Salud Mental 2011;34:111-120

Funcionamiento familiar, creencias e inteligencia emocional en pacientes con trastorno obsesivo-compulsivo y sus familiares

María Teresa López Jiménez,[1] María Isabel Barrera Villalpando,[1] José F. Cortés Sotres,[1]
Metzi Guines, Martha Jaime L

Artículo original

SUMMARY

Mental health problems, specifically mental disorders, develop from a complex system and not from a single cause. Obsessive-compulsive disorder (OCD) affects more than 2% of the population and generally the course of the illness is insidious and chronic. When functioning adequately, family constitutes a very important resource to face health problems and to help to improve the patient's life quality. This is the reason why it is important to underline the relevance of a stable, good functioning of the family system aimed at attaining an optimal development of all its members. Such development may be hindered by the family's incapability to modify functioning patterns at crucial moments when they are trapped in a series of inadaptable interactions which prevent to give specific solutions to the problems that are appearing, and when reporting, within a context of expressed emotion, an emotional over-involvement and high levels of hostility and criticism towards the member with OCD. Family accommodation is a phenomenon typical of families where the identified patient exerts a control based on aggressiveness when his/her wishes are not rewarded within the group. There are very few researches on the functioning of families of patients diagnosed with obsessive-compulsive disorder. Generally, these researches are related with the partially negative effects that the interactions have on the behavior of patients and their relatives by preventing or hindering the development of the subject's system.

The accordance between the patient's emotional regulation or emotional intelligence and their relatives has not been studied. On the other hand, the knowledge of the beliefs that relatives hold regarding the illness may be related with the functioning of the group as a family, whereas beliefs will provide consistency to family life because they provide continuity between past, present and future. They are also a way to address new and ambiguous situations such as mental illness.

This is the reason why getting to know these family systems may allow elaborating more specific and effective intervention programs for groups and families.

Objective

To determine the family types through a member identified with obsessive-compulsive disorder; to compare the emotional intelligence profile between patients and relatives according to the perceived type of family; to compare the relatives' beliefs toward the illness according to the perceived type of family.

Material and methods

A sample of patients and their families with obsessive-compulsive disorder was obtained from those who were sent by the doctor in charge of their treatment to participate in a model of group therapy for OCD, consisting of cognitive behavioral theory, practices and psychoeducation. During the first session patients and their relatives answered the following instruments: Family Adjustment and Cohesion scales (FACES-II) by Olson, Profile of Emotional Intelligence (PIEMO) by Cortés et al., Beck Inventory of Anxiety. Relatives answered too the Beliefs and Attributions Questionnaire by Salorio et al. In addition, data on family structure was complied. The sample was constituted by 48 patients and 61 relatives. All instruments were self-applied. Once that the type was obtained according to the Olson's circumflex model, the emotional profile, the anxious and the depressive symptoms were compared through factorial 2x3 ANOVA. Beliefs and attributions were compared through simple ANOVA.

Results

Three types of families were determined as follows: high cohesion with chaotic standards for expressing emotions and ideas; high cohesion with a rigid expression of ideas and emotions; low cohesion with a little expression of ideas and emotions. Different profiles of emotional intelligence were found not only for patients but also for relatives, in each family type. Families with high cohesion and high adjustment appear as most emotionally intelligent, less anxious and depressed, and with beliefs more attuned to reality. This type of family function was the less frequent.

For beliefs and illness attributions, it was observed that comprehension of the disorder increases in proportion to a higher family adaptation, while the tendency of family members to experience feelings of guilt either towards themselves or towards the patient is decreased. As a result, the perception of experiencing the patient's illness as a nuisance disappears.

With regard to the results of the Beck scales, family members perceived a high cohesion and low adaptation had higher scores for depression and anxiety. In patients who show high levels of depression

[1] Dirección de Servicios Clínicos. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente.

Correspondnecia: Lic. María Teresa López Jiménez. Dirección de Servicios Clínicos, Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente. Calz. México-Xochimilco 101, San Lorenzo Huipulco, Tlalpan, 14370, México, DF. E.mail: maytelo@imp.edu.mx

Recibido primera revisión: 19 de octubre de 2006. Segunda versión: 6 de diciembre de 2010. Aceptado: 22 de diciembre de 2010.

and anxiety perceive family functioning as a rigid structure, with little prospect of change and interaction that prevents growth (high cohesion, low adaptation), and in those perceived isolation, without significant emotional ties with other family members and with the rigidity that prevents problem situations.

Conclusions

The results obtained are congruent with Olson's statements in regard to family functioning in the specific case of obsessive- compulsive disorder; these findings permit to understand the family dynamics which may typify the symptoms in the identified patients, and also to explain the adjustment situation described in literature. Family intervention is justified, stressing the handling of emotions as an important element to be considered in order to obtain higher therapeutic benefits for the patient.

This study found differences in adjustment between patients and their families, do not perceive the need for flexibility in the operation of the system to find solutions that do not perpetuate and sustain interactions that reinforce symptoms.

As for depression and anxiety, similar levels in either condition may be observed, thus confirming the close relationship between both. It was found that in patients and relatives, higher levels of family adaptation correspond to lower levels of depressive and anxious symptoms.

One of the first approaches to the dynamics of these systems must be headed towards the family systems of beliefs, as the ideas that family members hold regarding the importance of their participation in the whole process of the illness has an impact in its course. Many families have rigid systems that make them more vulnerable to the fluctuations that this illness presents since for their members it is important and decisive to have control over the ailment. Families with flexible systems of beliefs are more prone to experience losses with a feeling of acceptance and therefore it is easier for them to let their members to implement changes in their functioning, thus compensating and overcoming their limitations. In this sense it is important to attain a therapeutic collaboration relationship that may create within the family a sense of realistic control and may help also to put into action the system's capabilities to promote improvement. This idea allows for openness in the system that may lead it to consider that there are more efficient operational measures that those applied to date.

Key words: Family functioning, emotional intelligence, OCD, beliefs about illness.

RESUMEN

Los problemas de salud mental y específicamente los trastornos mentales se desarrollan a partir de un complejo sistema biopsicosocial y difícilmente se puede identificar una causa única. El trastorno obsesivo compulsivo (TOC) afecta a más de 2% de la población y en general el curso de la enfermedad es insidioso y crónico. La familia es un importante recurso para enfrentar los problemas de salud y facilitar el mejoramiento de la calidad de vida del paciente, cuando su funcionamiento es adecuado. Existen pocas investigaciones realizadas sobre el funcionamiento de las familias de pacientes diagnosticados con trastorno obsesivo-compulsivo. Generalmente estas investigaciones están relacionadas con los efectos potencialmente negativos que dichas interacciones tienen en las conductas de pacientes y familiares que impiden u obstaculizan el desarrollo del sistema y de los individuos. La concordancia de la regulación emocional o inteligencia emocional de los pacientes y sus familiares no ha sido estudiada. Por otra parte el conocimiento de las creencias sobre la enfermedad por parte de los familiares puede estar relacionado con el funcionamiento del grupo como familia. Es por ello que el conocimiento de estos sistemas familiares podrá permitir estructurar programas de intervención grupal o familiar más específicos y eficaces.

Objetivo

Determinar la tipología de las familias con un miembro identificado con trastorno obsesivo compulsivo, comparando tres aspectos: 1) El perfil de inteligencia emocional entre pacientes y familiares según el tipo de familia percibido. 2) La ansiedad y depresión entre pacientes y familiares según el tipo de familia percibido y 3) Las creencias de los familiares hacia la enfermedad según el tipo de familia percibido.

Material y métodos

Se obtuvo una muestra de pacientes y sus familiares con trastorno obsesivo compulsivo (TOC) los que fueron enviados por su médico tratante a participar en el modelo terapéutico grupal para TOC, que consiste en Teoría y Técnicas cognitivo conductuales y psicoeducativas. Durante la primera sesión los pacientes y sus familiares acompañantes contestaron los siguientes instrumentos: Escala de cohesión y adaptación familiar (FACES-II) de Olson et al., Perfil de Inteligencia Emocional (PIEMO 2000) de Cortés et al., Inventario de Ansiedad de Beck, Inventario de depresión de Beck. Los familiares contestaron además el Cuestionario de Creencias y Atribuciones sobre la enfermedad de Salorio et al. Además se recabaron datos sobre la estructura familiar. La muestra se conformó por 48 pacientes y 61 familiares. Todos los instrumentos fueron autoaplicados. Una vez obtenida la tipología según el modelo circumplejo de Olson se compararon el perfil emocional y los síntomas ansiosos y depresivos por medio de ANOVA factorial 2x3. Las creencias y atribuciones se compararon por medio de ANOVA simple.

Resultados

Se determinaron tres tipos de familia:

1. Las de alta cohesión con lineamientos caóticos para la expresión de emociones e ideas.
2. Las de alta cohesión con rigidez en la expresión de ideas y emociones y
3. Las de baja cohesión con escasa expresión de ideas y emociones. Se encontraron perfiles de inteligencia emocional diferentes tanto para pacientes como para familiares en cada uno de los tipos de familia. Las familias con alta cohesión y adaptación se manifiestan como las más inteligentes emocionalmente, menos ansiosas y deprimidas y con creencias más apegadas a la realidad. Sin embargo, este grupo fue el menos frecuente.

Conclusiones

Los resultados obtenidos son coherentes con los planteamientos de Olson en relación al funcionamiento de las familias. En el caso específico del trastorno obsesivo-compulsivo estos hallazgos permiten entender la dinámica familiar que pudiera caracterizar el mantenimiento de la sintomatología en los pacientes identificados. La intervención familiar es un elemento importante a considerar para obtener mayores beneficios terapéuticos para el paciente.

Palabras clave: Funcionamiento familiar, inteligencia emocional, TOC, creencias sobre la enfermedad.

INTRODUCCIÓN

El estudio de la salud y la enfermedad se ha orientado hacia una nueva línea que toma en cuenta el ciclo vital, al considerar que la exposición a experiencias y entornos nocivos se va acumulando a lo largo de toda la vida, aumentando el riesgo de enfermedad y muerte prematura.

Las enfermedades que representan un alto impacto en la vida de las personas y un problema de salud pública, son resultado de factores que interactúan entre sí formando un complejo sistema biopsicosocial.

Durante el último siglo la esperanza de vida del hombre ha aumentado considerablemente, no obstante, las enfermedades mentales han adquirido una mayor dimensión. No son mortales por sí mismas, pero provocan discapacidades prolongadas. Se estima que para el año 2020 las enfermedades mentales ocuparán el segundo lugar como generadoras de más años de discapacidad (AVAD) en la vida productiva de las personas.[1]

En la sociedad moderna aquellos grupos que tradicionalmente apoyaban a sus miembros más necesitados por medio de los vínculos familiares y sociales, actualmente se ven limitados para ejercer sus roles culturales tradicionales provocando dificultades importantes en los procesos de atención y tratamiento de las enfermedades crónicas. En los padecimientos psiquiátricos suelen presentarse más dificultades por los tabúes y mitos relacionados con ellas.[2]

Una de estas condiciones clínicas psiquiátricas es el trastorno obsesivo-compulsivo, que fue identificado por primera vez en 1838 por Esquirol, quien lo situó en el contexto de las locuras parciales o monomanías. Años después los alienistas franceses lo ubicaron en el plano de las locuras: *folie de doute*, de Falret; *délire de toucher*, de Legrand du Saulle, *folie lucide*, de Trélat. Posteriormente este trastorno fue catalogado como neurosis de origen emocional y se le definió como la expresión de una lesión funcional del Sistema Nervioso vegetativo, como postuló Morel, debido a causas psicodinámicas según la teoría de Freud, o como una psicastenia de base psicofisiológica como lo propuso Janet. En la segunda mitad del siglo XX se le clasificó como un trastorno de ansiedad (DSM-IV)[3] y dentro de los trastornos neuróticos secundarios a situaciones estresantes (CIE-10).

Es común que las personas que padecen esta enfermedad traten de ocultarla, por lo que suele pasar mucho tiempo antes de que reciban ayuda profesional. Se estima que la media de tiempo de espera antes de buscar ayuda psiquiátrica es de 7.5 años. Algunos pueden mantener sus síntomas obsesivo-compulsivos bajo control durante las horas de trabajo o escuela, pero la resistencia puede debilitarse con el paso de los meses o los años; cuando esto ocurre los síntomas pueden ser tan graves que toman posesión de la vida de los enfermos, lo que impide que continúen desempeñando actividades fuera del hogar.[4]

De acuerdo a la encuesta realizada en la década de los ochenta por el National Institute of Mental Health, se encontró que el TOC afecta a más del 2% de la población norteamericana, lo que significa que es más común que otras enfermedades mentales graves como la esquizofrenia, el trastorno bipolar o los ataques de pánico. Estudios epidemiológicos más recientes han estimado una prevalencia global del 2.5% en tanto que la prevalencia anual la sitúan entre 1.5% y 2.1%.[4,5]

Funcionamiento familiar

La familia es considerada como uno de los más importantes sistemas que favorecen la salud y facilitan el mejoramiento de la calidad de vida. Sin embargo, cuando su funcionamiento se altera debido a situaciones emergentes o a la presencia de un miembro identificado con el padecimiento, se requiere que el sistema familiar sea asistido y capacitado para afrontar los requerimientos en el ámbito individual (cada miembro de la familia), grupal (la familia como un todo) y social (las relaciones del grupo con su entorno).[6]

Diversos modelos de evaluación hacen hincapié en dos términos: adaptación y cohesión. Baldwin plantea, en su modelo McMaster, que la función primordial de la familia es conservar el equilibrio de sus miembros adaptándose a las diversas etapas y enfrentando los problemas para lograr soluciones efectivas. Minuchin[7] basa su modelo estructural en la idea de que la familia es un sistema que opera por medio de pautas transaccionales como son la forma, el cuándo y con quién relacionarse, centrándose en las expectativas de los diversos miembros de la familia de acuerdo con el grado de cohesión que guardan entre sí.

Cada uno de estos modelos enfatiza la importancia que tiene la estabilidad y buen funcionamiento del sistema familiar para lograr un óptimo desarrollo de sus miembros. Este desarrollo puede verse obstaculizado por la incapacidad de la familia para modificar sus patrones de funcionamiento en los momentos de crisis, por lo que quedan atrapadas en interacciones mal adaptativas que no les permiten dar soluciones definitivas a los problemas que están presentando.

Olson[8] desarrolló el modelo circumplejo por la necesidad de integrar los variados conceptos existentes en terapia familiar y estructurar un modelo de evaluación del funcionamiento de la familia utilizando para ello los conceptos de cohesión y adaptación. «La definición de cohesión en este modelo tiene dos componentes: los lazos emocionales que tienen los miembros de una familia entre sí y el grado de autonomía individual que un miembro experimenta en el sistema; la cohesión es la capacidad del sistema para tomar decisiones en grupo y darse soporte mutuamente. En cuanto a la adaptabilidad, se define ésta como la habilidad de un sistema familiar para cambiar su estructura en respuesta a determinadas circunstancias que provocan tensiones y por situaciones propias de su desarrollo».[9,10]

Este modelo de evaluación ha sido utilizado para identificar características de funcionamiento familiar en diferentes padecimientos. Las investigaciones realizadas sobre el funcionamiento de las familias de pacientes diagnosticados con trastorno obsesivo-compulsivo se han focalizado en dos temas principales: las que están relacionadas con el grado de acomodación que las familias tienen a los síntomas del paciente y las que reportan, bajo el contexto de la emoción expresada, una sobreinvolucración emocional y altos niveles de hostilidad y crítica hacia el miembro con TOC.[11]

Regulación emocional

La regulación de la emoción se define como la capacidad de responder a las demandas del medio ambiente con la gama de emociones que resulte socialmente tolerable y suficientemente flexible para permitir reacciones espontáneas, así como la capacidad para retrasar reacciones según lo requerido por la situación.

Cuando el estilo de la emoción de una persona es dominado desproporcionadamente por un detalle, puede ser que la persona tenga dificultad para percibir otras experiencias o expresar otras emociones. La dominancia de un solo detonador emocional refleja un grado máximo de desregulación. Gadner,[12] al hablar de las inteligencias personales, se refiere básicamente al acceso a la propia vida sentimental así como al desarrollo de los aspectos internos de una persona, discriminando las situaciones para involucrarse o retirarse de diversas situaciones. La inteligencia intrapersonal es la capacidad de formar un modelo preciso y realista de uno mismo, así como de tener la habilidad de usar ese modelo para operar eficazmente en la vida, e incluye las capacidades para discernir y responder adecuadamente al humor, el temperamento, las motivaciones y los deseos de los demás. Mientras que la inteligencia interpersonal es la capacidad para comprender a los demás. A partir de esta formulación el concepto de regulación emocional, que une la inteligencia interpersonal y la intrapersonal se transforma en inteligencia emocional.

Salovey y Mayer[13] definen la inteligencia emocional como la habilidad para monitorear los sentimientos y las emociones propias y las de los demás, para discriminar entre ellas y utilizar esta información como guía de los pensamientos y las acciones.

En el Trastorno Obsesivo-Compulsivo se han descrito algunas de las dificultades que presentan aquellos que lo padecen, en relación a la identificación (habilidades intrapersonales) y expresión (interpersonales) de pensamientos y emociones, circunstancias que contribuyen al aislamiento social y a la pérdida de confianza que frecuentemente los incapacita para la vida productiva.[14]

Creencias sobre la enfermedad mental

Todos los seres humanos, como integrantes de una familia y de otros sistemas, desarrollamos un sistema de creencias que determinan nuestras pautas de comportamiento en relación con los desafíos comunes de la vida.[15] Las creencias le brindan coherencia a la vida familiar porque facilitan la continuidad entre el pasado, el presente y el futuro. También proponen un modo de abordar las situaciones nuevas y ambiguas como, por ejemplo, una enfermedad grave.

En el momento de un diagnóstico médico, el principal desafío evolutivo con que se enfrenta la familia es la creación de un significado para la enfermedad. Un significado que fomente un sentimiento de capacidad y control en un contexto de pérdida parcial, posibilidad de mayor deterioro físico, mental o muerte.

Kleinman[15] describe tres niveles de significado en relación con las afecciones físicas: 1) *La dimensión biológica* se refiere a una descripción e interpretación exclusivamente biomédica de la afección del paciente. 2) *La dimensión simbólica de la enfermedad* representa la «manera en que la persona enferma y los miembros de la familia perciben los síntomas y la discapacidad, conviven con ellos y les dan respuesta». 3) *La dimensión social* representa la asociación de significados que han quedado asociados a un problema físico como resultado de fuerzas sociales, macrosociales, económicas, políticas o institucionales. Las creencias que una familia tiene acerca de lo que es normal o anormal, la importancia que le atribuye a la conformidad y a la excelencia en relación con la familia tienen consecuencias de largo alcance para la adaptación a las enfermedades crónicas (Rolland, Walsh).[16] Los valores familiares que permiten presentar un problema sin autodenigrarse por ello, les dan a la familia una clara ventaja cuando aparecen enfermedades crónicas, ya que les permiten utilizar ayuda externa y mantener una identidad positiva. Cuando el pedir ayuda es calificado de vergonzoso y considerado una muestra de debilidad, este tipo de adaptación se socava. Las familias perfeccionistas y con fuertes creencias en los grandes logros tienden a equiparar la normalidad con lo óptimo, a definir normalidad o buen funcionamiento familiar en función de circunstancias ideales o libres de problemas.[17,18]

No se ha reportado en pacientes con trastorno obsesivo-compulsivo la evaluación del funcionamiento familiar desde la perspectiva de la cohesión y la adaptación, su relación con la inteligencia emocional en los miembros de la familia y el sistema de creencias de los familiares sobre la enfermedad.[19]

En el presente estudio se relaciona el funcionamiento familiar desde la perspectiva del Modelo Circumplejo de Olson[20] con la Inteligencia Emocional de pacientes y familiares y las creencias sobre la enfermedad prevalecientes en el cuidador primario.

METODO

Participantes

Participaron en el estudio pacientes con diagnóstico de trastorno obsesivo-compulsivo de acuerdo a los criterios del DSM-IV-TR y sus familiares. Los pacientes se reclutaron entre aquellos enviados por su médico tratante a recibir terapia de grupo cognitivo-conductual y que expresaron su consentimiento informado para participar en el estudio. La muestra quedó integrada por 48 pacientes (Edad: 25.0±9.4 años) y 61 familiares (Edad: 47.7±11.5 años). Las familias de los pacientes estaban formadas por 4.2±1.3 miembros. En el cuadro 1 se describen las características sociodemográficas de la muestra (cuadro 1).

Tipo de estudio

Se trata de una investigación descriptiva, comparativa y transversal.

Variables

Las variables en estudio son:

- Tipología Familiar según el modelo Circumplejo de Olson,[9] con las dimensiones:
  - Adaptación
  - Cohesión

Cuadro 1. Variables sociodemográficas: género, escolaridad, ocupación, estado civil, subsistema familiar por pacientes y familiares y con quien vive el paciente

	Pacientes		Familiares	
Variable	n	%	N	%
Género				
Femenino	17	35.4	41	67.2
Masculino	31	64.6	20	32.8
Escolaridad				
Primaria	1	2.1	10	16.4
Secundaria	9	18.8	11	18.0
Media superior	27	56.3	24	39.3
Superior	11	22.9	16	26.2
Ocupación				
No	21	43.8	1	1.6
No – con remuneración			6	9.8
Sí	3	6.3	30	49.2
Sí – sin remuneración	24	50.0	24	39.3
Estado civil				
Sin pareja	44	91.7	16	26.2
Con pareja	4	8.3	45	73.8
Subsistema familiar				
Filial	45	93.8	7	11.5
Parental	1	2.1	52	85.2
Conyugal	2	4.2	2	3.3
Vive con el paciente				
No			4	6.6
Sí			57	93.4

- Inteligencia emocional con las siguientes escalas: Inhibición de impulsos, empatía, optimismo, habilidades sociales, expresión emocional, percepción de logro, autoestima, nobleza.
- Creencias y atribuciones sobre la enfermedad
- Ansiedad
- Depresión

Instrumentos

Escala de cohesion y adaptación familiar (FACES II)

La escala de evaluación de cohesión y adaptación familiar (FACES II) es un instrumento de 30 reactivos que es utilizado para evaluar la percepción de dos dimensiones generales: la cohesión y la adaptación. Este instrumento fue desarrollado y utilizado por Olson y Russel.[9]

Este instrumento evalúa el grado de cohesión a partir de variables específicas como son: independencia, lazos familiares, coaliciones, tiempo, espacio, amigos, toma de decisiones, intereses y recreaciones. La adaptación se evalúa a partir de: la estructura familiar, el poder, la asertividad, el control, las formas y estilos de negociación, los roles, las reglas de relación y la retroalimentación tanto positiva como negativa.

De acuerdo con la calificación, las familias son ubicadas dentro del modelo circumplejo en alguno de los niveles de cada dimensión. Para la cohesión existen las categorías: desvinculada, separada, conectada y amalgamada. Para la adaptación se consideran las categorías: rígida, estructurada, flexible y caótica. La combinación de los cuatro niveles de cohesión y las cuatro dimensiones de la adaptación proporciona una matriz de 16 diferentes posibles tipos de familia, de los cuales los cuatro centrales son los que se refieren a un mejor funcionamiento familiar y los cuatro externos los que indican problemas agudos en la familia.

Perfil de inteligencia emocional (PIEMO)

El instrumento desarrollado por Cortés et al.[21] permite tener una medición de la inteligencia emocional en ocho escalas que conforman un perfil. Las escalas son: *Inhibición de impulsos*, que refleja la habilidad que tiene una persona para controlar el comportamiento impulsivo; *Empatía*, es la capacidad de los sujetos para sentir, comprender e identificar las emociones de los otros; *Optimismo*, es la actitud positiva que presentan los sujetos ante la vida; *Habilidad social*, se refiere a la capacidad de una persona para relacionarse con otras en situaciones convencionales; *Expresión emocional*, capacidad del sujeto para manifestar sus emociones, afectos y sentimientos; *Reconocimiento de logro*, capacidad de reflexión y autocrítica hacia los propios actos; *Autoestima*, se refiere a la capacidad para reconocer la auto eficacia ante diversas situaciones; *Nobleza*, es la intención de actuar en beneficio de los demás, aceptándolos sin intentar dominarlos.[21,22]

Cuestionario de creencias y atribuciones en relación con la enfermedad

Desarrollado por Salorio et al.[23] consta de 19 reactivos que investigan atribuciones y actitudes que tienen los familiares o cuidadores sobre la anorexia nervosa. En esta investigación se utilizaron sólo 14 reactivos, se eliminaron aquellos relacionados propiamente con la anorexia y se generalizaron los demás a cualquier tipo de padecimiento crónico.

Inventario Beck de ansiedad

Desarrollada por Beck,[24] la versión traducida al español de este Inventario se considera una escala válida y confiable para evaluar la sintomatología de ansiedad en población mexicana, tanto psiquiátrica como normal. Consta de 21 reactivos que conforman cuatro factores: a) subjetivo, b) neurofisiológico, c) autonómico y d) pánico.[25]

Inventario de depresión de Beck

Desarrollado por Beck,[26] es un instrumento con 21 reactivos que mide depresión; puntajes por arriba de 13 puntos indican la presencia de depresión y puntajes por arriba de 21 especifican depresión mayor.[25]

Procedimiento

Durante la primera sesión del grupo de terapia cognitivo-conductual para TOC, se realizó la invitación a los pacientes y sus familiares para responder los siguientes cuestionarios: Escala de cohesión y adaptación familiar (FACES-II) de Olson et al., el Perfil de inteligencia emocional (PIEMO 2000) de Cortés et al.,[21] y los Inventarios de ansiedad y depresión de Beck. Además de estos instrumentos, los familiares también respondieron el Cuestionario de Creencias y Atribuciones sobre la enfermedad de Salorio et al. Se recabó igualmente información sobre la estructura familiar. Todos los instrumentos fueron autoaplicables.

Análisis estadístico

Una vez obtenida la tipología según el modelo circumplejo de Olson[8] se compararon el perfil emocional por medio de ANOVA factorial 2x3; los síntomas ansiosos y depresivos con la prueba de ANOVA factorial 2x2. Las creencias y atribuciones se compararon por medio de χ^2.

Cuadro 2. Medias y desviaciones de las escalas de Cohesión y Adaptación Familiar de FACES II por pacientes y familiares

	Pacientes		Familiares			
Variable	Media	D.E.	Media	D.E.	F	p
Cohesión	51.7	12.1	56.7	10.6	5.18	0.025
Adaptación	45.4	12.6	47.8	9.8	1.23	0.269

RESULTADOS

Tipología familiar

En la escala de cohesión se encontraron diferencias significativas entre los pacientes y sus familiares, mostrándose mayor percepción de la cohesión en los familiares [F(1, 105)=5.18, p=0.025]. En la escala de adaptación no se encontraron diferencias entre pacientes y sus familiares [F(1, 105)=1.23, p=0.26.9] (cuadro 2).

El tipo de familia que más predominó fue el caracterizado por baja adaptación y alta cohesión, en 41.7% de los pacientes y el 70.5% de los familiares. Por otra parte la baja adaptación y baja cohesión predominaron en la percepción de los pacientes con el 39.6% a diferencia del 21.3% de los familiares. Las diferencias anteriores muestran que los familiares perciben a sus familias más amalgamadas y rígidas en comparación con la percepción de los pacientes. La alta adaptación y alta cohesión caracterizó a los pacientes con el 18.8% a diferencia del 8.2 de los familiares [$\chi^2(2)=9.25$, p=0.0098] (figura 1).

La comparación de los perfiles de Inteligencia Emocional mostró diferencias significativas en: pacientes *vs.* familiares, donde los pacientes presentan menor inteligencia emocional [F(1, 101)=29.90, p<0.001]. También se observan diferencias entre los tres tipos de funcionamiento familiar detectados: En las familias con menor cohesión y adaptación se identificaron perfiles emocionales más pobres; las características del perfil mejoran cuando en las familias existe una mayor habilidad de adaptación, y las calificaciones más altas de inteligencia emocional se encontraron cuando la adaptación o la cohesión son altas

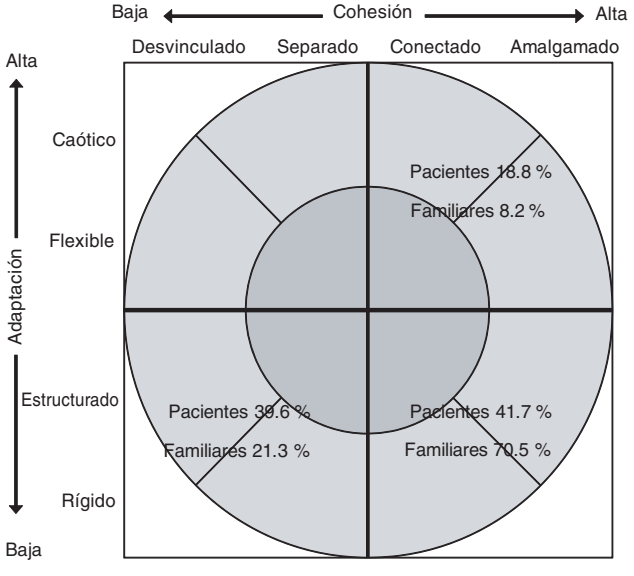

Figura 1. Distribución de los pacientes y familiares en el Modelo Circumplejo de Olson por cuadrante, según la percepción del funcionamiento familiar.

[F(2, 101)=13.14, p<0.001]. La interacción paciente-familiar *vs.* tipo de familia mostró tendencia a la significancia [F(2, 101)=2.26, p=0.10], siendo el grupo de baja cohesión y adaptación el que presenta mayor divergencia entre pacientes y sus familiares en el perfil de inteligencia emocional. La diferencia en los perfiles de los pacientes comparados con sus familiares es menos divergente a medida que aumenta la calidad del funcionamiento familiar (cuadro 3 y figura 2).

En cuanto al sistema de creencias y atribuciones hacia la enfermedad hay que destacar que las familias con mayores niveles de adaptación y cohesión tienen más claridad respecto de la etiología, consideran el tratamiento farmacológico esencial para lograr que el padecimiento mejore y se encuentran más dispuestos a brindar apoyo a sus pacientes, tienden a sentirse menos culpables y con mejores expectativas sobre su mejoría, presentan menos temor ante la posibilidad de que el paciente pueda dañarlos o dañarse a sí mismo y las dificultades que el paciente presenta para tener una vida productiva no son identificadas como una falta de responsabilidad (cuadros 4 y 5).

Con relación a los resultados de las escalas de Beck,[27] los familiares que perciben una alta cohesión y baja adaptación presentaron puntajes más altos para depresión y ansiedad. En los pacientes los niveles de depresión y ansiedad más elevados se presentaron tanto en aquellos que perciben el funcionamiento familiar como una estructura rígida, con pocas posibilidades de cambio y una interacción que impide el crecimiento personal (cohesión alta–adaptación baja), como en aquellos que se perciben aislados, sin vínculos emocionales importantes con los demás integrantes de la familia y con la rigidez que impide modificar situaciones problemáticas (Cohesión baja-adaptación baja) (cuadro 6).

CONCLUSIONES

En este estudio no se encontraron diferencias en la adaptación entre pacientes y familiares lo que favorece que se presente el fenómeno de acomodación debido a que al no per-

Cuadro 3. Medias y desviaciones para el perfil de inteligencia emocional para pacientes y familiares por percepción de funcionamiento familiar FACES II

Funcionamiento familiar vs. inteligencia emocional	Pacientes		Familiares	
	Media	D.E.	Media	D.E.
	Cohesión Baja	Adaptación Baja		
Inhibición de impulsos	6.6	2.6	10.4	3.0
Empatía	8.0	2.5	11.3	1.9
Optimismo	6.2	2.5	10.4	2.3
Habilidades sociales	6.4	3.1	10.1	2.3
Expresión emocional	7.3	2.4	10.4	3.0
Percepción de logro	6.3	3.0	9.5	2.1
Autoestima	6.0	2.4	10.8	2.3
Nobleza	7.8	2.3	10.1	2.1
	Cohesión Baja	Adaptación Baja		
Inhibición de impulsos	6.6	2.1	11.2	3.1
Empatía	9.8	2.3	11.7	1.7
Optimismo	8.5	2.4	11.3	3.0
Habilidades sociales	9.1	4.0	11.8	3.0
Expresión emocional	11.3	2.1	11.9	3.5
Percepción de logro	9.6	1.4	9.4	2.7
Autoestima	8.4	1.7	10.7	2.8
Nobleza	9.5	3.1	10.1	2.3
	Cohesión Baja	Adaptación Baja		
Inhibición de impulsos	9.8	2.9	12.4	2.5
Empatía	12.5	0.6	12.8	1.6
Optimismo	9.3	3.6	11.2	1.8
Habilidades sociales	8.3	4.3	12.8	1.6
Expresión emocional	12.5	1.7	13.0	2.3
Percepción de logro	10.0	1.8	11.8	0.8
Autoestima	9.0	2.0	13.4	0.9
Nobleza	9.5	3.3	12.2	0.8

D.E. = Desviación estandar.

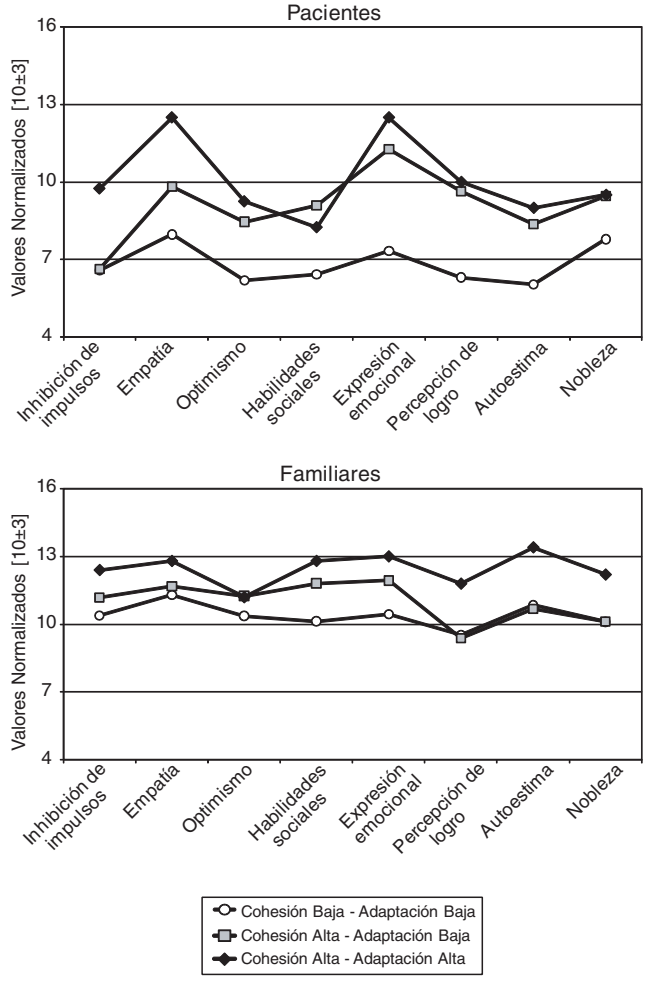

Figura 2. Medias para el perfil de inteligencia emocional para pacientes y familiares por percepción de funcionamiento familiar FACES II.

Cuadro 4. Distribución de frecuencias de las creencias sobre la enfermedad (respuestas abiertas) de familiares por percepción de funcionamiento familiar FACES II

	Cohesión Alta Adaptación Alta	Cohesión Alta Adaptación Baja	Cohesión Baja Adaptación Baja
Causa de la enfermedad			
Problemas familiares y medioambientales	4.1%	16.3%	14.3%
Sintomatología temprana	2.0%	20.4%	
Biología	4.1%	22.4%	4.1%
No sabe		16.3%	2.0%
Atribuciones sobre mejoría			
Entorno social (familia y trabajo)	6.0%	36.0%	16.0%
Tratamiento	6.0%	48.0%	16.0%
Voluntad		16.0%	4.0%
Pararespuesta		8.0%	
No sabe			
Atribuciones sobre empeoramiento			
Entorno social (familia y trabajo)		22.7%	9.1%
Falta de tratamiento	2.3%	38.6%	13.6%
Falta de voluntad	2.3%	13.6%	6.8%
Pararespuesta	2.3%	9.1%	
No sabe		2.3%	
Participación en el tratamiento			
Recibiendo psicoeducación	3.8%	21.2%	1.9%
Fomentando la adherencia terapéutica		5.8%	1.9%
Brindando apoyo	5.8%	61.5%	19.2%
Qué molesta del familiar enfermo			
Los síntomas propios de la enfermedad		17.6%	7.8%
Su personalidad	3.9%	37.3%	11.8%
Falta de adherencia terapéutica		2.0%	
No me molesta	3.9%	11.8%	2.0%
No sabe	2.0%	2.0%	
Causa de la enfermedad			
Problemas familiares y medioambientales	4.1%	16.3%	14.3%
Sintomatología temprana	2.0%	20.4%	
Biología	4.1%	22.4%	4.1%
No sabe		16.3%	2.0%

cibir ambos que la estructura existente requiere ser modificada para lograr un funcionamiento más satisfactorio para todos, tienden a mantener y perpetuar respuestas mal adaptativas que refuerzan los síntomas y no permiten la identificación de alternativas de funcionamiento más saludables y satisfactorias.

Cuando los pacientes perciben menor cohesión que sus familiares, las interacciones favorecen los sentimientos de soledad, desesperanza e incomprensión y las necesidades de independencia son percibidas como una forma de agresión al sistema por la dificultad que representa para ellos enfrentar y disfrutar las relaciones sociales.

En el estudio se observó claramente que al mejorar el funcionamiento familiar, el perfil de inteligencia emocional presenta características óptimas tanto en el paciente como en los familiares, situándolos en condiciones de lograr mejores resultados terapéuticos durante algún tiempo. Sin embargo, también es necesario continuar el trabajo terapéutico para mejorar el manejo de límites y su proceso de individualización, de tal manera que al presentarse una mejoría significativa en el paciente que requiera dotarlo de independencia paulatina, la familia se encuentre en condiciones de permitirlo.

Es necesario señalar que las familias con menor adaptación y mayor rigidez tienen más dificultades en su regulación emocional sobre todo en el área de inhibición de impulsos, lo que concuerda con Cole et al.[27] quienes mencionan que la explosividad que los caracteriza logra ejercer un control en sus familias que los lleva a presentar la desregulación emocional obstaculizando un funcionamiento apropiado y productivo en las relaciones consigo mismos, con los otros y con su entorno.

En las familias con alta cohesión y adaptación baja se presentan niveles más elevados de depresión y ansiedad tanto en pacientes como en familiares.

En cuanto a las creencias y atribuciones de la enfermedad, se observó que a mayor adaptación familiar aumenta la comprensión del trastorno y disminuye la tendencia a culpar al paciente o a la familia del padecimiento, disminuyendo también la idea de que el paciente representa una molestia.

Cuadro 5. Distribución de frecuencias de las creencias sobre la enfermedad de familiares (respuestas cerradas) por percepción de funcionamiento familiar FACES II

	Cohesión Alta Adaptación Alta	Cohesión Alta Adaptación Baja	Cohesión Baja Adaptación Baja
Culpabilidad			
Nada - poco	7.7%	55.8%	17.3%
Bastante - mucho		13.5%	5.8%
Distanciamiento familiar			
Nada - poco	7.5%	66.0%	20.8%
Bastante - mucho		3.8%	1.9%
Afectación a la vida social			
Nada - poco	7.5%	58.5%	20.8%
Bastante - mucho		11.3%	1.9%
Probabilidad de mejoria			
Nada - poco		15.1%	
Bastante - mucho	7.5%	54.7%	22.6%
Probabilidad de empeoramiento			
Nada - poco	6.0%	36.0%	16.0%
Bastante - mucho		34.0%	8.0%
Comprensión de la enfermedad			
Nada - poco	3.9%	39.2%	11.8%
Bastante - mucho	3.9%	29.4%	11.8%
Preocupación por daño del paciente			
Nada - poco	1.9%	28.3%	3.8%
Bastante - mucho	5.7%	41.5%	18.9%
Familiar irresponsable			
Nada - poco	7.5%	56.6%	20.8%
Bastante - mucho		13.2%	1.9%

Estas modificaciones cognitivas y conductuales favorecen que la familia se encuentre en mejores condiciones de proporcionar al paciente un apoyo efectivo, que se traduce en constancia para la aplicación de las estrategias conductuales que favorecen un mejor manejo de los síntomas.

Resulta clara la importancia de la familia dentro del tratamiento cognitivo-conductual para facilitar que el paciente comprenda y acepte el trastorno y crear compromiso en la familia para mejorar la adherencia terapéutica que redunde en mejores resultados terapéuticos. Habilitar a los familiares en el manejo de estrategias básicas de expresión emocional que faciliten el acercamiento que el paciente requiere, posibilita la identificación de áreas problemáticas del funcionamiento familiar que obstaculizan su desarrollo y contribuyen al mantenimiento del trastorno.

La rigidez en los sistemas familiares las hace más vulnerables ante las fluctuaciones que presenta la enfermedad, ya que para estas unidades es imprescindible mantener la ilusión de control sobre el padecimiento. Las familias con sistemas de creencias flexibles son más proclives a experi-

Cuadro 6. Medias y desviaciones para los inventarios de depresión y ansiedad de Beck. Pacientes y familiares por percepción de funcionamiento familiar FACES II

	Depresión Beck*			Ansiedad Beck**		
	Media	D.E.	n	Media	D.E.	n
Familiares	10.3	7.0	26	9.4	7.4	24
Cohesión Alta - Adaptación Alta	2.0		1	0.0		1
Cohesión Alta - Adaptación Baja	10.0	7.2	21	9.4	7.0	19
Cohesión Baja - Adaptación Baja	14.0	3.8	4	11.5	9.5	4
Pacientes	22.0	11.1	47	23.4	13.8	48
Cohesión Alta - Adaptación Alta	14.8	7.7	9	12.9	9.6	9
Cohesión Alta - Adaptación Baja	21.0	11.3	20	24.2	15.0	20
Cohesión Baja - Adaptación Baja	26.6	10.7	18	27.6	12.1	19

* Depresión Beck: Pacientes > Familiares, $p<0.001$. Cohesión Baja - Adaptación Baja > Cohesión Alta - Adaptación Baja y Cohesión Alta - Adaptación Alta, $p<0.001$.

** Ansiedad Beck: Pacientes > Familiares, $p<0.001$. Cohesión Baja - Adaptación Baja > Cohesión Alta - Adaptación Alta, $p<0.006$.

mentar las pérdidas con un sentimiento de aceptación y por lo tanto les es más fácil permitirse implementar cambios en su funcionamiento para compensar sus limitaciones y superarlas. En este sentido es importante lograr una relación terapéutica de colaboración que genere en la familia un sentimiento de control realista y favorezca la movilización de las capacidades del sistema para que promueva la mejoría. Esta idea permite que el sistema muestre apertura y considere que existen formas de funcionamiento más eficaces que la que tienen hasta este momento.

REFERENCIAS

1. Harlem BG. La salud mental en el siglo XXI. Bulletin World Health Organization 2000;78(4):411.
2. John SR. Familias, enfermedad y discapacidad. Una propuesta desde la terapia sistémica. Barcelona: Gedisa; 2000.
3. Kosciulek JF, Lustig DC. Diferentiation of three brain injury family types. Brain Injury 1999;3(4):245-254.
4. APA. Manual Diagnostico y Estadístico de los Trastornos Mentales. DSM-IV edit. Washington D.C: American Psychiatric Association; 1994.
5. Rasmussen SA, Tsuang MT. Clinical characteristics and family history in DSM-III obsessive compulsive disorder. Am J Psychiatry 1986;143:317-322.
6. Vallejo J. Problemas actuales en torno a la patología obsesiva. Psiquiatría.COM [revista electrónica] 1997 Marzo[citado 6 Dic 2010];1(1):[21 pantallas].Disponible en:URL:http: / / www.psiquiatria.com / psiquiatria / vol1num1 / art_4.htm
7. Ackerman WN. Diagnóstico y tratamiento de las relaciones familiares. Buenos Aires: Horme; 1986.
8. Minuchin S. Técnicas de terapia familiar. México DF: Paidós; 1989.
9. Olson H, Sprenkle D, Russell C. Circumplex model of marital and family systems: cohesion and adaptability dimensions, family types, and clinical applications. Family Process 1979;18(1):3-27.
10. Olson D, Russell C, Sprenklen D. Circumplex model of marital and family systems II, review of empirical studies, hypothesis, validation of model. Family Process 1980;22:128-145.
11. Calvocoressi L, Lewis B, Harris M, Trufan SJ et al. Family accommodation in obsessive-compulsive disorder. Am J Psych 1995;52(3):441-443.
12. Russell C. Circumplex model of marital and family sistem, empirical evaluation with families. Family Process 1977;15:56-73.
13. Gadner H, Estructuras de la mente. La teoría de las inteligencias múltiples. México: Fondo de Cultura Económica; 1994.
14. Salovey P, Mayer JD. Practicar un estilo de afrontamiento inteligente: La inteligencia emocional y el proceso de afrontamiento. Acapulco, Guerrero: Conferencias Binacionales de Inteligencia Emocional; 1997.
15. Steketee G. Disability and family burden in obsessive-compulsive disorder. Can J Psychiatry 1997;42:919-928.
16. Stefani D. Escala de actitudes hacia la enfermedad mental. Acta Psiquiatrita Psicológica America Latina 1977;23:202-207.
17. Kleinman A. The illness narratives, suffering, healing, and the human condition. New York: Basic Books; 1988.
18. Rolland JS. Familias, enfermedad y discapacidad. Gedisa; 2000.
19. Velasco ML. Manejo del enfermo crónico y su familia. México; Manual Moderno; 2001.
20. Dallos R. Sistemas de creencias familiares. Barcelona: Paidós;2007.
21. Olson D, Bell R, Portner J. Family adaptability and cohesion evaluation scales II (FACES II). St. Paul, MN: University of Minnesota, Family Social Science; 1990.
22. Cortés SF. Barragán VC, Vázquez CML. Perfil de inteligencia emocional. Manual de Aplicación. México DF: Instituto de la Familia A.C; 2000.
23. Espejel AE. Manual para la escala de funcionamiento familiar. México DF: Universidad Autónoma de Tlaxcala; 1997.
24. Salorio P, Ruiz ME, Torres A, Sanchis F et al. Psicoeducación familiar en grupos en los trastornos de la alimentación. Aplicación de un programa.Psiquiatria.COM.[revista electrónica]marzo [citado dic.2010];3(1):[21pantallas]:URL.www.psiquiatria.com / psiquiatría / vol3num1 / art_2.htm
25. Beck AT, Steer RA. Beck Anxiety Inventory Manual. San Antonio, TX: The Psychological Corporation; 1990.
26. Jurado S, Villegas ME, Mendez L, Rodriguez F et al. La estandarización del inventario de depresión de Beck para los residentes de la Ciudad de México. Salud Mental 1998;21(3):26-31.
27. Beck AT, Ohanessian A. Assessment of depression: The depression inventory. Pharmacopsychiatry 1974;12:1-19.
28. Cole PM, Michel MK, Teti LO. The development of emotion regulation and disregulation: a clinical perspective. Monograph Soc Res Child Dev 1994;2(59,supl.3):73-100.

Artículo sin conflicto de intereses