



FACULTAD DE PSICOLOGÍA

CARACTERÍSTICAS DE LA EMOCIÓN EXPRESADA EN CUIDADORES PRINCIPALES DE PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA QUE HAN RECAIDO DE UN CENTRO DE SALUD MENTAL DE LIMA NORTE

Línea de investigación:

Evaluación psicológica y psicométrica

Tesis para optar el título profesional de Licenciado en Psicología con
mención en Psicología Clínica

Autor:

Melgar Celis, Crystian Fernando

Asesor:

Campana Cruzado, Frey

ORCID: 0000-0003-2828-4554

Jurado:

Valdéz Sena, Lucía

Mendoza Huamán, Vicente

Espíritu Álvarez, Fernando

Lima - Perú

2025

CARACTERÍSTICAS DE LA EMOCIÓN EXPRESADA EN CUIDADORES PRINCIPALES DE PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA QUE HAN RECAIDO DE UN CENTRO DE SALUD MENTAL DE LIMA NORTE

INFORME DE ORIGINALIDAD

21%	20%	5%	8%
INDICE DE SIMILITUD	FUENTES DE INTERNET	PUBLICACIONES	TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

1	repositorio.unfv.edu.pe	6%
	Fuente de Internet	
2	hdl.handle.net	2%
	Fuente de Internet	
3	Submitted to Universidad Católica San Pablo	1%
	Trabajo del estudiante	
4	www.scribd.com	1%
	Fuente de Internet	
5	1library.co	1%
	Fuente de Internet	
6	repositorio.ucv.edu.pe	1%
	Fuente de Internet	
7	Submitted to Universidad Tecnológica Indoamerica	<1%
	Trabajo del estudiante	



Universidad Nacional
Federico Villarreal

VRIN | VICERRECTORADO
DE INVESTIGACIÓN

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

CARACTERÍSTICAS DE LA EMOCIÓN EXPRESADA EN CUIDADORES PRINCIPALES DE PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA QUE HAN RECAIDO DE UN CENTRO DE SALUD MENTAL DE LIMA NORTE

Línea de investigación:

Evaluación psicológica y psicométrica

Tesis para optar el Título Profesional de Licenciado en Psicología con mención en Psicología
Clínica

Autor:

Melgar Celis, Crystian Fernando

Asesor:

Campana Cruzado, Frey

ORCID: 0000-0003-2828-4554

Jurado:

Valdéz Sena, Lucía

Mendoza Huamán, Vicente

Espíritu Álvarez, Fernando

Lima-Perú

2025

Índice

Resumen	vi
Abstract	vii
I. INTRODUCCIÓN	8
1.1. Descripción y formulación del problema	8
1.2. Antecedentes	12
1.3. Objetivos	16
1.3.1 Objetivo General	16
1.3.2 Objetivos Específicos	16
1.4. Justificación	17
II. MARCO TEÓRICO	18
2.1. Bases teóricas	18
III. MÉTODO	29
3.1. Tipo de investigación	29
3.2. Ámbito temporal y espacial	29
3.3. Variables	29
3.4. Población y muestra	30
3.5. Instrumentos	32
3.6. Procedimientos	34
3.7. Análisis de datos	35
3.8. Consideraciones éticas	36

IV. RESULTADOS	38
V. DISCUSIÓN DE RESULTADOS	49
VI. CONCLUSIONES	55
VII. RECOMENDACIONES	56
VIII. REFERENCIAS	57
IX. ANEXOS	67

Índice de Tablas

Tabla 1	Correlación ítem-test del Cuestionario Revisado de Emoción Expresada Familiar (CREEF)	38
Tabla 2	Correlación ítem-dimensión del CREEF	38
Tabla 3	Correlación de Spearman entre las dimensiones y la escala total del CREEF	39
Tabla 4	Análisis de la confiabilidad de las puntuaciones del CREEF	40
Tabla 5	Baremos del Cuestionario Revisado de Emoción Expresada Familiar	40
Tabla 6	Descriptivos de emoción expresada en los cuidadores principales	42
Tabla 7	Niveles de emoción expresada por dimensiones	44
Tabla 8	Prueba de normalidad Shapiro-Wilk de las variables sociodemográficas	44
Tabla 9	Descripción y comparación según sexo del cuidador	45
Tabla 10	Descriptivos de la emoción expresada según el grado de instrucción del cuidador	46
Tabla 11	Descriptivos de la emoción expresada según el tipo de familia	46
Tabla 12	Descripción y comparación según el sexo del paciente	47
Tabla 13	Niveles de emoción expresada según el tiempo de asistencia al centro en el paciente	47
Tabla 14	Niveles de emoción expresada según el tiempo de enfermedad del paciente	48

Índice de Figuras

Figura 1	Relación entre vulnerabilidad y circunstancias desafiantes	21
Figura 2	Media de cada ítem de la dimensión Crítica-hostilidad	42
Figura 3	Media de cada ítem de la dimensión Sobreimplicancia emocional	43

Resumen

El presente estudio tiene como objetivo principal determinar las características de la emoción expresada en cuidadores principales de pacientes con esquizofrenia que han recaído de un centro de salud mental comunitario de Lima norte. Además, incluye la descripción de las características psicométricas del instrumento de Emoción Expresada Familiar. La muestra estuvo conformada por 50 cuidadores/familiares principales. Se utilizó el Cuestionario Revisado de Emoción Expresada Familiar (Valencia y Sam, 2016). Entre los resultados se muestran las conductas más frecuentes en los cuidadores principales, entre ellos “Siento cólera cuando mi familiar no entiende claramente lo que le quiero decir, a pesar de que se lo digo”, perteneciente a la dimensión Crítica-Hostilidad y “Mi responsabilidad es hacer que mi familiar permanezca tranquilo en casa” en la dimensión Sobreimplicancia Emocional. También se observó la media de Crítica-Hostilidad (26.7) con mayor predominio en el nivel medio (44%), y la media en Sobreimplicancia Emocional (34.9), y que predomina el nivel alto (80%). En cuanto a la emoción expresada total, se encontró que el 76% de los cuidadores/familiares tienen un nivel alto. Respecto a las descripciones y comparaciones según variables sociodemográficas, se encontraron diferencias significativas entre la emoción expresada según el grado de instrucción ($F=5.82$; $p<.05$) y según el sexo del paciente ($T=2.02$; $p<.05$). Se concluye un mayor predominio de emoción expresada alta en los cuidadores principales y que las conductas más características son de sobreprotección y autosacrificio.

Palabras clave: emoción expresada, cuidador principal, esquizofrenia, recaída

Abstract

The main objective of this study is to determine the characteristics of emotion expressed in primary caregivers of patients with schizophrenia who have relapsed from a community mental health center in northern Lima. It also includes a description of the psychometric characteristics of the Family Emotion Expression instrument. The sample consisted of 50 primary caregivers/family members. The Revised Questionnaire of Family Expressed Emotion was used (Valencia and Sam, 2016). The results show the most frequent behaviors in primary caregivers, including "I feel anger when my family member does not clearly understand what I want to say, although I tell them", belonging to the Critical-Hostility dimension and "My responsibility is to keep my family member at home" in the dimension of Emotional Involvement. It was also observed the average of Criticism-Hostility (26.7) with greater predominance in the middle level (44%), and the average in Emotional Involvement (34.9), and that the high level prevails (80%). As for the total expressed emotion, 76% of caregivers/family members were found to have a high level. With regard to descriptions and comparisons according to sociodemographic variables, significant differences were found between the emotion expressed according to the level of instruction ($F=5.82$; $p<.05$) and according to the sex of the patient ($T=2.02$; $p<.05$). It is concluded that there is a greater predominance of high expressed emotion in the main caregivers and that the most characteristic behaviors are overprotection and self-sacrifice.

Keywords: emotion expressed, primary caregiver, schizophrenia, relaps

I. INTRODUCCIÓN

1.1. Descripción y formulación del problema

La salud mental se considera como el estado de bienestar subjetivo donde los individuos pueden reconocer sus habilidades, son capaces de enfrentar el estrés normal de la vida, ser productivos, contribuir con sus comunidades y alcanzar sus objetivos. Cuando hay ausencia de dicho estado, se pueden originar problemas de salud mental, lo cual afecta a la sociedad en su totalidad. (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2004)

Los problemas de salud mental son la causa principal de discapacidad en el mundo (Organización Panamericana de Salud [OPS], 2019). Se puede mencionar dos grupos de trastornos mentales: los de mayor prevalencia como son la depresión y la ansiedad, y los trastornos mentales graves o severos como es el caso de la esquizofrenia; uno de los más discapacitantes. (OPS, 2018)

La esquizofrenia afecta a más de 24 millones de personas en el mundo, lo cual se caracteriza por una distorsión en el pensamiento, las percepciones, las emociones, el lenguaje, la conciencia de sí mismo y la conducta. Entre las manifestaciones más comunes están las alucinaciones auditivas, visuales y los delirios; creencias erróneas y persistentes. (OMS, 2022)

Según los datos mencionados por la OPS (2018), los porcentajes totales de esquizofrenia detectados en la región de las Américas, el primer lugar lo ocupa Estados Unidos (2,5 %), le sigue Chile (2,1%), Argentina y Uruguay (1,9%), México (1,8%), Perú (1.7%), Brasil y Ecuador (1,6%), Venezuela y Honduras (1,5%), Bolivia (1,4%) y Guatemala y Guyana (1,3%). Dicha investigación revela que las personas con esquizofrenia mueren entre 10 y 30 años antes que sus pares y los países de bajos ingresos son los de mayores casos.

En el Perú, según el Ministerio de Salud (Minsa, 2024), afirma que los establecimientos de salud atendieron más de 85 000 casos de esquizofrenia durante el 2023, de los cuales el 55% correspondieron al sexo masculino y el 45 % al sexo femenino. La prevalencia de padecer esquizofrenia en Lima metropolitana es del 2%. (Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado - Hideyo Noguchi [INSM HD-HN], 2013)

Además, en el estudio epidemiológico del Hospital Hermilio Valdizan (2019) se obtuvo que, de las 5817 atenciones en consulta externa durante el mes de febrero, el mayor porcentaje fueron de diagnósticos de esquizofrenia con 1605 consultas (27.5%), seguido de los trastornos de ansiedad 842 consultas (14.4%) y de episodio depresivo con 554 consultas (9.5%). Dentro del grupo etario, la población adulta fue la de mayor porcentaje (48,3%) entre edades 30 a 59 años, seguido de los jóvenes (25,1%) de edad entre 18 y 29 años.

Durante el año 2021 y parte del 2022, se ha podido observar que existen alrededor 300 pacientes que tienen el diagnóstico de esquizofrenia en el Centro de Salud Mental Comunitario Carabayllo (CSMCC), de las cuales representan el 30 % de pacientes en total. Sin embargo, solo el 50 % de pacientes diagnosticados con esquizofrenia asisten con regularidad a sus citas programadas. Ante ello, se evidenció que en su mayoría son los familiares que se hacen cargo del paciente, los cuales asumen la función de cuidadores, y entre ellos hay uno quien toma el rol de cuidador principal, en su mayoría son los padres.

Como se puede apreciar en los datos registrados sobre la esquizofrenia, se puede decir que, a pesar que no es uno de los trastornos más prevalentes, muchas de las personas que lo padecen suelen enfrentar un estigma significativo, entre ellos las falsas creencias sobre la enfermedad, prejuicios, lo cual impide que dichas personas accedan de manera adecuada a los servicios de salud y su integración en la sociedad. Por otra parte, quienes asumen el cuidado de las personas con ese

diagnóstico en su mayoría son los familiares, lo cual cumplen un rol fundamental en el pronóstico y tratamiento del paciente.

La familia es considerada como una unidad social y de suma importancia en la formación de la personalidad. El estudio de los procesos en la interacción familiar es fundamental para averiguar la forma de relación interpersonal de los sujetos, dentro de ello, la esquizofrenia ha llegado a ser el principal foco de atención de investigadores y terapeutas de familia (Merino y Pereira, 1990). Los primeros trabajos relacionados de la familia y su influencia en la Esquizofrenia fueron realizados por Bateson en la década de los 50 con su teoría de doble vínculo, donde menciona que dichos pacientes estaban sometidos a una comunicación con mensajes persistentes y contradictorios por parte de la familia. (Linares, 2012)

Ante ello, el hecho de tener un familiar con esquizofrenia, la dinámica familiar sufre algunos cambios, ya que la atención se enfoca al paciente, cambiando la rutina diaria, y en algunos casos no todos los miembros de la familia se involucran en el tratamiento del familiar con esquizofrenia. (Martínez-Cardona et al., 2020)

Dentro de este campo de la comunicación entre la familia y el paciente con esquizofrenia, el concepto de emoción expresada cobra relevancia, pues se refiere al “ambiente familiar y la actitud de los cuidadores hacia el familiar enfermo” (Voughn, 1989, como se citó en Becerra, 2019), esto se refleja mediante juicios de contenido afectivo y actitudes emocionales. (Medina-Pradas, 2016)

Brown et al. (1962) fueron los pioneros en hablar de emoción expresada en familiares de pacientes con esquizofrenia, dichos investigadores se preguntaban a qué se debe que luego del alta hospitalaria y retornar a sus hogares dentro de varios meses algunos pacientes recaen y otros no,

es por ello que realizaron entrevistas semiestructuradas a los familiares donde concluyeron que se debía al grado de crítica, hostilidad y sobreimplicación emocional presentes dentro de la interacción familiar. Brown y colaboradores notaron que dentro del contexto familiar había ciertas características de las interacciones sociales entre el familiar y el paciente que influyen en la recaída; la emoción expresada. (Vizcarro y Arévalo, 1987; Becerra, 2019)

Dichos estudios sobre la emoción expresada y su influencia con las recaídas en pacientes con esquizofrenia fue el punto de inicio a investigaciones posteriores. La alta emoción expresada determinada por altos niveles de criticismo, hostilidad o sobreimplicación emocional hacia el paciente, ha sido reconocida como uno de los mejores predictores ambientales de recaída en esquizofrenia (García et al., 2012). Algunos investigadores en la actualidad mencionan a la emoción expresada como “un predictor valioso y robusto de las recaídas de los síntomas de los pacientes con esquizofrenia” (Weintraub et al., 2015). Sin embargo, las familias con baja emoción expresada pueden ser consideradas empáticas, comprensivas y positivas. (Lippi, 2016)

Durante el 2022, en el CSMCC se ha podido observar que el familiar que asume el cuidado del paciente con esquizofrenia, en su mayoría es quien lleva a las citas programadas al centro de salud mental, y durante el tiempo en el servicio de Psicología algunos familiares mencionan las dificultades que tienen para sobrellevar las situaciones de su familiar tanto en su hogar como fuera de ella, también en momentos de crisis o recaídas, los cuales suelen expresar emociones y comportamientos que podrían poner en riesgo el curso de su tratamiento y estabilidad en la salud mental del familiar con esquizofrenia.

Debido a dicha problemática se realiza la siguiente investigación y se formula la pregunta:

¿Cuáles son las características de la emoción expresada en los cuidadores principales de los pacientes con esquizofrenia que han recaído de un Centro de Salud Mental de Lima Norte?

1.2. Antecedentes

1.2.1. Nacionales

Mory y Cruz (2024) desarrollaron un estudio con el objetivo de determinar la relación entre los factores asociados y la emoción expresada en familiares de pacientes con esquizofrenia en un Centro de Salud Mental en Huacho. La muestra estuvo conformada por 58 familiares mayores de 18 años. El instrumento para medir la emoción expresada fue el Cuestionario Encuesta de Emoción Expresada (CEEE), de Guanilo y Seclén (1993). Se encontró que el 65.5% de los familiares poseen un alto nivel de emoción expresada. Concluyeron que las conductas más predominantes son la crítica, hostilidad y sobreprotección hacia el paciente.

Cala y Marroquín (2023) realizaron una investigación con el objetivo de determinar la relación entre emoción expresada y la presencia de sintomatología depresiva en familiares cuidadores de pacientes con esquizofrenia en un Hospital público de Arequipa. La muestra estuvo conformada por 35 cuidadores mayores de 18 años. Utilizaron el Cuestionario Encuesta de Emoción Expresada. Se encontraron niveles altos de emoción expresada (97%), de las cuales predominaron altos niveles de criticismo (77%) y sobreimplicación emocional (63%) y en menor medida los comportamientos hostiles (37%). Concluyeron altos niveles en las conductas críticas del cuidador al familiar con esquizofrenia, además de conductas de sobreprotección, generalmente en las madres cuidadoras.

Gonzales (2021) desarrolló un estudio con el objetivo de establecer la asociación entre la emoción expresada y la sobrecarga de cuidadores principales de pacientes psiquiátricos del

Hospital Víctor Larco Herrera. La muestra estuvo conformada por 48 cuidadores principales de pacientes de edades entre 21 y 40 años. El cuestionario utilizado para medir la emoción expresada fue el Cuestionario de Emoción Expresada Modificado por Valencia y Sam (2016). Los resultados mostraron una media de 62.5 puntos, lo que refiere un nivel medio de emoción expresada general y abarcó el 52% del total; dentro de las dimensiones, la sobreimplicación emocional arrojó una de las mayores puntuaciones con una media de 74. 25 puntos que significó un 50 % del total. Se evidencia un nivel medio de emoción expresada con una sobreimplicación emocional resaltante en los cuidadores principales.

Burgos (2019) realizó una investigación con el objetivo de conocer cuáles eran los factores asociados a los niveles y componentes de la emoción expresada en familiares de pacientes con esquizofrenia del Hospital Rebagliati. La muestra estuvo conformada por 120 pacientes mayores de 18 años. Se utilizó el Cuestionario de Evaluación de Emoción Expresada. Los resultados mostraron que el 64.1 % presentaban una alta emoción expresada y el componente con mayor prevalencia fue la sobreimplicación emocional con un 63.3%. Concluyeron que la edad del cuidador era el principal factor de riesgo asociado a la alta emoción expresada y que a mayor número de hospitalizaciones fue mayor el nivel de emoción expresada por el familiar.

Benavente (2017) realizó un estudio con el objetivo de disminuir los niveles de emoción expresada en cuidadores de pacientes con diagnóstico de esquizofrenia del Hospital Yanahuara en Arequipa. La muestra estuvo conformada por 25 familiares que asumían el cuidado de su familiar con esquizofrenia. Utilizó el Cuestionario Encuesta de Emoción Expresada, donde la intervención psicoeducativa duró 6 meses. Los resultados mostraron altos niveles de emoción expresada con un 76 %, entre ellos se encontraron comportamientos críticos, hostiles y de implicación emocional antes de iniciar el programa, y disminuyendo a un 16 % al finalizar. Se concluye la efectividad del

programa psicoeducativo donde se puso énfasis en el trabajo con la familia estableciendo una participación activa frente al familiar con esquizofrenia.

1.2.2. Internacionales

Abraham et al. (2022) evaluaron la emoción expresada y calidez en los familiares de pacientes con esquizofrenia de los Hospitales psiquiátricos de Atenas y Evros, en Grecia. La muestra estuvo conformada por 48 familiares entre 18 y 70 años. Utilizaron la Entrevista Familiar de Camberwell (CFI) para evaluar la emoción expresada. Se evidenciaron alta emoción expresada (64.6%), además, las mujeres tendieron a expresar una alta emoción expresada (74.4%) a comparación de los hombres (50%). Concluyeron que los familiares que obtuvieron un bajo nivel de calidez, tienden a generar más comentarios críticos, y sugieren no solo centrarse en reducir la alta emoción expresada, sino también mejorar los niveles de calidez en las intervenciones con la familia.

Yimam et al. (2022) realizaron un estudio con la finalidad de evaluar el estado de la emoción expresada y los factores clínicos en los cuidadores de los pacientes con esquizofrenia que asisten a un centro médico de la Universidad de Jimma, en Etiopía. La muestra estuvo conformada por 422 cuidadores mayores de 18 años. Utilizaron el Cuestionario Familiar (FQ) para medir la emoción expresada. Se evidenciaron una alta emoción expresada en general (43,6%); con respecto a los componentes, un 24% obtuvieron niveles altos de comentarios críticos y un 35% de los cuidadores evidenciaron altos niveles de sobreimplicación emocional. Se concluye la existencia de expresiones emocionales intensas en los cuidadores y la importancia de un adecuado abordaje, no solo en los pacientes sino también en los cuidadores.

Bedoya (2019) hizo una investigación con el objetivo de describir la relación entre carga, emoción expresada y experiencia del cuidador de pacientes con esquizofrenia de los centros de salud mental de Medellín, Colombia. La muestra estuvo conformada por 14 familiares de edades entre 17 y 81 años. El instrumento utilizado para medir la emoción expresada fue el Cuestionario Familiar FQ. Los resultados mostraron un nivel medio en las dimensiones de criticismo, con una media de 22.5 y sobreimplicación emocional con una media de 23.5. Se concluye que más de la mitad del grupo presenta niveles medios de criticismo y sobreimplicación emocional.

Zanetti et al. (2018) determinaron la relación entre la recaída de los pacientes con diagnóstico de esquizofrenia, nivel de emoción expresada de los familiares y los factores relacionados en un ambulatorio de salud mental y dos centros de atención psicosocial de Brasil. La muestra estuvo conformada por 89 familiares mayores de 18 años. El instrumento utilizado para medir la emoción expresada fue el Cuestionario Familiar versión portuguesa (FQ-BPV). Los resultados mostraron que el 68 % de los familiares obtuvieron altos niveles de emoción expresada, y dentro de las dimensiones un 48% obtuvieron niveles altos de criticismo (CC) y un 52% en sobreimplicación emocional (EOI). No encontraron relación entre las recaídas y el nivel de emoción expresada.

Merchan (2016) realizó un estudio con el objetivo de determinar los niveles de emoción expresada por familiares cuidadores de pacientes con esquizofrenia en un Centro de Salud Mental de Bucaramanga, Colombia. La muestra estuvo conformada por 34 familiares cuidadores de los pacientes de edades entre 18 y 65 años. El instrumento utilizado fue la Breve Escala Diática de la Emoción Expresada. Los resultados mencionan que la dimensión de criticismo tiene una media de 8.15, lo que refiere un nivel medio, en la dimensión de sobreprotección tiene una media de 30.1 lo que refiere un nivel medio alto y la dimensión calidez tiene una media de 17.2 y refiere un nivel

alto. Se concluye que los niveles de emoción expresada en los familiares cuidadores están en el rango medio-alto.

1.3. Objetivos

1.3.1. Objetivo General

Determinar las características de la Emoción expresada en los cuidadores principales de pacientes con esquizofrenia que han recaído de un Centro de Salud Mental de Lima Norte.

1.3.2. Objetivos específicos

Identificar las características psicométricas del Cuestionario Revisado de Emoción Expresada Familiar (CREEF)

Describir y comparar la emoción expresada de los cuidadores principales según sexo, grado de instrucción y tipo de familia.

Describir y comparar la emoción expresada de los cuidadores principales y el sexo del paciente.

Describir los niveles de emoción expresada de los cuidadores principales y el tiempo de asistencia del paciente al centro de salud mental.

Describir los niveles de emoción expresada en los cuidadores principales y el tiempo de enfermedad del paciente.

1.4. Justificación

Se considera importante realizar la presente investigación, pues revisando literatura en el país se puede encontrar que existen pocos trabajos realizados en estudiar las características de la emoción expresada en cuidadores principales de pacientes con esquizofrenia, sobre todo en aquellos que han recaído.

Este estudio pretende dar aporte al conocimiento científico en el campo de la Psicología, brindar información mediante la descripción de las características de la emoción expresada en el familiar cuidador, la cual puede servir de referencia para estudios posteriores que se interesen en ampliar el conocimiento en dicho campo.

En el campo metodológico, este estudio pretende dar aporte a las propiedades psicométricas del Cuestionario Revisado de Emoción Expresada Familiar de Valencia y Sam (2016), creado por Guanilo y Seclén (1993), los cuales podrían servir de referencia a los investigadores que pretendan realizar estudios posteriores relacionados a la emoción expresada en cuidadores principales, evidenciando las características de validez y confiabilidad.

El valor social cobra relevancia al tomar como parte de la investigación al familiar o cuidador principal como factor protector de la persona que tenga el diagnóstico de esquizofrenia. Los resultados de la investigación tratarán de ayudar en el ámbito práctico, como en el desarrollo de charlas, talleres psicoeducativos al familiar, programas preventivos, planes de intervención terapéutica en el abordaje de los casos de esquizofrenia y la importancia de trabajar el manejo de la emoción expresada junto a la familia.

II. MARCO TEÓRICO

2.1. Bases teóricas

2.1.1. *La esquizofrenia*

A finales del siglo XIX, en Alemania, algunos autores como Pinel, Kraepelin y Morel fueron los pioneros en estudiar las enfermedades mentales entre ellos la esquizofrenia. Al inicio la esquizofrenia se denominó “demencia precoz”, lo cual el primer caso fue de un adolescente que manifestaba tener un cambio grosero en su conducta, el aislamiento, apatía y disminución al hablar (López et al., 2015). Más adelante, en 1911 en Suiza, Bleuler propone el término esquizofrenia y propone hablar de grupos de esquizofrenias, además, Schneider en 1950 refiere los síntomas de primer rango como el pensamiento audible y la percepción delirante (Espinoza y Sosa, 2015). Posteriormente aparece la primera edición del Diagnostica and Estatistical Manual of Mental Disorders (DSM) donde mencionan distintas características de los trastornos mentales, entre ellas el de la esquizofrenia.

Proviene de dos palabras: Esquizo, del griego Schizein que significa “escindir” y Frenia, del griego Phren que significa “mente”, es decir “mente escindida”, la cual el sujeto no tiene un apego fuerte a la realidad, lo que le lleva a vivir de acorde a lo que experimenta. (Abeleira, 2012)

La esquizofrenia es una enfermedad mental grave, lo cual se manifiesta en la adolescencia o a inicios de la adultez y se caracteriza por la desorganización parcial de las funciones de la personalidad, tendencia al abandono interpersonal y contacto en un mundo subjetivo de ideas, entre ellas las alucinaciones y delirios. (Alanen, 2003)

2.1.1.1 Características y diagnóstico de la esquizofrenia según la CIE-10. Se caracteriza generalmente por distorsiones del pensamiento, en la percepción y por los afectos inapropiados,

entre ellos está incluido la difusión del pensamiento, ideas delirantes, alucinaciones auditivas en la que el paciente le comentan en tercera persona, además de trastornos del pensamiento y síntomas negativos como el aislamiento, aplanamiento afectivo y lenguaje desorganizado.

A. Criterios generales para el diagnóstico de la esquizofrenia. Se toma en cuenta por lo menos uno de las siguientes manifestaciones: a) Eco, inserción, robo o difusión del pensamiento, b) Ideas delirantes de ser controlado, de influencia o pasividad, c) Voces alucinatorias que comentan la propia actividad o que discuten entre sí acerca del paciente, d) Ideas delirantes persistentes de otro tipo que no son propias de la cultura del individuo y que son totalmente imposibles.

También, por lo menos dos de las siguientes manifestaciones: a) Alucinaciones persistentes de cualquier modalidad, a diario, durante al menos un mes, cuando se acompañan de ideas delirantes sin contenido afectivo claro o ideas sobrevaloradas persistentes, b) Neologismos o bloqueo del pensamiento, que da inicio a un discurso incoherente, c) Conducta catatónica, como excitación, posturas características, negativismo, mutismo y estupor, d) Síntomas “negativos”, tales como marcada apatía, lenguaje pobre y embotamiento de las respuestas emocionales.

2.1.1.2. Tipos de esquizofrenia. La CIE 10 lo clasifica en: esquizofrenia paranoide, hefebrénica, catatónica, indiferenciada y residual. En la esquizofrenia paranoide predominan las ideas delirantes, mayormente paranoides, que suelen acompañarse de alucinaciones, usualmente de tipo auditivo y de otras alteraciones perceptivas. Hay ausencia de la capacidad de motivación, afecto y síntomas catatónicos. En la Esquizofrenia hebefrénica predominan los cambios afectivos, ideas delirantes y alucinaciones transitorias, y manifiestan comportamiento irresponsable e impredecible, de humor superficial y el pensamiento desorganizado. Hay tendencia al aislamiento social, embotamiento afectivo y abulia. En la esquizofrenia catatónica predominan las alteraciones

psicomotoras que puede alternar entre extremos de hipercinesia al estupor o de obediencia automática al negativismo. Pueden mantenerse posturas y actitudes forzadas durante largo período de tiempo. En la esquizofrenia indiferenciada dichos estados cumplen los criterios generales, pero que no se ajustan a ninguno de los subtipos o presentan características de más de uno de ellos, sin claro predominio de ninguno. Por último, en la esquizofrenia residual se caracteriza como un estado crónico de la enfermedad, la cual ha habido un aumento claro y significativo caracterizado por síntomas “negativos” a largo plazo, aunque no necesariamente irreversibles, entre ellos disminución psicomotora y de la actividad, embotamiento afectivo, falta de iniciativa y pobreza del lenguaje.

2.1.1.3. Modelos etiológicos de la Esquizofrenia. Zubin en 1972 había identificado 6 modelos que dan inicio a la esquizofrenia, entre ellos: genético, ambiente interno, neurofisiológico, evolutivo y ecológico. Posteriormente, nacen dos posturas etiológicas: unos que mencionan a la esquizofrenia como un trastorno netamente biológico y otros que lo consideran como un trastorno psicosocial. (Ruiz-Vargas, 1988)

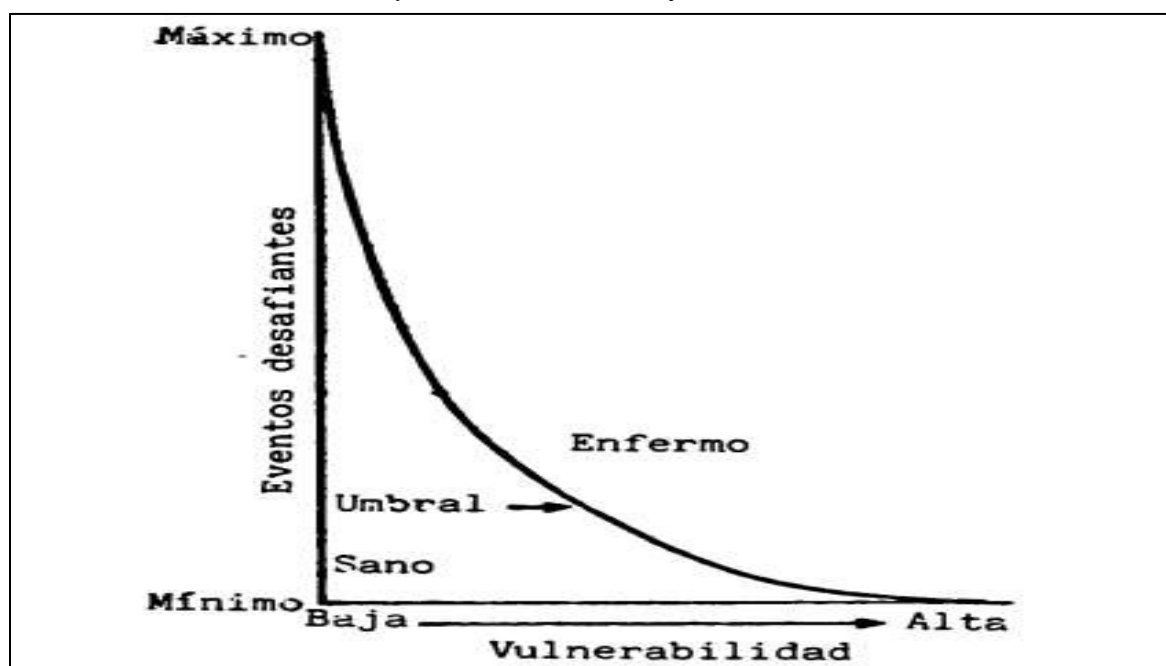
Ante ello, Zubin y Spring (1977) plantean el Modelo de vulnerabilidad-estrés, dicho modelo nace como una conciliación entre las posturas biologicistas y psicologistas sobre la etiología de la esquizofrenia. Plantean que la esquizofrenia se presenta en un sujeto vulnerable y que dicha vulnerabilidad no es causa suficiente para desencadenar, sino que debe concurrir la presencia de un estresor. Este modelo se basa en 3 parámetros: Grado de vulnerabilidad, etiotipos y acontecimientos vitales. (Lemos, 1989)

En su modelo mencionan que hay dos componentes de vulnerabilidad: el innato y el adquirido. Dentro de lo innato se encuentran en los genes y se refleja en la neurofisiología del organismo, y lo adquirido se refiere a la influencia de traumas, enfermedades específicas,

experiencias familiares y eventos de vida que mejoran o pone en riesgo el desarrollo de un trastorno en adelante. El inicio del trastorno se puede originar de manera endógena o exógena, ello va depender del umbral de cada individuo ya sean eventos bioquímicos o neurofisiológicos como la maduración del organismo, nutrición inadecuada, o también a estresores externos como lo denominan “eventos desafiantes de la vida”. Si el estrés excede al umbral de vulnerabilidad es probable que la persona desarrolle un episodio psicopatológico, en cambio si el estresor está por debajo del umbral, es probable que la persona responda equilibradamente y permanezca dentro de la normalidad. (Zubin y Spring, 1977)

Figura 1

Relación entre vulnerabilidad y circunstancias desafiantes



Nota. Tomado de “Vulnerabilidad, alto riesgo y prevención de la esquizofrenia”, por Ruiz-Vargas, 1988, *Estudios de Psicología*, 36 (1).

Para el presente estudio se tomará como referencia este último modelo, ya que posteriormente cuando se hable de la emoción expresada, el modelo de la vulnerabilidad- estrés tomará mucha importancia ya que diversos autores lo relacionan con el constructo de la emoción expresada.

2.1.2. Cuidador Principal

Para definir este término, se tomará como referencia lo que menciona Gulayín (2022) respecto al cuidador principal:

El cuidador principal es la persona que se toma la mayor parte del tiempo en acompañar y atender las necesidades de una persona dependiente. En el mayor de los casos es un familiar quién asume ese rol, con las tareas de cuidado y es percibido por los demás familiares como el responsable de la persona dependiente.

Por lo dicho anteriormente, se puede decir que el cuidador principal es un cuidador familiar, ya que es la persona que en primera instancia toma la responsabilidad dentro del círculo familiar. En su mayoría dicho rol que asume el familiar, es decir el de cuidador principal, lo hace sin ningún tipo de experiencia previa o un conocimiento sobre el cómo guiar a su familiar enfermo. Es por ello, que el cuidador principal suele ser vulnerable, pues es quien está detrás de los cuidados de su familiar discapacitado, lo cual puede acumular una serie de malestares por el alto nivel de esfuerzo y exigencia como cuidador. (Tripodoro et al., 2015, como se citó en Gulayín, 2022)

2.1.3. La emoción expresada

Este concepto se origina en los años 50 y 60 cuando los investigadores Brown y colaboradores, en Inglaterra; producto de las altas hospitalarias, los pacientes con esquizofrenia regresaban a sus hogares con su familia, estos investigadores se dieron cuenta que los que

regresaban con sus padres tenían mayor riesgo de recaer luego de varios meses, a diferencia los que regresaban con hermanos o cuidadores que no eran los padres (Vizcarro y Arévalo, 1987). Luego empezaron a plantearse la hipótesis que dentro de la familia debe de existir ciertas emociones que expresan los familiares que están al cuidado del familiar con esquizofrenia y pueda originar la recaída. En 1972, Brown y colaboradores, luego de varios estudios realizados a los familiares a través de entrevistas grabadas de 60 a 90 minutos, concluyeron que dentro de la familia existían ciertas expresiones que contenía emociones respecto al paciente, allí surge por primera vez el concepto de emoción expresada. (Muela y Godoy, 2001)

La emoción expresada hace referencia a contenidos afectivos mediante juicios o actitudes emocionales que una persona, usualmente un familiar o allegado, emite hacia otro miembro de la familia con una enfermedad crónica. (Medina-Pradas, 2016)

Rascón (2008) comenta que la emoción expresada es la evaluación de la cantidad y calidad de la manera cómo uno de los familiares expresa a uno o más familiares que tienen esquizofrenia, mediante la crítica, hostilidad y el sobreinvolucramiento.

Vizcarro y Arévalo (1987) mencionan que la emoción expresada se refiere a aspectos emocionales de la conducta de los miembros de la familia de los pacientes, que son observados directamente en la entrevista o bien por información del propio familiar. Dichas conductas emocionales se pueden expresar en alta y baja emoción expresada.

Brown et al. (1962) define la emoción expresada como un índice global de actitudes y conductas que los familiares expresan a un miembro de la familia que padece una enfermedad mental.

Como se mencionó al inicio, Brown y colaboradores fueron los pioneros en investigar la emoción expresada, en esos tiempos predominaban la visión culpabilizadora de las familias como causantes de la enfermedad tales como: “La madre esquizofrénogena” de Fromm-Reichmann y “el doble vínculo” de Batenson, entre otros.

Antes que surja el concepto de emoción expresada como tal, Brown y colaboradores al inicio lo denominaron “Implicación emocional”, dichos autores rechazaban las posturas predominantes y cuestionaban que dichas relaciones puedan ser la causa, por el contrario, mencionaban que podría ser la consecuencia. (Muela y Godoy, 2001)

2.1.3.1. Estudios hechos por Brown et al. (1962). Al notar que algunos pacientes esquizofrénicos que regresaban a sus familias luego del alta hospitalaria recaían, mientras que otros iban a otros lugares distintos de la familia no lo hacían o lo hacían en menor medida, los investigadores parten de 2 hipótesis: a) El comportamiento del paciente se deteriora si vuelve junto a la familia que al momento del alta manifestaba alta emoción, hostilidad y sobreinvolucramiento hacia el familiar con esquizofrenia y b) a medida que el paciente este en menor contacto con los familiares que tengan una fuerte implicación emocional, la recaída podría evitarse. En dicho estudio se trabajaron con entrevistas realizadas a los familiares de los pacientes con esquizofrenia al inicio del alta hospitalaria y estuvieron en seguimiento durante un año y observando cambios en el comportamiento del paciente. Concluyen mencionando que la primera hipótesis se confirmó y que la segunda hipótesis solo se cumplía con los pacientes en estados severos, recomiendan seguir investigando y si era posible con estudios experimentales.

Posteriormente, Brown y Rutter (1966) crean un instrumento para evaluar mediante entrevistas las reacciones emocionales de los familiares de pacientes con esquizofrenia, que tenía una duración aproximada de 4 horas, en donde evaluaron dos tipos de conductas: conductas

objetivas (quejas del paciente, relaciones con otros familiares, quehaceres domésticos, irritabilidad, ocio, entre otros) y conductas subjetivas como la crítica, insatisfacción, hostilidad y calidez mediante la observación del tono de voz y el modo como lo expresan. Dicho estudio mostró que existe “algo” dentro del ambiente familiar que hace que el paciente recaiga, las características en la interacción familiar los cuales pueden influir en el curso y no en la etiología de la esquizofrenia y que sería el punto de inicio para investigaciones posteriores, puesto que estaba el concepto de implicación emocional y el instrumento capaz de medirlo (Muela y Godoy, 2001). Los resultados del estudio fue el desarrollo de la Entrevista Familiar de Camberwell (CFI).

2.1.3.2. Vaughn y Leff y el modelo de Entrevista Familiar Camberwell (CFI). Luego del desarrollo del CFI, Brown, Birley y Wing (1972) realizaron estudios utilizando el CFI donde buscaron los factores asociados que influyen en la recaída luego de la alta médica, y años más adelante, Vaughn y Leff (1976) continuando con los trabajos logrados de Brown y colaboradores y realizaron dos estudios utilizando el CFI, en su forma abreviada con una duración de una a dos horas y grabada en audios para su evaluación posterior. Luego de los estudios, en base a las respuestas de los familiares evaluado con el CFI, las calificaciones se basan en 5 escalas: crítica, hostilidad, sobreimplicancia emocional, la calidez y los comentarios positivos. (Hooley, 1985)

Vizcarro y Arévalo (1987) mencionan los conceptos de cada una de las 5 escalas obtenidas del CFI, los cuales son las siguientes:

a. Comentarios críticos. Hace referencia a los comentarios críticos donde manifieste disgusto o desaprobación hacia el paciente en la que dichos comentarios van en relación a la conducta realizada por el paciente. Por ejemplo “se comporta como un cerdo”.

b. Hostilidad. Se basa en una impresión negativa generalizada o un rechazo manifiesto al paciente como persona y no a sus conductas. Por ejemplo, “Nunca ha hecho nada bien”.

c. Implicación emocional excesiva. Consiste en una respuesta emocional desproporcionada y conductas sobreprotectoras hacia el paciente. Por ejemplo, “estoy perdiendo la vida”, “me sacrifico por él”.

d. Calor. Son manifestaciones de simpatía, afecto e interés; además hay presencia de empatía y comprensión hacia el paciente. Por ejemplo “Me da pena verlo así en el hospital”, “todo lo que debe haber pasado”.

e. Comentarios positivos. Son expresiones positivas que expresan una clara aprobación, aprecio y valoración de la persona o su conducta. Por ejemplo “eres una persona estupenda”.

Los autores señalan que solo las tres primeras escalas se incluyen en el índice de emoción expresada, mostrando tener validez pronóstica. Pero a pesar de ello sigue conservando los cinco con la intención de recopilar información que pueda ser de interés en el abordaje terapéutico.

2.1.3.3. La emoción expresada y el modelo de Vulnerabilidad estrés. Luego de que Zubin y Spring hablarán del modelo de vulnerabilidad estrés en 1977, los estudios de Leff en 1987 mencionan que las personas con esquizofrenia son vulnerables a dos tipos de estrés, uno agudo relacionado con los acontecimientos vitales, y el crónico, donde el principal agente es la emoción expresada familiar y que dichas personas son sensibles al ambiente social donde exista una alta emoción expresada y produzca una activación psicofisiológica en el enfermo (Muela y Godoy, 2001). Esto puede llevar a que las probabilidades de recaídas sean mayores, lo cual sería necesario realizar intervenciones con la familia, con el objetivo de reducir las recaídas y hospitalizaciones. (Pharoah et al., 2006)

Estudios actuales demuestran que la emoción expresada es uno de los estresores que generan un mayor impacto en la recurrencia de la enfermedad, el modelo de vulnerabilidad estrés nos puede facilitar en cómo tanto los pacientes y sus familiares están involucrados en un sistema en la cual cada uno contribuye al estrés según el grado de vulnerabilidad intrínseca del otro. (Amaresha y Venkatasubramanian, 2012)

2.1.3.4. Factores asociados a la emoción expresada. García et al. (2012) mencionan los factores asociados a la emoción expresada familiar en la esquizofrenia, y los describen en dos aspectos, primero relacionado a las características del paciente donde menciona el sexo y la personalidad, el funcionamiento prémorbido, la historia de la enfermedad y la sintomatología; y otro relacionado a las características de la familia donde está la estructura y apoyo social, la psicopatología, carga y el estilo afectivo

2.1.3.5. Actualización sobre la emoción expresada. Medina-Pradas (2016) nos muestra tres aspectos a considerar en base a una visión actual respecto a la emoción expresada:

A. A nivel teórico. La emoción expresada a lo largo del tiempo se ha enfocado más en los componentes: Crítica, hostilidad y sobreimplicancia emocional, puesto que son características que en su mayoría provienen de familias que tienen al cuidado un familiar con trastorno mental crónico, y son considerados como promotor de recaídas en los pacientes. Es por ello, se plantea una visión más positiva en torno a las características de la emoción expresada, entre ellos: La calidez y los comentarios positivos, como factores de protección y promoviendo dichos aspectos en las familias.

B. A nivel metodológico. Entre los instrumentos para la medición de la emoción expresada, se han utilizado en sus inicios las entrevistas semiestructuradas tanto de carácter cualitativo como

cuantitativo, y posteriormente encuestas y cuestionarios para una medida más exacta. Sin embargo, en dichos instrumentos solo se han considerado las perspectivas desde el punto de vista del familiar, es por ello que se plantea una visión bidireccional en la dinámica familiar, tanto de los cuidadores familiares y desde el punto de vista del paciente. Es por ello se sugieren cambios tanto en los instrumentos de medida y en los diseños de estudio.

C. A nivel práctico. Tomando como base que la familia es un agente activo, y un posible factor protector; en el aspecto clínico, es considerable trabajar nuevas maneras de relación con el paciente y su enfermedad. De esta manera promover el afecto positivo en la interacción de los familiares con la finalidad de mejorar el pronóstico.

Luego de haber dado el sustento teórico respecto a la presente investigación, tanto de la enfermedad en sí como la esquizofrenia, la familia como cuidador principal y de la variable emoción expresada, se considera importante continuar investigando este constructo para así seguir actualizando las bases teóricas para estudios posteriores.

III. MÉTODO

3.1. Tipo de investigación

La presente investigación es de tipo descriptivo, puesto que determina las características fundamentales de un objeto de estudio y su descripción detallada. Además, no se darán explicaciones de las situaciones, los hechos o los fenómenos. (Bernal, 2016)

Además, en un estudio de tipo descriptivo también se puede describir y comparar entre grupos o sub grupos. (Hernández y Mendoza, 2018)

3.2. Ámbito temporal y espacial

Este estudio se realizó durante los meses de febrero a abril del 2022 en los consultorios del servicio de Psicología del Centro de Salud Mental Comunitario ubicado en el distrito de Carabayllo, Lima-Perú.

3.3. Variables

3.1.1. Emoción expresada (EE)

Definición conceptual. La emoción expresada hace referencia a contenidos afectivos mediante juicios o actitudes emocionales que una persona, usualmente un familiar o allegado, emite hacia otro miembro de la familia con una enfermedad crónica. (Medina Pradas, 2016)

Definición operacional. Se obtendrá mediante las puntuaciones porcentuales de cada subescala: Crítica-hostilidad y sobreimplicación emocional del Cuestionario Revisado de Emoción Expresada Familiar (CREEF), lo cual fue creado por Guanilo y Seclén (1993) y modificado por Valencia y Sam (2016). Un porcentaje mayor a 70 sugeriría una alta EE, uno entre 50 y 70, una EE media y menor a 50, una baja EE en cada subescala; sin embargo, los autores mencionan que

dicho porcentaje es una forma arbitraria para obtener las categorías o niveles del CREEF y que aún no se realizan los baremos para su interpretación.

Dimensiones. Critica-hostilidad y Sobreimplicación emocional

Tipo de variable. Cualitativa

Nivel de medición. Ordinal

3.4. Población y muestra

La población estuvo conformada por todos los cuidadores principales de pacientes con esquizofrenia del Centro de Salud Mental Comunitario Carabayllo que hayan recaído como mínimo una vez. Debido a no conocer de manera exacta cuantos cuidadores principales acuden al centro en general, se pudo calcular aproximadamente 120 cuidadores/familiares, tomando en cuenta la cantidad de pacientes diagnosticados con esquizofrenia que acuden al centro de salud. Sin embargo, solo es una cantidad referencial, puesto que no todos los que acompañan al paciente son cuidadores principales, además, el área estadística no contaba con alguna base de datos correspondiente al cuidador principal de cada paciente. Los cuidadores fueron mayores de 18 años, que viven en los distritos de Carabayllo y Comas, y den su consentimiento informado para la presente investigación. Participaron solo los cuidadores principales de pacientes con esquizofrenia que no tengan otro diagnóstico psiquiátrico.

Se presentaron algunas dificultades al momento de seleccionar a la muestra. Por ejemplo, al revisar cada una de la Historia Clínica del paciente e identificar a aquellos que hayan recaído desde que acudieron por primera vez al centro de salud mental, se observaba que algunos pacientes solo llegaron a asistir por un periodo corto de tiempo y luego dejaron de acudir a sus citas programadas, en algunos casos por haber sido dados de alta. Además, en algunos casos no había

información de recaída durante el tiempo de asistencia al centro. Ante esa situación, se consideró seleccionar solo a los pacientes que tuvieron como mínimo una recaída a partir del año 2019 al 2021, debido a que había la información necesaria para realizar la investigación. En cuanto a las personas que acompañaban a los pacientes, en algunos casos no era el cuidador principal quien los traía al centro de salud mental, sino otro familiar. Ante ello, se optó de manera conveniente en aplicar la prueba a la mayor cantidad de cuidadores principales identificados que llegaban con el paciente al centro de salud mental, y que estén dispuestos a colaborar con la investigación. Se obtuvo una muestra de 50 cuidadores principales para el presente estudio.

Con respecto al desarrollo del baremo, se procedió a seleccionar a cuidadores que acuden al centro de salud con su familiar que no tenga el diagnóstico de esquizofrenia o algún trastorno mental grave. Para ello se aplicó la fórmula para poblaciones infinitas, debido a que es poco probable conocer de forma exacta la cantidad de cuidadores que acuden acompañando a su familiar al centro de salud mental. Se seleccionaron 60 cuidadores principales, los mismos que fueron calculados por los siguientes datos: nivel de confianza del 95%, error del 1% y una variabilidad de 3.64, que fue obtenido mediante un estudio piloto aplicado a 5 cuidadores principales.

El muestreo fue de tipo no probabilístico intencional, debido a que los participantes son seleccionados según criterio del investigador. (Sánchez et al., 2018)

3.4.1. Características de la muestra

Los cuidadores principales fueron los familiares de los pacientes diagnosticados con esquizofrenia, donde se encontraron un mayor número de cuidadores mujeres (70%) con respecto a los varones (30%). En cuanto al grupo etario, hubo un mayor número de cuidadores adultos (52%), los cuales comprendían edades de 30 a 59 años, adultos mayores de 60 años a más (40%)

y jóvenes de 18 a 29 años (8%); de estado civil casado/conviviente (48%), soltero (32%), viudo (12%) y separado (8%). Además, se observó un mayor número de cuidadores de grado de instrucción secundaria (48%), primaria (28%) y un menor número de cuidadores con estudios técnicos y universitarios (24%). Con respecto al parentesco, se observó que mayormente fueron los padres y/o madres (70%), la pareja e hijos (6%) y otros familiares (18%), entre ellos se encontraban hermanos, tíos y nueras. Finalmente, se encontró que un mayor número de cuidadores provienen de un tipo familia nuclear (50%), monoparental (34%), extensa (12%) y, por último, familia reconstituida (4%).

También se recabó información sobre las características de los pacientes, donde se encontró que en su mayoría fueron del sexo masculino (64%) y del sexo femenino (36%). Además, los pacientes adultos representaron el 60 %, los jóvenes el 32% y en menor cantidad los adultos mayores con un 8%. En cuanto al tiempo de asistencia al centro de salud mental, se observó que los pacientes que asisten desde que se creó el centro de salud, es decir hace 6 años, fueron en menor cantidad (14%), seguido de los que asisten desde los años 2018 y 2019 (30%) y los pacientes que asisten desde los últimos 2 años fueron en mayor cantidad (56%). Por último, predominaron los pacientes que tenían más de 10 años con la enfermedad (46%), seguido de los que tienen un tiempo de enfermedad menores a 5 años (28%) y en menor cantidad los pacientes con un tiempo de enfermedad entre los 5 y 10 años (26%).

3.5. Instrumentos

3.5.1. Cuestionario sociodemográfico del cuidador principal y el paciente

El cuestionario fue de elaboración propia, la cual estará centrada en recabar la información necesaria de las características de la muestra tanto del cuidador principal como del paciente. (Ver anexo B)

Dentro de las características del cuidador principal se tomaron en cuenta: El sexo, edad, estado civil, grado de instrucción, parentesco y el tipo de familia. Y para las características del paciente se tomaron en cuenta: El sexo, edad, tiempo de asistencia al centro de salud y el tiempo de enfermedad.

3.5.2. Cuestionario Revisado de Emoción Expresada Familiar (CREEF)

El instrumento original fue creado en el Perú por Guanilo y Seclén (1993) lo cual se llamó Cuestionario Encuesta de Emoción Expresada (CEEE). Se realizó en familiares de pacientes con diagnóstico de esquizofrenia en un Instituto de Salud Mental de Lima Metropolitana. Consta de 30 ítems, 10 por cada dimensión, agrupados en tres escalas: crítica, hostilidad y sobreprotección. Dicho instrumento fue validado mediante el criterio de jueces, los cuales fueron 10 expertos, así mismo la confiabilidad fue con el coeficiente alfa de Cronbach de la escala total fue 0.70.

Para el presente estudio se utilizará el Cuestionario Revisado de Emoción Expresada Familiar (CREEF) actualizado por Valencia y Sam en el 2016. El estudio fue realizado en el Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado-Hideyo Noguchi (INSM HD-HN), Lima-Perú. Si bien el instrumento está enfocado en trabajar con familiares de pacientes esquizofrénicos, los autores precisan que su uso se puede extender a evaluar familiares de pacientes con otro tipo de enfermedad psiquiátrica.

El instrumento consta de 35 ítems, agrupados en dos escalas: crítica-hostilidad (18 ítems) y sobreimplicación emocional (17 ítems), los cuales se responden en una escala Likert mediante

tres formas de respuesta: Casi nunca, equivale a 1 punto, A veces, equivale a 2 puntos y Casi siempre, que equivale a 3 puntos. La administración puede ser individual o colectiva con un tiempo de aplicación de 15 minutos aproximadamente. Evalúa la crítica-hostilidad y la sobreimplicación emocional que resultan de la experiencia de cuidar a un familiar con trastorno mental. (Ver anexo C)

Dentro de las propiedades psicométricas del instrumento se identificaron evidencias de validez de constructo mediante el análisis factorial exploratorio. En el análisis factorial exploratorio se obtuvo la medida de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) de 0.827, un Test de Esfericidad de Bartlett significativo ($\chi^2 = 1131.5$; gl. = 435) y una matriz de correlaciones significativa. En dicha exploración se obtuvieron dos factores: una dimensión denominada crítica-hostilidad y otra dimensión de sobreimplicación emocional con cargas factoriales superiores a 0.30. En cuanto a la confiabilidad de las puntuaciones mediante el análisis de consistencia interna se utilizó el coeficiente alfa de Cronbach, donde se obtuvieron las siguientes puntuaciones en cada dimensión: Crítica-hostilidad ($\alpha = 0.862$) y Sobreimplicación emocional ($\alpha = 0.768$).

3.6. Procedimientos

Para el desarrollo de la investigación de manera presencial se pidió la autorización al Médico jefe del Centro de Salud Mental Carabayllo (CSMCC) y se solicitó los espacios en los consultorios de Psicología, o en otros consultorios disponibles del centro. Dicha solicitud de permiso se realizó de manera verbal, lo cual se le mencionó el interés de realizar dicha investigación y también brindar el aporte con los resultados obtenidos, lo cual ayudará a realizar planes de intervención y actividades para los cuidadores principales/familiares y los pacientes con diagnóstico de esquizofrenia.

Una vez otorgado el permiso por parte del jefe del centro, se procedió a solicitar al área de estadística la relación de los usuarios con diagnóstico de esquizofrenia que estaban registrados y que acudían a sus citas al centro de salud mental de manera frecuente. Dentro de la relación se escogió a los pacientes que hayan recaído como mínimo una vez, entre los años 2019 al 2021.

Se coordinó los días y el horario de aplicación de la prueba con la encargada del servicio de Psicología para evitar inconvenientes al respecto.

Antes de aplicar los cuestionarios a los familiares cuidadores de los pacientes, se le brindó el consentimiento informado a fin de cumplir con las normas éticas básicas del investigador (Ver anexo A). La aplicación fue de forma verbal e individual, donde se le mencionó los ítems de los cuestionarios tanto del sociodemográfico y el de emoción expresada, anotando las respuestas de los participantes.

Al término de la aplicación se les agradeció el tiempo otorgado a los participantes a la presente investigación.

3.7. Análisis de datos

Para el análisis de los datos se utilizó el programa MS Excel, SPSS versión 25 y Jamovi versión 1.6.23 en inglés.

En lo que respecta al análisis descriptivo se realizó las tablas de distribución de frecuencia y porcentajes para determinar los niveles de emoción expresada total y por dimensiones. Dentro las medidas de tendencia central se identificó la media aritmética, y entre las medidas de dispersión la desviación estándar, lo cual permitió conocer con más detalle los comportamientos de emoción expresada en los cuidadores/familiares de pacientes con esquizofrenia. Este análisis permitió conseguir el objetivo general.

Para evaluar las características psicométricas del CREEF se realizó la correlación ítem-test e ítem-dimensión donde se tomó en cuenta el índice de discriminación ($D > 0.20$), además se realizaron las correlaciones entre la escala total y las dimensiones donde se utilizó el coeficiente Rho de Spearman. Para obtener la confiabilidad de las puntuaciones se utilizó el coeficiente alfa de Cronbach (α) y Omega de Mc Donald (ω). Por último, se establecieron los baremos para hallar los niveles de emoción expresada, donde se tomó en cuenta el percentil 25 (Cuartil 1) como corte para el nivel bajo, del percentil 26 al percentil 74 para el nivel medio y del percentil 75 (Cuartil 3) hacia adelante, para el nivel alto.

También se hicieron comparaciones entre la emoción expresada según el sexo, grado de instrucción y tipo de familia, para ello se utilizará la estadística inferencial. Para determinar si existen diferencias significativas entre la emoción expresada y las variables sociodemográficas se realizó la prueba de Shapiro - Willk (S-W) donde las variables que reportaron normalidad en los datos se utilizó las pruebas paramétricas t de Student y ANOVA y las variables que no poseen distribución normal se utilizó las pruebas no paramétricas U de Mann Whitney y la H de Kruskal Wallis.

3.8. Consideraciones éticas

De acuerdo al código de ética y deontología del Colegio de Psicólogos del Perú Consejo Directivo Nacional (2017), en el capítulo III que respecta a la investigación, menciona que todo Psicólogo deberá respetar la normativa internacional en investigación, contar con la aprobación de un Comité de Ética, el consentimiento informado, en caso que los participantes de la investigación sean menores de edad contar con el asentimiento de los padres o tutores. También menciona que no se debe incurrir en la falsificación y plagio.

Además, se tomará en consideración el Código de Ética para la investigación en la Universidad Nacional Federico Villarreal (2018), el cual menciona en el capítulo II (Artículo 6) respecto a los principios éticos; El respeto a la persona, beneficencia y maleficiencia, integridad científica, responsabilidad y compromiso por el desarrollo de la institución y el país. El capítulo III que trata de los comportamientos esperados (Artículos 7 y 8): Informar a los participantes sobre la investigación que se va a realizar, garantizar la veracidad de la investigación en todas sus etapas, contribuir al conocimiento dando a conocer a la comunidad académica y a la sociedad; y finalmente, desarrollar buenas prácticas en la investigación, fomentando la originalidad.

IV RESULTADOS

4.1. Características psicométricas del Cuestionario Revisado de Emoción Expresada

Familiar

Para tener evidencias de validez del instrumento utilizado se procedió a realizar el análisis ítem-test, mediante la correlación de los ítems y el total.

En la Tabla 1, se observa que todos los ítems discriminan en relación al total, tomando como referencia un índice de discriminación mínima de 0.20 ($D > .20$). En el análisis ítem total se observa que todos los ítems contribuyen a la escala total, donde se ordenó los ítems desde los que menos discriminan hasta los ítems que tienen mayor capacidad de discriminación.

Tabla 1

Correlación ítem-total del Cuestionario Revisado de Emoción Expresada Familiar (CREEF)

Ítem	Correlación ítem-test	Ítem	Correlación ítem-test	Ítem	Correlación ítem-test	Ítem	Correlación ítem-test
18	0.203	15	0.260	1	0.331	30	0.428
8	0.205	5	0.261	4	0.342	33	0.434
28	0.209	26	0.261	24	0.346	23	0.436
7	0.211	31	0.264	2	0.347	32	0.447
6	0.214	20	0.266	27	0.353	25	0.447
19	0.217	35	0.287	29	0.362	11	0.470
3	0.230	34	0.297	13	0.376	16	0.470
10	0.243	17	0.304	22	0.387	12	0.472
21	0.245	14	0.313	9	0.419		

En la Tabla 2, se aprecia la correlación ítem por dimensión donde se aprecia que cada ítem logra contribuir a su dimensión, de igual forma se ordenó los ítems desde las puntuaciones más bajas hasta las más altas.

Tabla 2

Correlación ítem-dimensión del CREEF

Dimensiones	Ítem	Correlación ítem-test	Ítem	Correlación ítem-test
Crítica-Hostilidad	7	0.203	26	0.402
	5	0.243	4	0.417
	8	0.263	29	0.422
	34	0.270	24	0.429
	15	0.275	20	0.460
	17	0.279	13	0.492
	35	0.291	30	0.495
	23	0.312	11	0.502
	2	0.366	12	0.605
Sobreimplicación Emocional	10	0.211	1	0.361
	3	0.229	21	0.377
	18	0.229	22	0.392
	6	0.265	14	0.393
	19	0.268	31	0.418
	28	0.275	27	0.454
	16	0.349	32	0.516
	9	0.355	25	0.519
	33	0.360		

En la Tabla 3, se observa la correlación de las dimensiones con la escala total, lo cual se hallaron correlaciones estadísticamente significativas entre la escala total con la dimensión crítica-hostilidad ($Rho=0.679$; $p<0.001$) y con la dimensión sobreimplicancia emocional ($Rho=0.859$; $p<0.001$). Lo que quiere decir que las dimensiones contribuyen a la escala total.

Tabla 3

Correlación de Spearman entre las dimensiones y la escala total del CREEF

		Emoción expresada	Crítica-Hostilidad	Sobreimplicancia emocional
Emoción expresada	Rho			
	Sperman	-	0.676**	0.859**
Crítica-Hostilidad	Rho			
	Sperman	0.676**	-	0.237
	p		-	0.097
Sobreimplicancia emocional	Rho			
	Sperman	0.859**	0.237	-
	p		0.097	-

** La correlación es significativa en el nivel 0.05 (bilateral)

Respecto a la fiabilidad de las puntuaciones total, en la Tabla 4, se evidencia un alfa de Cronbach (α) de .82 y un omega de Mc Donald (ω) de .84. En cuanto a la dimensión crítica-hostilidad y sobreimplicancia emocional se obtuvieron valores aceptables.

Tabla 4

Análisis de la confiabilidad de las puntuaciones del CREEF

Variable	N° ítems	Alfa	Omega
Emoción expresada	35	0.83	0.83
Crítica-Hostilidad	18	0.79	0.80
Sobreimplicancia emocional	17	0.76	0.77

Para esta investigación se procedió a crear los baremos del CREEF, donde se tomó en cuenta las categorías baja, media y alta sugeridos por Valencia y Sam (2016). En la Tabla 5, se observa los resultados mediante los percentiles y el nivel que representa tanto para la escala total y por dimensiones.

Tabla 5

Baremos del Cuestionario Revisado de Emoción Expresada Familiar

Dimensiones					
Percentil	Crítica- Hostilidad Puntaje directo	Sobreimplicancia Emocional Puntaje directo	Escala total Puntaje directo	Percentil	Nivel
1	21.	22	46	1	Bajo
5	21.	22	47	5	
10	21	23	47	10	
20	22.	24	48	20	
25	22-23	25	49	25	
30	24.	26	50	30	Medio
35	25	27	51	35	
40	25	27	52-53	40	
50	26	28	54	50	
60	26	29-30	55-56	60	
75	27	31-33	57-60	75	Alto
85	28	34-36	61-64	85	
90	29	37-39	65-67	90	
95	29-30	40-41	68	95	
99	31	42	70	99	
Media	25.3	29.1	54.4	Media	
Desviación. estándar	2.85	5.55	6.84	Desviación estándar	

4.2. Características de la emoción expresada en los cuidadores principales de pacientes con esquizofrenia

En cuanto a los estadísticos descriptivos obtenidos del CREEF, en la Tabla 6, se observa que el promedio de emoción expresada fue 62.3, lo cual tomando de referencia la norma, se encuentran en un nivel alto; y una desviación estándar de 8.61. Además, se obtiene las medias y desviación estándar por dimensiones donde el promedio de crítica-hostilidad se encuentra en un nivel medio y en sobreimplicancia emocional en un nivel alto.

Tabla 6

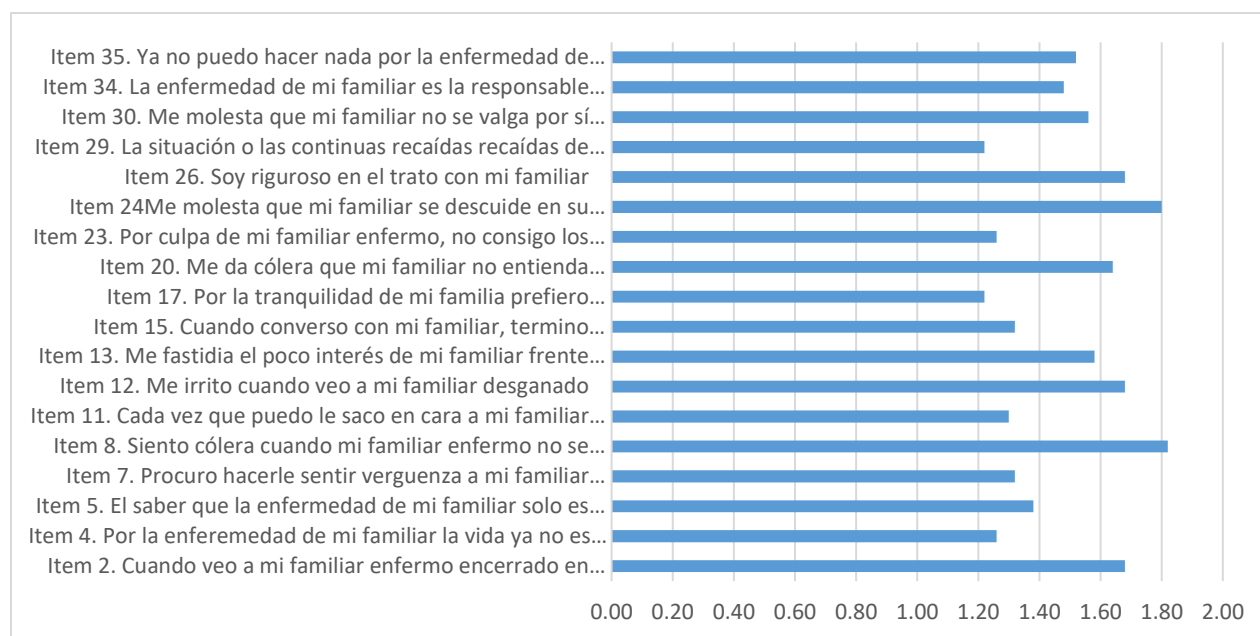
Descriptivos de emoción expresada en los cuidadores principales

Variable	Media	Desviación Estándar	Nivel
Emoción expresada	61.6	8.61	Alto
Dimensión Crítica-hostilidad	26.7	5.0	Medio
Dimensión Sobreimplicancia emocional	34.9	5.31	Alto

Para una caracterización más detallada, en la Figura 2, se describen las medias de cada ítem con su dimensión, donde los ítems 8 y 24 perteneciente a la crítica-hostilidad “Siento cólera cuando mi familiar no se da cuenta de que las cosas que hace me fastidia, a pesar de que se lo digo” y “Me molesta que mi familiar se descuide en su vestimenta e higiene”, donde respondieron en su mayoría “a veces”, seguidos de los ítems 2 y 12 “Cuando veo a mi familiar encerrado en su cuarto, lo regaño para que ayude en casa” y “Me irrito cuando veo a mi familiar desganado”.

Figura 2

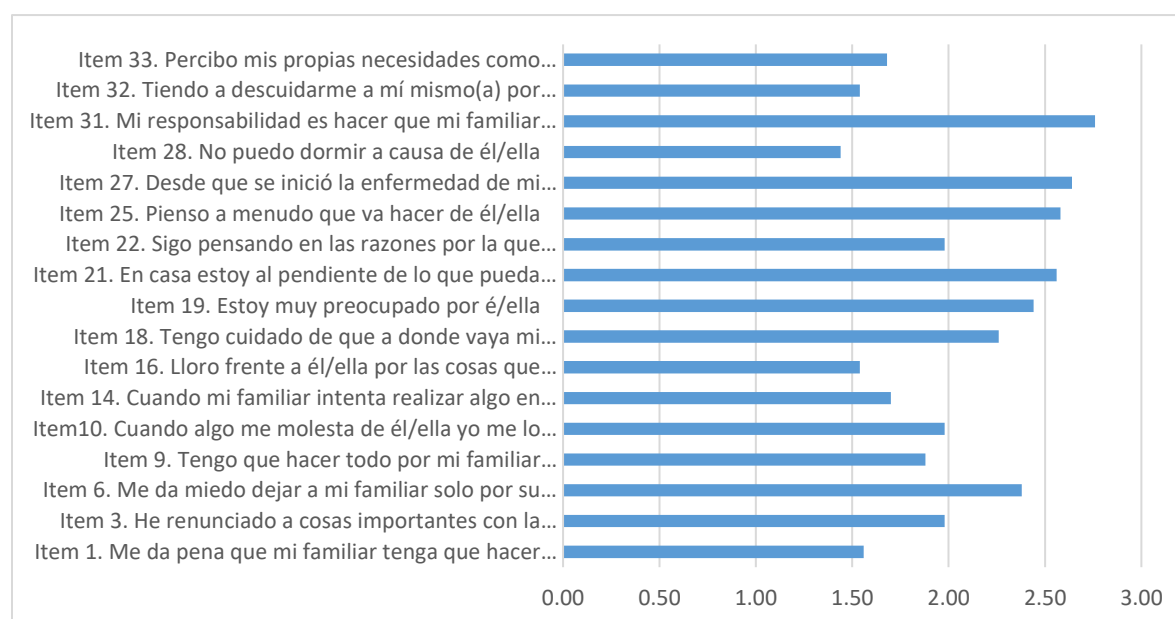
Media de cada ítem de la dimensión Crítica-hostilidad



Con respecto a la dimensión Sobreimplicancia emocional, en la Figura 3, se observa que el ítem 31 “Mi responsabilidad es hacer que mi familiar permanezca tranquilo en casa” y el ítem 21 “En casa estoy al pendiente de todo lo que pueda necesitar mi familiar enfermo”, donde se acerca a la respuesta “casi siempre”.

Figura 3

Media de cada ítem de la dimensión Sobreimplicancia emocional



Finalmente, en la Tabla 7, se describen los niveles de emoción expresada donde se encontró un mayor porcentaje en el nivel alto de emoción expresada (76%), nivel medio (20%) y por último un menor porcentaje en el nivel bajo (4%). En cuanto a las dimensiones, se encontró que crítica-hostilidad obtiene un mayor porcentaje en el nivel medio (44%) y de igual forma la Sobreimplicancia emocional, con una mayor predominancia en el nivel alto (80%).

Tabla 7

Niveles de emoción expresada por dimensiones

Niveles	Emoción expresada		Crítica-hostilidad		Sobreimplicancia emocional	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Baja	2	4	8	16	2	4
Media	16	20	22	44	8	16
Alta	32	76	20	40	40	80
Total	50	100	50	100	50	100

4.3. Descripción y comparación de emoción expresada respecto a las características sociodemográficas de los cuidadores y los pacientes

Antes de realizar el análisis descriptivo y comparativo, se procedió a realizar el análisis exploratorio de la distribución normal de las variables sociodemográficas y se empleó el estadístico de Shapiro-Wilk (S-W). En la tabla 8, se observa que la mayoría de las variables sociodemográficas con sus respectivas categorías se distribuyen normalmente, salvo la categoría femenino en lo que respecta al sexo del cuidador; no se distribuye de manera normal.

Tabla 8

Prueba de normalidad Shapiro-Wilk de las variables sociodemográficas

Variable	Categoría	S-W	p
Sexo del cuidador	Masculino	0.994	1.00
	Femenino	0.930	0.027
Grado de instrucción	Primaria	0.970	0.879
	Secundaria	0.990	0.995
Tipo de familia	Técnico/Superior	0.905	0.184
	Monoparental	0.949	0.448
	Nuclear	0.954	0.303
	Extensa	0.857	0.179
Sexo del paciente	Reconstituida	-	-
	Masculino	0.947	0.115
	Femenino	0.971	0.809

Primero se observa la descripción de emoción expresada respecto al sexo del cuidador. En la Tabla 9, se evidencia que el rango promedio fue 24.3 en el sexo masculino y un 26.0 en el sexo femenino. Se observa que no existen diferencias significativas respecto al sexo del cuidador ($p>0.05$) y un tamaño del efecto bajo ($r<0.50$).

Tabla 9

Descripción y comparación según sexo del cuidador

	N	Rango promedio	U	p	r
Masculino	15	24.3	244	0.703	0.071
Femenino	35	26.0			

Luego se procedió a describir y comparar la emoción expresada según el grado de instrucción del cuidador. En la Tabla 10, se observa que los cuidadores que tienen grado de instrucción primaria obtienen una media de 67.6, los de grado de instrucción secundaria 59.8 y en el superior/técnico 58.3. Además, se encontraron diferencias estadísticamente significativas en cuanto al grado de instrucción ($p<.05$). Para este análisis se utilizó la prueba ANOVA de un factor, obteniéndose un tamaño de efecto grande ($f>0.35$). En cuanto a las diferencias entre categorías se

aprecia que existen diferencias significativas entre grado de instrucción primaria y secundaria y el grado de instrucción primaria y técnico/superior ($p < 0.05$).

Tabla 10

Descriptivos de la emoción expresada según el grado de instrucción del cuidador

Grado de instrucción	N	Media	F	<i>p</i>	f
Primaria	14	67.6	5.82	0.006	0.497
Secundaria	24	59.8			
Superior/técnico	12	58.3			

También se procedió a describir y comparar la emoción expresada y el tipo de familia en los cuidadores. En la Tabla 11, se observa una mayor puntuación en el tipo de familia monoparental con una media de 65.8 considerándose dentro el nivel alto, además se encontró la media en los demás tipos de familia, nuclear, extensa y reconstituida, donde se ubican de igual forma dentro del nivel alto. No se encontraron diferencias significativas ($p > .05$), con un tamaño de efecto medio ($0.25 < f < 0.40$) usando la prueba ANOVA de un factor.

Tabla 11

Descriptivos de la emoción expresada según el tipo de familia

Tipo de familia	N	Media	F	<i>p</i>	f
Monoparental	17	65.8	2.26	0.363	0.383
Nuclear	25	59.5			
Extensa	6	58.5			
Reconstituida	2	62.5			

Además, se procedió a describir y comparar la emoción expresada según el sexo del paciente. En la Tabla 12, se aprecia que la media del sexo masculino fue 63.4 y en el sexo femenino 58.4 ubicándose dentro del nivel alto. Para conocer si existen diferencias entre ambos sexos, se utilizó la prueba T de Student donde se encontraron diferencias estadísticamente significativas ($p < 0.05$) y un tamaño de efecto medio ($0.20 < d < 0.80$).

Tabla 12

Descripción y comparación según el sexo del paciente

Sexo	N	Media	t	p	d
Masculino	32	63.4	2.02	0.049	0.594
Femenino	18	58.4			

Por último, se describió los niveles de emoción expresada según el tiempo de asistencia del paciente al centro y también el tiempo de enfermedad. En la Tabla 13, se observa que el 56% del total se encontraron los pacientes que asisten desde el 2019, y el 46% se ubica en un nivel alto.

Tabla 13

Niveles de emoción expresada según el tiempo de asistencia al centro en el paciente

Nivel	≤ 2 años	3-4 años	5-6 años	Total
Bajo	0 %	2%	2 %	4 %
Medio	10%	6 %	4 %	20%
Alto	46 %	22 %	8 %	76 %
Total	56 %	30 %	14 %	100 %

Con respecto al tiempo de enfermedad, en la Tabla 14, se observa los que tienen un tiempo de enfermedad mayor a 10 años representa el 46%, donde el 34% se ubica en el nivel alto, siendo mayor a comparación de tiempo de enfermedad menores.

Tabla 14*Niveles de emoción expresada según el tiempo de enfermedad del paciente*

Nivel	<=5 años	6-10 años	> 10 años	Total
Bajo	0%	2%	2%	4%
Medio	4 %	6%	10%	20 %
Alto	24 %	18 %	34%	76 %
Total	28%	26%	46%	100 %

V. DISCUSIÓN DE RESULTADOS

Este estudio tuvo como objetivo principal caracterizar la emoción expresada en cuidadores principales de pacientes con esquizofrenia que hayan recaído en los últimos 3 años en un Centro de Salud Mental Comunitario de Lima norte, donde se utilizó un instrumento revisado y modificado para medir la emoción expresada (CREEF). Es por ello se pretendió revisar en primera instancia cómo se comporta el instrumento.

En cuanto a las evidencias de validez, primero se realizó el análisis ítems-test y el análisis ítem por dimensión, a través del índice de discriminación (D), lo cual puede definirse como la correlación de las puntuaciones que obtienen los participantes en el ítem y las puntuaciones del test (Abad et al., 2006), y que un índice de discriminación de 0.20 a más es aceptable (Díaz y Leyva, 2013). Además, un ítem con un grado de correlación ítem-test corregido menor a 0.20 se podría inferir que el ítem no estaría midiendo lo que pretende medir (Frías-Navarro, 2021). El análisis ítem-test reportó que todos los ítems discriminan al total, es decir son parte del constructo; estos datos lo corroboran con lo hecho por González (2021) donde realizó la correlación ítem-test del CREEF y obtuvieron correlaciones significativas entre el ítem y el total ($Rho > 0.30$; $p < .05$). Para un análisis más detallado, se procedió a conocer si el ítem contribuye con su dimensión, donde se encontró que los ítems sí discriminan ($D > 0.20$). No se encontraron evidencias empíricas en estudios anteriores que hayan realizado este análisis, lo cual podría deberse a que en nuestro país hay una escasa investigación sobre la emoción expresada, además uno de los instrumentos que en su momento se utilizó fue el creado en el Perú en 1993 por Guanilo y Seclén, donde tampoco hay trabajos que evidencien el análisis ítem test. Además, se encontraron correlaciones positivas y significativas entre las dimensiones y el total ($p < 0.001$), pero no se encontraron correlaciones significativas entre las dimensiones ($Rho = 0.236$; $p > .05$), esto pueda deberse al tamaño de la

muestra, ya que Roy-García et al. (2020) refieren que correlaciones bajas pueden ser significativas con muestras mayores y no significativas conforme la muestra es pequeña. Para un estudio más riguroso en la cual se pueda dar evidencias de validez de criterio y/o constructo, se necesitaría un tamaño de muestra mucho mayor ($n > 200$), sobre todo si se quiere analizar la estructura interna (Roco et al., 2021). En conclusión, se puede decir que, tanto en el ítem total y el ítem con su dimensión, como las dimensiones con la escala total se encontraron evidencias de validez.

En cuanto a la fiabilidad, las puntuaciones obtenidas en la escala total demuestran adecuada consistencia interna tanto en el coeficiente alfa de Cronbach y Omega de MC Donald ($\alpha = 0.83$, $\omega = 0.83$), dichas puntuaciones corroboran al estudio de Guanilo y Seclén (1993) donde obtuvieron un alfa de Cronbach total de 0.70 del CEEE, y con el estudio preliminar de Valencia y Sam (2016), donde encontraron un alfa de Cronbach total de 0.85. Respecto a la confiabilidad por dimensiones, se obtuvieron aceptables puntuaciones tanto en la Crítica-hostilidad ($\alpha = 0.79$, $\omega = 0.80$) y Sobreimplicancia emocional ($\alpha = 0.76$, $\omega = 0.77$), lo cual se corrobora con un estudio reciente respecto a la fiabilidad por dimensiones, donde se reporta en la dimensión Crítica-hostilidad un coeficiente de alfa de Cronbach de 0.91 y un coeficiente omega de 0.81, y en la dimensión sobreimplicancia emocional un alfa y omega de 0.81 y 0.82, respectivamente (Gonzales, 2021), aunque en ese estudio el autor eliminó algunos ítems que no tenían una correlación ítem-total significativa, por ende la fiabilidad de las puntuaciones se incrementó. En resumen, se evidencian consistencia en las puntuaciones aceptables, tanto en el alfa de Cronbach y en el omega de Mc Donald, puesto que para el coeficiente el alfa de Cronbach, un valor mayor a .70 se consideran aceptables y para el omega de Mc Donald, un valor entre .70 y .90 serían adecuados. (Campo-Arias y Oviedo, 2008, citado por Ventura y Caycho-Rodríguez, 2017)

La creación de las normas a través de los percentiles se vio conveniente y necesario, ya que nos ayudan dar a conocer las características de la emoción expresada, a través de las categorías, aunque también se tomó otros criterios para la descripción, como las medias por ítem, dimensiones y de la escala total. Además, los autores mencionan que aún no existen baremos del CREEF, es decir hubo una justificación para proponer una norma que pueda acercar en cierta medida los niveles de la emoción expresada, se tomó como referencia los niveles bajo, medio y alto sugeridos por los autores. Cabe señalar que este baremo propuesto no pretende generalizar a toda la población, mucho menos a otro tipo de muestra de estudio, solo en caso que se tome muestras iguales o similares a lo realizado en esta investigación.

Una vez discutido las características psicométricas del instrumento, se procederá a discutir el objetivo general, el cual se detalla a continuación:

Con respecto a las características de la emoción expresada, se encontró una media total de 61.6 ubicándose en un nivel alto, este dato es similar al estudio realizado por Gonzales (2021) en el Perú, donde reportó una media total de 62.5 y utilizó el mismo instrumento (CREEF) en pacientes psiquiátricos. Respecto al nivel que más predomina, se encontró que el 76% de los cuidadores/familiares tienen un nivel alto de emoción expresada. Estos hallazgos se apoyan en investigaciones nacionales realizadas por Benavente (2017) donde mostró que el 76% de los cuidadores tenían una alta emoción expresada; también, estudios como los realizados por Mory y Cruz (2024) y Burgos (2019) evidenciaron niveles altos de emoción expresada en familiares de pacientes con esquizofrenia los cuales representaron el 65.5 % y 64.1%, respectivamente. Estudios internacionales también apoyan dichos resultados, donde encontraron que los familiares presentan un nivel de emoción expresada alta (Abraham et al., 2022; Zanetti et al., 2018). Estos altos índices de emoción expresada podrían explicarse puesto que, convivir con una persona con un trastorno

psiquiátrico, sobre todo con diagnóstico de esquizofrenia conllevan a un cambio en la interacción familiar, ante ello que la relación se torne estresante, puesto que mayormente la familia desconoce la enfermedad. Además, Hooley y Gotlib (2000) indican que la prevalencia de una alta emoción expresada se encuentra entre el 43% y 75% y que el hecho de vivir con un paciente con problema psiquiátrico no es fácil ya que pone a prueba a las familias adoptar recursos emocionales y económicos.

En cuanto a las dimensiones, se encontró un mayor promedio de puntuación en sobreimplicancia emocional (34.9) en nivel alto, a diferencia de la crítica-hostilidad (26.7) en nivel medio. Entre los estudios nacionales, los resultados son similares a los realizados por (Cala y Marroquín, 2023; Gonzales, 2021; Burgos, 2019) donde reportaron que en los cuidadores prevalecen mayores conductas de sobreprotección que de críticas y hostilidad. En investigaciones internacionales, los resultados concuerdan con los realizados por Zanetti et al. (2018) donde el 52 % de los familiares obtuvieron niveles altos de sobreimplicancia emocional; también, se obtuvieron un mayor predominio en el nivel medio-alto de sobreprotección en los cuidadores (Merchan, 2016). Por otra parte, Yimam et al. (2022) reportaron que el 35% de los familiares poseen altos niveles en sobreimplicancia emocional y el 24% en comentarios críticos, es decir, no hallaron un predominio de niveles altos en las dimensiones de la emoción expresada como lo encontrado en el presente estudio. Posiblemente se deba a que no se evaluaron a familiares de pacientes que han recaído, sino a familiares de pacientes con esquizofrenia en general, o podría deberse a factores socioculturales, ya que el estudio se realizó en Etiopia, una cultura diferente a la occidental.

Con respecto a las comparaciones según el sexo, los resultados obtenidos son parecidos a los encontrado por Burgos (2019) donde encontraron un mayor predominio del nivel alto de

emoción expresada en el sexo femenino (79.2%), como en los realizados por Abraham et al. (2022) los cuales reportan una mayor tendencia de emoción expresada alta en la mujeres (74.4%), aunque cabe precisar que en el presente estudio se tomó como referencia el rango promedio, donde también se encontraron una puntuación mayor en el sexo femenino. En cuanto a las diferencias significativas, no se encontraron en relación al sexo, donde se puede corroborar en el estudio hecho por Gonzáles (2021) donde se evidencian resultados similares. Así mismo, se compararon la emoción expresada según el grado de instrucción, encontrando diferencias significativas, al igual que en el presente estudio, es decir, los cuidadores que tienen un grado de instrucción primaria poseen conductas críticas, hostiles y de sobreprotección más sobresalientes que los de grado de instrucción secundaria y superior (técnico/universitario), esto podría deberse a que las personas que poseen un nivel de estudios más superiores tenderían a ser capaces de analizar la situación y cierto cuidado al momento de reaccionar de una forma no favorable con el familiar enfermo.

En relación al tiempo de asistencia al centro de salud mental, se evidencia que los cuidadores poseen menores niveles de emoción expresada a medida que los pacientes asisten más tiempo al centro de salud, esto se puede deber a que en el centro de salud mental comunitario se realizan talleres psicoeducativos a los cuidadores y al familiar con diagnóstico de esquizofrenia, además de sesiones psicoterapéuticas con la familia. Se puede decir que existe una mejora significativa de la comprensión de la esquizofrenia en los cuidadores y la gestión emocional en relación con el paciente, a través de las intervenciones psicoeducativas. (Bipasa et al., 2024)

También, se reportó un mayor nivel de emoción expresada en los cuidadores que llevan menos de 10 años con la enfermedad de su familiar con esquizofrenia, donde representan el 54% del total, y de ellos el 42 % poseen niveles altos de emoción expresada, estos hallazgos concuerdan con el trabajo que realizó Burgos (2019) donde encontró niveles altos de emoción expresada en

los familiares que llevaban menos de 10 años de enfermedad del paciente lo que representaba el 66%, esto podría explicarse ya que los familiares que conviven con un familiar con problemas mentales crónicos, como la esquizofrenia, requieren de un cambio en la forma de vivir, un proceso de adaptación para incorporar estrategias de manejo emocional y de soporte, y este proceso requiere tiempo. Se puede esperar una estabilidad en la emoción expresada con el pasar del tiempo y que los niveles disminuyen a medida que se realicen intervenciones con la familia, lo cual puede obtener un impacto significativo en el abordaje. (Hooley, 2007; Girdhar et al., 2024)

Como toda investigación científica, el presente estudio tiene limitaciones, se procederá a mencionar los fundamentales:

Primero, el tamaño de la muestra para realizar el baremo fue baja ($n=60$), por ende, la aplicación de la norma no sería muy útil para una muestra distinta.

Segundo, la caracterización de la emoción expresada, se desarrolló en una muestra de 50 cuidadores principales, es decir, los resultados obtenidos no pretenden generalizar a toda la población general de cuidadores principales. Nos puede ayudar en un acercamiento en el conocimiento de los comportamientos de emoción expresada en cuidadores principales, y dar aporte a la investigación científica, fundamentalmente a nivel Psicológico, para que así se pueda ampliar el conocimiento relacionado al constructo.

Por último, en el análisis comparativo de la emoción expresada, no se realizó en cantidades similares, tanto en el sexo, grado de instrucción y tipo de familia; debido a la dificultad de obtener a los participantes en grupos igualitarios. Por ende, se recomienda realizar otras investigaciones donde establezcan comparaciones, tomando en cuenta un igual número de sujetos por cada grupo, y así poder corroborar los datos encontrados en el presente estudio.

VI. CONCLUSIONES

6.1. El instrumento utilizado presenta evidencias de validez de constructo donde los ítems contribuyen al test, además existe correlaciones significativas entre la escala y sus dimensiones, y con respecto a la fiabilidad, evidenciaron consistencia interna aceptables.

6.2. El promedio de emoción expresada de los cuidadores se ubica en el nivel alto, con un predominio en la dimensión sobreimplicancia emocional, es decir, mayormente los cuidadores tienden a realizar conductas de sobreprotección y autosacrificio en la relación con su familiar a diferencia de las conductas críticas y hostiles.

6.3. Existe mayor emoción expresada en el cuidador femenino respecto al masculino, aunque no se encontraron diferencias significativas.

6.4. En los cuidadores con grado de instrucción primaria se presencia mayor emoción expresada, presentando diferencias significativas respecto al grado secundario y técnico/superior.

6.5. Existe mayor emoción expresada en el tipo de familia monoparental, sin embargo, no se encontraron diferencias significativas respecto a la familia nuclear, extendida y reconstituida.

6.6. En cuanto al paciente, el sexo masculino recibe mayor emoción expresada de sus cuidadores respecto al sexo femenino, encontrándose diferencias significativas.

6.7. Hay un predominio de emoción expresada alta en los cuidadores respecto a los pacientes que tienen menor tiempo de asistencia al centro de salud.

6.8. Hay un predominio de emoción expresada alta en los cuidadores respecto a los pacientes que llevan más de 10 años con la enfermedad.

VII. RECOMENDACIONES

7.1. Poder replicar más estudios respecto a la emoción expresada en cuidadores principales que tienen un familiar con diagnóstico de esquizofrenia, debido a que el aporte permitirá conocer cómo se comporta este constructo en un tiempo determinado y poder enriquecer el conocimiento de dicho constructo.

7.2. Seguir investigando el constructo emoción expresada en muestras distintas a la de los cuidadores principales que tienen en casa un familiar con esquizofrenia, puesto que en nuestro país no hay muchos estudios que se hallan realizado, utilizándolo en investigaciones descriptivas, correlacionales o cuasi-experimentales.

7.3. Seguir evaluando las características psicométricas del Cuestionario Revisado Emoción Expresada Familiar utilizándolo en muestras grandes ($n > 200$) para así tener mayores evidencias de validez y fiabilidad de lo que se realizó en esta investigación.

7.4. Se propone el baremo utilizado en el presente estudio para el CREEF, debido a que no hay evidencias de una norma que permita categorizar la emoción expresada, dejando a criterio del investigador para su utilización.

7.5. Dar mayor importancia al trabajo en el autocuidado del cuidador o familiar que están a cargo de personas con trastornos mentales crónicos durante las intervenciones psicológicas, debido a que la convivencia en la familia se puede tornar estresante y la mayoría de familiares desconocen estrategias para manejar momentos críticos como una recaída, o la forma de comunicarse con el paciente esquizofrénico.

7.6. Realizar talleres psicoeducativos donde se incluyan sesiones de emoción expresada tanto en los familiares y a los pacientes para así mejorar la dinámica familiar y el soporte social.

VIII. REFERENCIAS

- Abad, F., Garrido, J., Olea, J. y Ponsoda, V. (2006). *Introducción a la Psicometría Teoría Clásica de los Tests y Teoría de la Respuesta al Ítem*. Universidad Autónoma de Madrid.
<https://www.studocu.com/latam/document/universidad-yacambu/psicometria/introduccion-de-psicometria/9399619>
- Abraham, G., Samakouri, M., Tzikos, A. y Arvaniti, A. (2022). High Expressed Emotion and Warmth among Families of Patients with Schizophrenia in Greece. *Healthcare*, 10 (10), 1-13. <https://doi.org/10.3390/healthcare10101957>
- Abeleira, J. (2012). Esquizofrenia. *Cuadernos del Tomás*, 4, 157-172.
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4018442>
- Alanaen, Y. (2003). *La esquizofrenia: Sus Orígenes y su Tratamiento Adaptado a las Necesidades del Paciente* (M. Sanz, Trad.; 1ª ed.). Editorial H. Karnak Ltd. (original work published 1997). http://www.cursoesquizofrenia.com/Castellano/pdf/LA_ESQUIZOFRENIA.pdf
- Amarecha, A. y Venkatasubramanian, G. (2012). Expressed Emotion in Schizophrenia: An Overview. *Indian Journal of Psychological Medicine*, 34(1), 12-20.
<https://doi.org/10.4103/0253-7176.96149>
- Bedoya, E. (2019). Carga familiar y emoción expresada por cuidadores de pacientes con esquizofrenia. *Apuntes de Psicología*, 37(3), 255-263.
<http://www.apuntesdepsicologia.es/index.php/revista/article/view/828/548>
- Becerra, H. (1 al 12 de abril de 2019). Revisión de la interferencia familiar en el pronóstico de la psicosis temprana: El rol de la emoción expresada [Congreso]. *XX Congreso Virtual*

Internacional de Psiquiatría, Psicología y Salud Mental, Alcañiz, España.

<https://psiquiatria.com/congresos/pdf/1-5-2019-15PON6Reg2439.pdf>

Benavente, G. (2017). *Eficacia de un programa de intervención psicoeducativo sobre la emoción expresada en cuidadores de pacientes con esquizofrenia* [Tesis de pregrado, Universidad Católica San Pablo]. Repositorio Institucional UCSP.

<https://hdl.handle.net/20.500.12590/15535>

Bernal, C. (2016). *Metodología de la investigación* (4ª ed.). Pearson.

<https://bibliotecadigital.utn.edu.ec/download/files/original/fb0b0cfce2ae990609933d17c6890848960051aa.pdf>

Bipasa, K., Arif, A. y Fayas, P. (2024). Family psychoeducation and supportive casework intervention on expressed emotion and care burden among caregivers of individuals with schizophrenia. *Odisha Journal of Psychiatry*, 20(1), 30-33.

https://doi.org/10.4103/ipj.ipj_2_19

Brown, G., Monck, E., Carstairs, G. y Wing, J. (1962). Influence of family life on the course of schizophrenic illness. *British Journal of Preventive and Social Medicine*, 16(2), 517-533.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1058855/pdf/brjprevsmed00066-0001.pdf>

Brown, G. y Rutter M. (1966). The Measurement of Family Activities and Relationships: A Methodological Study. *Human Relations*, 19(3), 241-263.

<https://doi.org/10.1177/001872676601900301>

- Brown G., Birley J. y Wing J. (1972). Influence of family life on the course of schizophrenic disorders: a replication. *Br J Psychiatry*, 121(562), 241-58.
<https://doi.org/10.1192/bjp.121.3.241>
- Burgos, L. (2019). *Factores asociados a niveles y componentes de emoción expresada en familiares de pacientes esquizofrénicos* [Tesis de pregrado, Universidad Ricardo Palma]. Repositorio Institucional de la Universidad Ricardo Palma.
<https://repositorio.urp.edu.pe/handle/20.500.14138/1733>
- Cala, F. y Marroquín, C. (2023). *Emoción expresada y la presencia de sintomatología depresiva en cuidadores familiares de pacientes con esquizofrenia en un Hospital público de Arequipa* [Tesis de pregrado, Universidad Católica San Pablo]. Repositorio Institucional UCSP. <https://hdl.handle.net/20.500.12590/17859>
- Clasificación de los Trastornos Mentales y del Comportamiento (2004). *Editorial médica panamericana*.
- Díaz, P. y Leyva, E. (2013). Metodología para determinar la calidad de los instrumentos de evaluación. *Educación médica superior*, 27 (2), 269-286.
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21412013000200014
- Espinoza, D. y Sosa, C. (2015). Esquizofrenias. *Revista de Facultad de Ciencias Médicas*, 12 (2), 7-8. <http://www.bvs.hn/RFCM/pdf/2015/pdf/RFCMVol12-2-2015-2.pdf>
- Frías-Navarro, D. (2021). Apuntes de consistencia interna de las puntuaciones de un instrumento de medida. Universidad de Valencia. España.
<https://www.uv.es/friasnav/AlfaCronbach.pdf>

- García, P., Moreno, A., Freund, N. y Lahera, G. (2012). Factores asociados a la Emoción Expresada familiar en la Esquizofrenia: Implicaciones terapéuticas. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 32(116), 739-756.
https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352012000400005
- Girdhar, A., Patil, R. y Bezalwar, A. (2024). Comprender la dinámica: una revisión exhaustiva del impacto de la terapia familiar en las emociones expresadas en pacientes con esquizofrenia. *Cureus*, 16 (5). [10.7759/cureus.59491](https://doi.org/10.7759/cureus.59491)
- Gonzales, R. (2021). *Emoción expresada y sobrecarga en cuidadores principales de pacientes psiquiátricos internados en el Hospital Víctor Larco Herrera* [Tesis de pregrado, Universidad Nacional Federico Villarreal]. Repositorio Institucional UNFV.
<https://repositorio.unfv.edu.pe/handle/20.500.13084/5047>
- Guanilo, J. y Seclén, Y. (1993). *Relación entre el nivel de conocimientos sobre enfermedad mental y el nivel de emoción expresada de los familiares de pacientes esquizofrénicos de consultorios externos del INSM HD–HN* [Tesis de licenciatura]. Universidad Nacional Mayor de San Marcos.
- Gulayín, M. (2022). Carga en cuidadores familiares de personas con esquizofrenia: una revisión bibliográfica. *Vertex Revista Argentina de Psiquiatría*, 33(155), 50-65.
<https://doi.org/10.53680/vertex.v33i155.135>
- Hernández. R. y Mendoza, C. (2018). *Metodología de la investigación: Las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta.* McGraw-Hill.
https://repositorio.unfv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.13084/7572/UNFV_FP_Braboza_Gutierrez_Joseyn_Titulo_profesional_2023.pdf?sequence=1&isAllowed=y

- Hooley, J. (1985). Expressed Emotion: A review of the critical literatura. *Clinical Psychology Review*, 5 (2), 119-139. [https://doi.org/10.1016/0272-7358\(85\)90018-2](https://doi.org/10.1016/0272-7358(85)90018-2)
- Hooley, J. y Gotlib, I. (2000). A diathesis-stress conceptualization of expressed emotion and clinical outcome. *Applied y Preventive Psychology*, 9(3), 135-151. [https://doi.org/10.1016/S0962-1849\(05\)80001-0](https://doi.org/10.1016/S0962-1849(05)80001-0)
- Hooley, J. (2007). Expressed Emotion and Relapse of Psychopathology. *The Annual Review of Clinical Psychology*, 3 (1), 329-352. <https://doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.2.022305.095236>
- Hospital Hermilio Valdizan (2019). *Los trastornos mentales más comunes que afectan a los pacientes con cáncer*. http://www.hhv.gob.pe/wp-content/uploads/Epidemiologia/Boletin/2019/BOLETIN_EPIDEMIOLOGICO-FEBRERO_2019.pdf
- Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado-Hideyo Noguchi (13 de noviembre de 2013). *Alrededor del 24% de su ingreso gastaría una familia en el tratamiento de una enfermedad mental* [Nota de prensa]. <https://www.insm.gob.pe/oficinas/comunicaciones/notasdeprensa/2013/011.html>
- Lemos, S. (1989). Esquizofrenia: Componentes de la personalidad como factores de riesgo. *Psicothema*, 1 (1-2), 55-69. <https://www.psicothema.com/pii?pii=635>
- Linares, L. (2012). *Elementos relacionales en la esquizofrenia: Comparación de los discursos de los familiares* [Tesis doctoral, Universidad Autónoma de Barcelona]. Repositorio digital de documentos de la UAB. <https://ddd.uab.cat/record/106193>

- Lippi, G. (2016). Schizophrenia in a member of the family: Burden, expressed emotion and addressing the needs of the whole family. *South African Journal of Psychiatry*, 22 (1), 1-7
<https://doi.org/10.4102/sajpsychiatry.v22i1.922>
- López, P., Sanmillán, H., Beltrán, A. y Olivares, O. (2015). Algunas consideraciones teóricas relacionadas con el estudio de la esquizofrenia. *Revista de Información Científica*, 93 (5), 1189-1206. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=551757222018>
- Martínez-Cardona, M., Estrada, C., Vélez-Velásquez, A., Muñoz-Avendaño, N., López, J., Bermeo, M. y Toconas-Morea, V. (2020). Relaciones de familia en pacientes con esquizofrenia. *Archivos Venezolanos de Farmacología y Terapéutica*, 39 (5), 643-653.
<https://doi.org/10.5281/zenodo.4262890>
- Medina-Pradas, C. (2016). Actualización en torno a la emoción expresada: Consideraciones teóricas, metodológicas y prácticas. *Revista de psicoterapia*, 27(103), 251- 266.
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5399253>
- Merchan, P. y Riveros, J. (2016). *Evaluación de la emoción expresada por los familiares de pacientes con diagnóstico de esquizofrenia* [Informe final de grado, Universidad Cooperativa de Colombia]. Repositorio Institucional de la Universidad Cooperativa de Colombia.
<https://repository.ucc.edu.co/bitstream/20.500.12494/311/1/Evaluaci%C3%B3n%20de%20la%20emoci%C3%B3n%20expresada%20por%20familiares%20de%20pacientes%20con%20diagn%C3%B3stico%20de%20esquizofrenia.pdf>

- Merino, H. y Pereira, M. (1990). Familia y esquizofrenia: Una revisión desde el punto de vista de la interacción familiar. *Anales de Psicología*, 6(1), 11-20.
https://sid.usal.es/idocs/F8/ART10978/familia_esquizofrenia.pdf
- Ministerio de Salud (8 de junio de 2024). *Establecimientos de salud del Minsa atendieron más de 85000 casos de esquizofrenia* [Nota de prensa].
<https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/968553-establecimientos-de-salud-del-minsa-atendieron-mas-de-85-000-casos-de-esquizofrenia>
- Mory, X. y Cruz, L. (2024). *Factores asociados a la alta emoción expresada en familiares de pacientes con esquizofrenia, Centro de Salud Mental Aysana enero-abril 2023* [Tesis de pregrado, Universidad Nacional José Faustino Sánchez Carrión]. Repositorio Institucional UNJFSC. <http://hdl.handle.net/20.500.14067/8741>
- Muela, J. y Godoy, J. (2001). El estrés crónico en la esquizofrenia: La emoción expresada. *Revista electrónica de Motivación y Emoción*, 4(7), 1-4.
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=1025333>
- Muela, J. y Godoy, J. (2001). Importancia de los componentes de la emoción expresada. *Ciencia y Salud*, 12(2), 179-197.
<https://journals.copmadrid.org/clysa/art/ac1dd209cbcc5e5d1c6e28598e8cbbe8>
- Organización Mundial de la Salud (2004). *Invertir en salud mental*.
https://www.who.int/mental_health/advocacy/en/spanish_final.pdf
- Organización Mundial de la Salud (1 de enero de 2022). *Esquizofrenia*.
<https://www.who.int/es/news-room/fact->

[sheets/detail/schizophrenia#:~:text=A%20escala%20mundial%2C%20la%20esquizofrenia,como%20muchos%20otros%20trastornos%20mentales.](#)

Organización Panamericana de la Salud (1 de octubre de 2019). *Los problemas de salud mental son la principal causa de discapacidad en el mundo, afirman expertos.*
https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=15481:mental-health-problems-are-the-leading-cause-of-disability-worldwide-say-experts-at-paho-directing-council-side-event&Itemid=72565&lang=es

Organización Panamericana de la Salud (2018). *La carga de los trastornos mentales en la Región de las Américas.*
https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/49578/9789275320280_spa.pdf?sequence=9&isAllowed=y

Oviedo, H. y Capo-Arias, A. (2005). Aproximación al uso del coeficiente alfa de Cronbach. *Revista colombiana de Psiquiatría*, 34 (4), 572-580.
http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74502005000400009#:~:text=El%20coeficiente%20de%20confiabilidad%20se,%2C%20negativa%20o%20positiva%2C%20respectivamente.

Pharoah, F., Mari, J., Rathbone, J. y Wong, W. (2006). Family intervention for schizophrenia. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 4.
<https://doi.org/10.1002/14651858.CD000088.pub2>

Rascón, M., Gutiérrez, M., Valencia, M. y Murow, E. (2008). Relación entre la emoción expresada por el familiar responsable y la conducta sintomática de pacientes con esquizofrenia,

- incluido el funcionamiento social. *Salud Mental*, 31(3), 205-212.
<http://www.scielo.org.mx/pdf/sm/v31n3/v31n3a6.pdf>
- Roco, A., Hernández, M. y Silva, O. (2021). ¿Cuál es el tamaño muestral adecuado para validar un cuestionario? *Nutrición Hospitalaria*, 38 (4), 877-878.
<https://dx.doi.org/10.20960/nh.03633>
- Roy-García, I., Rivas-Ruiz, R., Pérez-Rodríguez, M. y Palacios-Cruz, L. (2019). Correlación: no toda correlación implica causalidad. *Revista alergia México*, 66 (3), 354-360.
<https://doi.org/10.29262/ram.v66i3.651>
- Ruiz-Vargas, J. (1988). Vulnerabilidad, alto riesgo y prevención de la esquizofrenia. *Estudios de Psicología*, 36, (1) 129-144. [Dialnet-VulnerabilidadAltoRiesgoYPrevencionDeLaEsquizofren-66027.pdf](https://doi.org/10.1016/S0214-1625(88)70027-9)
- Sánchez, H., Reyes, C. y Mejía, K. (2018). *Manual de términos en investigación científica, tecnológica y humanística*. Universidad Ricardo Palma.
<https://www.urp.edu.pe/pdf/id/13350/n/libro-manual-de-terminos-en-investigacion.pdf>
- Valencia, P. y Sam, M. (2016). *Cuestionario Revisado de Emoción Expresada Familiar*. Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado-Hideyo Noguchi, Departamento de Rehabilitación, Lima, Perú.
- Vaughn, C. y Leff, J. (1976). The Measurement of Expressed Emotion in the Families of Psychiatric Patients. *British Journal Clinical Psychological*, 15, (1) 157-165.
<https://doi.org/10.1111/j.2044-8260.1976.tb00021.x>

- Ventura-León, J. y Caycho-Rodríguez, T. (2017). El coeficiente omega: Un método alternativo para la estimación de la confiabilidad. *Revista latinoamericana de Ciencias Sociales*, 15 (1), 625-627. <https://www.redalyc.org/pdf/773/77349627039.pdf>
- Vizcarro, C. y Arévalo, J. (1987). Emoción expresada: Introducción al concepto, evaluaciones e implicaciones pronosticas y terapéuticas. *Estudios en Psicología*, 7, (1) 87-109. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=65969>
- Weintraub, M., Hall, D., Carbonella, J., Weisman, A. y Hooley, J. (2015). Integrity of Literature on Expressed Emotion and Relapse in Patients with Schizophrenia Verified by a p-Curve Analysis. *Family Process*, 56 (2), 436-444. <https://doi.org/10.1111/famp.12208>
- Yimam, B., Soboka, M., Getachew, Y., Alemu, B., Ahmed, G., Tesfaye, E. y Necho, M. (2022). Expressed emotion of caregivers among schizophrenic patients visiting Jimma University Medical Center Psychiatry Outpatient Unit, Southwest Ethiopia. *Annals of General Psychiatry*, 21(27), 1-10. <https://doi.org/10.1186/s12991-022-00404-3>
- Zanetti, A., Giaccherio, K., Gherardi-Donato, E., Frari, S., Dos Santos, I., De Sousa, L. y Inocenti, A. (2018). Emoción expresada de familiares y recaídas de pacientes con diagnóstico de esquizofrenia. *Revista da cola de Enfermagem da USP*, 52, (1) 1-7. <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2016042703330>
- Zubin, J. y Spring, D. (1977). Vulnerability: A new view of Schizophrenia. *Journal of Abnormal Psychology*, 86 (2), 103-126. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.86.2.103>

IX ANEXOS

Anexo A

CONSENTIMIENTO PARA PARTICIPAR EN UN ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN

Institución: Universidad Nacional Federico Villarreal

Investigador: Crystian Melgar Celis

Propósito del Estudio:

Lo estamos invitando a participar en un estudio llamado: “Emoción expresada en cuidadores principales de pacientes con esquizofrenia de un Centro de Salud Mental de Lima Norte”. Este es un estudio desarrollado por un estudiante de XII ciclo de la Universidad Nacional Federico Villarreal. Estoy realizando este estudio para conocer las características de la Emoción Expresada en cuidadores/ familiares de pacientes con esquizofrenia del Centro de Salud Mental Carabayllo.

Procedimientos:

Si usted acepta participar en este estudio se realizarán el siguiente procedimiento:

Se le solicitará responder las preguntas de un cuestionario llamado: “Cuestionario Revisado de Emoción Expresada Familiar”, en donde usted encontrará una serie de afirmaciones referentes a sus pensamientos y sentimientos en diferentes situaciones.

Riesgos:

La resolución del cuestionario no representa ningún tipo de riesgo a su persona.

Beneficios:

Usted se beneficiará respecto a la satisfacción de contribuir con el conocimiento científico.

Costos e incentivos

Usted no deberá pagar nada por participar en el estudio. Igualmente, no recibirá ningún incentivo económico ni de otra índole, únicamente la satisfacción de colaborar a un mejor entendimiento del comportamiento de la emoción expresada en los cuidadores principales.

Confidencialidad:

No se mostrará ninguna información que permita la identificación de las personas que participan en este estudio.

Derechos del paciente:

Si usted decide participar en el estudio, puede retirarse de éste en cualquier momento, o no participar en una parte del estudio sin perjuicio alguno.

CONSENTIMIENTO

Acepto voluntariamente participar en este estudio, comprendo que cosas me van a pasar si participo en el proyecto, también entiendo que puedo decidir no participar y que puedo retirarme del estudio en cualquier momento.

Participante

Investigador

Anexo B

FICHA SOCIODEMOGRÁFICA DEL CUIDADOR Y EL PACIENTE
(ELABORACIÓN PROPIA)

DATOS DEL CUIDADOR

1) Sexo:

2) Edad:

3) Estado civil:

- Soltero ()

-Casado ()

-Viudo ()

- Divorciado ()

4) Grado de instrucción:

-Primaria ()

-Secundaria ()

Superior/Técnico ()

5) Parentesco:

-Padre/madre ()

-Pareja ()

-Hijos ()

-Otros familiares ()

6) Tipo de familia:

- Monoparental

-Nuclear

-Extensa

-Reconstituido

DATOS DEL PACIENTE

1) Sexo:

2) Edad:

3) Tiempo de tratamiento

- 1 a 2 años ()

- 2 a 4 años ()

- 5 a 6 años ()

4) Tiempo de enfermedad

- 1 a 5 años ()

- 6 a 10 años ()

- Mayor a 10 años ()

Anexo C

Cuestionario Revisado de Emoción Expresada del Familiar (CREEF)

En este cuestionario, encontrará situaciones que pueden presentarse cuando hay un familiar con trastorno mental en casa. Trate de recordar sus propias reacciones y sentimientos ante dichas situaciones y marque la opción que mejor refleje su experiencia. Por favor, conteste de la forma más sincera posible, ya que sus respuestas nos permitirán ayudarle a mejorar la relación que tiene con su familiar. En cada caso, marque con un aspa (X) el casillero que mejor describa su respuesta. Deberá decidir entre las siguientes opciones: CASI NUNCA, A VECES y CASI SIEMPRE.

	CASI NUNCA	A VECES	CASI SIEMPRE
1. Me da pena que mi familiar tenga que hacer las cosas por sí solo.			
2. Cuando veo a mi familiar enfermo encerrado en su cuarto, lo regaño para que ayude en casa.			
3. He renunciado a cosas importantes con la finalidad de poder ayudarlo(a).			
4. Por la enfermedad de mi familiar la vida ya no es la misma, por eso procuramos apartarlo.			
5. El saber que la enfermedad de mi familiar solo es controlable indefinidamente me irrita y me fastidia.			
6. Me da miedo dejar a mi familiar solo por su cuenta.			
7. Procuro hacerle sentir vergüenza a mi familiar enfermo para que deje de hacer algunas cosas desagradables.			
8. Siento cólera cuando mi familiar enfermo no se da cuenta de que las cosas que hace me fastidian, a pesar de que se lo digo.			
9. Tengo que hacer todo por mi familiar enfermo porque no sabe lo que hace.			
10. Cuando algo me molesta de él/ella, yo me lo guardo para mí mismo(a).			
11. Cada vez que puedo le saco en cara a mi familiar enfermo todo lo que me hace sufrir.			
12. Me irrita cuando veo a mi familiar desganado.			
13. Me fastidia el poco interés de mi familiar frente a los problemas de la casa.			
14. Cuando mi familiar intenta realizar algo en casa, yo se lo hago.			
15. Cuando converso con mi familiar, termino molestándome por lo confuso de su conversación.			
16. Lloro frente a él/ella por las cosas que este(a) hace.			
17. Por la tranquilidad de mi familia prefiero mantener a mi familiar enfermo encerrado en su cuarto.			

	CASI NUNCA	A VECES	CASI SIEMPRE
18. Tengo cuidado de que a donde vaya mi familiar lo haga acompañado.			
19. Estoy muy preocupado por él/ella.			
20. Me da cólera que mi familiar no entienda claramente lo que le quiero decir.			
21. En casa estoy al pendiente de lo que pueda necesitar mi familiar enfermo.			
22. Sigo pensando en las razones por las que enfermó.			
23. Por culpa de mi familiar enfermo, no consigo los beneficios que merezco.			
24. Me molesta que mi familiar se descuide en su vestido y en su higiene.			
25. Pienso a menudo qué va a ser de él/ella.			
26. Soy riguroso(a) en el trato con mi familiar.			
27. Desde que se inició la enfermedad de mi familiar tengo que cuidarlo siempre.			
28. No puedo dormir a causa de él/ella.			
29. La situación o las continuas recaídas de mi familiar me han llegado a cansar tanto que siento ganas de internarlo o pedirle que se vaya a otro lado.			
30. Me molesta que mi familiar no se valga por sí mismo.			
31. Mi responsabilidad es hacer que mi familiar permanezca tranquilo en casa.			
32. Tiendo a descuidarme a mí mismo(a) por él/ella.			
33. Percibo mis propias necesidades como menos importantes.			
34. La enfermedad de mi familiar es la responsable de que aparezcan o aumenten los problemas en casa.			
35. Ya no puedo hacer nada por la enfermedad de mi familiar, es un caso perdido.			

POR FAVOR, COMPRUEBE QUE NO HA DEJADO NINGUNA PREGUNTA SIN RESPONDER.