente desorganizado.

5) Síntomas negativos, aplanamiento afectivo, alogia, abulia.

Modelo stress - diátesis.

Nota: Solo se requiere un síntoma del criterio A si las ideas delirantes son extra Este modelo integra modelos biológicos, psico-sociales y ambientales. Postula que una persona pueda tener una vulnerabilidad específica (diátesis) que cuando se activa un factor estresante, permite que aparezcan síntomas de esquizofrenia. El componente ambiental puede ser biológico como psicológico (una muerte de un familiar cercano) La base biológica de una diátesis puede tomar forma mediante influencias epigenéticas como el abuso de sustancias, es stress psicosocial y los traumatismos.

En los últimos años se ha prestado una especial atención particular al estudio de los padres y de las familias de los pacientes con la esperanza de aislar determinadas conductas en esta interacción familiar, además existe

relación entre los aspectos formales del estilo cognitivo de los progenitores y también de los pacientes. La familia al no saber como llevar una buena relación con su hijo enfermo, lo sobre protege, lo hostiga y el paciente se siente muy presionado y en constante estrés, lo cual es causa para recaídas futuras

2.4. DIAGNOSTICO.-

Según el DSM IV, los criterios diagnósticos para las esquizofrenias, son los siguientes.

Exclusión de los trastornos esquizoafectivos y del estado del ánimo: El

A. Síntomas característicos: Dos (o más) de los siguientes, cada uno de ellos presente durante una parte significativa de un periodo de un mes (o menos si ha sido tratado con éxito):

- 1) Ideas delirantes.
- 2) Alucinaciones.
- 3) Lenguaje desorganizado (ej. Descarrilamiento frecuente o incoherencia).
- 4) Comportamiento catatónico o gravemente desorganizado.
- 5) Síntomas negativos, aplanamiento afectivo, alogia, abulia.

Nota: Solo 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.

B. Disfunción social/ laboral: Durante una parte significativa del tiempo desde el inicio de la alteración, una o más áreas importantes de 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 adolescencia, fracaso en cuanto a alcanzar el nivel esperable de rendimiento interpersonal, académico o laboral).

C. *Duración*: Persisten signos continuos de la alteración durante al menos 6 meses. Este período de 6 meses debe incluir al menos 1 mes de síntomas que cumplan el criterio A (o menos si se ha tratado con éxito), y puede incluir los períodos de síntomas prodrómicos y residuales. Durante estos períodos prodrómicos y residuales los signos de la alteración pueden manifestarse solo por síntomas negativos o por dos o más síntomas de la lista del criterio A, presentes de forma atenuada (por ejemplo creencias raras, experiencias perceptivas no habituales)

Resumen de síntomas

D. *Exclusión de los trastornos esquizoafectivos y del estado del ánimo*: El trastorno esquizoafectivo y el trastorno del ánimo con síntomas psicóticos, se han descartado debido a: 1) No ha habido algún episodio depresivo mayor, maniaco o mixto concurrente con los síntomas de la fase activa. 2) Si los episodios de alteración anímica han aparecido durante los síntomas de la fase activa, su duración total ha sido breve en relación con la duración de los períodos activo y residual.

E. *Exclusión de consumo de sustancias y de enfermedad médica*: El trastorno no es debido a los efectos fisiológicos directos de alguna sustancia (p. Ej. Una droga de abuso, un medicamento) o de una enfermedad médica.

F. *Relación con un trastorno generalizado del desarrollo*: Si hay historia de trastorno autista o de otro trastorno generalizado del desarrollo, el diagnóstico adicional de esquizofrenia sólo se realizara si las ideas delirantes o las alucinaciones también se mantienen durante al menos un mes (o menos si se han tratado con éxito).

- Voces que comentan.
- Voces que conversan.
- Persecutorias.
- Celotípicas.
- De culpa - pecado.
- Delirios de referencia.
- De ser controlado.
- De lectura del pensamiento.

Los Criterios diagnósticos para el sub - tipo de esquizofrenia paranoide son:

Tipo paranoide.

- A. Preocupación por o más Ideas delirantes o alucinaciones auditivas frecuentes.
- B. No hay lenguaje desorganizado, ni comportamiento catatónico o desorganizado, ni afectividad aplanada o inapropiada.

Resumen de síntomas

Síntomas Negativos.

- ◆ *Aplanamiento afectivo.*
- ◆ *Expresión facial invariable.*
- ◆ *Disminución de los movimientos espontáneos.*
- ◆ *Escasa gestualización.*
- ◆ *Contacto visual escaso.*
- ◆ *Poca reactividad afectiva.*
- ◆ *Afecto inapropiado.*
- ◆ *Pérdida de entonación.*
- ◆ *Alogia.*
- ◆ *Abulia, apatía.*
- ◆ *Aseo e higiene.*
- ◆ *Inconstancia en el trabajo y escuela.*
- ◆ *Falta de energía.*
- ◆ *Anhedonia, asociabilidad.*
- ◆ *Interés y actividades sexuales.*

Síntomas positivos.

- ◆ *Alucinaciones.*
- ◆ *Auditivas.*
- ◆ *Voces que comentan.*
- ◆ *Voces que conversan.*
- ◆ *Persecutorias.*
- ◆ *Celotípicas.*
- ◆ *De culpa – pecado.*
- ◆ *Delirios de referencia.*
- ◆ *De ser controlado.*
- ◆ *De lectura del pensamiento.*

HIPOTESIS

- ◆ *Difusión del pensamiento.*
- ◆ *Inserción del pensamiento.*
- ◆ *Robo del pensamiento.*
- ◆ *Conducta extravagante.*
- ◆ *Vestido - apariencia.*
- ◆ *Conducta sexual y social.*
- ◆ *Conducta agresiva y agitada.*

2.5. TRATAMIENTO.

Los medicamentos utilizados en esta investigación son las siguientes:

Haldol decanoato.- (50 mg) Medicamento Inclsivo de depósito. Se aplica Im. mensualmente, indicada en psicosis agudas.

Haldol tabletas (5mg - 10 mg)

Ampollas 5 mg

Solución oral 2 mg 1 ml (frasco de 15 ml)

Piportil L4 (25 - 100 mg) Medicamento socializador de depósito

Melleril (25 - 50 - 100 - 200mg) Ayuda a la reinserción social.

Risperidona (1 - 3 mg) mejora síntoma positivos y negativos.

- ✓ Describir y analizar las características de la evolución clínica de esta población.
- ✓ Identificar y analizar la relación entre medicamentos utilizados en familias con "alta emocionalidad"
- ✓ Identificar miembro más involucrado de la familia con el paciente.
- ✓ Determinar y analizar el perfil epidemiológico de esta población, según sexo, procedencia, nivel socioeconómico, nivel educacional.